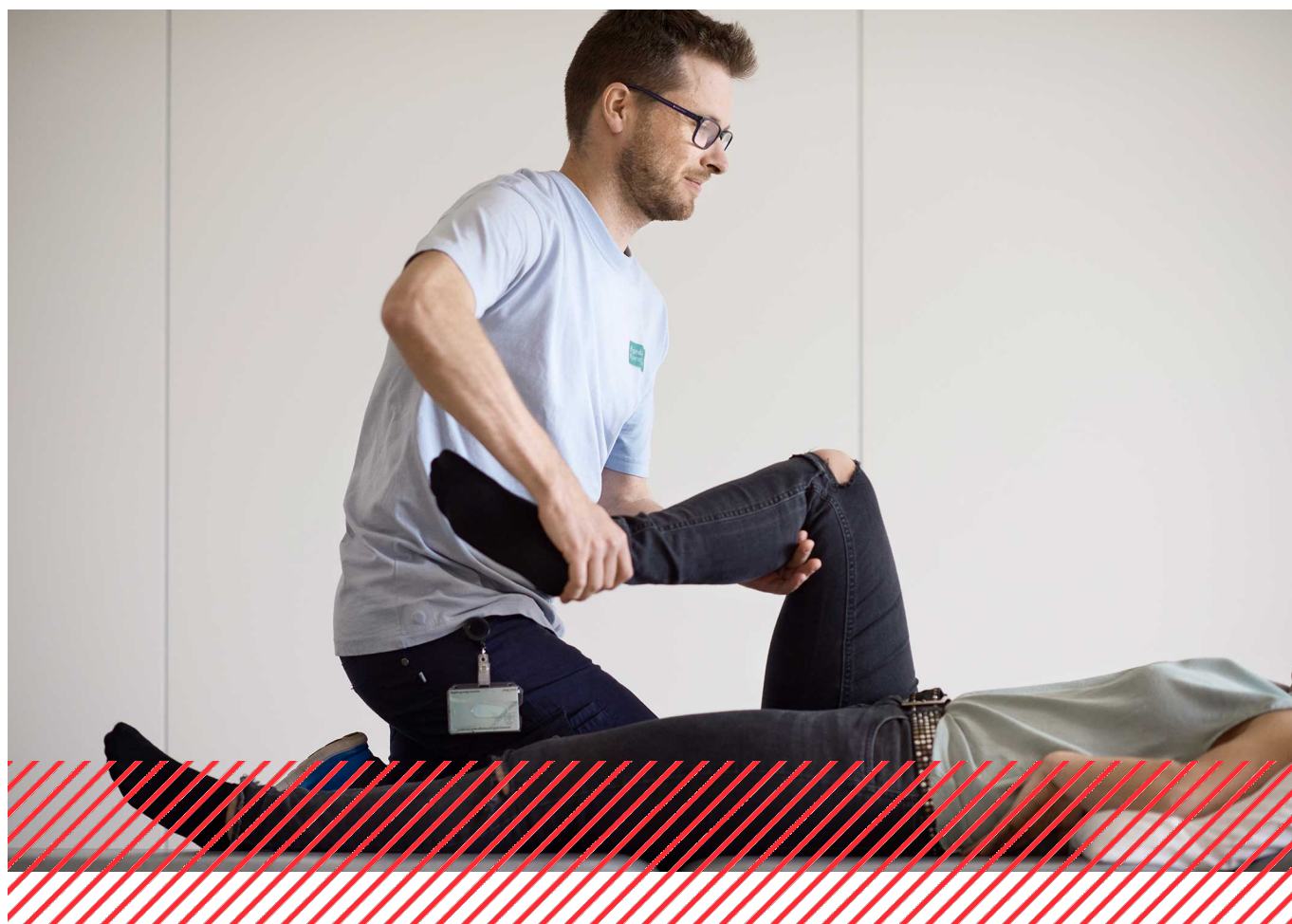


Fysioterapi i Danmark

Analyse af praksissektoren



Betina Højgaard & Jakob Kjellberg

Fysioterapi i Danmark – Analyse af praksissektoren

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-747-1

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301470

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

På opdrag fra Danske Fysioterapeuter har VIVE foretaget en beskrivelse og analyse af fysioterapipraksissektoren, som præsenteres i denne rapport. I rapporten beskrives:

1. Styringen, organiseringen og finansieringen af fysioterapi i praksissektoren
2. Udvalgte nøgletal for fysioterapipraksissektoren
3. Fordele og ulemper ved den nuværende styring, organisering og finansiering af fysioterapi i praksissektoren.

Det er VIVEs forhåbning, at denne rapport kan være med til at skabe et bedre vidensgrundlag for den videre debat om fysioterapi i praksissektoren i foreningen Danske Fysioterapeuter og hos deres medlemmer. Rapporten kan endvidere læses af beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen og øvrige med interesse for styringen, organisering og finansieringen af fysioterapipraksissektoren.

Rapporten er blevet til ved hjælp fra en lang række personer, som VIVE ønsker at takke. Det drejer sig først og fremmest om de fysioterapeuter, der har deltaget i interviewene og spørgeskemaundersøgelsen samt været med til at pilotteste spørgeskemaet. Ligeså ønsker VIVE at takke de medarbejdere i regionerne, som har bidraget med levering af data til analysen samt beredvilligt har stillet op til interview og besvarelse af afklarende spørgsmål.

Den endelige version af rapporten er kvalitetssikret via ekstern review ved to fagpersoner med særlig ekspertise på området. Vi vil gerne takke de to eksterne reviewere for gode og konstruktive kommentarer til rapporten.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2020

Indhold

Sammenfatning	5
1 Introduktion	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Rapportens formål og metode	10
1.3 Læsevejledning: rapportens struktur	12
2 Styring, organisering og finansiering af fysioterapi i praksissektoren	13
2.1 Fysioterapipraksissektorens placering i sundhedsvæsenet	13
2.2 Den fysioterapeutiske behandling i praksissektoren	15
2.3 Klinikforhold og -organisering	20
2.4 Regulering og finansieringen af fysioterapipraksis	22
2.5 Forsikringsselskaberne	30
2.6 Opsamling	31
3 Udvalgte nøgletal	32
3.1 Fysioterapeuter i praksissektoren	32
3.2 Nøgletal for klinikkerne	37
3.3 Økonomi	45
3.4 Arbejdsforhold i fysioterapipraksissektoren	55
3.5 Ønsket om at arbejde under overenskomsten eller ej	60
3.6 Antal patienter og karakteristika	62
3.7 Den demografiske udvikling	64
3.8 Opsummering	65
4 Fordele og ulemper ved den nuværende organisering og styring af praksissektoren	67
4.1 Styringen på makroniveau fungerer, hvis budgetsikkerhed er hovedformålet	67
4.2 Savner instrumenter til måling af kvalitet	69
4.3 Manglende klar definition af en kapacitet	71
4.4 Oplevet uretfærdighed i det nuværende system	73
4.5 Voksende arbejdsstyrke presser forholdene i praksissektoren	74
4.6 Praksissektoren i udvikling	76
4.7 Samarbejdet med andre aktører	78
4.8 Patientperspektivet	80
4.9 Opsummering	81
5 Konklusion	85
Litteratur	86
Bilag 1 Analysens metode for interview og spørgeskema	89

Sammenfatning

Baggrund og formål

Danske Fysioterapeuter har bedt VIVE om at indhente udvalgte nøgletal om fysioterapipraksissektoren og at udarbejde en samlet beskrivelse af fysioterapipraksissektoren i Danmark. Samtidig har de ønsket en analyse af udfordringerne i praksissektoren relateret til syv tema-tikker, som deres medlemmer i en medlemsundersøgelse har udpeget som særligt væsentlige.

Analysen viser

Fysioterapipraksissektoren er på mange måder kompleks styrings-, organiserings- og finansie-ringsmæssigt. Praksissektoren tilbyder således behandling under mange forskellige ordninger (sygesikringsydelser, ordninger for kommunen reguleret henholdsvis under sundheds- og ser-viceloven samt privat ydelsestilbud) og med mange forskellige finansieringskilder. Styringen, organiseringen og finansieringen af praksissektoren er imidlertid i vid udstrækning rammesat af overenskomsterne om almindelig fysioterapi mellem Danske Fysioterapeuter og Regioner-nes Lønnings- og Takstnævn på vegne af regionerne.

Vigtige pointer fra analysen af udvalgte nøgletal for praksissektoren er, at:

- Antallet af fysioterapeuter tilknyttet praksisoverenskomsten er steget med 55 pct. i perioden 2007 til 2019. Stigningen afspejler den generelle stigning, der har været i antallet af fysio-te-rapeuter. Det samlede antal fysioterapeuter steg med ca. 44 pct. i perioden 2007 til 2016.
- Der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren og især blandt klinikejere i forhold til den samlede kønsfordeling blandt fysioterapeuter.
- Fysioterapeutarbejdsstyrken, herunder fysioterapeuter i praksissektoren, er ung. Gennem-snitsalderen er ca. 41 år for fysioterapeuter i praksissektoren.
- Fra 2007 til 2019 er antal ejere under overenskomsten reduceret med lidt over 100, mens antal ansatte er steget med over 1.000.
- Antallet af klinikker inden for overenskomsten er 498 klinikker, som til sammen har 1.735 ydernumre med en samlet kapacitet på 1.285. Antallet af klinikker tilknyttet overenskomsten er reduceret med 37 pct. i perioden 2007 til 2019, mens kapaciteten har været konstant.
- Fysioterapeuter inden for overenskomsten arbejder også uden for overenskomsten. 83 pct. af klinikerne med ydernummer leverer både behandling med og uden ydernummer, mens det samme gælder 58 pct. af indlejerne med ydernummer.
- Ventetiden for behandling inden for overenskomsten er længere end uden for overens-komsten.
- I 2018 blev der udbetalt 1,5 mia. kr. i honorarer til de praktiserende fysioterapeuter for levering af ydelser i forbindelse med specialerne almindelig fysioterapi (speciale 51), ve-derlagsfri fysioterapi (speciale 62) og ridefysioterapi (speciale 65). Vederlagsfri fysioterapi er opgjort i udgifter det langt største speciale, mens almindelig fysioterapi er langt det stør-ste opgjort i antal patienter. Grunden til denne forskel er, at regionerne kun betaler ca. 39,3 pct. af udgifterne til den almindelige fysioterapi, mens kommunerne betaler 100 pct. af ud-gifterne til den vederlagsfrie fysioterapi.
- Udgifterne til almindelig fysioterapi (speciale 51) og vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) er i perioden 2008 til 2018 steget fra 1 mia. kr. til 1,4 mia. kr. (2018-priser). Væksten i udgifterne har primært været drevet af, at der er sket en stigning i udgifter til vederlagsfrie fysioterapi.

- Prisen på et ydernummer er over tid steget.
- Antallet af fysioterapikontakter er stigende med alderen.

Analysen af fordele og ulemper i den nuværende organisering og styring af praksissektoren kan opsummeres til følgende:

Styringen af fysioterapipraksissektoren og herunder ydernummersystemet fungerer på makroniveau i forhold til at sikre offentlig udgiftsstyring og sikre de sundhedspolitiske mål om let og lige adgang til sundhedsvæsenet (dvs. sikre geografisk dækning) og valgfrihed. Regionernes kontrol af udgiftsmønsteret på kliniskniveau synes derimod ikke at være så højt prioriteret.

Manglende klar definition af en kapacitet synes at devaluere ydernummersystemets anvendelse i fysioterapipraksissektoren til primært at blive et element til styring af den overordnede økonomiske ramme for fysioterapipraksissektoren. Med manglende klar definition af en kapacitet menes, at der ikke er et fastlagt antal timer eller en fastlagt omsætning knyttet til et ydernummer med en kapacitet på over 30 timer, mens der for et ydernummer med en kapacitet på under 30 timer er knyttet en maksimal grænse på 30 timer ugentligt i gennemsnit på årsplan, men ingen omsætningsbegrænsning i udgangspunktet. Omsætningerne for en kapacitet under 30 timer synes imidlertid i mange tilfælde langt at overskride, hvad der er muligt at producere inden for ramme af 30 timer ugentligt. Den manglende klare definition af en kapacitet skaber grobund for frustration over ydernummersystemet – særligt blandt fysioterapeuter, som ikke har et ydernummer – da det kan være svært at se rimeligheden i systemet. Det har aldrig været et krav, at ydernummersystemet skal være rimeligt, men styringsinstrumentets legitimitet i branchen svækkes, hvis der opleves at være diskrepans mellem styringsinstrumentets målsætning og dets faktiske anvendelse. Den oplevede manglende økonomistyring på kapacitetsniveau udfordrer således ydernummersystemets legitimitet som værende et økonomistyringsinstrument. Konsekvensen af den uklare definition af en kapacitet er, at der ikke er blevet styret særligt hårdt i forhold til kapacitetsdelen, og at det centrale styringselement i ydernummersystemet herved er blevet reduceret til primært at bestå i at sikre offentlig budgetsikkerhed i forhold til den overordnede økonomiramme.

Der **savnes instrumenter til måling af kvaliteten** af den leverede fysioterapi i praksissektoren. Med den sidste overenskomst for praksissektoren er der igangsat forskellige tiltag med henblik på at sikre kvalitetsudvikling i praksissektoren. Et af tiltagene er den igangværende akkrediteringsproces, som betyder, at alle klinikker tilknyttet overenskomsten skal være akkrediteret inden udgangen af august 2022. Den igangværende akkrediteringsproces italesættes i interviewene generelt som en god ting. Forskellen i det økonomiske tilskud til akkrediteringen til klinikker med og uden ydernummer opleves imidlertid som endnu en blåstempling af klinikker inden for overenskomsten på bekostning af klinikkerne udenfor, og det opleves, at der dermed tilføres endnu et konkurrenceforskydende element i praksissektoren. To andre tiltag, der er iværksat i forbindelse med den sidste overenskomst i forhold til kvalitetsudviklingen i praksissektoren, er, at der i den nuværende overenskomstperiode arbejdes med 1) udvikling af værktøjer og metoder i forhold til effektmåling og 2) implementering af de Nationale Kliniske Retningslinjer. Der synes således fra de centrale aktører på området at være opmærksomhed på og handling i forhold til behovet for bedre at kunne monitorere effekten og kvaliteten af behandlingen i praksissektoren.

Blandt informanterne er der en **oplevelse af en grundlæggende uretfærdighed i det nuværende system** som følge af, at nogle klinikejere historisk har fået deres ydernummer uden at skulle betale for det, mens der i dag er sket en kapitalisering af ydernumrene. Kapitaliseringen af ydernumrene er et resultat af, at udbuddet af fysioterapeuter, som gerne vil være tilknyttet

overenskomsten, er større end antallet af tilgængelige ydernumre. Det fremgår af VIVEs spørgeskemaundersøgelse, at prisen for et ydernummer er steget over tid. Den højere prissætning af ydernumrene skaber grobund for en koncentration af ydernumrene hos dem, som allerede har et ydernummer, idet at de kan have lettere ved at mobilisere finansiering af købet af et ydernummer. Ydernummersystemet har endvidere den grundlæggende iboende uretfærdighed – set fra klinikejere uden ydernummers perspektiv – at den enkelte patient modtager tilskud til overenskomstdækkede ydelser, hvis vedkommende benytter en klinik med et ydernummer. Den konkurrenceforvridning, som patienttilskuddet giver på overenskomstdækkede ydelser, kan ses som en uundgåelig konsekvens af regionernes behov for budgetsikkerhed. For klinikejere uden ydernummer opleves det konkurrenceforvridende element imidlertid at række videre end kun til overenskomstdækkede ydelser. For det første sikrer ydernummeret en vis automatisk efterspørgsel og dermed indtjening til klinikken og dækning af de faste udgifter. For det andet kan den sygesikringsdækkede aktivitet også potentielt generere ekstra efterspørgsel på ydelser uden for overenskomsten. Dette medfører, at mange klinikejere uden for overenskomsten har en oplevelse af, at konkurrencen ikke kun er ulige i forhold til overenskomstdækkede ydelser.

Den voksende arbejdsstyrke presser forholdene i praksissektoren. Antallet af fysioterapeuter har været kraftigt stigende i perioden 2007 til 2019. Grundet en historisk vækst i økonomirammen for sygesikringstilskud til fysioterapibehandling i praksissektoren har det været muligt at absorbere 1.200 flere fysioterapeuter i den overenskomstdækkede del af praksissektoren i den periode. Indførelsen af en fast økonomiramme for alle fire sygesikringsspecialer betyder imidlertid, at væksten i arbejdsstyrken ikke længere kan absorberes inden for overenskomsten. Væksten skal alene absorberes uden for overenskomsten. Dette har været med til at øge konkurrencen både inden for og uden for overenskomsten. Det har ligget uden for rammerne af denne rapport at foretage en samlet vurdering af det fremtidige udbud af og efterspørgsel på fysioterapeuter. Det kan imidlertid konstateres, at der er flere faktorer, som umiddelbart peger i retning af, at konkurrencen i praksissektoren kun vil blive større i fremtiden. Den ene faktor er den relativt lave gennemsnitsalder for fysioterapeuter i praksissektoren på ca. 41 år – og den lave gennemsnitsalder i fysioterapibranchen generelt. Den anden faktor er væksten i andelen af mænd til fysioterapifaget koblet med, at der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren i forhold til den samlede arbejdsstyrke. Alt andet lige peger det i retning af, at søgningen til praksissektoren vil øges i de kommende år.

Praksissektoren i udvikling. Praksissektoren dækker over mange forskellige typer af klinikker, fra den lille klinik med én fysioterapeut, som enten leverer ydelser 100 pct. inden for eller uden for overenskomsten, til store klinikker, som lever ydelser både inden for og uden for overenskomsten. Ligeledes er der en stor spændvidde i, hvilke ydelser der tilbydes i fysioterapi-praksissektoren – både med hensyn til fysioterapifagsspecifikke ydelser og ikke-fysioterapifagsspecifikke ydelser, som fx kost- og træningsvejledning. For klinikker inden for overenskomsten synes der at være en udvikling i gang med etablering af færre og større klinikker og udvidelse af deres tilbud uden for overenskomsten. Sidstnævnte udviklingstendens kan ses som en konsekvens af, at det er klinikkernes eneste rigtige mulighed for at ekspandere, efter at den økonomiske ramme for sygesikringsdelen er blevet mere fast. Billedet i forhold til klinikstørrelse synes at være lidt anderledes for klinikkerne uden for overenskomsten, hvor klinikstørrelsen generelt synes at være mindre. I forhold til klinikkerne uden for overenskomsten observeres der to overordnede tendenser. Den ene tendens er, at der uden for overenskomsten er en gruppe af fysioterapeuter, som aktivt har valgt at arbejde uden for overenskomsten som følge af fx bedre mulighed for specialisering og honorering af specialiseret behandling. Den anden tendens er, at der er en gruppe, som i højere grad arbejder uden for overenskomsten, fordi de har været *presset* til det – hvis de vil arbejde i praksissektoren – og ikke fordi det har været

deres primære ønske. Meget tyder på, at denne sidstnævnte gruppe er voksende, og at det kan være svært for dem at få etableret sig uden for overenskomsten i forhold til at sikre sig et rimeligt indtægtsgrundlag.

Fysioterapeuterne tilkendegiver generelt en positiv holdning til **samarbejdet med andre aktører** som hospitaler, regioner og kommuner og læger. Der er stor variation i, om fysioterapeuterne har et samarbejde med hospital, regioner, kommuner og læger, og i givet fald af omfanget af samarbejdet. Generelt er der en tendens til, at fysioterapeuter uden ydernummer oplever et dårligere samarbejde med kommunerne og lægerne i forhold til at få henvist patienter og etableret et samarbejde omkring opgaveløsning. Oplevelsen blandt informanterne er, at ydernummersystemet både i kommunerne og blandt lægerne opfattes som et kvalitetsstempel. Styringsmæssigt er der for kommunernes side en udfordring i forhold til at sikre, at patienterne ikke både modtager vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og kommunal genoptræning via serviceloven, hvilket ikke er tilladt. Fysioterapeuternes samarbejde med forsikringsselskaberne synes generelt vurderet at være noget mere problematisk. På det administrative plan opleves de administrative krav som komplicerede og tidskrævende. Desuden oplever fysioterapeuterne uden for overenskomsten det som uretfærdigt, at nogle selskaber stiller krav om, at forsikringstagerne skal benytte klinikker med ydernummer. Særligt et forhold omkring samarbejdet med forsikringsselskaberne fremhæves som stærkt problematisk af fysioterapeuterne. Det er det forhold, at forsikringsselskaberne vil have del i sygesikringstilskuddet samtidig med, at de stiller krav til behandlingen.

Patientperspektivet. Den nuværende styring af praksissektoren sikrer, at borgene kan få tilskud til fysioterapibehandling, som er dækket af sygesikringen. Yderligere sikrer den nuværende styring frit valg for patienten mellem klinikker tilknyttet overenskomsten, og den sikrer den geografiske dækning og dermed understøttelsen af de politiske mål om valgfrihed samt let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Patienterne synes imidlertid at have svært ved at forstå ydernummersystemet, og tror fx, at det er et kvalitetsstempel. Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at ventetiden for en ikke-akut patient er længere for ydelser inden for overenskomsten end uden for overenskomsten.

Konklusion

På baggrund af analysen kan det konkluderes, at styringen af fysioterapipraksissektoren fungerer på det regionale og kommunale niveau (makroniveau) i forhold til at sikre offentlig udgiftsstyring og sikre opfyldelsen af de sundhedspolitiske mål om let og lige adgang til sundhedsvæsenet (dvs. sikre geografisk dækning) og valgfrihed. Styringen af fysioterapipraksissektoren og herunder ydernummersystemet fungerer således på mange parametre rigtig godt. Det kan imidlertid også konkluderes, at der er og har været nogle udfordringer i forhold til udmøntningen af ydernummersystemet i fysioterapipraksissektoren, som udfordrer systemets legitimitet som et økonomisk styringsredskab.

Analysen peger på, at:

- Den uklare definition af *en kapacitet* er en stor udfordring i forhold til at sikre legitimitet af ydernummersystemet som værende et reelt økonomistyringsinstrument
- Patienter har svært ved at forstå ydernummersystemet, og at patienterne opfatter systemet som et kvalitetsstempel
- Ydernummeret i mange tilfælde ikke kun giver adgang til sygesikringsydelser, men også åbner mulighed for aktivitet uden for sygesikringen

- De problemer, der er med den nuværende styring af praksissektoren, må formodes at blive forstærket i fremtiden som følge af en øget fysioterapeut arbejdsstyrke.

Metode

Analysen er baseret på en kombination af forskellige metoder:

Desk research er benyttet til at skabe indsigt i styringen, organiseringen og finansieringen af praksissektoren, samt til afdækning af de udvalgte nøgletal.

Elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren. VIVE har foretaget en elektronisk spørgeskemaundersøgelse for at afdække de udvalgte nøgletal om praksissektoren, der ikke eksisterer data på. Spørgeskemaet blev udsendt til alle medlemmer af Danske Fysioterapeuter, som er ejere eller lejere, samt en mindre gruppe ansatte og vikarer. Grunden til, at spørgeskemaet kun blev udsendt til en mindre gruppe af ansatte og vikarer, var dels, at der var tidsmæssigt sammenfald med Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse blandt ansatte og vikarer, dels at mange af de ønskede nøgletal, som der ikke findes tal for i registre og offentlige tilgængelige statistikker, og som var formålet med spørgeskemaundersøgelsen at fremskaffe, primært var relateret til ejere og lejere.

I alt blev spørgeskemaet udsendt til 2.399 medlemmer af Danske Fysioterapeuter, hvoraf 21 ikke blev leveret. 858 medlemmer har svaret helt eller delvist på spørgeskemaet, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 36 pct. Svarprocenten var: ejere med ydernummer 44 pct., ejere uden ydernummer 39 pct., lejere med ydernummer 32 pct. og lejere uden ydernummer 17 pct.

To gruppeinterview med fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren. Formålet med gruppeinterviewene var at få uddybet og kvalificeret resultaterne af analysen af rammevilkårene samt at få forskellige vinkler på fordelene og ulemperne ved den nuværende styring af fysioterapipraksissektoren. Der deltog i alt 13 fysioterapeuter i interviewene, og gruppen bestod af ejere og lejere med og uden ydernummer, samt ansatte på klinik med ydernummer. Ejere og lejerne kom dels fra klinikker, som ikke er tilknyttet overenskomsten (dvs. de ikke har et ydernummer), dels fra klinikker, som leverer ydelser både inden for og uden for overenskomsten (dvs. hvor der er tilknyttet et eller flere ydernumre til klinikken). Vikarer med og uden ydernummer samt ansat uden ydernummer blev uden held forsøgt rekrutteret til interviewene.

Gruppeinterview med tre medarbejdere fra tre regioner, som arbejder med den regionale administration af fysioterapipraksisområdet. Formålet med interviewet var at få uddybet og kvalificeret resultaterne af analysen af rammevilkårene samt få en vurdering fra dem, der administrerer styringen af praksissektoren, af fordelene og ulemperne ved den nuværende styring af sektoren. Gruppeinterviewet blev foretaget via Skype i november 2019.

Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse. VIVE har haft adgang til besvarelserne af spørgeskemaundersøgelse om praksissektoren, som Danske Fysioterapeuter gennemførte i februar og marts 2019.

1 Introduktion

1.1 Baggrund

På Danske Fysioterapeuters ordinære repræsentantskabsmøde i 2018 blev det vedtaget, at der skal gennemføres en analyse af fysioterapipraksissektoren. Analysen skal skabe fælles indsigt i praksisområdet som baggrund for de fremadrettede diskussioner i Danske Fysioterapeuter.

Som første fase i praksisanalysen gennemførte Danske Fysioterapeuter i februar-marts 2019 en større spørgeskemaundersøgelse¹ blandt Danske Fysioterapeuters medlemmer i praksissektoren. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at høre fysioterapeuternes oplevelser og erfaringer med fordele og ulemper i fysioterapipraksissektoren for på baggrund heraf at kunne kvalificere og skærpe de væsentligste tematikker for den videre analyse. Besvarelsene af spørgeskemaundersøgelsen blev efterfølgende bearbejdet af Danske Fysioterapeuters sekretariat, og de udvalgte på baggrund heraf syv tematikker til at indgå i den videre analyse. De syv tematikker var: økonomi, patientperspektivet, konkurrence, kapacitet, styring, limitering og samarbejde med forsikringsselskaber.

I anden fase i praksisanalysen har VIVE af Danske Fysioterapeuter fået til opgave at beskrive nøgletal for praksissektoren samt beskrive og analysere rammevilkårene i praksissektoren med afsæt i de syv identificerede tematikker. Et yderligere delformål med rapporten er at få én samlet beskrivelse af fysioterapipraksissektoren i et dokument, da et sådant mangler.

Forholdene i praksissektoren og herunder ydernummersystemet har løbende igennem en årrække været til debat. Kritikken af ydernummersystemet er taget til, i takt med at rammevilkårene for praksissektoren har ændret sig. Rammevilkårene har blandt andet ændret sig som følge af disse tre forhold: 1) Der er sket en kraftig stigning i antallet af fysioterapeuter. Antallet er steget med 44 pct. i perioden 2007 til 2016²; 2) den overordnede økonomiramme for sygesikringsdelen er blevet mere fast som følge af, at der er knyttet et fast loft til budgetrammen for de enkelte sygesikringsspecialer i fysioterapipraksissektoren; og 3) antallet af ydernumre har været så godt som konstant i de sidste 10 år. Ændringerne synes at have rykket på nogle balancer i den nuværende organisationsform af praksissektoren, men hvilke og hvordan er ikke helt klart. Rapporten skal blandt andet være med til at belyse dette.

1.2 Rapportens formål og metode

Rapportens formål er på denne baggrund at beskrive og analysere rammevilkårene i fysioterapipraksissektoren og herunder:

- Beskrive styringen, organiseringen og finansiering af fysioterapipraksissektoren med henblik på at afdække grundelementerne heri
- Beskrive udvalgte nøgletal for fysioterapipraksissektoren med henblik på at forstå, hvordan den har udviklet sig, og hvordan den er sammensat

¹ Spørgeskemaet blev udsendt til 3.195 medlemmer i praksissektoren. Svarprocenten var på 35 pct., hvor 25 pct. besvarede hele spørgeskemaet.

² Estimeret på baggrund af data for arbejdsstyrken af sundhedsuddannede fra eSundhed: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>

- Beskrive og analysere fordele og ulemper ved den nuværende styring, organisering og finansiering af fysioterapipraksissektoren.

Beskrivelsen og analysen af rammevilkårene i fysioterapipraksissektoren har særligt fokus på de syv identificerede tematikker: økonomi, patientperspektiv, konkurrence, kapacitet, styring, limitering og samarbejde med forsikringsselskaber.

Definition af fysioterapipraksissektoren

Fysioterapipraksissektoren er i denne rapport defineret som værende både fysioterapipraksisser med og fysioterapipraksisser uden ydernummer.

1.2.1 Metode

Analysen er baseret på en kombination af forskellige metoder, som kort beskrives nedenfor, mens den fulde metodebeskrivelse af spørgeskemaundersøgelserne og interviewene fremgår af bilag 1.

Desk research er benyttet til at skabe indsigt i styringen, organiseringen og finansieringen af praksissektoren samt til afdækning af de udvalgte nøgletal. Desk researchen er baseret på overenskomstmateriale, tidligere foretagne analyser af fysioterapipraksissektoren, artikler og beskrivelser på Danske Fysioterapeuters hjemmeside, officielle statistikker og registre, data indhentet fra regionerne og Danske Regioner samt data fra Danske Fysioterapeuters medlemsdatabase.

Elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren. VIVE har foretaget en elektronisk spørgeskemaundersøgelse for at afdække de udvalgte nøgletal om praksissektoren, der ikke eksisterer data på. Spørgeskemaundersøgelsen er blevet foretaget i perioden 30. september til 14. oktober 2019. Spørgeskemaet blev udsendt til alle medlemmer af Danske Fysioterapeuter, som er ejere eller lejere, samt en mindre gruppe ansatte og vikarer. Grunden til, at spørgeskemaet kun blev udsendt til en mindre gruppe af ansatte og vikarer, var, dels at der var tidsmæssigt sammenfald med Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse blandt ansatte og vikarer, dels at mange af de ønskede nøgletal, der ikke findes tal for i registre og offentlige tilgængelige statistikker, og som det var formålet med spørgeskemaundersøgelsen at fremskaffe, primært var relateret til ejere og lejere.

I alt blev spørgeskemaet udsendt til 2.399 medlemmer af Danske Fysioterapeuter, hvoraf 21 ikke blev leveret. 858 medlemmer har svaret helt eller delvist på spørgeskemaet, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 36 pct. Samlet har vi svar fra 35 ansatte og vikarer, 7 mobil- og ridefysioterapeuter, 21 i kategorien "andet", mens resten af svarene er fra ejere og lejere. Svarprocenten for de fire grupper er: ejere med ydernummer 44 pct., ejere uden ydernummer 39 pct., lejere med ydernummer 32 pct. og lejere uden ydernummer 17 pct., jf. tabel 1 i bilag 1.

Svarprocenten for spørgeskemaundersøgelsen er generelt betragtet ikke imponerende, men svarer til svarprocenten i Danske Fysioterapeuters tidligere gennemførte medlemsundersøgelse, og antalsmæssigt indgår der over dobbelt så mange besvarelser som i den tidligere gennemførte analyse af praksissektoren foretaget af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (1). Spørgeskemaundersøgelsen var samtidig, jf. ovenfor, primært målrettet ejere og lejere, hvorfor spørgeskemaet ikke er repræsentativt for den samlede population af fysioterapeuter i praksissektoren. Svarprocenten på 36 pct. betyder, at spørgeskemaet heller ikke er repræsentativt for

primærmålgruppen for spørgeskemaundersøgelsen, dvs. ejere og lejere i praksissektoren. Trods den manglende repræsentativitet bidrager spørgeskemaundersøgelsen trods alt med viden om forholdene for fx de 44 og 39 pct. af medlemmerne i Danske Fysioterapeuter, som er ejere henholdsvis med og uden ydernummer.

To gruppeinterview med fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren. Formålet med gruppeinterviewene var at få uddybet og kvalificeret resultaterne af analysen af rammevilkårene samt at få forskellige vinkler på fordelene og ulemperne ved den nuværende styring af fysioterapipraksissektoren. Der er afholdt interview i Aarhus og København i oktober-november 2019 med deltagelse af henholdsvis seks og syv fysioterapeuter. Deltagerne i gruppeinterviewene bestod af ejere og lejere med og uden ydernummer samt ansatte på klinik med ydernummer. Ejere og lejere kom dels fra klinikker, som ikke er tilknyttet overenskomsten (dvs. at de ikke har et ydernummer), dels fra klinikker, som både leverer ydelser inden for og uden for overenskomsten (dvs. hvor der er tilknyttet et eller flere ydernumre til klinikken). Vikarer med og uden ydernummer samt ansatte uden ydernummer blev uden held forsøgt rekrutteret til interviewene.

Gruppeinterview med tre medarbejdere fra tre regioner, som arbejder med den regionale administration af fysioterapipraksisområdet. Formålet med interviewet var at få uddybet og kvalificeret resultaterne af analysen af rammevilkårene samt få en vurdering fra dem, der administrerer styringen af praksissektoren, af fordelene og ulemperne ved den nuværende styring af fysioterapipraksissektoren. Gruppeinterviewet blev foretaget via Skype i november 2019.

Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse. VIVE har haft adgang til besvarelserne af spørgeskemaundersøgelse om praksissektoren, som Danske Fysioterapeuter gennemførte i februar og marts 2019 (fase 1 i praksisanalysen).

1.3 Læsevejledning: rapportens struktur

Rapporten er struktureret på følgende måde:

- I kapitel 2 beskrives grundelementerne i organiseringen, styringen og finansieringen af fysioterapi i praksissektoren, med hovedvægt på den offentlige betalte del af praksissektoren.
- I kapitel 3 beskrives udvalgte nøgletal for fysioterapipraksissektoren. Nøgletallene omhandler blandt andet antallet af fysioterapeuter i praksissektoren; antallet af praksisser, ydernumre og kapaciteter; arbejdsforhold; patienterne og deres karakteristika samt økonomi.
- I kapitel 4 diskuteres fordele og ulemper ved den nuværende organisering og styring af praksissektoren – generelt og på baggrund af oplysninger fra interview.
- I kapitel 5 fremgår konklusionen på denne analyse.
- Bilag 1 indeholder en beskrivelse af de anvendte metoder, som analysen er baseret på.

I rapporten fremgår der enkelte direkte citater. De er udvalgt, fordi vi har fundet dem illustrative for de generelle analytiske pointer, som fremgår af rapporten.

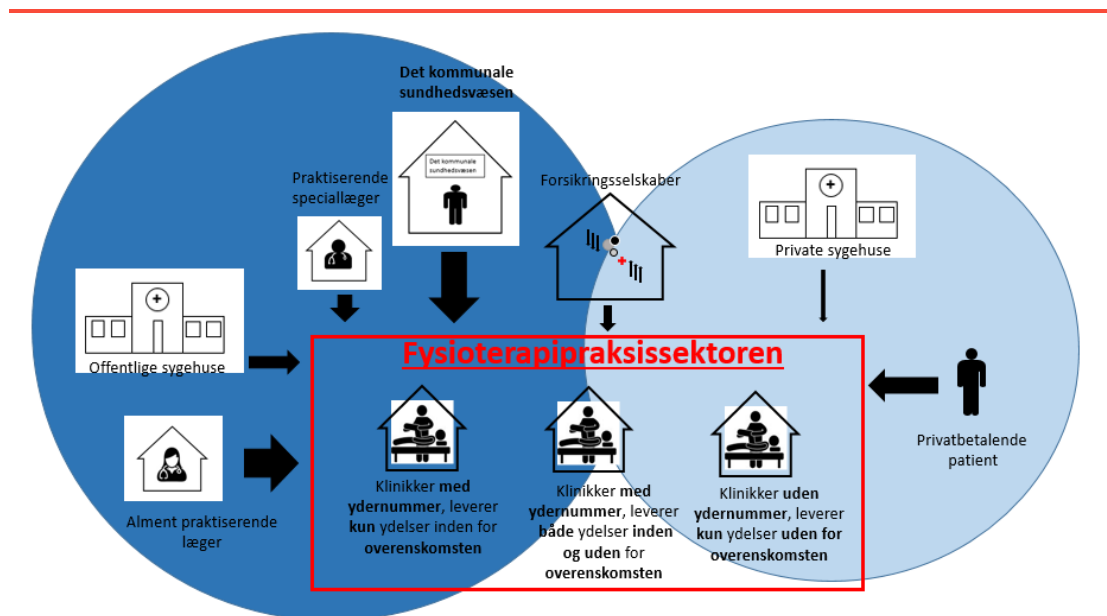
2 Styling, organisering og finansiering af fysioterapi i praksissektoren

I dette kapitel beskrives grundelementerne i styringen, organiseringen og finansieringen af fysioterapi i praksissektoren, herunder baggrunden for og formålet med den nuværende organisering. Formålet med kapitlet er at give en fælles forståelse af den nuværende struktur for fysioterapipraksissektoren og dermed et fælles afsæt for forståelsen af den videre analyse af fordele og ulemperne ved det nuværende system. Det betyder også, at læseren, som er bekendt med organiseringen, styringen og finansieringen af fysioterapi i praksissektoren, vil kunne springe direkte til læsning af kapitel 3, der omhandler udvalgte nøgletal for fysioterapipraksissektoren.³

2.1 Fysioterapipraksissektorens placering i sundhedsvæsenet

Fysioterapipraksissektorens placering i sundhedsvæsenet er illustreret i Figur 2.1. Det offentlige sundhedsvæsen (mørkeblå cirkel i figuren) kan overordnet opdeles i sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunale sundhedsydelser. Regionerne har ansvaret for sygehusvæsenet og praksissektoren. Praksissektoren består foruden fysioterapeuter af praktiserende læger, praktiserende speciallæger, kirurger, tandlæger og tandplejere, psykologer og fodterapeuter (kun praksisser, der kan henvise til fysioterapi, er vist i Figur 2.1).

Figur 2.1 Fysioterapipraksissektorens placering i sundhedsvæsenet. Mørkeblå cirkel markerer det offentlige sundhedsvæsen. Lyseblå cirkel markerer det private sundhedsvæsen (pilenes tykkelse indikerer omfanget af henvisninger til fysioterapipraksissektoren)



Note: Kun praksisser, der kan henvise til fysioterapi, er vist i figuren.

Kilde: Egen tilvirkning.

³ Hovedvægten af dette kapitel omhandler styringen og organiseringen af den del af fysioterapipraksissektoren, som leverer ydelser, der er helt eller delvist finansieret af det offentlige sundhedsvæsen. Vægtning afspejler, at styringen er mere synlig inden for den offentligt finansierede del af praksissektoren end inden for den privatfinansierede del.

Som det fremgår af Figur 2.1, kan fysioterapipraksissektoren overordnet inddeles i tre typer af klinikker: 1) klinikker, som kun leverer behandling under ydernummer (dvs. inden for overenskomsten), 2) klinikker, som leverer behandling både med og uden ydernummer, og 3) klinikker, som kun leverer behandling uden ydernummer. De to første typer af klinikker er en del af det offentligt finansierede sundhedsvæsen, mens den tredje kliniktype kun er en del af det offentlige sundhedsvæsen, hvis den enkelte klinik har indgået særskilt aftale med kommuner og/eller regioner om at tilbyde dem specifikke ikke overenskomstaftalte ydelser.

I 2019 er der samlet 498 fysioterapiklinikker, som er tilknyttet overenskomsten, med samlet ca. 1.756 aktive ydernumre tilknyttet.⁴

Fysioterapipraksissektoren består af privatejede klinikker, som drives af en eller flere fysioterapeuter. For at være en del af det offentligt betalte sundhedsvæsen skal man som privatpraktiserende fysioterapeut have indgået aftale med regionen og/eller kommunen. Det vil sige, at fysioterapeuten skal være tiltrådt praksisoverenskomsten for fysioterapi⁵ og have et ydernummer (s. 4 i (2)) *eller* have indgået særskilt aftale med kommunerne om at levere specifikke ydelser på deres vegne. Ydernummersystemet er kort beskrevet i boks 2.1.

Boks 2.1 Kort om ydernumre

Ydernummeret giver adgang til, at fysioterapeuten kan tilbyde behandling med tilskud fra den offentlige sygesikring. Tilskuddet er afgrænset til de behandlinger, der er aftalt i overenskomsten (se afsnit 2.4.1 for nærmere beskrivelse af overenskomsten). Fysioterapeuter med ydernummer er selvstændigt tilsluttet overenskomsten. Der er ca. ca. 1.756 aktive ydernumre.

Et ydernummer dækker over en bestemt **kapacitet**. Kapaciteten angiver det antal timer, som fysioterapeuten ugentligt har ret til at behandle med tilskud fra den offentlige sygesikring. Kapaciteten er enten over 30 timer eller under 30 timer. Hvis kapaciteten er under 30 timer, skal fysioterapeuten holde sig under 30 behandlingstimer pr. uge på årsplan, mens der ikke er en specifik grænse for fysioterapeutens behandlingsaktivitet, hvis kapaciteten er over 30 timer. Et ydernummer kan indeholde flere kapaciteter, og én fysioterapeut kan eje flere ydernumre.

Fysioterapeuten kan enten få et ydernummer ved at overtage en kapacitet fra en fysioterapeut, der forlader en kapacitet, eller i forbindelse med nynedsættelse. Nynedsættelse vil sige, at regionen udvider antallet af kapaciteter. Der har igennem de sidste 10 år kun været to nynedsættelser i Region Syddanmark og ingen i de andre regioner, hvis man ser bort fra mobile fysioterapeuter – dvs. at fysioterapeuten i langt de fleste tilfælde overtager en kapacitet fra en fysioterapeut, der forlader klinikken. Fysioterapeuten, som overtager kapaciteten, får et nyt ydernummer af regionen.

Ydernummerets historie

Ydernummersystemet blev indført i 1988 for at få større kontrol med udgifterne. Inden da var der fri nedsættelsesret i praksissektoren. Dvs. at en patient med lægehenvielse til fysioterapibehandling kunne få behandling med sygesikringstilskud hos alle fysioterapeuter, som havde tilsluttet sig overenskomsten med sygesikringen. Ved indførelsen af ydernummersystemet fik alle registrerede klinikejere, mobile eller lejere et ydernummer.

Kilde: § 22 stk. 2 i (3),(4,5).

⁴ Estimaterne er baseret på data modtaget fra regionerne.

⁵ Fysioterapi i praksissektoren omfatter både almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi. De tre områder er reguleret i tre forskellige overenskomster, se afsnit 2.2.1 og 2.4.1 for nærmere beskrivelse af de tre områder og overenskomsten.

Fysioterapipraksisklinikker, der er tilknyttet praksisoverenskomsten, kan tilbyde fysioterapi til patienter henvist fra kommune, offentlige sygehuse, alment praktiserende læger samt praktiserende speciallæger, der har en patient i behandling med behov for fysioterapi, jf. Figur 2.1.⁶

Ud over at tilbyde ydelser, der er aftalt i overenskomsten, må de privatpraktiserende fysioterapeuter gerne udbyde private tilbud om fysioterapeutisk behandling og andre sundhedsydelser⁷, som det offentlige sundhedsvæsen ikke betaler eller giver tilskud til. Patientgruppen i det private sundhedsvæsen består af forsikringspatienter samt patienter, som betaler det fulde behandlingshonorar selv. Forsikringsselskaberne er i Figur 2.1 placeret delvist i det offentlige og det private sundhedsvæsen. Det skyldes, at forsikringspatienter med en lægehenvielse, som benytter en klinik med ydernummer, vil få sygesikringsandelen betalt af det offentlige, og dermed er nogle forsikringspatienter delvist betalt af det offentlige (se afsnit 2.5 for uddybende beskrivelse heraf).

I det næste afsnit gives en beskrivelse af, hvilken type fysioterapi de forskellige aktører i det offentlige sundhedsvæsen (dvs. sygehuse, praksissektoren og kommunerne) kan henvise patienter til i praksissektoren.

2.2 Den fysioterapeutiske behandling i praksissektoren

Den fysioterapeutiske behandling i praksissektoren, som er helt eller delvist finansieret af regionerne og kommunerne, kan jf. Tabel 2.1 opdeles i otte overordnede ordninger. De fire førstnævnte ordninger i tabellen er sygesikringsspecialer, hvilket vil sige, at sygesikringen helt eller delvist dækker udgifterne til behandlingen. Den næste ordning, § 2-aftaler, kan enten finansieres af region eller kommune. De tre sidstnævnte ordninger finansieres af kommunerne. Tabel 2.1 viser en oversigt over myndighedsansvaret, finansiering, visitation/henvielse, og hvem der står for udførelsen af de forskellige ordninger, og nedenfor gives en uddybende beskrivelse af de enkelte ordninger.

⁶ Patienter, som henvises fra praksissektoren til fysioterapibehandling, bliver i langt overvejende grad henvist fra almen praksis (s. 19 i (6)).

⁷ Andre sundhedsydelser kan fx være massage, træning, kostvejledning m.m.

Tabel 2.1 Oversigt over fysioterapi i praksissektoren, helt eller delvist finansieret af regionerne eller kommunerne

	Almindelig fysioterapi	Almindelig ridefysioterapi	Vederlagsfri fysioterapi	Vederlagsfri ridefysioterapi	§ 2-aftaler	Almindelig ambulant genoptræning	Genoptræning, ikke indlæggelseskrævende sygdom	Vedligeholdelsestræning
Speciale	51	57	62	65	-	-	-	-
Myndighedsansvar	Region	Region	Kommune	Kommune	Kommune/region	Kommune	Kommune	Kommune
Reguleret af	Sundhedsloven og overenskomsten om almindelig fysioterapi	Sundhedsloven og overenskomsten om ridefysioterapi	Sundhedsloven og overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi	Sundhedsloven og overenskomsten om ridefysioterapi	Sundhedsloven og overenskomsten om almindelig og vederlagsfri fysioterapi	Sundhedsloven § 140	Serviceoven § 86	Serviceoven § 86
Finansiering	Region og egenbetaling	Region og egenbetaling	Kommune	Kommune	Kommune/region og egen betaling	Kommune	Kommune	Kommune
Visitation/henvisning	Sygehus, speciallæge eller alm. praksis	Sygehus, speciallæge eller alm. praksis	Sygehus, speciallæge eller alm. praksis	Sygehus, speciallæge eller alm. praksis	Kommune/sygehus/speciallægepraksis/almenpraksis	Sygehus (via genoptræningsplan)	Kommune	Kommune
Udførelse	Fysioterapeut med ydernummer	Fysioterapeut med ydernummer	Fysioterapeut med ydernummer/kommune	Fysioterapeut med ydernummer/ kommune	Fysioterapeut med ydernummer	Kommunen og evt. privatudbyder*	Kommune/privat udbyder	Kommune/privat udbyder
Krav om, at behandleren har ydernummer	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Patient medbetaling	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja/nej	Nej	Nej	Nej

Anm.: * Kommunen skal ifølge sundhedsloven tilbyde opstart af gentoptræning inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus. Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræning inden for den angivne ramme i loven, kan patienten vælge en privat leverandør, som KL på kommunernes vegne har indgået aftale med.

Kilde: Egen tilvirkning.

2.2.1 Sygesikringsspecialer

De fire først nævnte ordninger i Tabel 2.1 er sygesikringsspecialer. Det betyder, at den praktiserende fysioterapeut skal have et ydernummer for at kunne levere ydelser under de fire ordninger. Sygesikringsspecialer er karakteriseret ved, at sygesikringen helt eller delvist dækker udgifterne til behandlingen, og at de nærmere krav til behandlingen er beskrevet i praksisoverenskomsten mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), se afsnit 2.4.1 for en nærmere beskrivelse af overenskomsten.

De fire sygesikringsspecialer er:

- almindelig fysioterapi (speciale 51)
- vederlagsfri fysioterapi (speciale 62)
- almindelig ridefysioterapi (speciale 57)
- vederlagsfri ridefysioterapi (speciale 65)

Som det fremgår oven for kan de fire sygesikringsspecialer overordnet opdeles i *almindelig* og *vederlagsfri fysioterapi*. Vederlagsfri fysioterapi betyder, at behandlingen er gratis for patienten, og udgiften afholdes i stedet af bopælskommunen, mens der er knyttet en egenbetaling til almindelig fysioterapi. For speciale 51 er patienternes egenbetaling i dagtiden på mellem 37,49 kr.⁸ og 275,45 kr.⁹. Regionerne er ansvarlige for den almindelige fysioterapi, mens kommunerne har myndighedsansvaret på det vederlagsfri område og dermed ansvaret for finansieringen.

Den almindelige og vederlagsfri fysioterapi er yderligere underopdelt i forhold til fysioterapi form, jf. Tabel 2.1, hvor ridefysioterapi er en form for fysioterapi, hvor heste indgår som levende behandlingsredskaber.

For alle fire specialer gælder det, at **patienten skal have en lægehenvi**sning¹⁰ til fysioterapi, før behandlingen kan begynde.¹¹ Alle borgere kan henvises til almindelige fysioterapi, mens kun borgere med specifikke diagnoser er berettiget til vederlagsfri fysioterapi¹². Sundhedsstyrelsen fastsætter, hvilke sygdomme (diagnoser), som – hvis de giver funktionsnedsættelse – kan give anledning til, at en borger kan henvises til vederlagsfri fysioterapi. Personer med varigt svært fysisk handicap og personer uden svært fysisk handicap med progressiv sygdom er således berettigede til vederlagsfri fysioterapi (9).^{13,14}

⁸ Patientandel ved holdundervisning med ti deltagere, jf. rammeaftale om forebyggende holdundervisning.

⁹ Patientandel ved første konsultation.

¹⁰ Henvi sningen skal være fra egen læge eller en speciallæge, som har patienten i behandling for en sygdom, som kræver fysioterapeutisk behandling.

¹¹ Region Hovedstaden har i juli 2019 af Sundheds- og Ældreministeriet fået tidsbegrænset dispensation for sundhedslovens krav om lægehenvi sning til fysioterapibehandling. I en forsøgsperiode på 12 måneder afprøver Region Hovedstaden et forsøg med direkte adgang til almindelig fysioterapi i to kommuner (7).

¹² En person, som modtager træningstilbud i kommunalt regi efter servicelovens bestemmelser eller vederlagsfri genoptræning efter sundhedslovens § 140, kan ikke henvises til et tilsvarende tilbud efter ordningen om vederlagsfri fysioterapi (afsnit 7.3 i (8)).

¹³ Blinde og svagtseende kan henvises til almindelig ridefysioterapi. Regionen kan endvidere træffe særskilt beslutning om at give tilskud til almindelig ridefysioterapi til personer med diagnoserne: Downs syndrom, autisme, rheumatoid arthritis, muskelsvind, cystisk fibrose, handicap efter polio, amputationer og ulykkestilfælde og fysisk handicap som følge af medfødte eller arvelige sygdomme (§ 4 stk. 2b,c i (10)).

¹⁴ Borgere, der er berettigede til vederlagsfri fysioterapi som følge af varigt svært fysisk handicap, er også berettigede til vederlagsfri ridefysioterapi på hold, hvis de efter en konkret lægelig vurdering vurderes at have gavn heraf (bilag 3 i (9)).

Definition af fysioterapi i overenskomsten

Behandlingsmetoder og aktiviteter, der påvirker kroppen og derved 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, øge kropsbevidsthed og kropsfunktion (§ 3 i (3)).

Almindelig fysioterapi (speciale 51) kan bestå af individuel træning og/eller holdtræning, mens vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) primært består af holdtræning¹⁵.

Patienter, der er henvist til almindelig fysioterapi, kan frit vælge at modtage fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter med ydernummer. Patienter, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi, kan frit vælge at modtage fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter med ydernummer eller hos bopælskommunen, hvis de har etableret et tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved egne eller private institutioner (s. 7 i (9)). Kommunerne har mulighed for – men ikke pligt til – at oprette tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved egne institutioner eller indgå aftale med andre kommuner, regioner eller private institutioner om at de varetager opgaven (Sundhedslovens § 140 a stk. 2).

2.2.2 § 2-aftaler

Den næste ordning, som er en del af praksissektoren, er § 2-aftaler med henvisning til paragrafnummeret i praksisoverenskomsten mellem Danske Fysioterapeuter og RLTN, som ordningen hører ind under. § 2-aftaler kan betragtes som en form for tillægsydelser til de i praksisoverenskomsten beskrevne sygesikringsydelser. Kommunerne eller regionerne kan jf. § 2 i praksisoverenskomsten indgå aftale med fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomsten (dvs. har et ydernummer), om ydelser ud over de i overenskomsten for praktiserende fysioterapeuter beskrevne aftaler (§ 2 i (3)). Aftalerne indgås mellem kommune/region og Danske Fysioterapeuter i den givne region. Regionerne har fx individuelt indgået § 2-aftaler med Danske Fysioterapeuter i de respektive regioner om palliativ fysioterapi, Udvidet LændeRyg UnderSøgelse (ULRUS) og Godt Liv med Artrose i Danmark forløb (GLA:D®-forløb).

2.2.3 Almindelig ambulant genoptræning efter sundhedsloven

Både praktiserende fysioterapeuter med og uden ydernummer kan blive private leverandører af almindelig ambulant genoptræning, hvis de opfylder specifikke krav (12). Inden disse krav beskrives, vil ordningen om almindelig ambulant genoptræning kort blive beskrevet.

Kommunerne skal jf. sundhedsloven tilbyde **almindelig ambulant genoptræning** til personer, der efter udskrivning fra sygehus har en genoptræningsplan med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Kommunen kan vælge at stille et tilbud om genoptræning til rådighed på egen institution eller indgå aftale med andre kommuner, regioner eller private institutioner, herunder klinikker i praksissektoren om, at de varetager opgaven (§ 140 stk. 3 i (13)). Tilbuddet er gratis for borgeren.

¹⁵ Ifølge overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi (§5A i (11)) skal behandlingen af patienter med svært fysisk handicap i videst muligt omfang foregå på hold, og vederlagsfri behandling af patienter uden svært fysisk handicap skal foregå på hold og kun undtagelsesvis som individuel behandling.

Med virkning fra 18. februar 2019 har borgerne endvidere fået mulighed for frit valg om genoptræning. Frit valg om genoptræning betyder, at patienten, hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræning inden for syv dage,¹⁶ frit kan vælge at modtage genoptræning hos en praktiserende fysioterapeut, som KL på kommunernes vegne har indgået aftale med (§ 140 stk. 5 i (13)).

På nuværende tidspunkt findes der i alt 30 typer genoptræning, som private behandlere kan søge om at blive leverandører af. De omhandler alle genoptræning på basalt niveau (ibid.). Der er omkring 116.000 almene genoptræningsforløb på basalt niveau i kommunalt regi i Danmark hver år (14).

FritValgService, som er et datterselskab under Statens og Kommunernes Indkøbsservice, er ansvarlig for at definere rammerne for de enkelte genoptræningsforløb samt for dialog, godkendelse og indgåelse af aftaler med de private leverandører, som fx kan være praktiserende fysioterapeuter. FritValgService administrerer endvidere hjemmesiden mingenoptraening.dk, hvorfra borgerne kan finde frem til de fysioterapeuter, der er indgået aftale med om varetagelse af genoptræningsforløb.

For at blive privat leverandør skal den praktiserende fysioterapeut opfylde følgende krav:

- *Forekomst:* Den praktiserende fysioterapeut skal have tilstrækkelig relevant aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer.
- *Kompetencer:* Det er et krav, at genoptræningen varetages af autoriserede sundhedspersoner, primært ergoterapeuter og fysioterapeuter med kompetencer svarende til grunduddannelse og relevant erfaring.
- *Udstyr:* Den privatpraktiserende fysioterapeut skal råde over almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende (ibid.).

2.2.4 Genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven

De to sidste ordninger i Tabel 2.1 hører ind under serviceloven og ikke sundhedsloven som de andre ordninger i tabellen. De to ordninger er henholdsvis **genoptræning, ikke indlæggelseskrævende sygdom** og **vedligeholdelsestræning**. Kommunen kan vælge at stille et tilbud om genoptræning og vedligeholdelsestræning til rådighed på egen institution eller indgå aftale med andre kommuner eller private institutioner, herunder praksissektoren om, at de varetager opgaven. Aftaler med private institutioner om varetagelse af opgave for kommunen indgås via udbud.

Det er kommunen alene, der afholder udgifterne til genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven. I de følgende to afsnit beskrives de to ordninger kort.

Kommunerne skal jf. serviceloven § 86, stk. 1 tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Formålet med genoptræningen er, at borgeren skal genvinde tabte fysiske funktioner og færdigheder i en sådan grad, at borgeren efterfølgende selv kan forbedre og vedligeholde disse.

Kommunerne skal ligeledes jf. serviceloven § 86, stk. 2 tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktions- evne eller særlige sociale problemer har behov herfor. Formålet med hjælpen er at yde en

¹⁶ Kommunen skal ifølge sundhedsloven tilbyde opstart af genoptræning inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus. Den eneste undtagelse er, hvis det er angivet i genoptræningsplanen, at genoptræningen af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet. I dette tilfælde regnes fristen på de syv dage fra det angivne opstartstidspunkt i genoptræningsplanen (§140 stk. 4 i (13)).

helhedsorienteret indsats og arbejde forebyggende og sundhedsfremmende samt at give borgeren mulighed for at leve et uafhængigt og aktivt liv. Derudover er formålet, at borgeren bevarer/stabiliserer eksisterende funktioner og færdigheder såvel fysisk som psykisk.

2.3 Klinikforhold og -organisering

Fysioterapiklinikker i praksissektoren kan være organiseret med en eller flere klinikejere. **Klinikejeren** er indehaver af klinikker. En klinikejer med ydernummer kan eje eller være medejer af en eller flere klinikker under overenskomsten. Det er blot et krav, at ejeren praktiserer regelmæssigt på mindst én overenskomsttilmeldt klinik (§ 39 stk. 2 i (3)). **Klinikejeren** kan have tilknyttet flere fysioterapeuter til klinikken, hvis klinikken omfatter flere kapaciteter.

Inden og uden for overenskomsten forekommer der forskellige typer af klinikker. Klinikkerne kan således være tilrettelagt som enkeltmandspraksis, kompagnipraksis eller anpartsselskab. Tabel 2.2 giver overblik over og en kort beskrivelse af klinikformer inden for og uden for overenskomsten. De tre praksisformer enkeltmandspraksis, kompagnipraksis eller anpartsselskab kan alle yderligere fungere i en samarbejdspø. Det vil sige, at fx to enkeltmandspraksisser kan indgå samarbejde om lokaler/personale, hvor hver praksis har sin egen økonomi. Uden for overenskomsten er det yderligere muligt at tilrettelægge klinikken som et aktieselskab.

Tabel 2.2 Klinikformer inden for og uden for overenskomsten

Praksisform	Ejerforhold	Økonomiansvar	Kommentar
Enkeltmandspraksis	1 ejer	Ejeren er ansvarlig for økonomi, lokaler og personale	Inden for overenskomsten kan klinikens kapacitet besættes med ansatte, der afregner på ejerens/ klinikens ydernummer eller med lejere med eget ydernummer.
Kompagniselskabspraksis I/S	2 eller flere ejere	Fællesskab om økonomi, lokaler og personale	Inden for overenskomsten kan klinikens kapaciteter besættes med ansatte, der afregner på ejerens/ klinikens ydernummer eller med lejere med eget ydernummer.
Anpartsselskab	Anpartsselskab er ejer	Over 50 pct. af anparterne skal tilhøre fysioterapeuter, som praktiserer som ansatte i selskabet. Mindst én ansvarlig fysioterapeut skal være med i tegningen.	Inden for overenskomsten kan klinikens kapaciteter besættes med ansatte, der afregner på ejerens/ klinikens ydernummer eller med lejere med eget ydernummer.
Samarbejdspø	Flere ejere/ anpartsselskaber/ kompagniselskaber med hvert sit ydernummer	Hver praksis har sin egen økonomi. Et vist fællesskab om lokaler/ personale.	I henhold til beskrivelsen af de praksisformer, der indgår i samarbejdet. Det vil sige, om det er enkeltmandspraksis, kompagniselskabspraksis eller anpartsselskaber, som indgår i samarbejdet.
Aktieselskab	Aktieselskabet er ejer	Aktieselskabet hæfter med den indskudte kapital på mindst 500.000 kr.	Aktieselskab er ikke en mulighed under overenskomsten.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af (15).

Uagtet ejerskabsform kan klinikkerne endvidere indgå i et kædesamarbejde. Et kædesamarbejde vil sige, at flere klinikker organiserer sig sammen i en form for partnerskab med en bestyrelse, som varetager den daglige drift af opgaver relateret til kædesamarbejdet, mens klinikejeren selv står for driften af den enkelte klinik. Kædesamarbejdet kan fx bestå i, at klinikkerne indgår aftale om fælles indkøb, fælles journalsystem, fælles standarder og procedure i forhold til behandling, test og/eller dokumentation, afholdelse af kurser, samt at de indgår fælles

aftaler med forsikringsselskaber og store virksomheder om tilbud af ydelser til forsikringstagerne eller de ansatte. Herved kan den enkelte klinikejer opnå en gevinst ved at indgå i et kædesamarbejdet i form af optimering af driften og/eller kvaliteten, mod at skulle indordne sig under "kædesamarbejds-regelsættet" samt bidrage økonomisk til driften af kædesamarbejdet.

Lejere, ansatte og vikarer

Fysioterapeuter, som ikke ejer en klinik, kan være tilknyttet en eller flere klinikker som enten **lejer**, **ansat** eller som **vikar**.

Lejere – omtales også som **indlejere** – lejer kapacitet af klinikejeren, som også stiller faciliteter, træningsudstyr, lokaler og personalemæssige ressourcer (fx sekretær) til rådighed for lejeren. Lejeren er kapacitetsmæssigt knyttet til den klinik, hvor lejeren er tilmeldt. Det betyder, at lejeren ikke kan tage kapaciteten med sig til en anden klinik (anmærkning til § 22, stk. 1 i (3)). Lejere er selvstændige, dvs. de får ikke feriepenge, og de skal selv betale barsel, forsikring, sygdom, kurser, barns første sygedag osv.

Ansatte fysioterapeuter – omtales også som § 24-ansatte – har ikke eget ydernummer, men arbejder under en anden fysioterapeuts ydernummer. En **ansat** fysioterapeut kan arbejde på flere forskellige ydernumre.

Vikarer kan ansættes ved midlertidigt fravær til at vikariere for en ejer, lejer eller ansat. Brugen af **vikarer** er tidsbegrænset til en periode på 1 år¹⁷ og må ikke medføre udvidelse af kapaciteten. Endvidere må vikaren og den person, der vikarieres for, ikke i samme tidsrum behandle patienter for sygesikringen.

Klinikejeren afgør selv, om kapaciteterne på klinikken skal besættes af lejere eller ansatte. **Lejere** er selvstændige og selv ansvarlige for aktiviteten på ydernummeret, mens **ansattes** aktivitet under overenskomsten afregnes under ejerens eller lejerens ydernummer (4).

Hjælpepersonale

Herudover kan der være tilknyttet **hjælpepersonale** til klinikken. Fysioterapeuter kan ikke være hjælpepersonale. Hjælpepersonalet kan under overenskomsten benyttes til holdtræning, som træningsinstruktører, eller til at udføre ydelsen *opfølgende træningsterapi*. Ansættelse af hjælpepersonale¹⁸ betragtes ikke som en kapacitetsudvidelse, men er i stedet et redskab til bedre og mere effektiv anvendelse af den eksisterende tildelte kapacitet. Det indebærer, at fysioterapeuten eller hjælpepersonale på kapaciteter under 30 timer højest kan have 30 ugentlige behandlingstimer, mens både behandlere og hjælpepersonale på kapaciteter over 30 timer kan behandle på fuld tid. Hvis omsætningen er limiteret (se afsnit 2.4.2), vil fysioterapeutens og hjælpepersonalets omsætning samlet skulle holde sig inden for omsætningsgrænsen (limiteringen) (bilag 4 i (3)).

¹⁷ Medmindre regionen giver dispensation.

¹⁸ Fysioterapeuten kan kun brug én person som hjælpepersonale ad gangen.

Behandlere i praksissektoren kan være tilknyttet overenskomsten for fysioterapi og dermed ydernummersystemet på følgende måder:

- Ejer med eget ydernummer
- Lejer med eget ydernummer
- Ansat på en andens ydernummer
- Selvstændig eller ansat vikar på en andens ydernummer
- Mobil fysioterapeut (dvs. fysioterapeut uden fast klinikadresse) med ydernummer*
- Hjelpepersonale i klinik med ydernummer.

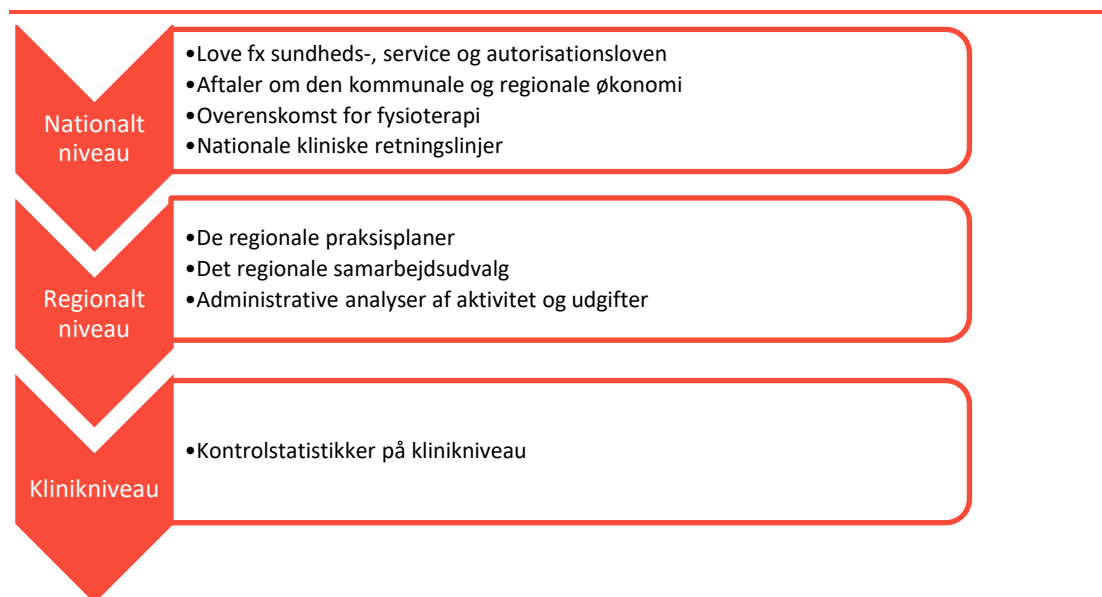
Anm.: *Fra januar 2015 har det ikke længere været muligt at opslå nye ydernumre som mobile fysioterapeuter. Udfasningen af ordningen sker, fordi mobile fysioterapeuter som oftest ikke har tilknytning til et fagligt miljø og ej heller tilbyder holdbehandling (afsnit 8.1 i (16)).

2.4 Regulering og finansieringen af fysioterapipraksis

Reguleringen af fysioterapi i praksissektoren er sammensat af en række styringsinstrumenter. Styringsinstrumenterne har til sammen til formål at sikre, at de nationalt opstillede målsætninger for sundhedsvæsenet og herunder fysioterapipraksissektoren efterleves, og for samtidig at sikre udgiftskontrol.

Figur 2.2 viser en oversigt over de centrale styringsinstrumenter for praksissektoren på nationalt niveau, regionalt niveau og klinikniveau. Opdelingen i de tre niveauer er lidt fortegnet i forhold til, at en del af de nævnte instrumenter, som indgår på regionalt niveau, følger af den nationale overenskomst. Den valgte opdeling er imidlertid fundet relevant i forhold til at give overblik over, hvor den konkrete udmøntning af styringselementet foregår.

Figur 2.2 Centrale styringsinstrumenter for praksissektoren på nationalt niveau, regionalt niveau og klinikniveau



Anm.: Opdelingen i de tre niveauer er lidt fortegnet i forhold til, at en del af de nævnte instrumenter, som indgår på regionalt niveau, følger af den nationale overenskomst. Den valgte opdeling er imidlertid fundet relevant i forhold til at give overblik over, hvor den konkrete udmøntning af styringselementet foregår.

Kilde: Egen tilvirkning.

I de følgende afsnit beskrives de centrale styringsinstrumenter på nationalt niveau, regionalt niveau og klinikniveau. Herefter følger en beskrivelse af finansieringen af praksissektoren samt en beskrivelse af de krav, der er til kvaliteten i fysioterapipraksis.

2.4.1 Den nationale regulering af fysioterapi i praksissektoren

Den nationale regulering af fysioterapi i praksissektoren er fastsat via lovgivningen, økonomiaftalen og overenskomsterne for fysioterapi samt ved nationale kliniske retningslinjer. Sidstnævnte beskrives i afsnit 2.4.5.

Reguleringen via love

Staten fastlægger via lovgivningen de overordnede sundhedspolitiske værdier og målsætninger, herunder målsætningen med fysioterapi i praksissektoren. Det overordnede mål for fysioterapi i praksissektoren i Danmark er – som for resten af sundhedsvæsenet – jf. sundhedsloven (§ 1 i (13)) at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Sundhedsloven fastsætter yderligere krav til sundhedsvæsenet og herunder praksissektoren med henblik på at opfylde behovet for:

1. let og lige adgang til sundhedsvæsenet
2. behandling af høj kvalitet
3. sammenhæng mellem ydelserne
4. valgfrihed
5. let adgang til information
6. et gennemslagsigt sundhedsvæsen
7. kort ventetid på behandling (§ 2 i (13)).

Jf. boks 2.2 er fysioterapien i praksissektoren reguleret af både sundheds- og serviceloven og omfatter forskellige typer af fysioterapi målrettet forskellige patientgrupper mv. Reguleringen af fysioterapi i praksissektoren via lovgivningen vedrører yderligere bl.a. forsyningspligt, offentlige tilskud og autorisation af fysioterapeuter.

Boks 2.2 Centrale love for reguleringen af fysioterapi i praksissektoren

Autorisationsloven sikrer, at det kun er personer med autorisation, som kan kalde sig fysioterapeut, og som kan udøve fysioterapeutvirksomhed. "Fysioterapeut" er dermed en beskyttet titel, som kun kan udstedes på baggrund af bestået fysioterapeuteksamen (§ 59 i (17)). Autorisationslovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ved at sikre, at det kun er personer med autorisation, som kan kalde sig fysioterapeut og som kan udøve fysioterapeutvirksomhed.

Sundhedsloven beskriver regionernes og kommunernes ansvarsområder for fysioterapi i praksissektoren. Regionerne har ansvaret for praksissektoren og dermed også for fysioterapi i praksissektoren (§ 57 i (13)). Ifølge sundhedsloven skal regionerne yde tilskud til behandling hos fysioterapeut efter lægehenvielse (§ 67 i (13)), mens det er Sundhedsministeriet, der fastsætter de nærmere regler for tilskud (§ 72 i (13)).

Kommunerne har jf. **sundhedsloven** (§ 140 stk. 1 i (13)) myndighedsansvaret for vederlagsfri genoptræning og vederlagsfri fysioterapi. Kommunerne har endvidere jf. **serviceloven** (§ 86 i (18)) myndighedsansvaret for genoptræning efter ikke-indlæggelseskrævende sygdom og vedligeholdelsestræning.

Overenskomsterne regulerer sygesikringsydelserne i praksissektoren

Reguleringen af sygesikringsydelserne i praksissektoren (dvs. speciale 51, 57, 62 og 65 i Tabel 2.1) sker i de regelmæssige overenskomstforhandlinger mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)¹⁹ og Danske Fysioterapeuter. **Overenskomsten** er det kontraktgrundlag, som den enkelte fysioterapeut med ydernummer skal arbejde efter. Overenskomsten indeholder bestemmelser om, hvilke behandlinger (ydelser) fysioterapeuten skal tilbyde, hvilket honorar fysioterapeuten får, samt styringsredskaber vedrørende økonomi, kapacitet, servicekrav, regler for samarbejde samt kvalitetsmål mv. for opgaveløsningen under overenskomsten. Endvidere forhandles den økonomiske ramme for sygesikringsydelserne i praksissektoren som en del af overenskomsten.

Formålet med overenskomsten er at udstikke rammerne for den sygesikringsdækkede fysioterapi, så regionerne og kommunerne sikres udgiftskontrol og garanteres et vist kvalitetsniveau i ydelserne, mens fysioterapeuterne tilknyttet overenskomsten modsat kender deres rettigheder fx i forhold til afregning. Tiltrædelse af overenskomsten om fysioterapi og tildeling af et ydernummer er således fysioterapeutens adgang til at behandle patienter med tilskud fra sygesikringen.

Overenskomsterne for fysioterapi i praksissektoren udgøres af tre overenskomster: Overenskomst om almindelig fysioterapi (speciale 51) (3), overenskomst om vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) (11) og overenskomst om ridefysioterapi (speciale 57 og 65) (10). Fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomsten om almindelig fysioterapi, har samtidig tiltrådt overenskomsten om vederlagsfri fysioterapi (§ 22 stk. 1 i (3)).

De overenskomstmæssige betingelser i forhold til ydernummer og kapacitet, lejere, ansatte, vikarer og brug af hjælpepersonale er allerede afdækket i boks 2,1 og afsnit 2.3. Nedenfor gives en beskrivelse af økonomiprotokollatet til overenskomsten, som er et centralt styringselement i forhold til reguleringen af udgifterne til sygesikringsområdet på nationalt niveau, mens de reguleringsmæssige tiltag i overenskomsten, der foregår på regionalt niveau og klinikniveau, beskrives i afsnit 2.4.2 og 2.4.3 Overenskomstmæssige forhold vedrørende afregning beskrives i afsnit 2.4.4, mens kvalitetsrelateret forhold indgår i afsnit 2.4.5

Overenskomsten indeholder et afsnit om styringen af økonomien. Dette afsnit hedder et **økonomiprotokollat**. Økonomiprotokollatet udstikker en samlet økonomisk ramme for fysioterapipraksisområdet samt regler for, hvad der sker, hvis fysioterapipraksisområdets forbrug overstiger det aftalte loft. Økonomiprotokollatet er dermed med til at sikre regional og kommunal budgetsikkerhed for fysioterapipraksisområdet. Hvis den i økonomiprotokollatet aftalte økonomiske ramme overskrides, medfører det en kollektiv straf. Den kollektive straf består i, at honorartaksterne det efterfølgende år nedskrives svarende til udgiftsoverskridelsen. For almindelig fysioterapi (speciale 51) har der siden 2015 været en fast udgiftsramme (19). Det vil sige, at udgiftsrammen ikke bliver reguleret fuldt ud for udviklingen i antallet af patienter. Fra og med 2019 er der indført en fast udgiftsramme for vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) (11).

¹⁹ RLTN har til opgave at aftale eller fastsætte løn- og øvrige ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne og forhandle overenskomster for praksissektoren. Nævnet består af ni medlemmer og stedfortrædere for disse. De fem regioner indstiller hvert ét medlem, KL indstiller to medlemmer mens Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet hver indstiller ét medlem. Danske Regioner er sekretariat for RLTN.

BehandlerID

I den seneste overenskomst blev det besluttet, at der skal indføres behandlerID. Alle ejere, lejere, ansatte og vikarer skal i fremtiden have et behandlerID, som skal angives ved registrering af behandling under sygesikringen (§ 43 i (19)). BehandlerID'et kommer til at fremgå af regningen, med det formål, at det bliver muligt for regionen at se, hvem der har behandlet patienten. I det nuværende system er det kun ydernummeret, der er kendt i forbindelse med afregningen. Dette er dels af hensyn til patient-sikkerheden, såfremt der skulle opstå noget i forlængelse af en behandling, dels at regionerne får et overblik over, hvem og hvor mange der er tilknyttet den enkelte klinik.

BehandlerID vil blive en del af den gældende MedCom-standard. Registreringen af behandlerID træder i kraft med tilpasningerne i den nye afregningssnitflade, og når yderne har adgang til Yderregisteret i det kommende administrationssystem.

I overenskomsten er der aftalt et serviceklagesystem, som består af Samarbejds- og **Lands-samarbejdsudvalget**. Serviceklagesystemet skal sikre efterlevelse af overenskomsten. Systemet er opbygget som et to-instans-system, hvor Samarbejdsudvalget, som er regionalt forankret (beskrives i afsnit 2.4.2), er første instans, og Landssamarbejdsudvalget er anden instans. (20), Patient, region, kommune eller yderen kan indbringe sager for Landssamarbejdsudvalget, og udvalget dækker alle tre overenskomster, dvs. almindelig, vederlagsfri og ridefysioterapi. Landssamarbejdsudvalget består af fire medlemmer fra RLTN herunder KL og fire medlemmer udpeget af Danske Fysioterapeuter (ibid. og § 53 i (3)).

Basiskontrakt for ansatte

Afslutningsvis kan det nævnes, at Danske Fysioterapeuter for at sikre ordnede forhold for privatansatte fysioterapeuter i 2019 har indført en basiskontrakt. Basiskontrakten er en minimumskontrakt for privatansatte fysioterapeuter, der bliver ansat hos andre fysioterapeuter. Kontrakten fastsætter de vilkår, som den ansatte minimum skal tilbydes. Der er to versioner af kontrakten, en for fastløn og en for provisionsløn (21).

2.4.2 Den regionale regulering af fysioterapi i praksissektoren

Den regionale regulering af fysioterapi i praksissektoren kan overordnet opdeltes i tre elementer: 1) praksisplanerne, 2) det regionale samarbejdsudvalg og 3) administrativ styring, kontrol og opfølgning på aktiviteter og udgifter i praksissektoren på klinik-, kommune- og regionsniveau. I det følgende beskrives de tre elementer.

De regionale praksisplaner

Ifølge overenskomsten skal regionen og kommunerne i regionen udarbejde en fælles plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige fysioterapeutiske betjening i regionen, også kaldet **en praksisplan** (§19 i (3)). Praksisplanen omfatter alle fire sygesikringspecialer, dvs. almindelig fysioterapi, almindelig ridefysioterapi, vederlagsfri fysioterapi og vederlagsfri ridefysioterapi.

Praksisplanen skal:

- Danne grundlag for beslutninger om overenskomstmæssige forhold
- Sikre den rette kapacitet i regionen
- Fremme kvalitetsudvikling af fysioterapi i praksissektoren
- Fremme udviklingen i samarbejdet mellem praktiserende fysioterapeuter og øvrige sundhedstilbud.

Formålet med praksisplanen er at sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening i alle områder af regionen og kommunerne i regionen under hensyntagen til andre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger samt den regionale og kommunale økonomi (§ 19 stk. 3 i (3)).

Endvidere skal praksisplanen bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af kapaciteten, og herunder vurdering af, om kapaciteten er passende. Herudover skal planen sikre koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det resterende sundhedsvæsen.

Praksisplanen indeholder bl.a. oplysninger om antallet af praktiserende fysioterapeuter fordelt på kapacitet over og under 30 timer pr. uge og deres geografiske placering, og oversigt over kommunale træningstilbud vedrørende vederlagsfri fysioterapi efter lægehenvielse. Bestemmelser om eventuelle nedsættelser (dvs. oprettelse af ekstra ydrenumre) foretages med afsæt i praksisplanen. Samarbejdsudvalget (beskrives nedenfor) indgår i udarbejdelsen af praksisplanen. Praksisplanen er en politisk plan, som skal godkendes af regionsrådet og de respektive kommuner i regionen.

Samarbejdsudvalget

Der er nedsat et Samarbejdsudvalg i hver region, som dækker både almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Samarbejdsudvalget består af to medlemmer udpeget af regionsrådet, to medlemmer udpeget af kommunalbestyrelserne i regionen samt fire fysioterapeuter med praksis i regionen, som er udpeget af Danske Fysioterapeuter (§ 51 stk. 1 i (3)).

Samarbejdsudvalget er underlagt Landssamarbejdsudvalget forstået på den måde, at Samarbejdsudvalget kun kan træffe beslutninger, som alle i Samarbejdsudvalget er enige i, og ellers skal sagen indbringes for Landssamarbejdsudvalget (§ 51 stk. 3 i (3)).

Samarbejdsudvalget opgaver er bl.a., at behandle sager vedrørende overenskomsternes gennemførelse i regionen og kommunerne i regionen og vejlede i forhold til forståelse og praktisering af overenskomsten, behandle sager vedrørende praksisplanlægning, behandle klagesager, samt at godkende ansættelser, hvis de medfører udvidelse af kapaciteten og fastsættelse af højeste grænser (se boks 2.3).

Boks 2.3 Højeste grænser

Ifølge overenskomsten skal regionen eller kommunerne i regionerne efter årets afslutning foretage vurdering af den enkelte yders gennemsnitlige udgift til individuel behandling og holdtræning pr. patient i forhold til den gennemsnitlige udgift i regionen som helhed for de givende ydelser. Hvis den gennemsnitlige udgift pr. patient overstiger regionsgennemsnittet pr. patient med en vis procent, skal samarbejdsudvalget foretage en undersøgelse af ydelsesforbruget:

- For almindelig fysioterapi (speciale 51) skal der foretages en undersøgelse, hvis gennemsnitsudgiften pr. patient overstiger regionsgennemsnittet med 25 pct. eller derover.
- For vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) skal der foretages en undersøgelse, hvis gennemsnitsudgiften pr. patient overstiger regionsgennemsnittet med 10 pct. eller derover.

Hvis vurderingen ikke leder frem til en acceptabel forklaring på afvigelsen fra regionsgennemsnittet, pålægges yderen en **højeste grænse**. En højeste grænse betyder, at der fastsættes en grænse for regionens udbetaling til fysioterapeuten. Det er Samarbejdsudvalget eller Landssamarbejdsudvalget, som fastsætter højestegrænsen.

Frem over kontrol på klinikniveau

I den nyeste overenskomst er det besluttet, at kontrolstatistikken fremover skal foretages på klinikniveau. Ændringen er dels foretaget for at styrke de enkelte klinikkers mulighed for at tilrettelægge behandlingen mere fleksibelt mellem fysioterapeuterne på klinikken, dels giver kontrolstatistik på klinikniveau et bedre billede af den reelle udgift pr. patient på de klinikker, hvor den samme patient behandles af flere forskellige fysioterapeuter.

For almindelig fysioterapi (speciale 51) ændres vurderingen af afvigelse samtidig til 15 pct. fra gennemsnittet.

Udrulningen af kontrolstatistik på klinikniveau afventer indførelsen af den nødvendige IT-løsning, hvilket forventeligt sker i 2020.

Kilde: (19,22), § 38 i (23) og (§ 45 i (3)).

Administrative analyser af aktivitet og udgifter i praksissektoren

Den regionale administration foretager løbende analyser af aktivitet og udgifter i praksissektoren med henblik på at afdække uretmæssig brug. Hvis der observeres uhensigtsmæssig brug af overenskomsttydelser, forelægges det for samarbejdsudvalget. Yderligere står regionen for fastsættelse af omsætningsloft, se boks 2.4 for beskrivelse heraf.

Boks 2.4 Omsætningsloft (limitering)

En fysioterapeut kan blive pålagt et omsætningsloft, hvis:

- der **ansættes fysioterapeuter ud over antallet af kapaciteter** på det pågældende ydernummer (§ 24)
- der **bruges vikar ved delvist fravær** ud over 1 år (§ 33, stk. 2)
- der foretages **deling af et ydernummer** efter tilladelse fra regionen/kommunerne i regionen. Deling må ikke medføre udvidelse af behandlingskapaciteten. Regionen kan fastsætte et omsætningsloft ud fra omsætningen op til delingstidspunktet (§31 stk. 1 og 2).

Omsætningsloftet fastsættes som et gennemsnit af de tre seneste års omsætning på ydernummet inklusive patientandelen.

Kilde: (3).

2.4.3 Reguleringen på klinikniveau

På klinikniveau kan yderen løbende selv føre kontrol med sit ydelsesmønster. Herudover modtager yderen, hvert år i marts en kontrolstatistik for det foregående års gennemsnitsudgift pr. patient opdelt på speciale. Jf. boks 2.3 vil kontrolstatistikken fremover (forventeligt i 2020) blive ændret til at foregå på klinikniveau.

2.4.4 Finansieringen af fysioterapipraksissektoren

Som det fremgår af Figur 2.1, leverer praksissektoren:

- Fysioterapibehandling, der helt eller delvis er offentligt finansieret, dvs. finansieret af region eller kommune
- Private sundhedsydelser, som er privat finansierede, dvs. betalt af forsikringsselskab eller borgeren selv.

Private sundhedsydelser

I forhold til **private sundhedsydelser** kan de praktiserende fysioterapeuter frit prisfastsætte deres ydelser. Det betyder, at der i fysioterapipraksissektoren er priskonkurrence på private sundhedsydelser. De private sundhedsydelser vil typisk være takstfinansierede, hvilket vil sige, at der betales pr. ydelse.

Offentlige sundhedsydelser

Den offentligt finansierede fysioterapi i praksissektoren er finansieret af kommune og region, jf. Tabel 2.1. I forhold til sygesikringsydelser foregår betalingen fra det offentlige til de praktiserende fysioterapeuter ved betaling pr. ydelse med regulerede honorartakster. Honorartaksterne forhandles mellem Danske Fysioterapeuter og RLTN i forbindelse med forhandlingerne om overenskomsten, og pris- og lønreguleres halvårligt. Alle ydelser inden for overenskomsten har en fast pris og et fast tilskud. Det betyder, at fysioterapeuten ikke må tage en højere eller lavere pris for ydelsen, hvis det offentlige yder tilskud til behandlingen. Det offentlige betaler 100 pct. af udgifterne til vederlagsfri fysioterapi, mens de giver tilskud til almindelig fysioterapi-behandling. Tilskuddet til almindelig fysioterapi udgør 39,3 pct. af det fulde honorar.

Boks 2.5 Region og kommune giver henholdsvis tilskud eller betaler til fysioterapibehandling til alle borgere med bopæl i Danmark.

Både patienter i sygesikringsgruppe 1 og 2 skal have lægehenvielse til behandling hos fysioterapeut for at kunne få tilskud til behandlingen. Gruppe 1-sikrede kan kun få tilskuddet, hvis de modtager behandling hos en fysioterapeut, som har tiltrådt overenskomsten. Fysioterapeuten må kun tage den overenskomstaftalte pris for behandlingen af patienter i sygesikringsgruppe 1, mens fysioterapeuten selv fastsætter prisen for behandling for patienter i sikringsgruppe 2. Patienter i sygesikringsgruppe 1 og 2 får det samme tilskud, men hvis prisen for behandlingen er højere end den overenskomstfastsatte honorartakst, skal patienter i sygesikringsgruppe 2 selv betale forskellen.

Takstfinansieringen af ydelser leveret under praksisoverenskomsterne implicerer, at fysioterapeutens indtjening afhænger af aktivitetsniveauet – jo flere ydelser, der leveres, desto højere indkomst opnås. For fra det offentlige side at sikre styringen omkring de samlede udgifter til sygesikringsydelser reguleres både de samlede udgifter og antallet af udbydere (ydernummersystemet) via overenskomsten.

Parterne i overenskomsten følger månedligt sygesikringsudgifterne i forhold til den samlede økonomiske ramme i økonomiprokollatet. Hvis den månedlige opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, drøfter parterne muligheden for at iværksætte udgiftsdæmpende tiltag. Hvis de årlige udgifter på trods af eventuelle udgiftsdæmpende tiltag alligevel overstiger den aftalte ramme, vil der blive foretaget en tilbagebetaling af overskridelsen til regionerne i form af en nedsættelse af de regionale tilskud samt en tilsvarende nedsættelse af honorartaksterne til de praktiserende fysioterapeuter (s. 63 i (3)).

Offentlige sundhedsydelser eksklusive sygesikringsydelser (dvs. de sidste fire kolonner i Tabel 2.1) kan enten være honorarfastsat eller prisfastsat via konkurrenceudsættelse. Kommunerne kan således fx vælge at udlicitere deres genoptræning og vedligeholdelsestræning til en privatudbyder. Det kan endvidere afslutningsvis nævnes, at finansieringen af § 2-aftalerne ligger uden for den økonomiske ramme i overenskomsten.

2.4.5 Krav til kvaliteten i fysioterapipraksis

Den faglige kvalitet i fysioterapipraksis sikres dels ved krav om autorisation, dels arbejdes der løbende i overenskomsten med at fremme kvaliteten og den måde, fysioterapeuterne arbejder med kvaliteten på (24). I overenskomsten er der fx krav om, at fysioterapeuterne skal følge og holde sig opdateret omkring **nationale kliniske retningslinjer**, som vedrører fysioterapipraksis, og generelt orientere sig i nationale og regionale aftaler og arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for fysioterapipraksis (§ 47 stk. 1 i (3)). Ligeledes er der i overenskomsten indgået aftale om, at alle fysioterapeutklinikker, der praktiserer i henhold til overenskomst om almen fysioterapi, vederlagsfri fysioterapi eller ridefysioterapi, skal **akkrediteres** efter særlige standarder udviklet til brug i fysioterapipraksis i forhold til **Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)** (§ 48 stk. 1 i (3)). DDKM for fysioterapeuter består af 14 standarder for god kvalitet, som er inddelt i to overordnede temaer: 1) kvalitet og patientsikkerhed og 2) ledelse og organisation (25). Standarderne omhandler fx følgende: hvordan klinikken fastholder og udvikler den faglige kvalitet; datasikkerhed og diskretion; hygiejne; information til patienterne (ibid.). Akkrediteringen er påbegyndt i 2019, og målet er, at alle klinikker er akkrediteret første gang inden udgangen af august 2022 (§ 48 stk. 5 i (3))²⁰.

²⁰ Akkrediteringen gælder for en 3-årig periode (§ 48 stk. 5 i (3)).

Omkostningen til akkreditering af fysioterapipraksisser med ydernummer dækkes af overenskomstmidler²¹, mens klinikker uden ydernummer ifølge overenskomsten selv skulle afholde omkostninger forbundet hermed. Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse har imidlertid efterfølgende besluttet at yde et tilskud til akkreditering på mindst 3.000 kr. for klinikker uden ydernummer (26).²²

Med den seneste overenskomst for fysioterapipraksissektoren er det med henblik på at forbedre kvaliteten i praksissektoren yderligere besluttet, at der igangsættes følgende projekter: a) implementering af nationale kliniske retningslinjer, b) udviklingsprojekt vedrørende effektmåling og datadrevet kvalitet samt c) projekt vedrørende modernisering af overenskomstens ydelser (§ 46 i (3)).

2.5 Forsikringsselskaberne

Som det fremgår af Figur 2.1, indgår forsikringsselskaber som en central aktør i forhold til fysioterapipraksissektoren, idet en del af patienterne i praksissektoren henvises og (delvis) finansieres af forsikringsselskaberne.

Ca. 2 millioner danskere har en sundhedsforsikring (27), og over 2,5 millioner danskere er medlem af Sygeforsikringen Danmark (28). Hvor mange danskere, der samlet er tilknyttet en sundhedsforsikringsordning, er ikke muligt at opgøre ud fra de foreliggende tal, da nogle af medlemmerne af Sygeforsikringen Danmark også har en sundhedsforsikring.

Indholdet af de enkelte forsikringsordninger varierer selskaberne imellem, og inden for de enkelte selskaber kan der findes forskellige ordninger. Ligeledes er der variation imellem og inden for selskaberne i forhold til dækningen af fysioterapibehandling (type og antal) og valg af behandler. I forhold til sidstnævnte er det forskelligt, om valg af behandler er frit, eller om der stilles krav til valg af behandler. Kravet til valg af behandler kan bestå i, at forsikringstageren kun må 1) benytte behandlere i selskabets egne klinikker eller klinikker, som selskabet har indgået aftale med, eller 2) benytte behandlere, som er tilknyttet overenskomsten. Ved at stille krav om, at behandleren skal være tilknyttet overenskomsten, får forsikringsselskaberne mulighed for at gøre brug af det offentlige tilskud, og de vil kun skulle betale for patientandelen, hvorved de reducerer deres omkostning. Dette forklarer forsikringsselskabernes placering i Figur 2.1 som både hørende til i det offentlige sundhedsvæsen (mørkeblå) og i det private sundhedsvæsen (lyseblå).

Praktiserende Fysioterapeuter²³ har udarbejdet en liste over sundheds- og ulykkesforsikringsområdet (29). Af denne liste fremgår det, at:

- 4 af 17 selskaber har frit behandlervalg
- 9 af 17 selskaber stiller (delvis) krav om, at behandlingen foretages af egne klinikker eller aftalepartnere
- 3 af 17 selskaber stiller krav om, at fysioterapeuten er tilknyttet overenskomsten
- 2 af de 17 selskaber stiller delvis krav om tilknytning til overenskomst.

²¹ Dvs. omkostningerne til Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (IKAS), som foretager akkrediteringen, godtgøres. Der sker ikke godtgørelse af den tid, som klinikken selv bruger på akkrediteringen.

²² Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelsen har afsat en pulje på 180.000 kr. til formålet. Hvis mindre end 60 klinikker uden ydernummer søger, vil resten af beløbet blive brugt til at sænke den enkeltes udgift til akkreditering yderligere.

²³ Praktiserende Fysioterapeuter er en fraktion under Danske Fysioterapeuter

2.6 Opsamling

Fysioterapipraksissektoren er på mange måder kompleks styrings-, organiserings- og finansieringsmæssigt. Praksissektoren tilbyder således behandling under mange forskellige ordninger (sygesikringsydelser, ordninger for kommunen reguleret henholdsvis under Sundheds- og Serviceloven samt privat ydelsestilbud) og med mange forskellige finansieringskilder. Styringen, organiseringen og finansieringen af praksissektoren er imidlertid i vid udstrækning rammesat af overenskomsterne om almindelig fysioterapi mellem Danske Fysioterapeuter og Regionernes Lønnings- og Takstnævn på vegne af regionerne.

Overenskomsten er det kontraktgrundlag, som den enkelte fysioterapeut med ydernummer skal arbejde efter. Overenskomsten indeholder bestemmelser om, hvilke behandlinger (ydelser) fysioterapeuten skal tilbyde, hvilket honorar fysioterapeuten får, styringsredskaber vedrørende økonomi, kapacitet, servicekrav, regler for samarbejde samt kvalitetsmål mv. for opgaveløsningen under overenskomsten. Økonomiprotokollatet i overenskomsten udstikker den samlede økonomiske ramme for den del af fysioterapipraksisområdet, som dækkes af sygesikringen, samt udstikker regler for, hvad der sker, hvis fysioterapipraksisområdets forbrug overstiger det aftalte loft. Økonomiprotokollatet er dermed med til at sikre regional budgetsikkerhed for fysioterapipraksisområdet. For almindelig fysioterapi (speciale 51) har der været en fast udgiftsramme siden 2015, mens der er indført en fast udgiftsramme for vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) fra og med 2019. En fast udgiftsramme vil sige, at udgiftsrammen ikke bliver reguleret fuldt ud for udviklingen i antallet af patienter.

Ydernummeret er de praktiserende fysioterapeuters indgang til at praktisere i det offentlige sundhedsvæsen, idet fysioterapeuten skal eje eller være tilknyttet et ydernummer for at kunne yde behandling med tilskud fra den offentlige sygesikring.

Et ydernummer dækker over en bestemt kapacitet, som fysioterapeuten kan behandle med tilskud fra den offentlige sygesikring. Kapaciteten er enten over 30 timer eller under 30 timer. Hvis kapaciteten er under 30 timer, skal fysioterapeuten holde sig under 30 behandlingstimer pr. uge på årsplan, mens der ikke er en specifik grænse for fysioterapeutens behandlingsaktivitet, hvis kapaciteten er over 30 timer. Et ydernummer kan indeholde flere kapaciteter, og én fysioterapeut kan inden for overenskomsten eje flere klinikker uden at praktisere på mere end én klinik.

Fysioterapipraksissektoren kan overordnet inddeles i tre typer af klinikker: 1) klinikker, som kun leverer behandling under ydernummer (dvs. inden for overenskomsten om fysioterapi i praksissektoren), 2) klinikker, som leverer behandling både med og uden ydernummer, og 3) klinikker, som kun leverer behandling uden ydernummer.

Fysioterapeuter er tilknyttet praksissektoren som enten klinikejere, lejere, ansatte eller vikarer.

3 Udvalgte nøgletal

I dette kapitel beskrives udvalgte nøgletal for fysioterapipraksissektoren. Nøgletallene er baseret på data fra officielle statistikker, data indhentet fra regionerne og Danske Regioner, data fra Danske Fysioterapeuters medlemsregister samt data fra VIVEs elektroniske spørgeskemaundersøgelse.

De udvalgte nøgletal kan grupperes i følgende temaer, som præsenteres efter tur i kapitlet:

- **Afsnit 3.1 Fysioterapeuter i praksissektoren** (antal, køn, alder, stilling, samt hvordan fysioterapeuter, som arbejder med ydernummer har fået adgang til dette)
- **Afsnit 3.2 Nøgletal for klinikkerne** (antal, ydernumre, kapaciteter, ydelsesmønster, klinikstørrelse, klinikformer og -fællesskab, klinikernes specialiseringsniveau og ventetid)
- **Afsnit 3.3. Økonomi** (offentlige udgifter til praksissektoren og udviklingen heraf, patientudgifterne til overenskomstdækkede ydelser, økonomiske forhold for de enkelte klinikker i forhold til omsætning, omsætningslofter, prisen for et ydernummer, priser på behandling, indlejernes udgifter til ejerne samt gennemsnitslønnen for ansatte og vikarer)
- **Afsnit 3.4 Arbejdsforhold** (om det er svært at tiltrække patienter, behandlingstid og antal sessioner, arbejdstid, ferie, efter- og videreuddannelse samt specifikke forhold for indlejere ift. fx om de arbejder på flere klinikker, administrationsbyrde mv.)
- **Afsnit 3.5 Ønsket om at arbejde under overenskomst eller ej** (hvorvidt kliniklejer og indlejere uden ydernummer har et ønske om at arbejde under overenskomsten)
- **Afsnit 3.6 Antal patienter og karakteristika** (antal og udvikling af dette samt aldersfordelingen)
- **Afsnit 3.7 Den demografiske udvikling** (ændring i antallet af borgere i Danmark fra 2018 til 2025).

Ambitionen er, at dette kapitel kan anvendes som et opslagsværk med data på relevante områder.

3.1 Fysioterapeuter i praksissektoren

I dette afsnit gives der en beskrivelse af fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren, med hensyn til antal, alder, køn, og stilling. Yderligere afdækkes det, hvordan de fysioterapeuter, som arbejder under overenskomsten, har fået adgang til det. Dette gøres for at give en forståelse af, hvem fysioterapipraksissektoren består af.

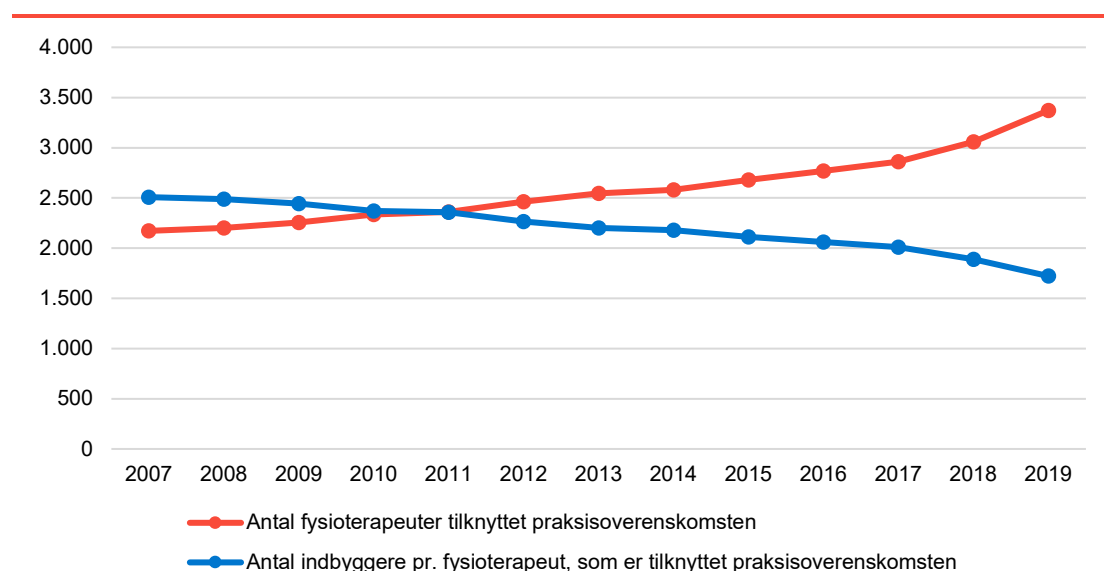
3.1.1 Antal fysioterapeuter i praksissektoren

Fysioterapeuter beskæftiget i klinik (inden- eller udenfor overenskomsten) udgør ca. 30 pct. af den samlede arbejdsstyrke.²⁴ Antallet er fysioterapeuter, som arbejder uden for praksisoverenskomsten, er imidlertid usikkert. I dette afsnit afrapporteres antallet af fysioterapeuter tilknyttet praksisoverenskomsten og udviklingen i antallet over tid. Endvidere ser vi på udviklingen i den samlede arbejdsstyrke.

²⁴ Estimaterne er baseret på 2016 data fra arbejdsstyrken af sundhedsuddannede: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>

Antallet af fysioterapeuter tilknyttet overenskomsten er i perioden 2007 til 2019 steget med 1.200 fysioterapeuter fra 2.172 til 3.372 (30),²⁵ hvilket svarer til en stigning på 55 pct. Det stigende antal fysioterapeuter i praksissektoren betyder, at antallet af indbyggere pr. fysioterapeut i praksissektoren er faldet hen over perioden 2007 til 2019 – i 2019 lå det på lidt over 1.700 indbyggere pr. fysioterapeut, jf. Figur 3.1.

Figur 3.1 Antal fysioterapeuter tilknyttet praksisoverenskomsten og antal indbyggere pr. fysioterapeut tilknyttet praksisoverenskomsten, 2007-2019



Anm.: Antal fysioterapeuter er opgjort som antallet af fysioterapeuter, som er tilknyttet praksisområdet, uanset antallet af timer, der arbejdes.

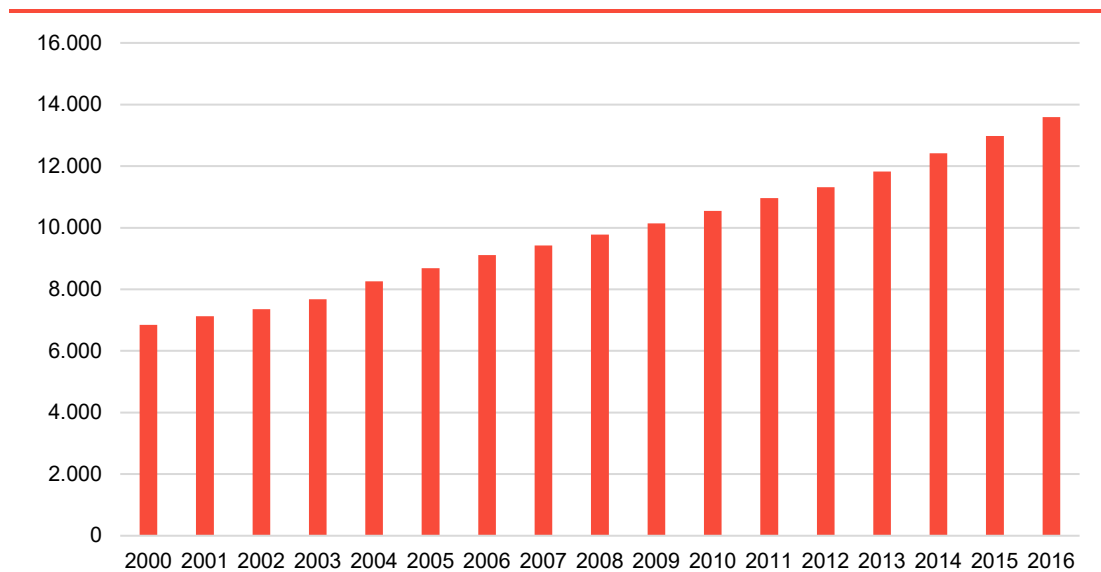
Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra eSundhed om ydere i praksis.

(<https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Ydere-i-praksis#tabpanel8A63FD4CA62D4CD491BD6E6D75058021>) og Danmarks Statistik: HISB3: Nøgletal om befolkningen.

Det stigende antal fysioterapeuter, der er tilknyttet praksisoverenskomsten, afspejler den generelle stigning i antallet af fysioterapeuter, der har været igennem de senere år, jf. Figur 3.2. Antallet af fysioterapeuter er steget med ca. 44 pct. i perioden 2007-2016, og det er næsten fordoblet i perioden 2000 til 2016.

²⁵ Antal fysioterapeuter er opgjort som antallet af fysioterapeuter, som er tilknyttet praksisområdet, uanset antallet af timer, der arbejdes.

Figur 3.2 Samlet antal af fysioterapeuter i arbejdsstyrken, 2000-2016



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data for *arbejdsstyrken af sundhedsuddannede* fra eSundhed: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>.

Antallet af fysioterapeuter, som arbejder uden for praksisoverenskomsten, er som nævnt indledningsvis usikkert, da der ikke findes officielle tal herfor. Danske Fysioterapeuters medlemsregister kan imidlertid benyttes til at give et forsigtigt skøn over, hvor mange fysioterapeuter der arbejder i praksissektoren, men som ikke er tilknyttet overenskomsten. Ca. 40 pct. af Danske Fysioterapeuters lidt over 4.000 medlemmer, som arbejder i praksissektoren, er ikke tilknyttet overenskomsten. Hvis vi antager, at denne fordeling afspejler den generelle fordeling på praksisområdet, betyder det, at der samlet er ca. 4.721 fysioterapeuter, som er beskæftiget i praksissektoren.

3.1.2 Køns- og aldersfordelingen i praksissektoren

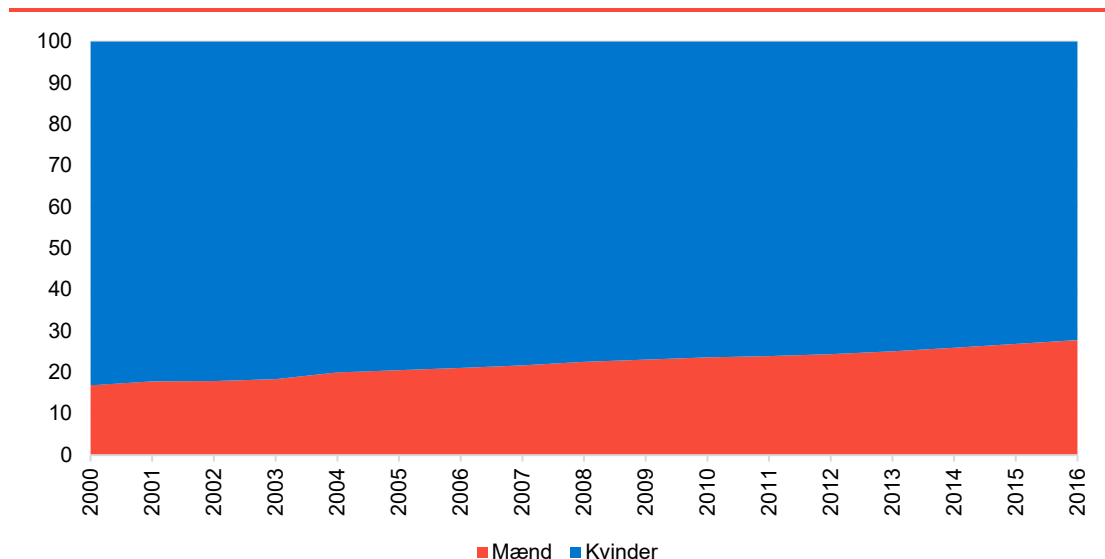
Mænd er generelt underrepræsenterede i arbejdsstyrken af fysioterapeuter, idet mænd udgør ca. 28 pct. af arbejdsstyrken.²⁶ Ca. 42 pct. af fysioterapeuterne i praksissektoren er imidlertid mænd, og ca. 51 pct. af klinikejerne er mænd.²⁷ Det betyder, at der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren og især blandt klinikejere, i forhold til den samlede kønsfordeling blandt fysioterapeuter.

Mændenes andel i den samlede arbejdsstyrke er steget jævnt med lidt under 1 pct. i gennemsnit årligt i perioden 2000 til 2016, jf. Figur 3.3.

²⁶ Estimeret på baggrund af 2016 data for arbejdsstyrken af sundhedsuddannede fra eSundhed: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>

²⁷ Opgjort på baggrund af udtræk i Danske Fysioterapeuters medlemsregister 1. aug. 2019.

Figur 3.3 Udviklingen i den relative kønsfordeling for arbejdsstyrken af fysioterapeuter, 2000-2016



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data for *arbejdsstyrken af sundhedsuddannede* fra eSundhed: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>.

Gennemsnitsalderen er ca. 41 år for fysioterapeuter i praksissektoren.²⁸ Langt hovedparten af fysioterapeuter i praksissektoren er mellem 25 og 64 år; kun 1,2 pct. er 24 år eller derunder, mens 2,6 pct. er 65 år eller derover, jf. Tabel 3.1. Alderssammensætningen hos fysioterapeuter i praksissektoren afspejler overordnet set aldersfordelingen hos den samlede arbejdsstyrke af fysioterapeuter, dog er andelen af fysioterapeuter mellem 35 og 44 år i praksissektoren lidt lavere, mens der er en højere andel af 25- til 34-årige.

Tabel 3.1 Alderssammensætningen hos fysioterapeuter i praksissektoren og den samlede arbejdsstyrke af fysioterapeuter

	Fysioterapeuter i praksissektoren (pct.)				Alle	Arbejdsstyrken af fysioterapeuter (pct.)
	Ikke-ejer med ydernummer	Ikke-ejer uden ydernummer	Klinikejere med ydernummer	Klinikejere uden ydernummer		
24 år eller derunder	1,4	2,2	0,0	0,0	1,2	1,4
25-34 år	38,3	54,1	4,3	14,5	34,1	31,0
35-44 år	27,7	23,5	23,0	30,3	26,2	31,3
45-54 år	20,1	13,4	34,0	30,3	21,8	20,7
55-64 år	10,2	5,6	33,7	21,7	14,1	13,4
65-74 år	2,1	1,3	4,4	3,2	2,4	2,0
75 år eller derover	0,1	0,0	0,7	0,0	0,2	0,3

Anm.: Data vedr. fysioterapeuter i praksissektoren er baseret på dataudtræk fra Danske Fysioterapeuters medlemsregister 1. nov. 2019. Data vedr. arbejdsstyrken af fysioterapeuter er baseret på data fra 2016

Note: Opgørelsen af fysioterapeuter i praksissektoren er baseret på medlemmer med stillingskategorien ejer med ydernummer, ejer uden ydernummer, basis, § 24-ansat, lejer med ydernummer, lejer uden ydernummer, mobilfysioterapeut, ridefysioterapeut og vikar.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra Danske Fysioterapeuters medlemsregister og data for *arbejdsstyrken af sundhedsuddannede* fra eSundhed: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede#tabpanel43F6DDCA227E46BFB8B8F7468D3FDE45>

²⁸ Estimeret på baggrund af data fra Danske Fysioterapeuters medlemsregister (udtræk 1. november 2019).

Hvis vi alene ser på aldersfordelingen blandt fysioterapeuter i praksissektoren, tegner der sig et billede af, at de +45-årige er overrepræsenterede blandt klinikejere, mens de 24- til 44-årige er overrepræsenterede blandt ikke-ejere med ydernummer. Billedet er lidt anderledes for fysioterapeuter på klinikker uden for overenskomsten. Ikke-ejere på klinikker uden for overenskomsten er markant yngre end fysioterapeuterne i praksissektoren generelt set. Således er hele 54 pct. af ikke-ejere på klinikker uden for overenskomsten 25-34 år. Klinikejere uden for overenskomsten er generelt yngre end klinikejere inden for overenskomsten.

3.1.3 Antal ejere under overenskomsten er faldet og antal ansatte er steget

Fysioterapeuter i praksissektoren er enten ejere, lejere, ansatte eller vikarer på den klinik, de arbejder på, se afsnit 2.3 for nærmere beskrivelse heraf.

Antallet af ejere, ansatte, vikarer og lejere, som praktiserer under overenskomsten, er ændret i perioden 2007 til 2019, jf. Tabel 3.2. Antallet af ejere er reduceret med lidt over 100, mens antallet af ansatte er steget med over 1.000. Antallet af vikarer er lidt over fordoblet til små 300, mens antallet af lejere er steget med lidt over 100 fra 1.047 til 1.156. Det betyder, at stigningen bestående af 1.200 ekstra fysioterapeuter, der er blevet tilknyttet overenskomsten i perioden 2007 til 2019, primært er drevet af en stigning i antallet af ansatte. Det kan i den sammenhæng bemærkes, at en del af stigningen i 2018 og 2019 i antallet af ansatte kan skyldes, at der har været et øget fokus på, at det er vigtigt, at klinikken sikrer sig, at regionen har kendskab til alle ansatte fysioterapeuter, som leverer ydelser under overenskomsten. Danske Fysioterapeuter gennemførte i efteråret 2018 en kampagne over for deres medlemmer i forhold til at sikre, at klinikkerne registrerer alle ansatte, som leverer ydelser under overenskomsten. Endvidere kan regionerne med den nyeste overenskomst, det vil sige med virkning fra 2019, pålægge et omsætningsloft fra den dato, hvor ansættelsen er sket – også i de tilfælde, hvor regionen først senere bliver opmærksom på ansættelsen (§ 24 stk. 3 i (3)). Det vil sige, at de kan pålægge klinikken et omsætningsloft med tilbagevirkende kraft.

Tabel 3.2 Antallet af ejere, ansatte, vikar og lejere i praksissektoren 2007-2019

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ejer	877	857	827	799	800	792	778	776	779	779	773	771	772
Ansæt	112	108	125	171	227	303	384	372	482	590	653	833	1.152
Vikar	132	153	158	178	157	178	191	237	233	220	256	287	291
Lejer	1.047	1.082	1.144	1.184	1.175	1.189	1.191	1.195	1.186	1.179	1.179	1.168	1.156
Ukendt	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	2.172	2.202	2.256	2.334	2.360	2.463	2.545	2.581	2.681	2.769	2.862	3.060	3.372

Anm.: Opgjort pr. 1. januar i pågældende år.

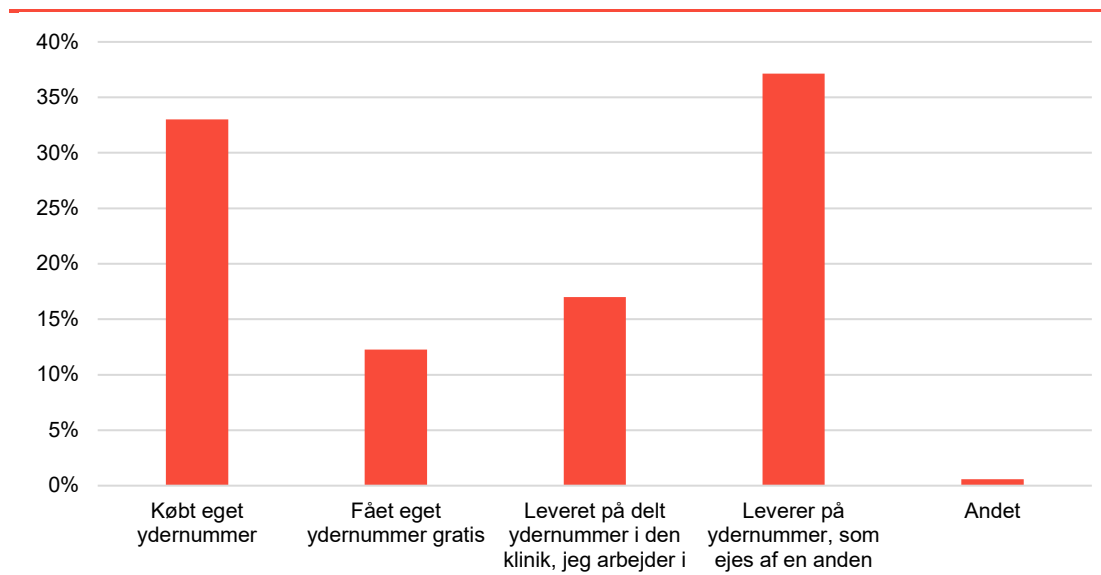
Kilde: eSundhed om ydere i praksis (<https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Ydere-i-praksis#tabpanel8A63FD4CA62D4CD491BD6E6D75058021>)

3.1.4 Hvordan adgangen til at arbejde under praksisoverenskomsten er opnået

Fysioterapeuter, som arbejder under overenskomsten, er i VIVEs spørgeskema blevet spurgt om, hvordan de har fået adgang til at levere ydelser under praksisoverenskomsten. Ca. en tredjedel af de fysioterapeuter, der har besvaret spørgsmålet svarer, at de har "købt" sig adgang til at levere ydelser under praksisoverenskomsten på den måde, at de har købt et ydernummer, jf.

Figur 3.4. Lidt over 10 pct. angiver, at de har fået eget ydernummer gratis, mens over 50 pct. af deltagerne angiver, at de leverer ydelser på et ydernummer, som de ikke selv ejer.

Figur 3.4 Hvordan deltagere i VIVEs spørgeskema har fået adgang til at levere ydelser under overenskomsten



Kilde: Estimeret baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse, n = 506 (set fra højre mod venstre fordeler svarene sig med 167, 62, 86, 188 og 3).

3.2 Nøgletal for klinikkerne

For at få en fornemmelse af klinikkerne i fysioterapipraksissektoren i forhold til antal, størrelse mv. beskrives følgende nøgletal for klinikkerne i dette afsnit: antal klinikker, ydernumre og kapaciteter, ydelsesmønstre, samt klinikstørrelse, klinikformer og -fællesskab, klinikernes specialiseringsniveau og ventetid.

3.2.1 Antal klinikker, ydernumre og kapaciteter inden for overenskomsten

Tabel 3.3 viser, at der samlet er 498 klinikker tilknyttet overenskomsten, som tilsammen har 1.735 ydernumre, men et samlet kapacitet på 1.285. Over halvdelen af den samlede kapacitet i de enkelte regioner stammer fra kapaciteter på over 30 timer med en vis variationen i den konkrete andelsfordeling mellem regionerne.

Tabel 3.3 viser yderligere, at der er en vis spredning i antal indbyggere pr. kapacitet på tværs af regionerne. Region Syddanmark har vurderet ud fra kapaciteten den højeste dækning af fysioterapiydelser pr. indbygger, mens Region Sjælland har den laveste. I gennemsnit er det på landsplan 4.518 indbyggere pr. kapacitet.

Tabel 3.3 Antal klinikker, kapaciteter og indbyggere pr. kapacitet fordelt på region inden for overenskomsten, 2019

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Total
Antal klinikker	57	120	118	118	85	498
Antal ydernumre*	144	414	378	564	245	1.756
Samlet antal kapaciteter**	129	304	244	407	201	1.285
Antal indbyggere	589.755	1.320.678	1.223.348	1.835.562	836.738	5.806.081
Antal indbyggere pr. kapacitet	4.572	4.344	5.014	4.510	4.163	4.518

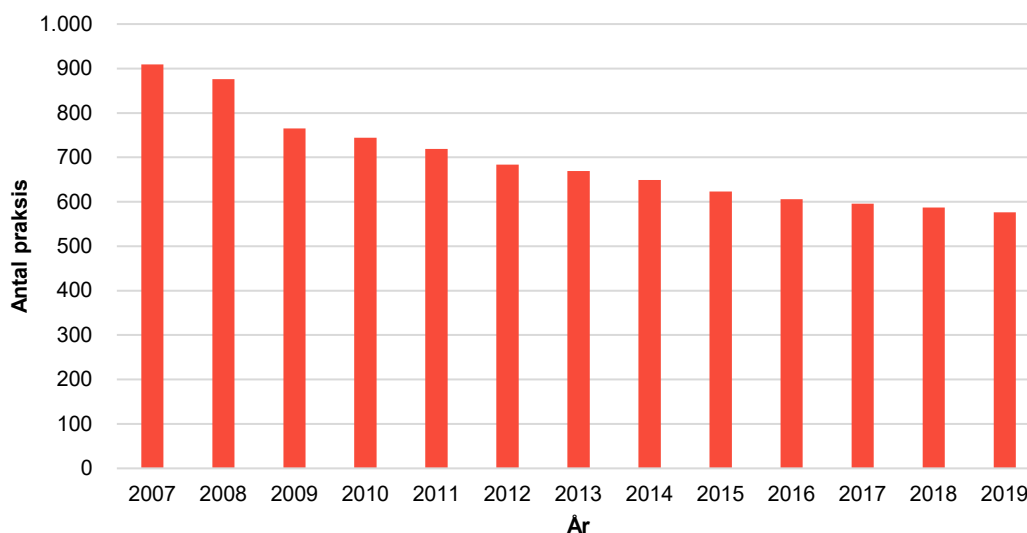
Anm.: **Antal kapaciteter under 30 timer tæller en halv, og kapaciteter over 30 timer tæller en hel

Note: *Antallet af ydernumre inkl. mobile fysioterapeuter, men ekskl. ridefysioterapeuter.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra regionerne.

Antallet af klinikker tilknyttet overenskomsten er faldet fra 909 til 576 i perioden 2007 til 2019, jf. Figur 3.5. Dette svarer til en reduktion i antallet af klinikker på 37 pct. Ifølge regionerne har antallet af ydernumre været så godt som konstant igennem de sidste ti år. Der har således kun været foretaget to nynedsættelser i Region Syddanmark og ingen i de andre regioner, hvis man ser bort fra mobile fysioterapeuter.²⁹

Figur 3.5 Udviklingen i antallet af klinikker tilknyttet praksisoverenskomsten, 2007-2019



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af tal fra Danske Regioner.

Det har siden 2015 været muligt, at fysioterapeuter, som har tiltrådt overenskomsten, kan eje eller være medejere af en eller flere klinikker under overenskomsten, som fysioterapeuten ikke selv praktiserer fra, under forudsætning af, at fysioterapeuten praktiserer regelmæssigt på mindst én overenskomstmeldt klinik (§ 39 stk. 2 i (3)). Frie Praktiserende Fysioterapeuter har anmodet regionerne om aktindsigt i, hvem der har ejerskabet af klinikkerne med ydernummer,

²⁹ Region Hovedstaden slog i 2013 og 2016 henholdsvis tre og to kapaciteter (to ydernumre med 0,5 kapacitet og ét med 1 kapacitet). Alle disse var mobile med fast kliniktilknytning.

og deres omsætningsforhold. Danske Fysioterapeuter har i denne forbindelse modtaget de samme oplysninger fra regionerne, og VIVE har på baggrund heraf modtaget en opgørelse af omfanget af klinikker, som er ejet efter reglen om, at man kan eje flere klinikker uden selv at praktisere fra den, fra Danske Fysioterapeuter. Det har kun været muligt for Danske Fysioterapeuter at foretage en opgørelse for Region Midtjylland. Af denne opgørelse fremgår det, at ca. 10 pct. af Region Midtjyllands klinikker er ejet efter reglen om, at man kan eje flere klinikker uden selv at praktisere fra den.

3.2.2 Antal klinikker uden for overenskomsten

Antallet af private klinikker uden for overenskomsten er i mangel af bedre forsøgt estimeret via behandlingsstedsregistret og sundhed.dk.

Behandlingsstedsregisteret er Styrelsen for Patientsikkerheds register over alle statslige, regionale, kommunale og private behandlingssteder i Danmark (§ 1 i (31)). Alle selvstændige behandlere³⁰ skal registrere sig i behandlingsstedsregisteret, herunder selvstændige, som arbejder uden for overenskomsten. Antallet af behandlingssteder uden for overenskomsten er opgjort ved at trække antallet af overenskomstklinikker fra det samlede antal behandlingssteder registreret i behandlingsstedsregisteret. Herved er der identificeret 704 behandlingssteder uden for overenskomsten.

Under "Find behandler" på sundhed.dk er der registeret 130 klinikker uden ydernummer (32).

Antallet af behandlingssteder uden for overenskomsten må således forventes at ligge et sted i mellem 130 og 704 klinikker, idet tallene fra sundhed.dk og behandlingsstedsregistret, henholdsvis kan ses som et under- og overestimat. Klinikkerne skal selv aktivt gå ind og registrerer sig på sundhed.dk, hvorfor der må forventes at forekomme en vis underregistrering. Estimatet fra behandlingsstedsregistret kan ses som et overestimat som følge af, at det ikke er sikkert, at al aktivitet registreret under fysioterapi kan sidestilles med den behandling, der generelt foregår i praksissektoren. Endvidere er det ikke muligt på baggrund af behandlingsstedsregistret at afgøre, hvor mange ydelser der leveres af det enkelte behandlingssted.

3.2.3 Fysioterapeuter inden for overenskomsten arbejder også uden for overenskomsten

Fysioterapeuter tilknyttet overenskomsten har som tidligere nævnt mulighed for også at levere ydelser uden for overenskomsten.

Tabel 3.4 viser en opgørelse af, hvor stor en andel af fysioterapeuter i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, som arbejder på et ydernummer, som også leverer ydelser uden for overenskomsten, fordelt på klinikejere, indlejere, ansatte og vikarer. Tabellen viser, at hovedparten af fysioterapeuterne, som arbejder på et ydernummer, også leverer ydelser uden for overenskomsten. Dette synes særligt at være udtalt for klinikejere med ydernummer, mens en større andel af indlejere med ydernummer har angivet, at de kun leverer behandling på ydernummer. Antallet af inkluderede ansatte og vikarer i spørgeskemaundersøgelsen er så lavt, at det ikke er muligt at fortolke på deres besvarelser.

³⁰ Man er selvstændig behandler, hvis man har sit eget CVR-nummer og dermed er den ansvarlige for sin faglige virksomhed.

Tabel 3.4 Andelen af fysioterapeuter inden for overenskomsten i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, som også arbejder uden for overenskomsten

	Leverer kun behandling på ydernummer	Leverer både behandling med og uden ydernummer	Antal besvarelser
Klinikejere med ydernummer	17 pct.	83 pct.	249
Indlejere med ydernummer	42 pct.	58 pct.	342
Ansatte og vikarer tilknyttet et ydernummer	22 pct.	78 pct.	27

Anm.: Kun tre vikarer indgår i besvarelsen.

Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

3.2.4 Klinikstørrelse

Det findes ingen officielle opgørelser af størrelsen af fysioterapiklinikker henholdsvis inden for og uden for overenskomsten. Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at 74 pct. af de deltagende klinikker³¹ (n = 457) har tilknyttet andre fysioterapeuter til klinikken end klinikejeren selv, jf. Tabel 3.5. Langt størstedelen af klinikker med mere end en fysioterapeut har tilknyttet mellem 3 og 15 fysioterapeuter. Klinikker med ydernummer har i højere grad end klinikker uden ydernummer angivet at have ansat personale eller indlejere. Således angiver 94 pct. af klinikejerne med ydernummer, at de har ansatte eller indlejere, mens det kun er tilfældet for 40 pct. af klinikejerne uden ydernummer.³²

Tabel 3.5 Antallet af fysioterapeuter tilknyttet de deltagende fysioterapeutklinikker

Antal fysioterapeuter	1	2	3-5	6-9	10-15	Over 15	Total
Antal klinikker	121	34	119	86	71	26	457
Andel	26 pct.	7 pct.	26 pct.	19 pct.	16 pct.	6 pct.	100 pct.

Note: Antal refererer her til antal personer tilknyttet og ikke antal fuldtidsstillinger.

Kilde: Baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse – spg. til klinikejere vedr. personale tilknyttet deres klinik(ker).

Over halvdelen af klinikkerne (55,6 pct.), angiver, at de har ansat sekretærer. Antallet af sekretærer tilknyttet de enkelte klinikker er typisk en til to personer. Lidt under en tredjedel af klinikkerne (28,2 pct.) har ansat massører. Typisk er der tilknyttet en til to massører til klinikken. Herudover har lidt under en fjerdedel af klinikkerne (23,6 pct.) ansat andet personale. Andet personale består af en bred gruppe af forskellige fagprofiler som fx trænings-/fitness-/yogainstruktør, osteopat, ergoterapeut, fodterapeut, bandagist, zoneterapeut, akupunktør, diætist, rengøringsassistent, bogfører og it-medarbejder.³³

Langt hovedparten af de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse (90 pct.) har angivet, at de ejer 1 klinik. 6 pct. har angivet, at de ejer 2 klinikker, og 4 pct. har angivet, at de ejer 3-5 klinikker.

³¹ Alle klinikejere har fået stillet dette spørgsmål, men da nogle har flere klinikker og derfor har afgivet flere svar, benyttes termen "deltagende klinikker" her

³² Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 457 klinikker, 313 med ydernummer og 144 uden ydernummer.

³³ Dette afsnit er baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse – spørgsmål til klinikejere vedrørende personale tilknyttet deres klinik(ker).

Tabel 3.6 Andelen af arbejdstid brugt på administration og ledelse hos de deltagende klinikejere

	Under 10 pct.	Mellem 10 og 24. pct.	Mellem 25 og 50 pct.	Mere end 50 pct.	Ved ikke	Total
Med ydernummer	12,9 pct.	44,9 pct.	22,7 pct.	18,0 pct.	1,6 pct.	100,0 pct.
Uden ydernummer	27,5 pct.	48,1 pct.	13,0 pct.	4,6 pct.	6,9 pct.	100,0 pct.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse: Estimatet er baseret på data fra 387 klinikker.

De deltagende klinikejere med ydernummer i VIVEs spørgeskemaundersøgelse bruger en større del af deres arbejdstid på administration og ledelse sammenlignet med dem uden ydernummer, jf. Tabel 3.6. Ligeledes har en større andel af de deltagende klinikejere med ydernummer end andelen uden ydernummer gennemført efteruddannelse, kurser mv. rettet mod at drive forretning eller administration og ledelse (60 pct. versus 25 pct.).³⁴ Videreuddannelsen har typisk bestået i Danske Fysioterapeuters kurser i ledelse, gennemførelse af diplomuddannelse i ledelse, diverse regnskabs- og markedsføringskurser og kommunale iværksætterkurser. Forskellen kan bl.a. afspejle, at en større andel af klinikejerne med ydernummer har angivet at have personale ansat, jf. afsnit 3.2.4.

3.2.5 Klinikformer og klinikfælleskab

Forhold omkring klinikformer og klinikfællesskaber er afdækket via VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Blandt de deltagende klinikker i VIVEs spørgeskemaundersøgelse har klinikker, der ikke er tilknyttet overenskomsten, i større omfang klinikfælleskab med andre faggrupper end overenskomstklinikkerne. 39,7 pct. af klinikker uden overenskomst har således klinikfælleskab mod 24,2 pct. af overenskomstklinikkerne.³⁵ Tabel 3.7 viser en oversigt over, hvilke faggrupper klinikejerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse har angivet at have klinikfælleskab med, og omfanget heraf. Faggruppen andet dækker bl.a. over jordemoder, tandlæge, psykoterapeut, bioanalytiker, motorisk vejleder, sygeplejerske, sexolog og talepædagog samt de samme faggrupper, som i afsnittet ovenfor er angivet under andet personale tilknyttet de enkelte klinikker, undtagen rengøringsassistent, bogfører og it-medarbejder.

Tabel 3.7 Andelen af klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, der har klinikfælleskab med andre fysioterapeuter, praktiserende læger, speciallæger, psykologer, ergoterapeuter, kiropraktorer, akupunktører og andre faggrupper. Procent

	Andre fysioterapeuter	Praktiserende læger	Speciallæge	Psykologer	Ergoterapeuter	Kiropraktorer	Akupunktører	Andet
Andel	10,9	3,6	3,6	5,9	1,8	4,1	5,2	18,1

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse: Estimatet er baseret på data fra 387 klinikejere, hvoraf 114 har et klinikfælleskab.

Det fremgår af Tabel 3.8, at enkeltmandsvirksomhed er den hyppigste virksomhedsform, efterfulgt af ejerskabsformen anpartsselskab (APS). Alle klinikejere af tre til fem klinikker i VIVEs spørgeskemaundersøgelse har med undtagelse af en ejerskabsformen anpartsselskab (ApS.).

³⁴ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 387 klinikejere, 256 med ydernummer og 131 uden yddernr.

³⁵ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 387 klinikejere, 256 med ydernummer og 131 uden yddernr.

Tabel 3.8 Ejerskabsform blandt de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Procent

	Enkeltmandspraksis	Kompagnisel-skab (I/S)	Anpartsselskab (ApS)	Andet
Andel	44,4	17,9	37,1	0,7

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse: Estimatet er baseret på data fra 448 klinikker.

Ca. 17 pct. af de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse har klinik(ker), der indgår i et kædesamarbejde, jf. Tabel 3.9. Det er primært klinikejere med ydernummer, som indgår i et kædesamarbejde.

Tabel 3.9 Andelen af klinikejere i VIVEs spørgeskema, som har klinikker, der indgår i et kædesamarbejde. Procent

	Kædesamarbejde	Ikke kædesamarbejde	Nogle af klinikejerens klinikker
Med ydernummer	14,6	48,2	0,5
Uden ydernummer	1,8	35,7	0,0
Samlet	16,4	83,9	0,5

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelse: Estimatet er baseret på data fra 387 klinikker.

En større andel af de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse med ydernummer har indgået samarbejde med netværk som Falck Healthcare eller andre virksomheder, som udbyder sundhedsydelser eller forsikringer, end klinikejere uden ydernummer. Ca. 70 pct. af klinikejere med ydernummer har indgået aftale versus 18 pct. af klinikejere uden ydernummer.³⁶ Der er i besvarelsene eksempler på mange forskellige aftaler. I lige under halvdelen af tilfældene (47.pct.) består aftalen i, at klinikken stiller garanti om påbegyndelse af behandling inden for en given tidsperiode, mod at der bliver henvist til den pågældende klinik. Ligeledes er aftale om henvisning til/anbefaling af klinikken uden aftale om en form for modydelse hyppigt forekommende i besvarelsene.³⁷ De deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskema, som ikke har indgået en aftale med netværk, angiver, at dette skyldes den økonomiske ramme (42 pct.), den faglige ramme (41 pct.) og/eller en anden grund (47 pct.).³⁸ Anden grund er fx, at de ikke ønsker at være bundet af de krav, der er i aftalerne ift. administration/behandling, at klinikken ikke er blevet spurgt, at klinikken ikke har behov for flere patienter, at klinikken ikke er stor nok, at den er ny, eller at den ikke har ydernummer.

3.2.6 Specialisering af klinikker

Der er flere specialiserede klinikker uden for overenskomsten end inden for overenskomsten, blandt de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskema. Ca. 45 pct. af de deltagende klinikejere med ydernummer angiver, at deres klinik er specialiseret, mens det er ca. 76 pct. for klinikejerne uden ydernummer.³⁹ Specialiseringen kan enten være i form af behandlingsmetode (fx McKenzie), patient-/diagnosegruppe (fx idrætsskader, kræft eller sklerose), eller hvilken lægemisdelen problematikken er relateret til (fx ryg, bækken, underliv, knæ eller fødder).

³⁶ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 384 klinikejer, 251 med ydernummer og 131 uden ydernummer

³⁷ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 199 klinikejere.

³⁸ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 183 klinikejere.

³⁹ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 385 klinikejere, 254 med ydernummer og 131 uden yddernr.

Faglige forhold frem for økonomiske forhold har tilskyndet de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskema til specialisering, jf. Tabel 3.10. Faglige forhold synes at spille en større rolle for klinikejere uden ydernummer end for klinikejere med ydernummer, idet henholdsvis 80 pct. og 63 pct. af klinikejerne med og uden ydernummer har svaret, at faglige forhold i høj eller meget høj grad har tilskyndet til specialisering. Økonomiske forhold har i mindre grad tilskyndet de deltagende klinikejere uden ydernummer end deltagerne med ydernummer til specialisering, idet henholdsvis 37 pct. og 17. pct. af klinikejere uden og med ydernummer har svaret, at økonomiske forhold "slet ikke" har tilskyndet til specialisering.

Tabel 3.10 Om økonomiske og/eller faglige forhold har tilskyndet til specialisering. Procent

		Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Tilskyndet af økonomiske forhold	Med yder-nummer	17 pct.	27 pct.	36 pct.	14 pct.	5 pct.
	Uden yder-nummer	37 pct.	17 pct.	25 pct.	12 pct.	9 pct.
Tilskyndet af faglige forhold	Med yder-nummer	1 pct.	4 pct.	28 pct.	40 pct.	27 pct.
	Uden yder-nummer	6 pct.	2 pct.	12 pct.	27 pct.	53 pct.

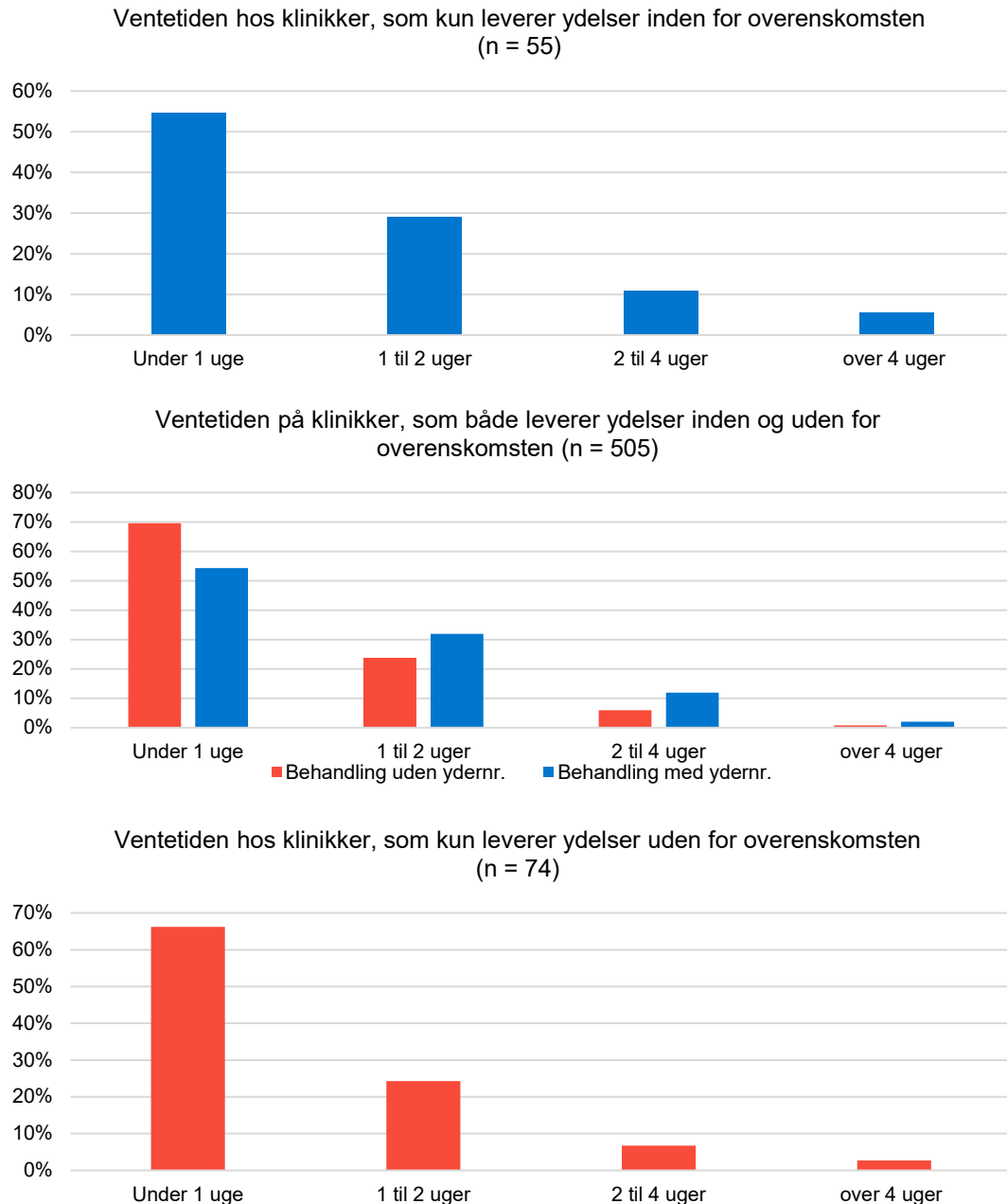
Kilde: Data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse: Baseret på besvarelse fra 213 klinikejere, 213 med ydernummer og 100 uden ydernummer.

Der er ikke et ønske om specialisering hos hovedparten af de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, som i dag ikke har en specialiseret klinik. Henholdsvis 81 pct. og 77 pct. af de deltagende klinikejere med og uden ydernummer ønsker ikke at specialisere deres klinik.⁴⁰ Økonomi og tid er de primære begrundelser for ikke at have specialiseret sin klinik blandt de deltagende klinikejere, som ikke har specialiseret deres klinik, men gerne vil.

⁴⁰ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 171 klinikejere, 140 med ydernummer og 31 uden ydernummer

3.2.7 Ventetid

Figur 3.6 Ventetiden for en ikke-akut patient i september måned 2019, fordelt på kliniktype og på ydelser inden for og uden for overenskomsten



Anm.: Klinikejere uden ydernummer har ikke fået dette spørgsmål.

Kilde: Baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Figur 3.6 viser ventetiden for en ikke-akut patient i september måned 2019 fordelt på kliniktype og opdelt på ydelser inden for og uden for overenskomsten. Ventetiderne er baseret på oplysninger fra klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Grundet sæsonvariation kan de af-rapporterede data ikke bruges til at udtale sig om den årlige gennemsnitlige ventetid i praksis-sektoren. De af-rapporterede ventetider kan imidlertid bruges til at give en indikation af om, der

generelt synes at være en forskel i ventetiderne på behandling uden for og inden for overenskomsten. Figur 3.6 viser, at ventetiden for behandling inden for overenskomsten er længere end for behandlinger uden for overenskomsten på klinikker, som både leverer ydelser inden for og uden for overenskomsten (midterste figur). Ventetiden hos klinikker, som kun leverer ydelser inden for overenskomsten, er ligeledes højere end ventetiden hos klinikker, som kun leverer ydelser uden for overenskomsten (sammenligning af den øverste og nederste figur). Overordnet set er ventetiden således længere for ydelser inden for overenskomsten end for ydelser uden for overenskomsten for de inkluderede klinikker i VIVEs spørgeskemaundersøgelser.

3.3 Økonomi

Dette afsnit belyser forskellige aspekter af de økonomiske forhold relateret til fysioterapipraksissektoren. Afdækningen af de offentlige udgifter til praksissektoremrådet er i afsnittet afgrænset til kun at omfatte udgifterne til sygesikringsydelser, som også udgør langt størstedelen af de offentlige udgifter til fysioterapipraksissektoren. Udgifterne til § 2-aftaler og kommunernes udgifter til almindelig ambulant genoptræning; genoptræning, ikke-indlæggelseskrævende sygdom og vedligeholdelsestræning er således ikke afdækket. Det skyldes, at det ikke er muligt via de officielle statistikker at trække retvisende data ud herfor, idet det er forskelligt, hvor kommunerne konterer disse ydelser. Endvidere indeholder de konti, de fysioterapeutiske ydelser registreres på i kommunerne, også andre ydelser, der ikke er relateret til fysioterapipraksissektoren.

Afsnittet indledes med en beskrivelse af de offentlige udgifter til sygesikringsydelser i praksissektoren og udviklingen i dem efterfulgt af to korte afsnit omkring patient- og forsikringsselskabernes udgifter til overenskomstdækkede ydelser. Herefter beskrives økonomiske forhold for de enkelte klinikker i forhold til omsætning, hvor mange klinikker der har limitering, prisen for et ydernummer, priser på behandling, provisionssatsen for indlejere samt gennemsnitslønnen for ansatte og vikarer.

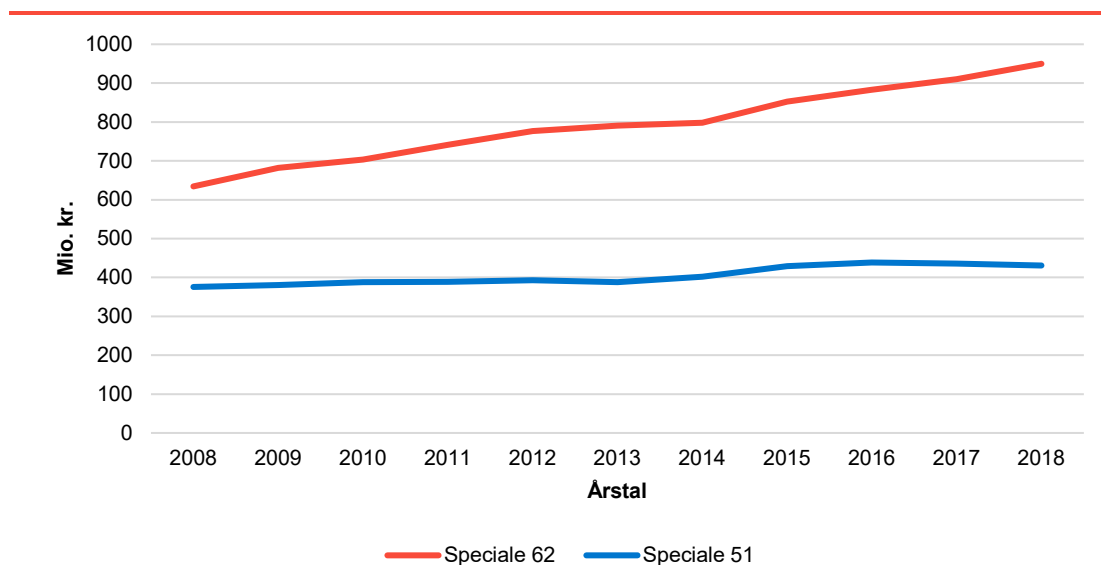
3.3.1 Offentlige udgifter til praksissektoren

I 2018 blev der udbetalt 1,5 mia. kr. i honorarer til de praktiserende fysioterapeuter for levering af ydelser i forbindelse med specialerne almindelig fysioterapi (speciale 51), vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og ridefysioterapi (speciale 65). Honorar udbetalt til vederlagsfri fysioterapi stod for 65 pct. af udgifterne, mens almindelig fysioterapi og ridefysioterapi stod for henholdsvis 29 pct. og 6 pct. af udgifterne. Vederlagsfri fysioterapi er således opgjort i udgifter det langt største speciale, mens almindelig fysioterapi er langt det største opgjort i antal patienter (jf. afsnit 3.4.6). Grunden til denne forskel er, at regionerne kun betaler ca. 39,3 pct.⁴¹ af udgifterne til den almindelige fysioterapi, mens kommunerne betaler 100 pct. af udgifterne til den vederlagsfrie fysioterapi.

Udgifterne til specialerne 51 og 62 er i perioden 2008 til 2018 steget fra 1 mia. kr. til 1,4 mia. kr. (2018-priser). Væksten i udgifterne har primært været drevet af, at der er sket en stigning i udgifter til det vederlagsfrie område, jf. Figur 3.7. Stigningen i udgifterne til vederlagsfri fysioterapi i perioden 2008 til 2018 svarer i faste priser til en stigning på 50 pct.

⁴¹ Tidligere ca. 40 pct.

Figur 3.7 Regionernes udbetaling af honorarer til de praktiserende fysioterapeuter til vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og almindelig fysioterapi (speciale 51) (2018-priser)



Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af <https://www.statistikbanken.dk/SYGUS1> (fysioterapi 51, fysioterapi 62).

Væksten i udgifterne til fysioterapi i praksissektoren afspejler, at der først fra 2019 er blevet indført en fast økonomisk ramme for speciale 62, mens der har været en fast økonomisk ramme for speciale 51 side 2015, jf. afsnit 2.4.1.

3.3.2 Patientudgifter

Kommunerne betaler 100 pct. af udgifterne til vederlagsfri fysioterapi (speciale 62), mens regionerne giver tilskud til almindelig fysioterapibehandling (speciale 51). Tilskuddet til almindelig fysioterapi udgør gennemsnitlig ca. 39,3 pct. af det fulde honorar. Det vil sige, at patientandelen udgør ca. 60,7 pct. Det svarer til, at patienterne i 2018 havde udgifter til almindelig fysioterapi på ca. 666 mio. kr. Hertil kommer et ukendt beløb til patientudgifter til fysioterapiydelser, som leveres uden for overenskomsten.⁴²

3.3.3 Forsikringsselskabernes udgifter

Forsikringsselskabernes udgifter til fysioterapi, kiropraktik mv. var i 2018 på ca. 600 mio. kr. (33). Dette beløb er ekskl. Sygeforsikringen "danmark"s udgifter til fysioterapipraksissektoren. Af tallene til Forsikring & Pension fremgår det, at der set over perioden 2003-2018 er sket en relativ stigning i udgifterne til fysioterapi, kiropraktik mv. (ibid.).

3.3.4 De enkelte klinikers omsætning

Der findes ingen officielle opgørelser af omsætningen pr. fysioterapiklinik eller pr. praktiserende fysioterapeut. De enkelte klinikers omsætning inden for ydernummersystemet er afdækket via

⁴² | Danmarks Statistiks forbrugerundersøgelse (<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/priser-og-forbrug/forbrug/forbrugsundersoegelsen>) indgår udgifter til bl.a. fysioterapi, herunder også borgernes egenbetaling, det er dog ikke muligt at udlede udgifterne ud fra de data, som stilles gratis til rådighed.

opgørelser herfor modtaget af Danske Fysioterapeuter, mens klinikkernes samlede omsætning er forsøgt afdækket via VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Som nævnt i afsnit 3.2.1 har Danske Fysioterapeuter via en aktindsigt fra Frie Praktiserende Fysioterapeuter fået adgang til de enkelte klinikkers omsætning inden for ydernummersystemet. VIVE har på baggrund heraf modtaget en opgørelse fra Danske Fysioterapeuter af omsætningen inden for ydernummersystemet for klinikker i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, da tallene fra regionerne kun umiddelbart muliggør en sådan opgørelse fra disse to regioner. Tabel 3.11 viser omsætningen inden for ydernummersystemet for klinikkerne i Region Midtjylland og Hovedstaden. Af Tabel 3.11 fremgår det, at langt hovedparten af klinikkerne har en omsætning under 7,5 mio. kr., men også at der inden for de to regioner er klinikker med en forholdsvis stor omsætning inden for ydernummersystemet.

Tabel 3.11 Omsætningen inden for ydernummersystemet (inkl. patientandel) fordelt pr. klinik for Region Hovedstaden og Midtjylland, 2018

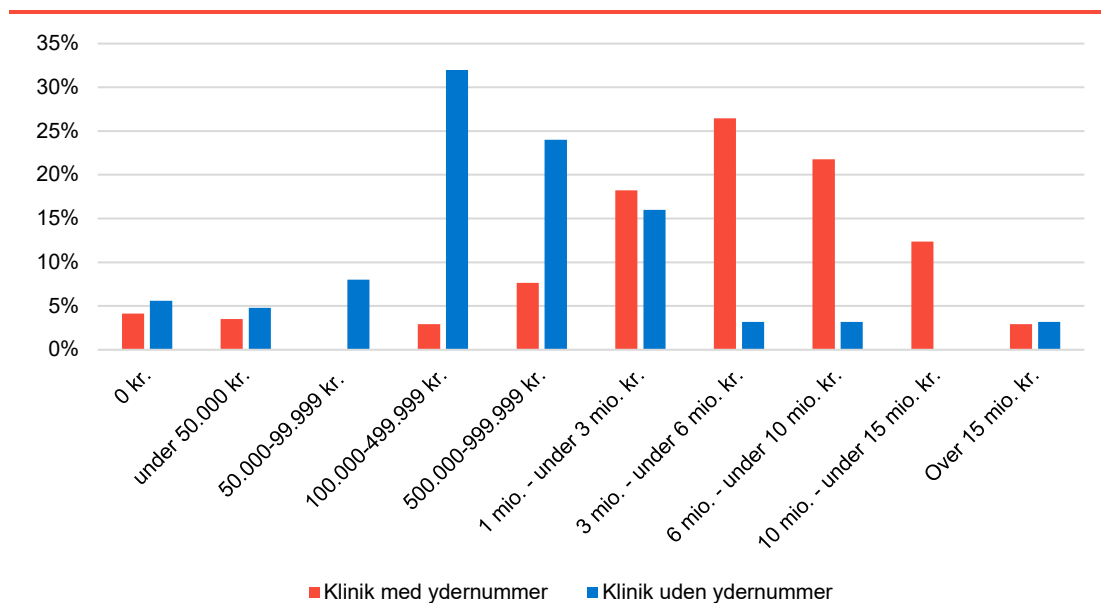
	Omsætning inden for ydernummersystemet (mio. kr.)							I alt
	< 2,5	2,5-4,9	5,0-7,4	7,5-9,9	10-12,4	12,5-14,	>15	
Antal klinikker	60	85	49	27	12	3	2	238

Note: Omsætningsopgørelsen er grupperet efter praksisadresse.

Kilde: Opgørelse modtaget fra Danske Fysioterapeuter. Opgørelsen er baseret på data fra Region Hovedstaden og Midtjylland.

Figur 3.8 viser omsætning i 2018 for de inkluderede klinikker i VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Omsætningsfordelingen viser, at andelen af klinikker med en omsætning over en million kroner er højere for klinikker med et ydernummer end for klinikker uden, med forbehold for repræsentativitet. Forskellen er særligt udtalt for klinikker med en omsætning mellem 3 og 15 millioner kr. Der kan være mange årsager til denne observerede forskel. En årsag kan være, at klinikker med ydernummer generelt er større end klinikker uden ydernummer, jf. afsnit 3.2.4. Oplysninger om omsætning kan opleves som værende følsomme data, hvorfor der også er klinikejere, som ikke har ønsket at besvare spørgsmålet. Trods den manglende repræsentativitet kan opgørelsen bruges til at give det billede af variationen inden for praksisområdet og mellem klinikker, der er tilknyttet og ikke tilknyttet overenskomsten.

Figur 3.8 Klinikernes samlede omsætning i 2018, opdelt på klinikker med og uden ydernummer (n = 295)

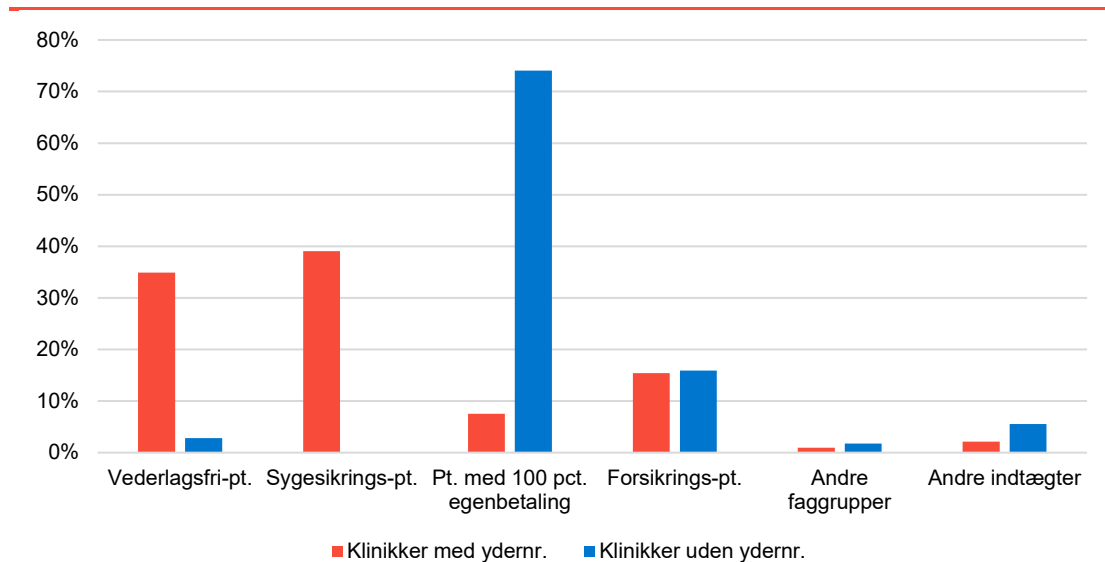


Note: Besvarelse fra 170 klinikker med ydernummer og 125 klinikker uden ydernummer.

Kilde: Baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Klinikejerne blev i VIVEs spørgeskemaundersøgelse bedt om at angive, hvor stor en del af klinikkenes omsætning, som stammer fra henholdsvis vederlagsfrie patienter, sygesikringspatienter, patienter med 100 pct. egenbetaling, forsikringspatienter, ydelser fra andre faggrupper (fx kiropraktor, diætist og massør) og andre indtægter. Figur 3.9 viser en oversigt over fordelingen af klinikkenes omsætning. De inkluderede klinikker uden ydernummer får primært deres omsætning fra patienter med 100 pct. egenbetaling og forsikringspatienter, mens klinikker med ydernummer primært får deres omsætning fra vederlagsfrie patienter, sygesikringspatienter og forsikringspatienter.

Figur 3.9 Hvor stor en del af de i VIVEs spørgeskemaundersøgelse inkluderede klinikers omsætning, som stammer fra henholdsvis vederlagsfrie patienter, sygesikringspatienter, patienter med 100 pct. egenbetaling, forsikringspatienter, ydelser fra andre faggrupper* og andre indtægter



Anm.: Estimaterne er baseret på opgørelser fra 309 klinikker, 178 klinikker med ydernummer og 131 klinikker uden ydernummer.

Note: *Andre faggrupper, så som fx kiropraktor, diætist og massør.

Kilde: Data fra VIVEs spørgeskema.

De to anvendte kategorier sygesikringspatienter og forsikringspatienter er ikke gensidigt udelukkende, idet forsikringspatienter, hvis de har en henvisning og benytter en klinik med ydernummer, kan få sygesikringstilskud. Det betyder, at respondenterne, alt efter hvordan de har fortolket svarkategorierne, kan have fordelt forsikringspatienter, som modtager sygesikringstilskud, under enten sygesikringspatienter eller forsikringspatienter. De to søjler skal derfor ikke enkeltvis tillægges for stor betydning.

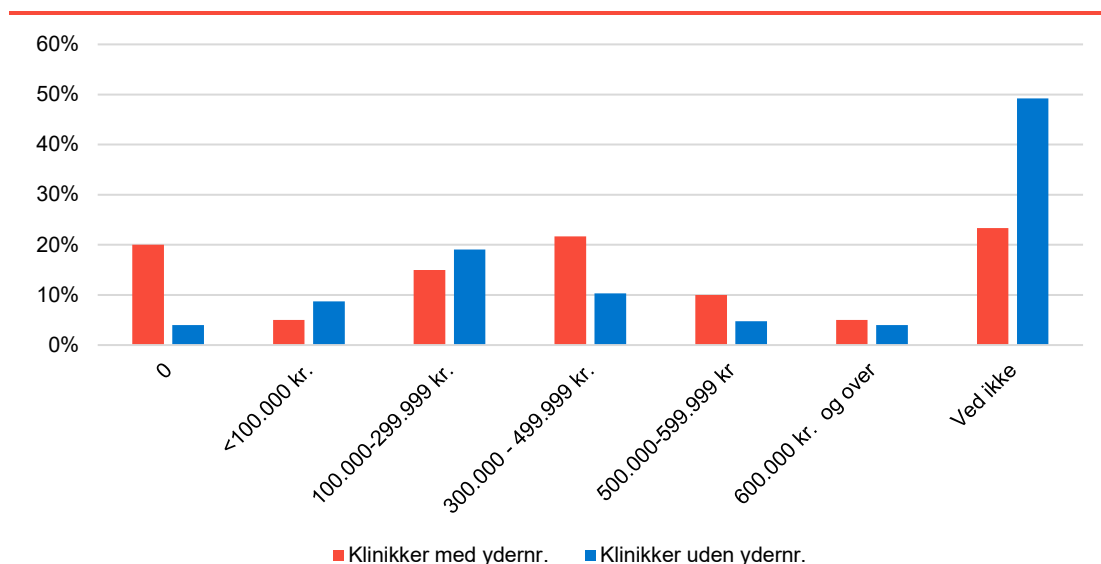
Henholdsvis 37 pct. og 20 pct. af klinikerne med og uden ydernummer har i VIVEs spørgeskemaundersøgelse angivet, at der er sket betydelig ændringer af klinikkens omsætningsfordeling de sidste 2 år.⁴³ Flere forsikringspatienter er den hyppigst angivne ændring. Få oplever imidlertid det modsatte, nemlig at de har færre eller ingen forsikringspatienter fx som følge af, at nogle af forsikringsselskaberne stiller krav om, at patienterne kun må benytte klinikker, der er tilknyttet overenskomsten. Flere oplever, at omsætningen uden for sygesikringen er blevet større igennem de senere år. I forhold til vederlagsfrie patienter er der ikke et klart mønster, idet nogle har oplevet en vækst i antallet af vederlagsfrie patienter, mens andre har oplevet det modsatte.

For at afdække indkomstbilledet hos klinikejere de første år efter opstart blev klinikejerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, spurgt om deres årlige gennemsnitlige indkomst og værdiopbygning (fx i form af investering i udstyr og ejendom) de første nul til 3 år efter etableringen af klinikken. Kun klinikejere, som har etableret klinik fra 2011 og frem, fik spørgsmålet. Figur 3.10 og Figur 3.11 viser fordelingen af den årlige gennemsnitlige indkomst og værdiopbygning

⁴³ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 308 klinikker.

blandt de deltagende klinikejere. Figurene viser, at der er en stor spredning i den årlige gennemsnitlige indkomst, samt at der er mange af klinikejerne, der ikke har kunnet svare på spørgsmålet.

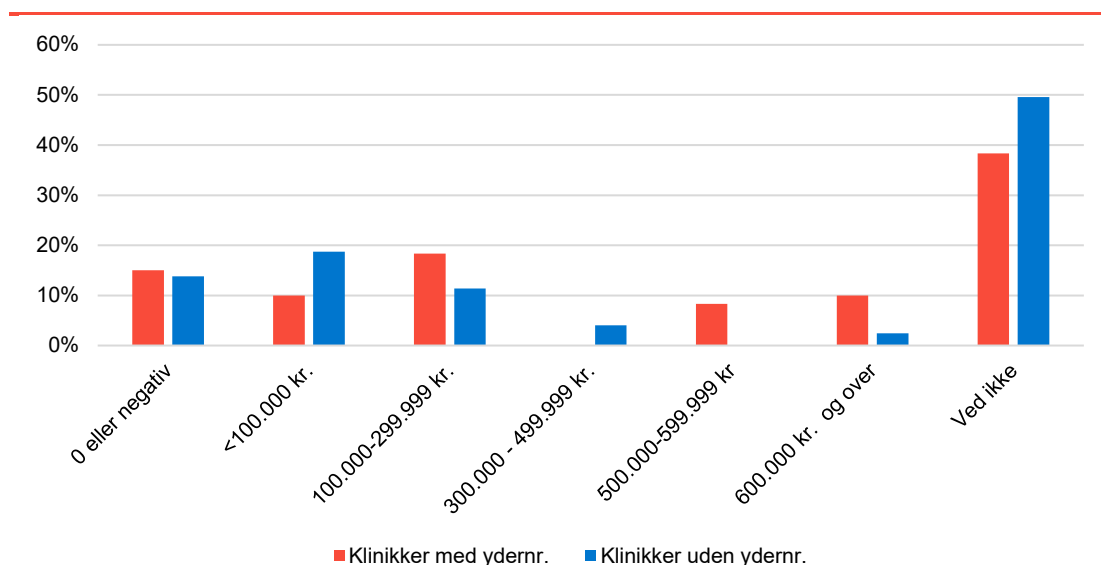
Figur 3.10 Fordelingen for den gennemsnitlig årlige indkomst de første 0 til 3 år hos klinikejere, som har etableret klinik fra 2011 og frem, opdelt på klinikker med og uden ydernummer



Anm.: N = 186, væsentligt flere besvarelser fra klinikejere uden ydernummer,

Kilde: Data fra VIVEs spørgeskema.

Figur 3.11 Fordelingen af den gennemsnitlig årlige værdiopbygning de første 0 til 3 år hos klinikejere, som har etableret klinik fra 2011 og frem, opdelt på klinikker med og uden ydernummer.



Anm.: N = 183, væsentligt flere besvarelser fra klinikejere uden ydernummer. På grund af for få observationer er der ikke afrapporteret for kategorien 500.000-599.999 kr. for klinikker uden ydernummer.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Klinikejerne kan selv vælge, hvor meget af omsætningen de henholdsvis tager ud som indtægt til dem selv og bruger på afdrag af bygninger mv. (dvs. værdiopbygning). Et mere retvisende billede for, hvor meget "overskud" klinikkerne genererer de første år, fås at kigge på den årlige gennemsnitlige indtjening og værdiopbygning samlet. Hvis vi gør det, finder vi, at det gennemsnitlige årlige overskud for klinikker med og uden ydernummer de første nul til 3 år henholdsvis er ca. 448.000 kr. og ca. 315.000 kr. Blandt de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse er der således et større overskud de første år hos klinikejere med ydernummer. Gennemsnittene er baseret på samlet 83 observationer, hvorfor man skal være varsom med at foretage konklusioner på baggrund af de observerede gennemsnit.

3.3.5 Klinikker med limitering

Tabel 3.12 viser, at der er et stort spænd i omsætningsloftet for henholdsvis kapaciteter under og over 30 timer både inden for den enkelte region og mellem regionerne. Endvidere viser tabellen, at det højeste omsætningsloft for kapaciteter under 30 timer i alle regioner er, højere end det laveste omsætningsloft for kapaciteter over 30 timer. Årsagen til dette er, at der ikke er en klar definition af en kapacitet i forhold til omsætning, og at limiteringen fastsættes på baggrund af de foregående 3 års omsætning, jf. afsnit 2.4.2.

Tabel 3.12 Antallet af ydernumre med limiteringer samt maks.- og min.-værdierne for omsætningsloftet på henholdsvis kapaciteter over og under 30 timer med limitering

		Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland
Kapaciteter under 30 timer	Antal limiteringer	10 ydernr.	138 ydernr.	10 ydernr.	26 ydernr.	12 ydernr.
	Laveste omsætningsloft	877.992 kr.	804.478 kr.	844.108 kr.	649.998 kr.	249.557 kr.
	Højeste omsætningsloft	1.732.465 kr.	1.906.580 kr.	1.465.674 kr.	2.087.970 kr.	1.602.677 kr.
Kapaciteter over 30 timer	Antal limiteringer	14 ydernr.	59 ydernr.	141 ydernr.	30 ydernr.	52 ydernr.
	Laveste omsætningsloft	1.399.129 kr.	841.023 kr.	1.088.061 kr.*	927.032 kr.	760.308 kr.
	Højeste omsætningsloft	3.172.064 kr.	3.693.359 kr.	2.699.395 kr.	2.414.985 kr.	2.751.686 kr.

Anm.: *Reduceret til 822.973 kr. pga. overskridelse.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra regionerne.

3.3.6 Udviklingen i prisen på et ydernummer

Prisen på et ydernummer er i VIVEs spørgeskemaundersøgelse blevet afdækket ved, at klinikejerne med ydernummer først blev spurgt om, hvad den samlede handelspris ved køb af klinik (dvs. inklusive ydernummer, lokaler, materiel, goodwill, kundekartotek mv.) var, og herefter blev bedt om at angive, hvor stor en del af denne pris de skønnede, at selv ydernummeret/ydernumrene udgjorde. På baggrund heraf er der blevet beregnet en cirkapris pr. ydernummer. Tabel 3.13 viser gennemsnitsprisen pr. ydernummer for handler foretaget i perioderne henholdsvis 1991-2009 og 2010-2019. Umiddelbart vil det forventes, at prisen på et ydernummer med en kapacitet over 30 timer vil være højere end prisen for et ydernummer med en kapacitet under 30 timer, og at der derfor burde tages højde for det ved beregningen af prisen på et ydernummer. Dette kan fx gøres ved, at et ydernummer med en kapacitet over 30 timer tæller én, og et ydernummer med en kapacitet på under 30 timer tæller en halv. Jf. afsnit 3.3.5 synes der imidlertid ikke at være en entydig skelnen mellem omsætningen for kapaciteter over og

under 30 timer. Gennemsnitsprisen for et ydernummer er derfor i Tabel 3.13 angivet både, hvor alle ydernumre tæller én, og hvor ydernumre med kapacitet under 30 timer tæller en halv.

Tabel 3.13 Udviklingen i prisen på et ydernummer, 2019-priser

	Antal handler	Gennemsnitspris pr. ydernummer, hvor ydernummer under 30 timer tæller ½, og over 30 timer tæller 1	Gennemsnitspris pr. ydernummer, hvor alle ydernumre tæller 1
År 1991-2009	75	849.881 kr.	584.861 kr.
År 2010-2019	74	1.719.911 kr.	1.176.056 kr.

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Tabel 3.13 viser – uagtet opgørelsesmetode – at der cirka er sket en fordobling af prisen for et ydernummer fra perioden før 2010 til perioden efter 2010.

3.3.7 Priser på behandling

For at undersøge prissætningen af ikke-overenskomstdækkede ydelser blev klinikker uden ydernummer og klinikker, som har ydernummer, men som også leverer ydelser uden for overenskomsten, i VIVEs spørgeskema spurgt om deres priser på ni standardydelse i fysioterapi-praksissektoren, når de leverer ydelsen uden for overenskomsten. De afrapporterede medianpriser for de ni standardydelse fremgår af Tabel 3.14.

Tabel 3.14 viser, at der er forskel i prissætningen mellem klinikker, som kun behandler uden for overenskomsten, og klinikker, som både behandler inden for og uden for overenskomst. Sidstnævnte har en lavere prissætning af de fire ydelser, som også indgår i overenskomsten, og prissætningen svarer til de overenskomstfastsatte priser.

Tabel 3.14 Priser på ni standardydelser uden for overenskomsten hos henholdsvis behandlere, som kun leverer ydelser uden for overenskomsten, og behandlere, som både leverer ydelser inden for og uden for overenskomsten. Nederst angives de overenskomstreguleret priser for de ydelser, som indgår i overenskomsten

	Første konsultation	Normal behandling	Kort behandling	Opfølgende træningsterapi	Ultralyd	Akupunktur inkl. behand- ling	Laser	Rasktræning pr. gang	GLA:D-forløb
Behandler kun uden for overenskomst (medianpris)	500 kr. (n = 167)	400 kr. (n = 171)	275 kr. (n = 92)	200 kr. (n = 39)	300 kr. (n = 9)	299 kr. (n = 48)	150 kr. (n = 7)	116 kr. (n = 21)	2.500 kr. (n = 19)
Behandler både inde og uden for overens- komst (medianpris)	450 kr. (n = 257)	288,53 kr. (n = 256)	192,36 kr. (n = 113)	96,18 kr. (n = 114)	299 kr. (n = 45)	285 kr. (n = 164)	150 kr. (n = 93)	100 kr. (n = 35)	2.500 kr. (n = 27)
Overenskomstpriser	453,79 kr.	288,53 kr.	192,36 kr.	96,18 kr.	-	-	-	-	-

Kilde: Estimer baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse og honorartakster for fysioterapi 51 gældende fra den 1. oktober 2019.

7,5 pct. af respondenterne i VIVEs spørgeskema har angivet, at de/den klinik, de arbejder for, inden for de seneste 2 års tid af konkurrencemæssige årsager har været nødt til at sætte listeprisen ned på behandlinger uden for overenskomsten.⁴⁴ Prisnedsættelse af konkurrencemæssige årsager er blandt spørgeskemadeltagerne mere udtalt på klinikker uden for overenskomsten, idet 10,4 pct. af fysioterapeuter, som arbejder uden for overenskomsten, har svaret ja til, at de har sat prisen ned, mens det kun er 6,0 pct. af fysioterapeuterne inden for overenskomsten, som har svaret ja. Første konsultation og normalbehandling er de to ydelser, hvor der hyppigst er angivet, at der er foretaget prisnedsættelse af konkurrencemæssige årsager blandt de ni ydelser, der er spurgt ind til i spørgeskemaet (de ni ydelser fremgår af Tabel 3.14). Ovenstående tal vedrørende prisnedsættelser skal ses i lyset af, at spørgeskemaet ikke er repræsentativt, og at det er et begrænset antal, der trods alt har svaret ja på spørgsmålet.

Prisdifferentiering i forhold til forskellige kundegrupper forekommer blandt de adspurgte fysioterapeuter og særligt blandt fysioterapeuter, som ikke er tilknyttet overenskomsten. Blandt fysioterapeuter, som ikke er tilknyttet overenskomsten, har 25 pct. i spørgeskemaet angivet, at de prisdifferentierer, mod 9 pct. hos dem, som er tilknyttet overenskomsten.⁴⁵ Andelen af kunder, som ikke betaler listeprisen, er imidlertid større hos klinikker med ydernummer (median 16 pct. versus 11 pct.).⁴⁶ Det skal i den sammenhæng understreges, at det kun er på ydelser leveret uden for overenskomsten, der kan prisdifferentieres. Der prisdifferentieres særligt i forhold til idrætsforeninger, firmaaftaler (herunder forsikringsselskaber), specialiserings-/erfaringsniveau, stamkunder og mindre bemidlede kunder (fx pensionister og studerende), men også for at sikre konkurrenceevne hos ikke-overenskomsttilknyttede klinikker ved kun at kræve patientandelen for behandlinger, hvor patienten har en henvisning.

3.3.8 Indlejernes udgifter til ejerne

Indlejre betaler typisk en vis andel af deres indtjening i leje til klinikejeren. Over 82 pct.⁴⁷ af de adspurgte indlejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse betaler således også aktivitetsbestemt leje til klinikejeren.⁴⁸ Den aktivitetsbestemte leje til klinikejeren kan være fastsat på mange forskellige måder, fx som en fast gennemsnitsandel af indtjeningen eller som en depressivsats. Ved sidstnævnte er indlejerens betaling til ejeren faldende med stigende aktivitet, fx ved at lejeren betaler 40 pct. til ejeren af de først tjente 20.000 kr. pr. måned og 35 pct. af den resterende indtjening.

Lejerne med aktivitetsbestemt leje i VIVEs spørgeskemaundersøgelse betaler i gennemsnit ca. 43 pct. af deres indtjening i leje til klinikejeren.⁴⁹ Med forbehold for datamaterialets størrelse synes der ikke at være forskel i lejesatsen mellem indlejere med ydernummer og indlejere uden ydernummer. Ud over at betale aktivitetsbestemt leje til klinikejeren har en lille andel på 4 pct.

⁴⁴ Estimatet er baseret på svar fra 545 personer, 7,5 pct. svarede ja til, at de havde sat listeprisen ned, 80,9 pct. svarede nej, og 11,6 pct. svarede ved ikke.

⁴⁵ Estimatet er baseret på svar fra 77 personer.

⁴⁶ Estimatet er baseret på svar fra 76 personer.

⁴⁷ 82 pct. af indlejerne har ved det direkte spørgsmål om, hvorvidt de betaler leje, angivet, at det gør de. Blandt gruppen, der har svaret nej til dette spørgsmål, fremgår det imidlertid ud fra efterfølgende svar, at nogle af dem betaler leje, hvorfor den reelle andel er over 82 pct.

⁴⁸ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 387 indlejere.

⁴⁹ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 294 indlejere.

angivet, at de yderligere har separate udgifter til klinikejeren til henholdsvis sekretær og husleje, og 21 pct. har angivet, at de har andre udgifter til klinikejeren.⁵⁰ Andre udgifter til klinikejeren er fx udgifter til administration (dvs. computer, internet, gebyr til dankort, journalsystem, sms-service) og udstyr/faciliteter (tape, nåle, basinleje, leasing af laser).

17 pct. af indlejerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, som betaler aktivitetsbestemt leje til ejeren, har i løbet af de senere år oplevet, at der er sket ændringer i deres lejesats.⁵¹ Ændringen har i 65 pct. af tilfældene medført, at lejesatsen er steget. Dette estimat er imidlertid kun baseret på 51 besvarelser. Endvidere angiver en mindre andel af indlejerne (12 pct.), at der de senere år er sket væsentlige ændringer i indlejraftalen ud over ændring den aktivitetsbestemte lejesats og husleje. Ændringerne består fx af ændrede krav til arbejdstid, tilføjelse af konkurrenceklausul og kortere opsigelsesvarsel.

3.3.9 Gennemsnitslønnen for ansatte og vikar

Gennemsnitslønnen kan være med til at sige noget om de samlede vilkår i praksissektoren. Tabel 3.15 viser den nyeste opgørelse af gennemsnitslønnen for ansatte og vikarer efter, om klinikken har ydernummer eller ej, baseret på Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse 2019. Grundet det lave antal besvarelser fra ansatte og vikarer på klinikker, som ikke har ydernummer, giver det ikke mening at sammenligne de to gennemsnitslønninger. Ejere og indlejere indgår ikke i Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse, hvorfor deres lønniveau er ukendt.

Tabel 3.15 Gennemsnitsnettoløn for ansatte og vikarer i fysioterapipraksissektoren efter ydernummer (løn ekskl. pension)

	Løn	Antal
Klinikken har ydernummer	kr. 31.861	235
Klinikken har ikke ydernummer	kr. 35.841	6

Anm.: Lønnen er omregnet til fuldtid.

Kilde: Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse 2019, Lønberegneren ApS.

3.4 Arbejdsforhold i fysioterapipraksissektoren

Dette afsnit belyser forskellige aspekter af arbejdsforholdene i praksissektoren, hvilket kan bruges til at give et billede af arbejdspresset i praksissektoren, herunder om der er forskel i arbejdsforholdene mellem klinikker, der er tilknyttet overenskomsten, og klinikker, der ikke er tilknyttet. Afsnittet er baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Det betyder, at afsnittet primært omhandler ejere og indlejere, jf. afsnit 1.2.

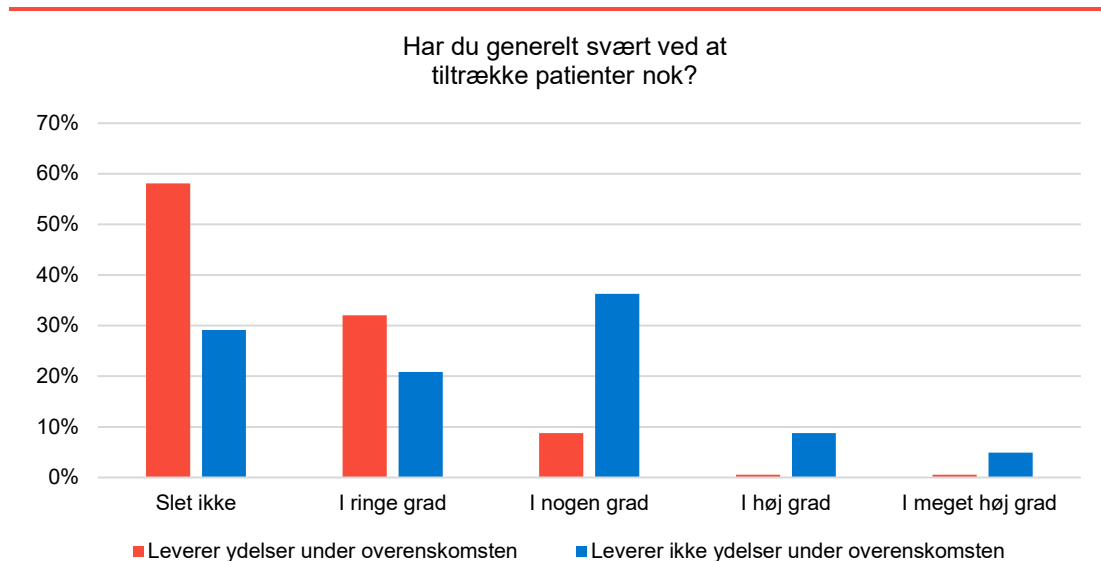
3.4.1 Det kan være svært at tiltrække patienter

Figur 3.12 viser, at næsten 60 pct. af de fysioterapeuter, som leverer ydelser under overenskomsten, slet ikke oplever problemer med at tiltrække patienter nok, mens lidt over 30 pct. oplever det i ringe grad og i nogen grad. Fysioterapeuter som ikke leverer ydelser under overenskomsten, synes i større grad at have problemer med at tiltrække patienter nok. Over 30 pct. angiver, at de i nogen grad har problemer med at tiltrække patienter nok, og over 10 pct. svarer, at de i høj grad eller i meget høj grad har problemer med dette.

⁵⁰ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 294 indlejere.

⁵¹ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 294 indlejere.

Figur 3.12 Vurdering af, hvor svært det er at tiltrække patienter, blandt deltagere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, opdelt på om behandleren leverer ydelser under overenskomsten eller ej

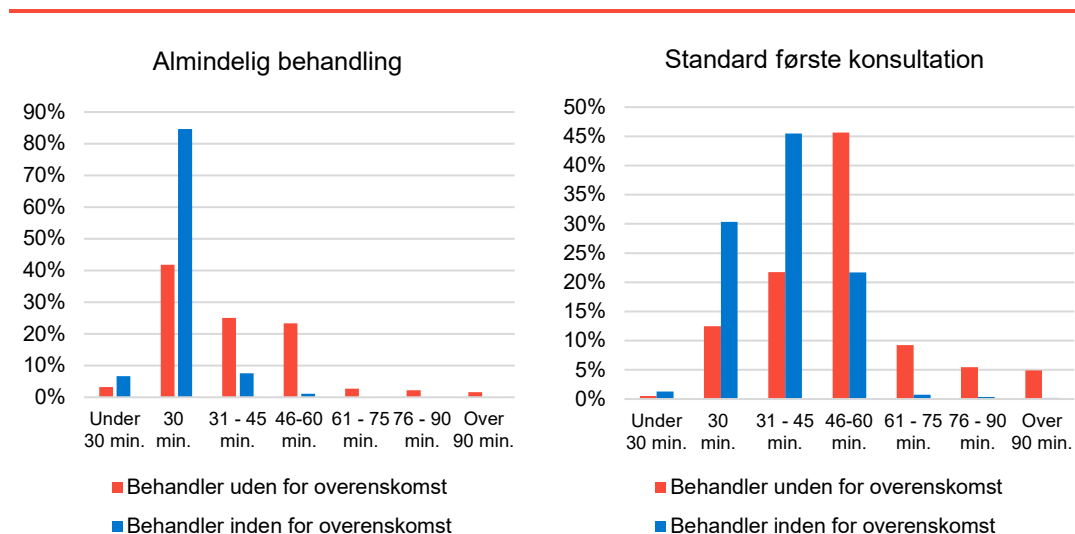


Kilde: Estimer baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse, n = 719 (537 leverer under overenskomst, og 182 leverer uden for overenskomst).

3.4.2 Behandlingstid og antal behandlingssessioner

I VIVEs spørgeskemaundersøgelse blev respondenterne bedt om at angive, hvor lang tid de har afsat til en standard første konsultation og almindelig behandling. Den afsatte tid kan sige noget om, hvor presset den enkelte fysioterapeut er i sin hverdag i forhold til at "skulle mølle patienter igennem". Figur 3.13 tegner umiddelbart et billede af, at behandlere inden for overenskomsten har afsat kortere tid til behandlingerne end behandlere uden for overenskomsten.

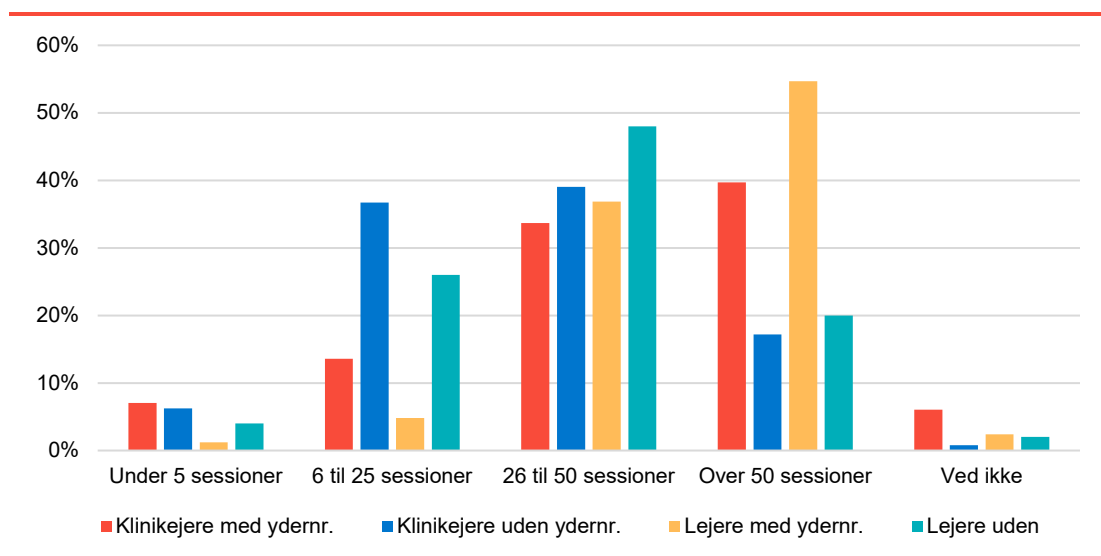
Figur 3.13 Tid afsat til henholdsvis en standard første konsultation og til en almindelig behandling inden for og uden for overenskomsten



Kilde: Data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimerne er baseret på svar 552 fysioterapeuter med ydernummer og 184 fysioterapeuter uden ydernummer.

Der kan være flere årsager til den observerede forskel i den afsatte tid til behandling mellem behandlere inden for og behandlere uden for overenskomsten. En årsag kan være, at behandlere uden for overenskomsten leverer en mere specialiserede behandling, som tager længere tid. En anden årsag kan være, at behandlere uden for overenskomsten har lavere efterspørgsel, og at de derfor har mulighed for at afsætte mere tid til den enkelte patient.

Figur 3.14 Hvor mange behandlingssessioner (inkl. holdtræning) udfører du i alt ca. pr. uge? (n = 708)



Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

Figur 3.14 viser, hvor mange ugentlige behandlingssessioner (inkl. holdtræning) klinikejere og lejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse har angivet at have. Af figuren fremgår det, at en højere andel af behandlere med ydernummer har over 50 ugentlige sessioner, end tilfældet er blandt behandlere uden et ydernummer.

3.4.3 Arbejdstid

Der er stor variation i den gennemsnitlige arbejdstid hos respondenterne, både inden for og mellem de forskellige stillingskategorier, jf. Tabel 3.16. Ejerne arbejder i gennemsnit mere end lejerne og de ansatte. Lejerne og de ansatte har i gennemsnit en nogenlunde lige lang arbejdsuge.

Tabel 3.16 Ugentlig arbejdstid

Ugentlig arbejdstid	Min.	Maks.	Gennemsnit	Antal respondenter
Ejer med ydernummer	20	72	45,21	150
Ejer uden ydernummer	5	113*	41,98	119
Lejer med ydernummer	15	113*	37,35	309
Lejer uden ydernummer	14	52	35,21	48
Ansæt i klinik med ydernummer	27	47	37,73	22
Ansæt i klinik uden ydernummer	27	42	36,83	6

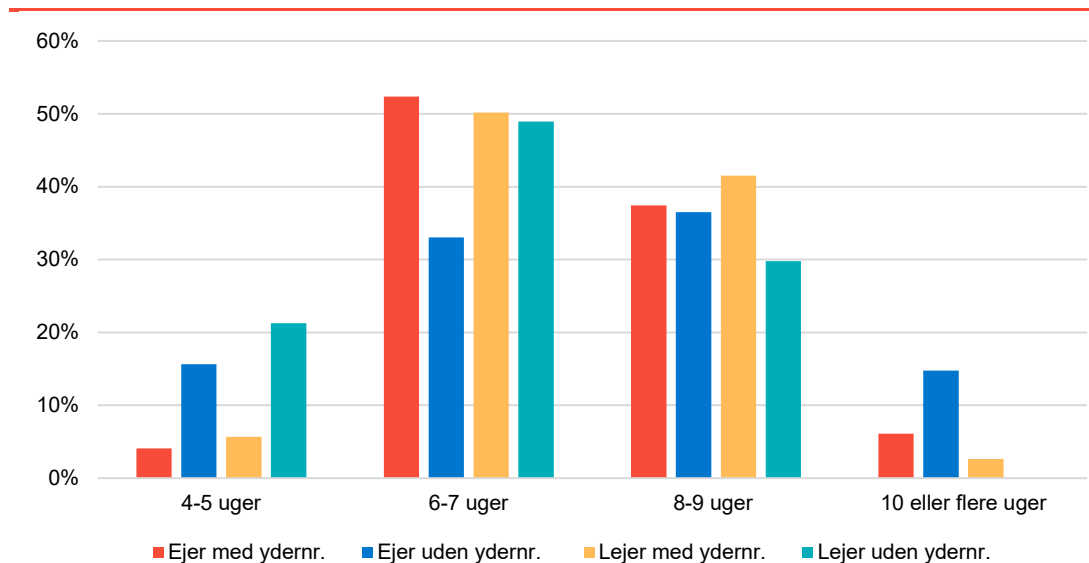
Anm.: Ugentlig arbejdstid for vikarer er ikke angivet grundet for få observationer.

Note: *Virker ikke realistisk, eftersom det svarer til over 16 timer pr. dag alle ugens 7 dage. For ejere uden ydernummer er der fire, som har indtastet værdier i det leje, herefter er den næste værdi 82 timer. For lejere er den næsthøjeste værdi 62 timer.

Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

3.4.4 Årligt antal ferieuger

Figur 3.15 Ferieuger årligt, opgjort for ejere og lejere henholdsvis med og uden ydernummer (n = 610)



Anm.: Tal for 1-2 uger vises ikke pga. for få observationer. Vikarer indgår ikke i opgørelsen pga. for få observationer til, at det vil være meningsfuldt at inkludere dem.

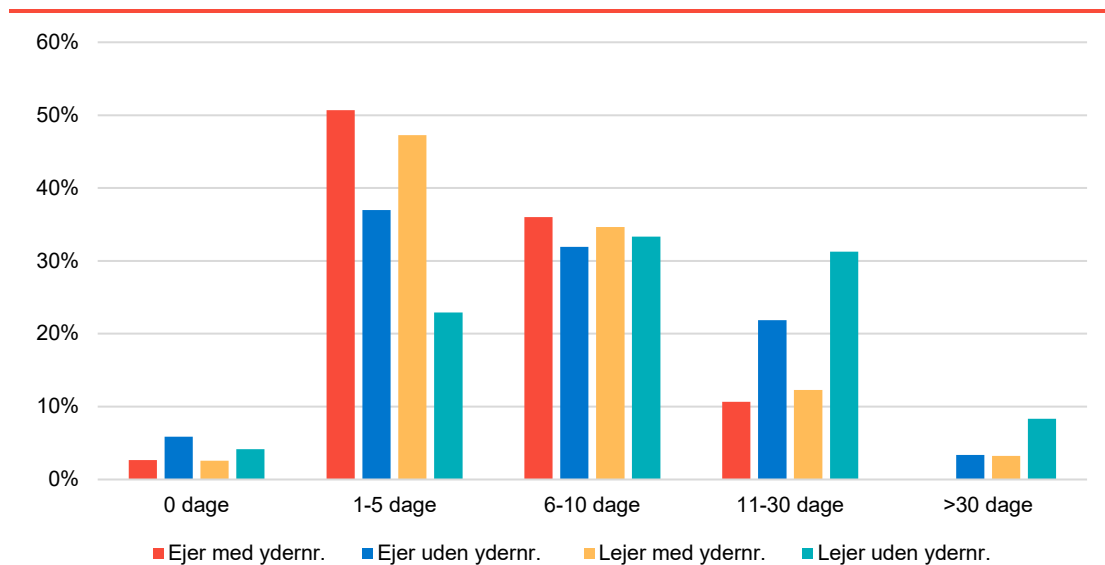
Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskema undersøgelse.

Figur 3.15 viser årligt antal afholdte ferieuger for henholdsvis deltagende ejere og deltagende lejere med og uden ydernummer i VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Langt hovedparten af alle deltagende ejere og lejere holder mellem 6 og 9 ugers ferie.

3.4.5 Efter- og videreuddannelse

Næsten alle af de deltagende klinikejere og lejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse bruger årligt tid på efter- og videreuddannelse, jf. figur 3.8. Hovedparten af deltagerne bruger årligt 1-10 dage på efter- og videreuddannelse, mens en mindre andel bruger over 11 dage. Blandt dem, der bruger over 11 dage om året på videreuddannelse, er der en større andel af respondenter, som arbejder uden ydernummer. Sidstnævnte tal skal dog fortolkes varsomt, idet at opgørelsen for 11 til 30 dage for respondenter uden ydernummer er baseret på 41 observationer.

Figur 3.16 Årligt antal hele dage brugt på efter-/videreuddannelse blandt deltagerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, opgjort for ejere og lejere henholdsvis med og uden ydernummer (n = 626)



Anm.: Ansatte og vikarer indgår ikke i opgørelsen pga. for få observationer til, at det vil være meningsfuldt at inkludere dem.
Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

3.4.6 Specifikke forhold for ikke klinikejere

Langt hovedparten af de deltagende ikke-klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse arbejder i én klinik (90 pct.), og næsten ingen arbejder i mere end to klinikker (under 2 pct.).⁵² Ikke-klinikejere er primært repræsenteret af indlejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelser, hvorfor det ikke kan udelukkes, at billedet ville have set anderledes ud, hvis der havde været en større repræsentation af ansatte og vikarer i undersøgelsen.

Administrationsbyrden er noget lavere hos de deltagende indlejere end blandt klinikejerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse (klinikejernes tid brugt på administration fremgår af Tabel 3.6). 57 pct. af indlejerne har angivet, at de bruger mindre end 2 timer pr. måned på administration, mens 15 pct. bruger 2-3 timer, 5 pct. bruger henholdsvis 4-5 timer og over 5 timer pr. måned.⁵³

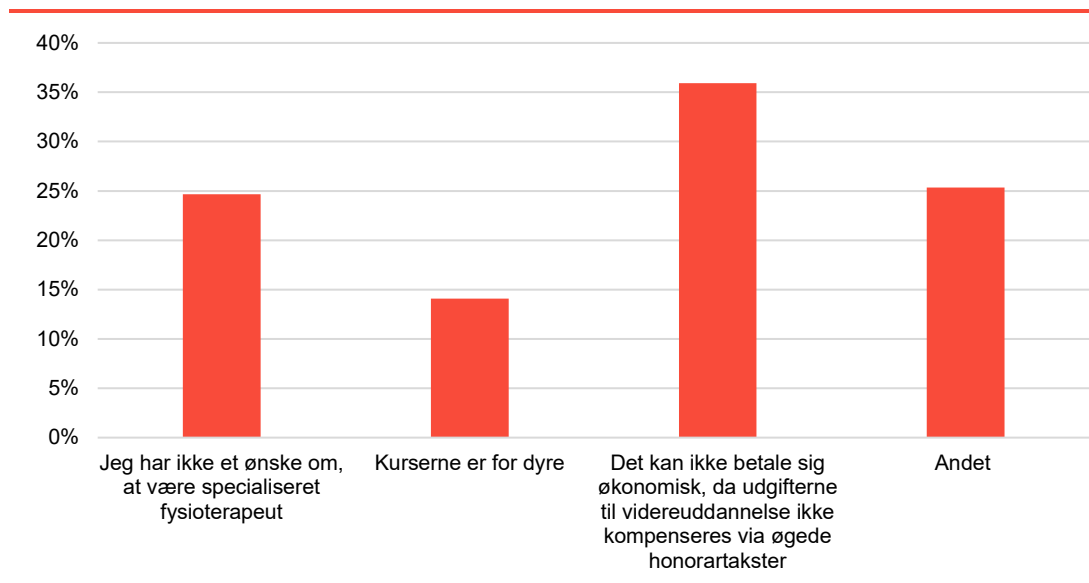
Ca. 69 pct. af de deltagende ikke-klinikejere har specialiseret sig inden for en bestemt type behandling eller diagnose.⁵⁴ Figur 3.18 viser, hvad der har afholdt de deltagende ikke-klinikejere, som ikke er specialiserede, fra at specialisere sig.

⁵² Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 454 ikke klinikejere.

⁵³ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 311 indlejere. 19 pct. af disse svarede "ved ikke" til spørgsmålet om hvor lang tid de bruger på administration.

⁵⁴ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 454 ikke klinikejere.

Figur 3.17 Hvad der har afholdt deltagende ikke-klinikejere fra at specialisere sig



Kilde: Data baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat er baseret på data fra 142 ikke klinikejere, som har angivet ikke at være specialiserede.

3.5 Ønsket om at arbejde under overenskomsten eller ej

I dette afsnit belyses kort, hvorvidt kliniklejer og indlejere uden ydernummer har et ønske om at arbejde under overenskomsten. Dette kan være med til at give et billede af, hvor mange af dem, der i dag arbejder uden for overenskomsten, der gør det, fordi de "har været tvunget til det", og ikke fordi de har haft det som et primært ønske.

3.5.1 Ikke alle klinikejere uden ydernummer ønsker et ydernummer

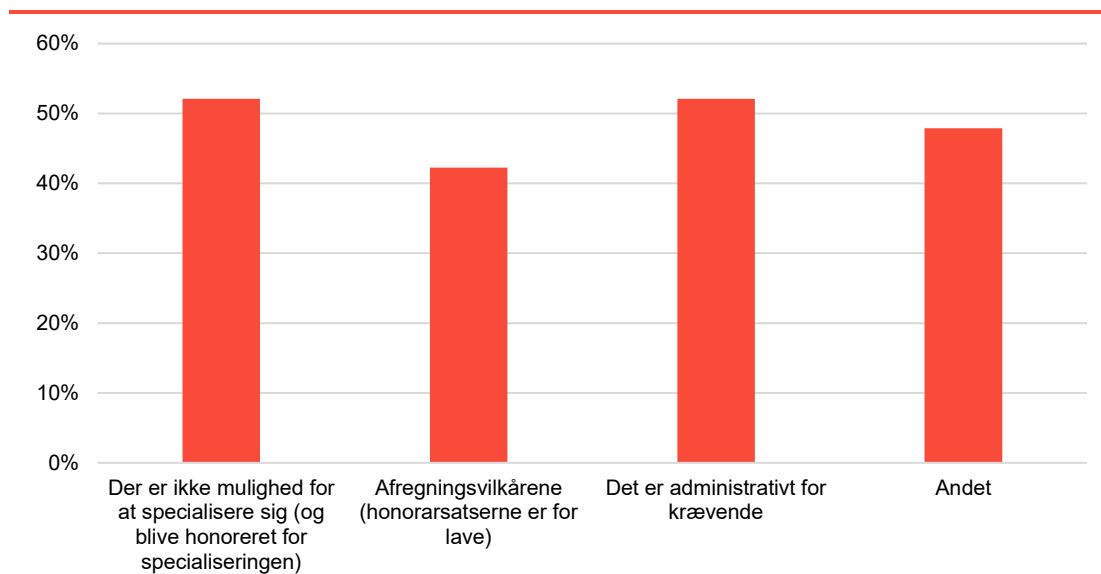
En overvægt (54 pct.) af de deltagende klinikejere uden ydernummer i VIVEs spørgeskemaundersøgelse ønsker ikke at få et ydernummer, hvis det var muligt.⁵⁵ Ønsket om at få et ydernummer eller ej synes ikke at være påvirket af, om klinikejeren tidligere har eller ikke har arbejdet under et ydernummer.

På spørgsmålet om, hvad der forhindrer den enkelte klinikejer, som ikke har et ydernummer, i at få et ydernummer svarer 2/3 henholdsvis, at det er for dyrt at købe et ydernummer, og/eller at der ikke har været et ydernummer til salg.⁵⁶ Figur 3.19 viser begrundelsen for ikke at ønske et ydernummer blandt de deltagende klinikejere, som ikke har et ydernummer.

⁵⁵ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 131 klinikejere.

⁵⁶ Data stammer fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimat baseret på data fra 61 klinikejere uden ydernummer.

Figur 3.18 Begrundelse(r) for ikke at ønske et ydernummer blandt de deltagende klinikejere i VIVEs spørgeskemaundersøgelse uden ydernummer.



Kilde: Data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse. Estimer baseret på svar fra 71 klinikejere uden ydernummer, som ikke ønsker et ydernummer.

3.5.2 En del ansatte og indlejere uden for praksisoverenskomsten vil gerne være tilknyttet overenskomsten

Tabel 3.17 viser, at over halvdelen af de deltagende indlejere og ansatte i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, som i dag ikke arbejder under praksisoverenskomsten, gerne ville levere behandling under et ydernummer, hvis det var muligt. Der skal i fortolkningen af dette resultat tages højde for det lave antal besvarelser, som det er baseret på, særligt for ansatte uden ydernummer.

Tabel 3.17 Andelen af indlejere og ansatte, som ikke arbejder under praksisoverenskomsten, i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, men som, hvis det var muligt, godt kunne tænke sig at levere behandling under et ydernummer og dermed være tilknyttet overenskomsten

	Ville gerne levere behandling under et ydernummer, hvis det var muligt	Ville ikke levere behandling under et ydernummer, selvom det var muligt	Antal besvarelser
Indlejere uden ydernummer	64 pct.	36 pct.	50
Ansatte uden ydernummer	71 pct.	29 pct.	7

Kilde: Baseret på data fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse.

På spørgsmålet om, hvad der forhindrer den enkelte indlejer eller ansat, som ikke er en del af overenskomsten, og som gerne vil være det, i at blive en del af overenskomsten, svarer 46 pct., at det er for dyrt at købe et ydernummer – 35 pct. svarer, at der ikke har været et ydernummer til salg, og 19 pct. svarer andet. Dette resultat skal fortolkes med varsomhed, da det kun er baseret på 37 besvarelser.

55 til 60 pct. af de indlejere eller ansatte, som ikke er en del af overenskomsten og heller ikke ønsker at være del af overenskomsten, har svaret bekræftende på følgende udsagn om, hvorfor de ikke ønsker at arbejde under overenskomsten: 1) der er ikke mulighed for at specialisere sig (og blive honoreret for specialiseringen), 2) afregningsvilkårene (honorarsatserne er for

lave) og 3) det er administrativt for krævende. Dette resultat skal fortolkes med varsomhed, da det kun er baseret på 20 besvarelser.

3.6 Antal patienter og karakteristika

I dette afsnit beskrives antallet af patienter i praksissektoren og patienternes karakteristika.

Befolkningsantallet har været stigende igennem de sidste ti år. Tabel 3.18 viser, at antallet af sygesikrede er øget fra ca. 5,5 mio. patienter til ca. 5,8 mio. patienter i perioden 2009 til 2018. Den demografiske udvikling foreskriver således, at antallet af patienter, som modtager ydelser fra en fysioterapeut, er steget. Nedenfor beskrives antallet af borgere, som modtager fysioterapi under sygesikringen. Antallet af borgere, som modtager behandling uden for sygesikringen, er ukendt.

Tabel 3.18 Antallet af sikrede fordelt på sikringsgruppe, tusinder

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sygesikringsgruppe 1	5.494	5.523	5.548	5.573	5.599	5.634	5.684	5.732	5.766	5.793
Sygesikringsgruppe 2	33	29	26	24	22	19	18	16	16	15
Øvrige sygesikringsgrupper	6	5	5	5	4	4	4	4	4	4
I alt	5.533	5.557	5.580	5.601	5.625	5.657	5.705	5.752	5.786	5.812

Anm.: Opgjort oktober måned i året.

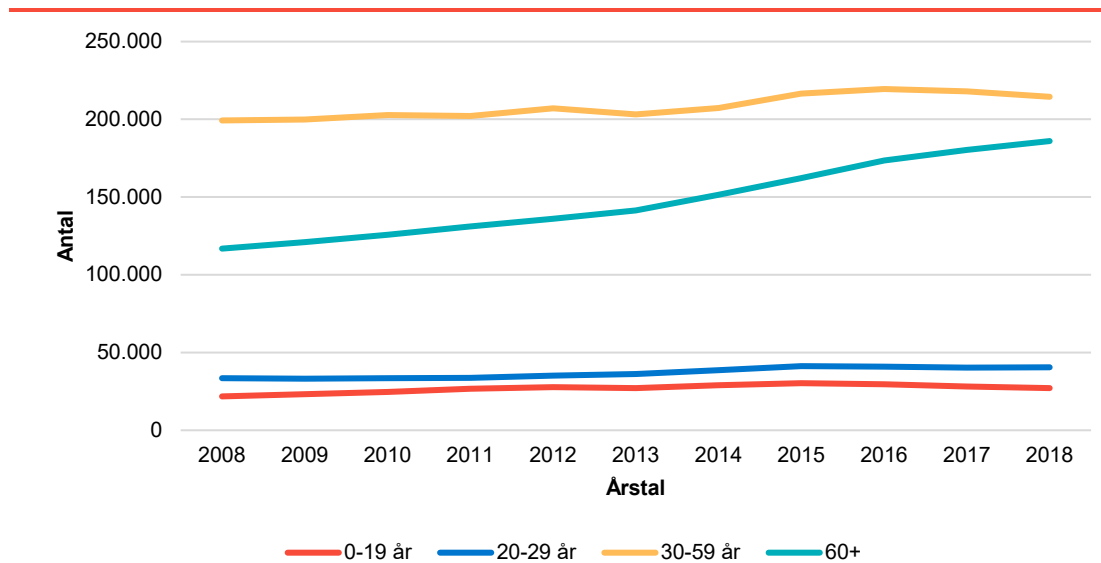
Kilde: Danmarks Statistiks Statistikbank: SYGSIK: Befolkningen efter område og sygesikringsgruppe.

Almindelig fysioterapi (speciale 51) er opgjort i antal patienter langt det største speciale af de fire sygesikringsspecialer inden for fysioterapi. I 2018 modtog 468.000 personer almindelig fysioterapi, 73.000 modtog vederlagsfri fysioterapi, og 6.000 modtog ridefysioterapi (speciale 65).⁵⁷ Der har været en stor vækst i antallet af personer, som modtager almindelig fysioterapi (speciale 51) og vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) i perioden 2008 til 2018.

Antallet af personer, som har modtaget almindelig fysioterapi (speciale 51), er i perioden 2008 til 2018 steget fra 371.000 til 468.000 personer svarende til en stigning på 26 pct. Stigningen er højere end, hvad den demografiske udvikling i antallet af borgere alene foreskriver, da der i samme periode kun har været en vækst i befolkningsantallet på knap 6 pct. Væksten i antallet af personer, som modtager almindelig fysioterapi, er særligt drevet af personer over 60 år, jf. Figur 3.20. Antallet af borgere over 60 år, som modtager almindelig fysioterapi, er steget med 59 pct. i perioden 2008 til 2018, hvilket er en større vækst, end der har været i aldersgruppen. I 2018 modtog 12,7 pct. af borgere over 60 år almindelig fysioterapi, mens det tilsvarende tal kun var 9,4 pct. i 2008. Endvidere modtager kvinder hyppigere almindelige fysioterapiydelser end mænd (35).

⁵⁷ Data fra fra www.statistikbanken.dk/SYGPS1 (fysioterapi 51 og fysioterapi 62) og (34).

Figur 3.19 Antal personer, som har modtaget almindelige fysioterapiydelser (speciale 51), 2008-2018

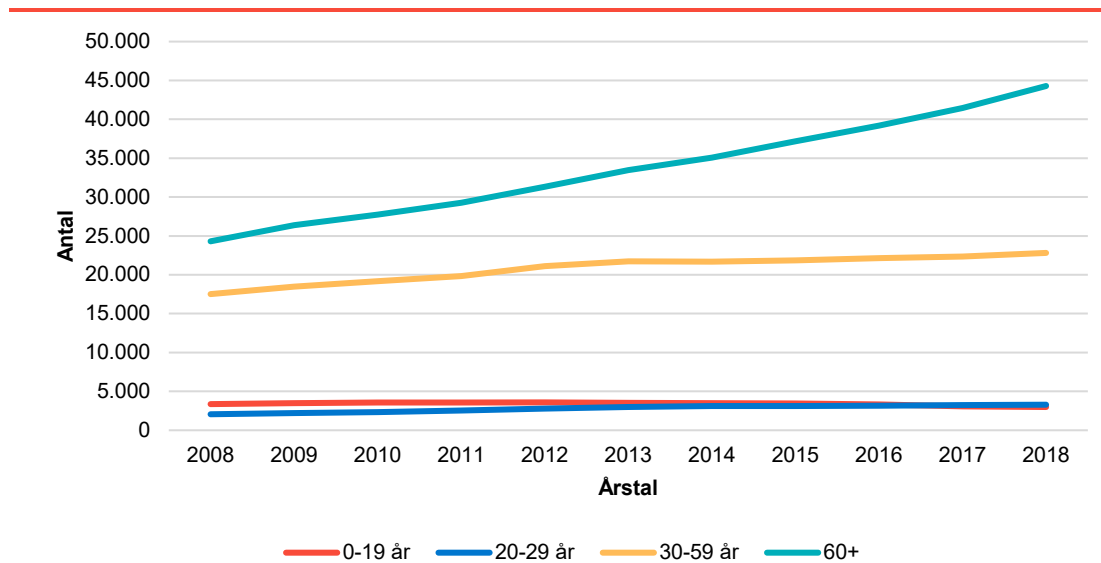


Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra www.statistikbanken.dk/SYGPS1 (Fysioterapi 51)

En opgørelse fra Danmarks Statistik (ibid.) viser, at den gennemsnitlige modtager af almindelig fysioterapi går til fysioterapi knap ni gange på et år, og at dette tal har ligget konstant siden 2008. Dette tal dækker både over individuel behandling og deltagelse på hold. Danmarks Statistiks opgørelse viser yderligere, at antallet af kontakter er stigende med alderen, idet de unge 0-19 årige har knap fem kontakter pr. patient, mens de 30-59 årige har otte kontakter pr. patient, og de over 60-årige har knap 11 kontakter pr. patient.

Antallet af personer, som har modtaget vederlagsfri fysioterapi (speciale 62), er i perioden 2008 til 2018 steget fra 47.000 til 73.000 personer svarende til en stigning på 82 pct. Væksten i antallet af personer, som modtager vederlagsfri fysioterapi, er hovedsageligt drevet af personer over 60 år, jf. Figur 3.21.

Figur 3.20 Antal personer, som har modtaget vederlagsfri fysioterapiydelser (speciale 62), 2008-2018

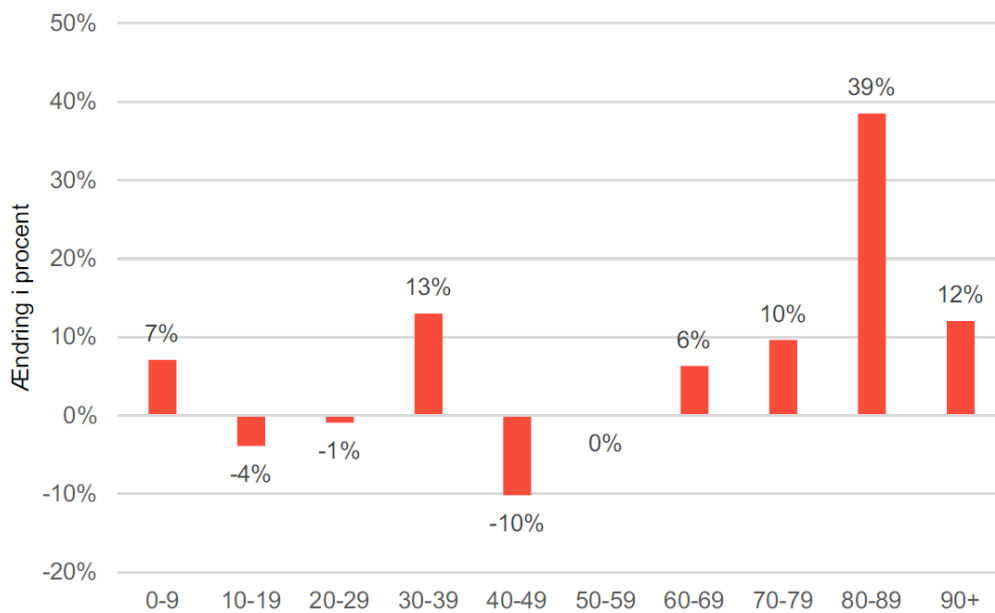


Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af data fra www.statistikbanken.dk/SYGPS1 (fysioterapi 62).

3.7 Den demografiske udvikling

Den demografiske udvikling foreskriver, at andelen af ældre vil stige i de kommende år, jf. Figur 3.22. Denne udvikling er særligt drevet af to forhold, for det første den store efterkrigsgeneration som følge af de høje fødselstal efter 2. verdenskrig, og for det andet den stigende middellevetid (s. 33-36 i (36)). En stigende middellevetid ses hyppigt som et udtryk for, at befolkningen er blevet sundere. Hvis det er tilfældet, vil fx en 60-årig i dag være sundere end en 60-årig for 15 år siden. Evidensen er imidlertid ikke så entydig i forhold til, at befolkningen gennemsnitligt er sundere i dag end tidligere, til trods for at befolkningen gennemsnitligt lever længere (s. 39 i *ibid.*). Det betyder, at hvis vi alene kigger på den demografiske udvikling, og kobler det med viden fra det foregående afsnit om, at antallet af kontakter er stigende med alderen, foreskriver den demografiske udvikling en øget efterspørgsel efter fysioterapi i de kommende år. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at den økonomiske ramme for sygesikringsfinansieret fysioterapi ikke fastsættes på baggrund af efterspørgslen, men på baggrund politiske prioriteringer. Dermed kan den demografiske udvikling alene bruges til at sige noget om, at der i udgangspunktet vil være flere borgere, som vil forventes at have behov for fysioterapi i fremtiden.

Figur 3.21 Den forventede procentvis ændring i antallet af borgere i Danmark fra 2018 til 2025 fordelt på aldersgrupper



Anm.: Baseret på Danmarks Statistiks tabel: frdk118.

Kilde: Figur 4.4 i (36).

3.8 Opsumming

Vi har i dette kapitel fremlagt data for en række udvalgte områder, som beskriver praksissektoren. Vigtige pointer til brug for den videre analyse er som følger:

- Antallet af fysioterapeuter tilknyttet praksisoverenskomsten er steget med 55 pct. i perioden 2007 til 2019. Stigningen afspejler den generelle stigning, der har været i antallet af fysioterapeuter. Det samlede antal fysioterapeuter steg med ca. 44 pct. i perioden 2007 til 2016.
- Der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren og især blandt klinikejere i forhold til den samlede kønsfordeling blandt fysioterapeuter.
- Fysioterapeutarbejdsstyrken, herunder fysioterapeuter i praksissektoren, er ung. Gennemsnitsalderen er ca. 41 år for fysioterapeuter i praksissektoren.
- Fra 2007 til 2019 er antallet af ejere under overenskomsten reduceret med lidt over 100, mens antallet af ansatte er steget med over 1.000.
- Antallet af klinikker inden for overenskomsten er 498 klinikker, som til sammen har 1.735 ydernumre med en samlet kapacitet på 1.285. Antallet af klinikker tilknyttet overenskomsten er reduceret med 37 pct. i perioden 2007 til 2019, mens kapaciteten har været konstant.
- Fysioterapeuter inden for overenskomsten arbejder også uden for overenskomsten. 83 pct. af klinikejerne med ydernummer leverer både behandling med og uden ydernummer, mens det samme gælder 58 pct. af indlejerne med ydernummer.
- Ventetiden for behandling er længere inden for overenskomsten end uden for overenskomsten.
- I 2018 blev der udbetalt 1,5 mia. kr. i honorarer til de praktiserende fysioterapeuter for levering af ydelser i forbindelse med specialerne almindelig fysioterapi (speciale 51), vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og ridefysioterapi (speciale 65). Vederlagsfri fysioterapi

er opgjort i udgifter langt det største speciale, mens almindelig fysioterapi er langt det største opgjort i antal patienter (jf. afsnit 3.5). Grunden til denne forskel er, at regionerne kun betaler ca. 39 pct. af udgifterne til den almindelige fysioterapi, mens kommunerne betaler 100 pct. af udgifterne til den vederlagsfrie fysioterapi.

- Udgifterne til almindelig fysioterapi (specialer 51) og vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) er i perioden 2008 til 2018 steget fra 1 mia. kr. til 1,4 mia. kr. (2018-priser). Væksten i udgifterne har primært været drevet af, at der er sket en stigning i udgifter til vederlagsfri fysioterapi.
- Prisen på et ydernummer er steget over tid.
- Antallet af fysioterapikontakter er stigende med alderen.

4 Fordele og ulemper ved den nuværende organisering og styring af praksissektoren

Vi har i de foregående kapitler beskrevet styringen, organiseringen og finansiering af praksissektoren (kapitel 2) samt belyst udvalgte nøgletal for praksissektoren (kapitel 3). I dette kapitel diskuteres fordele og ulemper ved den nuværende organisering og styring af praksissektoren. Vurderingen af fordele og ulemper er foretaget ud fra et offentligt finansieret sundhedsvæsenperspektiv, inklusive de tilhørende krav om budgetsikkerhed og opfyldelse af de overordnede sundhedspolitiske værdier og målsætninger.

Fordelene og ulemperne i det nuværende system beskrives i kapitlet i forhold til otte temaer. De otte temaer er udvalgt på baggrund af analyse af: 1) fundene i kapitel 2 og 3, 2) besvarelsenerne i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, 3) de to gruppeinterview med fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren, 4) ét gruppeinterview med medarbejdere i praksisadministrationen i regionerne, som arbejder med administrationen af fysioterapipraksisområdet, samt 5) den af Danske Fysioterapeuter i februar og marts 2019 gennemførte spørgeskemaundersøgelse om praksissektoren. De otte temaer omfatter de centrale fordele og ulemper ved den nuværende styring af fysioterapipraksissektoren, identificeret på baggrund af vores analyse af de indledningsvis opstillede syv tematikker⁵⁸, som Danske Fysioterapeuter har ønsket at få analyseret.

De otte temaer er:

1. styring på makroniveau fungerer, hvis budgetsikkerhed er hovedformålet
2. savner instrumenter til måling af kvalitet
3. manglende klar definition af en kapacitet
4. oplevet uretfærdighed i det nuværende system
5. voksende arbejdsstyrke presser forholdene i praksissektoren
6. praksissektoren i udvikling
7. samarbejdet med andre aktører
8. patientperspektivet.

4.1 Styringen på makroniveau fungerer, hvis budgetsikkerhed er hovedformålet

Det fremgår overordnet set af de inkluderede udgiftsdata og interview, at styringen af fysioterapeutsektoren fungerer udmærket på makroniveau. Samfundet har behov for styring af de godt 1,5 milliarder kroner, som hvert år gives i sygesikringstilskud til behandling i fysioterapipraksissektoren. Udgiftskontrol og sikring af styringen af de offentlige sygesikringsudgifter til fysioterapipraksissektoren er dermed et helt centralt formål med styringen af praksissektoren. Den nuværende styringsmodel for praksissektoren sikrer, at regionerne og kommunerne har budgetsikkerhed i forhold til deres udgifter til behandling til fysioterapi i praksissektoren. Dette sikres ved, at der er en fast økonomisk ramme for udgifterne til fysioterapi i praksissektoren – dog først indført for speciale 62 med virkning fra 2019, jf. afsnit 2.4.1. Den faste udgiftsramme består i, at der er et loft over de samlede udgifter til de enkelte sygesikringsspecialer, og ved overskridelse af den fastsatte udgiftsramme har regionerne og kommunerne mulighed for at

⁵⁸ De syv tematikker, som analysen overordnet har haft fokus på, er: økonomi, patientperspektivet, konkurrence, kapacitet, styring, limitering og samarbejde med forsikringselskaber.

foretage modregning ved nedsættelse af honoraret i det efterfølgende år. Dette er fx sket for ridedfysioterapi (speciale 65) i 2015 (34) og i 2018, fordi den gennemsnitlige udgift pr. patient steg for meget (37). Dømt ud fra udgiftstallene for de første tre kvartaler af 2019 ser det ud til at være faretruende tæt på at ske for vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) i 2019, som vel anmærke er det første år, hvor specialet har et fast økonomisk loft (ibid.).

Styring af udgifterne til praksissektoren, både på regionsniveau (makroniveau) og kliniskniveau, er baseret på aftalerne i overenskomsten. Styringen – eller nærmere kontrollen af udgifterne på kliniskniveau – synes set fra regionalt perspektiv at være svære at have med at gøre end makroniveauet. Dette skal forstås sådan, at det hurtigt bliver en ressourcekrævende proces, dels fordi der er nogle udfordringer i forhold til definitionerne omkring en kapacitet (uddybes yderligere i afsnit 4.3), som besværliggør muligheder for at dokumentere uregelmæssigheder i de enkeltes klinikkers omsætning, dels fordi de administrative medarbejdere oplever, at fysioterapeuterne er gode til at tilpasse deres adfærd til overenskomstens huller, jf. citatboksen nedenfor.

Nødvendigt med løbende ændringer i overenskomsten i forhold til ændret adfærd hos fysioterapeuterne

Og så er det meget kendetegnende, synes jeg, det her med, at vi er meget reaktive, forstået på den måde, at så har vi kontrolstatistikker. Og de er jo netop på ydernummerniveau, og så finder de ud af på klinikkerne at tage højde for dette. De gør faktisk det, at patienten cirkler rundt, sådan at de kan holde sig under – at de kan have en gennemsnitlig udgift, som ikke afviger for meget fra de andre på klinikken. Og så er der nogle af dem, der siger, at de har arbejdsdeling. Hvad gør vi så? Så siger vi, så laver vi kontrolstatistik på kliniskniveau. Det er den der måde, som vi hele tiden reagere på ift. deres adfærd. Og det er vel også det, vi er begyndt at blive lidt trætte af. For så skal vi igen ind og lave ændring i vores overenskomst og vores opsætning af afregningssystemet, så vi kan lave kontrolstatistik på kliniskniveau. Og det er faktisk ret kompliceret. Men det er sådan meget kendetegnende, synes jeg [...]. På den måde er de nogle, agenter som faktisk ændrer adfærd ret hurtigt. Og vi prøver så at følge med så godt, vi kan. (Administrativ medarbejder)

Foruden udgiftssikring er der, som beskrevet i afsnit 2.4.1, forskellige sundhedspolitiske mål, som styringen af fysioterapipraksissektoren skal opfylde. Ydernummersystemet er med til at sikre det sundhedspolitiske mål om geografisk dækning. Den geografiske dækning sikres via de regionale praksisplaner, idet der her tages beslutning om, hvor de enkelte klinikker og ydernumre skal ligge geografisk, jf. afsnit 2.4.2. De geografiske bestemmelser medfører, at der også i udkantsområder stilles tilbud om offentlig (delvis) betalt fysioterapibehandling til rådighed. Ligeledes understøttes kravet om valgfrihed af den nuværende styring af praksissektoren ved, at patienter med henvisning til fysioterapi frit kan vælge mellem de klinikker, der er tilknyttet overenskomsten for fysioterapi. Valgfriheden for den enkelte borger er dog – blandt andet af økonomiske styringsmæssige hensyn – indskrænket til kun at indbefatte overenskomsttilknyttede fysioterapeuter.

Der er mange hensyn, der ønskes taget højde for i styringen af det danske sundhedsvæsen, herunder krav til effektiviteten – det vil sige et ønske om at levere mest mulig sundhed for pengene. Konkurrence nævnes ofte som et virkemiddel til effektivisering. Konkurrence og Forbrugerstyrelsen har i en tidligere rapport i 2013 (1) sat fokus på konkurrence- og forbrugerforholdene inden for fysioterapipraksissektoren. Rapportens hovedkonklusion er, at reguleringen af fysioterapipraksissektoren udelukker en effektiv og lige konkurrence mellem de enkelte klinikker, med dertilhørende tab for patienterne og samfundet, og at reguleringen ikke understøt-

ter vækst af de mest effektive klinikker (s. 6 i *ibid.*). Konkurrence og Forbrugerstyrelsens hovedkonklusion afspejler, at analysen primært fokuserer på konkurrence, effektivitet og brugervelfærd (s. 5 i *ibid.*) og ikke på det rammestyrede sundhedsvæsens behov for budgetsikkerhed.

Det skal afslutningsvis nævnes, at der i et vist omfang i dag sker konkurrenceudsættelse af nogle af de opgaver, som praksissektoren løser for kommunerne. Kommunerne kan således vælge at udlicitere deres genoptræning og vedligeholdelsestræning til en privatudbyder. Omfanget af dette er ikke direkte blevet kortlagt i denne undersøgelse, men det umiddelbare indtryk er, at det kun forekommer i begrænset omfang, vurderet på baggrund af interview og klinikkernes afrapporterede omsætningsfordelinger i VIVEs spørgeskemaundersøgelse (Figur 3.9).

4.2 Savner instrumenter til måling af kvalitet

Fysioterapeuterne i fokusgruppeinterviewene peger på, at der i praksissektoren savnes instrumenter til måling af kvaliteten af den leverede fysioterapi. Den manglende måling og viden om den leverede kvalitet i praksissektoren giver grobund for en ukvalificeret diskussion af kvaliteten i praksissektoren. Et hyppigt rejst kritikpunkt i forhold til ydernummersystemet er, at klinikker inden for overenskomsten ikke har samme incitament til at forholde sig til kvaliteten af deres behandling som klinikker uden for overenskomsten, da klinikker inden for overenskomsten er garanteret et vist kundegrundlag. Det er ikke muligt på baggrund af data i denne undersøgelse at afgøre, om der er forskel i den leveret kvalitet mellem klinikker inden for og uden for overenskomsten – og formentlig vil der være tale om, at der er klinikker både inden for og uden for overenskomsten, som leverer god henholdsvis mindre god kvalitet. Den nuværende honorarstruktur for sygesikringsydelser tilskynder imidlertid ikke den enkelte fysioterapeut til at have fokus på kvalitet – tværtimod, idet honorarstrukturen bygger på betaling for antal behandlinger og dermed tilskynder til et højt ydelsesniveau. I systemet er der med andre ord en iboende tilskyndelse til at reducere tidsanvendelsen pr. ydelse og til at maksimere antallet af ydelser. Det er en tilskyndelse, som man ved andre tiltag i overenskomsten – såsom opgørelse af gennemsnitsudgiften pr. patient – prøver at afdæmpe (jf. 2.4.2). Disse tiltag kan have en reducerende effekt på antallet af ydelser, men det fjerner ikke det grundlæggende problem med, at klinikkerne tilknyttet overenskomsten – og delvis klinikker uden for overenskomsten – har incitament til at levere ydelser og ikke færdigbehandle patienter.

Som beskrevet i afsnit 2.4.5, er der med den seneste overenskomst for praksissektoren iværksat forskellige tiltag med henblik på at sikre kvalitetsudvikling i praksissektoren. Tiltagene indbefatter, at 1) alle klinikker, som er tilknyttet overenskomsten, skal akkrediteres efter Den Danske Kvalitetsmodel inden udgangen af august 2022 (§ 48 i (3)), 2) fysioterapeuterne skal vedblive med at følge og holde sig opdaterede på nationale kliniske retningslinjer, som vedrører fysioterapipraksis (§ 47 i (3)), og 3) der igangsættes a) implementering af nationale kliniske retningslinjer, b) udviklingsprojekt vedrørende effektmåling og datadrevet kvalitet samt c) projekt vedrørende modernisering af overenskomstens ydelser (§ 46 i (3)). Tiltagene diskuteres enkeltvis nedenfor.

Den igangværende akkrediteringsproces italesættes i interviewene generelt som en god ting. Blandt de interviewede fysioterapeuter uden for overenskomsten er der dog en undren over, hvorfor der er forskel i det økonomiske tilskud til akkrediteringsprocessen afhængigt af, om klinikken er tilknyttet overenskomsten eller ej, og hvorfor der ikke også er krav til klinikker uden for overenskomsten om at blive akkrediteret. Akkrediteringsprocessen kommer herved til at opleves af dem uden for overenskomsten som endnu en blåstempling af klinikker inden for

overenskomsten – en blåstempling, som klinikkerne uden for overenskomsten ikke vil gå glip af, jf. citatboksen nedenfor. De interviewede fysioterapeuter, som ikke er tilknyttet overenskomsten, planlægger derfor også alle at blive akkrediteret, og der er blandt dem en forventning om, at fx forsikringsselskaber i fremtiden vil stille krav til klinikkerne om, at de er akkrediterede, for at de vil indgå aftale med dem. I forhold til akkrediteringsprocessen blev der ved fokusgruppeinterviewene med fysioterapeuterne rejst kritik af den manglende gennemsigtighed i, hvad det reelt koster af tid i klinikken at blive akkrediteret.

Klinikejere uden ydernummer vil også akkrediteres

VIVE: *Hvorfor [vil I akkrediteres]?*

Klinikejer uden ydernummer 1: *For at vise, at vi godt kan, og modvirke den der med, at der er dårlig kvalitet ude ved os.*

Klinikejer uden ydernummer 2: *Og jeg tror, at det får os til at stå stærkere, når vi så skal snakke om samarbejde med kommuner.*

Indførelsen af akkreditering af overenskomstklinikkerne kan ses som en måde at komme den ovennævnte kritik omkring de manglende krav til kvaliteten af den behandling, som leveres inden for overenskomsten, til livs. Processen med, at der gives større tilskud til klinikker tilknyttet overenskomsten end klinikker uden for overenskomsten, kommer imidlertid til at virke som endnu et konkurrenceforvridende element, uagtet at der kan være en vis forståelse for, at det økonomiske råderum ikke tillader, at alle får det høje tilskud. Endvidere handler akkrediteringen om at understøtte den organisatoriske, den kliniske og den patientoplevede kvalitet, men den er ikke i sig selv et mål for kvaliteten af den behandling, der tilbydes i den enkelte klinik. I forhold til sidstnævnte efterspørges der i interviewene et mere klart defineret mål for og en mere klart defineret måling af kvaliteten/effekten af den behandling, der tilbydes i praksissektoren.

Udvikling af værktøjer og metoder i forhold til effektmåling i fysioterapipraksis er netop et af udviklingsprojekterne, som man på baggrund af den sidste overenskomst er igangsat, og som er fastlagt til at løbe hen over denne overenskomstperiode. Der synes således fra de centrale aktører på område at være opmærksomhed på og handling i forhold til behovet for bedre at kunne monitorere på effekten og kvaliteten af behandlingen i praksissektoren.

De Nationale Kliniske Retningslinjer er et andet element i kvalitetsudviklingen af praksissektoren. I fokusgruppeinterviewene med fysioterapeuterne blev det fremhævet, at en udfordring i forhold til implementeringen af de Nationale Kliniske Retningslinjer er, at der ikke er sammenhæng mellem de krav, der stilles i retningslinjerne, og den økonomiske ramme, som stiller krav til gennemsnitsantal behandlinger pr. patient, jf. citatboksen nedenfor. Også her er der med den seneste overenskomst igangsat initiativer, der kan opfattes som tiltag med henblik på håndtering af problemet med implementeringen af de nationale kliniske retningslinjer. I overenskomsten er der aftalt igangsættelse af et projekt om implementering af nationale kliniske retningslinjer samt et projekt vedrørende modernisering af overenskomstens ydelser (§ 46 i (3)).

Ikke sammenhæng mellem de kliniske rammer og limiteringerne

Hvis du tager mange af de kliniske retningslinjer på § 62, så er det ikke noget, vi kan følge inde for ens ydernummer. Det er der ikke plads til. Fordi den intervention, de forelægger i den kliniske retningslinje, kan vi ikke gøre, så kan vi ikke overholde vores limitering. (Lejer med ydernummer)

4.3 Manglende klar definition af en kapacitet

Det samlede materiale peger på, at en stor del af udfordringerne omkring ydernummersystemet skyldes en manglende klar definition af en kapacitet. Den uklare definition af en kapacitet synes at devaluere ydernummersystemets anvendelse i fysioterapipraksissektoren til primært at blive et element til styring af den overordnede økonomiske ramme for fysioterapipraksissektoren. Med manglende klar definition af en kapacitet menes, at der ikke er et fastlagt antal timer eller en fastlagt omsætning knyttet til et ydernummer med en kapacitet over 30 timer, mens der for et ydernummer med en kapacitet under 30 timer er knyttet en maksimal grænse på 30 timer ugentligt i gennemsnit på årsplan, men i udgangspunktet ingen omsætningsbegrænsning, jf. boks 2.1. Dette betyder, at der omsætningsmæssigt er stor diversitet for de enkelte kapaciteter, og der ikke er "et naturligt" gennemsnit for, hvad produktionen er på henholdsvis et ydernummer over og et ydernummer under 30 timer.

De indhentede data fra regionerne for maksimum- og minimumsværdierne for omsætningsloftet på henholdsvis kapaciteter under og over 30 timer (Tabel 3.12) viser, at der mangler en meningsfuld definition af et ydernummer på henholdsvis over og under 30 timer. De oplyste maksimumsværdier for regionernes omsætningslofter for ydernumre under 30 timer på mellem 1,4 og 2,1 millioner kr. er ikke mulige at opnå, hvis man i gennemsnit skal arbejde under 30 timer om ugen, som det foreskrives for en kapacitet under 30. Med de nuværende takster er det svært at nå over 1,4 mio. kr. i produktion på et ydernummer med en kapacitet på under 30 timer. Ligeledes er det ikke muligt for én person alene at have en produktion på 2,4 til 3,7 mio. kr. årligt, som de regionale data viser, er maksimumomsætningsloftet for et ydernummer over 30 timer, jf. Tabel 3.12.

Det fremgår endvidere af regionernes omsætningsloft (Tabel 3.12), at der er et stort spænd i de fastsatte omsætningsloft for henholdsvis en kapacitet over og under 30 timer, samt at de maksimale omsætningslofter for kapaciteter under 30 timer er højere end minimumsomsætningsloftet for kapaciteter over 30 timer. Forklaringen på den store variation i de fastlagte omsætningslofter er, jf. afsnit 2.4.2, at omsætningsloftet for et ydernummer beregnes i forhold til gennemsnittet af de tre foregående kalenderårs omsætning på ydernummeret. Historisk - og delvist stadig - har der i overenskomsterne om fysioterapi i praksissektoren eksisteret forskellige muligheder for at ydernummerindehaveren har kunnet øge omsætningen betragteligt på sit ydernummer. Et eksempel herpå er, at det tidligere var muligt i større omfang at benytte sig af hjælpepersonale end i dag, og at man herigennem kunne øge omsætningen på sin kapacitet.

Ydernummersystemet og de dertil knyttede kapaciteter fungerer, jf. afsnit 4.1, i forhold til at sikre overholdelse af den fastsatte udgiftsramme for de enkelte fysioterapisygesikringsspecialer. Derimod svækkes ydernummerets styringsmæssige egenskaber længere nede i styringskæden som følge af den manglende klare definition af en kapacitet. For det første er det svært at identificere og ikke mindst dokumentere uregelmæssigheder i omsætningen, når der ikke er et gennemsnit for en produktion på et ydernummer over og under 30 timer. For det andet svækkes ydernummerets funktion i forhold til sikring af en ligelig geografisk dækning og dets funktion som et generelt kapacitetsstyringsredskab. Fx hvis nogle klinikker har været gode til at øge omsætningen før en limitering på deres ydernummer, og andre ikke har, vil det forstyrre den ligelige tilgang til fysioterapiydelser, da det vil betyde, at der er stor variation i det totale antal ydelser, som der kan leveres på det enkelte ydernummer – det vil sige en variation, som er blevet introduceret, efter at den geografiske fordeling er sikret ved ydernumrene.

Brugen af hjælpepersonale blev muligt med overenskomsten i 2008. Ordningen findes stadig, dog kun til holdtræning og opfølgende træningsterapi, jf. afsnit 2.3. Ordningen har og giver stadig – dog i mindre grad – mulighed for at aktiviteten kan stige på en given kapacitet for ydernumre, som ikke er limiterede.

Udmøntningen af ydernummersystemet synes noget mere kompleks på fysioterapipraksisområdet end inden for de øvrige praksisområder, der er reguleret via ydernumre. Inden for fysioterapipraksisområdet kan et ydernummer, jf. boks 2.1, dække over flere kapaciteter, og flere personer kan være tilknyttet én kapacitet. Dette er modsat mange af de andre praksisområder, hvor en kapacitet typisk er lig en person, hvilket alt andet lige gør det nemmere at benytte ydernummersystemet til kapacitetsstyring på ydernummerniveau og ikke kun til sikring af den overordnede økonomiske ramme. De regionale medarbejdere, vi har talt med, bekræfter kompleksiteten i udmøntningen af ydernummersystemet og oplevelsen af, at det er svært at kontrollere i forhold til uregelmæssigheder.

Den manglende klare definition af en kapacitet skaber endvidere grobund for frustration over ydernummersystemet – særligt blandt fysioterapeuter, som ikke har et ydernummer. Som praktiserende fysioterapeut uden ydernummer kan det være svært at se rimeligheden i, at en kapacitet på over 30 timer i princippet kan dække ansættelse af to praktiserende fysioterapeuter på fuld tid. Ligeledes kan det opleves urimeligt, at den stigning, der har været i den økonomiske ramme for sygesikringstilskud til behandling til fysioterapi i praksissektoren, er blevet absorberet af de eksisterende ydernumre og ikke har åbnet mulighed for nynedsættelser, jf. citatboksen nedenfor. Væksten i den samlede økonomiramme for sygesikringstilskuddet til behandling til fysioterapi har således ikke afstedkommet en øgning i antallet af ydernumre.

Svært for den enkelte fysioterapeut at se økonomistyringen i det nuværende kapacitetssystem

Jeg kan ikke se økonomirammen for mig, når det hedder under og over 30 timer, for hvor er økonomiramme i det? For hvad er over 30 timer? Og det er det, jeg mener: Alle tal må ligge til rådighed. Der kommer så meget statistik ind på de her ydernumre. Hvad er et gennemsnit, hvis du kigger over et år? Hvor mange af behandlingerne er første konsultationer, hvor mange er opfølgende, hvad er holdtræning? Det må, undskyld mig, være så simpelt at lave en statistik. Godt, på sådan et nummer må man i snit omsætte for så meget, og på det store må du lave så meget. Og når vi så har gennemsnittet, så lægger vi – nu siger jeg fx bare 10 pct. – oven i, fordi der er nogle, som arbejder mere end gennemsnittet, men så vil det give mening i forhold til mig, at sige, at det er et økonomistyringssystem. Lige nu er det en måde at give tilskud til nogle klinikker, som andre ikke kan få en del af. For økonomistyringen er der ikke lige nu. (Ejer uden ydernummer)

Det har aldrig været et krav, at ydernummersystemet skal være rimeligt, men styringsinstrumentets legitimitet i branchen svækkes, hvis der opleves at være diskrepans mellem styringsinstrumentets målsætning og dets faktiske anvendelse. Den oplevede manglende økonomistyring på kapacitetsniveau udfordrer således ydernummersystemets legitimitet som værende et økonomistyringsinstrument.

Konsekvensen af den uklare definition af en kapacitet er, at der ikke er blevet styret særligt hårdt i forhold til kapacitetsdelen, og at det centrale styringselement i ydernummersystemet herved er blevet reduceret til primært at bestå i at sikre offentlig budgetsikkerhed i forhold til den overordnede økonomiramme.

4.4 Oplevet uretfærdighed i det nuværende system

På baggrund af interview med fysioterapeuterne og Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse tegner der sig endvidere et billede af, at der blandt fysioterapeuterne er en oplevelse af, at der er indbygget en grundlæggende uretfærdighed i det nuværende system. Nogle klinikejere har historisk fået deres ydernummer uden at skulle betale for det, jf. boks 2.1. Det skaber grundlæggende en oplevelse af uretfærdighed i det nuværende styringssystem for fysioterapipraksisområdet, hvor der er sket en kapitalisering af ydernumrene som følge af, at det er en "mangelvare". Kapitaliseringen af ydernumrene er et resultat af, at udbuddet af fysioterapeuter, som gerne vil være tilknyttet overenskomsten, er større end antallet af tilgængelige ydernumre. Ydernummeret er officielt ikke en handelsvare, men jf. afsnit 3.3.6 er der i praksis knyttet en pris til ydernummeret ved ydernummer- eller klinikovertagelser.

Det fremgår af VIVEs spørgeskemaundersøgelse, at prisen for et ydernummer er steget over tid. VIVEs spørgeskemaundersøgelse er ikke en repræsentativ undersøgelse, hvorfor de eksakte estimater ikke skal tillægges for stor betydning. Når det er sagt, skal det dog understreges, at de i spørgeskemaet observerede tendenser i forhold til prisudviklingen for ydernumre er samstemmende med oplysninger fra gruppeinterviewene og besvarelserne i Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse.

Blandt de interviewede fysioterapeuter, som ikke har et ydernummer, opleves det som uretfærdigt, at nogle har fået stillet et ydernummer gratis til rådighed for efterfølgende at kunne tjene penge på at sælge det. Oplevelsen af uretfærdighed forstærkes af, at de, der har et ydernummer og en velfungerende praksis, vil have lettere ved at mobilisere midler til køb af "nye" ydre numre end fx den nyuddannede fysioterapeut, jf. citatboksen nedenfor. Der er således blandt mange af fysioterapeuterne i interviewene og i Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse en oplevelse af, at der sker en koncentration af ydre numre på færre klinikejeres hænder. Rigtigheden af denne påstand støttes af, at der er observeret et fald i antallet af klinikejere i perioden 2007 til 2019, jf. Tabel 3.2, og at der er 10 pct. af klinikkerne i Region Midtjylland, som er ejet af en fysioterapeut, som ikke selv praktiserer på klinikken, jf. afsnit 3.2.1.

Monopolisering af ydre numre

Det er ligesom, at mere avler mere. Når de først sidder og har en hel sum ydre numre, så har de penge til at købe flere ydre numre. Det er som, at der kommer monopol på de patienter. Vi ser, at klinikker bliver større og større og opkøber andre klinikker og bliver kæmpeklinikker. Det bliver et større og større problem for os uden for ydre numre. For så bliver det bare endnu svære at konkurrere med – når de bliver ved med at opkøbe ydre numrene. (Indlejer uden ydre numre)

Ydre nummersystemet har endvidere den grundlæggende iboende uretfærdighed – set fra perspektivet for de klinikejere, der ikke har et ydre numre – at patienten modtager tilskud til overenskomstdækkede ydelser, hvis de benytter en klinik med et ydre numre. Den konkurrenceforvriddning, som patienttilskuddet giver på overenskomstdækkede ydelser, kan ses som en uundgåelig konsekvens af regionernes behov for overordnet udgiftsstyring. For klinikejere uden ydre numre⁵⁹ opleves det konkurrenceforvridende element imidlertid at favne bredere end kun til overenskomstdækkede ydelser. For det første sikrer ydre nummeret en vis automatisk efterspørgsel og dermed indtjening til klinikken og dækning af de faste udgifter. For det andet

⁵⁹ Her refereres både til informanterne fra fokusgruppeinterviewene og til Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse

kan den sygesikringsdækkede aktivitet også potentielt generere ekstra efterspørgsel på ydelser uden for overenskomsten. Dette medfører, at mange klinikejere uden for overenskomsten⁶⁰ har en oplevelse af, at konkurrencen ikke kun er ulige i forhold til overenskomstdækkede ydelser, men også er ulige på ikke overenskomstdækkede ydelser, og at de skal bruge mange flere ressourcer og mere tid på markedsføring for at skaffe patienter til klinikken end klinikkerne med ydernumre. VIVEs spørgeskemaundersøgelser viser i tråd hermed, at en større andel af behandlere uden for overenskomsten oplever at have problemer med at tiltrække patienter end behandlere inden for overenskomsten, jf. Figur 3.12.

Sammenligning af prisen på ni standardydelser uden for overenskomsten for henholdsvis klinikker med og uden ydernummer (Tabel 3.14) viser, at klinikker med ydernummer har en lavere prissætning af de fire ydelser, som også indgår i overenskomsten, og prissætningen er her samstemmende med de overenskomstfastsatte priser. Konkurrencestyrelsen fandt et tilsvarende billede i deres analyse (1). Den observerede forskel i prissætningen kan være et udtryk for, at klinikker uden ydernummer på grund af den manglende garanterede efterspørgsel sammenlignet med klinikker med ydernummer er nødt til at prissætte deres behandling højere for at sikre dækning af de faste omkostninger. Figur 3.12 indikerer, at der forekommer problemer med efterspørgslen blandt nogle af respondenterne uden for overenskomsten, og at det dermed kan være noget af forklaringen på den højre prissætning. Den observerede forskel kan imidlertid også være udtryk for, at der er forskel i den leverede ydelse i forhold til mængde og kvalitet mellem klinikker inden for og uden for overenskomsten. De sidstnævnte forhold synes begge at være tilfældet, da behandlere uden for overenskomsten i VIVEs spørgeskemaundersøgelse generelt har angivet at have afsat længere tid til deres behandling (jf. Figur 3.13), og klinikkerne uden for overenskomsten i højere grad har angivet at være specialiserede⁶¹ end klinikker med overenskomst (jf. afsnit 3.2.6).

4.5 Voksende arbejdsstyrke presser forholdene i praksissektoren

Det stigende antal fysioterapeuter presser forholdene i praksissektoren, fordi det øger konkurrencen, og medvirker til at polarisere klinikker med og uden ydernummer yderligere. De officielle statistikker viser, at antallet af fysioterapeuter inden for og uden for praksissektoren har været kraftigt stigende i perioden 2007 til 2019, jf. afsnit 3.1. I perioden 2007 til 2019 er antallet af fysioterapeuter tilknyttet overenskomsten steget med 1.200 fysioterapeuter fra 2.172 til 3.372⁶², mens det samlede antal fysioterapeuter er steget med ca. 44 pct. i perioden 2007-2016. Som beskrevet i afsnit 3.3.1 har der i den tilsvarende periode (2008 til 2019) været en vækst i udgifterne til almindelig og vederlagsfri fysioterapi (speciale 51 og 62) på 0,4 mia. kr., fra 1 mia. kr. til 1,4 mia. kr. (2018-priser). Denne løbende udvidelse af økonomirammen for sygesikringstilskud til fysioterapibehandling i praksissektoren har gjort, at det har været muligt at absorbere en del af væksten i den samlede arbejdsstyrke i den overenskomstdækkede del af praksissektoren.

Igennem de senere år er der, jf. 2.4.1, blevet indført en fast økonomiramme for almindelig og vederlagsfri fysioterapi. Den faste økonomiramme begrænser muligheden for at generere mere aktivitet inden for overenskomsten. Væksten i arbejdsstyrken kan herved ikke længere absorberes inden for overenskomsten, men vil i stedet skulle absorberes uden for overenskomsten. Dette

⁶⁰ Her refereres både til informanterne fra fokusgruppeinterviewene og til Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse.

⁶¹ Specialiseret i forhold til patient- eller diagnosegruppe (fx idrætsskader, kræft eller sklerose), eller hvilken legemsdel problematikken er relateret til (fx ryg, bækken, underliv, knæ eller fødder).

⁶² Der findes ikke tal for udviklingen i antallet af fysioterapeuter, som arbejder uden for overenskomsten.

har været med til at øge konkurrencen både inden for og uden for overenskomsten, og har skabt en situation, hvor mange fysioterapeuter må tage, hvad de kan få, jf. nedenstående citatboks.

Uddannet for mange

Det er et problem, at vi har uddannet så mange – trykket nedefra bliver for stort. Der er en stor gruppe, som i princippet er nødt til at tage, hvad de kan få inden for eller uden for branchen. (Klinikejer med ydernummer)

Indførelsen af basiskontrakterne, jf. afsnit 2.4.1, kan ligeledes ses som en reaktion på et pres-set arbejdsmarked, hvor det har været nødvendigt at fastsætte nogle minimumsvilkår, som skal være opfyldt for ansatte for at sikre deres vilkår, og at de ikke bliver udnyttet i en situation, hvor der er stor konkurrence om arbejdet inden for praksissektoren. Der er ingen tvivl om, at den voksende arbejdsstyrke har været med til at presse forholdene for indlejere og ansatte i praksissektoren. I begge gruppeinterview med fysioterapeuterne har de pressede arbejdsforhold været til diskussion, og der er generelt en anerkendelse af, at nogle ejere har udnyttet/udnytter det større udbud af fysioterapeuter til egen vinding på bekostning af arbejdsforholdene, jf. nedenstående citatboks. Omfanget heraf er imidlertid mere uklart.

Der er en udfordring i forhold til dårligt kvalitet/arbejdsforhold, men hvor stort er problemet?

Ejer med ydernummer 1: *Møder I mange af dem? Det er bare ... Jeg synes ikke, jeg møder dem. Jeg synes nemlig, jeg er ude mange steder [...] Om det er inde eller uden for overenskomst, så synes jeg inden for vores fag, at der er rigtig mange, som er gode til at ville udvikle sig og gerne vil følge med.*

Lejer uden ydernummer: *Det, jeg bare så på den klinik inden for overenskomsten [som fysioterapeuten tidligere har arbejdet på], det var, at det primært var nyuddannede eller i hvert tilfælde ikke særligt engagerede fysioterapeuter, der var der. Og vi havde sindssygt stor personaleomsætning. Jeg vil skyde på, at vi var 11-12 fysioterapeuter, og 9 af dem blev skiftet ud på et år – inklusive mig selv. Altså, hvor vi selv valgte at søge videre, fordi vi gerne vil noget mere. Så det virker, som om at det sted, jeg var, det bare var en pengemaskine, som skulle køre rundt, så det gjaldt om at få nyuddannede ind, og så kunne man havde dem til en høj provision.*

Ejer med ydernummer 1: *De klinikker og klinikejere, jeg støder på og har talt, med passer ikke lige til beskrivelsen. Men jeg har hørt om andet fra andre.*

De administrative medarbejdere i regionerne har også observeret en ændret adfærd hos fysioterapeuterne, som måske kan tilskrives en øget konkurrence, jf. citatboksen nedenfor.

Regionerne observerer en ændret adfærd hos fysioterapeuterne

Det er sket noget i deres adfærd, som har gjort det nødvendigt for os at limitere på kapaciteterne, og jeg må indrømme, jeg kan slet ikke gennemskue, hvad det er i deres adfærd. For det må jo have et eller andet at gøre med hele den her tilgang til at arbejde som fysioterapeut. Jeg ved ikke, om vilkårene er hårde derude, eller om der er for mange af dem, eller hvad det er. Man kan bare se, at det er en anden adfærd – at det har skabt en anden adfærd hos dem. Som så også gør, at vi bliver nødt til at trykke på nogle andre knapper. (Administrativ medarbejder i regionen)

Det ligger uden for rammerne af denne undersøgelse at foretage en fremskrivning af udbuddet og den fremtidige efterspørgsel efter fysioterapeuter. Det kan imidlertid konstateres, at der er flere faktorer, som umiddelbart peger i retning af, at konkurrencen i praksissektoren kun vil

blive større i fremtiden. Den ene faktor er den relativt lave gennemsnitsalder for fysioterapeuter i praksissektoren på ca. 41 år, og i fysioterapibranchen generelt, jf. afsnit 3.1.2. Den lave gennemsnitsalder betyder, at det kun er få fysioterapeuter, som i de kommende år vil forlade arbejdsmarkedet (38). Den anden faktor er væksten i andelen af mænd til fysioterapifaget koblet med, at der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren i forhold til den samlede arbejdsstyrke, jf. afsnit 3.1.2. Alt andet lige peger det i retning af, at søgningen til praksissektoren vil øges i de kommende år.

4.6 Praksissektoren i udvikling

Den voksende arbejdsstyrke koblet med en fast udgiftsramme har været med til at ændre på nogle af balancerne i praksissektoren og blandt andet som følge heraf sat gang i en udvikling af praksissektoren. Nøgletalsbeskrivelserne i kapitel 3 og interviewene viser, at praksissektoren dækker over mange forskellige typer af klinikker, fra den lille klinik med én fysioterapeut, som enten leverer ydelser 100 pct. inden for eller uden for overenskomsten, til store klinikker, som leverer ydelser både inden for og uden for overenskomsten. Ligeledes er der en stor spændvidde i, hvilke ydelser der tilbydes i fysioterapipraksissektoren – både med hensyn til fysioterapifagspecifikke ydelser og ikke-fysioterapifagspecifikke ydelser, som fx kost- og træningsvejledning, jf. afsnit 3.2.6.

Samlet tegner der sig et billede af, at der for klinikker inden for overenskomsten er en udvikling i gang mod etablering af færre og større klinikker. Dette understøttes blandt andet af, at antallet af ydernumre har været så godt som stabilt igennem de seneste 10 år, mens der har været et jævnt fald i antallet af klinikker, jf. Figur 3.5. En anden observerede udviklingstendens i interviewene med fysioterapeuterne er, at klinikkerne tilknyttet sygesikringen i stigende grad udvider deres tilbud af ydelser uden for overenskomsten – blandt andet som en konsekvens af, at det er deres eneste rigtige mulighed for at ekspandere på, efter at de økonomiske rammer for sygesikringsdelen er blevet mere fast, jf. nedenstående citat.

Aktivitet uden for sygesikringen flytter ind på klinikker med ydernummer

Jeg mener, at de fleste mellemstore og større klinikker også vil kunne rumme en vis mængde omsætning uden for sygesikringen. Jeg kan se, at det også er den vej, udviklingen bevæger sig. Jeg hører om flere og flere, der har startet noget selv, som på et tidspunkt synes, det er for anstrengende, og så flytter de deres kundekreds over i en eksisterende klinik med ydernummer. Derved får man øget omsætning uden for sygesikringen på denne klinik, fordi limiteringen og antallet af ydernumre ligger fast, og en forøgelse af omsætningen inden for sygesikringen derved ikke er mulig. Så man prøver, at tænke alternativt. Derfor tror jeg måske, at udviklingen mere og mere går i retning af, at der bliver flere og flere uden for sygesikringen, som kommer ind og arbejder på eksisterende klinikker inden for sygesikringen, hvilket jeg tænker, vil være en styrkelse af sektoren. (Ansæt på klinik med ydernummer)

Billedet i forhold til klinikstørrelse synes at være lidt anderledes for klinikkerne uden for overenskomsten. Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at kun 40 pct. af klinikejerne uden ydernummer har ansatte, mod 94 pct. af klinikejerne med ydernummer, jf. afsnit 3.2.4. Dette kan indikere, at klinikkerne er mindre uden for overenskomsten. Endvidere synes vores empiri⁶³ at tegne et mønster af, at der er to overordnede tendenser i forhold til klinikkerne uden for overenskomsten. Den ene tendens er, at der uden for overenskomsten er en gruppe af

⁶³ Empirien indbefatter her nøgletalsafdækningen, gruppeinterviewene med fysioterapeuterne samt Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse i 2019.

fysioterapeuter, som aktivt har valgt at arbejde uden for overenskomsten, som følge af fx bedre mulighed for specialisering og honorering af denne, jf. afsnit 3.4.6 og Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse. Den anden tendens er, at der er en gruppe, som mere arbejder uden for overenskomsten, fordi de har været *presset* til det – hvis de vil arbejde i praksissektoren – og ikke fordi det har været deres primære ønske, jf. afsnit 3.4.6. Meget tyder på, at denne sidstnævnte gruppe er stigende som en konsekvens af den voksende arbejdsstyrke og den overordnede faste økonomiramme inden for overenskomsten (jf. diskussionen i afsnit 4.5). Dette underbygges af, at både klinikejerne og ansatte uden for overenskomsten i VIVEs spørgeskemaundersøgelse er yngre end de tilsvarende grupper inden for overenskomsten, jf. afsnit 3.1.2. Tendensen er yderligere blevet bekræftet i interviewene med fysioterapeuterne. Samtidig peger informanterne på, at det kan være svært for denne sidstnævnte gruppe at få etableret sig uden for overenskomsten i forhold til at sikre sig et rimeligt indtægtsgrundlag. Dette understøttes af Figur 3.10 og Figur 3.11, som er baseret på VIVEs spørgeskemaundersøgelse, med forbehold for det relativt lave antal besvarelser.

Interviewene med fysioterapeuterne og spørgeskemaundersøgelserne viser, at der blandt fysioterapeuterne er blandede holdninger til tendensen til større klinikker inden for praksissektoren, herunder etableringen af kædesamarbejde. Nogle fysioterapeuter ser de større klinikker inden for overenskomsten som en yderligere monopolisering af ydernumrene og en yderligere skævvridning af konkurrenceforholdene i branchen. Andre ser på den anden side udviklingen mod større klinikker som et udtryk for en øgede professionalisering af området og betoner de muligheder, der ligger i en større enhed i forhold til specialisering og en mere effektiv drift. Sidstnævnte gruppe fremhæver yderligere, at der fra det offentliges side er et ønske om større klinikker, jf. nedenstående citatboks.

Fra kommunerne og regionernes side ønske om større klinikker

Der har også været et ønske fra det offentliges side om, at man kan udbyde en stor variation i behandlingsmuligheder for de enkelte klinikker. Men det kræver en hvis mængde kapacitet - både med hensyn til størrelse af stedet, men også at man har nogle forskellige, der kan noget specialiseret inden for nogle specielle områder, eller i hvert tilfælde har nogle nicher, de kan varetage. På den baggrund synes jeg også, det er meget rimeligt, at der er nogle, som har en hvis mængde [ydernumre], så man kan servicere det. Fordi der har været en del af det, at man gerne vil have flere større enheder. Jeg skal så ikke kunne sige, hvor grænsen går, hvis man kigger på de helt store enheder. (Klinikejer med ydernummer)

Det har været uden for denne undersøgelses formål at foretage en nærmere analyse af fordelene og ulemperne ved henholdsvis små og store klinikker. Derfor kan det blot konstateres, at der er denne udvikling, og at den medfører, at der stilles nye krav til ledelsesbehovet i klinikkerne, idet det kræver mere at styre en stor enhed end at være en til tre fysioterapeuter i en klinik.

Det er en betingelse for tiltrædelsen af overenskomsten for praksissektoren, at fysioterapeuten tilbyder samtlige behandling efter overenskomsten, jf. § 22 stk.3 i (3). I udgangspunktet er fysioterapeuterne med ydernummer derfor mere generalister end specialister. De faste takster betyder yderligere, at fysioterapeuten inden for sygesikringen ikke bliver honoreret for at videreuddanne sig, hvilket jf. nedenstående citatboks skaber frustration hos fysioterapeuterne. Fysioterapeuter, som leverer ydelser uden for overenskomsten, kan modsat på grund af den fri prisfastsættelse på private sundhedsydelser, jf. afsnit 2.4.4, blive honoreret for deres speciali-

sering. Af Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse og interviewene med fysioterapeuterne fremgår det, at den manglende mulighed for specialisering inden for overenskomsten betyder, at nogle fysioterapeuter senere i deres karriere vælger at søge uden for sygesikringen. Tendensen med de større klinikker inden for overenskomsten åbner imidlertid for muligheden for også at foretage en vis grad af specialisering inden for overenskomsten af, hvilke af sygesikringsydelse den enkelte fysioterapeut på klinikken varetager. Den tilsyneladende øgede aktivitet af ikke-overenskomstdækkede behandlinger på klinikker med ydernumre trækker yderligere i retning af, at der i fremtiden i højere grad, end det har været tilfældet tidligere, vil ses specialiserede tilbud på klinikker med ydernumre (men leveret uden for overenskomsten).

Ingen honorering af videreuddannelse inden for overenskomsten

Problemet er netop, at hvis du har været 30 år på arbejdsmarkedet og er inden for ydernummersystemet, så er din løn den samme, som dem, der er nyuddannede. Der er ikke på den måde plads til tillæg i systemet i forhold til, at du har taget en eller anden længerevarende uddannelse [...] Jeg tror, der er rigtig mange, som gerne vil være så dygtige som overhovedet muligt. Jeg tror på, at det er flertallet af os. Men der er ikke et økonomisk incitament for at videreuddanne sig, fordi prisen er fastlåst. (Ejer uden ydernummer)

4.7 Samarbejdet med andre aktører

Fysioterapeuterne, som deltog i interviewene og Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse tilkendegiver generelt en positiv holdning til samarbejdet med hospitaler, regionerne, kommunerne og praktiserende læger. I forhold til de praktiserende læger pointerer flere, at samarbejdet i høj grad afhænger af den enkelte læge. Der er stor variation i, om fysioterapeuterne har et samarbejde med hospital, region og kommune og i givet fald af omfanget. I forhold til kommunerne kan fysioterapeuterne foruden samarbejde om den vederlagsfri fysioterapi inden for sygesikringen også have samarbejde med kommunerne i forhold til § 2-aftaler, genoptræning og vedligeholdelsestræning, jf. Tabel 2.1. Omfanget af samarbejde med kommunerne uden for den vederlagsfrie fysioterapi synes imidlertid overordnet set at være begrænset vurderet på baggrund af klinikernes angivne omsætningsfordeling i VIVEs spørgeskema (kategorien "andet" i Figur 3.9). Det kan i den sammenhæng nævnes, at de interviewede fysioterapeuter generelt ikke oplever, at det frie valg om fysioterapi efter syv dage, som blev indført med virkning fra 18. februar 2019 (jf. afsnit 2.2.3), har medført flere patienter. Oplevelsen er, at der er stor variation i, hvor villige kommunerne er til at uddelegere opgaven, og samtidig påpeges det, at kravet om de syv dage blot går på, at borgeren skal have været til en opstartssamtale.

Generelt er der en tendens til, at fysioterapeuter uden ydernummer i Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse og i interviewene oplever et dårligere samarbejde med de praktiserende læger i forhold til at få henvist patienter og etableret et samarbejde omkring opgaveløsning. Oplevelsen blandt de interviewede fysioterapeuter er, at ydernummersystemet både i kommunerne og blandt lægerne opfattes som et kvalitetsstempel. Dette er eksemplificeret i forhold til lægerne i nedenstående citatboks. Fysioterapeuter oplever dermed, at ydernummet ikke blot giver adgang til at levere sygesikringsydelser, men favner bredere og kommer til at fungere som indgang til andre ydelser, fordi det opfattes som et kvalitetsstempel.

Ydernummeret opfattes som et kvalitetsstempel af praktiserende læger

Lægerne tror, at det er et stempel på kvalitet, at man har et ydernummer. Så det er meget svære at samarbejde med lægerne. Man skal virkelig sende meget frem og tilbage og mange epikriser og være på kontakt med dem hele tiden, før man får patienter den vej. (Indlejer uden ydernummer)

Styringsmæssigt er der fra kommunernes side en udfordring i forhold til at sikre, at patienterne ikke både modtager vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og kommunal genoptræning via serviceloven. I det nuværende system har kommunerne ikke mulighed for at kontrollere det, da de kun kan finde ud af det, hvis patienten selv oplyser det.

Fysioterapeuternes samarbejde med forsikringsselskaberne synes på baggrund af interviewene med fysioterapeuterne og Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse at være noget mere problematisk. På det administrative plan opleves de administrative krav at være komplicerede, blandt andet på grund af forskel i kravene mellem selskaberne og brugen af forskellige it- og afregningssystemer – ligeledes opleves forsikringsselskabernes lange kredittider i forhold til betaling problematiske. Desuden oplever fysioterapeuterne uden for overenskomsten det uretfærdigt, at nogle selskaber stiller krav om, at forsikringstagerne skal benytte klinikker med ydernummer. Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at ca. 70 pct. af klinikejere med ydernummer har indgået aftale med netværk som Falck Healthcare og andre virksomheder, som udbyder sundhedsydelser eller forsikringer. Tilsvarende har kun 18 pct. af klinikejerne uden ydernummer indgået en aftale, jf. afsnit 3.2.5. Det kan ikke udelukkes, at noget af denne forskel skyldes krav fra nogle forsikringsselskaber om, at klinikken har ydernummer.

Særligt et forhold omkring samarbejdet med forsikringsselskaberne fremhæves som stærkt problematisk af fysioterapeuterne. Det er det forhold, at forsikringsselskaberne vil have del i sygesikringstilskuddet, samtidig med at de stiller krav til behandlingen. De interviewede fysioterapeuter giver udtryk for, at de sagtens kan acceptere, at forsikringsselskaberne stiller krav til behandlingen, hvis den foregår uden for sygesikringen. Varetagelsen af forsikringspatienter inden for sygesikringen skaber ligeledes udfordringer i forhold til patienternes forventninger som forsikringspatienter. Som forsikringspatient er man typisk via sin police sikret dækning af et givet antal behandlinger, og oplevelsen blandt fysioterapeuterne er, at nogle forsikringspatienter oplever dette som en fast ramme. Det vil sige, at hvis patienten er garanteret otte behandlinger via sin police, så har vedkommende også en forventning om at få dette – uagtet at vedkommende måske kun behøver tre behandlinger. Uden for sygesikringen vil det være helt legitimt at give patienten de otte behandlinger, da forsikringsselskabet bærer den fulde udgift. Men det bliver problematisk, når behandlingen sker med tilskud fra sygesikringen, jf. nedenstående citatboks.

Forsikringsselskaberne udhuler den økonomiske ramme

Det, jeg tænker, at problemet med økonomirammen er, at den også er blevet overtaget af hele forsikringssnakken i forhold til, at flere og flere mennesker har en sundhedsforsikring, og flere og flere benytter sundhedsforsikringerne. Men de fleste sundhedsforsikringsselskaber kræver i dag en henvisning. Det betyder, at den kapacitet, der er inden for ydernumrene, den bliver optaget af forsikringspatienter, som måske får otte gange. Jeg skal lige bruge de otte gange, eller jeg skal lige have det sidste ud af min forsikring eller et eller andet. De bruger en kapacitet, som sådan set ikke er nødvendig. (Ejer med ydernummer)

Det skal pointeres, at ovennævnte betragtninger i forhold til forsikringsselskaberne er generaliserede, og at der selvfølgelig er variation mellem forsikringsselskaberne i forhold til, om ovenstående problematikker forekommer, og hvad omfanget af dette er, hvis de forekommer. Endvidere skal det bemærkes, at den gennemsnitlige udgift pr. patient til almindelig fysioterapi (speciale 51) er faldet, og med forbehold for at det er en gennemsnitsudgift, hvor forsikringspatienterne kun udgør en mindre del af, taler det ikke for, at stigningen i forsikringspatienter har betydet flere behandlinger pr. patient.

Der tegner sig umiddelbart et mønster af, at forsikringsselskaberne fylder mere og mere i klinikkernes omsætning, fx jf. afsnit 3.3.4, hvor flere forsikringspatienter er den hyppigst angivne grund til ændring i klinikkens omsætningsfordeling de sidste 2 år. Kravet om, at de anvendte behandlingssteder skal have ydernummer, betyder imidlertid også, at der er nogle fysioterapeuter, som oplever, at de har færre eller ingen forsikringspatienter. Afslutningsvis skal det nævnes, at der i interviewene italesættes en tendens til, at forsikringsselskaberne og klinikkerne i stigende grad indgår samarbejdsaftaler, og at det kan være svært for mindre klinikker at konkurrere med disse aftaler. Yderligere er der jf. citatboksen nedenfor måske også en bevægelse i gang fra, at aftalerne med forsikringsselskaberne omhandler enkeltstående ydelser, til pakkeydelser.

Måske en bevægelse i gang på forsikringsområdet fra enkeltstående ydelser til pakkeydelser

Jeg oplever det dog, som om der er en bevægelse fra enkeltstående ydelser til pakkeydelser, og at der er en bevægelse fra sygesikringsydelser til at levere flere ydelser uden tilskud – f.eks. Danica, AP/Skandia, Dansk Sundhedssikring. Og det er en bevægelse, som har været der de sidste år. Hvis det bliver en nogenlunde succes, så kommer de andre forsikringsselskaber formentligt også til at gå i den retning. (Ejer med ydernummer)

4.8 Patientperspektivet

Den nuværende styring af praksissektoren sikrer, at borgene kan få tilskud til fysioterapibehandling, som er dækket af sygesikringen. Yderligere sikrer den nuværende styring frit valg for patienten mellem klinikker tilknyttet overenskomsten, ligesom den sikrer geografisk dækning, og dermed understøttelse af de politiske mål om valgfrihed samt let og lige adgang til sundhedsvæsenet, jf. afsnit 2.4.1. Det fremgår imidlertid af interviewene med fysioterapeuterne, at patienterne kan have svært ved at forstå ydernummersystemet, jf. nedenstående citatboks. Dette udfordrer grundlæggende det sundhedspolitiske mål om, at sundhedsvæsenet skal være gennemsigtigt, jf. afsnit 2.4.1, og skaber ikke mindst stor frustration blandt de fysioterapeuter, som ikke er tilknyttet et ydernummer. De oplever således, at de skal bruge tid på at forklare systemet, og ikke mindst bruge tid på at legitimere deres faglighed.

Patienterne forstår ikke ydernummersystemet

Borgerne har ikke styr på det. Det er helt vildt, hvor mange gange jeg bare i løbet af en uge skal snakke med [dem] og prøve at forklare det her [ydernummersystemet]. Og jeg er ved at bide mig selv i tungen, når jeg skal sige, at jeg ikke er på overenskomst. For det lyder, som om jeg ikke vil være med. Hvorfor har du ikke det? [...] Man ender med rigtig mange af de her lidt længere samtaler med folk, hvor man snakker fem minutter, fordi man skal prøve at forklare dem, hvorfor det er, at de ikke kan få tilskud hos os. Er det fordi, du ikke er autoriseret? Er du ikke god nok? Hvad er det? Hvorfor får du ikke bare et? Det spørgsmål bliver man mødt af tit. (Ejer uden ydernummer)

Det fremgår af VIVEs spørgeskemaundersøgelse, at ventetiden for en ikke-akut patient er længere for ydelser inden for overenskomsten end uden for overenskomsten, jf. afsnit 3.2.7. På over 80 pct. af klinikkerne, som leverer ydelser inden for overenskomsten, vil den ikke-akutte patient dog kunne komme til inden for 2 uger, jf. Figur 3.6. Det skal bemærkes, at ventetiden kan være sæsonbetonet, og at de angivne ventetider derfor ikke kan betragtes som en gennemsnitlig ventetid for en ikke-akut patient. Limiteringer kan fx medføre, at der sidst på året kan opleves længere ventetid på behandling inden for overenskomsten. Den observerede forskel i ventetiden på ydelser inden for og uden for overenskomsten kan anskues som ulighedsskabende, idet det åbner for muligheden for, at mere velstillede borgere kan "springe køen over" ved at betale det fulde behandlingsbeløb selv. Omvendt kan en eventuel forekomst af social selektion i, hvem der springer køen over, anskues som en målretning af sygesikringstilskuddet til dem, der har mest behov for det – forstået som dem, der ikke har råd til at springe køen over. Det skal understreges, at det har været uden for denne undersøgelses formål at belyse, hvorvidt ventetiden skaber en social selektion eller ej.

Det skal yderligere bemærkes, at der ikke har indgået en decideret patientundersøgelse i nærværende analyse, og at ovenstående fremhævede fordele og ulemper ved den nuværende styring fra et patientperspektiv skal ses i det lys. Det kan således ikke udelukkes, at det ville være andre fordele og ulemper, som vil blive fremhævet, hvis vi havde inddraget patienter i analysen.

4.9 Opsummering

Analysen af fordele og ulemperne i den nuværende organisering og styring af praksissektoren tegner opsummerende følgende billeder i forhold til de otte tematikker, som analysen er struktureret omkring.

Styringen af fysioterapipraksissektoren og herunder ydernummersystemet fungerer på makroniveau i forhold til at sikre offentlig udgiftsstyring og sikre de sundhedspolitiske mål om let og lige adgang til sundhedsvæsenet (dvs. sikre geografisk dækning) og valgfrihed. Regionernes kontrol af udgiftsmønstret på klinikniveau synes derimod ikke at være så højt prioriteret.

Der **savnes instrumenter til måling af kvaliteten** af den leverede fysioterapi i praksissektoren. Med den sidste overenskomst for praksissektoren er der igangsat forskellige tiltag med henblik på at sikre kvalitetsudvikling i praksissektoren. Et af tiltagene er den igangværende akkrediteringsproces, som betyder, at alle klinikker tilknyttet overenskomsten skal være akkrediteret inden udgangen af august 2022. Den igangværende akkrediteringsproces italesættes i interviewene generelt som en god ting. Forskellen i det økonomiske tilskud til akkrediteringen til klinikker med og uden ydernummer opleves imidlertid som endnu en blåstempling af klinikker inden for overenskomsten på bekostning af klinikkerne udenfor, og sådan, at der dermed tilføres endnu et konkurrenceforskydende element i praksissektoren. To andre tiltag, der er iværksat i forbindelse med den seneste overenskomst i forhold til kvalitetsudviklingen i praksissektoren, er, at der i den nuværende overenskomstperiode arbejdes med 1) udvikling af værktøjer og metoder i forhold til effektmåling og 2) implementering af de Nationale Kliniske Retningslinjer. Der synes således fra de centrale aktører på området at være opmærksomhed på og handling i forhold til behovet for bedre at kunne monitorere effekten og kvaliteten af behandlingen i praksissektoren.

Manglende klar definition af en kapacitet synes at devaluere ydernummersystemets anvendelse i fysioterapipraksissektoren til primært at blive et element til styring af den overordnede

økonomiske ramme for fysioterapi i praksissektoren. Med manglende klar definition af en kapacitet menes, at der ikke er et fastlagt antal timer eller en bestemt omsætning knyttet til et ydernummer med en kapacitet over 30 timer, mens der for et ydernummer med en kapacitet under 30 timer, er knyttet en maksimal grænse på 30 timer ugentligt i gennemsnit på årsplan, men ingen omsætningsbegrænsning i udgangspunktet. Omsætningerne for en kapacitet under 30 timer, synes imidlertid i mange tilfælde langt at overskride, hvad der er muligt at producere inden for ramme af 30 timer ugentligt. Den manglende klare definition af en kapacitet skaber grobund for frustration over ydernummersystemet – særligt blandt fysioterapeuter, som ikke har et ydernummer – da det kan være svært at se rimeligheden i systemet. Det har aldrig været et krav, at ydernummersystemet skal være rimeligt, men styringsinstrumentets legitimitet i branchen svækkes, hvis der opleves at være diskrepans mellem styringsinstrumentets målsætning og dets faktiske anvendelse. Den oplevede manglende økonomistyring på kapacitetsniveau udfordrer således ydernummersystemets legitimitet som værende et økonomistyringsinstrument. Konsekvensen af den uklare definition af en kapacitet er, at der ikke er blevet styret særligt hårdt i forhold til kapacitetsdelen, og at det centrale styringselement i ydernummersystemet herved er blevet reduceret til primært at bestå i at sikre offentlig budgetsikkerhed i forhold til den overordnede økonomiramme.

Blandt informanterne er der en **oplevelse af en grundlæggende uretfærdighed i det nuværende system** som følge af, at nogle klinikejere historisk har fået deres ydernummer uden at skulle betale for det, mens der i dag er sket en kapitalisering af ydernumrene. Kapitaliseringen af ydernumrene er et resultat af, at udbuddet af fysioterapeuter, som gerne vil være tilknyttet overenskomsten, er større end antallet af tilgængelige ydernumre. Det fremgår af VIVEs spørgeskemaundersøgelse, at prisen for et ydernummer er steget over tid. Den højere prissætning af ydernumrene skaber grobund for en koncentration af ydernumrene hos dem, som allerede har et ydernummer, idet de kan have lettere ved at mobilisere finansiering af køb af et ydernummer. Ydernummersystemet har endvidere den grundlæggende iboende uretfærdighed – set fra perspektivet for klinikejere uden ydernummer – at patienten modtager tilskud til overenskomstdækkede ydelser, hvis de benytter en klinik med et ydernummer. Den konkurrenceforvridding, som patienttilskuddet giver på overenskomstdækkede ydelser, kan ses som en uundgåelig konsekvens af regionernes behov for budgetsikkerhed. For klinikejere uden ydernummer opleves det konkurrenceforvridende element imidlertid at påvirke mere end blot de overenskomstdækkede ydelser. For det første sikrer ydernummeret en vis automatisk efterspørgsel og dermed indtjening til klinikken og dækning af de faste udgifter. For det andet kan den sygesikringsdækkede aktivitet også potentielt generere ekstra efterspørgsel på ydelser uden for overenskomsten. Dette medfører, at mange klinikejere uden for overenskomsten har en oplevelse af, at konkurrencen ikke kun er ulige i forhold til overenskomstdækkede ydelser.

Den **voksende arbejdsstyrke presser forholdene i praksissektoren**. Antallet af fysioterapeuter har været kraftigt stigende i perioden 2007 til 2019. Grundet en historisk vækst i økonomirammen for sygesikringstilskud til fysioterapibehandling i praksissektoren har det været muligt at absorbere 1.200 flere fysioterapeuter i den overenskomstdækkede del af praksissektoren i denne periode. Indførelsen af en fast økonomiramme for alle fire sygesikringsspecialer betyder imidlertid, at væksten i arbejdsstyrken ikke længere kan absorberes inden for overenskomsten. Væksten skal alene absorberes uden for overenskomsten. Dette har været med til at øge konkurrencen både inden for og uden for overenskomsten. Det har ligget uden for rammerne af denne undersøgelse at foretage en fremskrivning af udbuddet og den fremtidige efterspørgsel efter fysioterapeuter. Det kan imidlertid konstateres, at der er flere faktorer, som umiddelbart peger i retning af, at konkurrencen i praksissektoren kun vil blive større i fremtiden. Den ene faktor er den relativt lave gennemsnitsalder for fysioterapeuter i praksissektoren (på ca.

41 år) og fysioterapibranchen generelt. Den anden faktor er væksten i andelen af mænd til fysioterapifaget koblet med, at der er en overrepræsentation af mænd i praksissektoren i forhold til den samlede arbejdsstyrke. Alt andet lige peger det i retning af, at søgningen til praksissektoren vil øges i de kommende år.

Praksissektoren i udvikling. Praksissektoren dækker over mange forskellige typer af klinikker, fra den lille klinik med én fysioterapeut, som enten leverer ydelser 100 pct. inden for eller uden for overenskomsten, til store klinikker, som leverer ydelser både inden for og uden for overenskomsten. Ligeledes er der en stor spændvidde i, hvilke ydelser der tilbydes i fysioterapipraksissektoren – både med hensyn til fysioterapifagsspecifikke ydelser og ikke-fysioterapifagsspecifikke ydelser, som fx kost- og træningsvejledning. For klinikker inden for overenskomsten synes der at være en udvikling i gang mod etablering af færre og større klinikker og udvidelse af disses tilbud uden for overenskomsten. Sidstnævnte udviklingstendens kan ses som en konsekvens af, at det er klinikernes eneste rigtige mulighed for at ekspandere, efter at de økonomiske rammer for sygesikringsdelen er blevet mere faste. Billedet i forhold til klinikstørrelse synes at være lidt anderledes for klinikkerne uden for overenskomsten, hvor klinikstørrelsen generelt synes at være mindre. I forhold til klinikkerne uden for overenskomsten observeres der to overordnede tendenser. Den ene tendens er, at der uden for overenskomsten er en gruppe af fysioterapeuter, som aktivt har valgt at arbejde uden for overenskomsten på grund af fx bedre mulighed for specialisering og honorering af dette. Den anden tendens er, at der er en gruppe, som mere arbejder uden for overenskomsten, fordi de har været *presset* til det – hvis de vil arbejde i praksissektoren – og ikke fordi det har været deres primære ønske. Meget tyder på, at denne sidstnævnte gruppe er voksende, og at det kan være svært for dem at få etableret sig uden for overenskomsten i forhold til at sikre sig et rimeligt indtægtsgrundlag.

Fysioterapeuterne tilkendegiver generelt en positiv holdning til **samarbejdet med andre aktører** som hospitaler, regioner, kommuner og læger. Der er stor variation i, om fysioterapeuterne har et samarbejde med hospital, regioner, kommuner og læger, og i givet fald i omfanget af samarbejdet. Generelt er der en tendens til, at fysioterapeuter uden ydernummer oplever et dårligere samarbejde med kommunerne og lægerne i forhold til at få henvist patienter og etableret et samarbejde omkring opgaveløsning. Oplevelsen blandt informanterne er, at ydernummersystemet både i kommunerne og blandt lægerne opfattes som et kvalitetsstempel. Styringsmæssigt er der fra kommunernes side en udfordring i forhold til at sikre, at patienterne ikke både modtager vederlagsfri fysioterapi (speciale 62) og kommunal genoptræning via serviceloven, hvilket ikke er tilladt. Fysioterapeuternes samarbejde med forsikringsselskaberne synes generelt vurderet at være noget mere problematisk. På det administrative plan opleves de administrative krav som værende komplicerede og tidskrævende. Desuden oplever fysioterapeuterne uden for overenskomsten det som uretfærdigt, at nogle selskaber stiller krav om, at forsikringstagerne skal benytte klinikker med ydernummer. Særligt et forhold omkring samarbejdet med forsikringsselskaberne fremhæves som stærkt problematisk af fysioterapeuterne. Det er det forhold, at forsikringsselskaberne vil have del i sygesikringstilskuddet samtidig med, at de stiller krav til behandlingen.

Patientperspektivet. Den nuværende styring af praksissektoren sikrer, at borgene kan få tilskud til fysioterapibehandling, som er dækket af sygesikringen. Yderligere sikrer den nuværende styring frit valg for patienten mellem klinikker tilknyttet overenskomsten og sikring af den geografiske dækning – og dermed understøtter den af de politiske mål om valgfrihed samt let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Patienterne synes imidlertid at have svært ved at forstå ydernummersystemet og tror fx, at et ydernummer er et kvalitetsstempel. Af VIVEs spørgeske-

maundersøgelse fremgår det, at ventetiden for en ikke-akut patient er længere for ydelser inden for overenskomsten end uden for overenskomsten. Det skal understreges, at det har været uden for denne undersøgelses formål at belyse, hvorvidt ventetiden skaber en social selektion eller ej. Det skal yderligere bemærkes, at der ikke har indgået en decideret patientundersøgelse i nærværende analyse, og at de ovenfor fremhævede fordele og ulemper ved den nuværende styring, set fra et patientperspektiv, skal ses i det lys. Det kan således ikke udelukkes, at der ville have været fremhævet andre fordele og ulemper, hvis vi havde inddraget patienter i analysen.

5 Konklusion

På baggrund af analysen kan det konkluderes, at styringen af fysioterapipraksissektoren fungerer på det regionale og kommunale niveau (makroniveau) i forhold til at sikre offentlig udgiftsstyring og understøtte de sundhedspolitiske mål om let og lige adgang til sundhedsvæsenet (dvs. sikre geografisk dækning) samt valgfrihed. Styringen af fysioterapipraksissektoren og herunder ydernummersystemet fungerer således på mange parametre rigtig godt. Det kan imidlertid også konkluderes, at der er og har været nogle udfordringer i forhold til udmøntningen af ydernummersystemet i fysioterapipraksissektoren, som udfordrer dets legitimitet som et økonomisk styringsredskab. Det er vigtigt i den sammenhæng at nævne, at ingen styringsinstrumenter er perfekte. Alle styringsinstrumenter har intenderede og potentielt ikke-intenderede virkninger. Virkningen af styringsinstrumentet kan ligeledes ikke ses isoleret – den afhænger blandt andet af konteksten, som instrumentet indgår i. De udfordringer, der i analysen er observeret i forhold til ydernummersystemet, er således bl.a. drevet af, at fysioterapi-arbejdsstyrken er vokset kraftigt, hvorfor der ses en ændret balance mellem dem, der har et ydernummer, og dem, der ikke har. Når der endvidere er en række udfordringerne i forhold til den måde, ydernummersystemet administreres på, kan der let opstå konflikter, der grunder i forskellige vilkår mellem dem, der praktiserer med, og dem, der praktiserer uden ydernummer.

Analysen peger således på, at den uklare definition af *en kapacitet* er en stor udfordring i forhold til at sikre legitimitet af ydernummersystemet som værende et reelt økonomistyringsinstrument. Der mangler således en tydelig forskel mellem en kapacitet over og en kapacitet under 30 timer, og en ramme for begge kapaciteter. I mange tilfælde favner en kapacitet bredere end, hvad det må kunne forventes, at en fysioterapeut, som arbejder henholdsvis under og over 30 timer kan producere. Dette skaber frustration hos de fysioterapeuter, som ikke har et ydernummer. Oplevelsen blandt fysioterapeuter uden ydernummer er, at de, der en gang har været "heldige" at få adgang til et ydernummer, har fået monopol på sygesikringsydelserne – forstået på den måde, at den vækst, der har været i økonomirammen for fysioterapi, er blevet absorberet af de eksisterende ydernumre. Den manglende klare definition på en kapacitet medfører yderligere, at regionernes økonomistyring på kapacitetsniveau kommer til at virke løs, med undtagelse for ydernummer, som er limiteret.

Analysen peger endvidere på, at patienter har svært ved at forstå ydernummersystemet, og at patienter opfatter systemet som et kvalitetsstempel. Ud over at skabe frustration hos den enkelte fysioterapeut uden ydernummer over at skulle forklare ydernummersystemet igen og igen, kan det potentielt være medvirkende til konkurrenceforvridning på *ikke-overenskomstdækkede* ydelser, hvis patienten vælger fysioterapeuter inden for overenskomsten i den tro, at ydernummeret er et "kvalitetsstempel".

Analysen viser, at ydernummeret i mange tilfælde ikke kun giver adgang til sygesikringsydelser, men at det også åbner mulighed for aktivitet uden for sygesikringen, dels ved at kommunerne og lægerne ser ydernummeret, som et kvalitetsstempel, dels ved at nogle forsikringselskaber stiller krav om, at deres forsikringstagere skal benytte klinikker med ydernummer.

Med ydernummeret følger nogle forpligtelser, fx at fysioterapeuten skal tilbyde alle ydelser, som indgår i praksisoverenskomsten, fast honorar for de enkelte ydelser, akkreditering mv. Mange af disse byrder opleves imidlertid også at være til stede i klinikker uden ydernummer.

Mange af de problemer, der er med den nuværende styring af praksissektoren må formodes at blive forstærket i fremtiden på grund af en voksende fysioterapeut-arbejdsstyrke.

Litteratur

- (1) Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Markederne for private kiropraktorer og fysioterapeuter. Konkurrence- og Forbrugeranalyse 04. Valby: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen; 2013.
- (2) Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Aftale om fornyelse af overenskomsterne mellem RLTN og Danske Fysioterapeuter. København: Danske Regioner; 2018.
- (3) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Danske Fysioterapeuter. Overenskomst om almindelig fysioterapi 08-09-2018. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter; 2018.
- (4) Danske Fysioterapeuter. Fakta om ydernumre. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/ydernummer-og-kapacitet/fakta-om-ydernumre>, 21. nov. 2019.
- (5) Guldager A. Hvem fandt på ydernumrene? Fysioterapeuten 2014(3).
- (6) Region Hovedstaden. Praksisplan for fysioterapi 2015-2019. Center for Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.
- (7) Precht- Sparre A. Forsøg med direkte adgang til fysioterapi. Region Hovedstaden. 5. juli 2019; Available at: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Fors%C3%B8g-med-direkte-adgang-til-fysioterapi.aspx>. Accessed 2. okt. 2019, 2019.
- (8) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Indenrigs- og Socialministeriet. Vejledning om træning i kommuner og regioner. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; Indenrigs- og Socialministeriet; 2009.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi. 3. udgave. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
- (10) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Danske Fysioterapeuter. Overenskomst om ridefysioterapi 07-09-2018. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter; 2018.
- (11) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Danske Fysioterapeuter. Overenskomst om vederlagsfri fysioterapi. Ændret sidst 07-09-2018. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter; 2018.
- (12) FritValgsService. Velkommen som leverandør. Available at: <https://mingenoptraening.dk/supplier-admin-start?redirect=%2Fsupplier>, 21. nov. 2019.
- (13) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr. 903 af 26/08/2019. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2019.
- (14) FritValgsService. Om FritValgsService. Available at: <https://mingenoptraening.dk/about>, 21. nov. 2019.

- (15) Danske Fysioterapeuter. Oversigt over klinikformer. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/klinik/oversigt-over-klinikformer>, 21. nov. 2019.
- (16) Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Forhandlingsprotokol af 15-06-2014. Sag. nr. RLTN5540 - 14/100. Dokumentnr. 23466/14. København: Danske Regioner; 2014.
- (17) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr. 731 af 08/07/2019. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2019.
- (18) Social- og Indenrigsministeriet. Bekendtgørelse af lov om social service. LBK nr 798 af 07/08/2019. København: Social- og Indenrigsministeriet; 2019.
- (19) Danske Fysioterapeuter. Gennemgang af forhandlingsresultatet OK 2018 - praksisoverenskomsterne. Notat af 17-09-18. København: Danske Fysioterapeuter; 2018.
- (20) RLTN - Danske Regioner. Landssamarbejdsudvalg. Available at: <https://rltn.dk/lands-samarbejdsudvalg>. Accessed 29. nov., 2019.
- (21) Danske Fysioterapeuter. FAQ om basiskontrakt. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/privat-arbejdsgiver/ansattelseskontrakt/faq-om-basiskontrakter>. Accessed 5. dec., 2019.
- (22) Danske Fysioterapeuter. Hvordan følger du med i dit behandlingsmønster for patienterne? Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/ydernummer-og-kapacitet/hvordan-folger-du-med-i-dit-behandlingsmonster-for-patienterne>. Accessed 5. dec, 2019.
- (23) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Danske Fysioterapeuter. Overenskomst om almindelig fysioterapi 19-06-2014. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Danske Fysioterapeuter; 2014.
- (24) Danske Regioner. Fakta om praksissektoren. København: Danske Regioner; 2018.
- (25) Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for fysioterapipraksis 1. version (25-11-2019, Versionsnr.: 37.0, Dok. Nr.:D17-16044. København: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; Januar 2019.
- (26) Lythje M. Tilskud til akkreditering uden ydernummer. 29.10.2019; Available at: <https://www.fysio.dk/nyheder/nyheder-2019/tilskud-til-akkreditering-uden-ydernummer>. Accessed 1. dec, 2019.
- (27) Forsikring og Pension. Sundhedsforsikringer er til gavn for den enkelte og samfundet. Available at: <https://www.forsikringogpension.dk/temaer/sundhedsforsikringer/>. Accessed 9. okt., 2019.
- (28) Sygeforsikringen Danmark. Om foreningen. Available at: <https://www.sygeforsikring.dk/om-foreningen>. Accessed 19. dec., 2019.

- (29) Danske Fysioterapeuter. Oversigt over samarbejdsrelationer på sundheds- og ulykkeforsikringsområdet. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/selvstandig-virksomhed/sundhedsforsikringer/oversigt-over-udbydere-af-sundhedsforsikringer>. Accessed 9. okt., 2019.
- (30) Sundhedsdatastyrelsen. Ydere i praksis. 2019; Available at: <https://www.esundhed.dk/Emner/Ansatte-i-sundhedssektoren/Ydere-i-praksis#tabpanel8A63FD4CA62D4CD491BD6E6D75058021>. Accessed 8. okt., 2019.
- (31) Styrelsen for Patientsikkerhed. Bekendtgørelse om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. BEK nr 976 af 27/06/2018: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
- (32) Danske Regioner. Find behandler. Available at: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?Informationskategori=Fysioterapeut>. Accessed 19. dec., 2019.
- (33) Forsikring & Pension. Sundhedsforsikringer. Antal forsikrede, præmier og erstatninger for sundhedsforsikringer, samt fordelingen af erstatninger. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/priser-og-forbrug/forbrug/forbrugsundersoegelsen>. Accessed 15. december, 2019.
- (34) Danske Fysioterapeuter. Udgiftsudvikling for ridefysioterapi. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/ridefysioterapi/udgiftsudvikling-for-ridefysioterapi>. Accessed 24. nov. 2019, 2019.
- (35) Danmarks Statistik. Flere danskere går til fysioterapeut. 2019; Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2019/2019-04-11-flere-danskere-gaar-til-fysioterapeut>. Accessed 20. nov. 2019, 2019.
- (36) Iversen AK, Kjellberg J. Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i Sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver. København: VIVE; 2018.
- (37) Danske Fysioterapeuter. Udgiftsudvikling på speciale 62. Available at: <https://www.fysio.dk/radgivning-regler/overenskomster/Overenskomster-og-aftaler-paa-praksisomraadet/vederlagsfri-fysioterapi/udgiftsudvikling-pa-speciale-62>. Accessed 6. dec, 2019.
- (38) Danske Fysioterapeuter. Fysioterapeuter er en ung faggruppe. 21.03.2019; Available at: <https://www.fysio.dk/nyheder/nyheder-2019/fysioterapeuter-er-en-ung-faggruppe>. Accessed 6. dec, 2019.

Bilag 1 Analysens metode for interview og spørgeskema

Nedenfor gives en uddybende beskrivelse af følgende metoder benyttet i rapporten:

- VIVEs elektroniske spørgeskemaundersøgelse
- To gruppeinterview med fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren.
- Gruppeinterview med tre medarbejdere fra tre regioner, som arbejder med administrationen af fysioterapipraksisområdet
- Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse.

VIVEs elektroniske spørgeskemaundersøgelse

VIVE har foretaget en elektronisk spørgeskemaundersøgelse for at afdække de udvalgte nøgletal om praksissektoren, som der ikke eksisterer data på. Spørgeskemaundersøgelsen er foretaget i perioden 30. september til 14. oktober 2019. Der blev i perioden udsendt to rykker-emails til dem, der endnu ikke havde afgivet svar.

Spørgeskemaet blev udsendt til alle medlemmer af Danske Fysioterapeuter, som er ejere eller lejere, samt en mindre gruppe ansatte og vikarer. Grunden til, at spørgeskemaet kun blev udsendt til en mindre gruppe af ansatte og vikarer, var dels, at der var tidsmæssigt sammenfald med Danske Fysioterapeuters lønundersøgelse blandt ansatte og vikarer, dels at mange af de ønskede nøgletal, som der ikke findes tal for i registre og offentlige tilgængelige statistikker, og som det var formålet med spørgeskemaundersøgelsen at fremskaffe, primært var relateret til ejere og lejere.

Før udsendelsen blev spørgeskemaet pilottestet i to omgange – først af Danske Fysioterapeuter, herefter af tre fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren. Danske Fysioterapeuter var tog rekrutteringen af fysioterapeuter til pilottesten. Udvælgelsen skete blandt fysioterapeuter, som i forbindelse med Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse (beskrives neden for) har tilkendegivet, at de gerne vil deltage i det videre arbejde med praksisanalysen. Fysioterapeuterne gav både skriftlig og mundtlig tilbagemelding på spørgeskemaet.

I alt blev spørgeskemaet udsendt til 2.399 medlemmer af Danske Fysioterapeuter, hvoraf 21 ikke blev leveret (det udsendte spørgeskema kan tilgås her xxx). Jf. bilagstabel 1.1 har 858 har svaret helt eller delvist på spørgeskemaet, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 36 pct. – heraf gennemførte 28 pct. hele spørgeskemaet.

Bilagstabel 1.1 Fordelingen af besvarelser fordelt på stillingskategori

Stilling	Delvist		Gennemført		Samlet		Total
	N	Procent	N	Procent	N	Procent	
Ejer med ydernummer	113	19	150	25	263	44	602
Ejer uden ydernummer	15	4	119	35	134	39	341
Lejer med ydernummer	38	3	309	28	347	32	1.094
Lejer uden ydernummer	4	1	48	16	52	17	308
Ansæt og vikar i klinik med ydernummer samt vikar uden ydernummer	3	-	22	-	25	-	20
Ansæt i klinik u. ydernummer	1	-	9	-	10	-	5
Mobil- og ridefysioterapeuter	0	-	7	-	7	-	5
Andet	3	-	18	-	21	-	3
I alt	177	7	682	29	859	36	2.378

Anm.: 1) Af hensyn til sikring af anonymitet er nogle af kategoriseringerne lagt sammen. 2) Grundet manglende fuld overensstemmelse mellem de enkelte fysioterapeuters status i Danske Fysioterapeuters medlemsregister og respondenterne egen angivelse af stillingskategori observeres der et større antal afgivne svar, end der oprindeligt var angivet at være i kategorien. I analysen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er der taget udgangspunkt i den stillingskategori, som fysioterapeuten selv har angivet.

Svarprocenten for spørgeskemaundersøgelsen er generelt betragtet ikke imponerende, men den svarer til svarprocenten i Danske Fysioterapeuters tidligere gennemførte medlemsundersøgelse, og antalsmæssigt indgår der over dobbelt så mange besvarelser som i den tidligere gennemførte analyse af praksissektoren foretaget af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (1). Spørgeskemaundersøgelsen var samtidig, jf. ovenfor, primært målrettet ejere og lejere, hvorfor spørgeskemaet ikke er repræsentativt for den samlede population af fysioterapeuter i praksissektoren. Svarprocenten på 36 pct. betyder, at spørgeskemaet heller ikke er repræsentativt for primærmålgruppen for spørgeskemaundersøgelsen, dvs. ejere og lejere i praksissektoren. Trods den manglende repræsentativitet bidrager spørgeskemaundersøgelsen trods alt med viden om forholdene for fx de 44 pct. og 39 pct. af medlemmerne i Danske Fysioterapeuter, som er ejere henholdsvis med og uden ydernummer.

I bilagstabel 1.2 følger køns- og aldersfordelingen, fordelingen i forhold til autorisationstid, samt antal år arbejdet i klinik og region for respondenterne.

Bilagstabel 1.2 Fordelingen af køn, alder, region, autorisationstid, antal år i klinikker, for delvise besvarelser, gennemførte besvarelser og samlet

	Delvist		Gennemført		Samlet	
	N	Andel	N	Andel	N	Andel
<i>Kønsfordeling</i>						
Mænd	87	49 %	335	49 %	422	49 %
Kvinder	89	51 %	347	51 %	436	51 %
I alt	176	100 %	682	100 %	858	100 %
<i>Aldersfordeling</i>						
22-29 år	8	5 %	66	10 %	74	9 %
30-39 år	24	14 %	159	23 %	183	21 %
40-49 år	65	37 %	231	34 %	296	34 %
50-59 år	56	32 %	168	25 %	224	26 %
60-69 år	21	12 %	53	8 %	74	9 %
70+ år	2	1 %	5	1 %	7	1 %
i alt	176	100 %	682	100 %	858	100 %
<i>Region</i>						
Region Hovedstaden	46	26 %	220	32 %	266	31 %
Region Sjælland	22	13 %	92	14 %	114	13 %
Region Nordjylland	18	10 %	56	8 %	74	9 %
Region Midtjylland	45	26 %	152	22 %	197	23 %
Region Syddanmark	43	25 %	159	23 %	202	24 %
I alt	174		679		853	
<i>Autorisation</i>						
0-2 år	7	4 %	45	7 %	52	6 %
3-5 år	3	2 %	72	11 %	75	9 %
6-10 år	16	9 %	99	15 %	115	13 %
11-15 år	25	14 %	95	14 %	120	14 %
16-20 år	42	24 %	121	18 %	163	19 %
21+ år	83	47 %	250	37 %	333	39 %
i alt	176	100 %	682	100 %	858	100 %
<i>Antal år arbejdet i klinik</i>						
1-2 år	7	4 %	55	8 %	62	7 %
3-5 år	7	4 %	96	14 %	103	12 %
6-10 år	21	12 %	111	16 %	132	15 %
11-15 år	31	18 %	122	18 %	153	18 %
16-20 år	37	21 %	114	17 %	151	18 %
21+ år	73	41 %	184	27 %	257	30 %
I alt	176	100 %	682	100 %	858	100 %

Besvarelserne er analyseret i anonymiseret form.

To gruppeinterview med fysioterapeuter, som arbejder i praksissektoren

Der blev gennemført gruppeinterview med henholdsvis seks og syv praktiserende fysioterapeuter, heraf:

- 4 ejere med ydernummer
- 5 ejer uden ydernummer
- 2 lejer med ydernummer
- 1 lejer uden ydernummer
- 1 provisionsansat på klinik med ydernummer.

Danske Fysioterapeuter stod for rekrutteringen af informanter. Der er søgt bredt blandt alle ansættelseskategorier samt med og uden ydernummer. Fraværet af vikarer samt ansatte uden ydernummer blandt informanterne er således ikke et aktivt fravalg.

Der er afholdt ét interview i Aarhus og ét i København i oktober-november 2019. Interviewene varede ca. 2 timer og blev gennemført som semistrukturerede interview tilrettelagt med udgangspunkt i nedenstående temaer identificeret på baggrund af VIVEs spørgeskemaundersøgelse og Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse:

- Vilkårene for ejer/indlejer/ansat – uden for / inden for overenskomsten
- Samarbejdet med læger
- Samarbejdet med kommunerne
- Samarbejdet med regionerne
- Samarbejdet med forsikringsselskaber og netværksselskaber
- Administration
- Videreuddannelse
- Honorarstrukturen og krav til behandlingen
- Kvalitetssikring
- Udnyttelse af ydernummersystemet.

Interviewene blev optaget med deltagernes tilladelse og transkriberet efterfølgende. Interviewudskrifterne er efterfølgende blevet gennemlæst og analyseret. Herefter er der foretaget udvælgelse af udsagn, som understøtter de generelle analytiske pointer.

Gruppeinterview med tre medarbejdere fra tre regioner som arbejder med den regionale administration af fysioterapipraksisområdet.

Der er blevet gennemført et gruppeinterview med tre medarbejdere fra tre regioner, som arbejder med den regionale administration af fysioterapipraksisområdet. VIVE har selv stået for at arrangere interviewet. VIVE rekrutterede selv den ene informant, som efterfølgende stod for at rekruttere kollegaer fra de andre regioner. Alle regioner er blevet orienteret om interviewet og har haft mulighed for at deltage.

Interviewet blev foretaget via Skype i november 2019 og varede ca. 45 min. Formålet med interviewet var, at få uddybet og kvalificeret resultaterne af analysen af rammevilkårene, samt

få vurderingen fra dem, der administrerer styringen af praksissektorens, af fordelene og ulemperne ved den nuværende styring af fysioterapipraksissektoren. Til interviewet var der udarbejdet følgende spørgeramme:

1. Overordnet: Hvilke fordele og ulemper ser du – set fra Regionernes side – ift. reguleringen af fysioterapipraksissektoren og ydernummersystemet?
- Hvordan?
2. Hvordan ser du reguleringen af fysioterapipraksissektoren sammenlignet med de andre praksisområder inden for sygesikringen?
- Er den administrative byrde mindre, det samme eller større?
3. Hvor mange nye ydernumre har I oprettet i løbet af de sidste 3 år?
- Forventer I at oprette nye ydernumre i nærmeste fremtid?

Interviewet blev optaget med deltagernes tilladelse og transkriberet efterfølgende. Interviewudskrifterne er efterfølgende blevet gennemlæst og analyseret. Herefter er der foretaget udvælgelse af udsagn, som understøtter de generelle analytiske pointer.

Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse.

VIVE har haft adgang til besvarelsene af Danske Fysioterapeuters medlemsundersøgelse om praksissektoren, som de gennemførte i februar og marts 2019 (fase 1 i praksisanalysen). VIVE har læst alle fritekstsvarene igennem inden udarbejdelse af VIVEs eget spørgeskema og gennemførelsen af gruppeinterview.

Spørgeskemaet blev udsendt til 3.195 medlemmer i praksissektoren. Fordelingen af medlemmerne i praksissektoren på medlemskategorier fremgår af bilagstabel 1.1.

Bilagstabel 1.3 Fordelingen af medlemmer, som arbejder i praksissektoren på medlemskategorier

	Inden for overenskomsten	Uden for overenskomsten
Ejere	615	341
Lejere	1.126	329
§ 24-ansatte	443	
Mobilfysioterapeuter	33	
Ridefysioterapeuter	50	
Øvrige*		258
Total ekskl. øvrige	2.267	670

Note: *Øvrige, dækker blandt andet over ansatte, som ikke er fordelt "udelukkende" inden for eller uden for ydernummer.

Svarprocenten var på 35 pct., hvoraf 25 pct. gennemførte hele spørgeskemaet. Spørgeskemaet indeholdt en del fritekstspørgsmål.

Nedenfor er den oversigt over fritekstspørgsmålene:

- Hvilke muligheder oplever du som fysioterapeut i den private sektor?
- Hvilke udfordringer oplever du som fysioterapeut i den private sektor?
- Hvilke positive egenskaber af ydernummersystemet oplever du?
- Hvilke negative egenskaber af ydernummersystemet oplever du?

- Hvilke fordele ser du ved at arbejde uden for ydernummersystemet?
- Hvilke ulemper ser du ved at arbejde uden for ydernummersystemet?
- Hvad samarbejder du med de praktiserende læger om?
- Hvordan fungerer dit samarbejde med de praktiserende læger samlet set?
- Hvad er dine oplevelser af samarbejdet med forsikringsselskaber og netværksselskaber om henholdsvis ulykkesforsikringer og sundhedsforsikringer? – uddyb gerne.
- Hvad er din oplevelse af samarbejdet med private virksomheder, fx kollektive virksomhedsordninger? – uddyb gerne.
- Hvad samarbejder du med kommunerne om? – Andet (uddyb gerne).
- Hvordan fungerer dit samarbejde med kommunerne samlet set?
- Hvad samarbejder du med hospitalerne om?
- Hvordan fungerer dit samarbejde med regionen samlet set?
- Hvad samarbejder du med regionen om?
- Hvordan fungerer dit samarbejde med regionen samlet set?
- Hvilke fordele vurderer du, at ydernummersystemet har for borgerne/patienterne?
- Hvilke ulemper vurderer du, at ydernummersystemet har for borgerne/patienterne?
- Hvad mener du, at Danske Fysioterapeuter særligt bør sætte fokus på i vores undersøgelse af praksissektoren og ydernummersystemet?
- Har du andre kommentarer?



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD