



KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

**Markederne for private kiropraktorer og
fysioterapeuter**

Konkurrence- og Forbrugeranalyse 04

2013

Markederne for private kiropraktorer og fysioterapeuter

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen

Carl Jacobsens Vej 35

2500 Valby

Tlf.: +45 41 71 50 00

E-mail: kfst@kfst.dk

Online ISBN 978-87-7029-551-2

Analysen er udarbejdet af
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

December 2013

Indhold

Kapitel 1	
Resumé og hovedkonklusioner	5
1.1 Baggrund for analysen	5
1.2 Resumé og hovedkonklusioner	5
1.3 Tilgang til analysen	13
Kapitel 2	
Markederne for fysioterapi og kiropraktik	14
2.1 Indledning	14
2.2 Sundhedspolitiske mål for praksissektoren	15
2.3 Regulering af kiropraktor- og fysioterapeutydelser leveret i praksissektoren	16
2.4 Offentlige udgifter til kiropraktik og fysioterapi	18
2.5 Udbyderne på kiropraktor- og fysioterapeutmarkedet	20
2.6 Forbrugerne på kiropraktor- og fysioterapeutmarkederne	23
Kapitel 3	
Danskerne kan få mere sundhed for pengene	26
3.1 Indledning	26
3.2 Udviklingen i offentlige udgifter per behandling og per patient fra 2003-2012	29
3.3 Ydernes udnyttelse af den tildelte behandlingsskapacitet (antal behandlinger per time)	31
3.4 Længden på patienternes behandlingsforløb (målt ved antal behandlinger per patient)	39
3.5 Regulering af honorarer til kiropraktorer og fysioterapeuter	44
3.6 Offentlig støtte og ulige konkurrence	48
Kapitel 4	
Reguleringen hindrer en samfundsgevinst i at blive realiseret	52
4.1 Indledning	52
4.2 Konkurrencen på kiropraktor- og fysioterapeutmarkederne	53
4.3 Antalsbegrænsningen	54
4.4 Bestemmelser om geografisk dækningsområde og placering af klinikken	58
4.5 Ejerskabsbestemmelserne	61
4.6 Kapacitetsstyringen	63
4.7 Faste priser, takststruktur og definition af ydelser	67
4.8 Private sundhedsforsikringer og administrationsselskaber	69
4.9 Brug af vikarer	72

Kapitel 5	
Forbrugerne oplever tilgængelighed og god service hos kiropraktorer og fysioterapeuter	73
5.1 Indledning.....	73
5.2 Tilgængelighed til kiropraktor- og fysioterapeutklinikkerne	73
5.3 Oplevet service og behov for specialistbehandling	80
5.4 Patientsikkerheden	82
Bilag 1	
Internationale erfaringer - Nederlandene og Sverige	84
6.1 Indledning.....	84
6.2 Sverige	85
6.3 Nederlandene	87
Bilag 2	
Metode: Undersøgelser gennemført til analysen	91
7.1 Møder og interviews med interessenter og praktiserende behandlere	91
7.2 Kvantitativ undersøgelse blandt forbrugerne	91
7.3 Kvantitativ undersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter	92

Kapitel 1

Resumé og hovedkonklusioner

1.1 Baggrund for analysen

Velfungerende markeder understøtter en høj forbrugervelfærd

Et velfungerende marked er bl.a. kendetegnet ved en effektiv ressourceudnyttelse og et godt samspil mellem forbrugere og virksomheder. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen arbejder for velfungerende markeder og sætter i denne analyse fokus på konkurrence- og forbrugerforholdene på markederne for hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter.

Ydelserne på markederne berører mange danskere. **Inden for de seneste to år har fire ud af ti danskere fået behandling hos en kiropraktor og/eller en fysioterapeut.** Det har de – sammen med det offentlige, sygeforsikringen "danmark" og private sundhedsforsikringer – **de seneste to år betalt i alt ca. 5,4 mia. kr. for.**

Som på andre sundhedsmarkeder gælder der også på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter en række samfundshensyn. Markederne adskiller sig fra typiske servicemarkeder på flere punkter: Langt hovedparten af ydelserne på markederne leveres inden for den såkaldte praksissektor. I praksissektoren praktiserer kiropraktorer og fysioterapeuter efter hver deres overenskomst indgået med det offentlige. Når forbrugerne køber ydelser i praksissektoren, modtager de et offentligt tilskud, og betaler derfor ikke selv den fulde pris for behandlingerne. Hertil kommer, at **priserne i praksissektoren er fastsat centralt i overenskomsterne.** Begge dele bevirker, at den **traditionelle markedsmekanisme, hvor prisen dannes ud fra udbud og efterspørgsel, er sat ud af kraft.** For at imødegå dette søges især **udbuddet af behandlinger med offentligt tilskud styret gennem regulering.**

I forlængelse af regeringens konkurrencepolitiske udspil fra oktober 2012 og regeringens sundhedspolitiske udspil fra maj 2013 er der på en række områder inden for praksissektoren lagt op til friere rammer. Fx får private aktører fra efteråret 2014 mulighed for at stå for driften af lægehuse. Og regeringens arbejdsgruppe om potentiale for øget konkurrence på tandlægeområdet har i maj 2013 bl.a. foreslået maksimalpriser i stedet for faste priser på tandlægeområdet samt en lempelse af ejerforholdene for tandlægerne. Derudover vil arbejdsgruppen om modernisering af apotekersektoren afrapportere ... vil fremlægge forslag til en modernisering af sektoren, der fremmer tilgængelighed, patientsikkerhed og lave priser med en styrket incitamentsstruktur, herunder via konkurrence.

1.2 Resumé og hovedkonklusioner

Reguleringen af markederne skal understøtte flere hensyn

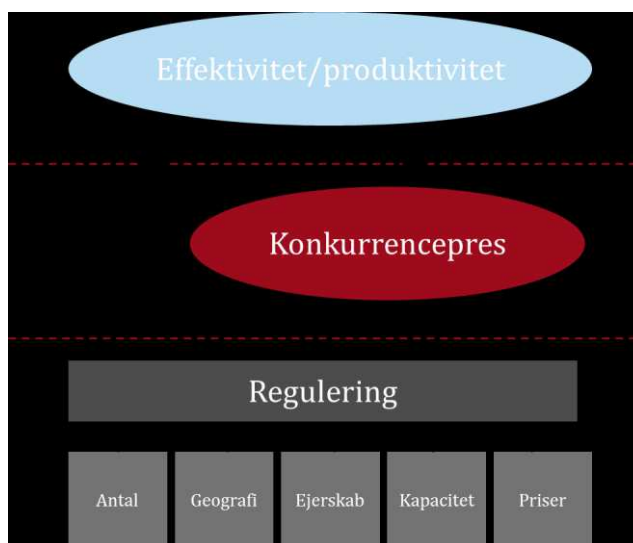
Reguleringen på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter skal understøtte en række **samfundsmæssige hensyn.** Det er bl.a. hensynet til de sundhedspolitiske mål, **hensynet til den offentlige udgiftsstyring** på området samt hensynet til at **sikre en høj forbrugervelfærd.** Analysen fokuserer primært på konkurrence, effektivitet og forbrugervelfærd.

Reguleringen udelukker effektiv og lige konkurrence

Den nuværende regulering af praksissektoren på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter udelukker en effektiv og lige konkurrence mellem virksomhederne. Det medvirker til, et betydeligt tab for forbrugerne og samfundet.

Hertil kommer, at dele af reguleringen i sig selv skaber svære vilkår for, at kiropraktorer og fysioterapeuter kan tilrettelægge driften af deres klinikker effektivt og for, at de mere effektive virksomheder – særligt fysioterapeuterne – kan vokse på bekostning af de mindre effektive, jf. Figur 1.1.

Figur 1.1 Reguleringen og konkurrencepresset påvirker effektiviteten/produktiviteten



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen på baggrund af Produktivitetskommissionen.

Størstedelen af de behandlinger, der leveres på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter, er underlagt omfattende regulering. Reguleringen for hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter er forskellig. Hovedelementerne i reguleringen er følgende:

For det første begrænser regionernes og samarbejdsudvalgenes tildeling af såkaldte ydernumre nye behandleres mulighed for at komme ind på markedet samt fysioterapeuters mulighed for at udvide deres forretning (antalsbegrænsningen).

For det andet giver reguleringen mulighed for at bestemme, hvor behandlerne må etablere sig samt deres mulighed for at flytte praksis. Hertil kommer, at kiropraktorer kun kan praktisere fra én adresse. Det samme gælder som hovedregel for fysioterapeuter (geografiske bestemmelser).

For det tredje indeholder reguleringen bestemmelser om, at kun behandlere, der har tiltrådt overenskomsten, må eje klinikker personligt samt have bestemmende indflydelse i selskaber (ejerskabsbestemmelser).

For det fjerde indeholder reguleringen kontrol- og informationsbestemmelser, som skal sikre, at de overordnede økonomiske rammer overholdes samt bestemmelser om, hvordan flere fysioterapeuter kan bruge kapaciteten på et ydernummer og hvem der må bruge kapaciteten (kapacitetsstyringen).

Endelig fastsætter reguleringen, **hvilken pris** behandlerne skal tage for deres ydelser og definerer indholdet af ydelserne (faste priser og takststruktur).

Konkret skærmer reguleringen klinikkerne i praksissektoren mod konkurrence (antalsbegrænsningen). Derudover skaber reguleringen **risiko for lokale monopoler med langt til nærmeste konkurrent (geografiske begrænsninger)**. Reguleringen udelukker **desuden priskonkurrence**, hvor de mere effektive klinikker har mulighed for at tiltrække kunder gennem en **lavere pris (faste priser)**. Og reguleringen udelukker, at aktører, der alene har en forretningsbaggrund, må have bestemmende indflydelse og drive klinikkerne (ejerskabsbestemmelserne).

Derudover **skævvrider reguleringen konkurrencen mellem behandlere inden for og uden for praksissektoren (antalsbegrænsningen)**. Indretningen af systemet giver de facto kiropraktorer og fysioterapeuter i praksissektoren offentlig støtte og skaber ulige konkurrence over for behandlerne på det frie marked. Behandlerne, der har fået adgang til at behandle i praksissektoren, opnår en række konkurrencefordele i forhold til behandlere uden for sektoren. Dels er den pris, patienterne betaler for behandling i praksissektoren subsidiert og derfor markant lavere end den pris, behandlerne på det frie marked har mulighed for at tage, dels er behandlerne i praksissektoren sikret en vis automatisk efterspørgsel og indtjening. Denne konklusion understøttes af, at ydernumre har en værdi og handles mellem behandlerne.

Samlet set svækker reguleringen behandlernes incitament til at udvikle sig og tilbyde ydelser af høj kvalitet til en lav pris samt til at drive klinikken mere produktivt. Hertil kommer, at især reguleringen af fysioterapeuterne forhindrer, at de mest produktive klinikker kan vokse på bekostning af de mindst produktive (antalsbegrænsningen og kapacitetsstyringen).

Kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at reguleringen hæmmer effektiv drift og vækst

Analysen viser, at kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at konkrete elementer i den eksisterende regulering **begrænser dem i at drive effektiv forretning og i at udvide deres forretning.**

Kiropraktorerne oplever især, at adgangen til at få et ydernummer (55 pct.), overenskomsternes takststruktur (53 pct.) og de faste priser (45 pct.) hæmmer deres mulighed for at drive klinikkerne effektivt. Ligeledes oplever kiropraktorer, at især adgangen til at få et ydernummer (55 pct.) og de geografiske bestemmelser (39 pct.) hæmmer deres mulighed for at udvide forretningen.

Fysioterapeuterne oplever især, at **overenskomsternes krav til hvem der må bruge ydernummerets kapacitet (§ 17-ansættelser) (67 pct.), reglerne for brug af vikarer¹ (63 pct.)** og adgangen til at få et ydernummer (mere) (62 pct.) begrænser deres mulighed for effektiv drift. Hertil kommer, at fysioterapeuter oplever, at regionernes begrænsning i antallet af ydernumre (66 pct.), ydernummerets/regionernes krav til kapacitet (65 pct.) samt de geografiske bestemmelser (34 pct.) hæmmer deres mulighed for at udvide forretningen.

Foruden reguleringen viser analysen, at både kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at **samspillet med private sundhedsforsikringer og sundhedsforsikringernes administrationselskaber hæmmer deres mulighed for at drive effektiv forretning.** Dette opleves af 74 pct. af kiropraktorerne og 42 pct. af fysioterapeuterne. Det er indtrykket, at samspillet opleves som **administrativt tungt.** Behandlernes oplevelse skal bl.a. ses i lyset af de **private sundhedsforsikrings relativt store omfang:** I 2011 havde 1,2 mio. danskere en privatsundhedsforsikring, og

¹ Den fysioterapeut (eller kiropraktor), der vikarieres for, må ikke være på klinikken samtidig med vikaren.

den samlede bruttoerstatningsudgift var 1,2 mia. kr. 20 pct. af disse vedrørte udgifter til kiropraktorer og fysioterapeuter (dvs. 240 mio. kr. i 2011).

Hertil kommer, at flere forsikringsselskaber kræver, at de behandlere, deres forsikringstagere bruger, har ydernummer. Dette har flere konsekvenser: Kravet om ydernummer betyder, at hhv. ca. 20 pct. af udgiften til kiropraktik og ca. 40 pct. af udgiften til fysioterapi betales af det offentlige tilskud. Forsikringsselskabernes udgifter til at leve op til deres forpligtelser over for den forsikrede bliver derved mindre. Forsikringsselskabernes krav er desuden med til at understøtte den konkurrencemæssige skævhed, der er forårsaget af reguleringen, mellem de behandlere, der har ydernummer, og de der ikke har ydernummer, jf. også ovenfor.

Samlet set er det på baggrund af analysen Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vurdering, at særligt antalsbegrænsningen, kapacitetsbegrænsningen, honorarsystemet og til dels at ejerskabsbestemmelserne begrænser dels incitamentet til at forbedre produktivitet til gavn for forbrugerne og samfundet, dels muligheden for en effektiv drift af klinikkerne og endeligt muligheden for, at de mere produktive og effektive klinikker kan vokse på bekostning af de mindre produktive og effektive. Reguleringen hæmmer produktivitetsvæksten i markederne. Det indebærer et betydeligt tab for forbrugerne og samfundet.

Betydeligt potentiale for mere kiropraktik og fysioterapi for pengene

For at belyse størrelsesordenen af det samfundsøkonomiske tab, som reguleringen bevirker, har Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen bl.a. gennemført produktivitet- og potentialeberegninger. Derudover har styrelsen sat fokus på udgiftsudviklingen og honorarsystemet.

Indledningsvist skal det understreges, at det generelt er vanskeligt at beregne potentialer, da det er vanskeligt at måle, hvor produktivt behandlerne udnytter deres ressourcer. Styrelsen har defineret produktivitet som, hvor godt behandleren formår at udnytte sine ressourcer til at levere behandlinger til patienten.

Styrelsen har truffet et metodevalg og konstrueret to produktivitetsindikatorer, henholdsvis "antal behandlinger per time" og "antal behandlinger per patient" med de styrker og svagheder, det medfører. Fx er det en styrke, at målene er baseret på data for de faktiske transaktioner mellem overenskomstpakterne i praksissektoren, og at målene er økonomisk intuitive og meningsfulde. Modsat er det fx en svaghed, at kvalitetsaspektet i den enkelte behandling ikke er inddraget i beregningerne, at der ikke er taget eksplicit højde for forskelle i patientsammensætning og patienternes forskellige behandlingsbehov. Dette er dog forsøgt håndteret i målet *behandlinger per patient*, hvor behandlerne er opdelt i tre grupper baseret på, inden for hvilket speciale patienterne behandles, fx om det er **almindelig eller vederlagsfri fysioterapi**. Grupperingen mindsker spredningen mellem top og bund. Det bemærkes endvidere, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen ikke er bekendt med, at der findes opgørelser over ydernes faktiske arbejdstid, eller den faktiske tid, yderne anvender på de forskellige typer behandlinger. Der foreligger derfor ikke har viden om, hvad patienternes behov og sammensætning betyder for antal behandlinger per time eller per patient. Den gennemsnitlige arbejdstid har styrelsen forsøgt at opgøre ud fra de tildelte kapaciteter for fysioterapeuter og ud fra en antagelse om en 37,5 timers arbejdsuge for kiropraktorer.

Styrelsen vurderer samlet set, at produktivitetsmålene kan bruges til at illustrere, hvor godt behandlerne formår at udnytte deres ressourcer til at levere behandlinger til patienterne. Samtidig vurderer styrelsen, at det giver mere værdi at forsøge at måle produktiviteten frem for at afholde sig fra at forsøge på grund af de usikkerheder, som altid vil være forbundet med produktivitetsmål.

For det første viser analysen, at udviklingen i de offentlige realudgifter per behandling for fysioterapeuter er steget ca. 4 pct. i perioden 2003-2012. For kiropraktorer er realudgifterne i samme periode faldet med ca. 12 pct.

For det *andet* viser analysen, at der er stor forskel på antallet af behandlinger i timen leveret af de mere produktive og de mindre produktive ydere. Antallet af behandlinger giver en indikation af, hvor godt yderne udnytter den behandlingskapacitet, de har fået tildelt af regionen. Der kan være flere årsager til, at yderne udnytter deres kapacitet forskelligt. Af årsager kan nævnes, at nogle ydere både behandler i praksissektoren og på det frie marked, at yderne bruger forskellig tid på at levere de samme typer ydelser i overenskomsten, at der er forskel på, hvor mange timer yderne arbejder og at patienterne er forskellige og derfor har et forskelligt behandlingsbehov. Derudover kan årsagen være, at nogle ydere er mere produktive end andre og formår at gennemføre flere behandlinger i timen. Indikatoren er derfor relevant til at vurdere potentialet ved at øge produktiviteten.

For kiropraktorer leverer den gennemsnitlige yder 3,8 behandlinger i timen. For fysioterapeuterne leverer den gennemsnitlige yder 2,4 behandlinger i timen. Hvis den halvdel af yderne med færrest behandlinger i timen hæver antallet af behandlinger til gennemsnits-yderens niveau, vil det føre til yderligere 281.000 kiropraktorbehandlinger og 729.000 fysioterapeutbehandlinger med den nuværende yderkapacitet. Dette svarer til en stigning i antallet af kiropraktorbehandlinger på 15 pct. til en værdi af 91 mio. kr. og en stigning i antallet af fysioterapeutbehandlinger på 10 pct. til en værdi af 160 mio. kr.

Beregningerne kan fortolkes som potentialet ved, at den gennemsnitlige yder fik mulighed for at vokse og erstatte de mindre produktive ydere. Styrelsens beregninger indikerer således en samfundsmæssig gevinst ved at give de mere produktive ydere mulighed for at vokse. Hvis de mere produktive ydere fik mulighed for at vokse på bekostning af de mindre produktive ydere, vil det sikre en bedre allokering af ressourcerne i praksissektoren. Det vil frigive ressourcer, som kan skabe mere værdi andre steder i sektoren eller i samfundet, og det vil direkte øge produktiviteten i sektoren yderligere. Det bemærkes, at der er tale om et beregnet potentiale, som en ændring af reguleringen ville kunne bidrage til at indfri.

For det *tredje* viser analysen, at der er stor forskel på antallet af behandlinger per patient mellem de mere produktive og de mindre produktive behandlere – og dermed på hvor hurtigt yderne færdigbehandler patienterne. Der kan være flere årsager til, at antallet af behandlinger per patient er forskelligt fra yder til yder. Af årsager kan nævnes, at nogle ydere har en større gruppe af kroniske eller vederlagsfri patienter, der har behov for særlig mange behandlinger, at der er forskelle i patientsammensætningen hos yderne, eller at nogle ydere er mere produktive, og formår at færdigbehandle patienterne hurtigere.

Kiropraktorerne leverer både ydelser til ikke kronikere (speciale 53) og kronikere (speciale 64). For at tage højde for forskelle i behandlingsbehovet mellem patienter har styrelsen opdelt yderne i tre grupper afhængig af deres andel af kroniker-behandlinger. Den gennemsnitlige yder i gruppen, der primært leverer ikke-kroniske behandlinger, gav i 2012 sine patienter 5,2 behandlinger, mens den gennemsnitlige yder i gruppen med blandede patienter gav sine patienter 5,5 behandlinger. Endelig gav den gennemsnitlige yder i gruppen med en større andel kroniske patienter 6,5 behandlinger.

Fysioterapeuterne leverer både almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi. For at tage højde for forskelle i behandlingsbehovet mellem patienter, der får hhv. almindelig og vederlagsfri fysioterapi, er yderne opdelt i tre grupper baseret på andelen af vederlagsfri patienter. Den gennemsnitlige yder i gruppen, der primært leverer almindelig fysioterapi, gav i 2012 sine patienter 9 behandlinger, mens den gennemsnitlige yder i gruppen med blandede patienter gav sine patienter 13 behandlinger. Endelig gav den gennemsnitlige yder i gruppen med primært vederlagsfri fysioterapi sine patienter 22 behandlinger.

Hvis den halvdel af yderne, der har det højeste antal behandlinger per hhv. kiropraktor- og fysioterapeutpatient, reducerer antallet af behandlinger til den gennemsnitlige yders niveau, skønnes der at være et muligt besparelspotentiale. På kiropraktorområdet skønnes det årlige besparelspotentiale at være på 41 mio. kr. for forbrugere og 8 mio. kr. for det offent-

lige. For fysioterapi skønnes potentialet at ligge på 72 mio. kr. per år for forbrugerne samt 146 mio. kr. årligt for det offentlige.

Beregningerne kan fortolkes som potentialet ved, at den gennemsnitlige yder fik mulighed for at vokse og erstatte de mindre produktive ydere. Styrelsens beregninger indikerer således en **samfundsmæssig gevinst** ved at give de mere produktive ydere mulighed for at vokse. **En reduktion i antallet af behandlinger per behandlingsforløb og dermed øget produktivitet ville i dag ikke give sig udslag i priserne i overenskomsterne. Priserne reguleres i udgangspunktet mekanisk i overenskomsten uafhængigt af ydernes produktivitet. Produktivetsgevinsten ved at realisere dette potentiale vil derfor tilfalde forbrugerne – i form af en lavere samlet pris per behandlingsforløb og det offentlige i form af lavere tilskud.** Det bemærkes, at der er tale om et beregnet potentiale, som en ændring af reguleringen ville kunne bidrage til at indfri.

Det skal endvidere understreges, at de to potentialevurderinger (behandlinger per time og behandlinger per patient) er partielle og resultaterne derfor ikke vil kunne lægges sammen.

For det *fjerde* understøtter **indretningen af praksissektorens nuværende honorarsystem ikke løbende produktivetsforbedringer, som tilfalder samfundet og forbrugerne.** Dels er der ikke knyttet et eksplicit krav om produktivetsforbedringer til den mekaniske regulering, der sker af behandlernes faste honorarer to gange årligt. **Dels belønnes behandlerne gennem honorarsystemet for antallet af behandlinger fremfor fx færdigbehandlede patienter.** Dette kan **tilskynde til højere produktivitet i form af flere behandlinger i timen.** Som systemet er indrettet i dag, vil sådanne **produktivetsgevinster** dog typisk **tilfalde yderne**, jf. også Rigsrevisionens beretning fra 2012. Det offentlige – og forbrugerne – **får derimod ikke direkte del i gevinsterne.** En del af produktivetsgevinsterne kan dog komme forbrugerne til gode, idet regionerne og kommunerne i overenskomstforhandlingerne løbende har indført krav om handicapadgang, it-systemer m.v., uden at behandlerne kompenseres herfor direkte i priserne.

Forbrugerne oplever god service, kort ventetid og tilgængelighed hos kiropraktorer og fysioterapeuter

Forbrugerne kan ikke vurdere og sammenligne behandlinger hos en kiropraktor eller fysioterapeut *inden* et køb. En vurdering af forholdet mellem en behandlings pris og kvalitet, er først mulig efter behandlingen er udført. Behandlinger kan derfor betragtes som et såkaldt erfaringsgode. Selv efter behandlingen er udført er det vanskeligt for forbrugeren at vurdere den faglige kvalitet af behandlingen. Derimod kan forbrugerne vurdere den *oplevede* kvalitet og service, de modtager.

Endvidere betaler forbrugerne som hovedregel ikke den fulde pris for hverken kiropraktor- eller fysioterapeutydelse. Langt hovedparten af ydelserne leveres med en eller anden form for tilskud – enten fra den offentlige sygesikring, fra sygeforsikringen "danmark" eller fra en privat sundhedsforsikring. Det er med dette udgangspunkt, at forbrugerne har mulighed for at vurdere de ydelser, de modtager fra kiropraktorer og fysioterapeuter.

Hertil kommer, at **forbrugerne på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter er patienter, hvis efterspørgsel efter ydelser dels er styret af deres behov og præferencer, dels er styret af den sundhedsfaglige vurdering af behandlingsbehovet, som fx den praktiserende læge, kiropraktoren og fysioterapeuten m.v. lægger til grund.**

Forbrugerne er som udgangspunkt godt tilfredse med deres behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter:

Så godt som alle kiropraktorpatienter oplever god/forholdsvis god service (97 pct.). Det samme gælder ni ud af ti patienter hos fysioterapeuterne.

Tilgængelighed er yderst vigtigt for forbrugerne. Og forbrugerne oplever, at både kiropraktorer og fysioterapeuter *er* tilgængelige. Mere end otte ud af ti hhv. kiropraktor- og fysiotera-

peutpatienter oplever behandlernes **åbningstider** som fleksible/forholdsvis fleksible. Og langt hovedparten af kiropraktorpatienterne (knap 90 pct.) og fysioterapeutpatienterne (84 pct.) oplever **ventetiden på behandling** som kort/forholdsvis kort. Den faktiske ventetid på behandling var under **én uge** for godt 90 pct. af kiropraktorpatienterne og **66 pct. af fysioterapeutpatienterne**. **Ca. 25 pct. fysioterapeutpatienter ventede mellem 1-2 uger på behandling**, mens 10 pct. ventede mere end 2 uger.

Så godt som alle patienter oplever det som **nemt at komme hen til kiropraktoren** (95 pct.) og **fysioterapeuten** (97 pct.).

Endelig er det på baggrund af tal fra Sundhedsstyrelsen og klagedata fra Patientombuddet vurderingen, at **patientsikkerheden** ved behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter er høj: Én fysioterapeut og ingen kiropraktorer var i marts 2013 at finde på Sundhedsstyrelsens tilsynsliste. Samtidig var der i 2012 alt 15 klager over kiropraktorer og fysioterapeuter ud af i alt 3.059 klager over sundhedspersoner til Sundhedsvæsenets Disciplinærudvalg.

Boks 1.1

Hovedkonklusioner

Reguleringen udelukker effektiv og lige konkurrence på markederne

Reguleringen udelukker effektiv konkurrence mellem behandlerne inden for praksissektoren:

- » Begrænsning i **adgangen til at få et ydernummer** – og dermed adgangen til at behandle i praksissektoren – **skærmer praksissektorens eksisterende klinikker mod konkurrence** fra nye behandlere.
- » Begrænsning i hvor behandlerne **geografisk må etablere sig**, skærmer behandlerne i praksissektoren mod konkurrence fra andre behandlere.
- » Begrænsning i hvordan flere fysioterapeuter kan bruge kapaciteten på et ydernummer, svækker muligheden for at udvide forretningen og dermed incitamentet til at konkurrere.
- » **Faste priser udelukker priskonkurrence** mellem behandlerne i praksissektoren.
- » Ejerskabsbestemmelserne udelukker, at aktører, der alene har en forretningsmæssig baggrund, må have bestemmende indflydelse samt drive klinikker.

Reguleringen skaber **ulige konkurrencevilkår** mellem behandlerne inden for og uden for praksissektoren **på trods af, at alle behandlere er autoriseret af Sundhedsstyrelsen**:

- » Den **pris**, patienterne skal betale for behandling inden for praksissektoren **er subsidieret** og derfor **markant lavere end den pris**, behandlerne på det frie marked har mulighed for at **tage**.
- » **Behandlerne i praksissektoren er sikret en vis efterspørgsel og indtjening**.
- » Tilsammen giver det behandlerne med ydernummer **en konkurrencefordel** – og **de facto offentlig støtte** – i forhold til behandlerne, der alene har mulighed for at levere behandling på det frie marked.

Reguleringen forhindrer, at de mere produktive behandlere kan udvide forretningen og erstatte de mindre produktive på markedet. Dette gælder specielt for fysioterapeuterne.

Kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at reguleringen **hæmmer effektiv drift og vækst**

Kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at reguleringen hæmmer dem i at drive forretningen effektivt samt i at udvide deres kapacitet og aktivitet:

- » Fysioterapeuterne oplever især, at **kapacitetsstyringen og antalsbegrænsningen** hæmmer deres mulighed for at drive klinikkerne effektivt og for at udvide forretningen.
- » Kiropraktorer oplever især, at antalsbegrænsningen, overenskomsternes faste priser og takststruktur hæmmer deres mulighed for at drive deres klinikker effektivt.

Begrænsninger på muligheden for effektiv drift og vækst kan betyde en lavere produktivitetsvækst i markederne og dermed et samfundsøkonomisk tab.

Betydeligt potentiale for mere kiropraktik og fysioterapi for pengene

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens produktivitet- og potentialeberegninger indikerer, at den nuværende regulering **medfører et samfundsmæssigt tab for forbrugerne**, behandlerne og det offentlige, som kan illustreres på følgende måde:

- » Hvis ydere, der har en produktivitet omkring gennemsnittet (målt på behandlinger i timen), får mulighed for at vokse og erstatte de mindre produktive ydere, estimeres et årligt potentiale på ca. 281.000 kiropraktorbehandlinger og ca. 729.000 fysioterapeutbehandlinger mere med den nuværende behandlingskapacitet i praksissektoren.
- » Hvis den **halvdel af yderne med det højeste antal behandlinger per patient reducerede antallet af behandlinger til samme niveau som gennemsnits-yderen**, estimeres et **besparelsepotentiale** på kiropraktorområdet på 41 mio. kr. for forbrugerne og 8 mio. kr. for det offentlige samt et årligt **besparelsepotentiale** på fysioterapiområdet på 72 mio. kr. for forbrugerne og 146 mio. kr. for det offentlige.

Derudover understøtter praksissektorens nuværende honorarsystem ikke løbende produktivitetsforbedringer, som tilfalder samfundet og forbrugerne.

Forbrugerne oplever god service, kort ventetid og tilgængelighed hos kiropraktorer og fysioterapeuter

- » Kiropraktorpatienterne oplever god service i klinikkerne (97 pct.), fleksible åbningstider (84 pct.), kort ventetid (90 pct.) samt at det var nemt at komme hen til klinikken (95 pct.).
- » Fysioterapeutpatienterne oplever god service i klinikkerne (90 pct.), fleksible åbningstider (81 pct.), kort ventetid (84 pct.) samt at det var nemt at komme hen til klinikken (97 pct.).

Velfungerende markeder understøtter en høj forbrugervelfærd. Analysen peger på, at markerne for kiropraktorer og fysioterapeuter ikke er så velfungerende, som de kunne være – og dermed at forbrugervelfærden ikke er så høj, som den kunne være. Boks 1.2 præsenterer Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens overvejelser om tilrettelæggelse af reguleringen.

Boks 1.2 Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens overvejelser om tilrettelæggelse af reguleringen

Analysen peger på, at danskerne ville kunne få endnu mere kiropraktik og fysioterapi for pengene, hvis reguleringen var tilrettelagt mere hensigtsmæssigt. Dette skal ske under hensyntagen til følgende overordnede principper, som styrelsen vurderer, er forenelige:

- » **Hensynet til de sundhedspolitiske mål** samt hensyn til behovet for styring af de offentlige udgifter.
- » **Muligheden for en effektiv og lige konkurrence.**
- » **Muligheden for effektiv drift** og muligheden for, at de mere effektive kan vokse på bekostning af de mindst effektive.

Analysen giver især anledning til at overveje, om antalsbegrænsningen, kapacitetsbegrænsninger (især for fysioterapeuter), honorarsystemet (de faste priser og takststrukturen) samt ejerskabsbestemmelserne er hensigtsmæssige.

En overvejelse om at vurdere antalsbegrænsningen skal bl.a. ses i lyset af, at denne bygger på en antagelse om, at forbrugerne ville efterspørge flere behandlinger, hvis kapaciteten var større, og adgangen til behandlinger derved var lettere. Analysen tyder imidlertid ikke på, at der synes at være en potentiel overefterspørgsel fra patienterne. Fx viser analysen, at under 1 pct. af forbrugerne de seneste to år har fravalgt behandling trods behov, fordi ventetiden var lang.

I Sverige er der i 2010 åbnet for fri etablering for kiropraktorer og fysioterapeuter samtidig med at der er sket en bevægelse mod en højere grad af efterspørgselsstyring frem for udbudsstyring, fx gennem regionalt fastsatte grænser for antal behandlinger. Erfaringerne herfra viser, dels at der er kommet nye aktører på markedet, dels at den frie etableringsret ikke har været fulgt af en stigning i de offentlige udgifter.

En overvejelse om at vurdere honorarsystemet skal bl.a. ses i lyset af Rigsrevisionens beretning om praksissektoren fra 2012, herunder at gevinsterne ved produktivetsforbedringer i dag typisk tilfalder behandlerne.

En overvejelse om at vurdere ejerskabsbetingelserne skal bl.a. ses i lyset af, at der på andre områder i sundhedssektoren er åbnet op for (at overveje) friere rammer for, hvem der må eje klinikker m.v. Det gælder fx for læger og tandlæger.

1.3 Tilgang til analysen

Analysens hovedspørgsmål er, om forbrugerne – og det offentlige - med den nuværende indretning får mest mulig kiropraktik og fysioterapi for pengene. Analysen har fokus på problemer og mulige årsager hertil, men kommer ikke med forslag til løsninger.

Det bemærkes, at analysen ikke behandler den konkurrence, der kan være mellem faggrupper, fx kiropraktorer, fysioterapeuter og læger samt hvilken betydning den varierende egenbetaling har for forbrugernes valg mellem forskellige typer af behandlere.

Indledningsvist sætter kapitel 2 fokus på markederne i en sundhedspolitisk og samfundsøkonomisk kontekst, reguleringen samt aktørerne på markederne. Dernæst analyserer kapitel 3, om der kan identificeres tegn på, at der er potentiale for, at markederne kan gøres mere velfungerende end de er i dag og der dermed et potentiale for endnu højere forbrugervelfærd. Kapitel 4 analyserer herefter mulige årsager som kan være med til at forhindre, at et potentiale for mere velfungerende markeder kan, realiseres, Afslutningsvist sætter kapitel 5 fokus på, hvordan forbrugerne oplever forbrugervelfærden på markederne i dag – målt på bl.a. service og ventetid.

Bilag 1 præsenterer erfaringer fra Sverige og Nederlandene, mens bilag 2 opsummerer metode og undersøgelser gennemført til analysen.

Til analysen er der desuden udarbejdet et selvstændigt appendiks 1 om analysens produktivets- og potentialeberegninger samt et appendiks 2, hvoraf analysens spørgeskemaer og svarfordelinger fremgår.

Kapitel 2

Markederne for fysioterapi og kiropraktik

2.1 Indledning

Fire ud af ti forbrugere har de seneste to år fået behandling hos en kiropraktor og/eller en fysioterapeut. Dette svarer samlet set til mere end 23 mio. behandlinger på de to år til en værdi af i alt ca. 5,4 mia. kr. (og ca. 2,7 mia. kr. på årsbasis).²

En kiropraktor beskæftiger sig med undersøgelse, diagnose, forebyggelse og behandling af lidelser i bevægeapparatet samt med træning og rehabilitering.³

En fysioterapeut anvender behandlingsmetoder og aktiviteter, der påvirker kroppen og dermed hjælper den enkelte til at fungere bedst muligt, f.eks. ved at mindske/fjerne smerter og hævelser, øge bevægelighed i led, løsne fastlåste muskler og styrke svage muskler m.v. samt øge kropsbevidsthed og kropsfunktion.⁴

Inden for overenskomsten sondres der for fysioterapi mellem den *almindelige* fysioterapi og den *vederlagsfrie* fysioterapi. Mens almindelig fysioterapi er åben for alle, er vederlagsfri fysioterapi rettet mod funktionsnedsættelser relateret til en nærmere afgrænset gruppe af diagnoser.⁵ Inden for den vederlagsfrie fysioterapi sondres mellem de progressive patienter, som blev omfattet af ordningen fra 2008 samt de svært handicappede patienter. De progressive vederlagsfrie patienter modtager som udgangspunkt holdtræning.

Skønsmæssigt leveres 90 pct. af kiropraktorydelserne og 80 pct. af fysioterapiydelserne inden for praksissektoren, hvor forhold som pris, udbud og kvalitet er reguleret.⁶ De resterende hhv. 10 pct. af kiropraktorydelserne og 20 pct. af fysioterapiydelserne leveres på normale markedsvilkår, hvor behandlerne frit kan etablere sig, der hvor efterspørgslen er, kan prissætte ydelserne og ikke er underlagt kapacitetsbegrænsninger. Fordelingen er illustreret i Figur 2.1.

² Danske Regioner og skøn baseret på Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013. Behandlinger omfatter alle behandlinger foretaget under overenskomsterne om kiropraktik samt for almindelig og vederlagsfrie fysioterapi. En behandling er opgjort som en ydelse registreret i CSC ScandiHealths database. Se boks 3.1 for en nærmere beskrivelse.

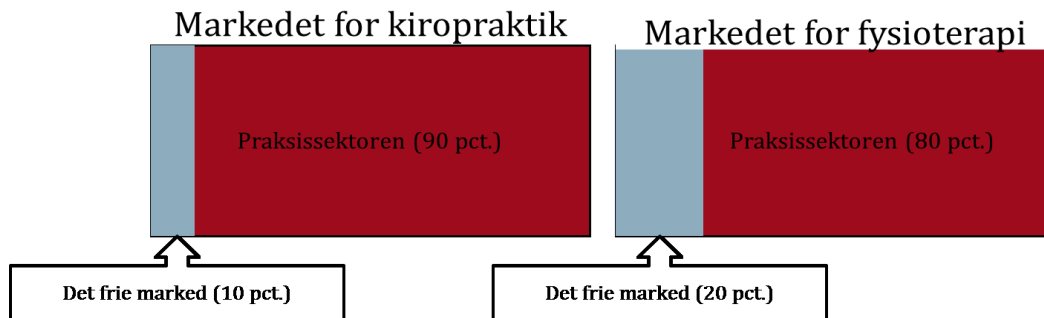
³ Dansk Kiropraktor Forening, november 2013.

⁴ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 3.

⁵ Vejledning om adgang til vederlagsfrie fysioterapi, Sundhedsstyrelsen 2008.

⁶ Skøn baseret på Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013 (spr. 7, 8, 45 og 47). Det bemærkes, at det ikke har været muligt at teste spørgeskemaundersøgelsens repræsentativitet, jf. også bilag 1. Se appendiks 2 for spørgsmål samt svarfordeling.

Figur 2.1 Markederne for kiropraktik og fysioterapi



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, 2013.

Da langt størstedelen af ydelserne på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter leveres som en del af *praksissektoren*, fordrer det, at markederne ses i sammenhæng med dels den sundhedspolitiske kontekst, dels den samfundsøkonomiske kontekst inden for hvilken ydelserne leveres.

2.2 Sundhedspolitiske mål for praksissektoren

Praksissektoren udgør det ene af tre ben i det danske sundhedsvæsen. De to andre er sygehusvæsenet og de kommunale sundhedsydelser.

Praksissektoren består foruden kiropraktorer og fysioterapeuter også alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger og tandplejere, psykologer samt fodterapeuter. Behandlerne praktiserer og yder behandling efter de overenskomster, deres faglige organisationer har indgået med den offentlige part, Regionernes Lønnings- og Takstnævn.⁷

For praksissektoren gælder de samme overordnede sundhedspolitiske mål som for resten af sundhedsvæsenet, nemlig målet om at opfylde behovet for

- » let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
- » behandling af høj kvalitet,
- » sammenhæng mellem ydelserne,
- » valgfrihed,
- » let adgang til information,
- » et gennemsigtigt sundhedsvæsen
- » kort ventetid på behandling.⁸

⁷ Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) har til opgave at aftale eller fastsætte løn- og øvrige ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne og forhandle overenskomster for praksissektoren. RLTN består af fem regionspolitikere udpeget af Danske Regioner, to kommunalpolitikere udpeget af KL, Sundhedsministeriet samt Finansministeriet (Moderniseringsstyrelsen). Sekretariatsbetjeningen er forankret hos Danske Regioner. KL indgår i nævnet, da kommunerne har ansvar for den vederlagsfri fysioterapi. Kilde: www.rltm.dk

⁸ Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 (Sundhedsloven), § 2. Praksissektoren er nærmere reguleret i sundhedslovens kapitel 13-15 og kapitel 69 og 70.

Regionerne har forsyningsforpligtelsen på sundhedsområdet, herunder for ydelser leveret i praksissektoren.⁹ Dog har kommunerne forsyningsforpligtelsen i forhold til den vederlagsfrie fysioterapi.¹⁰ Forsyningsforpligtelsen betyder, at hhv. regionen og kommunen er forpligtigede til at sørge for at borgere i hele regionen hhv. kommunen, har adgang til et behandlingstilbud, der opfylder de sundhedspolitiske mål.

De politiske valg, der er truffet om den nuværende regulering, er sket ud fra et ønske om at tilgodese de samfundsmæssige hensyn, herunder hensynet til forsyningssikkerheden og den geografiske dækning i alle dele af landet. Det bemærkes, at de mangeårige politiske valg og prioriteringer, der har været med til at forme det eksisterende system, ikke har været genstand for analysen – og derfor heller ikke er afdækket i forbindelse med analysen.

2.3 Regulering af kiropraktor- og fysioterapeutydelser leveret i praksissektoren

Som på andre sundhedsmarkeder gælder der på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter en række samfundshensyn, som skal tilgodeses, herunder hensynet til at opfylde de sundhedspolitiske mål og til styringen af de offentlige udgifter. Den regulering, der er resultat af en række politiske valg, er udformet for at tilgodese disse hensyn.

Dette har resulteret i, at de ydelser, der leveres inden for praksissektoren, leveres i et stærkt reguleret marked. Analysen fokuserer primært på reguleringens betydning for konkurrence samt effektiv drift og vækst og i mindre grad på betydningen for de samfundsmæssige hensyn.

Regionernes praksisplaner fastlægger sammen med overenskomsterne mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Sundhedsministeriet) og hhv. Danske Fysioterapeuter og Dansk Kiropraktor Forening udbuddet, prisen og kvaliteten på 80 pct. af fysioterapeutmarkedet og 90 pct. af kiropraktormarkedet, jf. boks 2.1. Flere udbydere har over for styrelsen givet udtryk for, at de betragter sig som del af det offentlige sundhedsvæsen – og ikke som en privat aktør på et marked.¹¹

⁹ Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 (Sundhedsloven), § 3, stk. 1.

¹⁰ Bekendtgørelse nr. 710 af 27/06/2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og i kommunen.

¹¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens indledende interview med behandlere, april/maj 2013.

Boks 2.1

Væsentligste elementer i regulering af kiropraktorer og fysioterapeuter inden for praksissektoren**Regulering af retten til at drive kiropraktor- og fysioterapeutklinikker**

- » Autorisationsordningen har til formål at autorisere nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende område kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter. En autorisation giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel. Autorisationen meddeles af Sundhedsstyrelsen til personer, der har gennemført en nærmere bestemt uddannelse.¹² Alle behandlere – både inden for og uden for praksissektoren – skal autoriseres for at kunne kalde sig hhv. kiropraktor og fysioterapeut.
- » Ejerskabsbestemmelserne for selskaber, der leverer kiropraktor- og fysioterapeuttydelser til praksissektoren samt indhold til selskabernes vedtægter fremgår af overenskomsterne. Det fastsættes bl.a., at 50 pct. af indskudskapitalen (i såvel kapital som stemmewægte) i anpartsselskaber og 100 pct. af anpartskapitalen i holdingselskaber, skal ejes af autoriserede behandlere, der har tiltrådt overenskomsten.¹³ Medlemmer af selskabernes direktion skal alle levere behandling som ansatte i selskabet. Derudover indeholder overenskomsterne bestemmelser om øvrige praksisformer, som kiropraktorer og fysioterapeuter kan eje personligt (enkeltmandspraksis, kompagniskaber og samarbejdspraksis).¹⁴ Hertil kommer, at behandlerne alene har mulighed for at drive virksomhed fra én adresse (dog har fysioterapeuter under visse betingelser mulighed for flere adresser).

Regulering af udbuddet af kiropraktik- og fysioterapiydelser

- » Kapacitetsbegrænsning: På landsplan reguleres behandlingskapaciteten gennem de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne samt i overenskomsternes økonomiprokollater. For at efterkomme aftalerne og protokollatet regulerer regionerne kapaciteten/ udbuddet i praksissektoren via antallet af ydernumre kombineret med de fem regioners praksisplaner for hhv. kiropraktik og fysioterapi. *Praksisplanerne* beskriver tilrettelæggelsen af den fremtidige hhv. kiropraktiske/fysioterapeutiske betjening i regionen. Regionerne tildeler efter indstilling fra samarbejdsudvalget et *ydernummer* til behandlerne, hvorved disse får mulighed for at praktisere og modtage tilskud fra regionen/kommunen.¹⁵ Se kapitel 5 for de konkrete elementer i kapacitetsstyringen.
- » Antalsbegrænsning: Antallet af behandlere, der kan behandle under overenskomsten – og dermed inden for praksissektoren – er reguleret af regionerne gennem tildeling af ydernumre og praksisplanerne ud fra et behovskriterium. Enhver udvidelse af fysioterapeuternes kapacitet betragtes som en nynedsættelse. Nynedsættelser kan finde sted i henhold til praksisplanen på baggrund af en ansøgning til samarbejdsudvalget i den pågældende region.¹⁶ På kiropraktorområdet vurderer regionen årligt behandlingskapaciteten.¹⁷

¹² Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, §§ 1 og 2.

¹³ Det er ikke undersøgt, om muligheden for at anvende indskudskapital fra andre end behandlerne, er udnyttet i dag.

¹⁴ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, §§ 21 og 22 samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, §§ 12 og 13. Knap 40 pct. af kiropraktor-klinikkerne var i 2011 organiseret som selskaber, mens resten var personligt ejede. I perioden 2003-2011 har der været en svar stigning i andelen af klinikker i selskabsform. Kilde: Dansk Kiropraktor Forening, Undersøgelse af indtjening og omkostninger i kiropraktorpraksis for regnskabsåret 2011, 2013.

¹⁵ Overenskomsterne indeholder overordnede bestemmelser om kapacitet, praksisplanlægning m.v., jf. Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, Kap III samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, kap 4.

¹⁶ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 11 samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 10. For fysioterapeuter er der i perioden 2000-2010 sket en stigning antallet af ydernumre fra 1621 til 2101, svarende til 0,3 pr. 1000 borgere til 0,38 pr. 1000 borgere. For kiropraktorer er der i perioden 2000-2010 sket en stigning i antallet af ydernumre fra 193 til 235. Antallet af kiropraktorer pr. 1000 borgere er uændret (0,04). Kilde: Yderregisteret.

¹⁷ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 10 stk. 3.

- » Geografisk begrænsning: For kiropraktorer *kan* regionen knytte krav om geografisk placering som vilkår til tilladelsen til nynedsættelse. Når samarbejdsudvalget i regionen tildeler ydernumre til fysioterapeuter *skal* de tage stilling til, hvilket geografisk dækningsområde som ydernumret kan anvendes inden for. For både kiropraktorer og fysioterapeuter kræver flytning af klinikken godkendelse fra regionen. Dog kan kiropraktorer blot meddele regionen dette, såfremt der ikke er knyttet en geografisk binding til ydernumret, hertil kommer, at behandlerne alene har mulighed for at drive virksomhed fra én adresse (dog har fysioterapeuter under visse betingelser mulighed for flere adresser).¹⁸

Regulering af efterspørgselssiden

- » Faste priser: Overenskomsterne fastsætter honorarer for de ydelser, som er omfattet af overenskomsterne. Prisen på disse ydelser er derfor faste, og behandlerne må hverken tages højere eller lavere priser.¹⁹
- » Tilskud fra den offentlige sygesikring: Den offentlige sygesikring yder tilskud til ydelser leveret inden for praksissektoren i henhold til §§ 66 og 67 i Sundhedsloven (LBK af 13. juli 2010) samt tilhørende bekendtgørelser. Tilskuddet er mellem 15 og 24 pct. (gennemsnit 18 pct.) til kiropraktik og 39,3 pct. til fysioterapi. Den resterende andel af prisen betales af patienten selv, evt. suppleret med tilskud fra sygeforsikringen "danmark" samt private sundhedsforsikringer. Tilskuddet for vederlagsfri fysioterapi er 100 pct.²⁰
- » Visitation: Patienterne har fri adgang til kiropraktorer. Tilskud til fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi kræver en henvisning fra praktiserende læge.²¹

Reguleringens betydning for konkurrence- og forbrugerforholdene på markederne analyseres i kapitel 4. Bilag 1 præsenterer indretningen af systemerne i Sverige og Nederlandene, primært vedrørende fysioterapi.

2.4 Offentlige udgifter til kiropraktik og fysioterapi

Som del af reguleringen udbydes ydelser leveret inden for praksissektoren med et offentligt tilskud, jf. boks 2.1. Det, at forbrugerne ikke betaler den fulde pris for ydelserne samtidig med, at priserne er fastsat centralt, gør, at den traditionelle markedsmekanisme ikke fungerer på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter. Effekterne af dette atypiske marked uden traditionelle styrings- og markedseffekter er dog forsøgt adresseret via lægens visitationspraksis samt varierende grad af egenbetaling²² samt styringen af udbuddet på markedet gennem ydernummer og kapacitetsbegrænsninger.

På landsplan søges de offentlige udgifter til hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter styret gennem dels de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og regionerne, dels i overenskomster-

¹⁸ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 15, stk. 2., § 18, § 19 samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, protokollat til § 11, § 12, stk. 4.

¹⁹ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 29 samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010 § 8.

²⁰ Bekendtgørelse nr. 710 af 27. juni 2008 om tilskud til fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og vederlagsfri fysioterapi hos fysioterapeut i praksissektoren og kommunen samt bekendtgørelse nr. 1141 af 29. september 2011 om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren. I henhold til direktivet om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, er det i visse tilfælde muligt at få offentligt tilskud til behandling i et andet EU-land.

²¹ jf. § 1 i bekendtgørelse om tilskud til fysioterapi m.v. I 2010/2011 blev det drøftet, herunder behandlet i Folketinget, hvorvidt der skulle være fri adgang til fysioterapeuter. Baseret på bl.a. hollandske erfaringer blev det skønnet, at der var stor usikkerhed om de økonomiske konsekvenser af fri adgang, jf. Danske Regioner, Notat om konsekvenser af fri adgang, 2011.

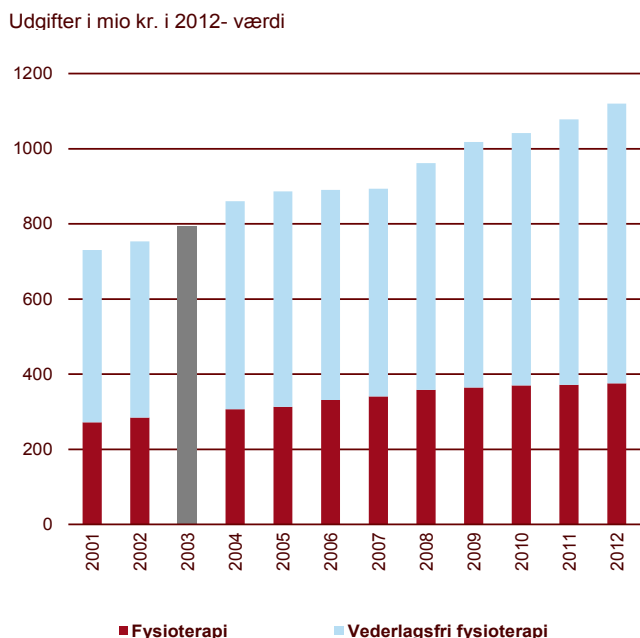
²² Finansministeriet, Budgetredegørelse 2010, kapitel 8, side 171

nes økonomiprotektollater.²³ Af protektollatet fremgår, at hvis regionernes udgifter til kiropraktorerne overskrider den aftalte ramme, kan konsekvensen blive, at *patienternes* tilskud til kiropraktorydelser ændres med den procentvise forskel mellem forbrug og den aftalte ramme.²⁴ Da det derved bliver dyrere for patienterne at bruge kiropraktorer, kan det betyde, at færre i denne periode vil benytte behandlerne. Hvis fysioterapeuternes udgifter overstiger den aftalte økonomiske ramme, sker der som udgangspunkt en nedsættelse af *fysioterapeuternes* honorarer svarende til den procentvise forskel mellem forbrug og den aftalte ramme.²⁵ Dette kan umiddelbart skabe incitament til at gennemføre færre behandlinger.

De offentlige udgifter til fysioterapi er årligt på 1,2 mia. kr. (2012-tal) fordelt på godt 60 pct. til vederlagsfri fysioterapi og 40 pct. til almindelig fysioterapi. For kiropraktorer udgjorde de offentlige udgifter i 2012 ca. 112 mio.kr, jf. Figur 2.2.²⁶

Figur 2.2 Udviklingen i udgifter til offentligt tilskud, (2001-2012)

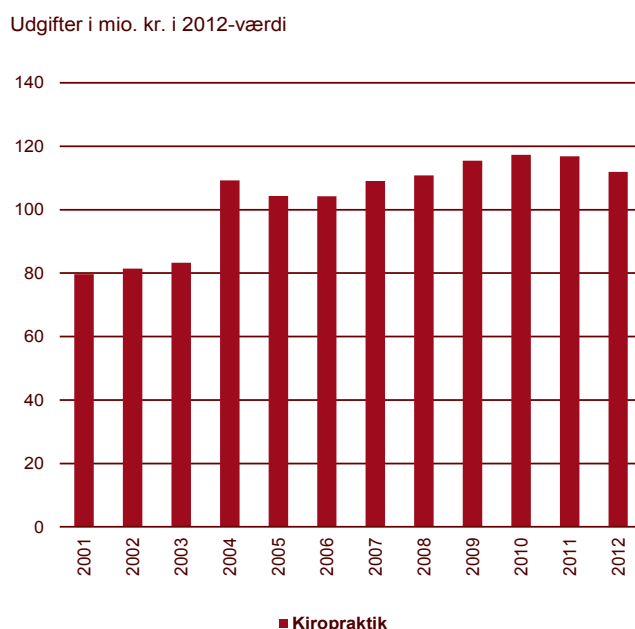
(a) Offentligt tilskud til fysioterapeutbehandling



Anm.: For 2003 har det ikke været muligt at opsplitte udgifterne i hhv. almindelig og vederlagsfri fysioterapi. De offentlige udgifter er deflateret med Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Det er gjort for at kunne vurdere, hvor stor en del af udviklingen i udgifterne, der ikke kan forklares i stigende generelle forbrugerpriser.

Kilde: Amtsrådsforeningen (2000-2004) og CSC Scandihealth (2005-2012).

(b) Offentligt tilskud til kiropraktorbehandling



Anm.: I 2004 blev den hidtidige begrænsning i antal behandlinger på kiropraktik afskaffet. De offentlige udgifter er deflateret med Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Det er gjort for at kunne vurdere, hvor stor en del af udviklingen i udgifterne, der ikke kan forklares i stigende generelle forbrugerpriser.

Kilde: Amtsrådsforeningen (2000-2004) og CSC Scandihealth (2005-2012).

De offentlige udgifter til både almindelig fysioterapi og kiropraktik steg i perioden 2001-2012 med årlige realvækstrater på knap 3 pct. I samme periode steg de offentlige udgifter til den

²³ Rigsrevisionen, Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, 2012.

²⁴ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, side 36.

²⁵ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, side 52.

²⁶ De offentlige udgifter er korrigeret med Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks. Det er gjort for at kunne vurdere, hvor stor en del af udviklingen i udgifterne, der ikke kan forklares i stigende generelle forbrugerpriser.

vederlagsfrie fysioterapi med årlige realvækstrater på ca. 4 pct., jf. Figur 2.2 (a). I samme periode er det offentlige forbrug vokset med ca. 1,5 pct. årligt og de offentlige udgifter til sundhedsvæsenet med 3 pct. årligt²⁷

Heroverfor har de offentlige realudgifter til tandlæger, hvor der er fri etableringsret, i perioden 2000-2010 ligget konstant. I 2010 var disse 1,4 mia. kr.²⁸ Ligeledes er det værd at bemærke, at de løbende svenske offentlige udgifter til fysioterapi, siden der blev indført fri etableringsret for fysioterapeuter udbydere i 2010, har været faldende, jf. bilag 1 (den faldende tendens i udgifterne kan identificeres fra 2008).

Finansministeriet har i Budgetredegørelse for 2010 dekomponeret udgiftsvæksten til hhv. kiropraktik og fysioterapi i perioden 2001-2007 fordelt på demografi, ændring i andelen af brugere i befolkningen, flere og nye ydelser samt ændring i det gennemsnitlige forbrug af sygesikringsydelser per bruger.²⁹

For kiropraktik skyldes udgiftsstigningen fra 2001-2007 *et større forbrug af ydelser per bruger*. Stigningen er især sket, da den hidtidige begrænsning på fem behandlinger og 1 røntgenundersøgelse blev ophævet i 2004.³⁰

For perioden 2001-2007 kan væksten i den vederlagsfri fysioterapi primært tilskrives et *højere forbrug per bruger*, mens væksten i udgifterne til den almindelige fysioterapi primært skyldes, at *flere borgere* blev behandlet.

For 2008 og frem har Finansministeriet ikke foretaget en dekomponering. Se i øvrigt kapitel 3 for udviklingen i udgifter per behandling.

2.5 Udbydere på kiropraktor- og fysioterapeutmarkedet

Udbydere (behandlerne) på markederne er alle private erhvervsdrivende. Behandlerne kan enten eje en klinik, leje sig ind i en klinik, behandle uden fast klinikadresse eller være ansat som behandler i en klinik, dvs. som lønmodtager.

Sammenlignet med øvrige lande i OECD har Danmark et relativt højt antal fysioterapeuter pr. 1000 indbyggere, jf. Figur 2.3. Danmark havde i 2009 1,37 fysioterapeuter per 1000 indbygger. Lande, som vi normalt sammenligner os med, ligger både over og under dette niveau. Fx havde Holland i 2009 1,77 fysioterapeuter per 1000 indbygger, mens Sverige, havde 1,24 fysioterapeuter per 1000 indbygger, jf. Figur 2.3.

²⁷ Danmarks Statistik, NATH001: 0 Varer og tjenester, hele økonomien, oversigt samt OF23.

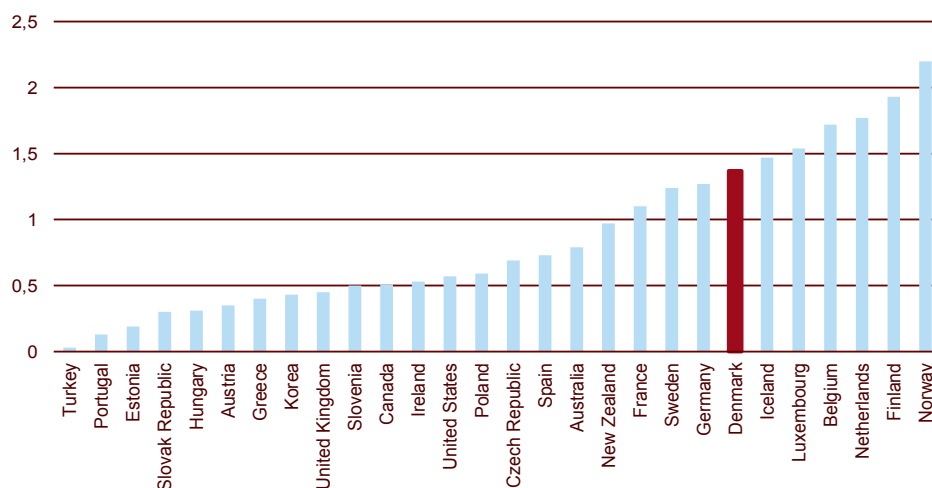
²⁸ Sygesikringsregisteret. Ifølge Danske Regioner er den væsentligste årsag til, at udgifterne på tandlægeområdet har været konstante, begrænsninger på antal behandlinger samt hvilke behandlinger regionerne kan give tilskud til.

²⁹ Finansministeriet, Budgetredegørelse 2010, kapitel 8, side 178 samt boks 8.3.

³⁰ Finansministeriet, Budgetredegørelse 2010, kapitel 8, side 187 ff.

Figur 2.3 Fysioterapeuter per 1000 indbyggere i OECD

Fysioterapeuter pr. 1000 borgere (2009)



Kilde: OECD, Stats Extracts, Health care resources, Physiotherapists.

Der skønnes i 2013 at være i alt knap 440 praktiserende kiropraktorer og knap 3.200 praktiserende fysioterapeuter i Danmark, jf. Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Antal praktiserende kiropraktorer og fysioterapeuter (2013)

	Kiropraktorer	Fysioterapeuter
Behandlere inden for praksis-sektoren ¹	381	2.549
Heraf klinikejere ²	238	631
Heraf uden fast adresse ²	NA	44
Heraf andel, der virker både i praksissektoren og på det frie marked ³	44	918
Behandlere på det frie marked ⁴	57	637
I ALT	438	3.186

Anm. Mens figur 2.1 skønner over andelen af ydelser leveret hhv. uden for og inden for praksissektoren, skønner tabel 2.1 over antal behandlere hhv. inden for og uden for praksissektoren.

Note 1: Kilde: Danske Regioner.

Note 2 Skøn på baggrund af www.sundhed.dk.

Note 3: Skøn baseret på resultat fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor 12 pct. af kiropraktorerne og 37 pct. af fysioterapeuterne både leverer ydelser til praksissektoren og på det frie marked.

Note 4: Skøn baseret på resultat fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor 15 pct. af kiropraktorerne og 25 pct. af fysioterapeuterne ikke havde ydernummer.

Kilde: Yderregisteret, sundhed.dk, Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, 2013.

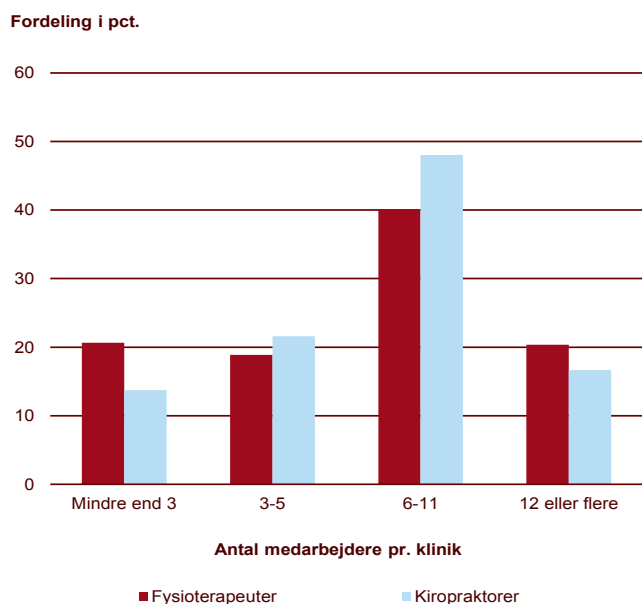
Analysen viser, at langt de fleste *kiropraktorer* kun leverer behandlinger inden for praksissektoren. Det drejer sig om knap 75 pct. Godt 10 pct. leverer både ydelser inden for og udenfor praksissektoren, mens knap 15 pct. alene leverer ydelser på det frie marked, jf. Tabel 2.1.

Godt 37 pct. af *fysioterapeuterne* leverer kun ydelser til praksissektoren, mens også godt 37 pct. af fysioterapeuterne både leverer til praksissektoren og på det frie marked. Godt hver fjerde fysioterapeut leverer kun ydelser på det frie marked, jf. Tabel 2.1.³¹

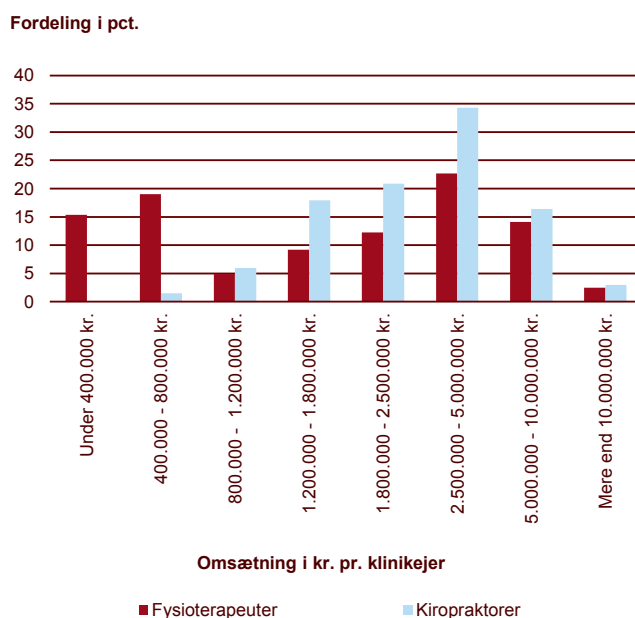
Kiropraktorklinikkerne har i gennemsnit 8,3 medarbejdere, mens fysioterapeutklinikkerne i gennemsnit har 8 medarbejdere. Som Figur 2.4 (a) viser, har over 60 pct. af både kiropraktor- og fysioterapeutklinikker over seks medarbejdere. I knap 15 pct. af kiropraktorklinikkerne og 20 pct. af fysioterapeutklinikkerne er der under tre medarbejder.

Figur 2.4 Kiropraktor- og fysioterapeutklinikernes størrelse og omsætning

(a) Klinikernes størrelse



(b) Klinikernes omsætning



Anm.: Spørgsmål 5, hvis der kun ejes 1 klinik samt Spm 6, Samlet antal medarbejdere i den klinik hvor du arbejder, (inkl. dig selv). Det betyder at også andre faggrupper, fx massører, læger m.v. er med i dette tal. Kiropraktorer, N=102, Fysioterapeuter, N=339.

Anm.: Spm. 45 (kiropraktor) samt s. 47 (fysioterapeut): Hvad var klinikens/dine klinikkers omsætning i 2012 (et kryds)? Kiropraktorer, N=67, Fysioterapeuter, N=163.

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Ejere af kiropraktorklinikker skønnes i gennemsnit at have en årlig omsætning på 3.752.985 kr. Hver tredje klinikejer har en omsætning på sine kiropraktorklinik(ker) på mellem 2,5 og 5 mio. kr.³², jf. Figur 2.4 (a).

³¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013. N=104 for kiropraktorer og N=391 for fysioterapeuter.

Ejere af fysioterapeutklinikker skønnes i gennemsnit at have en årlig omsætning på 2.867.901 kr. Klinikejernes omsætning på fysioterapeutklinikker spæder sig med størst andel i intervallet 2,5-5 mio. kr., hvor knap hver fjerde klinikejer ligger. Derudover har godt hver tredje ejer af en fysioterapiklinik en årlig omsætning på sine klinikker på under 800.000 kr., jf. Figur 2.4 (b).

2.6 Forbrugerne på kiropraktor- og fysioterapeutmarkederne

En dansk husstand brugte i 2010 i gennemsnit ca. 1.000 kr. på fysioterapeut, kiropraktor, naturlæge m.v. (i løbende priser).³³ Det er 25 pct. mere end i 2000.³⁴ Generelt er det forventningen, at efterspørgslen efter sundhedsydelser, herunder fysioterapi og kiropraktik fortsat vil stige de kommende år på grund af flere ældre og flere patienter med kroniske ydelser.³⁵

10 pct. af forbrugerne har inden for de seneste to år modtaget kiropraktisk behandling – hver anden af disse blev behandlet for et akut problem. 60 pct. fik fem behandlinger eller derunder.³⁶

22 pct. af forbrugerne er inden for de seneste to år blevet behandlet hos en fysioterapeut – hver tredje af disse blev behandlet for et akut problem. Halvdelen af fysioterapeutpatienterne fik under fem behandlinger.³⁷

Hertil kommer, at 6 pct. af forbrugerne både har anvendt kiropraktor og fysioterapeut.

En tiendedel af patienterne hos både fysioterapeuter og kiropraktorer har fået behandling uden for praksissektoren (dvs. uden for ydernummersystemet).³⁸

Kun få forbrugere betaler hele behandlingen selv

Forbrugerne på markederne kan groft opdeles i tre grupper:

1. Forbrugere, der modtager vederlagsfri fysioterapi og derfor ikke betaler for behandlingen (inden for praksissektoren).
2. Forbrugere, der selv betaler en andel af behandlingen og hvor andre, fx den offentlige sygesikring, sygeforsikringen "danmark" og/eller private sundhedsforsikringer betaler resten (både inden for praksissektoren og på det frie marked).
3. Forbrugere, der selv betaler hele kiropraktor- eller fysioterapeutbehandlingen (uden for praksissektoren),

Flest forbrugere befinder sig i gruppe 2 og betaler en andel af behandlingen selv.

Den offentlige sygesikring giver et fast tilskud på i gennemsnit 18 pct. til kiropraktorbehandling og på ca. 40 pct. til almindelig fysioterapeutbehandling, hvis behandlingen sker inden for praksissektoren, jf. ovenfor.

³² Dette ligger i tråd med en indtjenings- og omkostningsundersøgelse fra Dansk Kiropraktor Forening, som viser en gennemsnitlig omsætning pr. klinik på 3,2 mio. kr. (mod en omsætning i 2000 på 2,0 mio. kr. og en omsætning i 2007 på 2,7 mio. kr.). Indtjeningen pr. kiropraktorklinik var i 2011 1,2 mio. kr. Kilde: Dansk Kiropraktor Forening, Undersøgelse af indtjening og omkostninger i kiropraktorpraksis for regnskabsåret 2011, Dansk Kiropraktor Forening, 2013.

³³ Der er stor forskel på danske hustrandes forbrug på fysioterapeut, kiropraktor, naturlæge .m.v. af på tværs af landet og på tværs af indkomstgrupper. Sjællænderne brugte i 2010 mest pr. husstand (1260 kr.). Det er dobbelt så meget som nordjyderne, der brugte mindst (626 kr.). Kilde: Danmarks Statistik. Generelt tyder det på, at danskernes forbrug på medicin og lægeudgifter er højere end fx svenskernes Danske hustrande brugte i 2009 i gennemsnit 7585,4 kr. på medicin- og lægeudgifter, mens svenske hustrande i 2009 gennemsnit brugte 4492 DKK på sundhedsudgifter. Kilde: Danmarks Statistik og Statistika Centralbyrå.

³⁴ Danmarks Statistik.

³⁵ www.sst.dk.

³⁶ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

³⁷ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

³⁸ Godt hver fjerde forbruger (28 pct.) er ikke klar over, om behandleren havde eller ikke havde ydernummer. Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

Sygeforsikringen "danmark" yder tilskud til kiropraktor- og fysioterapeutbehandling for forsikrede forbrugere, uanset om behandlingen foregår inden for eller uden for praksissektoren. Kravet er, at behandleren er autoriseret af Sundhedsstyrelsen. Analysen viser, at 42 pct. af kiropraktorpatienter og 36 pct. af fysioterapeutpatienterne modtog tilskud fra sygeforsikringen "danmark" til behandling.³⁹

Hertil kommer, at private sundhedsforsikringer betaler dele af behandlingen for ca. hver sjette kiropraktor- og fysioterapeut patient.⁴⁰ Flere forsikringsselskaber kræver, at deres forsikrings-tagere bruger behandlere med ydernummer, og at den offentlige sygesikring derfor afholder dele af udgiften til behandlingen under den private sundhedsforsikring (se også boks 4.1 samt afsnit 4.8).

Forbrugerne er relativt loyale

Forbrugerne er relativt loyale over for både kiropraktorer og fysioterapeuter – og hver anden bruger **altid samme klinik**.

Det er indtrykket, at forbrugernes adfærd på markeder for sundhedsydelser generelt er præget af **høj loyalitet og tillid og relativ lav mobilitet**. Det viser fx Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens undersøgelse på markedet for tandlæger fra 2011: 94 pct. af forbrugerne har været hos deres tandlæge mere end en gang, og 95 pct. af forbrugerne angiver, at de højst sandsynligt vil bruge den samme tandlæge igen. Knap halvdelen af forbrugerne har haft deres nuværende tandlæge i 10 år eller mere.⁴¹

Det samme gælder på markederne for kiropraktik og fysioterapi, hvor hver anden forbruger altid bruger samme klinik, jf. Figur 2.5.

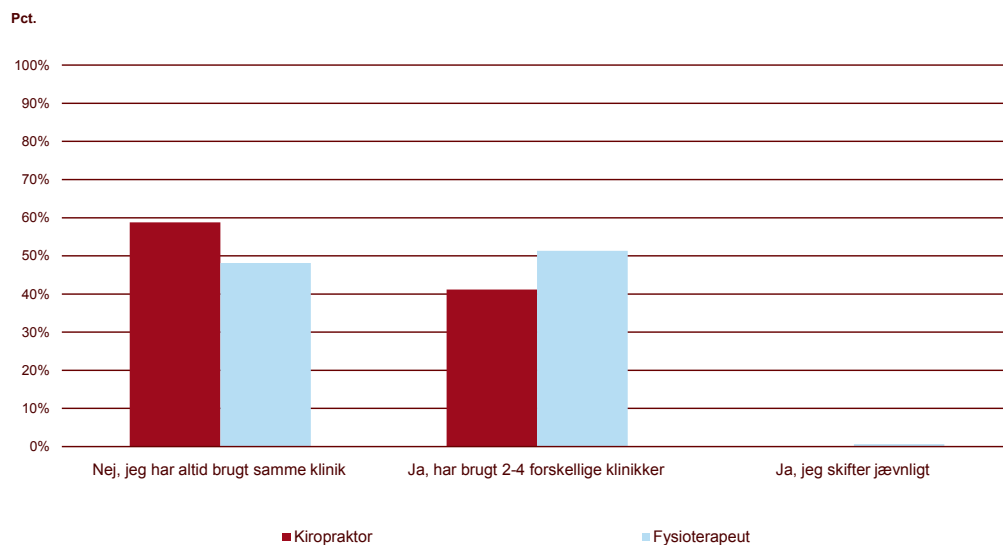
Det synes ikke at have nogen betydning for loyaliteten, om og hvor meget patienterne selv har betalt for behandlingen, herunder om de har modtaget vederlagsfri behandling, hvor mange behandlinger de har modtaget, hvilken region de bor i, deres alder, uddannelse og indkomst.

³⁹ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

⁴⁰ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Ifølge Dansk Kiropraktor Forenings Surveyundersøgelse af danske kiropraktorpatienter (2013) har 38 pct. af kiropraktorkunderne en privat sundhedsforsikring.

⁴¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, Danske Forbrugerforhold, 2011.

Figur 2.5 Forbrugernes loyalitet over for hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter



Anm.: Spm. 19. Har du tidligere modtaget behandling på flere forskellige kiropraktor- eller fysioterapeutklinikker? N (Kiropraktorer)= 246, N (Fysioterapeuter)=509.

Anm. 1 pct. af forbrugerne skifter jævnligt fysioterapeut.

Kilde: Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

I forlængelse heraf har 44 pct. af forbrugerne angivet som en af de tre væsentligste grunde for valg af kiropraktor, at de selv havde gode erfaringer med behandleren. Dette gælder for 25 pct. af forbrugerne ved valg af fysioterapeuter.⁴²

Kapitel 5 analyserer forbrugernes oplevelse af behandlingen hos hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter.

⁴² Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

Kapitel 3

Danskerne kan få mere sundhed for pengene

3.1 Indledning

Kiropraktorerne og fysioterapeuterne spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen, og deres ydelser er med til at sikre en høj velfærd for forbrugerne.

I 2012 blev der leveret ca. 2 mio. kiropraktorbehandlinger og 7,7 mio. fysioterapeutiske behandlinger i praksissektoren.⁴³ Siden 2005 er antallet af kiropraktorbehandlinger steget ca. 5 pct., og antallet af fysioterapeutiske behandlinger steget ca. 22 pct.⁴⁴ Denne stigning har også givet sig udslag i højere offentlige udgifter, jf. kap. 2 ovenfor. Dertil kommer en betydelig stigning i antal kiropraktor- og fysioterapibehandlinger leveret på det frie marked.⁴⁵

Styrelsens analyser peger på, at den nuværende regulering medfører et tab for forbrugerne, behandlerne og samfundet. Denne vurdering baseres på følgende fem forhold:

- » At udviklingen i de offentlige realudgifter per behandling for fysioterapeuter er steget i perioden 2003-2012.
- » At der er et potentiale ved at udnytte ydernes tildelte behandlingskapacitet bedre (målt ved antal behandlinger per time).
- » At der er et potentiale ved at reducere længden på patienternes behandlingsforløb (målt ved antal behandlinger per patient per år).
- » At indretningen af praksissektorens nuværende honorarsystem ikke skaber incitament til løbende produktivetsforbedringer, som tilfalder samfundet og forbrugerne.
- » At indretningen af systemet de facto giver kiropraktorer og fysioterapeuter i praksissektoren offentlig støtte og skaber ulige konkurrence over for behandlerne på det frie marked.

For at belyse størrelsesordenen af tabet, som reguleringen er medvirkende til, har styrelsen bl.a. gennemført produktivets- og potentialeberegninger.

Det er vanskeligt at måle, hvor produktiv en kiropraktor og fysioterapeut udnytter sine ressourcer til at levere kvalitetsbehandlinger til forbrugerne.⁴⁶

En udfordring er, at produktivitet kan defineres og opgøres på mange forskellige måder.⁴⁷ Styrelsen har i denne undersøgelse defineret produktivitet som, hvor godt behandleren for-

⁴³ Behandlinger omfatter alle behandlinger foretaget under overenskomsterne om kiropraktik samt for almindelig og vederlagsfri fysioterapi. En behandling er opgjort som en ydelse registreret i CSC ScandiHealths database. Se boks 3.1 for en nærmere beskrivelse.

⁴⁴ Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Danske Regioner.

⁴⁵ Styrelsen vurderer, at det frie fysioterapimarked udgør ca. 20 pct. af det samlede fysioterapeutmarked, og det frie kiropraktormarked udgør ca. 10 pct.

⁴⁶ Jf. bl.a. "Produktivets- og efficiensanalyser i Almen Praksis – Analyser af muligheder, barrierer og indledende resultater" af Olsen, Sørensen og Gyrd-Hansen, Dansk Sundhedsinstitut DSI rapport 2008.05, og Produktivitetskommissionen.

mår at udnytte sine ressourcer til at levere behandlinger til patienten. Kvalitetsaspektet i den enkelte behandling er ikke inddraget.⁴⁸ Det er en svaghed ved analysen. Kvaliteten er derimod antaget i beregningerne at være den samme mellem yderne.

Styrelsen har konstrueret to mål, som på hver sin måde kan give en indikation af behandlerens produktivitet. For hver yder er beregnet *antal behandlinger per time* og *antal behandlinger per patient*, jf. boks 3.1 samt analysens appendiks 1 for en nærmere beskrivelse.

En *yder* er indehaveren af et ydernummer/en behandlingskapacitet inden for praksissektoren. Yderen er ikke nødvendigvis at betragte som en enkelt fysisk person, der forestår alle behandlinger selv. En kiropraktor eller en fysioterapeut med et ydernummer kan ansætte andre behandlere og/eller andre faggrupper til at levere ydelser under overenskomsten på den tildelte på behandlingskapacitet. Derved kan flere fysiske personer levere ydelser under samme yder/behandlingskapacitet på samme tid.

Antal behandlinger per time siger noget om, hvor godt yderne udnytter deres tildelte behandlingskapacitet inden for praksissektoren. Hvis antallet af behandlinger per time er højt, kan det betyde, at de formår at give mange behandlinger inden for den behandlingskapacitet, de har fået tildelt af regionen. Hvis antallet af behandlinger per time derimod er lavt, kan det betyde, at de ikke udnytter deres behandlingskapacitet særlig godt.

Indikatoren kan fortolkes som et produktivitetsmål på virksomhedsniveau. Hvis yderne formår at behandle mange patienter i timen, vil det svare til en høj produktivitet.

Antal behandlinger per patient siger noget om, hvor hurtige behandlerne er til at færdigbehandle patienterne. Data er opgjort per år og kan derfor i princippet dække over flere behandlingsforløb per patient. Målet ses alligevel som en tilnærmelse for, hvor hurtigt behandlerne kan færdigbehandle patienterne, da de patienter, der har flere behandlingsforløb på et år, antages at fordele sig jævnt blandt alle behandlere over året. Hvis antallet af behandlinger per patient er lavt, kan det betyde, at yderne ikke bruger så mange behandlinger på at afhjælpe patientens problemer. Hvis antallet af behandlinger per patient derimod er højt, kan det betyde, at yderne bruger forholdsmæssigt mange behandlinger på at færdigbehandle patienten.

Indikatoren kan fortolkes som et produktivitetsmål på patient- og samfundsniveau. Hvis yderne formår at hjælpe patienten med færre behandlinger, vil det afkorte patientforløbene, så det offentlige skal give mindre i tilskud, og patienterne skal betale mindre for det samlede behandlingsforløb.

Styrelsen har endvidere beregnet udviklingen i de offentlige udgifter per behandling og udviklingen i de offentlige udgifter per patient, jf. boks 3.1 samt analysens appendiks 1 for en nærmere beskrivelse.

⁴⁷ Derudover kommer grundlæggende udfordringer ved at måle produktiviteten i særligt sundhedserhverv, jf. bl.a. udfordringen med Baumol-effekten.

⁴⁸ Teoretisk vil det være mest korrekt at inddrage kvalitetsaspektet i behandlingen, da det er behandlingens værdi for patienten, der i sidste ende skal måles. I praksis vurderer styrelsen, at det er yderst vanskelig at opgøre kvaliteten, da det afhænger af den individuelle patient, og da patienterne ofte ikke kan vurdere kvaliteten af behandlingen, jf. også kapitel 5.

Boks 3.1

Beregning af antal behandlinger per time og per patient samt de offentlige udgifter per behandling og patient

Styrelsens beregninger baserer sig på Danske Regioners tal fra CSC ScandiHealth. CSC ScandiHealth er en registerdatabase, hvori alle transaktioner mellem et ydernummer og regionerne er registreret. For hvert ydernummer kan aflæses, hvilke og hvor mange ydelser der er foretaget under ydernummeret, de offentlige udgifter hertil, antal unikke patienter hos yderen og den tildelte behandlerkapacitet fra regionen.

Parametrene i indikatorerne er følgende:

- » *Yder* er indehaveren af et ydernummer
- » *Antal behandlinger* omfatter alle behandlinger foretaget under overenskomsterne om kiropraktik samt for almindelig og vederlagsfri fysioterapi. En behandling er opgjort som en ydelse registreret i CSC ScandiHealths database. I databasen indgår for fysioterapeuter fx typen af behandlinger (fx første konsultation, normal behandling, kort behandling, holdtræning m.v.), tillæg til behandlingerne (fx tillæg særlig tidskrævende behandling, afstandstillæg, mødetillæg) og andre typer af ydelser (fx ultralyd, udeblivelser). Det betyder konkret, at en fysioterapeut der fx har udført en ydelse af typen første behandling og samtidig har påført en tillæg i form af tillæg særlig tidskrævende behandling, vil stå registreret som havende udført to behandlinger. På fysioterapi er ca. 83 pct. af ydelserne registreret som en behandlingstype.
- » *Timer* er for fysioterapeuter yderens tildelte ugentlige behandlerkapacitet omregnet til timer årligt. Det er gjort ved, at fysioterapeuter, der har et ydernummer med kapacitet op til 30 timer per uge, i beregningerne er tildelt 30 timer om ugen, og ydere med ret til at behandle mere end 30 timer om ugen, i beregningerne er antaget at arbejde 37,5 timer om ugen i gennemsnit. Kiropraktorer er også antaget at arbejde 37,5 timer om ugen. Det er samtidig antaget, at fysioterapeuter og kiropraktorer arbejder 46 uger om året. Derudfra er beregnet en årlig behandlingsskapacitet opgjort som på timer om året.
- » *Patienter* omfatter alle unikke patienter, som har modtaget en behandling under overenskomsterne.
- » *Offentlige udgifter* er det offentlige tilskud til behandlingen. De offentlige udgifter er korrigeret med Danmarks Statistiks forbrugerprisindeks for at tage højde for inflationen over tid.

Kvalitetsaspektet i behandlingerne er ikke eksplicit inddraget i indikatorerne. Når beregningerne sammenlignes over år, er det derfor implicit antaget, at den gennemsnitlige behandlingstid over årene er ens, at kvaliteten i behandlingerne er ens og på tværs af yderne.

Foruden produktivitetsmålne har styrelsen konstrueret to simple beregninger for potentialet, hvis antallet af behandlinger per time kan hæves eller antallet af behandlinger per patient kan reduceres. Potentialeberegningerne er foretaget som to partielle analyser. Når det ene potentiale beregnes, holdes alt andet således lige.⁴⁹

Det skal understreges, at der er tale om et beregnet potentiale, som en ændring af reguleringen ville kunne bidrage til at indfri. Det vil være en fejlslutning. Endvidere kan potentialerne ikke sammenlignes eller på anden måde holdes sammen som et samlet potentiale.

Potentialeberegninger skal kun ses som en indikation på, hvad højere produktivitet kan betyde målt i antal behandlinger, værdi og offentlige udgifter. Modeller til de to potentialeberegninger er beskrevet nærmere i analysens appendiks 1.

En anden væsentlig udfordring i forbindelse med produktivets- og potentialeberegninger er at skaffe valide og robuste data. Styrelsens datagrundlag bygger på Danske Regioners tal fra CSC ScandiHealth, hvori alle transaktioner mellem et ydernummer og regionerne registreres.

⁴⁹ Styrelsens beregninger indikerer, at der ikke er korrelation mellem en yders to produktivitetsmål. Potentialeberegningerne influerer således ikke på hinanden.

Dataen er fra CSC ScandiHealth vurderes til at være meget valid og robust. Styrelsen har suppleret data fra CSC ScandiHealth med data fra styrelsens egne behandlerundersøgelser.

I det følgende tages der kun udgangspunkt i praksissektoren og i behandlere (ydere) med et ydernummer, medmindre andet er anført. I det følgende er den gennemsnitlige yder defineret som median-yderen.⁵⁰

Endelig skal det understreges, at styrelsens konstruktion af de to produktivetsindikatorer er et metodevalg, med de svagheder og styrker det medfører. Dette er gennemgået nærmere nedenfor.

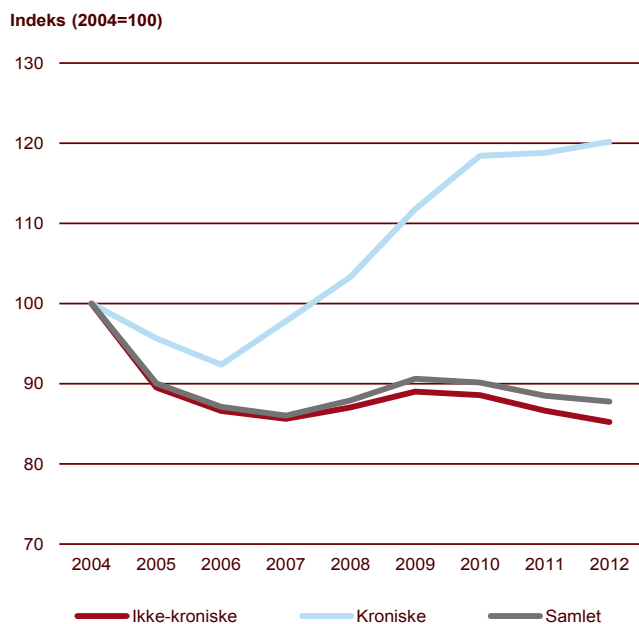
3.2 Udviklingen i offentlige udgifter per behandling og per patient fra 2003-2012

Styrelsens beregninger indikerer, at de offentlige udgifter målt i faste priser siden 2004 er faldet 12 pct. per *kiropraktorbekandling* og steget ca. 4 pct. per *fysioterapeutbekandling*, jf. figur 3.1 nedenfor. Det offentliges bidrag til almindelig fysioterapi og kiropraktorbekandlinger har ikke ændret sig i perioden. Fra 2008 og frem har været en indfasning af progressive patienter (patienter med progredierende sygdom uden svært handikap) på fysioterapiområdet. Progressive patienter behandles i høj grad via holdtræning. Det kan have påvirket den gennemsnitlige udgift per behandling.

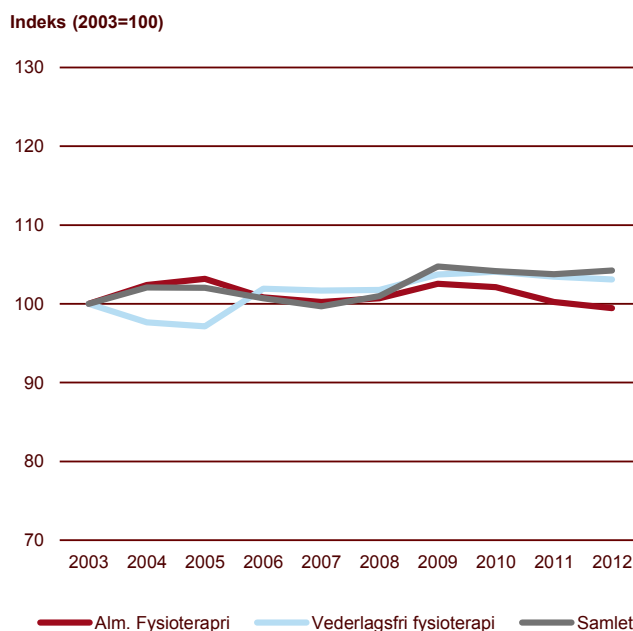
⁵⁰ Median-yderen vurderes at være mere retvisende for den gennemsnitlige behandler end at fokusere på middelværdier.

Figur 3.1 Udvikling i offentlige udgifter per behandling (2003-2012)

(a) Kiropraktorer



(b) Fysioterapeuter



Anm.: De offentlige udgifter er korrigeret med Danmarks Statistiks Forbrugerprisindeks 6.1, jf. appendiks 1 for en nærmere gennemgang.

Anm.: De offentlige udgifter er korrigeret med Danmarks Statistiks Forbrugerprisindeks 6.1, jf. appendiks 1 for en nærmere gennemgang. Det skal endvidere bemærkes, at styrelsen bruger median-yderen som den gennemsnitlige yder. Det kan fx også give det resultat, at selvom gennemsnittet for almindelig fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi faldt fra 2011 til 2012, så steg median-yderen.

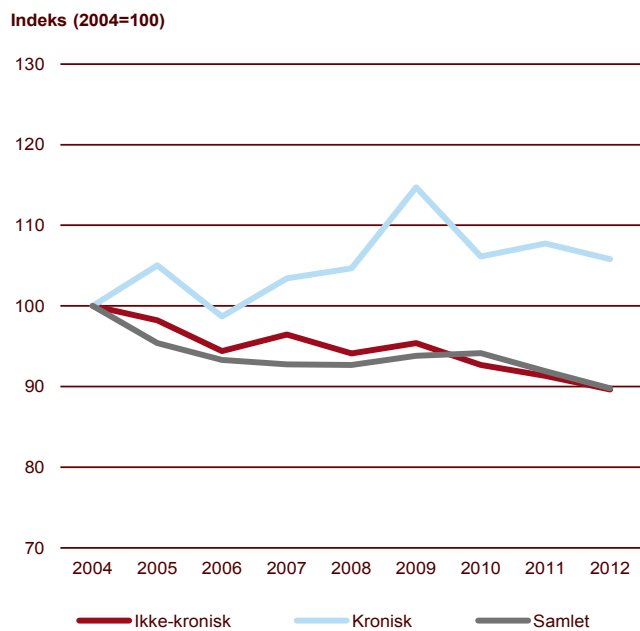
Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

Siden 2004 er de offentlige udgifter målt i faste priser per kiropraktorpatient faldet ca. 10 pct., jf. figur 3.2 (a) nedenfor. Faldet er drevet af et fald i udgifterne for ikke-kroniske patienter. I samme periode steg de offentlige udgifter per vederlagsfri fysioterapeutpatient med ca. 5 pct., jf. figur 3.2 (b) nedenfor. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for vederlagsfri patienter blev skærpet i 2005 vedrørende handicapkriteriet og vedrørende diagnoser og tilstande, der ikke er omfattet af ordningen. Ændringen blev meldt ud til de alment praktiserende læger og praktiserende fysioterapeuter i efteråret 2005. Dette førte til, at gennemsnitsudgiften per patient steg for de patienter, der blev i ordningen, uden at fysioterapeuternes behandlingsmønster (målt som den gennemsnitlige udgift per patient i faste priser) ændrede sig. Udgifterne per patient til almindelig fysioterapi er faldet i perioden, hvilket kan hænge sammen med faldet i antal behandlinger per patient, jf. figur 3.8 (b) nedenfor.

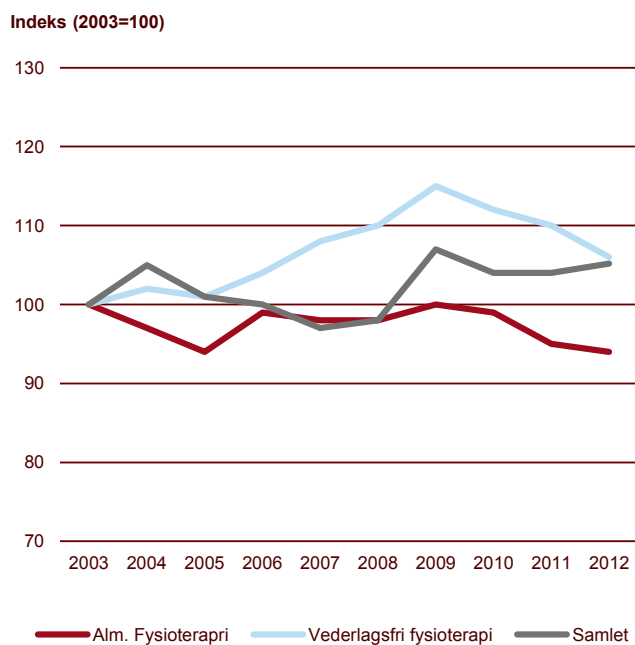
Figur 3.2 Udvikling i offentlige udgifter per patient (2003-2012)

(a) Kiropraktorer



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

(b) Fysioterapeuter



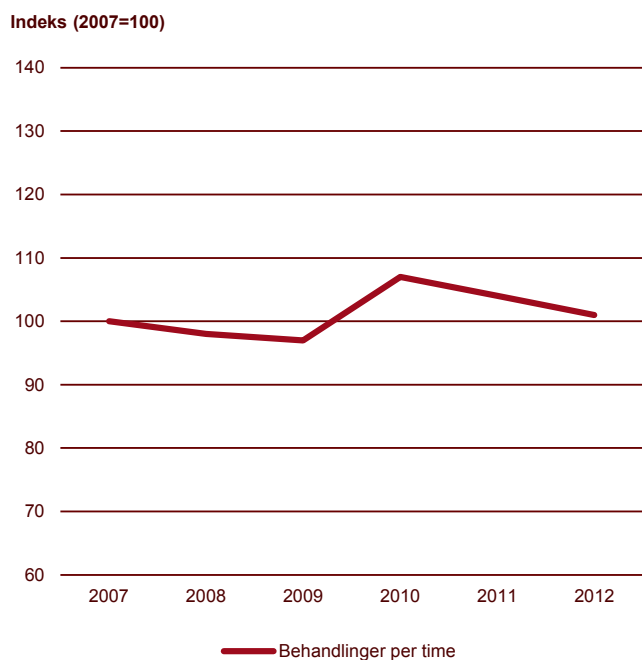
Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

3.3 Ydernes udnyttelse af den tildelte behandlingskapacitet (antal behandlinger per time)

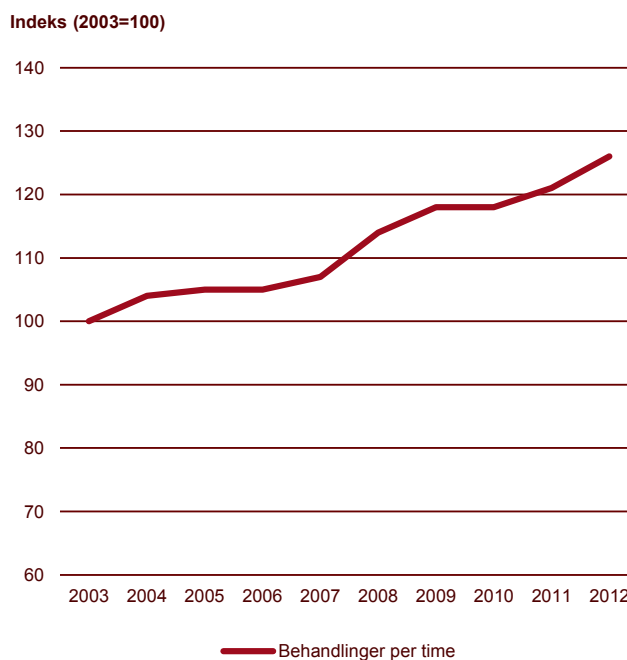
Styrelsens beregninger indikerer, at antallet af kiropraktorbehandlinger per time har været uændret fra 2007 til 2012, jf. figur 3.3 (a) nedenfor. Antallet af fysioterapeutbehandlinger i timen er derimod fra 2003 til 2012 steget ca. 27 pct., jf. figur 3.3 (b) nedenfor.

Figur 3.3 Udviklingen i antal af behandlinger per time (2003-2012)

(a) Kiropraktorer



(b) Fysioterapeuter



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

Styrelsens analyse viser, at der er betydelig forskel på, hvor godt kiropraktorer og fysioterapeuter udnytter deres af regionerne tildelte kapacitet.

I 2012 leverede den gennemsnitlige kiropraktor 3,8 behandlinger i timen, jf. Figur 3.4(a) nedenfor. Spredningen mellem kiropraktorerens produktivitet kan eksemplificeres ved, at yderen ved 25 pct.-fraktilen gav 2,5 behandlinger i timen, mens yderen ved 75 pct.-fraktilen gav 5,9 behandlinger i timen. Det svarer til mere end dobbelt så mange behandlinger i timen, som yderen ved 25 pct.-fraktilen.

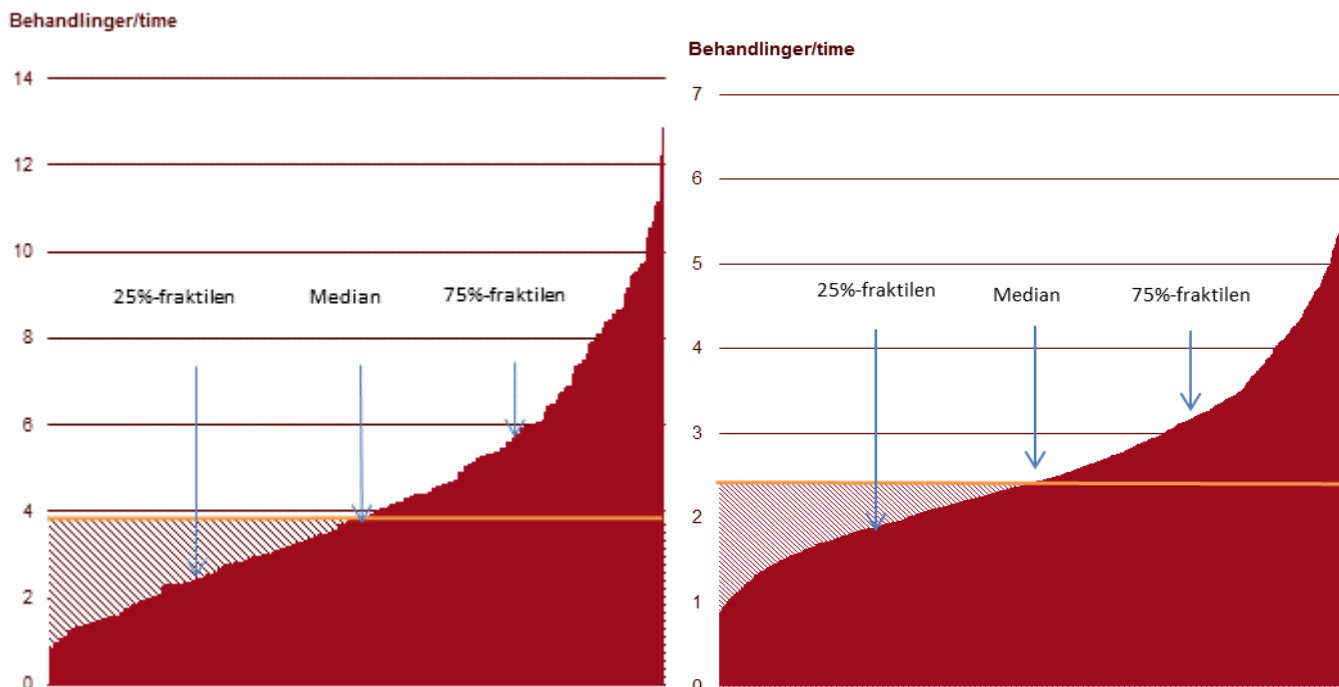
I 2012 gav den gennemsnitlige fysioterapeut 2,4 behandlinger i timen, jf. Figur 3.4(b) nedenfor. Spredningen mellem fysioterapeuternes produktivitet kan eksemplificeres ved, at yderen ved 25 pct.-fraktilen gav 1,9 behandlinger i timen, mens yderen ved 75 pct.-fraktilen gav 3,2 behandlinger i timen. Det svarer til ca. 80 pct. flere behandlinger i timen end yderen ved 25 pct.-fraktilen.⁵¹

⁵¹ Oplistingen af yderne efter antal behandlinger per time viser, at der er stor forskel på de to ender i fordelingen. De meget skæve ender, særligt for de mest effektive ydere, får en u hensigtsmæssig indflydelse på resultaterne, hvis der beregnes simple gennemsnit. Der tages derfor udgangspunkt i fraktiler.

Figur 3.4 Antal behandlinger per time fordelt på ydere (2012)

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter



Anm.: Styrelsen har fjernet yderne længere ude end 2,5 pct.s. fraktilen og 97,5 pct.s. fraktilen. Dvs. 5 pct. af yderne er fjernet fra beregningerne. Det er gjort for at fjerne ekstreme observationer i begge ender, som har forholdsvis stor indflydelse på resultaterne. Konkret medfører det, at spredningen blandt yderne bliver mindre, og resultatet af potentialeberegningerne bliver mindre.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

Det skal understreges, at en rangering af denne type altid vil have en vis "naturlig" spredning, og at spredning ikke nødvendigvis er et problem for produktiviteten, så længe de mest produktive virksomheder har mulighed for at vokse på bekostning af de mindre produktive.

Der kan være flere årsager til, at nogle ydere har færre eller flere behandlinger i timen end den gennemsnitlige yder. En årsag kan være, at nogle ydere både behandler i praksissektoren og på det frie marked. Det oplyser 10 pct. af kiropraktorerne og 37 pct. af fysioterapeuterne i styrelsens behandlerundersøgelse, at de gør.⁵² Endvidere kan nogle behandlere arbejde deltid eller modsat have ansat vikarer eller andre behandlere for kiropraktorerens vedkommende.

En anden årsag kan være, at yderne behandler med forskellig kvalitet. Det kan fx være, at nogle ydere bruger forholdsvis mere tid på den samme type af overenskomstydelse. Indholdet i overenskomstydelse er kort beskrevet, men der er ikke angivet en tidsfaktor på behandlingen. Ydere med færre behandlinger kan således (vælge at) bruge relativt længere tid på den samme type af ydelse.

⁵² Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, spm. 7.

En tredje årsag kan være, at nogle ydere har patienter med større eller mindre behandlingsbehov, eller er nødt til at transportere sig væk fra klinikken og frem til patienten. De patienter kræver mere samlet behandlingstid. Beregningerne tager implicit højde for den skæve patientsammensætning, idet yderne ofte vil kontere meget tidskrævende patienter for et tillæg til behandlingen. De patienter vil således tælle dobbelt i beregningen. Styrelsen har ikke kendskab til undersøgelser, der har dokumenteret størrelsen på forskellen i behandlingstid for almindelige patienter og meget tidskrævende patienter.

En fjerde årsag kan være, at nogle ydere er mere produktive end andre ydere. Det kan fx skyldes en bedre tilrettelæggelse af behandlingerne, begrænset fravær af skemalagte patienter, mindre fokus på administration i stedet for behandlinger, effektiv brug af andre faggrupper som sekretærer og sygeplejersker til at facilitere behandlingerne eller mindske ydernes tid brugt på administration, brug af kiropraktorer, massører og læger til at skabe effektiv formidling af patienter i mellem hinanden, og endelig kan det skyldes en bedre evne til at tiltrække patienter.

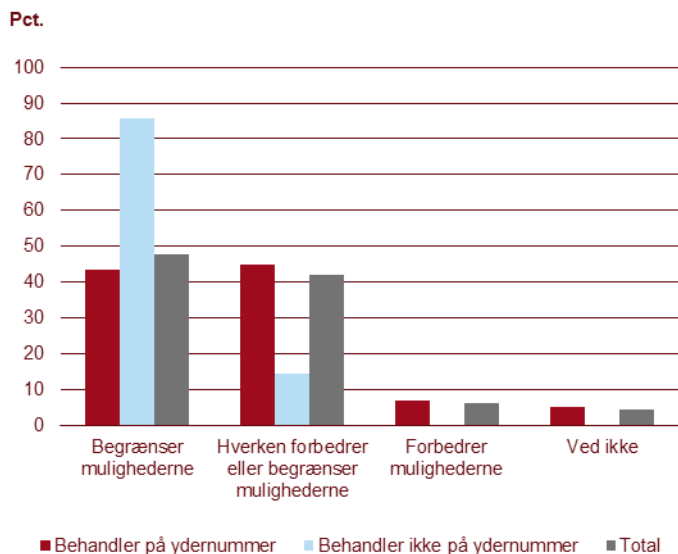
Samlet vurderer styrelsen, at målet for antal behandlinger per time kan anvendes som en *indikator* for ydernes produktivitet.

Styrelsen har i sin behandlerundersøgelse spurgt ind til nogle af de forhold, som yderne oplever, påvirker deres effektivitet. Ca. 50 pct. af kiropraktorerne og ca. 70 pct. af fysioterapeuterne i praksissektoren oplever, at de gældende regler, love, aftaler, overenskomster m.v. generelt begrænser deres muligheder for at drive effektiv forretning, jf. figur 3.5 nedenfor.

Figur 3.5 Behandlerne oplever, at reguleringen begrænser muligheden for effektiv drift

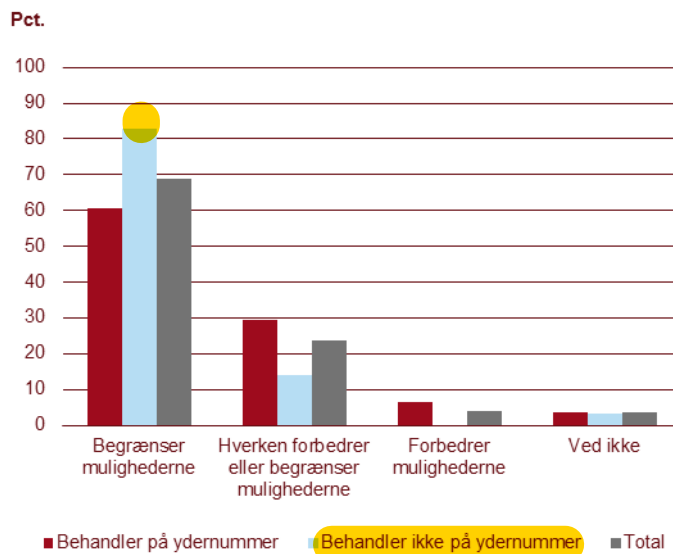
(a) Kiropraktorer

"Oplever du generelt, at de gældende regler, love, aftaler, overenskomster mv. forbedrer eller begrænser dine muligheder for at drive effektiv forretning (et kryds)? ..."



(b) Fysioterapeuter

"Oplever du generelt, at de gældende regler, love, aftaler, overenskomster mv. forbedrer eller begrænser dine muligheder for at drive effektiv forretning (et kryds)? ..."



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

En af barriererne for at øge effektiviteten for den enkelte yder og branchen som helhed er ydernummersystemet, som forhindrer de mest effektive i at udvide kapaciteten, selvom de ønsker mere behandlingsskapacitet i praksissektoren, jf. også kapitel 4.

Styrelsens undersøgelser viser, at 61 pct. af både kiropraktorer og fysioterapeuter ønsker at udvide deres kapacitet og aktivitet, hvis det var muligt inden for de gældende regler og rammer, jf. Figur 3.6 (a) og Figur 3.7 (a) nedenfor.

Det gør sig i højere grad gældende for behandlere med en høj grad produktivitet målt på antal behandlinger per time. De fysioterapeuter, som ønsker at udvide deres kapacitet og aktivitet, hvis det var muligt inden for de gældende regler og rammer, udfører i gennemsnit ca. 2,6 behandlinger i timen, mens de behandlere, der ikke ønsker det, i gennemsnit udfører ca. 2,1 behandlinger i timen.⁵³

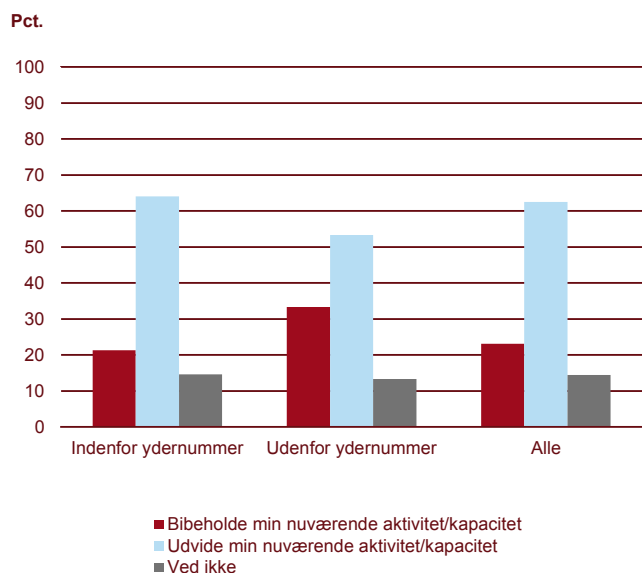
⁵³ Den gennemsnitlige produktivitet for de to grupper er signifikant forskellig på et 95 pct.' signifikantniveau.

Figur 3.6 Kiropraktorernes ønsker om at udvide kapaciteten

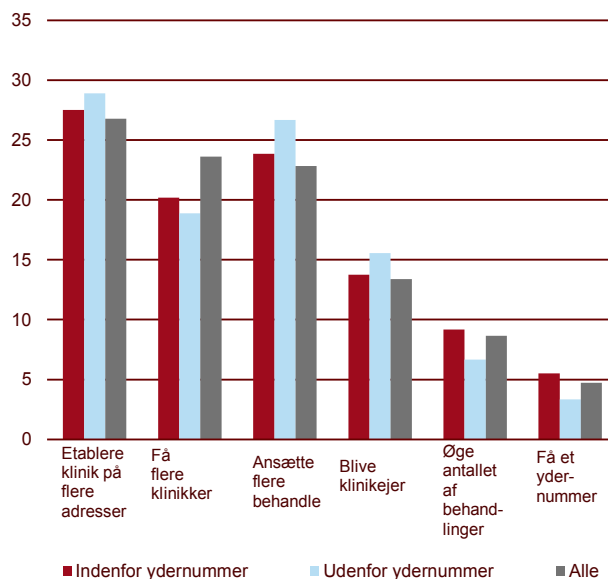
(a) Kiropraktorernes ønske om at få et ydernummer (mere)

(b) Kiropraktorernes ønske om at udvide

"Hvis det inden for de gældende rammer og regler var muligt, ville du da gerne ..."



Hvilke forhold ville du da ønske at udvide?



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

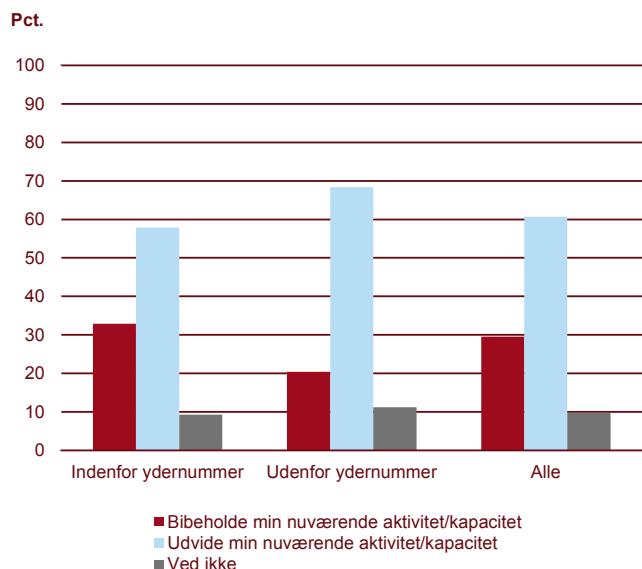
For kiropraktorer bunder ønsket om at udvide kapaciteten og aktiviteten især i et ønske om at etablere klinik på flere adresser (ca. 27 pct.), få flere klinikker (ca. 25 pct.) samt ansætte flere behandlere (ca. 23 pct.), jf. Figur 3.6 (b) ovenfor.

Af de fysioterapeuter, der ønsker at udvide kapaciteten, er der især ønske om at få et ydernummer (mere) (knap 30 pct.), at øge antallet af behandlinger (ca. 25 pct.) samt at ansætte flere behandlere (ca. 20 pct.), jf. Figur 3.7 (b) nedenfor.

Figur 3.7 Fysioterapeuternes ønsker om at udvide kapaciteten

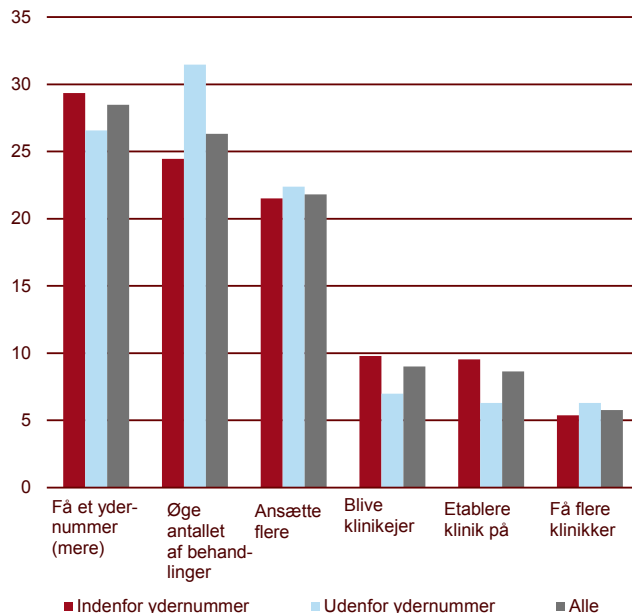
(a) Både behandlere indenfor og udenfor ydernummer ønsker at udvide kapaciteten...

"Hvis det inden for de gældende rammer og regler var muligt, ville du da gerne ..."



(b) ... og det er primært ønsket om at få et ydernummer, ansætte flere behandlere og at blive klinikejer.

"Hvilke forhold ville du da ønske at udvide? ..."



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Der kan være et potentiale, hvis yderne formår at udnytte deres tildelte kapacitet bedre.

Styrelsen har lavet en potentialeberegning, hvor den halvdel med færrest antal behandlinger per time hæver deres niveau til den gennemsnitlige yder. Det svarer til de skraverede arealer i Figur 3.4 (a) og (b) ovenfor. Analysens appendiks 1 beskriver modellen bag potentialeberegningen. Potentialeberegningen kan være med til at illustrere størrelsesordenen på det tab, den nuværende regulering bevirker.

For kiropraktorerne finder styrelsen et potentiale på ca. 281.000 behandlinger om året, svarende til 15 pct. af det nuværende antal behandlinger, jf. tabel 3.1 nedenfor. Værdien af de ekstra behandlinger er ca. 91 mio. kr. årligt, hvoraf ca. 14 mio. kr. kan henføres til sygesikringsandelen.

Tabel 3.1 Årligt potentiale ved at øge antallet af behandlinger per time

	Behandlinger (1.000 stk.)	Værdi (mio. kr.)	Sygesikringsandel (mio. kr.)
Kiropraktorer	281	91	14
Fysioterapeuter	729	160	106

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

For fysioterapeuter finder styrelsen et potentiale på ca. 729.000 mio. behandlinger om året, jf. tabel 3.1 ovenfor. Dette svarer til 10 pct. af det nuværende antal behandlinger i gruppen. Værdien af de ekstra behandlinger er ca. 160 mio. kr. årligt, hvoraf ca. 106 mio. kr. årligt kan henføres til den andel, som den offentlige sygesikring i dag dækker, og de resterende 54 mio. kr. er patienternes egenbetaling.

Styrelsen har beregnet produktivitetspotentialet ud fra 7 forskellige scenarier, jf. appendiks 1. Hovedscenariet er styrelsens bedste bud på potentialeberegningerne, og scenariet bygger på en række antagelser, som er beskrevet nærmere i appendiks 1. Hovedscenariet er angivet i tabel 3.1. I de andre scenarier er parametrene i potentialeberegningen ændret. Det giver et fingerpeg af parametrenes indflydelse på beregningerne. Styrelsen vurderer, at hovedscenariet er forholdsvis robust, selvom de forskellige parametre ændres.

Styrelsens potentialeberegning illustrerer den teoretiske gevinst ved at øge produktiviteten for den halvdel af ydere med lavest produktivitet til den gennemsnitlige yders niveau.

Gevinsten kan enten anskues som en teoretisk mulighed for at få samme antal behandlinger med en mindre behandlingskapacitet eller få flere behandlinger med samme behandlingskapacitet. For kiropraktorerne svarer potentialet til ca. 14 pct. af praksissektorens omsætning på kiropraktik, som styrelsen har beregnet til ca. 660 mio. kr. i 2012. For fysioterapeuter svarer potentialet til ca. 10 pct. af hele praksissektorens omsætning på fysioterapi, som styrelsen beregner til ca. 1,7 mia. kr.⁵⁴

Beregningerne kan fortolkes som potentialet ved, at den gennemsnitlige yder fik mulighed for at vokse og erstatte de mindre produktive ydere. Styrelsens beregninger indikerer således en samfundsmæssig gevinst ved at give de mere produktive ydere mulighed for at vokse. Hvis de mere produktive ydere fik mulighed for at vokse på bekostning af de mindre produktive ydere, vil det sikre en bedre allokering af ressourcer i praksissektoren. Det vil frigive ressourcer, som kan skabe mere værdi andre steder i sektoren eller samfundet, og det vil direkte øge produktiviteten i sektoren yderligere.

Realisering af potentialet vil dog inden for det nuværende system ikke have en direkte effekt på antallet af behandlinger, der gennemføres i praksissektoren, prisen på behandlingerne eller

⁵⁴ Omsætningen i praksissektoren er beregnet ved at gange den overenskomstfastsatte pris for hver enkelt ydelsestype med antallet af ydelser.

de offentlige udgifter. Efterspørgslen vil som udgangspunkt være den samme⁵⁵, uanset hvem der behandler, og prisen på behandlinger reguleres i dag mekanisk i overenskomsten uafhængigt af ydernes produktivitet. Den mulige øgede produktivitet (målt som flere behandlinger per time) vil, som honorarsystemet er indrettet i dag, i udgangspunktet kun tilfalde yderne.

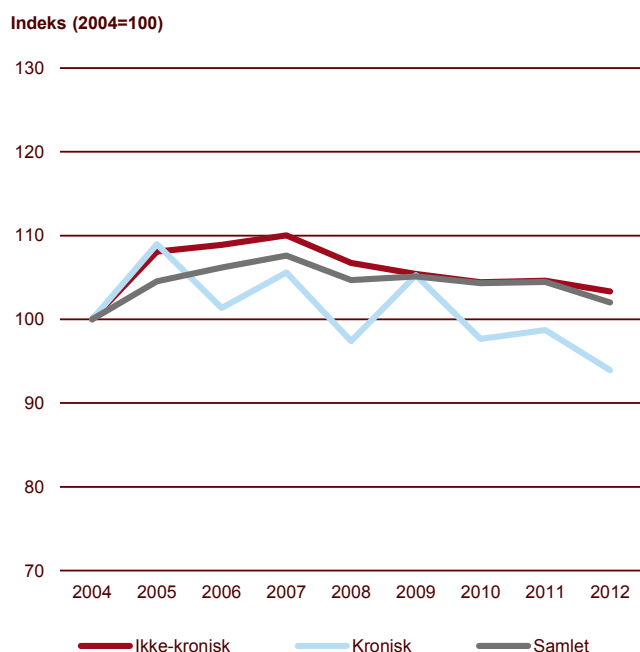
3.4 Længden på patienternes behandlingsforløb (målt ved antal behandlinger per patient)

Analysens andet mål for produktivitet sætter fokus på, hvor hurtige behandlerne er til at færdigbehandle patienterne.

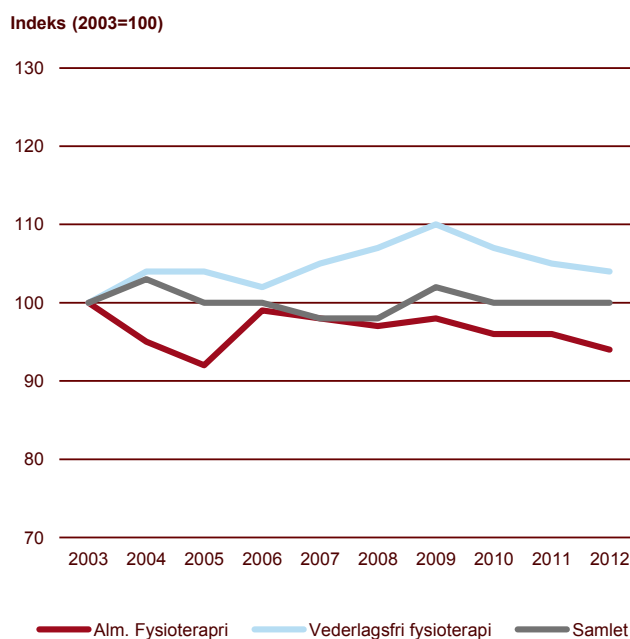
Antallet af behandlinger per kiropraktorpatient er siden 2004 steget 2 pct., jf. figur 3.8 (a). For fysioterapeuter har antallet af behandlinger per patient været uændret, jf. figur 3.8 (b). Det afvejes af en stigning i antallet af behandlinger per vederlagspatient og et fald for behandlinger per almindelig patient.

Figur 3.8 Udviklingen i antal behandlinger per patient (2003-2012)

(a) Kiropraktorer



(b) Fysioterapeuter



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

⁵⁵ Teoretisk er det muligt, at efterspørgslen vil stige, hvis produktiviteten øges, idet flere behandlinger i timen vil reducere ventetiden for patienterne. Det er muligt, at nogle patienter i dag ikke går til en fysioterapeut eller kiropraktor pga. ventetiden. Analysens forbrugerundersøgelse viser dog, at under 1 pct. af forbrugerne har fravalgt behandling, trods behov på grund af ventetiden.

Der kan være betydelig forskel på, hvor intensivt og meget patienter skal behandles. Ydere, der har specialiseret sig inden for bestemte typer af patienter, kan således afvige væsentligt fra andre ydere, når der måles på antal behandlinger per patient. Styrelsen har ikke oplysninger om patienter fordelt på sygdomstyper for hver enkelt yder.

Styrelsen har opdelt yderne i tre grupper. Det er gjort for at gruppere yderne, så ydernes patientsammensætning i grupperne i højere grad kommer til at ligne hinanden. Det er gjort for at forsøge at fjerne noget af den usikkerhed, der følger af, at det ikke er muligt at identificere de forskellige sygdomstyper for hver enkelt yder. I appendiks 1 er grupperingen beskrevet nærmere.

Styrelsen har endvidere lavet potentialeberegningerne kun for almindelig fysioterapi og ikke-kroniske patienter for kiropraktik. Det er gjort for at udtage de kroniske patienter og vederlagsfrie, hvor patienterne i princippet har et permanent behandlingsbehov. I appendiks 1 scenarie 6 er beregningerne beskrevet nærmere.

For kiropraktorer er grupperne følgende:

- » Gruppe 1: Alle ydere der har mindre end 5 pct. af sine behandlinger som kroniske behandlinger (Speciale 64).
- » Gruppe 2: Alle ydere der har 5-20 pct. af sine behandlinger som kroniske behandlinger (Speciale 64).
- » Gruppe 3: Alle ydere der har mere end 20 pct. af sine behandlinger som kroniske behandlinger (Speciale 64).

For fysioterapeuter er grupperne følgende:

- » Gruppe 1: Alle ydere der har mindre end 33 pct. af sine behandlinger som vederlagsfri behandling, dvs. de har hovedsageligt almindelig fysioterapi.
- » Gruppe 2: Alle ydere der har 33-66 pct. vederlagsfri behandling, dvs. de har både almindelig og vederlagsfri fysioterapi.
- » Gruppe 3: Alle ydere der har mere end 66 pct. vederlagsfri behandling, dvs. de har hovedsageligt vederlagsfri fysioterapi.

Styrelsens analyser viser, at kiropraktorer fra gruppe 1 giver deres patienter i gennemsnit 5,2 behandlinger, mens gruppe 2 og 3 giver i gennemsnit henholdsvis 5,5 og 6,5 behandlinger per patient, jf. figur 3.9 (a) nedenfor.

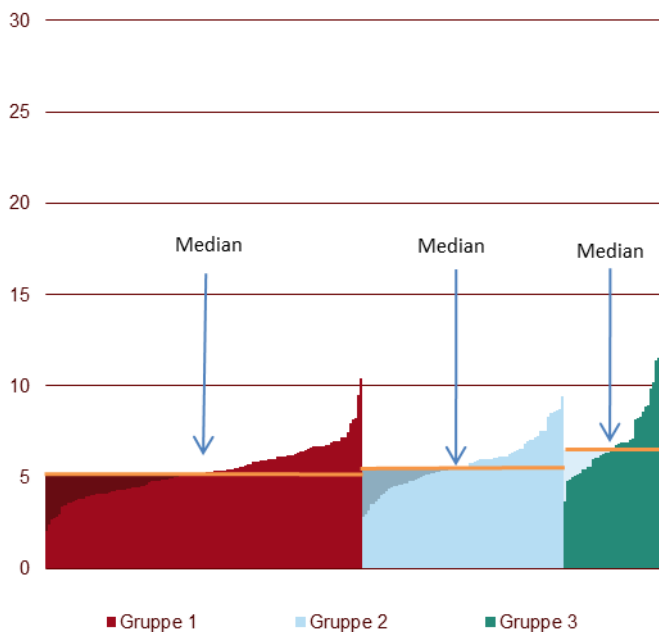
Styrelsens analyser viser, at der er betydelig forskel i antallet af fysioterapibehandlinger, yderne giver deres patienter. I gruppe 1 gav den gennemsnitlige yder 8 behandlinger per patient, mens gruppe 2 og 3 gav henholdsvis 12 og 22 behandlinger per patient, jf. Figur 3.9 (b) nedenfor. Det understøtter antagelsen om, at vederlagsfrie patienter kræver mere intensiv og mere behandling end patienter, der får almindelig fysioterapi.

Figur 3.9 Antal behandlinger per patient (2012)

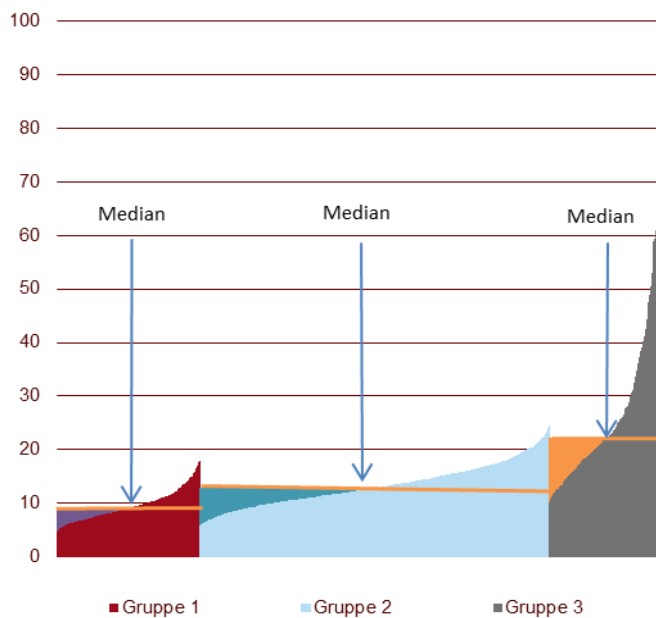
(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

Behandlinger per patient



Behandlinger per patient



Anm.: Styrelsen har fjernet yderne længere ude end 2,5 pct.-fraktilen og 97,5 pct.-fraktilen. Dvs. 5 pct. af yderne er fjernet fra beregningerne. Det er gjort for at fjerne ekstreme observationer i begge ender, som har forholdsvis stor indflydelse på resultaterne. Konkret medfører det, at spredningen blandt yderne samt resultatet af potentialeberegningerne bliver mindre.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner

Det skal understreges, at en rangering af denne type altid vil have en vis "naturlig" spredning, og at spredning ikke nødvendigvis er et problem for produktiviteten, så længe de mest produktive virksomheder har mulighed for at vokse på bekostning af de mindre produktive.

Der kan være flere årsager til, at nogle ydere har færre eller flere behandlinger per patient end den gennemsnitlige yder. En årsag kan være, at nogle ydere har en type kroniske eller vederlagsfrie patienter, der har behov for særlig meget behandling. Det er forsøgt udlignet i opdelingen af yderne i grupper. Inden for grupperne kan der dog stadig være forskel i typen af kroniske eller vederlagsfrie patienter.

En anden årsag kan findes i forskelle i patientsammensætningen i grupperne, som ikke er fanget i den simple opdeling efter andel kroniske eller vederlagsfrie behandlinger. Det kan

være forskelle i patienternes alder, køn, sociale status, livsførelse m.v., som kan have indvirkning på deres behandlingsbehov.⁵⁶

En tredje årsag kan endelig være, at nogle behandlere er mere produktive, og formår at færdigbehandle patienterne hurtigere end andre behandlere. Det kan fx være bedre samspil med andre faggrupper for at identificere og løse patientens problemer hurtigere.

Samlet vurderer styrelsen, at målet for antal behandlinger per patient kan anvende som en indikator for ydernes produktivitet.

Der kan være et potentiale, hvis yderne kan reducere antallet af behandlinger per patient.

Styrelsen har lavet en potentialeberegning, hvor *den halvdel ydere med det højeste antal behandlinger per patient reducerer deres antal behandlinger per patient til den gennemsnitlige yder inden for deres gruppe*. Det svarer til de arealer i Figur 3.9 (a) og (b), som ligger over den gennemsnitlige yder, jf. ovenfor. Appendiks 1 præsenterer modellen bag potentialeberegningen i forhold til at reducere antal behandlinger per patient. Potentialeberegningen kan være med til at illustrere størrelsesordenen på det tab, den nuværende regulering bevirker.

For kiropraktorerne viser styrelsens beregninger et potentiale på ca. 151.000 behandlinger om året, svarende til 13 pct. af det nuværende antal behandlinger, jf. tabel 3.2 nedenfor. Værdien af de reducerede behandlinger er ca. 49 mio. kr. årligt, hvoraf ca. 8 mio. kr. årligt vil henføres den andel, som den offentlige sygesikring i dag dækker, og de resterende 41 mio. kr. er patienternes egenbetaling.

For fysioterapeuterne viser styrelsens beregninger et potentiale på ca. 1 mio. behandlinger om året, svarende til 14 pct. af det nuværende antal behandlinger, jf. tabel 3.2 nedenfor. Værdien af de reducerede behandlinger er ca. 218 mio. kr. årligt, hvoraf ca. 146 mio. kr. årligt vil henføres den andel, som den offentlige sygesikring i dag dækker, og de resterende 72 mio. kr. er patienternes egenbetaling.

⁵⁶ Jf. Produktivitets- og efficiensanalyser i Almen Praksis – Analyser af muligheder, barrierer og indledende resultater fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI rapport 2008.05.

Tabel 3.2 Årligt potentiale ved at reducere antallet af behandlinger per patient

	Behandlinger (1.000 stk.)	Værdi (mio. kr.)	Forbruger- andel (mio. kr.)	Sygesikrings- andel (mio. kr.)
Kiropraktorer				
Gruppe 1: Mindre end 5 pct. kroniske behandlinger	69	22	19	3
Gruppe 2: Mellem 5-20 pct. kroniske behandlinger	33	11	9	2
Gruppe 3: Mere end 20 pct. kroniske behandlinger	48	16	13	3
I alt	151	49	41	8
Fysioterapeuter				
Gruppe 1: Hovedsageligt alm. fysioterapi	185	41	18	23
Gruppe 2: Både alm. og veder- lagsfri fysioterapi	542	119	40	79
Gruppe 3: Hovedsageligt veder- lagsfri fysioterapi	265	58	14	44
I alt	993	218	72	146

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner.

Styrelsen har beregnet produktivitetspotentialer ud fra 7 forskellige scenarier, jf. appendiks 1. Hovedscenariet er styrelsens bedste bud på potentialeberegningerne, og scenariet bygger på en række antagelser, som er beskrevet nærmere i appendiks 1. Hovedscenariet er angivet i tabel 3.2. I de andre scenarier er parametrene i potentialeberegningen ændret. Det giver et fingerpeg af parametrenes indflydelse på beregningerne. Styrelsen vurderer, at hovedscenariet er forholdsvis robust, selvom de forskellige parametre ændres.

Styrelsens potentialeberegning illustrerer den beregnede gevinst ved at reducere antallet af behandlinger per patient (per behandlingsforløb) til den gennemsnitlige yders niveau (i gruppen).

Potentialet for kiropraktorerne svarer til ca. 13 pct. af omsætningen i praksissektoren for kiropraktorer, og til ca. 11 pct. af omsætningen for fysioterapeuterne. For kiropraktorerne vil den direkte årlige forbrugergevinst være 41 mio. kr., og det offentlige vil spare ca. 8 mio. kr. For fysioterapeuterne vil den direkte forbrugergevinst være ca. 72 mio. kr. årligt, og det offentlige vil spare 146 mio. kr. årligt i offentligt tilskud.

Beregningerne kan også fortolkes som potentialet ved, at den gennemsnitlige yder fik mulighed for at vokse og erstatte de mindre produktive ydere. Styrelsens beregninger indikerer således en samfundsmæssig gevinst ved at give de mere produktive ydere mulighed for at vokse. En reduktion i antallet af behandlinger per behandlingsforløb og dermed øget produktivitet ville i dag ikke give sig udslag i priserne i overenskomsterne. Priserne reguleres i

udgangspunktet mekanisk i overenskomsten uafhængigt af ydernes produktivitet. Produktivtetsgevinsten ved at realisere dette potentiale vil derfor tilfalde forbrugerne – i form af en lavere *samlet* pris per behandlingsforløb og det offentlige i form af lavere tilskud. Derimod ville behandlerne ikke – som systemet er i dag – blive belønnet for at øge produktiviteten (målt som en reduktion af længden på patienternes behandlingsforløb).

Samtidig er honorarsystemet i dag indrettet, så yderne ikke har incitament til at reducere antallet af behandlinger per patient, da yderne aflønnes efter antal behandlinger og ikke efter hvor mange patienter de færdigbehandler, jf. afsnit 4.7.

3.5 Regulering af honorarer til kiropraktorer og fysioterapeuter

Priserne i praksissektoren er fastsat i overenskomsterne, og omfatter ca. 90 pct. på det samlede kiropraktormarked og ca. 80 pct. af omsætningen på det samlede fysioterapimarked. De fastsatte priser har således stor indflydelse på ydernes indtægter.

De overenskomstregulerede priser reguleres mekanisk hvert halve år, jf. boks 3.2 nedenfor. Prisen reguleres mekanisk med udviklingen i Danmark Statistiks Nettoprisindeks og den særlige reguleringsprocent for kommuner og regioner. Dertil kan yderne og regioner/kommuner aftale yderligere stigninger.

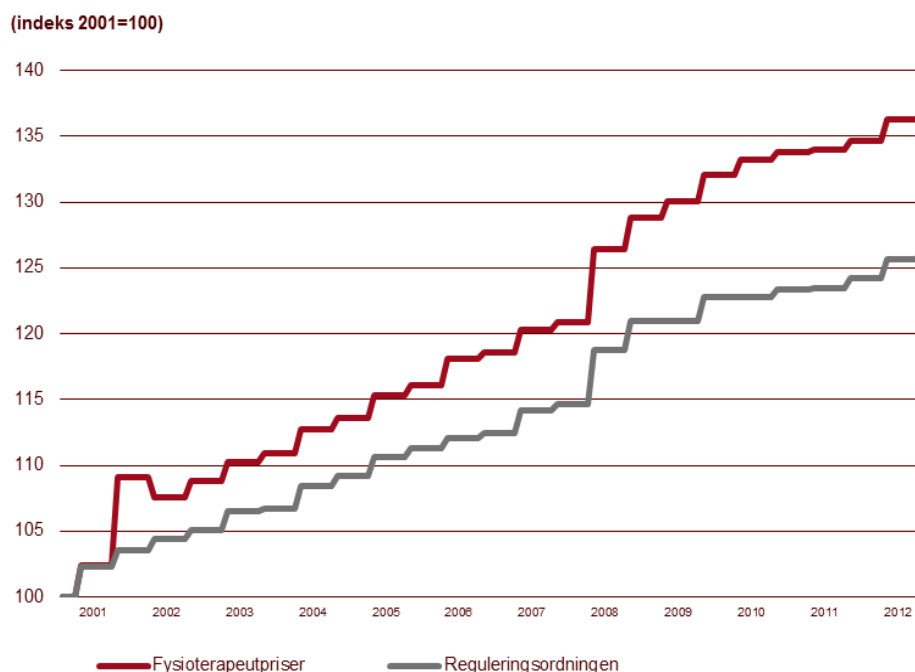
Boks 3.2 Takstfastsættelse i overenskomsten

Priserne på de overenskomstfastsatte grundydelse for både kiropraktisk og fysioterapeutisk behandling reguleres mekanisk hvert halve år i april og oktober. I dag sker reguleringen ud fra grundhonorarer fastsat i 2008 efter en forhandling mellem behandlerne og regioner/kommuner. Derudover kan behandlerne og regioner/kommuner aftale andre stigninger i honorarerne.

Reguleringsordningen ændrer sig med DST's Nettoprisindeks og den særlige reguleringsprocent for kommuner og regioner. Reguleringsordningen baserer sig således på ændringer i de private forbrugspriser fratrukket skatter og afgifter og på den særlige reguleringsprocent.

I figur 3.10 nedenfor fremgår udviklingen i den mekaniske reguleringsordning for fysioterapeuter og fysioterapeutpriserne. Forskellen mellem den mekaniske reguleringsordning og priserne er aftalestigningerne. Fx blev der i 2001 og 2007 aftalt prisstigninger ud over reguleringsordningen.

Figur 3.10 Udviklingen i reguleringsordningen og fysioterapeutpriser i perioden 2000-2013 (basisår 2000=100)



Note 1: Fysioterapeutpriserne bygger på de overenskomstfastsatte priser. Indekset indeholder således ikke udviklingen i priserne på behandlinger uden for ydernummersystemet.

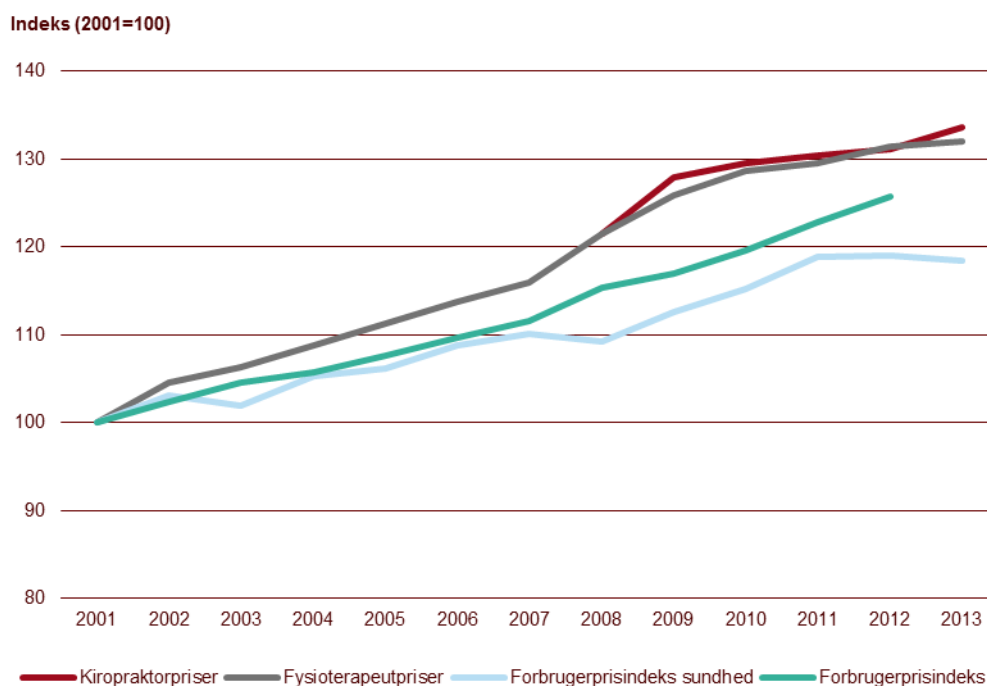
Anm.: I 2001 og 2008 er to forholdsvis store spring i prisindeks for fysioterapeuter. Springet skyldes ikke den mekaniske regulering, men er aftalte prisstigninger mellem parterne.

Kilde: Fysioterapeutpriserne er fra Danmarks Statistik og reguleringsordningen fra Danske Fysioterapeuter.

Den nuværende reguleringsordning blev fastsat i 2008 efter forhandling mellem behandlerne og regioner/kommuner.

Set fra forbrugernes vinkel medførte reguleringsordningen og aftalestigningerne konkret, at priserne for fysioterapi fra 2001 til 2007 steg mere end det generelle prisniveau i samfundet målt ved forbrugerprisindekset, jf. figur 3.11 nedenfor. Fra 2008 til 2012 har priserne for fysioterapi og kiropraktik fulgt de generelle forbrugerpriser. I perioden steg indeksene ca. 13 pct.

Figur 3.11 **Udviklingen i de generelle forbrugerpriser samt de overenskomstfastsatte kiropraktorpriser og fysioterapeutpriser i perioden 2001-2012 (basisår 2001=100)**



Note 1: Forbrugerprisindekset for fysioterapeuter (Fysioterapeuter) bygger på de overenskomstfastsatte priser. Indekset indeholder således ikke udviklingen i priserne på behandlinger uden for ydernummersystemet.

Note 2: For kiropraktorpriserne er basisåret 2008.

Anm.: HICP sundhed er et sammensat indeks bestående af prisudviklingen på medicinske produkter og udstyr, farmaceutiske produkter, andre medicinske produkter, briller .m.v., ambulant behandling, læge og fysioterapi, tandlæge og hospitalsbehandling. Forbrugerprisindekset fysioterapeuter indgår således også i indekset.

Kilde: Kiropraktor og fysioterapeutudgifter, OKportalen.dk, takstkort 35a og 38a, og Danmarks Statistik.

Danske Fysioterapeuter vurderer, at da priserne er fastsat i overenskomsten mellem parterne og ikke må fraviges af yderne, så må honorarerne sikre en balance mellem incitamentet til at være selvstændig erhvervsdrivende i praksissektoren og at være ansat i det offentlige sygehusvæsen. Ifølge Danske Fysioterapeuter skal udviklingen i honorarerne – og dermed nettoindtjeningen – derfor sammenlignes med udviklingen i lønningerne i en lignende ansættelse i det offentlige sundhedsvæsen. Ifølge Danske Fysioterapeuter steg lønnen på KTO- og Sundhedskartelletts område i perioden 2007-2012 for en fysioterapeut med 18,2 pct.⁵⁷

Danske Regioner finder derimod ikke, at man umiddelbart kan sammenligne lønnen for en ansat på fx et hospital med den indtægt en privat erhvervsdrivende formår at generere i sin virksomhed.

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen vurderer, at det nuværende honorarsystem og den mekaniske fremskrivning af behandlernes priser indeholder en række uhensigtsmæssigheder, som i sidste ende kan svække ydernes incitament til at øge produktiviteten – i hvert fald på en måde, så en eventuel produktivitetsevinst tilfalder forbrugerne og samfundet som helhed.

For det første indgår krav til ydernes produktivitet ikke eksplicit i reguleringsordningen. På andre markeder, hvor det offentlige fastsætter priserne ud fra et forbrugerbeskyttelseshensyn, er der indført krav til en løbende produktivitetforbedring. Fx på forsyningsområdet for vand, el, gas og varme er der indført effektivitetskrav. For fysioterapeuter og kiropraktorer reguleres priserne mekanisk efter de private forbrugspriser fratrukket afgifter og skatter (nettopriserne) og reguleringsprocenten for regioner og kommuner. Dertil kommer aftalestigninger. Set fra forbrugernes synsvinkel er der således ikke indbygget krav til behandlerne om at øge produktiviteten af deres drift.

Danske Fysioterapeuter vurderer derimod, at da lønningerne for en fysioterapeut på KTO- og Sundhedskartelletts område i perioden 2007-2012 steg mere end honorarerne for yderne i praksissektoren, så har der i perioden implicit været et produktivitetsskrav til yderne, hvis de vil opretholde den samme nettoindtjeningsstigning som i det offentlige.

For det andet aflønnes yderne efter antal leverede behandlinger. Dette kan give yderne incitament til at fokusere på antallet af behandlinger fremfor at færdigbehandle patienterne hurtigt. Det kan føre til overbehandlinger af patienter. Eller fx til unødvendig udnyttelse af vederlagsfri behandlinger på fysioterapiområdet.

Aflønningen efter antal behandlinger kan dog styrke ydernes incitament til at øge produktiviteten målt som behandling af flere patienter per time, jf. ovenfor. I sådanne tilfælde vil en produktivitetsevinst dog alene tilfalde yderne. Det nuværende honorarsystem indeholder således kun incitament til produktivitetforbedringer, hvor gevinsten tilfalder yderne, og ikke til forbedringer, hvor gevinsten også tilfalder samfundet/forbrugerne.

For det tredje gælder de overenskomstfastsatte priser for alle ydere i Danmark. Det betyder, at uanset de forskelle, der måtte være i omkostningerne, ved at drive praksis i fx Sønderjylland og København, skal yderne tage den samme pris for behandlingen. Styrelsens behandlerundersøgelse viser, at ydernumrene i store dele af landet handles mellem ydere til en betydelig markedspris, da yderne indkalkulerer en fremtidig profitmargin i salgsprisen, jf. afsnit 3.6 nedenfor. Når nogle ydere har en positiv profitmargin, må det alt andet lige betyde, at de faste priser gældende for alle ydere i Danmark, giver nogle ydere en højere dækning.

⁵⁷ Lønnen er opgjort for en fysioterapeut basis i kommuner, og er bruttoløn inkl. tillæg, ekskl. overarbejde. Kilde: Danske Fysioterapeuter.

3.6 Offentlig støtte og ulige konkurrence

Analysen viser, at den nuværende indretning af systemet de facto giver yderne inden for praksissektoren offentlig støtte og skaber ulige konkurrence i forhold til behandlerne på det frie marked. Denne konklusion baseres på følgende forhold:

For det første får patienter tilskud til behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter i praksissektoren, men ikke på det frie marked (uanset at disse også er autoriseret af Sundhedsstyrelsen). Derfor er den pris, patienterne betaler for behandling i praksissektoren, markant lavere end ved behandling på det frie marked (baseret på tilskudssatserne skønsmæssigt omkring 20 pct. lavere på kiropraktik og 40 pct. lavere på fysioterapi).

For det andet sikres ydere med ydernumre – i modsætning til behandlere på det frie marked – en vis automatisk efterspørgsel fra patienterne i praksissektoren, og derved en sikker fremtidig fortjeneste. I den forbindelse kan det nævnes, at 12 pct. af kiropraktorerne og 37 pct. af fysioterapeuterne både leverer ydelser i praksissektoren og på det frie marked, jf. tabel 2.1. Hos disse ydere kan det ikke udelukkes, at ydernummeret anvendes til at tiltrække patienter, som efterfølgende tilbydes behandlinger solgt som en del af det frie marked.

For det tredje – og i forlængelse heraf – kan dette bl.a. ses ved, at ydernumrene i sig selv har en markedsværdi og i praksis handles mellem behandlere.⁵⁸ Når ydernummeret handles, bliver den fremtidig sikre fortjeneste indregnet i ydernummerets pris. Handler med ydernumre ligner således i princippet handler med virksomheder eller patenter på andre markeder.

Styrelsens undersøgelse viser, at fysioterapeuter, der har købt et ydernummer, i gennemsnit har betalt 500.000-900.000 kr. for selve ydernummeret. Derudover har de også betalt for kundekartotek, lokaler, materialer, goodwill m.v. Markedsprisen for et fysioterapeut-ydernummer varierer væsentligt geografisk i Danmark. I nogle områder, som København og andre større byer, kan prisen være over 1 mio. kr., mens den i andre dele af landet er (næsten) gratis. Ydernummeret har dog i store dele af Danmark en betydelig værdi i sig selv.

Mange ydere har fået ydernummeret gratis af regionerne, og når nye ydernumre tildeles, er de også gratis. Styrelsens undersøgelse viser dog, at ydernummeret i de fleste tilfælde har en værdi for fysioterapeuterne. Tildelingen af ydernumre er derfor en form for offentlig støtte, hvor det offentlige indirekte subsidierer nogle behandlere og dermed forvrider konkurrencen. Det skal hertil bemærkes, at der de senere år er givet få ydernumre ud.

For det fjerde er der en tendens til, at private sundhedsforsikringer kræver, at de behandlere, forsikringstagerne (patienterne) anvender, har et ydernummer, således at patienterne kan få tilskud fra den offentlige sygesikring til behandlingen, jf. også afsnit 4.8. Dette forstærker skævvridning mellem behandlere hhv. inden for og uden for praksissektoren yderligere.

En konsekvens af den konkurrenceforvridende offentlige støtte og indirekte subsidiering til behandlerne i praksissektoren og den ulige konkurrence er bl.a., at behandlere uden for ydernummersystemet er nødsaget til at tage højere priser end yderne i praksissektoren for at kunne drive forretning. Dette bekræftes af styrelsens undersøgelse blandt fysioterapeuterne.

⁵⁸ En behandler har tilkendegivet over for styrelsen, at vedkommende mister 300.000 kr. om året ved at stå uden for ydernummersystemet.

Styrelsen har undersøgt prissætningen på ni standardydelser for fysioterapeuterne, som leveres på det frie marked, jf. tabel 3.3.⁵⁹

For fysioterapeuterne er fem af de undersøgte ydelser også prissat i overenskomsten, mens de resterende fire alene leveres på det frie marked. Det drejer sig om første konsultation, normal behandling, kort behandling, opfølgende træningsterapi og tillæg for særlig krævende behandling. Styrelsen har således spurgt til ydernes prissætning på det frie marked på ydelser, som også er beskrevet i overenskomsten. Styrelsens undersøgelse viser, at behandlerne prissætter forskelligt afhængig af, om de behandler i praksissektoren eller ej. Behandlere, der kun behandler i praksissektoren, tager automatisk de overenskomstfastsatte priser. Den gennemsnitlige behandler, som både leverer ydelser til praksissektoren og på det frie marked, tager den samme pris, som fastsat i overenskomsten, jf. tabel 3.3 nedenfor. Derimod ligger priserne hos behandlere, der alene leverer ydelser på det frie marked, over de overenskomstfastsatte priser.⁶⁰

De overenskomstfastsatte priser normerer således til en vis grad også prisdannelsen på behandlinger, som leveres på det frie marked.

Tabel 3.3 Priser på ni standardydelser for fysioterapeuter

Median	Overenskomstregulerede priser (OK-ydelser)					Ultralyd	Akupunktur	Laser	Rasktrning	Kurv af de fem OK-ydelser ¹
	Første konsultation	Normal behandling	Kort behandling	Opfølgende træningsterapi	Tillæg for særlig krævende behandling					
Behandler kun i praksissektoren	401	267	178	89	89	162	70	162	101	1.025
Behandler kun på det frie marked	410	303	213	259	150	275	250	250	100	1.456
Behandler både i praksissektoren og på det frie marked	401	267	178	89	89	150	91	80	75	1.025

Note: Kurven består af den gennemsnitlige beholders pris på første konsultation, normal behandling, kort behandling, opfølgende træningsterapi og tillæg for særlig krævende behandling. Nogle behandlere har ikke opgivet priser for alle fem ydelser. For at kunne lave en sammenligning af prisniveauet samlet set har de behandlere fået tilføjet en kunstig pris. Den kunstige pris er udregnet som medianprisen fra de behandlere, der har prissat ydelsen i undersøgelsen. Det eksakte prisniveau for kurven er derfor ikke nødvendigvis behandlernes faktiske prissætning, men kurven kan være retningsgivende for prisniveauet. Fx er udfordringen, at for ydelserne kortbehandling, opfølgende træningsterapi og tillæg for særlig krævende behandling er mere en halvdelen af priserne kunstige gennemsnitspriser for behandlere uden ydernummer, mens det gælder for ca. hver fjerde behandler med et ydernummer.

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

⁵⁹ Styrelsen har også undersøgt prissætningen for kiropraktorer. Langt de fleste kiropraktorer der har svaret på styrelsens spørgeskema, arbejder under et ydernummer og har ikke oplyst en pris for ydelser leveret uden for ydernummer.

⁶⁰ Der er også beregnet gennemsnitspriser for behandlerne. Gennemsnitspriserne for de tre grupper er alle større end medianen. Skævvridningen forårsages bl.a. af nogle ekstremt høje priser, som er 3-4 gange større end gennemsnittet.

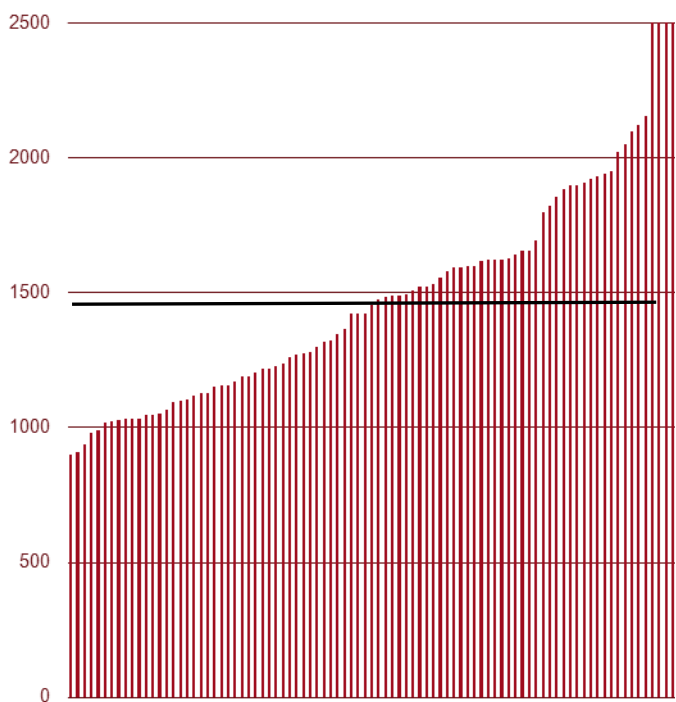
Den gennemsnitlige fysioterapeut, som kun behandler på det frie marked, tager en højere pris end overenskomstprisen for de fem overenskomstregulerede ydelser og tre af de fire yderligere ydelser. Fx tager den gennemsnitlige behandler 410 kr. for en første konsultation, mens prisen efter overenskomsten er 401 kr.

På en samlet kurv bestående af de fem overenskomstregulerede ydelser tager den gennemsnitlige fysioterapeut på det frie marked ca. 1.456 kr., svarende til 42 pct. mere end den overenskomstfastsatte kurv, jf. figur 3.12.⁶¹ Godt 8 pct. af fysioterapeuterne på det frie marked tager en samlet pris for kurven, som er lavere end overenskomstprisen.

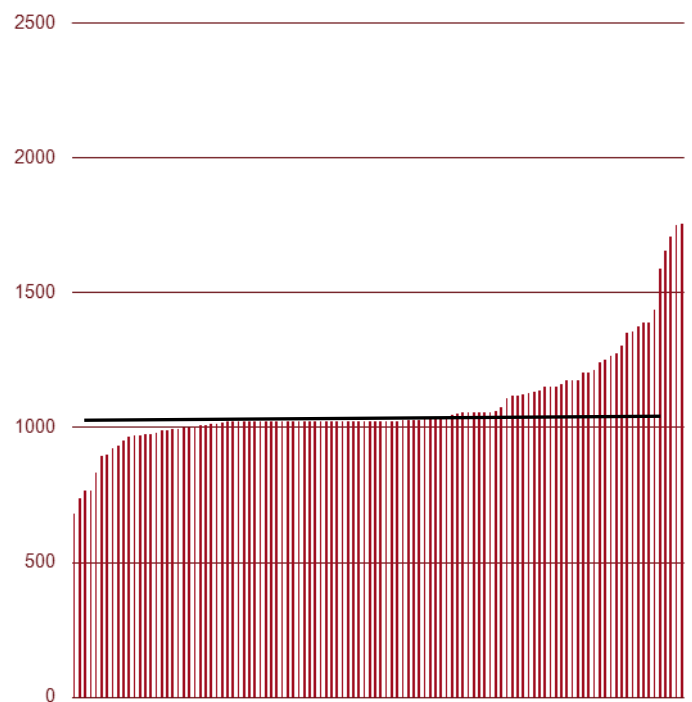
Prisspredningen er også forskellig mellem fysioterapeuter, som hhv. alene leverer ydelser på det frie marked og både leverer ydelser til praksissektoren og på det frie marked. Fysioterapeuterne på det frie marked har en væsentlig større prisspredning.

Figur 3.12 **Prisen for en samlet kurv hos fysioterapeuter**

(a) Samlet pris for en kurv hos en gennemsnitlig fysioterapeut på det frie marked



(b) Samlet pris for en kurv hos en gennemsnitlig fysioterapeut, der både behandler i praksissektoren og på det frie marked



Note 1: Fire behandlere uden ydernummer har en samlet pris på mere end 2.500 kr.

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

⁶¹ Kurven er lavet for at kunne sammenligne det generelle prisniveau for behandlerne. Hvis kurven kun består af første konsultation, normalbehandling og kort behandling er behandlerne uden for ydernes pris ca. 12 pct. højere end behandlerne med ydernes.

Der kan være flere årsager til, at fysioterapeuterne uden for ydernummersystemet i gennemsnit tager højere priser. En årsag kan være, at behandlerne på det frie marked er nødt til at tage en højere pris for at kunne opretholde en forretning, da de ikke har en sikker og lige så stor efterspørgsel, som behandlerne i praksissektoren. De er derfor nødt til at tage en højere fortjeneste per behandling for at få dækket de faste omkostninger.

En anden årsag kan være, at fysioterapeuterne leverer en ydelse af særlig høj kvalitet, dvs. de er specialiseret inden for bestemte behandlingstyper. Fx behandlinger inden for idrætsskader, fysisk træning, genoptræning. Det kan også være, at fysioterapeuterne kan være startet med at behandle i praksissektoren, og der har opbygget en loyal kundebase og en erfaring, så de kan træde ind på det frie marked og tage en høj pris. Det bemærkes, at det ikke er undersøgt, om de lavere priser skyldes, at det offentlige gennem fastsættelse af priser i overenskomsten opnår en form for "mængderabat".

Kapitel 4

Reguleringen hindrer en samfundsgevinst i at blive realiseret

4.1 Indledning

Konkurrence er en fundamental drivkraft for produktivitetsudviklingen og effektiviteten i en sektor.⁶² På et velfungerende marked har de mest effektive virksomheder mulighed for – og et incitament til – at erobre markedsandele fra mindre effektive konkurrenter. Det giver en direkte produktivetsgevinst for samfundet. Effektiv konkurrence holder virksomhederne på tæerne og sikrer de bedste produkter til den laveste pris – til glæde for forbrugerne.⁶³

På markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter er der samfundsmæssige hensyn, som tilsiger særlig opmærksomhed ved ændringer i rammerne for markederne. Der er bl.a. hensynet til styringen af de offentlige udgifter og til de sundhedspolitiske mål om at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen samt kort ventetid på behandling.

Reguleringen af markederne skal tilrettelægges, så den både understøtter de samfundsmæssige hensyn og samtidig understøtter en lige og effektiv konkurrence, hvor behandlerne har mulighed for at drive effektiv forretning og mulighed for at udvide den. Dette vil fremme mere velfungerende markeder til gavn for samfundsøkonomien og forbrugervelfærden.

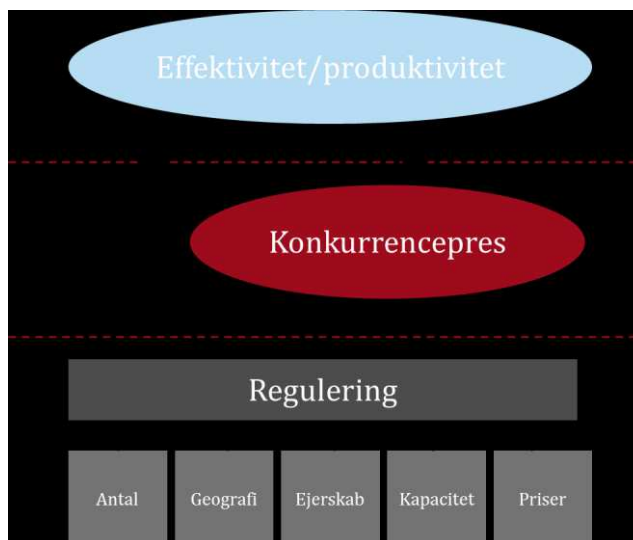
Markederne for kiropraktik og fysioterapi er ikke så velfungerende, som de kunne være. Der er et potentiale for at opfylde de sundhedspolitiske mål samtidig med at samfundet – og danskerne – får mere sundhed for pengene.

Reguleringen af praksissektoren på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter udelukker effektiv og lige konkurrence mellem virksomhederne. Det bevirker et betydeligt tab for forbrugerne og samfundet. Hertil kommer at dele af reguleringen i sig selv skaber svære vilkår for, at kiropraktorer og fysioterapeuter kan tilrettelægge driften af deres klinikker effektivt og for, at de mest effektive virksomheder kan vokse på bekostning af de mindre effektive, jf., Figur 4.1. Dette er fokus for nærværende kapitel.

⁶² Produktivitetskommissionen, Analyserapport 2: Konkurrence, internationalisering og regulering, 2013.

⁶³ Regeringen, Styrket konkurrence til gavn for Danmark, Konkurrencepolitisk udspil, side 2, oktober 2012

Figur 4.1 Reguleringen og konkurrencepresset påvirker effektiviteten/produktiviteten



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen på baggrund af Produktivitetskommissionen.

4.2 Konkurrencen på kiropraktor- og fysioterapeutmarkederne

Analysen viser, at behandlerne selv vurderer konkurrencepresset på markedet til at være lavere end, hvad en gennemsnitlig dansk virksomhed vurderer konkurrencepresset til at være. På et spørgsmål om det oplevede konkurrencepres fra eksisterende og ny konkurrenter, hvor 1 er beskedent konkurrencepres og 7 er meget intenst konkurrencepres, vurderer behandlerne konkurrencepresset til at være 3,1. Til sammenligning vurderede den gennemsnitlige danske virksomhed i 2010 konkurrencepresset til at være 5,0.⁶⁴ Det skal dog bemærkes, at vurderingen af konkurrencepresset i en branche er subjektiv og indeholder en række fortolkninger for personen, der svarer.

Priskonkurrencen er fraværende på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter – også blandt behandlere på det frie marked. Prisen er normalt det vigtigste signal mellem købere og sælgere. Sælgere bruger prisen til at tiltrække kunder, og kunder signalerer deres betalingsvillighed over for sælgere.

Ifølge styrelsens undersøgelse, bruger knap fire pct. af fysioterapeuterne prisen som konkurrenceparameter, når de skal udpege tre ud af otte mulige konkurrenceparametre, jf., Tabel 4.1. Dette er ikke overraskende, da priserne for 80 pct. af ydelserne på markedet er fastlagt i overenskomsten, og en væsentlig del af forbrugerne får betalt behandlingen af det offentlige, og derfor ikke skeler til prisen.

⁶⁴ Behandlerne uden ydernummer oplever et signifikant højere konkurrencepres (3,7) end behandlerne med ydernummer (3,0 for behandlere kun på ydernummer og 2,8 for behandlere både med og uden for ydernummer). Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Tabel 4.1 **Konkurrenceparametre for klinikken**

Pct.	Alle	Behandler i praksissek- toren	Behandler på det frie marked	Behandler i Praksissektoren og det frie marked
Priser	4	4	9	2
Specialisering inden for be- stemt områ- de/behandling	52	47	60	52
Samarbejde med andre behand- lingsmåder, fx læger, kiroprak- tor, massør, træningsvejleder	25	27	17	29
Geografisk beliggenhed	22	28	10	22
Tilgængelighed (fysisk, per telefon, åbnings- tider m.v.)	32	35	16	40
Service	39	38	33	43
Kvalitet i behand- lingen	80	83	74	82
Andet	4	4	5	4

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Fysioterapeuterne peger derimod på de faglige kvaliteter som de væsentligste konkurrenceparametre. Således fremhæver 80 pct. kvaliteten i behandlingen, 52 pct. specialisering inden for bestemte områder/behandlinger og 39 pct. servicen som væsentlige konkurrenceparametre. Undersøgelsen viser endvidere, at fysioterapeuterne på det frie marked i højere grad konkurrerer på specialisering. Behandlere på det frie marked er i højere grad nødt til at tiltrække kunder ved at kunne tilbyde en ydelse af en særligt høj kvalitet. Kvaliteten er en mindre synlig konkurrenceparameter på et marked end prisen.

For kiropraktorerne har mindre end én procent svaret, at de bruger nogen af konkurrenceparametrene i tabel 4.1

4.3 Antalsbegrænsningen

For at kunne levere ydelser inden for praksissektoren kræver det et ydernummer.⁶⁵ Regionerne og samarbejdsudvalgene i regionerne administrerer antallet af ydernumre (nynedsættelser). Dette gøres ud fra et behovskriterium. Der er ikke fastsat faglige, objektive kriterier for adgangen til ydernumre, som der eksempelvis er for at opnå autorisation som behandler hos Sundhedsstyrelsen, jf. 5.4. Enhver udvidelse af fysioterapeuters kapacitet betragtes som en

⁶⁵ Behandlere kan også levere ydelser på en andens ydernummer, jf. afsnit 4.6 om kapacitetsstyring.

nynedsættelse, som kun kan finde sted i henhold til praksisplanen på baggrund af ansøgning til samarbejdsudvalget i den pågældende region, jf. også boks 2.1. Det bemærkes, at det er indtrykket, at der de senere år alene er frigivet ganske få ydernumre for fysioterapeuter på landsplan. Der er friere rammer for kiropraktorer udvidelse af kapaciteten.

Antalsbegrænsningen er – sammen med praksisplanernes bestemmelser om klinikernes geografiske placering – med til at regulere behandlingskapaciteten i regionen. Formålet med antalsbegrænsningen er at forsøge at styre borgernes efterspørgsel ved at begrænse udbuddet af behandlinger med offentligt tilskud.

Formålet med antalsbegrænsningen bygger på en antagelse om, at forbrugerne ville efterspørge flere behandlinger, hvis kapaciteten var større og borgerne derved havde nemmere adgang til behandlinger. Konsekvensen heraf kan være øgede offentlige udgifter.

På markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter tyder analysen imidlertid på, at der ikke er den potentielle overefterspørgsel fra forbrugerne, som antalsbegrænsningen forudsætter: Dels viser forbrugerundersøgelsen, at under 1 pct. af forbrugerne de seneste to år har fravalgt behandling trods behov, fordi ventetiden var for lang (knap 2 pct. har fravalgt behandling, fordi behandleren var besværlig at komme hen til). Dels viser analysen, at borgerne *ikke* oplever ventetid – og dermed allerede i dag har – og oplever, at adgangen til behandlerne er god, jf. kapitel 5. Den faktiske ventetid på behandling var under én uge for godt 90 pct. af kiropraktorpatienterne og 66 pct. af fysioterapeutpatienterne. Ca. 25 pct. fysioterapeutpatienter ventede mellem 1-2 uger på behandling, mens 10 pct. ventede mere end 2 uger.

Antalsbegrænsningen fungerer som en adgangsbarriere, der skærmer eksisterende klinikker inden for praksissektoren mod konkurrence fra nye og til dels også eksisterende klinikker. De eksisterende klinikker med ydernummer er derfor garanteret et kundegrundlag, hvilket betyder, at klinikkerne ikke i tilstrækkelig grad skal kæmpe om kunderne. Dette mindsker klinikernes incitament til at udvikle sig, til at tilbyde produkter af høj kvalitet til den rette pris og til at drive klinikken mest effektivt.

Hertil kommer, at antalsbegrænsningen skævvrider konkurrencen på markederne mellem behandlere, der har mulighed for at tilbyde behandlinger med et offentligt tilskud og behandlere, der alene har mulighed for at tilbyde ydelserne på det frie marked, jf. også afsnit 3.6.

Samtidig begrænser adgangen til at få et ydernummer (mere) de mest produktive fysioterapiklinikker i at vokse på bekostning af de mindre produktive. Dermed kan antalsbegrænsningen forårsage en lavere produktivitetsvækst i markederne, og dermed et samfundsøkonomisk tab. Antalsbegrænsningen kan derfor bidrage til, at et potentiale for højere forbrugervelfærd ikke kan realiseres.

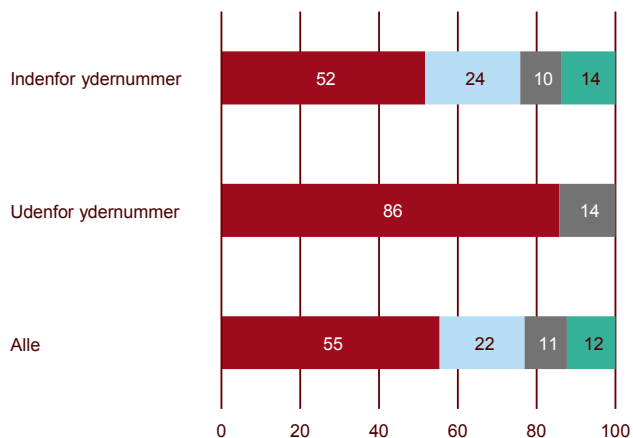
Både kiropraktorer og fysioterapeuter oplever, at antalsbegrænsningen hæmmer deres mulighed for at drive effektiv forretning. Det gælder 55 pct. af kiropraktorerne og 62 pct. af fysioterapeuterne. jf. Figur 4.2.

Figur 4.2 Antalsbegrænsningens påvirkning af muligheden for at drive effektiv forretning

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

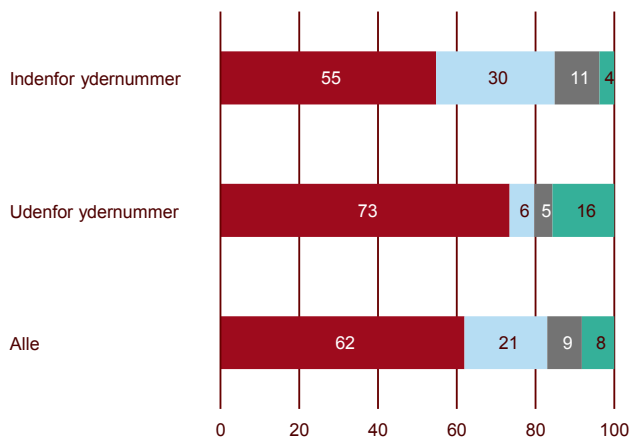
Adgang til at få et ydernummer



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Adgang til at få et ydernummer



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: Spm. 28. Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? - Adgangen til at få et ydernummer. * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N=67 (Kiropraktorer), N=171 (Fysioterapeuter).

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Særligt behandlere uden for praksissektoren deler denne oplevelse: 86 pct. af kiropraktorerne og 73 pct. af fysioterapeuterne oplever, at antalsbegrænsningerne hæmmer muligheden for at drive en effektiv forretning. En forklaring herpå kunne være, dels at det potentielle kundegrundlag på det frie marked er stærkt begrænset på grund af antalsbegrænsningen, dels at antalsbegrænsningen skævvrider konkurrencen på markederne mellem behandlere, der har mulighed for at tilbyde behandlinger med et offentligt tilskud og behandlere, der alene har mulighed for at tilbyde ydelserne på det frie marked, jf. også afsnit 3.6.

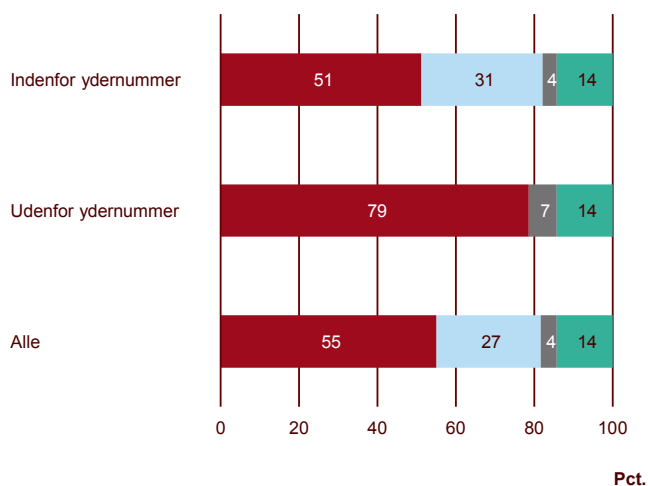
Antalsbegrænsningen opleves blandt både kiropraktorer og fysioterapeuter som en barriere mod at udvide deres klinik og vokse. Således oplever 55 pct. af kiropraktorerne og 66 pct. af fysioterapeuterne, at adgangen til at få et ydernummer (mere) begrænser deres mulighed for at udvide deres aktivitet/kapacitet – og dermed for at vokse, jf. Figur 4.3 nedenfor. Dette er især oplevelsen blandt kiropraktorer uden for praksissektoren, hvor 79 pct. oplever, at antalsbegrænsningen begrænser muligheden for at udvide kapaciteten. Det bemærkes, at kiropraktorer kan ansætte det antal kiropraktorer de ønsker, og derigennem udvide deres forretning.

Figur 4.3 Antalsbegrænsningens påvirkning af muligheden for at udvide deres aktivitet/kapacitet

(a) Kiropraktorer

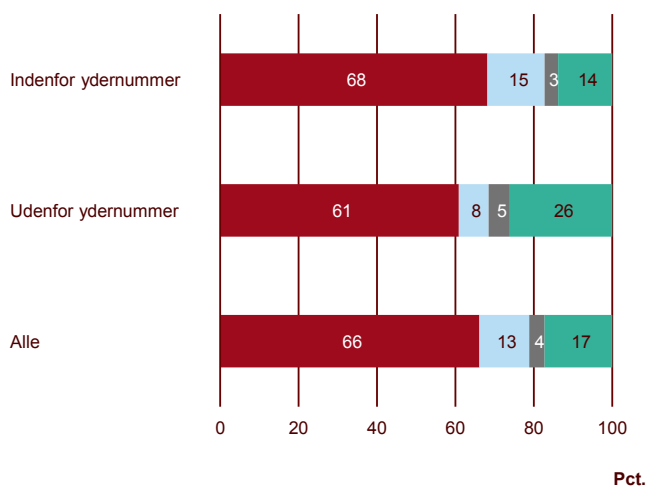
(b) Fysioterapeuter

Adgangen til at få et ydernummer (mere)



- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Adgangen til at få et ydernummer (mere)



- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at udvide din aktivitet/kapacitet? (Sæt et kryds per linje) - Adgangen til at få et ydernummer (mere) * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N=104, Spm. 39 (Kiropraktorer) og N=354 Spm. 41 (Fysioterapeuter).

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

I forlængelse heraf viser analysen, at knap 5 pct. af kiropraktorerne og 30 pct. af de fysioterapeuter, som gerne ville udvide deres kapacitet/aktivitet, ønsker at få et ydernummer (mere), jf. Figur 3.6 og Figur 3.7. Det skal bemærkes, at behandlerne ikke har svaret på, om de har konkrete planer om at udvide deres kapacitet.

I Sverige har der siden 2010 været fri etableringsret for private behandlere, herunder fysioterapeuter og kiropraktorer, hvis man opfylder en række kriterier. Erfaringerne herfra viser dels at ændringen har betydet nye aktører på markederne, især de første år, dels at de offentlige udgifter til fysioterapi ikke har vist en stigning efter reformen. I Danmark er der i praksis-sektoren alene fri etableringsret for tandlæger. Erfaringerne herfra viser, at de offentlige realudgifter til tandlæger og tandplejere i perioden 2000-2010 har ligget konstant på omkring 1,4 mia. kr. årligt (i 2010-priser).⁶⁶

⁶⁶ Sygesikringsregisteret. Ifølge Danske Regioner er den væsentligste årsag til, at udgifterne på tandlægeområdet har været konstante, begrænsninger på antal behandlinger samt hvilke behandlinger regionerne kan give tilskud til

4.4 Bestemmelser om geografisk dækningsområde og placering af klinikken

For kiropraktorer gælder, at der ved tildeling af et ydernummer *kan* knyttes et geografisk dækningsområde til ydernummeret. Når fysioterapeuter får tildelt et ydernummer *skal* der tages stilling til et geografisk dækningsområde (dvs. i hvilket geografisk område, behandleren skal placere sig).⁶⁷ Borgerne kan frit vælge behandler uanset borgerens bopæl og behandlerens dækningsområde. Hvis en kiropraktor eller en fysioterapeut ønsker at flytte praksisadresse, kræver dette godkendelse fra regionen. Dog kan kiropraktorer blot meddele regionen dette, såfremt der ikke er knyttet en geografisk binding til ydernummeret. Hertil kommer, at behandlerne som udgangspunkt kun kan have én praksisadresse (dog er for fysioterapeuter mulighed for flere, hvis det sker i overensstemmelse med praksisplanen og inden for ydernummerets kapacitet).⁶⁸

Formålet med bestemmelserne om den geografiske placering er, jf. ovenfor, sammen med antalsbegrænsningen at regulere behandlingskapacitet i regionen. De geografiske bestemmelser skal således bidrage til at sikre forsyningsikkerheden og betjeningen i alle områder i regionen, herunder at kiropraktorer og fysioterapeuter også er tilgængelige i udkantsområder. Argumentet er, at det er nødvendigt at sikre en behandler et kundegrundlag af en vis volumen, før det er forretningsmæssigt rentabelt for en behandler at etablere sig i et område.

Styrelsens forbrugerundersøgelse viser, at der er forskel på borgernes afstand til både kiropraktor- og fysioterapeutklinikkerne alt efter, hvilken del af landet de bor i. Alligevel oplever så godt som alle forbrugere, at det er nemt at komme hen til klinikkerne. Det gælder flest borgere i Region Syddanmark og Region Nordjylland, jf. kapitel 5. Dette kan skyldes, at regionernes krav til klinikernes geografiske placering virker. Men det kan også skyldes, at det ikke nødvendigvis er afstanden til – eller placeringen af klinikken – der afgør, om borgerne oplever, klinikkerne som tilgængelige. Andre faktorer, som fx åbningstider og om klinikken ligger tæt på forbrugerens arbejdsplads, kan have betydning. Analysen viser derudover, at de behandlere, der *ikke* har ydernummer, ligger spredt i hele landet, også i yderkommuner.⁶⁹

Når regionerne bestemmer, hvor i regionen behandlerne skal placere sig, vil der ofte ikke ligge andre behandlere inden for praksissektoren i nærheden. Konkurrenterne ligger derfor fysisk langt væk, hvorfor der er en risiko for, at der etableres lokale monopoler inden for dækningsområdet. Dette skærmer behandlerne mod konkurrence fra andre samtidig med, at det sikrer behandleren et vist kundegrundlag. Herved mindskes konkurrencepresset, og incitamentet til at drive sin forretning mest effektivt reduceres. Bestemmelserne om geografisk placering og dækningsområde kan derfor bidrage til at en lavere produktivitetsudvikling. Dermed risikerer samfundet og forbrugerne at miste en velfærdsgevinst.

Analysen viser, at 41 pct. af kiropraktorerne i praksissektoren oplever, at de geografiske bestemmelser begrænser muligheden for at drive effektiv forretning, jf. Figur 4.4 (b). Dette samme gælder 25 pct. af fysioterapeuterne, jf. Figur 4.4 (a).

⁶⁷ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, Protokollat til § 11.

⁶⁸ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 12, stik, 4.

⁶⁹ 4 af de 98 fysioterapeutklinikker uden ydernummer der indgår i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse, juni 2013, ligger i en af de 16 yderkommuner. Ingen af de 14 kiropraktorklinikker, der indgår i undersøgelsen ligger i en af de 16 yderkommuner.

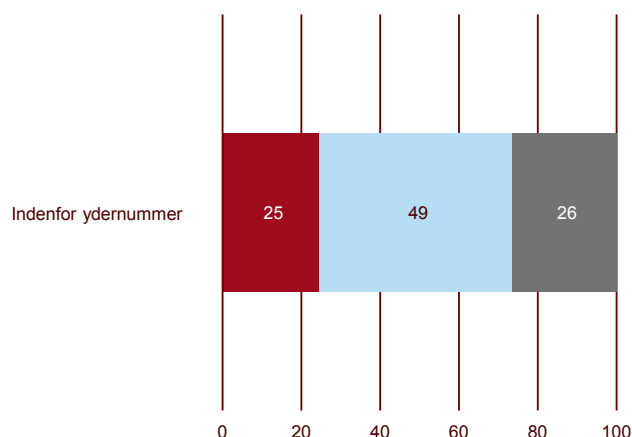
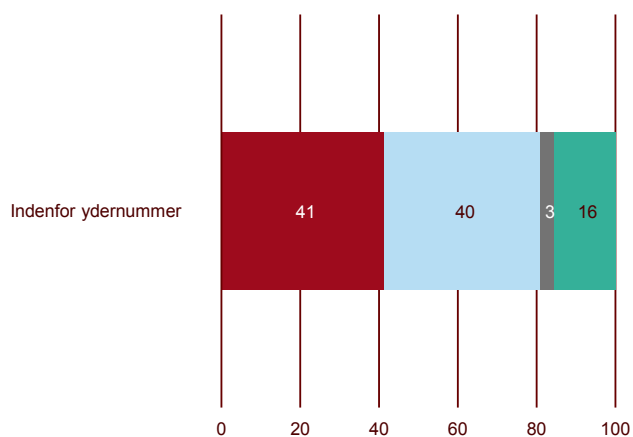
Figur 4.4 Den geografiske begrænsnings påvirkning af muligheden for at drive effektiv forretning

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

Ydernummerets krav om geografisk placering af klinikken

Ydernummerets krav om geografisk placering af klinikken



■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positivt eller negativt
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
 ■ Ikke relevant for mig

■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positivt eller negativt
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt

Anm.: N= 58 Spm. 28 (Kiropraktorer), N= 102 (3 respondenter svarer Ved ikke, 4 respondenter svarer Ikke relevant for mig) Spm. 28 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Ydernummerets krav om geografisk placering * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

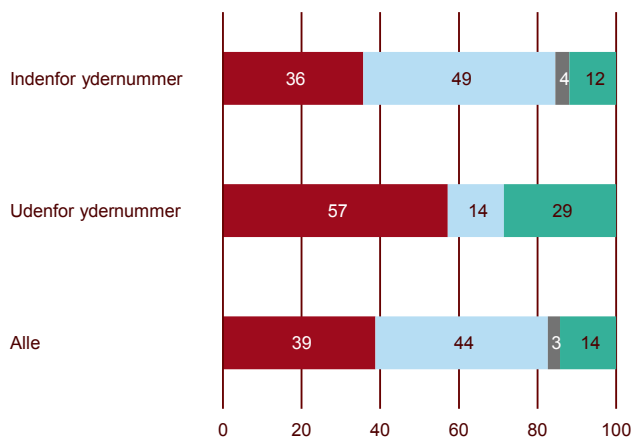
Hertil kommer, at 39 pct. af alle kiropraktorer og 34 pct. af alle fysioterapeuter oplever, at de geografiske begrænsninger hæmmer deres mulighed for at udvide kapaciteten og aktiviteten, jf. Figur 4.5. Dette kan, jf. ovenfor, skyldes kravet om, at der alene kan drives klinik fra én praksisadresse. For kiropraktorerne er der stor forskel på oplevelsen alt efter, om man praktiserer inden for praksissektoren eller alene på det frie marked, hvor man ikke er direkte bundet af de geografiske begrænsninger.

Figur 4.5 Den geografiske begrænsning og muligheden for at udvide kapaciteten/aktiviteten

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

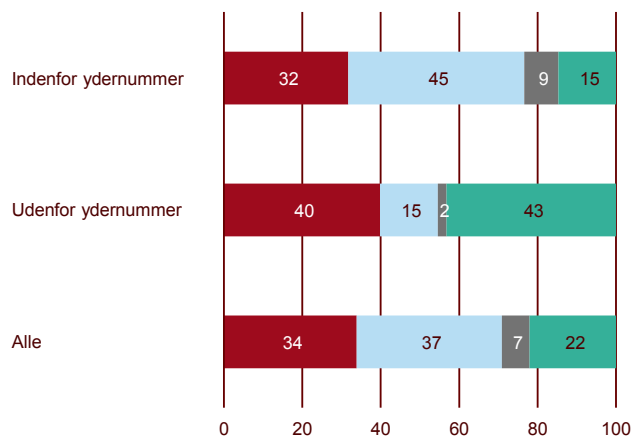
Ydernummerets krav til geografisk placering



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Ydernummerets krav til geografisk placering



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positivt eller negativt
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: N=98. (Ved ikke N= 6) Spm. 39 (Kiropraktorer), N=. 391 (Ved ikke N= 17), Spm. 41 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at udvide din aktivitet/kapacitet? (Sæt et kryds per linje) - Ydernummerets krav til geografisk placering af klinikken. * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Konkret tyder analysen på, at mange – især fysioterapeuter – ønsker at etablere klinikker på flere adresser. Knap 30 pct. af de kiropraktorer, som gerne ville udvide deres kapacitet/aktivitet, ønsker at etablere klinik på flere adresser, jf. Figur 3.7. Det samme gælder knap 10 pct. af de fysioterapeuter, der ønsker at udvide deres kapacitet, jf. Figur 3.6.

Styrelsens analyse indikerer således, at behandlerne oplever, at de geografiske begrænsninger skaber ineffektivitet og forhindrer dem i at udvide deres forretning. Dette kan være med til at forårsage en lavere produktivitetsvækst i markederne og dermed et samfundøkonomisk tab og et deraf følgende urealiseret potentiale for højere forbrugervelfærd. Samtidig tyder indikationer på, at den geografiske begrænsning ikke synes nødvendig for at sikre forbrugernes tilgængelighed til behandlerne.

4.5 Ejerskabsbestemmelserne

Kiropraktor- og fysioterapeutklinikker *inden for* praksissektoren kan kun ejes personligt af en behandler, der har tiltrådt overenskomsten.⁷⁰ Dertil kommer, at klinikker kan etableres som selskaber. Kun behandlere, der har tiltrådt overenskomsten, kan have bestemmende indflydelse i selskabet og medlemmerne af selskabernes direktion skal alle levere behandling som ansatte i selskabet.⁷¹

Hertil kommer, at både kiropraktorer og fysioterapeuter kun har mulighed for at drive virksomhed fra én adresse, jf. også afsnit 4.4. Dog har fysioterapeuter mulighed for at praktisere fra flere adresser inden for samme ydernummer, hvis det er i overensstemmelse med praksisplanen og det sker ved anvendelse af den eksisterende kapacitet.

Formålet med overenskomsternes ejerskabsbestemmelser er, at kunne holde en behandler, som har tiltrådt overenskomsten, personligt ansvarlig for også at overholde overenskomstens bestemmelser.

De eksisterende ejerskabsbestemmelser kan have flere konsekvenser.

For det første kan aktører, der alene har en forretningsbaggrund, ikke etablere og drive en klinik selv. Og på trods af, at der blandt klinikejerne er godt 50 pct. af både kiropraktorer og fysioterapeuter, der har taget en efteruddannelse rettet mod at drive forretning, er behandlerne netop behandlere med fokus på at være gode til at behandle patienter. Som en af de behandlere, styrelsen har talt med, udtrykker det "Man uddanner sig ikke til forretningsmand". Det betyder, at klinikkerne ikke nødvendigvis bliver drevet så effektivt, som de kunne. Dermed er der risiko for en lavere produktivitetsvækst i markederne og risiko for, at både samfundet og forbrugerne går glip af en velfærdsgevinst.

Således viser analysen, at 32 pct. af kiropraktorerne og 21 pct. af fysioterapeuterne inden for praksissektoren oplever, at ejerskabsbestemmelserne begrænser deres mulighed for at drive effektiv forretning.⁷² Samtidig oplever 11 pct. af kiropraktorerne, at ejerskabsbestemmelserne styrker deres mulighed for at drive effektiv forretning. Dette gælder 27 pct. af fysioterapeuterne. Billedet af, hvordan ejerskabsbestemmelserne påvirker behandlernes oplevelse af muligheden for effektiv drift, er således ikke entydigt, især for fysioterapeuterne.

Da både kiropraktorer og fysioterapeuter som hovedregel kun kan praktisere fra én praksisadresse, kan ejerskabsbestemmelserne for det andet have den konsekvens, at behandlerne ikke kan udvide deres forretning, herunder etablere egentlige kæder.⁷³ Dermed kan de mest effektive klinikker ikke vokse på bekostning af de mindre effektive eller udnytte evt. stor-driftsfordele. Dette begrænser behandlernes incitament til en effektiv drift.

⁷⁰ Der findes ikke samme regler for ejerskab for klinikker, der alene leverer ydelser på det frie marked.

⁷¹ 50 pct. af indskudskapitalen såvel i kapital som i stemmevægte i anpartsselskaber og 100 pct. af anpartskapitalen i holdingselskaber skal ejes af behandlere, der har tiltrådt overenskomsten.

⁷² Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, Kiropraktorer, N=58, Fysioterapeuter, N=102: Spørgsmålsformulering: Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds pr. linje)? – krav til geografisk placering * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds).

⁷³ Ejerskabsbestemmelserne giver dog mulighed for at etablere samarbejdspraksis eller organisere praksis i forskellige selskabsformer. Ifølge Danske Regioner findes fx. en større sammenslutning på fysioterapiområdet "Fysiocenter Danmark", hvor i hvert fald landets fem største klinikker er med.

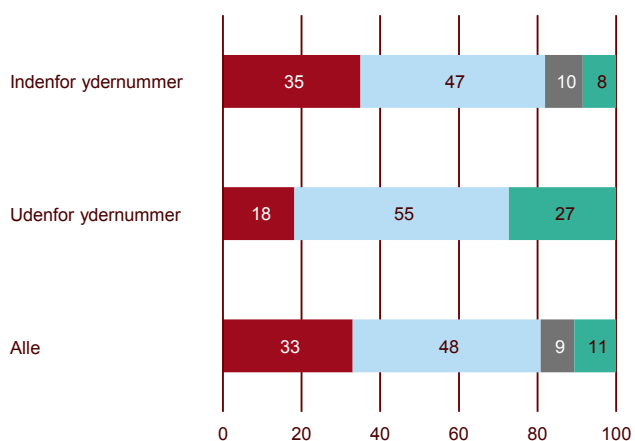
Analysen viser, at 33 pct. af alle kiropraktorer og 32 pct. af alle fysioterapeuter oplever, at ejerskabsbestemmelserne begrænser deres mulighed for at udvide deres kapacitet/aktivitet, jf. Figur 4.6. Oplevelsen gør sig især gældende for behandlere inden for praksissektoren.

Figur 4.6 Ejerskabsbestemmelsernes påvirkning af muligheden for at udvide aktiviteten/kapaciteten

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

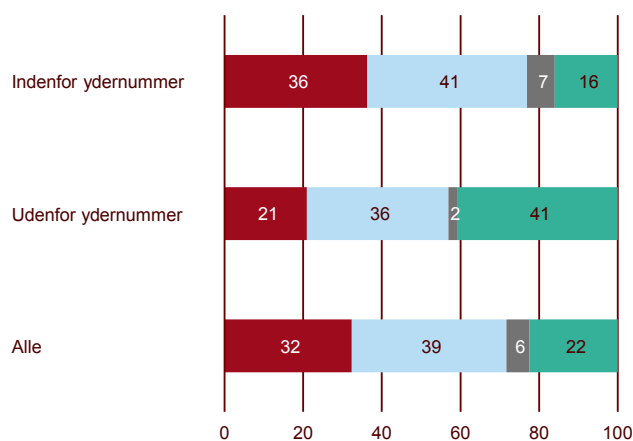
Bestemmelser om, hvem der må eje og drive en klinik



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Bestemmelser om, hvem der må eje og drive en klinik



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: N= 94 (Ved ikke N=10), Spm. 39 (Kiropraktorer), N= 343 (Ved ikke N= 38), Spm. 41 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at udvide din aktivitet/kapacitet? (Sæt et kryds per linje) – Regler om hvem der må eje og drive en klinik * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Knap 25 pct. af de kiropraktorer, der ønsker at udvide deres nuværende kapacitet, ønsker at få flere klinikker, jf. Figur 3.6. Det gælder for godt 5 pct. af de fysioterapeuter, som ønsker at udvide deres nuværende kapacitet, jf. Figur 3.7.

Sundhedssektoren har været – og er stadig – generelt præget af bestemmelser om, hvem der må eje og drive privatpraktiserende sundhedsklinikker og apoteker. Der synes imidlertid flere åbninger på vej. I maj 2013 afgav regeringens arbejdsgruppe om konkurrence på tandplejeområdet en rapport, hvori den foreslog en lempelse af ejerforholdene i sektoren – enten ved at andre end tandlæger eller tandplejere kan eje praksisser i sektoren eller ved at tandlæger/tandplejere kan eje mere end to praksisser. Fra efteråret 2014 bliver der også åbnet for, at private aktører kan stå for driften af lægehuse. Dette skal bidrage til at sikre lægedækning i regionens udkantsområder, hvor det ellers har været svært at sikre lægedækning. En åbning for ejerskabsbestemmelserne synes således indført for at kunne bidrage til en bedre tilgængelighed til læger i yderområderne.

På kiropraktorområdet har ejerskabsbestemmelserne været drøftet i overenskomstforhandlingerne i 2010 på foranledning af Dansk Kiropraktor Forening, som havde oplevet, at bestemmelserne kunne medføre en uhensigtsmæssig balance mellem fx tre ejere, hvor kun én har tiltrådt overenskomsten. Der blev på den baggrund åbnet for, at de fem regioners samarbejdsudvalg kunne indgå lokalaftaler om ejerforhold, såfremt de måtte finde det hensigtsmæssigt i konkrete sager. Et krav er dog, at ansatte i selskabet, der har tiltrådt overenskomsten, skal have bestemmende indflydelse på overenskomstmæssige forhold.⁷⁴

4.6 Kapacitetsstyringen

Regionerne søger at styre kiropraktorers og fysioterapeuters kapacitet gennem dels tildelingen af ydernumre, jf. afsnit 4.3, dels administrationen af ydernumre og endelig gennem praksisplanerne. Herudover fastsætter overenskomsterne en overordnet økonomisk ramme, som de samlede udgifter til hhv. kiropraktor- og fysioterapeutydelser skal holde sig indenfor samt regler for ansættelse af behandlere til at levere ydelser på en eksisterende kapacitet, jf. nedenfor.

For kiropraktorer er ydernummeret personligt. Ud over at klinikken sammen med de øvrige klinikker i praksissektoren skal holde sig inden for den aftalte økonomiske ramme for kiropraktorydelser, er der ikke knyttet et loft til antallet af behandlinger på klinikken.

For fysioterapeuter er ydernummeret også personligt. Der er mulighed for, at andre fysioterapeuter end ejeren af ydernummeret kan levere ydelser på ydernummeret, fx ansatte. Der skelnes mellem ydernumre hhv. over og under 30 timer. For et ydernummer over 30 timer er der ingen øvre grænse på antallet af behandlinger. Det betyder, at styringsmuligheden på sådanne ydernumre til dels udvandes. For ydernumre under 30 timer er der en grænse på 30 timer i gennemsnit på årsplan. Levering af behandlinger på ydernumre kan deles mellem indehaveren af ydernummeret og andre fysioterapeuter. Hvis flere fysioterapeuter end kapaciteter leverer på ydernummeret, er der knyttet et omsætningsloft til nummeret. Dette uddybes nedenfor.

Formålet med kapacitetsstyringen er at styre kapaciteten og omsætningen i praksissektoren for derved at kunne styre de offentlige udgifter til hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter. Styrelsens indledende møder med både interessenter og behandlere indikerer imidlertid, at det nuværende system kun giver ringe mulighed for at styre udgifterne. Dette understøttes til dels af, at den årlige vækst i offentlige udgifter til hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter har været højere end den årlige vækst i de offentlige udgifter generelt, dels konklusionerne i Rigsrevisionens beretning fra 2012, hvoraf det bl.a. fremgår, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der synes derfor umiddelbart at være potentiale for at forbedre styringsinstrumenterne.

Hertil kommer, at kapacitetsstyringen kan have flere negative konsekvenser for behandlerne, især fysioterapeuterne. Kapacitetsstyringen betyder bl.a., at fysioterapeuterne i mindre grad kan udvide deres aktiviteter, hvis de måtte ønske det. Selvom begrænsninger på at udvide aktiviteter netop er et af formålene med kapacitetsstyringen, betyder det imidlertid, at de mere effektive fysioterapeutklinikker ikke kan vokse på bekostning af de mindre effektive klinikker. Dermed er der risiko for en lavere effektivitet i sektoren som helhed og en urealiseret velfærdsgevinst for samfundet og for forbrugerne.

⁷⁴ RTLN, OK-nyt – praksis nr. 020-11. Kiropraktorvirksomhed i selskabsform, 2011.

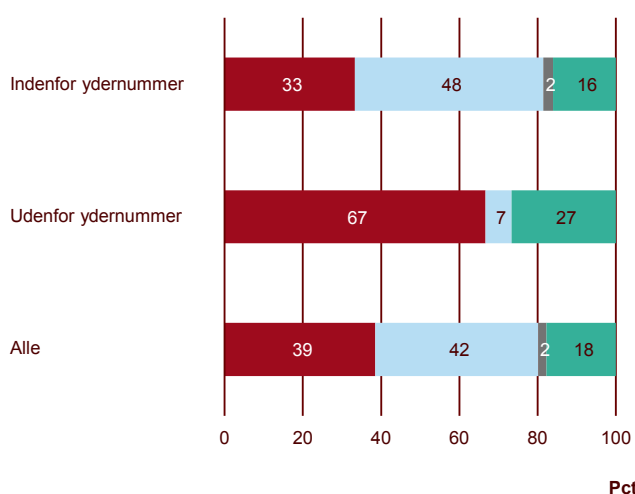
Overordnet set oplever 39 pct. af kiropraktorerne og 65 pct. af fysioterapeuterne, at regionernes krav til kapaciteten begrænser deres mulighed for at udvide kapaciteten, jf. Figur 4.7.

Ca. 10 pct. af de kiropraktorer og 25 pct. af fysioterapeuterne, som gerne ville udvide deres kapacitet/aktivitet, ønsker at øge antallet af behandlinger, mens ca. 20 pct. af kiropraktorerne og fysioterapeuterne ønsker at ansætte flere behandlere, jf. figur 3.6 og Figur 3.7.

Figur 4.7 Kapacitetsstyringen og muligheden for at udvide deres aktivitet/kapacitet

(a) Kiropraktorer

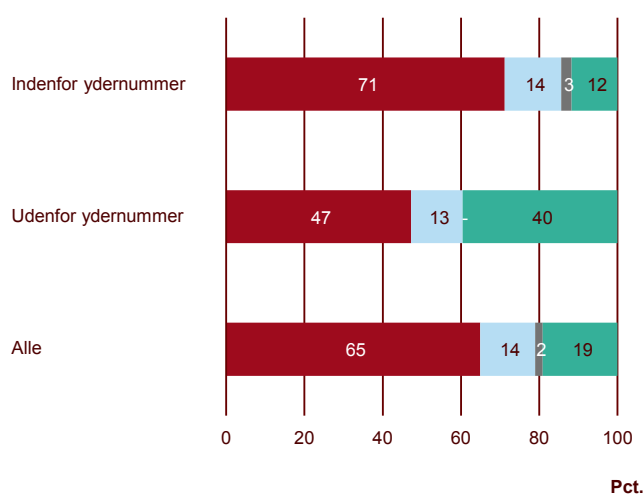
Regionens/ydernummerets krav til kapacitet



■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positiv eller negativ
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
 ■ Ikke relevant for mig

(b) Fysioterapeuter

Regionens/ydernummerets krav til kapacitet



■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positiv eller negativ
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
 ■ Ikke relevant for mig

Anm.: N=96, (Ved ikke N= 8), Spm. 39 (Kiropraktorer), N=365 (Ved ikke N= 25), Spm. 41 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at udvide din aktivitet/kapacitet? (Sæt et kryds per linje) – Regionens/ydernummerets krav til kapacitet * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

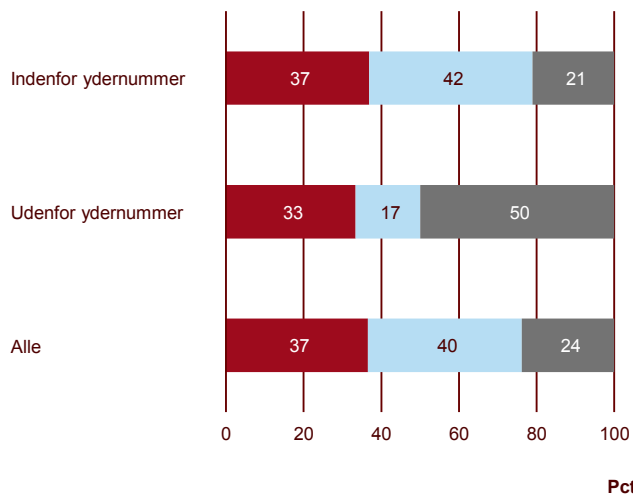
En anden konsekvens af kapacitetsstyringen er, at den indeholder krav, som griber ind i fysioterapeuters mulighed for at tilrettelægge driften af klinikken og behandlinger på den mest effektive måde, ligesom den pålægger fysioterapeuterne en række administrative byrder, jf. nedenfor. Også dette kan hæmme produktivitetsvæksten i markederne, hvorved samfundet og forbrugerne ikke kan indhente en mulig velfærdsgævinst.

At behandlerne oplever, at kapacitetsstyring rent faktisk begrænser en effektiv drift af klinikkerne peger en række af analysens resultater på: For det første oplever 37 pct. af kiropraktorerne og 59 pct. af fysioterapeuterne, at ydernummerets/og regionernes krav til kapacitet og omsætning begrænser muligheden for at drive effektiv forretning, jf. Figur 4.8. Af de fysioterapeuter, der leverer ydelser inden for praksissektoren, gælder det 75 pct.

Figur 4.8 Krav til kapacitet og omsætning og muligheden for at drive effektiv forretning

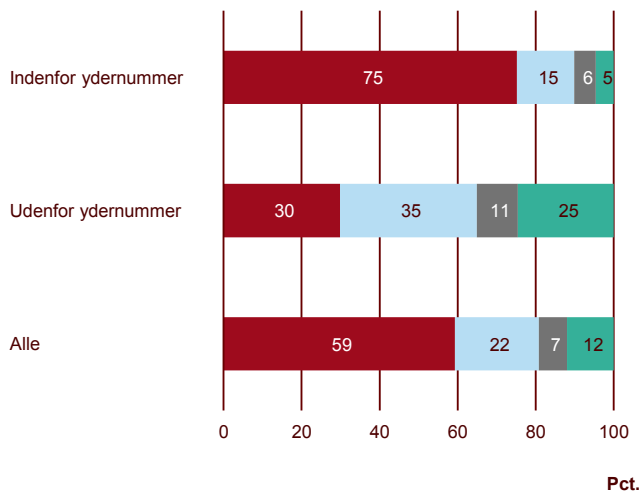
(a) Kiropraktorer

Ydernummerets/regionens krav til kapacitet og omsætning



(b) Fysioterapeuter

Ydernummerets/regionens krav til kapacitet og omsætning



Anm.: N= 63, (7 respondenter svarer ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N= 167 (7 respondenter svarer ved ikke), Spm. 28 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Regionens/ydernummerets krav til kapacitet og omsætning * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Som beskrevet ovenfor, er der knyttet en række krav til fysioterapeuternes brug af ydernummer, som man ikke finder for kiropraktorerne. Ligeledes kan fysioterapeuternes ydernumre være underlagt et såkaldt *omsætningsloft*, hvis der arbejder flere fysioterapeuter end antal kapaciteter på ydernummeret. At der arbejder flere fysioterapeuter end kapaciteter kan tilrettelægges på to måder: Enten ved at fysioterapeuten får tilladelse til at dele sit ydernummer med en anden selvstændig fysioterapeut. Eller - siden 2008 - ved at ansætte en fysioterapeut, der også arbejder på ydernummeret, i henhold til § 17. I begge tilfælde fastsættes der et omsætningsloft.

Et omsætningsloft for et ydernummer beregnes i forhold til gennemsnittet af de tre foregående kalenderårs omsætning på ydernummeret før ansættelsen/delingen af nummeret.⁷⁵ Når kapaciteten på ydernummeret er nået, kan der ikke længere opnås offentligt tilskud fra sygesikringen til behandling på ydernummeret. Konsekvenserne, hvis fysioterapeuter overskrider

⁷⁵ Landssamarbejdsudvalget om fysioterapi. Fortolkning af § 17 i overenskomsten om fysioterapi og § 23 i overenskomsten om Vederlagsfri Fysioterapi.

omsætningsloftet, kan være, at der skal ske tilbagebetaling af det offentlige tilskud, som ifølge reglerne er modtaget uden hjemmel i overenskomsten. Omsætningslofter er indført oktober 2012 med en overgangsperiode for ydernumre, der er delt i perioden 2008 - oktober 2012.

Styrelsen har i sine indledende undersøgelser til analysen erfaret, at især administrationen af omsætningsloftet kan være en udfordring for fysioterapeuterne. Indehaveren af ydernummeret skal hele tiden følge op på, hvor mange behandlinger der er leveret på ydernummeret i forhold til det fastsatte omsætningsloft. Herudover opleves der stadig at være uklarheder i forhold til administrationen af omsætningsloftet.

For det andet oplever behandlerne, at overenskomsternes regler for, hvem der må bruge hvilken kapacitet, begrænser en effektiv drift af klinikken. Det gælder for 41 pct. af kiropraktorerne og 67 pct. af fysioterapeuterne inden for praksissektoren, jf. Figur 4.9. Konkret drejer det sig om, regler for ansættelse af fysioterapeuter i overenskomsten (§ 17).

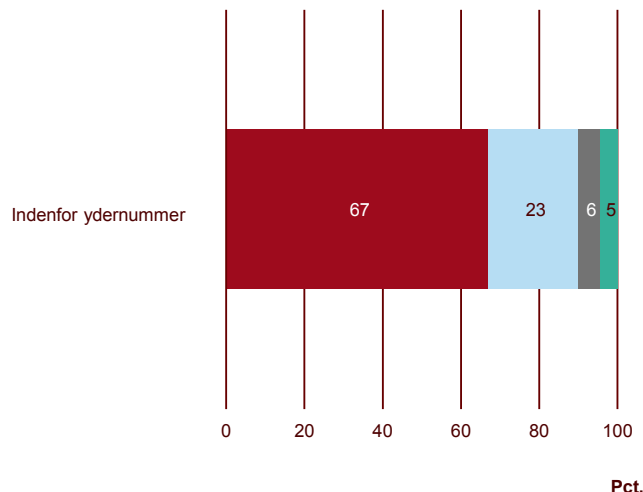
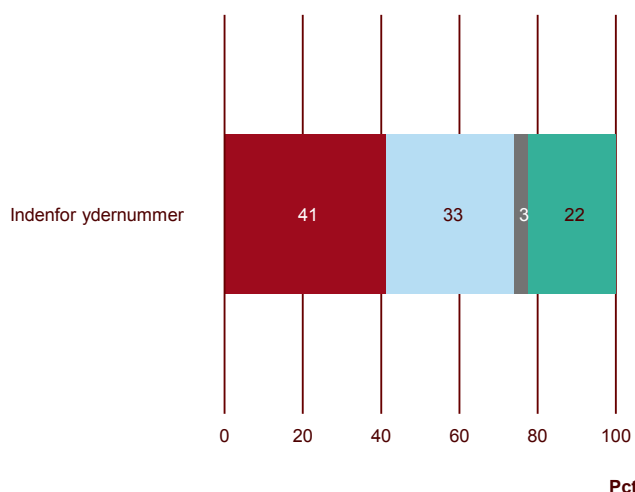
Figur 4.9 Overenskomstens regler om kapacitet og muligheden for at drive effektiv forretning

(a) Kiropraktorer

(b) Fysioterapeuter

Overenskomstens regler, om hvem der må bruge hver enkelt kapacitet

Overenskomstens regler, om hvem der må bruge hver enkelt kapacitet



■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positiv eller negativ
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen forholdsvist positivt
 ■ Ikke relevant for mig

■ Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
 ■ Hverken positiv eller negativ
 ■ Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
 ■ Ikke relevant for mig

Anm.: Hvem må bruge kapacitet: Spm. 28, (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Overenskomstens regler om, hvem der må bruge hver enkelt kapacitet * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N= 58 (2 svarer Ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N= 110,

Overenskomsternes kontrol- og informationsbestemmelser: Spm. 28 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Overenskomsternes kontrol- og informationsbestemmelser og muligheden for at drive effektiv forretning * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N= 102 (2 svarer Ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N=108 (1 svarer Ved ikke).

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Endelig viser analysen for det tredje, at behandlerne oplever, at overenskomsternes informations- og kontrolbestemmelser i forbindelse med overholdelse af den samlede økonomiske

ramme begrænser muligheden for en effektiv drift af klinikken. Dette oplever 40 pct. af kiropraktorerne og 54 pct. af fysioterapeuterne inden for praksissektoren, jf. Figur 4.9.

Informations- og kontrolbestemmelserne omhandler bl.a. regionernes mulighed for at pålægge behandlerne en såkaldt *højstegrænse*. Dette er muligt, hvis en kiropraktors gennemsnitlige udgift per patient overskrider den gennemsnitlige udgift per patient i hele landet med 25 pct.⁷⁶ og hvis fysioterapeuternes gennemsnitlige udgift per patient overskrider det regionale gennemsnit væsentligt.⁷⁷ For almindelig fysioterapi er dette 25 pct., og for vederlagsfri fysioterapi er det 10 pct.

4.7 Faste priser, takststruktur og definition af ydelser

Overenskomsterne fastsætter honorarer, offentligt tilskud og egenbetaling for de kiropraktor- og fysioterapeutydelser, som er reguleret i overenskomsten. Denne prisfastsættelse medfører, at overenskomsterne også fastlægger en takststruktur for ydelserne leveret i praksissektoren.

Overenskomsternes nuværende takststruktur og faste priser blev indført i 2008. Opbygningen og tankegangen minder om den, man finder i traditionelle lønoverenskomster, hvor niveauet aftales, og hvor der sker en automatisk regulering af niveauet – her prisniveauet.

De faste priser i overenskomsterne og takststrukturen betyder dels at overenskomsterne dikterer, hvad behandlerne må tage for hvilke ydelser, dels hvilke ydelser behandlerne skal tilbyde. Det udelukker derfor, at behandlerne konkurrerer på pris. Analysen viser således ikke overraskende, at så godt som ingen behandlere – 4 pct. - konkurrerer på pris, jf. tabel 4.1 ovenfor.

Fraværet af priskonkurrence betyder, at effektive klinikker ikke kan tiltrække kunder ved at have lavere priser. Dette kan mindske behandlernes incitament til at drive deres klinikker effektivt, til at minimere deres omkostninger og til at udvikle sig. Eksempelvis oplever 38 pct. af kiropraktorerne og 53 pct. af fysioterapeuterne, at overenskomsternes takststruktur hæmmer incitamentet til at tage nye behandlingsmetoder i brug.⁷⁸ Dette hæmmer produktivitetsstigninger – og er derfor med til at hindre, at samfundet og forbrugerne kan realisere en velfærdsgevinst. Fraværet af priskonkurrence betyder også, at forbrugerne ikke har mulighed for at vælge behandleren med den mest konkurrencedygtige pris.

Analysen viser, at behandlerne oplever, at de faste priser og takststrukturen begrænser dels deres mulighed for at drive effektiv forretning dels deres mulighed for at udvide deres aktivitet/kapacitet.

Således oplever 45 pct. af kiropraktorerne og 49 pct. af fysioterapeuterne inden for praksissektoren, at de faste priser i overenskomsterne begrænser deres mulighed for at drive effektiv forretning, jf. Figur 4.10.

⁷⁶ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 21, stk. 5. Spørgemålet om kiropraktorerens højstegrænse, bl.a. i relation til Konkurrencelovens § 6 er prøvet ved Østre Landsret (dom afsagt 4. juli 2013). Landsretten vurderer, at anvendelsen af bestemmelsen til at fastsætte en højstegrænse ikke er en konkurrencebegrænsning omfattet af forbuddene i konkurrenceloven.

⁷⁷ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, Bilag 2.

⁷⁸ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, spr 25: N (Kiropraktorer)=104, N (Fysioterapeuter)=391.

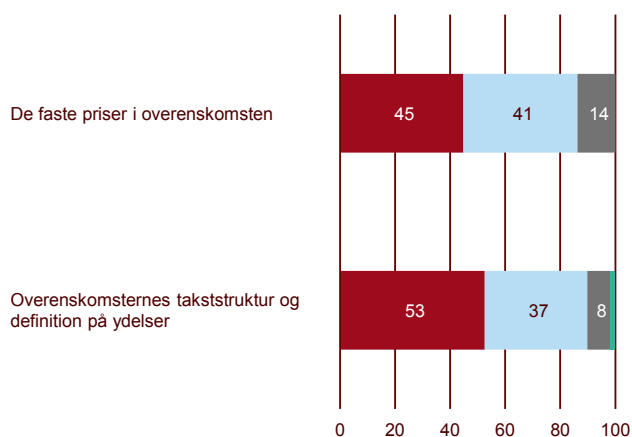
Figur 4.10 Faste priser og takststrukturens påvirkning af muligheden for effektiv drift

(a) Kiropraktorer inden for praksissektoren

(b) Fysioterapeuter inden for praksissektoren

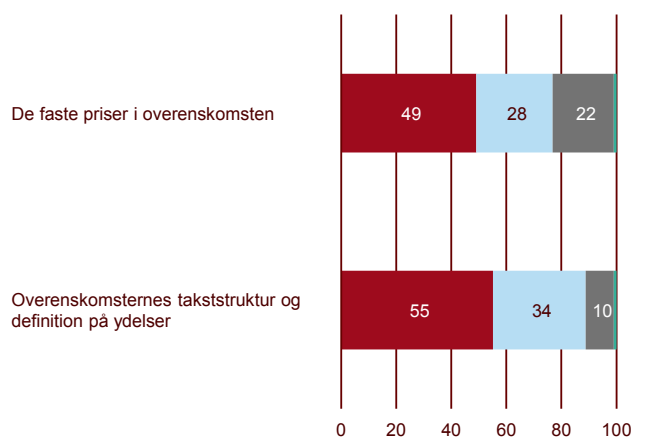
Indenfor ydernummer

Indenfor ydernummer



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig



Pct.

- Påvirker tilrettelæggelsen negativt/forholdsvist negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker tilrettelæggelsen positivt/forholdsvist positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: Faste priser: Spm. 28, (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – De faste priser i overenskomsten* 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N= 58 (2 svarer Ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N= 109, (1 svarer Ved ikke).

Takststruktur: Spm. 28 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Overenskomsternes takststruktur og definition på ydelser* 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? N= 59 (1 svarer Ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N=107 (3 svarer Ved ikke).

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Samtidig oplever 53 pct. af kiropraktorerne og 55 pct. af fysioterapeuterne inden for praksissektoren, at overenskomsternes takststruktur hæmmer deres mulighed for at drive klinikkerne effektivt, jf. Figur 4.10. Som en af de behandlere, styrelsen har talt med, udtrykte det "så låser takststrukturen arbejdet, hvilket ikke altid er til gavn for patienterne og deres behov, hvor nogle har gavn af længere behandlinger end muligt". Den faste takststruktur er normerende for, hvilke ydelser behandleren tilbyder.

Derimod oplever behandlerne ikke, at sygeforsikringen "danmarks" tilskudsstruktur begrænser muligheden for effektiv drift, selvom denne følger overenskomsternes takststruktur.⁷⁹ Tværtimod oplever – især behandlerne uden for praksissektoren – at "danmarks" takststruktur bidrager positivt til en effektiv drift. Dette kan skyldes, at patienter hos *alle* autoriserede be-

⁷⁹ 2,2 mio. danskere er medlem af sygeforsikringen "danmark", jf. www.sygeforsikring.dk.

handlere har mulighed for at opnå tilskud gennem "danmark" uanset, om behandleren har ydernummer eller ej.

Nederlandene har med sundhedsreformen i 2006 indført maksimalpriser, således at bl.a. kiropaktor- og fysioterapeuter selv kan fastsætte prisen inden for maksimalpriserne. Det nederlandske system er forsikringsbaseret – og inden for maksimalpriserne – kan forsikringselskaberne forhandle med udbydere/behandlere om lavere priser på ydelserne, jf. også afsnit 2.5. Hertil kommer, at der på tandplejeområdet i 2007 er indført maksimalpriser, ligesom dette i maj 2013 er foreslået på tandlægeområdet af regeringens arbejdsgruppe om konkurrence på tandplejeområdet.

Hertil kommer, at Rigsrevisionen i sin beretning om praksissektoren fra 2012 fremhæver en række udfordringer ved den nuværende honorarsystem i praksissektoren: Fx at såfremt der måtte være produktivitet fremgang, ville regionerne, grundet de faste honorarer, i dag ikke få del i denne økonomiske gevinst, som udelukkende vil tilfalde yderne. Dertil kommer, at da honorarsystemet bygger på betaling for antal behandlinger kvantitet, indeholder systemet ikke et incitament, der skal sikre ydelserne en vis kvalitet. Derimod har regionerne overfor Rigsrevisionen oplyst, at honorarsystemet indeholder incitamenter, der tilskynder til at reducere tidsanvendelsen per ydelse og til at maksimere antallet af ydelser inden for samme tid. Honorarsystemet kan på den baggrund tilskynde til et højt ydelsesniveau. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at den nuværende organisering af honorarsystemet gør det vanskeligt for regionerne at styre økonomien (da regionerne afregner på basis af leverede ydelser og regionerne ikke kan styre forbruget af ydelser).

Honorarsystemet justeres heller ikke eksplicit med produktivitetsgvinster i branchen. I praksis foregår det ved, at regionerne i overenskomstforhandlingerne i samarbejde med brancheforeningerne bliver enige om løbende, at stille krav om fx it administration, oplysningskrav til sygehusene, m.v. Nogle af kravene kan anses som en administrativ byrde for behandlerne, mens andre kan være med til at øge deres produktivitet, jf. også afsnit 3.6.

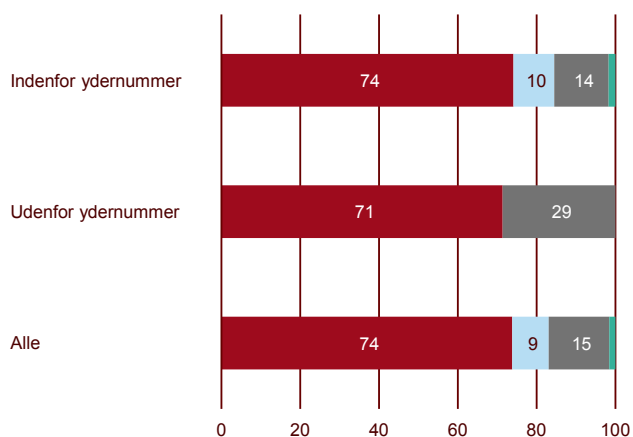
4.8 Private sundhedsforsikringer og administrationsselskaber

Foruden reguleringen oplever behandlerne, at samspillet med de private sundhedsforsikringer og deres administrationsselskaber er med til at hæmme en effektiv drift. Det gælder for 74 pct. af kiropaktorerne og 42 pct. af fysioterapeuterne, jf. Figur 4.11.

Figur 4.11 Private sundhedsforsikringer og muligheden for effektiv drift

(a) Kiropraktorer

Private sundhedsforsikringer og forsikringernes administratører

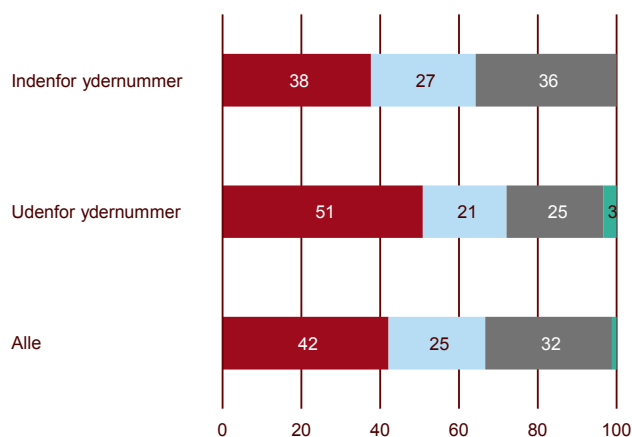


Pct.

- Påvirker muligheden forholdsvis negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker muligheden positivt/forholdsvis positivt
- Ikke relevant for mig

(b) Fysioterapeuter

Private sundhedsforsikringer og forsikringernes administratører



Pct.

- Påvirker muligheden forholdsvis negativt
- Hverken positiv eller negativ
- Påvirker muligheden positivt/forholdsvis positivt
- Ikke relevant for mig

Anm.: N= 102 (2 respondenter svarer Ved ikke), Spm. 28 (Kiropraktorer), N= 170 (3 respondenter svarer Ved ikke), Spm. 28 (Fysioterapeuter). Hvordan oplever du, at følgende faktorer påvirker din mulighed for at drive effektiv forretning (et kryds per linje)? – Private sundhedsforsikringer og forsikringernes administratører * 7. Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)?

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Dette resultat underbygger styrelsens indtryk på baggrund af de indledende interviews med behandlere. Her gav flere udtryk for, at processen med forsikringsselskabernes "formidlere" og administrationselskaber opleves som tung, jf. boks 4.1. Denne administration kan derfor påvirke effektiviteten i en negativ retning. Det er Forsikring & Pensions indtryk, at de administrative byrder knytter sig til de forskellige underleverandørers brug af forskellige it- og afregningssystemer. Dette medfører, at den enkelte behandler skal have adgang til og håndtere flere forskellige systemer i sin dagligdag.

Boks 4.1

Private sundhedsforsikringer og forsikringselskabernes administrationselskaber

I 2011 havde knap 1,2 mio. danskere en sundhedsforsikring. Den samlede bruttoerstatningsudgift var i 2011 på 1,2 mia. kr. Dette er en tidobling af udgifterne siden 2003. 20 pct. af erstatningsudgifterne vedrørte udgifter til fysioterapi, kiropraktor .m.v.

Om dækning af udgifter til kiropraktor og fysioterapi er med i forsikringsselskabernes basispakke eller om det skal tilvælges, varierer fra selskab til selskab. Hos flere er det med i basispakken, mens det hos andre skal tilvælges. Der er som hovedregel en øvre grænse for, hvor mange behandlinger der kan ydes tilskud til, typisk maks. 12, men enkelte steder højere.

I Forsikring & Pensions etiske retningslinjer for sundhedsforsikringer understreges, at den praktiserende læge er patienternes indgang til sundhedsvæsenet. Typisk kræves der en lægehenvielse for behandling hos fysioterapeut, men ikke hos kiropraktor. Enkelte steder kan man mod tillæg købe sig fri fra kravet om lægehenvielse.

Hos nogle forsikringsselskaber anviser man et behandlingssted blandt de behandlere, der er aftale med. Der kan stilles betingelse om, at behandleren har ydernummer. Nogle steder er ydernummer et krav.

Flere forsikringsselskaber bruger såkaldte formidlere, der på vegne af forsikringsselskaberne formidler behandling hos bl.a. kiropraktorer og fysioterapeuter. Typisk sker afregningen mellem formidleren og behandleren udenom patienten. Ifølge Forsikring & Pension bidrager administrationselskaberne bl.a. til at sikre hurtig adgang til behandling hos en behandler, som er omfattet af patientens sundhedsforsikring. Bl.a. har formidlerne adgang til at booke tid direkte hos behandleren. Derudover søger sundhedsforsikringerne og deres formidlere at kvalitetssikre ydelserne. Dels ved at stille kvalitetskrav til behandlerne, dels gennem løbende kontrol med behandlerne og gennemførelse af tilfredshedsmålinger blandt patienterne.

Kilde: Forsikring & Pension, Danske Fysioterapeuter, diverse hjemmesider fra forsikringsselskaber og administrationselskaber.

Flere forsikringsselskaber kræver, at de behandlere, deres forsikringstagere bruger, har ydernummer. Dette har flere konsekvenser. Dels betyder kravet om ydernummer, at hhv. 20 pct. af udgiften til kiropraktik og ca. 40 pct. af udgiften til fysioterapi betales af det offentlige tilskud. Forsikringsselskabernes udgifter til at leve op til deres forpligtelser over for den forsikrede bliver derved mindre.⁸⁰ Dels er dette krav med til at understøtte den konkurrencemæssige skævhed, der er forårsaget af reguleringen mellem de behandlere, der har ydernummer, og de der ikke har ydernummer – ikke mindst på grund af de store summer, de private sundhedsforsikringer årligt udbetaler til behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter (i 2011 var dette 240 mio. kr.).

⁸⁰ Ifølge Forsikring & Pension ville det betyde dyrere sundhedsforsikringer, hvis patienterne mistede retten til offentligt tilskud ved behandling under private sundhedsforsikringer.

4.9 Brug af vikarer

Kiropraktorer og fysioterapeuter med ydernumre har mulighed for at ansætte vikarer i perioder op til et år, som kan levere ydelser på ydernummeret. Brug af vikarer forudsætter, at den behandler, der vikarieres for ikke er på klinikken samtidig med vikaren.⁸¹

63 pct. af fysioterapeuter inden for praksissektoren oplever, at reglerne for brug af vikarer begrænser deres mulighed for at drive effektiv forretning. Dette blev også fremhævet som et problem for driften i forbindelse med Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens indledende interviews med behandlerne. Dette gælder for 9 pct. af kiropraktorerne.

⁸¹ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 23 samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 6 samt Danske Regioner

Kapitel 5

Forbrugerne oplever tilgængelighed og god service hos kiropraktorer og fysioterapeuter

5.1 Indledning

Forbrugervelfærden på markederne for kiropraktik og fysioterapi dækker over forbrugernes samlede oplevelser og nytte af de ydelser, de modtager på markederne. Det gælder både, når ydelserne leveres som del af praksissektoren og på det frie marked.

Forbrugernes velfærd på markederne afhænger bl.a. direkte af den tilgængelighed, service og patientsikkerhed, forbrugerne oplever.

Den måde forbrugerne vurderer behandlingen på, påvirkes bl.a. af to forhold:

Behandlinger hos en kiropraktor/fysioterapeut er et erfaringsgode, som ikke kan vurderes og sammenlignes *inden* et køb. Forbrugernes vurdering af forholdet mellem en behandlings pris og kvalitet, er først mulig efter behandlingen er udført. Og selv da er det vanskeligt for forbrugeren at vurdere den faglige kvalitet af den behandling, man har modtaget. Derimod kan forbrugerne vurdere den oplevede kvalitet og service, de modtager.

Dertil kommer, at forbrugerne som hovedregel ikke betaler den fulde pris for hverken kiropraktor- eller fysioterapeutiydelser. Langt hovedparten af ydelserne leveres til borgerne med en eller anden form for tilskud – enten fra den offentlige sygesikring, fra sygeforsikringen ”danmark” eller fra en privat sundhedsforsikring. Og det er bl.a. med dette udgangspunkt, at forbrugerne har mulighed for at vurdere de ydelser, de modtager fra kiropraktorer og fysioterapeuter.

Hertil kommer, at forbrugerne på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter er patienter, hvis efterspørgsel efter ydelser dels er styret af deres behov og præferencer, dels er styret af den sundhedsfaglige vurdering af behandlingsbehovet, som fx den praktiserende læge, kiropraktoren og fysioterapeuten m.v. lægger til grund.

5.2 Tilgængelighed til kiropraktor- og fysioterapeutklinikkerne

Tilgængeligheden til kiropraktor- og fysioterapibehandlinger påvirker forbrugervelfærden direkte. Hvis der fx er langt til klinikkerne og hvis ventetiden på behandling er – eller opleves – som lang, er tilgængeligheden dårlig. Der vil derfor være potentiale for forbedringer i forbrugervelfærden.

Tilgængeligheden til behandlinger hos kiropraktorer og fysioterapeuter dækker i analysen over afstand til klinikkerne, klinikernes åbningstid samt ventetid på behandling. Derimod henviser tilgængelighed i analysen ikke til økonomisk tilgængelighed.

For den del af ydelserne, som leveres inden for praksissektoren, understreger Sundhedsloven vigtigheden af tilgængelighed samt målet om at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet samt kort ventetid på behandling.⁸²

”Let og lige adgang” samt ”kortere ventetid på behandling” for hhv. kiropraktorer og fysioterapi er ikke nærmere defineret i sundhedsloven eller i de gældende overenskomster på området. Dog skal kiropraktorer, der ikke tilbyder røntgen i egen klinik indgå en samarbejdsaftale med en anden klinik. Patienter henvist til røntgen i en anden klinik må maksimalt vente 3 dage.⁸³ Endvidere fremgår det, at både kiropraktor- og fysioterapeutklinikkerne skal være tilgængelige for bevægelseshæmmede, herunder have handicaptoilet.⁸⁴

For praksissektoren skal regionerne gennem kapacitetstilpasninger sikre tilgængeligheden til behandling hos hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter i regionen. Regionerne vurderer årligt – på baggrund af indstilling fra samarbejdsudvalget – behandlingsskapaciteten for kiropraktik i regionen, og vurderer om der er behov for nynedsættelser eller andre kapacitetstilpasninger for at imødegå regionens behov i alle dele af regionen.⁸⁵ For fysioterapeuter kan nynedsættelser og andre kapacitetstilpasninger ske i henhold til praksisplanen.⁸⁶ Se kapitel 4 for yderligere om kapacitetsstyringen.

Tilgængelighed til kiropraktoren og fysioterapeuten er yderst vigtigt for forbrugerne

For forbrugerne er tilgængeligheden yderst vigtig, når de har behov for behandling. Godt hver fjerde forbruger angiver, at en af de tre væsentligste grunde til, at vedkommende har valgt netop den pågældende kiropraktor og fysioterapeut skyldes kort ventetid, mens hver fjerde kiropraktorpatient og hver tredje fysioterapeutpatient har valgt den behandler, fordi vedkommende var ”nemtest at komme hen til.”⁸⁷

Heroverfor angiver omtrent hver femte af de kiropraktorer og fysioterapeuter, der ejer klinikker, at de konkurrerer på geografisk beliggenhed og omtrent hver tredje konkurrerer på tilgængelighed, jf. også tabel 4.1.⁸⁸

Forbrugerne oplever klinikkernes åbningstider som fleksible

På landsplan oplever mere end hver anden dansker *kiropraktorklinikkernes* åbningstider som fleksible i forhold til deres øvrige gøremål, og hver tredje oplever åbningstiderne som forholdsvis fleksible. Alene et par procent oplever åbningstiderne som ufleksible og forholdsvis ufleksible.⁸⁹

⁸² Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juni 2010 (Sundhedsloven), § 2. Praksissektoren er nærmere reguleret i sundhedslovens kapitel 13-15 og kapitel 69 og 70.

⁸³ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 5.

⁸⁴ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, § 18, stk. 7, samt Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 14.

⁸⁵ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Landsoverenskomst om kiropraktik, 2010, § 10.

⁸⁶ Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Overenskomst om almindelig fysioterapi, 2011, Kapitel III.

⁸⁷ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

⁸⁸ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt fysioterapeuter, juni 2013, spm. 40 (kiropraktorer) og spm. 42 (fysioterapeuter): ”Hvilke parametre konkurrerer klinikken primært på (sæt max tre krydser)?”.

⁸⁹ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Spm. 8: Hvordan oplevede du klinikkens åbningstider? N=246.

Hver anden dansker oplever åbningstiderne hos *fysioterapeuterne* som fleksible i forhold til deres øvrige gøremål, mens hver tredje oplever åbningstiderne som fleksible. 3 pct. oplever åbningstiderne som ufleksible/forholdsvis ufleksible.⁹⁰

Ventetiden på kiropraktor-og fysioterapeutbehandling opleves som kort

Analysen viser, at én ud af ti forbrugere de seneste to år har fravalgt behandling hos fysioterapeut og/eller kiropraktor trods behov. Hver tredje af disse forbrugere, dvs. ca. 5 pct. af forbrugerne, blev ikke behandlet, fordi problemet gik i sig selv, mens også ca. 5 pct. af forbrugerne ikke blev behandlet, fordi det var dyrt at få behandling. Knap 2 pct. af forbrugerne fravalgte behandling trods behov, fordi det var besværligt at komme hen til behandleren. Under 1 pct. fravalgte behandling trods behov på grund af ventetiden.⁹¹

Knap hver tiende *kiropraktorpatient* har ventet 1-2 uger på behandling, mens mere end halvdelen af patienterne har ventet under en uge. Derudover har hver tredje forbruger ikke haft ventetid på kiropraktorbehandling, jf. Figur 5.1 (a).

Syv ud af ti forbrugere oplever ventetiden på behandling hos en kiropraktor som kort, mens yderligere to ud af ti oplever ventetiden som forholdsvis kort, jf. Få oplever ventetiden som forholdsvis lang, jf. Figur 5.1 (b).

For de patienter, der har et akut-problem, oplever otte ud af ti ventetiden som kort. Dette kan skyldes, at akutte patienter generelt kommer hurtigere til.⁹²

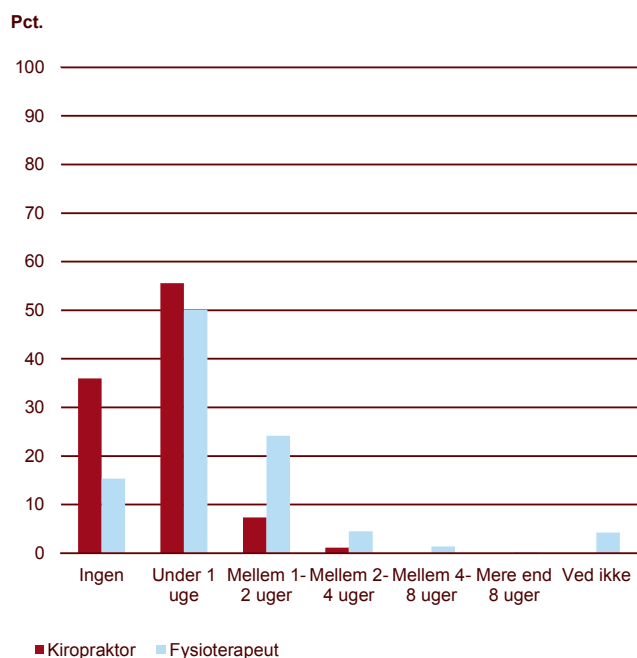
⁹⁰ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. spm. 8: Hvordan oplevede du klinikens åbningstider? N=509.

⁹¹ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (maj 2013). Spm. 03. Hvorfor er du ikke blevet behandlet, selvom du har oplevet et behov for det? N=118.

⁹² Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Danske Fysioterapeuter oplyser, at fysioterapeuter ifølge overenskomsten er forpligtet til at behandle patienterne i den rækkefølge, de kommer ind under hensyntagen til akutte tilstande.

Figur 5.1 Ventetid på kiropraktor- og fysioterapeutbehandling

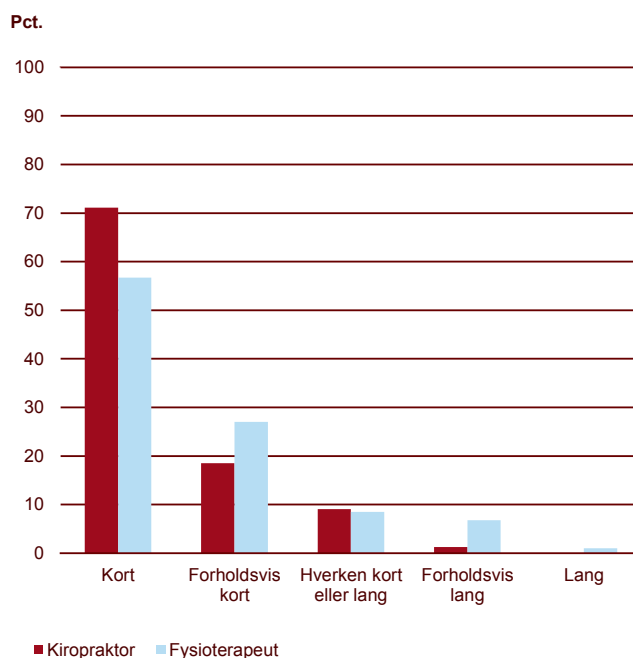
(a) Faktisk ventetid på behandling



Anm.: Kiropraktor, N=246. Fysioterapeut, N=509, Spm. 10. Hvor lang var ventetiden ca. til du kunne få en tid?

Kilde: Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013

(b) Oplevet ventetid på behandling



Anm.: Kiropraktor, N=246, Fysioterapeut, N=509, Spm. 11: Oplevede du ventetiden på første behandling i dit seneste behandlingsforløb som kort eller lang?

Kilde: Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013

Godt hver tiende forbruger har ventet mellem 2 uger på *fysioterapibehandling*, mens hver fjerde har ventet mellem 1-2 uger. Hver anden forbruger har oplevet en ventetid på under en uge, mens 15 pct. har oplevet, at der ikke er ventetid på behandlingen, jf. Figur 5.1 (a). Akutte patienter venter dog generelt kortere. Markant flere borgere i Region Sjælland venter i mere end 1 uge (38 pct.) end i resten af landet (24 pct.).⁹³

Én procent af patienterne fandt ventetiden på fysioterapeutbehandling lang. Knap 60 pct. af borgerne har oplevet ventetiden på behandling hos fysioterapeuter som kort og knap 30 pct. har oplevet ventetiden som forholdsvis kort. Færrest borgere i Region Sjælland finder ventetiden kort (49 pct.). Samtidig oplever flest borgere i Region Sjælland og Region Nordjylland ventetiden på fysioterapi som forholdsvis lang/lang.

Analysen viser, at der ikke synes at være nævneværdig forskel på ventetiden hos kiropraktorer i hhv. praksissektoren og på det frie marked.⁹⁴ Der synes dog at være en tendens til, at flere

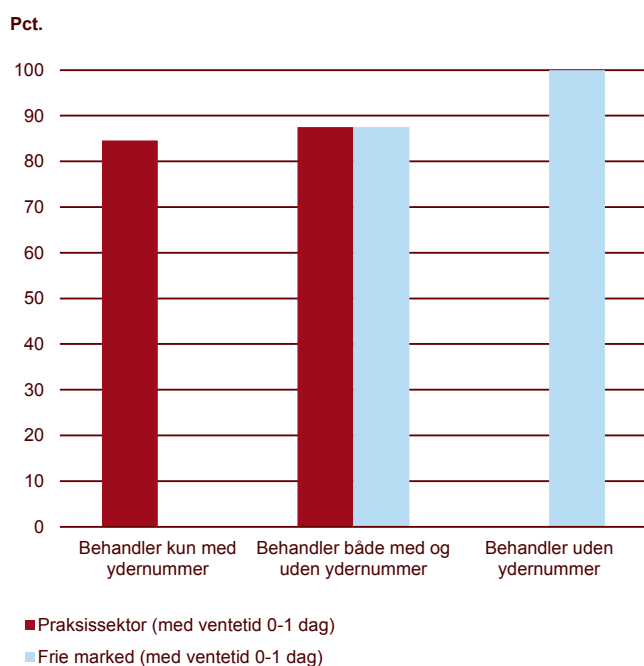
⁹³ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

⁹⁴ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

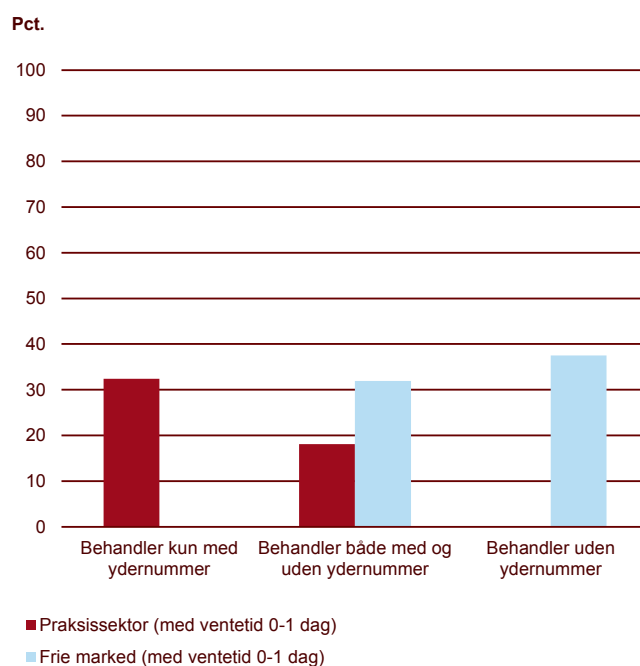
forbrugere alene venter 0-1 dag på kiropraktorbehandling på "det frie" marked end i praksissektoren, jf. Figur 5.2 (a).⁹⁵ Desuden synes der at være en vis sammenhæng mellem klinikens størrelse og ventetiden i praksissektoren: Jo større klinik (målt på antal kiropraktorer samt sekretærer), jo større andel venter 0-1 dage. På det frie marked kan denne tendens ikke genfindes. Bemærk dog, at der er meget få observationer.⁹⁶

Figur 5.2 Andel forbrugere, der venter 0-1 dag på behandling

(a) Kiropraktorer



(b) Fysioterapeuter



Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

Også flere fysioterapeutpatienter kommer til inden for en uge på det frie marked end i praksissektoren: For behandlinger leveret i praksissektoren kommer knap 70 pct. til inden for en uge. På det frie marked gælder det knap 80 pct. af patienterne.⁹⁷ I forlængelse heraf synes der at være en større andel, der alene venter 0-1 dag på fysioterapeutbehandling på det frie marked end i praksissektoren. Således kommer hver tredje patient til inden for 0-1 dag på det frie

⁹⁵ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, Spm. 9: Ventetid i din klinik for en ny-, ikke-akut patient, indenfor ydernummer? N=60, inden for ydernummer og N=15 uden for ydernummer.

⁹⁶ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, spm. 5. "Hvor mange arbejder der i alt i dine klinikker?" er opgjort som antal kiropraktorer samt antal sekretærer samt spm. 9: "Hvad er ventetiden ca. i din klinik for en ny, ikke-akut patient?". N=60, inden for ydernummer og 15 uden for ydernummer.

⁹⁷ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, N=277 (inden for ydernummer), N=237 uden for ydernummer.

marked, mens det gælder hver fjerde patient i praksissektoren, jf. Figur 5.2 (b)⁹⁸ Der synes ikke umiddelbart at være en sammenhæng mellem klinikernes størrelse (antal fysioterapeuter og sekretærer) og ventetiden.⁹⁹

Afstand til klinikken

Godt hver tredje *kiropraktorklinik* ligger mere end ti kilometer fra forbrugerens bopæl, mens fire ud af ti klinikker ligger under fire kilometer fra borgerens bopæl, jf. Figur 5.3(a). Der er – ikke overraskende – stor forskel på borgerens afstand til klinikkerne regionerne imellem. Og generelt har borgerne i Region Hovedstaden kortere til klinikken end borgerne i Region Nordjylland og Region Sjælland (I Region Hovedstaden ligger kun hver femte klinik mere end ti kilometer fra bopælen, mens det i Region Nordjylland og Region Sjælland er hver anden klinik).

Syv ud af ti danskere oplever det som nemt at komme hen til kiropraktorklinikken, mens ingen oplever det som besværligt. 2 pct. oplever det som forholdsvist besværligt, jf. Figur 5.3(b). Der er dog geografiske forskelle. Flest borgere i hhv. Region Nordjylland og Region Syddanmark oplever det som nemt at komme hen til kiropraktorklinikken, mens færrest borgere i Region Sjælland finder det nemt.

Uddannelsesniveau, indkomst samt om problemet er akut eller ej synes ikke at have betydning for oplevelsen af, om det er nemt eller besværligt. Markant færre borgere over 70 år synes det er nemt at komme hen til klinikken.¹⁰⁰

Der synes at være en tendens til en sammenhæng mellem forbrugerens afstand til kiropraktorklinikken samt oplevet tilgængelighed. Af de der havde under fire kilometer, synes næsten ni ud af ti, at det var nemt at komme til klinikken, mens knap hver anden af de, der havde mere end ti kilometer synes det var nemt at komme til klinikken.¹⁰¹

⁹⁸ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013: Spm. 9: Ventetid i klinikken? N inden for ydernummer = 109; N uden for ydernummer=136

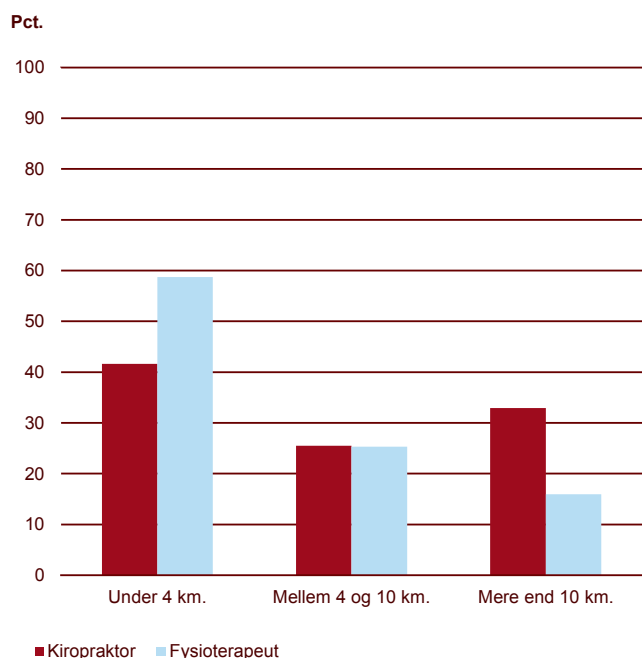
⁹⁹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013, Spm. 5.: "Størrelsen" er opgjort som antal fysioterapeuter samt antal sekretærer samt Spm. 9 (i klinikken). N=105 (inden for ydernummer), N=132 uden for ydernummer.

¹⁰⁰ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

¹⁰¹ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Spm.: 6: Hvor langt ligger behandlerens klinik ca. fra, hvor du bor? * Spm. 07. Oplevede du, at det var nemt eller besværligt at komme hen til klinikken? N= 244.

Figur 5.3 Afstand til klinikken og oplevet tilgængelighed

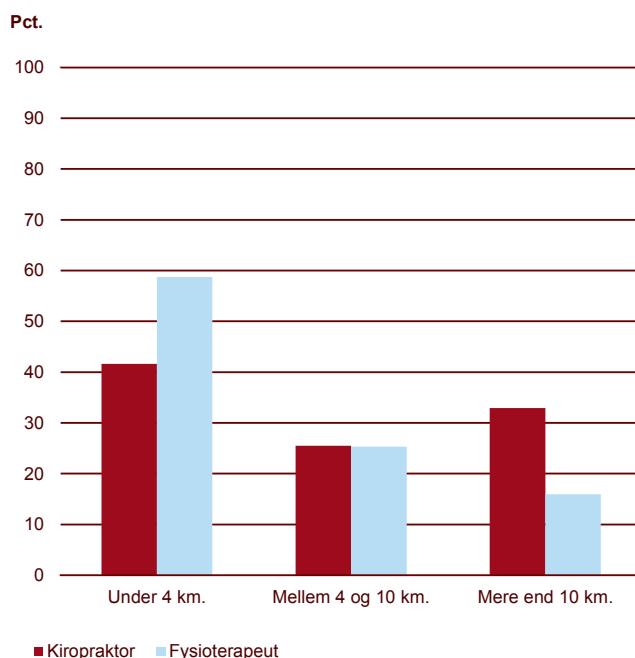
(a) Hvor langt ligger klinikken fra, hvor du bor?



Anm.: Kiropraktor, N=246, Fysioterapeut, N= 509, Spm. 6. Hvor langt ligger behandlerens klinik ca. fra, hvor du bor?

Kilde: Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

(b) Nemt eller besværligt at komme til klinikken?



Anm.: Kiropraktor, N=246, Fysioterapeut, N=509, Spm. 7: Oplevede du, at det var nemt eller besværligt at komme hen til klinikken?

Kilde: Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

Hver sjette patient bor mere end 10 km fra *fysioterapeuten*, mens knap hver fjerde bor mellem 4 og 10 km fra klinikken. For 60 pct. af patienterne ligger fysioterapeutklinikker mindre end fire kilometer fra forbrugerens bopæl, jf. Figur 5.3 (a).

Mere end syv ud af ti borgere oplever det som nemt at komme hen til fysioterapeutklinikken (72 pct.), mens to ud af ti oplever det som forholdsvis nemt. Få finder det forholdsvis besværligt. Der synes ikke umiddelbart at være de store geografiske forskelle på oplevelsen af, hvor nemt eller besværligt det er at komme til klinikken.

Der synes at være en tendens til, at jo kortere borgere har til fysioterapeutklinikken, jo bedre opleves tilgængeligheden: Af de, der havde under fire kilometer, synes godt otte ud af ti, at det var nemt at komme til klinikken. Af de, der havde mere end ti kilometer, synes godt 40 pct. at det var nemt at komme til klinikken.

5.3 Oplevet service og behov for specialistbehandling

Fysioterapi og kiropraktik er begge erfaringsgoder, jf. ovenfor. Behandlingen er i langt de fleste tilfælde ikke en hyldevare, som kan vurderes og sammenlignes *inden* et køb. Forbrugernes vurdering af forholdet mellem en behandlings pris og kvalitet, er først mulig efter behandlingen er udført.¹⁰² Og selv da er det vanskeligt for forbrugeren at vurdere den faglige kvalitet af den behandling man har modtaget. Derimod kan forbrugerne vurdere den oplevede kvalitet og service, de modtager og om behandleren – på papiret – har de kompetencer, der skal til for at behandle det pågældende problem.

Kiropraktor- og fysioterapiydelsernes indhold analyseres på basis af forbrugernes oplevelse af behandlingen hos den enkelte kiropraktor og fysioterapeut. Derimod vurderes der ikke at være grundlag for at analysere den faglige kvalitet af behandlingen (dog berøres den faglige kvalitet indirekte i analysens afsnit om patientsikkerhed nedenfor, jf. afsnit 5.3).¹⁰³

Så godt som alle kiropraktorpatienter oplever god/forholdsvis god service

Når forbrugerne vælger kiropraktorklinik, er egne tidligere erfaringer en væsentlig grund for fire ud af ti, mens familie og venners anbefaling er en væsentlig grund til valget for tre ud af ti. Begge typer af erfaringer vurderes at skulle tjene til at hjælpe forbrugeren med at finde en klinik med god service og oplevet kvalitet.

Halvdelen af de kiropraktorer, der ejer klinikker har angivet, at de konkurrerer på service og ni ud af ti konkurrerer på kvalitet.¹⁰⁴ Så godt som alle kiropraktorpatienter (97 pct.) oplever god eller forholdsvis god service hos kiropraktoren. Der er alene mindre forskelle mellem regionerne.¹⁰⁵

Der synes dog at være en tendens til en sammenhæng mellem, om man fandt behandlingen dyrere end forventet og oplevelsen af service. Hos de, der fandt behandlingen dyrere end forventet, oplevede knap 60 pct. god service. Hos de der fandt behandlingen billigere end forventet, oplevede alle god service.

Der er ingen sammenhæng mellem patienternes oplevelse af service og om problemet de blev behandlet for, var akut.

Ni ud af ti forbrugere oplever god/forholdsvis god service hos fysioterapeuterne

Egne erfaringer og andres, herunder familie, venners og lægens anbefalinger er væsentlige grunde, når forbrugerne vælger fysioterapeutklinik. Som ved valg af kiropraktor er det vurderingen, at dette skal tjene som en form for garant for god service og oplevet kvalitet.

¹⁰² De fleste behandlinger kan endvidere karakteriseres som *credence goods*. Selv efter behandlingen kan det stadig være svært at vurdere behandlingens pris og kvalitet, herunder *value-for-money*.

¹⁰³ Se evt. OECD, OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark, 15. april 2013, for yderligere om vurderingen af den faglige kvalitet i primærsektoren samt forslag til tiltag for at styrke den.

¹⁰⁴ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013. N=104. Kiropraktorer har kunnet angive de tre væsentligste konkurrenceparametre.

¹⁰⁵ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Spm. 9.: Hvordan oplevede du servicen i klinikken? * Spm. 23. Hvilken region bor du i? N=246.

Godt hver tredje af de fysioterapeuter, der ejer klinik, konkurrerer på service og 80 pct. konkurrerer på kvalitet i behandlingen.¹⁰⁶

Ni ud af ti fysioterapeutpatienter oplever god eller forholdsvis god service hos fysioterapeuten I Region Nordjylland – tæt fulgt af Region Hovedstanden – oplever flest god service (knap otte ud af ti). Heroverfor oplever færrest i Region Midtjylland god service (dog seks ud af ti).¹⁰⁷

Der synes at være en tendens til en sammenhæng mellem, om man fandt behandlingen dyrere end forventet og oplevelsen af service hos fysioterapeuten. Hos de forbrugere, der fandt behandlingen dyrere end forventet, oplevede knap halvdelen god service. Hos de der fandt behandlingen billigere end forventet, oplevede otte ud af ti.

Der er ingen sammenhæng, mellem patienternes oplevelse af service og om problemet de blev behandlet for, var akut.

Syv ud af ti patienter forsøger at matche specialistbehov med behandlers kompetencer

De fleste patienter kan ikke vurdere en kommende behandlers kompetencer og kunnen, før de bestiller tid til behandling. De har imidlertid mulighed for at undersøge, om behandleren er specialiseret i det problem/den diagnose, der kræver behandling før de vælger.

Analysen viser, at forbrugerne netop gør dette: Syv ud af ti, af de forbrugere, der havde et problem, der krævede specialisering, undersøgte om kiropraktoren eller fysioterapeuten besad denne specialisering, før de bestilte tid til behandling (undersøgelsen viser ikke, om forbrugerne rent faktisk fandt en behandler med de rette kompetencer).¹⁰⁸

At kiropraktoren eller fysioterapeuten er specialiseret spiller en væsentlig rolle, når forbrugerne vælger behandler: For hver femte *kiropraktorpatient* og hver fjerde *fysioterapeutpatient* spiller det således væsentlig rolle for valg af behandler, om den pågældende behandler er specialiseret i det problem eller den diagnose, der kræver behandling.¹⁰⁹

Behandlerne forsøger at imødekomme patienternes behov for specialisering: Syv ud af ti kiropraktorer og otte ud af ti fysioterapeuter har således specialiseret sig.

For kiropraktorerne synes der ikke umiddelbart sammenhæng mellem, om man har specialiseret sig og kiropraktorklinikkens størrelse eller forskel på specialiseringsgraden afhængigt af, om man har ydernummer eller ej.¹¹⁰

Der synes imidlertid at være en forskel mellem, om fysioterapeuterne leverer inden for praksissektoren eller på det frie marked. Dette kan hænge sammen med, at fysioterapeuter, der

¹⁰⁶ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt fysioterapeuter, juni 2013, Spm. 40 (kiropraktor) og Spm. 42 (fysioterapeuter) "Hvilke parametre konkurrerer klinikken på".

¹⁰⁷ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Spm.9: Hvordan oplevede du servicen i klinikken? * 23. Hvilken region bor du i? N=509.

¹⁰⁸ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013 Spm. 14a: "Undersøgte du, før du bestilte tid, om kiropraktor/fysioterapeut besad denne specialviden?", N=40. Hver sjette kiropraktorpatient og hver tredje fysioterapeutpatient, der de seneste to år har modtaget behandling, vurderer, at de har et problem, der kræver, at behandleren er specialiseret. Jf. Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013. Spm. 14: Krævede det problem, du fik behandling for, at kiropraktor/fysioterapeut var specialiseret (fx i en specifik diagnose eller i sportsskader), N (Kiropraktor)=246, N (fysioterapeut)=509.

¹⁰⁹ Forbrugerundersøgelse gennemført af MEGAFON for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, maj 2013.

¹¹⁰ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013. N=391. Fysioterapeuterne har kunnet angive tre væsentligste konkurrenceparametre.

har tiltrådt overenskomsten, er forpligtet til at kunne levere alle ydelser under overenskomsten. For de fysioterapeuter, der kun leverer ydelser til praksissektoren, har godt tre ud af fire specialiseret sig. For de fysioterapeuter, der kun leverer ydelser på det frie marked har 86 pct. specialiseret sig.¹¹¹ Der synes ikke umiddelbart at være en sammenhæng mellem, om man har specialiseret sig og klinikens størrelse målt på antal ansatte. En større andel af klinikejere end ansatte og indlejere har specialiseret sig.¹¹²

Derudover tyder analysen på, at behandlerne ved, at specialisering har betydning for patienternes valg af behandler. Derfor konkurrerer de netop på specialisering. Således angiver hver anden hhv. kiropraktor og fysioterapeut, der ejer klinik, at de konkurrerer på specialisering¹¹³

5.4 Patientsikkerheden

Patientsikkerheden henviser til "sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme." Patientsikkerhed betegner derfor sikkerhedstilstanden for patienter og patientforløb i forbindelse med kontakten til sundhedsvæsenet. Ved høj patientsikkerhed er risikoen for patientskade lav. Ved lav patientsikkerhed er risikoen for patientskade høj.¹¹⁴

At forbrugerne har tillid til, at patientsikkerheden er i orden/høj, når de får behandling hos en kiropraktor eller fysioterapeut har betydning for forbrugernes samlede oplevelser og nytte af de ydelser, de modtager på markederne.

I Danmark søges patientsikkerheden i sundhedsvæsenet bl.a. styrket gennem en række *autorisationsordninger*. Patientsikkerheden styrkes således gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende område kan være forbundet med fare eller særlig fare for patienter. En autorisation giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel. Autorisationen meddeles af Sundhedsstyrelsen til personer, der har gennemført en nærmere bestemt uddannelse.¹¹⁵ For kiropraktorer og fysioterapeuter betyder det, at det er den uddannelsesmæssige baggrund der er afgørende for om behandlere opnår autorisationen¹¹⁶. Derimod spiller det ikke en rolle for autorisationen, om behandleren har et ydernummer.¹¹⁷

Sundhedsstyrelsen kan fratage en behandler sin autorisation, såfremt udøveren må antages at være til fare for andre mennesker og autoriserede sundhedspersoner er undergivet tilsyn af Sundhedsstyrelsen efter § 215 i Sundhedsloven.¹¹⁸ Af Sundhedsstyrelsens tilsynsliste fremgår autoriserede sundhedspersoner, der for tiden er i Sundhedsstyrelsens søgelys på grund af, at de har lavet fejl i forbindelse med udførelsen af deres faglige virksomhed.

¹¹¹ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013. Spm. 7.: Leverer du behandling under et ydernummer (et kryds)? * 18. Har du specialiseret dig inden for en bestemt type behandling/diagnose (fx gennem erfaring eller efteruddannelse) (et kryds)? N=391.

¹¹² Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

¹¹³ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt fysioterapeuter, juni 2013, Spm. 40 (kiiropraktor) og spm. 42 (fysioterapeuter): "Hvilke parametre konkurrerer klinikken primært på?".

¹¹⁴ Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner, januar 2003.

¹¹⁵ Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, §§ 1 og 2.

¹¹⁶ Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, §§ 52, 53 og 59.

¹¹⁷ Konkurrencestyrelsen vurderer i Konkurrencevedtægter 2006 (side 164), at der ikke var "betænkeligheder" ved autorisationssystemet. Det er et objektivi krav til kvalifikationer, som er ens for alle.

¹¹⁸ Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, kapitel 3 samt § 26.

Ud af de omkring 780 kiropraktorer (marts 2013) med gyldig autorisation var der i august 2013 ingen kiropraktorer på listen, mens der ud af de 10.000 fysioterapeuter med gyldig autorisation (marts 2013) var én fysioterapeut at finde på denne liste.¹¹⁹

Patienterne har mulighed for at klage over sundhedsvæsenet. Klager rettet mod fx en sygehusafdeling eller klinik afgøres af "Patientombuddet", mens klager over en eller flere sundhedspersoner afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærudvalg. Ligeledes kan Sundhedsstyrelsen indbringe sager, når styrelsen finder, at der kan være grundlag for kritik af eller sanktioner.¹²⁰

Patientsikkerheden ved behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter er høj

Tallene for antallet patientklager viser, at der er få klager over både fysioterapeuter og kiropraktorer. Af de 3059 klager over sundhedspersoner, som Sundhedsvæsenets Disciplinærudvalg behandlede i 2012, vedrørte otte klager fysioterapeuter og syv klager kiropraktorer. Omtrent samme andel klager over hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter finder man i 2010 og 2011.¹²¹

Den enkelte behandler på Sundhedsstyrelsens tilsynsliste indikerer sammen med det lave antal patientklager, at patientsikkerheden for behandling hos kiropraktorer og fysioterapeuter er høj.

¹¹⁹ www.sst.dk.

¹²⁰ www.sum.dk samt lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011.

¹²¹ Patientombuddet, Statistiske oplysninger om patientklager, 2011 (tabel 4), Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Statistiske oplysninger 2010, tabel 4.

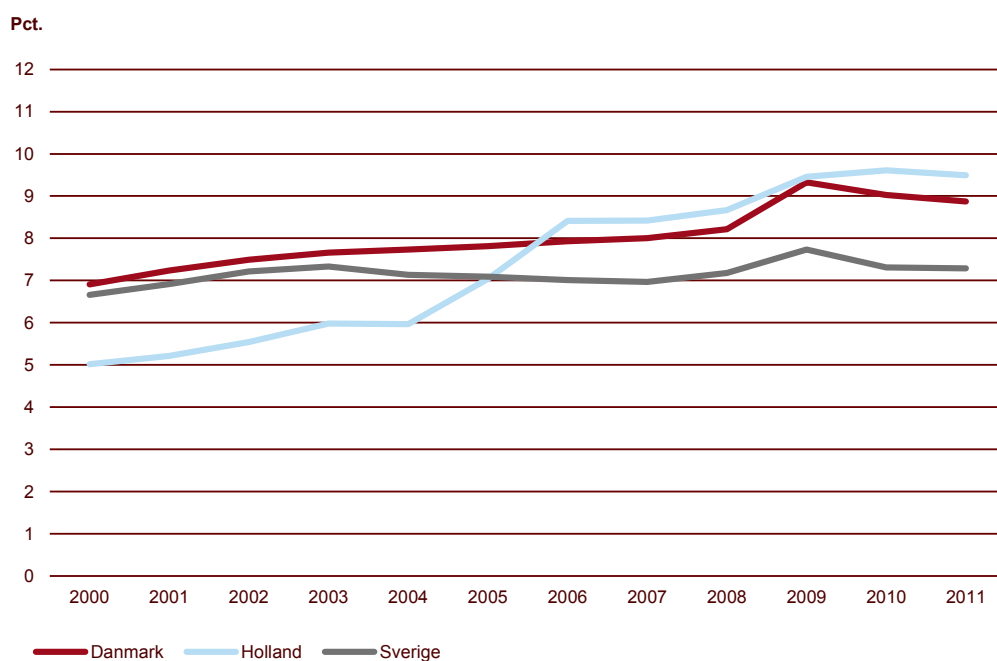
Bilag 1

Internationale erfaringer – Nederlandene og Sverige

6.1 Indledning

I både Nederlandene, Sverige og Danmark udgør de samlede udgifter til sundhed en relativt stor andel af BNP – i 2011 mellem 7,3 og 9,5 pct. jf. Figur 6.1.

Figur 6.1 Sundhedsudgifternes andel af BNP i Danmark, Nederlandene og Sverige (2000-2011)



Kilde: OECD.

I alle tre lande er sundhedsudgifternes andel af BNP steget i perioden 2000-2011. Dette gælder især i Nederlandene, der i perioden har oplevet en stigning fra 5 pct. i 2000 til ca. 9,5 pct. i 2011, jf. Figur 6.1.

6.2 Sverige

Det svenske sundhedsvæsen er – som det danske – skattefinansieret. Dog er knap 20 pct. brugerfinansieret.¹²² I primærsektoren, hvor kiropraktorer og fysioterapeuter hører til, ligger brugerbetalingen på mellem SEK 100-200 per besøg.¹²³

Sundheds- og Socialministeriet fastsætter de overordnede mål for og regulering af sundhedsvæsenet. Forsyningspligten, finansieringen samt myndighedsansvaret ligger (primært) hos län (amterne). Der er en høj grad af selvstyre på decentralt niveau, hvorfor der er forskel på indretningen og betalingsmekanismerne hos de 21 forskellige regionale myndigheder. Betalingen til udbydere i primærsektoren består af et fast tilskud per person/patient, et aktivitetsbaseret mål samt et effektmål (performance). Fordelingen mellem de tre betalingselementer til udbydere varierer fra amt til amt.¹²⁴ Der fastsættes derfor ikke "takster" nationalt, men på regionalt niveau.¹²⁵ Ligeledes har de svenske regioner mulighed for at sætte en grænse for antallet af betalte besøg hos fysioterapeuten. I Stockholm er det fx 5 behandlinger.¹²⁶ Der er ingen nationalt fastsat grænser for antal behandlinger.¹²⁷

Andelen af private udbydere i primærsektoren varierer fra amt til amt. Nogle steder ligger det på ca. 60 pct., andre steder er der alene et fåtal. På landsplan er en tredjedel af behandlerne i primærsektoren private. En tredjedel af disse udbydere er ejet af tre store nationale sundhedssamarbejder (to venturekapitalselskaber og ét ejet af behandlerne selv).¹²⁸ Det gælder således ikke de samme restriktioner på ejerskab af klinikkerne, som man finder i Danmark.¹²⁹

Primærsektoren har i perioden 2007-2010 været genstand for en reformbølge. Formålet har været at forbedre forbrugernes tilgængelighed og valgmuligheder samt skabe mangfoldighed og konkurrence inden for primærsektorens regulerede udbud.¹³⁰ Alle borgerne har således siden 1. januar 2010 haft frit valg af akkrediterede behandlere i primærsektoren. I de fleste amter er der ingen formel gate-keeper mellem patient og behandler (tidligere var dette alene indført i visse län).¹³¹

Frit-valgs- og privatiseringsreformen betød også *fri etableringsret* for akkrediterede private udbydere i hele Sverige per 1. januar 2010.¹³² Sundhedspersoner kan derfor frit etablere en privat praksis. Amtsrådenes regulering/styring er begrænset til at kontrollere de offentlige udgifter til den privatpraktiserende sundhedsperson. Amtsrådene regulerer, hvilke nyetablerede klinikker der har *ret til offentlig støtte* gennem en række akkrediteringsbestemmelser. Hvis man opfylder akkrediteringsbetingelserne, har man som leverandør ret til offentligt tilskud. Betingelserne for akkrediteringen varierer fra amtsråd til amtsråd, men har primært fokus på at opfylde et minimumsniveau af kliniske kompetencer. En privatpraktiserende

¹²² I DK er brugerbetalingen ca. 15 pct. jf. Det Økonomiske Råd, 2009, side 262.

¹²³ European Observatory, Sweden Health System Review, 2012, p. xvii,

¹²⁴ European Observatory, Sweden Health System Review, 2012, pp. 39, 66, 67, 87.

¹²⁵ Oplyst af Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2013.

¹²⁶ Oplyst af Konkurrensverket, Sverige.

¹²⁷ Oplyst af Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2013.

¹²⁸ European Observatory, Sweden Health System Review, 2012, pp. 39, 66, 67, 87.

¹²⁹ Oplyst af Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2013.

¹³⁰ Rehnberg C et al. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter [Evaluation of choice and privatization of primary care in Stockholm. Experiences from the first two years]. Stockholm, Karolinska Institutet (Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12).

¹³¹ European Observatory, Sweden Health System Review, 2012, pp. 39, 66, 67, 87.

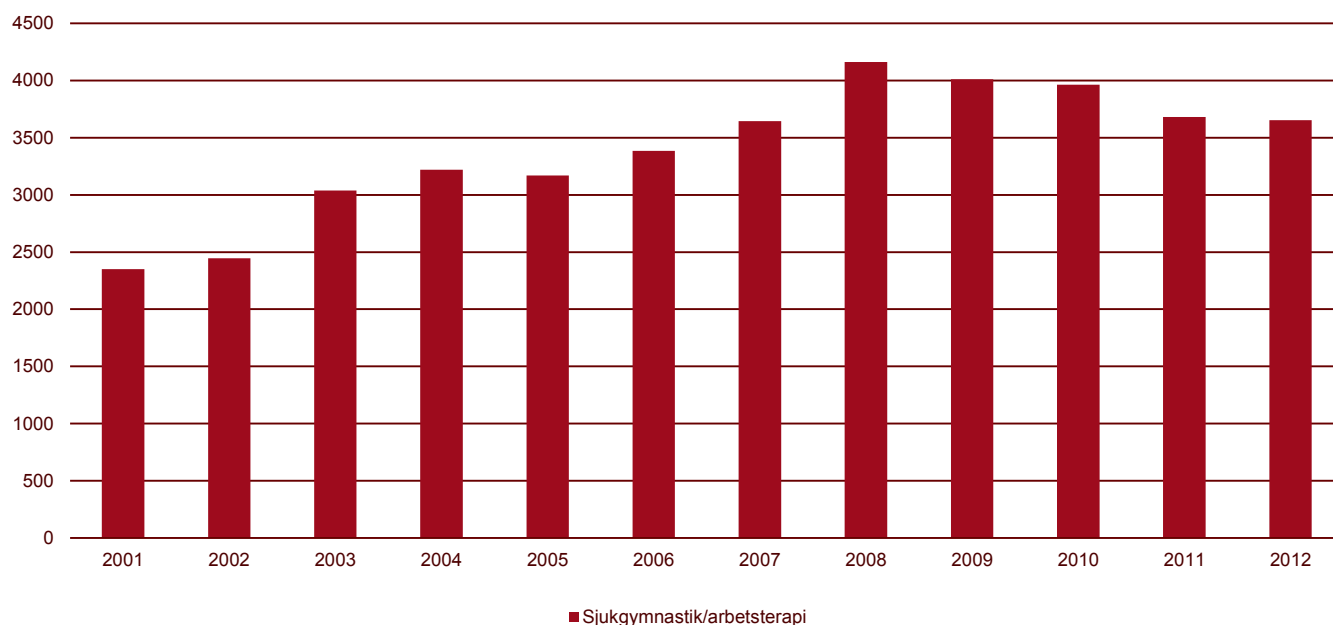
¹³² Reformens tanker blev indført i Halland pr. 1. januar 2007, og i Västmanland og Stockholm pr. 1. januar 2008, jf. Anell A (2011). Choice and privatisation in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law, 6:549–569.

sundhedsperson skal have en aftale med et amtsråd for, at den pågældendes patienter kan få refunderet en del af prisen.¹³³

På det overordnede plan tyder tal for de samlede offentlige udgifter til fysioterapi for perioden 2001-2012 på, at der ikke med reformen i 2010 (herunder den fri etableringsret) samtidig er sket en stigning i de offentlige udgifter til området, jf. figur 6.2. De offentlige udgifter til fysioterapi i Sverige toppede i 2008, hvorefter de har udvist en faldende tendens.

Figur 6.2 Offentlige udgifter til fysioterapi i Sverige (løbende udgifter)

Udgifter i mio. svenske kr.



Kilde: Sveriges Kommuner och Landsting: http://www.sk.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik_ekonomi/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling, Tabell E 38 Netto kostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2012 (mnkr)

Baseret på erfaringer fra fem af de 21 regioner i Sverige tyder det på, at reformen i 2010 har medført forbedringer i adgangen til udbydere i primærsektoren. Dog er der visse steder en oplevelse af dårligere adgang. Reformen synes også at have påvirket markedsstrukturen. De første år efter reformens indførelse kom der i alle de fem undersøgte regioner nye udbydere på markedet og en stor del af forbrugerne valgte (aktivt) en ny leverandør. Efter det første år tyder det på, at markedsstrukturen blev mere stabil.¹³⁴

I Stockholm blev reformen indført i 2008. En evaluering af reformens effekter de første to år på familielægeområdet, viser, at udviklingen i de offentlige udgifter siden reformens indførel-

¹³³ European Observatory, Sweden Health System Review, 2012, pp. 39, 66, 67, 106.

¹³⁴ Anell A (2011). Choice and privatisation in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law, 6:549-569.

se har været under kontrol. Tilgængeligheden og anvendelsen af familielæger er steget samtidig med en stigning i produktiviteten på 10 pct. det første år efter reformen og mindre end tre pct. året efter. Den højere produktivitet er ikke ledsaget af en oplevelse af lavere kvalitet hos patienterne. Når der er korrigeret for befolkningstilvæksten, viser evalueringen et mindre fald i omkostningerne per indbygger i faste priser.¹³⁵

På fysioterapiområdet har det svenske fysioterapeutforbund givet udtryk for, at deres indtryk er, at antallet af besøg hos fysioterapeuter er faldet og at serviceområdet er blevet mindre efter reformen i 2010. Samtidig giver forbundet udtryk for, at fysioterapeuterne er negativt indstillet over for systemets nuværende indretning.¹³⁶

Opsummerende tyder de svenske erfaringer på, at dels at den frie etableringsret ikke har været fulgt af en stigning i de offentlige udgifter til fysioterapi, dels at der er kommet nye udbydere på markedet/i sektoren.

6.3 Nederlandene

Reform af det nederlandske sundhedsvæsen i 2006

I 2006 gennemførte/påbegyndte man i Nederlandene en sundhedsreform. Formålet var at reducere omkostningerne og øge kvaliteten af sundhedsydelser gennem øget konkurrence på markedet for sundhedsforsikringer og sundhedsudbydere. Derudover skulle reformen give befolkningen incitament til at tage ansvar for egen sundhed, og forsikringsselskaberne skulle varetage deres kunders sundhedsmæssige behov gennem kvalitetssikring samt mindskelse af sundhedsomkostninger gennem forhandlinger.

Indførslen af reformen ændrede sundhedssystemet fra at være udbuds- til efterspørgselsstyret, hvor forbrugerne nu spiller en central rolle. Ændringen i systemet øgede konkurrencen mellem forsikringsselskaberne og mellem de sundhedsprofessionelle, da befolkningen har mulighed for at vælge imellem forsikringsudbydere årligt, og forsikringsselskaber ligeledes vælger de praksisser, de ønsker kontrakt med.¹³⁷

Reformen indebar, at det blev obligatorisk for alle borgere at tegne en nøje reguleret, basis-sundhedsforsikring af 1 års varighed. At kontrakterne kun løber 1 år giver forbrugerne mulighed for at skifte. I 2006 skiftede 18 pct. forsikringsselskab. De efterfølgende år faldt denne andel til 3,9 pct. i 2010 og 5,5 pct. 2011.¹³⁸

Det er ikke tilladt for forsikringsselskaberne at diskriminere imellem kunder, og de er således forpligtet til at sælge basisforsikringen til de kunder, der ønsker dette.¹³⁹

Finansierings- og forsikringsprincippet i sundhedsvæsenet

Det nederlandske sundhedsvæsen er forsikringsbaseret, og det har siden en reform i 2006 været lovpligtigt for alle borgere at tegne en privat sundhedsforsikring. Almindelig fysiotera-

¹³⁵ ¹³⁵ Rehnberg C et al. (2010). Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter [Evaluation of choice and privatization of primary care in Stockholm. Experiences from the first two years]. Stockholm, Karolinska Institutet (Karolinska institutets folkhälsoakademi rapport 2010:12).

¹³⁶ Oplyst af Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, 2013.

¹³⁷ DSI, Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet, 2008, s. 84.

¹³⁸ Marse, Hans, Dutch Health Reform at a Crossroad, 2011.

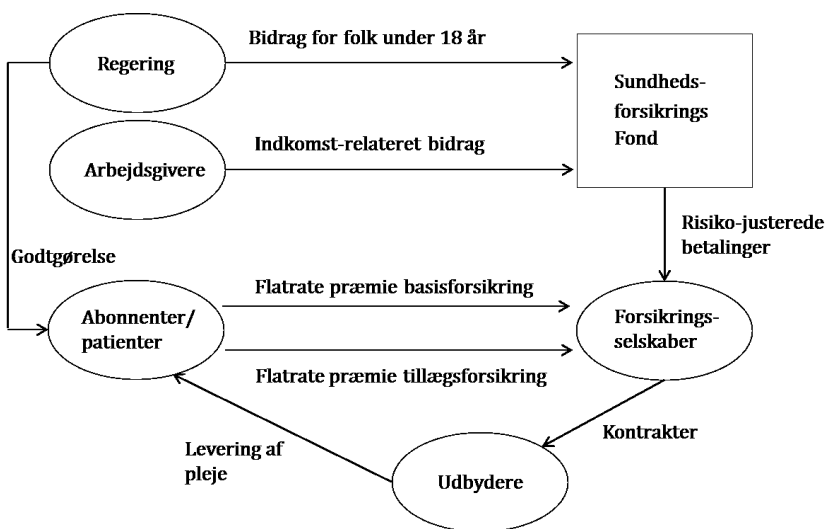
¹³⁹ P.V. Rosenau & C. J. Lako, An Experiment with Regulated Competition and individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System, 2008.

pi-/kiropraktor-behandlinger dækkes dog gennem en valgfri tillægsforsikring. Sådan var det også før 2006.¹⁴⁰ I 2011 havde 89 pct. af alle Nederlændere en sådan tillægsforsikring.¹⁴¹

Sundhedsforsikringerne er delvist finansieret via obligatoriske, skattefinansierede forsikringer og delvist via privattegnede sundhedsforsikringer. Forsikringsordningen finansieres af arbejdsgiver, staten, og borger, der betaler henholdsvis 50 pct., 5 pct. og 45 pct.¹⁴² De forsikringspræmier, som borgerne betaler, lå i 2011 på mellem 1068 til 1272 euro årligt.¹⁴³ Lavindkomstgrupperne får kompensation til at betale forsikringspræmierne. Hertil kommer, at brugerbetalingen ligger på omkring 9 pct. af de samlede sundhedsudgifter.¹⁴⁴

Figur 6.3 opsummerer strukturen i det nederlandske sundhedssystem efter 2006.

Figur 6.3 **Strukturen i det Nederlandske sundhedssystem efter 2006**



Kilde: Maarse, Hans, *Dutch Health Care Reform at a Crossroad*, 2011.

Antallet af forsikringsselskaber, der er godkendt til at levere sundhedsforsikringer, er faldet fra 57 i 2006 til 29 forsikringsselskaber i 2011, mens forsikringsselskabernes samlede præmie er steget 38 pct. i perioden.¹⁴⁵ Udviklingen kan dog ikke alene tilskrives reformen i 2006.

¹⁴⁰ Daley, Claire and James Gubb, *Healthcare Systems: The Netherlands*, Civitas, 2013.

¹⁴¹ Marse, Hans, *Dutch Health Reform at a Crossroad*, 2011.

¹⁴² International profiles of health care systems, The Commonwealth fund, 2010, p 37.

¹⁴³ Marse, Hans, *Dutch Health Reform at a Crossroad*, 2011.

¹⁴⁴ CBS StatLine accessed August 16th 2010 <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=37-43&D2=a&HDR=G1&STB=T&VW=T>.

¹⁴⁵ Marse, Hans, *Dutch Health Reform at a Crossroad*, 2011.

Reformen og kiropraktorer/fysioterapeuter

Både kiropraktorer og fysioterapeuter kan frit etablere sig, Det er dog reelt umuligt at åbne en ny praksis uden en kontrakt med et af de store forsikringsselskaber, da borgerne kun da kan få refunderet sine udgifter til behandling.

Forsikringsselskaberne indgår alene kontakter med uddannede fysioterapeuter. Som konsekvens heraf ligger det derfor implicit i systemet, at det alene er fysioterapeuter kan eje klinikker. Personer, der ikke er uddannet fysioterapeuter, kan dog styre/lede klinikkerne, Dette er der eksempler på i Nederlandene.¹⁴⁶

Kiropraktorer og fysioterapeuter kan selv fastsætte prisen inden for de maksimaltakster, som Sundhedsministeriet har fastsat efter forhandling med områdets interessenter. Inden for maksimaltaksterne kan forsikringsselskaberne forhandle med udbyderne om lavere pris for ydelserne

Borgernes brug og adgang til sundhedsydelser, herunder fysioterapi og kiropraktik

I det forsikringsbaserede system kan borgerne frit købe sundhedsydelser direkte hos behandlerne (uden lægehenvi- sning). Borgernes udgifter til sundhedsydelserne refunderes af borgerens sundhedsforsikring, såfremt behandleren har en kontrakt med borgerens forsikringsselskab. Hovedreglen er, at behandling ikke kræver forudgående godkendelse fra forsikringsselskabet. Dog kræver visse selskaber forudgående godkendelse før bestemte typer af behandling igangsættes. Om og hvilken grænse, der er for antal behandlinger, patienten kan modtage, afhænger af, hvilken type forsikring patienten har valgt.¹⁴⁷

Konkret betød reformen endvidere fri adgang til fysioterapi (uden lægehenvi- sning). En evaluering fra 2011 viste, at andelen af patienter, som benyttede sig af direkte adgang, steg fra 2006 (29 pct.) til 2009 (39 pct.). Andelen af patienter, der blev henvist gennem lægen er faldet fra 67 per 1000 i 2005 til 42 per 1000 i 2009 (og dermed en besparelse på henvisninger). Desuden viser evalueringen, at patienter med direkte adgang havde en kortere behandlingsforløb end andre. Hertil kommer, at fysioterapeuterne har positive erfaringer med den direkte adgang.¹⁴⁸

Generelt er patienttilfredsheden med fysioterapibehandling (fortsat) høj.¹⁴⁹

Udviklingen i sundhedsudgifter

Generelt er sundhedsudgifterne i Nederlandene steget med 19,4 pct. fra 2006-2009 overfor 16 pct. fra 2002-2005. Og sundhedsudgifternes andel af BNP er steget fra 6,8 pct. i 2002 til 9,5 pct. i 2009 (en større stigning i 2006 skyldtes, at de private sundhedsforsikringer blev inkluderet i basisforsikringsordningen).

Figur 6.4 viser udviklingen i de samlede udgifter (både offentlige og private) til bl.a. paramedicinske praksisser i Nederlandene, som bl.a. inkluderer fysioterapi. Som figuren viser, er udgifterne steget stødt fra 2005-2010.

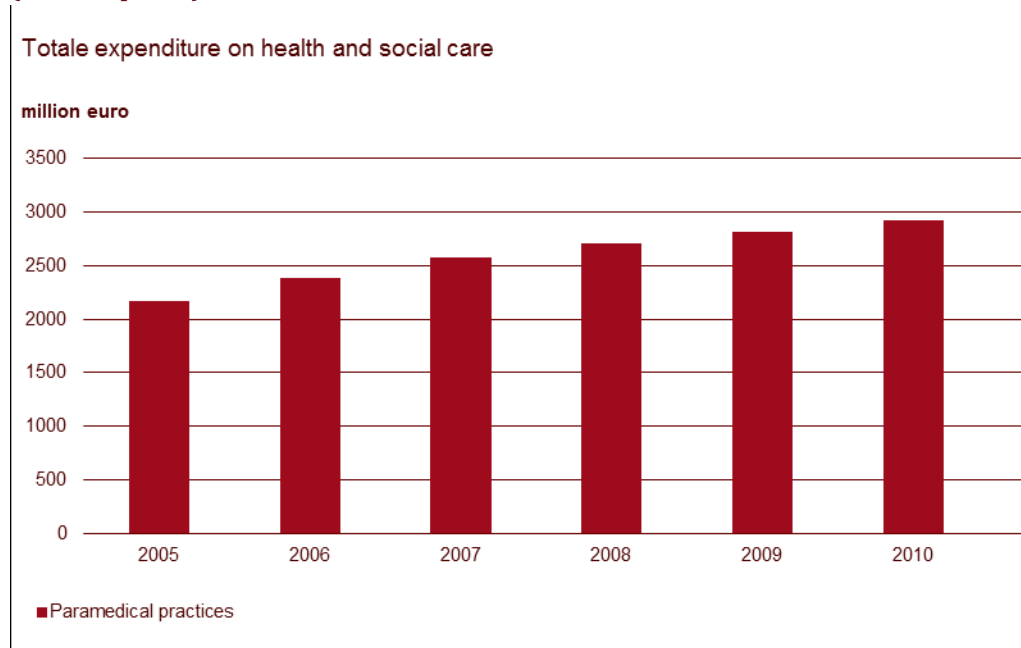
¹⁴⁶ Oplyst af Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF), 2013.

¹⁴⁷ Oplyst af Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF), 2013.

¹⁴⁸ Swinkels, I., Kooijman, M., Dijk, C. van, Verheij, R., Bossen, D., Leemrijse, C., Veenhof, C., Four years of self-referral to physiotherapy in the Netherlands. *Physiotherapy*, 97 (2011) suppl. 1, p. s1197-s1198. Abstract. World Physical Therapy Congress, 22 juni 2011, Amsterdam.

¹⁴⁹ Oplyst af Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF), 2013.

Figur 6.4 Samlede udgifter til paramedicinske praksisser i Nederlandene 2005-2012 (løbende priser)



Anm.: Den totale finansiering af sundhedsydelse (både privat og offentlig)

Anm.: Siden 2006 omfatter disse betalinger kun omkostninger dækket af tillægssikringer, men ikke obligatoriske basisforsikringer. Før 2006 var private forsikringer basisforsikringer for borgere med en indkomst over sundhedsfondens threshold. Paramedicinske praksisser dækker over: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, tandpleje, diætister, podiatrist, jordmødre og alternative healere.

Kilde:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=81894ENG&D1=0&D2=1,12&D3=a&D4=a&LA=EN&HDR=T,G2&STB=G1,G3&VW=T>

Konkret viser en opgørelse af udgifter til fysioterapi fra *basisforsikringerne*, at disse er steget med 13 pct. i gennemsnit [årligt] i perioden 2006-2010. Basisforsikringen dækker 18 behandlinger til børn under 18 år, behandlinger til børn med kroniske lidelser samt voksnes behandlinger, hvis de modtager mere end ni behandlinger. Stigningen i udgifter skyldes primært en stigning i antallet af patienter, og ikke en stigning i priserne. Den gennemsnitlige udgift per [indbygger] var så godt som uændret i perioden 2007-2009.¹⁵⁰ På baggrund af ovenstående er det ikke muligt at isolere udviklingen i udgifterne til kiropraktik eller fysioterapi. Dog er de generelle sundhedsudgifter og udgifterne til paramedicinere steget, sandsynligvis med en højere vækstrate end før 2006. Siden 2006 har udviklingen betydet færre forsikringsselskaber det er muligt at tegne sundhedsforsikring hos, ligesom forsikringspræmierne er steget. På fysioterapi-området viser en evaluering fra 2011, at der generelt har været gode erfaringer hermed i form af øget brug af adgangen samt kortere behandlingsforløb for patienter der har anvendt den direkte adgang.

¹⁵⁰ <http://www.vektis.nl/index.php/nieuws/algemeen-nieuws/252-kostenontwikkeling-fysiotherapie-6-mei-2011>.

Bilag 2

Metode: Undersøgelser gennemført til analysen

Analysen er baseret på:

- » Møder og interviews dels med interessenter, dels med praktiserende behandlere i april og maj 2013.
- » En kvantitativ undersøgelse blandt forbrugerne gennemført for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen af MEGAFON i maj 2013.
- » En kvantitativ undersøgelse blandt fysioterapeuter og kiropraktorer gennemført af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen i juni 2013.
- » Eksisterende data og desk research, herunder data fra Danske Regioner.

7.1 Møder og interviews med interessenter og praktiserende behandlere

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen gennemførte som del af analysens opstart i april og maj 2013 møder og interviews med hhv. interessenter og en række privatpraktiserende behandlere.

Der er afholdt møder med følgende interessenter: Danske Regioner, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Fysioterapeuter og Dansk Kiropraktor Forening

Interviewene med de privatpraktiserende behandlere er gennemført efter semistrukturerede interviewguides struktureret efter på samme måde som de anvendte spørgeskemaer, jf. nedenfor

Formålet var dels at orientere om analysens opstart og formål, dels at få et bedre indblik i de to markeder. De indledende møder skulle således bidrage til at kvalificere analysedesignet samt de spørgeskemaer der skulle udsendes til behandlerne i forbindelse med analysen.

7.2 Kvantitativ undersøgelse blandt forbrugerne

I perioden 30. april til 7. maj 2013 har MEGAFON gennemført en elektronisk spørgeskemaundersøgelse for Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

I undersøgelsen har 750 forbrugere svaret på spørgsmål om deres brug af, valg af og erfaringer med kiropraktorer og fysioterapeuter. Undersøgelsen er baseret på en bruttostikprøve på 3850 personer og 1953 gennemførte interviews.

Datamaterialet er vægtet efter køn, alder og område i forhold til den aktuelle fordeling af Danmarks befolkning for at gøre det så repræsentativt så muligt i forhold til den samlede population.

Det bemærkes, at der for de vederlagsfrie patienter kan være udfordringer, som fordrer en særlig tilgang til spørgeskemaundersøgelser. Se evt. Enheden for Brugerundersøgelser's spørgeskemaundersøgelse af "Patienters vurdering af vederlagsfri fysioterapi" fra august 2011 gennemført på vegne af Danske Fysioterapeuter for yderligere herom.

Spørgeskemaet og svarfordelingen findes i et selvstændigt Appendiks 2 til analysen.

7.3 Kvantitativ undersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter

I juni 2013 gennemførte Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter.

For bl.a. at styrke undersøgelsens validitet er spørgeskemaerne til brug for undersøgelsen udarbejdet efter dialog med bl.a. Danske Fysioterapeuter og Dansk Kiropraktor Forening og pilottestet hos en række privatpraktiserende behandlere.

I undersøgelsen har 107 kiropraktorer og 394 fysioterapeuter svaret på spørgsmål om deres virke som behandlere, herunder om klinikken, hvor de arbejder, om de rammer og regler de virker under, om ventetid og priser, om muligheden for specialisering samt om muligheder for at tilrettelægge behandlingerne effektivt. Besvarelsene er i analysen behandlet anonymt.

Da der ikke findes en samlet oversigt over navne og adresser på alle privatpraktiserende hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter, ligesom der ikke findes en oversigt over populationens karakteristika (fx om man behandler inden for og uden for ydernummer) har det ikke været muligt at udsende skemaerne til et repræsentativt udsnit af behandlerne. I stedet har der været anvendt nedenstående fremgangsmåde:

Skemaet til kiropraktorerne er udsendt som et åbent link af Dansk Kiropraktor Forening på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Med et åbent link kan interesserede behandlere besvare undersøgelsen ved at klikke på det fremsendte link. Der er gennemført en rykkerrunde hos kiropraktorerne.

Skemaet til fysioterapeuterne er dels udsendt direkte til de fysioterapeuter, som i maj 2013 fremgik af sundhed.dk samt CVR-registeret, dels udsendt som et åbent link af Danske Fysioterapeuter på vegne af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

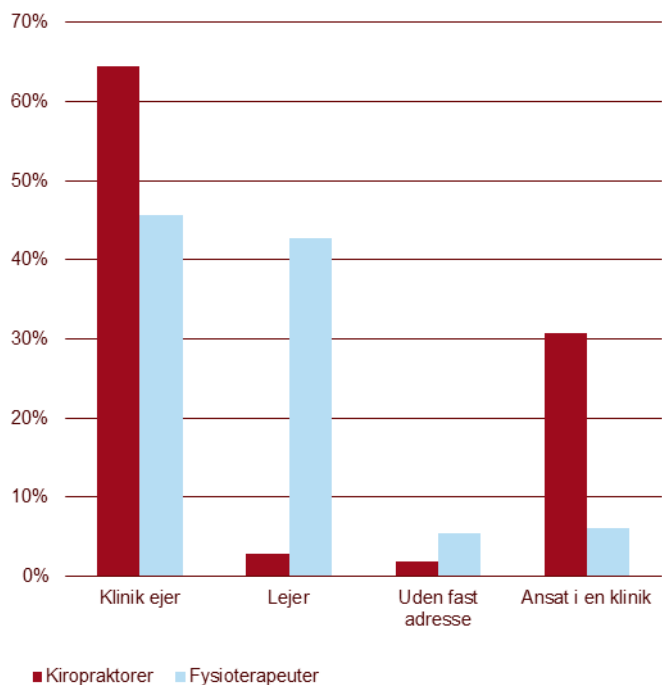
Denne fremgangsmåde for distributionen af skemaet betyder dels at det undersøgelsens faldsprocent ikke er tilgængelig, dels at undersøgelsens resultater ikke nødvendigvis er repræsentative for alle privatpraktiserende behandlere. Dog har styrelsen tilsigtet at indsamle oplysninger fra det størst mulige antal hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter ved at distribuere spørgeskemaet igennem Dansk Kiropraktor Forening og Danske Fysioterapeuter.

Det betyder, at undersøgelsens resultater gælder for de, der har besvaret undersøgelsen, men ikke kan generaliseres til alle privatpraktiserende hhv. kiropraktorer og fysioterapeuter.

Det kan oplyses, at der i undersøgelsen er indhentet stillet spørgsmål om, under hvilken form behandleren praktiserer samt, hvor mange år siden det er, at behandleren blev færdiguddannet/autoriseret af Sundhedsstyrelsen. Figur 7.1 viser fordelingen på de pågældende spørgsmål. For kiropraktorer er undersøgelsen primært besvaret af klinikejere (ca. 65 pct.) og ansatte i klinikker (ca. 30 pct.), mens de fysioterapeuter, der har svaret fordeler sig relativt ligeligt sig mellem hhv. klinikejere og lejere, jf. figur 7.1.(a).

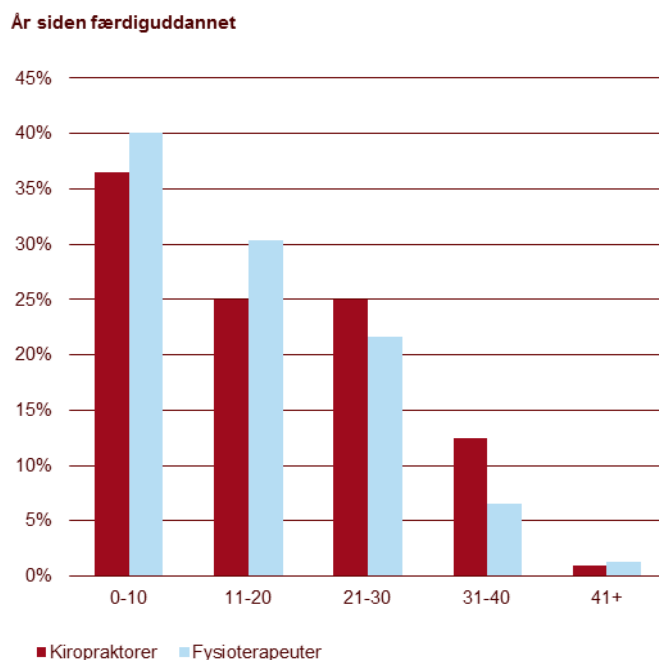
Figur 7.1 Respondenternes praksisform og erfaring

(a) Under hvilken for praktiserer du?



Anm.: Spm. 2. Under hvilken form praktiserer du kiropraktik/fysioterapi? N: Kiropraktorer= 104, Fysioterapeuter =381.

(b) Hvilket år blev du færdiguddannet/autoriseret af Sundhedsstyrelsen



Anm.: Spm. 1. Hvilket år blev du færdiguddannet kiropraktor/hvilket år blev du autoriseret som behandler [fysioterapeut] af Sundhedsstyrelsen, N:Kiropraktorer 104, Fysioterapeuter=379

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens spørgeskemaundersøgelse blandt kiropraktorer og fysioterapeuter, juni 2013.

For både kiropraktorer og fysioterapeuter er der flest af dem der har svaret, der er færdiguddannede inden for de seneste 10 år (37 pct. for kiropraktorer og 40 pct. for fysioterapeuter.)

Fordelingen kan have haft betydning for respondenternes besvarelse af spørgsmålene. Det skal dog understreges, at det ikke er muligt at vurdere, om fordelingen er repræsentativ for populationen eller ej.

Spørgeskemaer og svarfordelingen findes i et selvstændigt Appendiks 2 til analysen.