

Velkommen til Plenum 1

*Fremtidens muskuloskeletale
dagsorden – den nye
virkelighed*





De sundhedsfaglige og økonomiske perspektiver, som tegner sig i fremtiden i forhold til det muskuloskeletale

Kjeld Møller Pedersen
Syddansk Universitet
Aalborg Universitet
kmp@sam.sdu.dk



Hovedpunkter

1. De økonomiske rammer: Offentligt og privat
2. Øget konkurrence?
3. Den økonomiske sygdomsbyrde
4. Kvalitet m.m.





Hovedobservationer

1. Det offentlige tilskud vil ikke stige (ret meget)
2. Private sundhedsforsikringer vil (muligvis) spille en stigende rolle
3. 100% egenbetaling skal være drivkraften i udvidelse af markedet



Offentlige udgifter til kiropraktik

mio. kr.	2007	2010	2013	2015
Kiropraktor	102,4	117	120	126

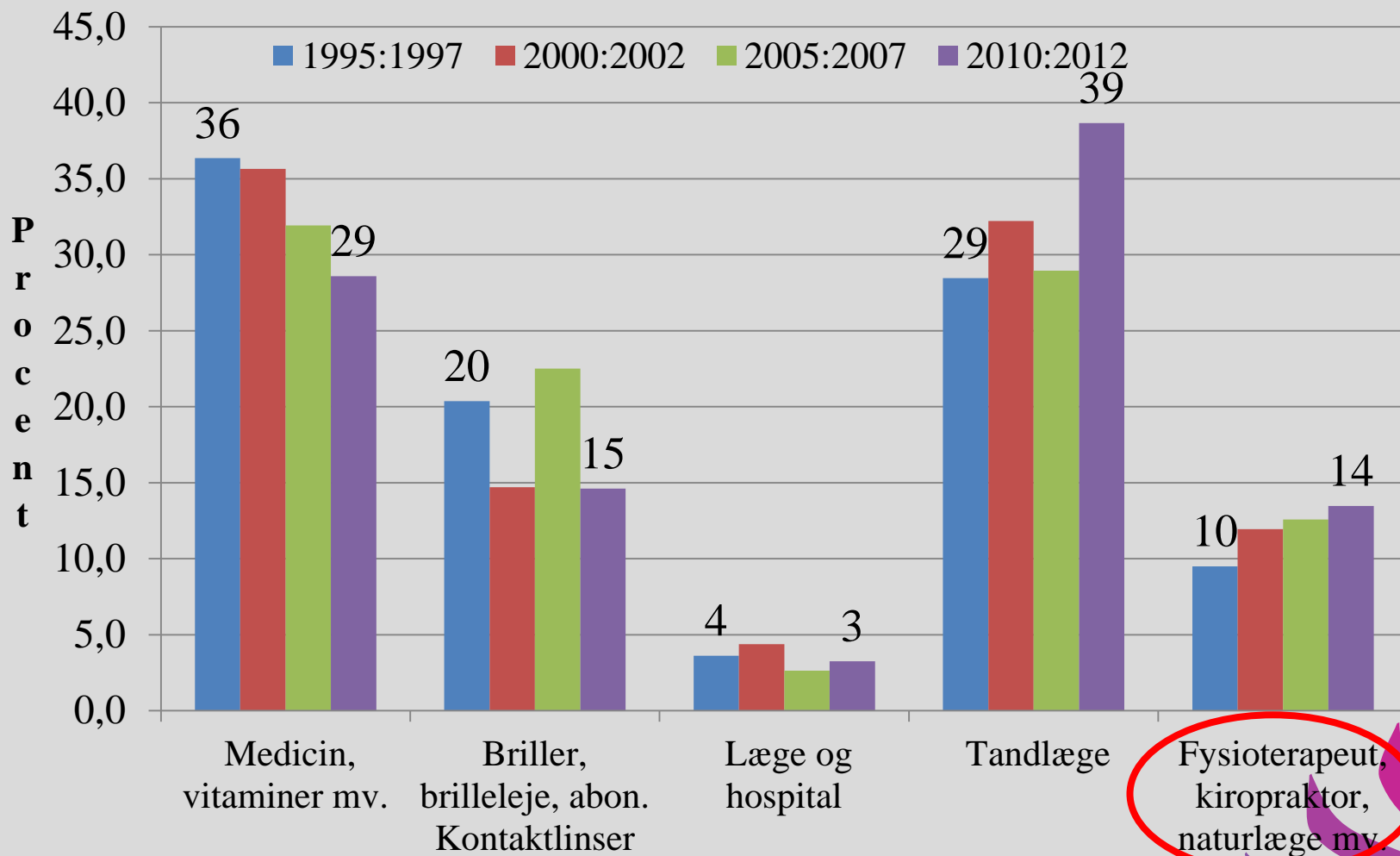


Vækstpct.

regionale sundhedsudgifter, *faste 2015-priser*

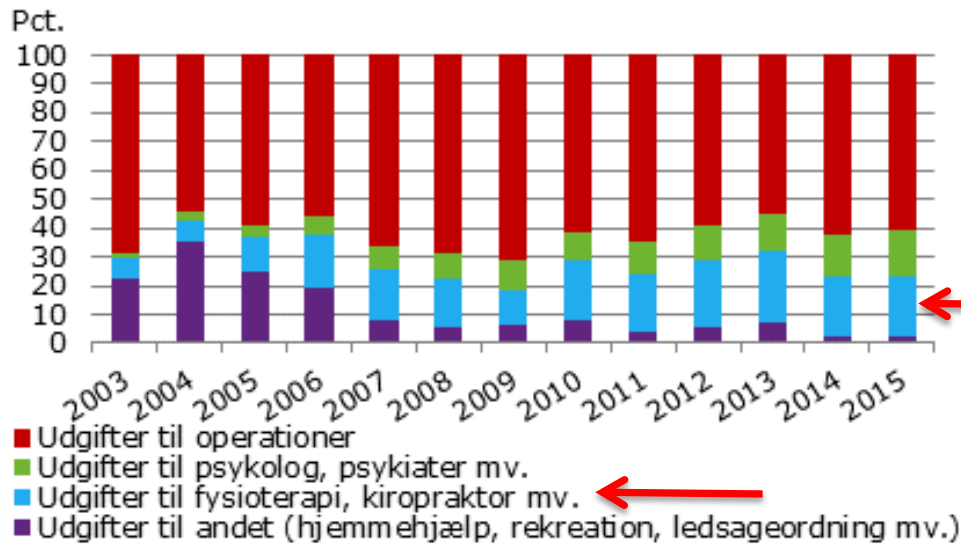
	2007-2010	2011-2015	2011-12	2012-13	2013-14	2014-2015
Sygehuse, inc.sygehusm.						
Almen lægehjælp						
Speciallægehjælp						
Medicin (Recept)						
Tandlægebehand.						
Fysio-terapi						
Kiropraktor						
Fodterapeuter						
Øv. sygesikringsud						
I alt, pct. vækst 2015-priser						
Vækst, mia. kr.	8,74	3,14				

Egenbetaling på sundhedsområdet: Ialt ca. 18% af de samlede sundhedsudgifter



Erstatninger private sundhedsforsikringer

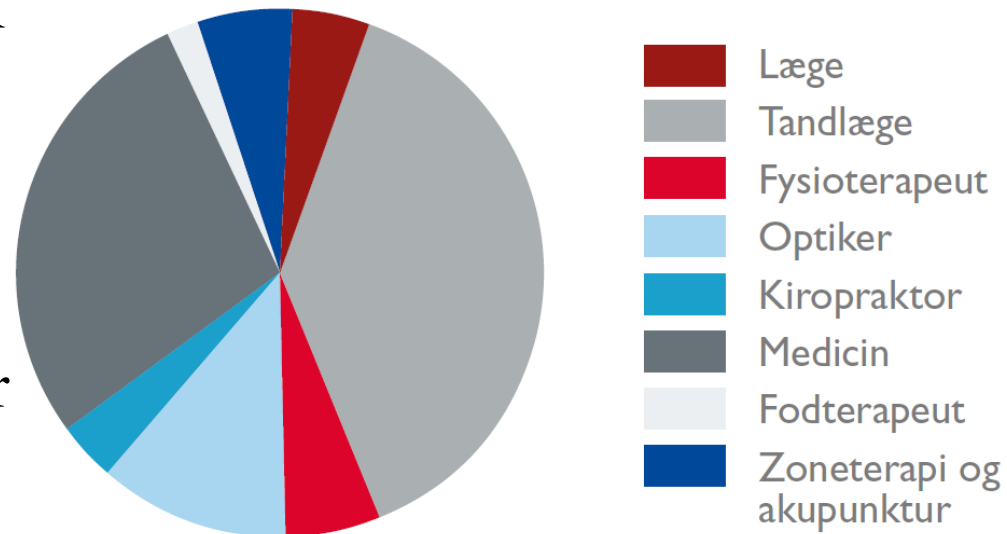
Bruttoerstatninger i alt: 1,5 mia. kr.



‘danmark’ 2015

I 2015 21,0 pct. af udgifterne gik til fysioterapi, kiropraktor mv. – pct.-delen har været jævnt stigende 2003-2016

Samlede erstatninger i 2016: 2,9 mia.kr.



Erstatningernes fordeling i 2015

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

Overenskomsten (m. virkning 1. april 2017)



**Aftale om fornyelse af overens
prakti**

Indholdsfortegnelse

1. Ydelses- og tilskudsstruktur
2. Akkreditering (Den Danske Kvalitetsmodel)
3. Systematisk efteruddannelse
4. Kiropraktorfonden
5. Diagnosekodning og data fra kiropraktorpraksis
6. Billeddiagnostik
7. Tilgængelighed
8. Vandelsbestemmelse
9. Licensaftaler
10. Økonomiske styringsredskaber
11. Reguleringsordning
12. Protokollat om overenskomstens økonomi



Stramme rammer – som bliver fulgt tæt

12. Protokollat om overenskomstens økonomi

Parterne er enige om, at den samlede økonomiske ramme for udgifterne til kiropraktisk behandling udgør 122,46 mio. kroner (2015-prisniveau).

+ diverse (op)reguleringer

Parterne anerkender at omlægningen i ydelses- og tilskudsstrukturen er så gennemgribende, at den skal følges nøje og understøttes af fælles initiativer og analyser af udviklingen.



Som i næsten alle overenskomster med ydere under sygesikringen: Økonomiske rammer skal holdes . .

Hvis den månedsvise/kvartalsvise opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, iværksættes udgiftsdæmpende foranstaltninger, som fx kan være:

- Indskærpelse af de aftalte forudsætninger for ydelseernes anvendelse
- Ændring af anvendelsesområderne for de overenskomstmæssige ydelser
- Justering af tilskuddet for en eller flere ydelser under forudsætning af, at patienternes egenandel ikke ændres
- Skærpelse af højestegrænser



Markederne for private kiropraktorer og
fysioterapeuter
Konkurrence- og Forbrugeranalyse 04

2013

Har skabt stor debat ...

”Reguleringen udelukker effektiv og lige konkurrence

Den nuværende regulering af praksissektoren på markederne for kiropraktorer og fysioterapeuter udelukker en effektiv og lige konkurrence... ”

- Der tænkes især på priskonkurrence

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



RAPPORTEN: Reguleringen udelukker effektiv og lige konkurrence på markederne

”Reguleringen udelukker effektiv konkurrence mellem behandlerne inden for praksissektoren:

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

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

» Den pris, patienterne skal betale for behandling inden for praksissektoren er subsidieret og derfor markant lavere end den pris, behandlerne på det frie marked har mulighed for at tage.

FAGLIG KONGRES » Behandlerne i praksissektoren er sikret en vis efterspørgsel og indtjening.

2016 KIROPRAKTIK
GENNEM LIVET

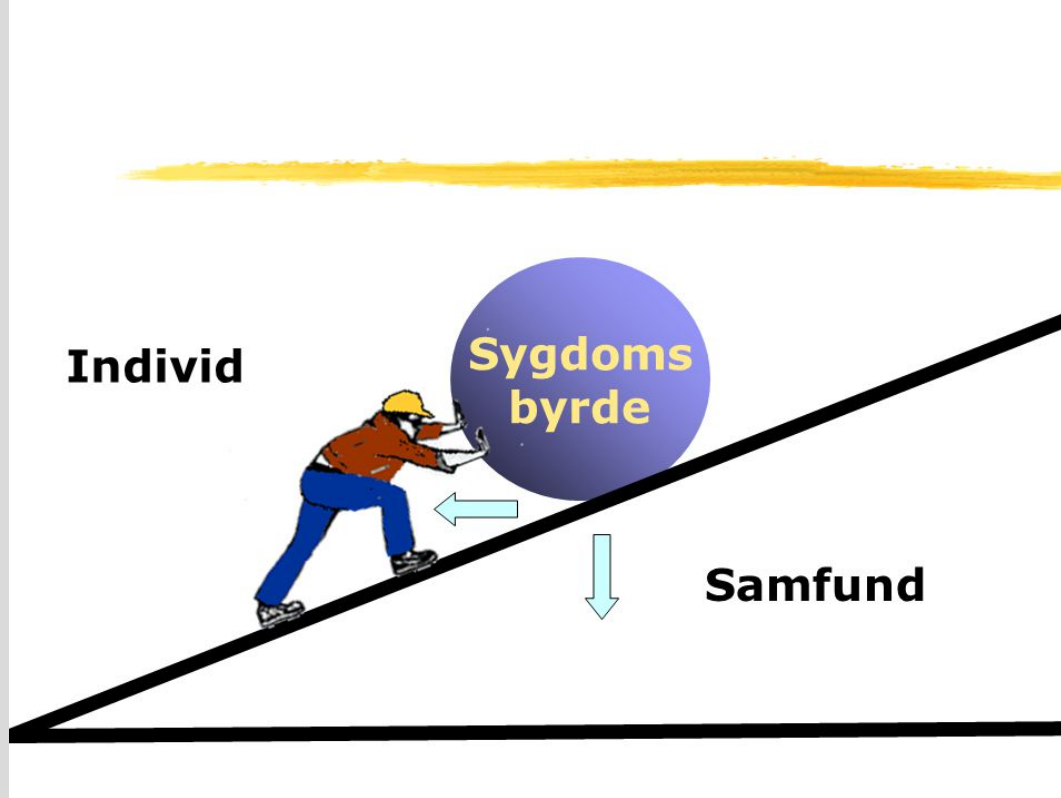
» Tilsammen giver det behandlere med ydernummer en konkurrencefordel – og de facto offentlig



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

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





Den økonomiske sygdomsbyrde har to hovedkomponenter

- De **direkte behandlingsomkostninger**
(hospital, primær-sektoren og kommunerne)
- De **indirekte omkostninger** (=arbejdsmarkeds konsekvenser)



OKTOBER 2015

SYGDOMSBYRDEN I DANMARK

■ Sygdomme

22	LÆNDERYGSMERTER.....	327
23	NAKKESMERTER	343
24	ARTROSE.....	355
25	OSTEOPOROSE	367

Betydelige omkostninger ...

MEN påvirker det prioriteringen
af sygdomsområderne?



Nøgletal ... økonomiske sygdomsbyrde

	Prævalens	Direkte omkostninger	Indirekte omkostninger (arbejds-marked)
Lænde-ryg			
Nakke			
Artrose			
Osteoporose			
IALT			

Hvad kan tallene bruges til?

1. Ikke ret meget – bortset fra størrelsesorden
2. For at være relevant for ressource-allokering skal vi vide noget om effekt af behandling
 - Omkostnings-effekt-analyse



Sundhedsfaglige perspektiver

- Arbejdsområde
- Kvalitet
- Efteruddannelse



Aftale mellem
regeringen og DF, EL, LA, ALT, SF, RV og K
om ændring af virksomhedsområdet for manuel behandling

Et flertal i Sundhedsudvalget afgav i april 2015 en beretning, der pålagde regeringen at fremsætte et lovforslag, der sikrer, at andre end læger og kiropraktorer får lov til at udføre manipulationsbehandling af kroppens led på lige fod med læger og kiropraktorer.

Den 15. april 2016 sendte Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed resultatet af undersøgelsen til ministeriet. Styrelserne anbefalede, at manipulationsbehandling af rygsøjlen **fortsat er forbeholdt læger og kiropraktorer.**

Et flertal blandt Folketingets partier vurderer ...at mulighederne for at udføre manuel behandling, herunder manipulation af rygsøjles led, **bør udvides** således, at flere har mulighed for at udføre manipulationsbehandling.

Parterne er enige om, at alle fremover må udføre bløddelsbehandling, mobilisering af led samt manipulation af perifere led. Herudover vil kiropraktorer, fysioterapeuter og Registrerede Alternative Behandlere med undervisning i manuel behandling fremover få mulighed for at udøve manipulation af rygsøjlen

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00



Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Dansk Kiropraktor Forening

28-10-2016
Sag.nr. RLTN5550 - 16/883
Dokumentnr. 50729/16
Sagsbehandler
Cecilie Heerdegen Leth

2. Akkreditering (Den Danske Kvalitetsmodel)

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal udbredes i kiropraktorpraksis med henblik på at understøtte den organisatoriske, den kliniske og den patientoplevede kvalitet

...

Akkrediteringen gennemføres ved, at IKAS akkrediterer ca. 114/115 klinikker årligt med akkrediteringsperiode på 8-9 måneder fra varsel til gennemført akkreditering, således at alle kiropraktorpraksis er akkrediteret indenfor overenskomstperioden.



3. Systematisk efteruddannelse

Parterne er på den baggrund [..anbefalinger fra en arbejdsgruppe] enige om at indføre systematisk efteruddannelse på kiropraktorområdet med afsæt i et fælles ambitionsniveau under hensyntagen til arbejdsgruppens anbefalinger samt den økonomi, der kan afsættes.

Formålet er, at alle kiropraktorer via systematisk efteruddannelse opbygger og vedligeholder deres kompetencer og færdigheder i overensstemmelse med evidensbaseret praksis og patienternes behov.





De danske
kiropraktorer
har et meget
højt fagligt niveau, som
vi skal gøre endnu
mere brug af i
sundhedsvæsenet.

Bo Libergren,
Næstformand for
Løn- og
Praksisudvalget,
regionsrådsmedlem
Venstre

