



Notat til Statsrevisorerne om  
beretning om pris, kvalitet og  
adgang til behandling på private  
sygehuse

December  
2009

revision  
revision

revision

**Vedrører:**

**Statsrevisorernes beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse**

27. november 2009

RN A311/09

**Sundheds- og forebyggelsesministerens redegørelse af 22. oktober 2009  
De af sundheds- og forebyggelsesministeren indhentede udtalelser fra regionerne  
Finansministerens redegørelse af 26. oktober 2009**

## **I. Indledning**

1. Beretningen handlede om det offentlige sygehusvæsens køb af private sygehusedelser og om kvalitetskrav i aftalerne med de private sygehuse og klinikker. Desuden handlede beretningen om opfølgningen på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer for borgernes adgang til sygehusedelser.

2. I beretningen konstaterede Rigsrevisionen, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (benævnes i det følgende Sundhedsministeriet) siden 2006 havde haft viden om, at de private sygehusedelser, på baggrund af ændrede markedsmæssige vilkår, kunne erhverves til lavere priser, men at de ændrede vilkår ikke var anvendt som udgangspunkt for at fastsætte lavere takster under den udvidede fritvalgsordning. På den baggrund vurderede Rigsrevisionen, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret, at de private sygehusedelser var erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

3. Ministeren for sundhed og forebyggelse (benævnes i det følgende sundhedsministeren) og finansministeren har i deres redegørelser tilkendegivet, at de på en række punkter ikke er enige i Rigsrevisionens og Statsrevisorernes konklusioner og vurderinger i beretningen.

Sundhedsministeriet har indhentet udtalelser til beretningen fra regionsrådene i de 5 regioner. Regionerne har i deres udtalelser forholdt sig til hele eller enkelte dele af Rigsrevisionens beretning. Regionerne er generelt enige i Rigsrevisionens vurderinger.

4. I perioden 2005-2009 har der været 4 forhandlingsforløb om afregning til private sygehuse og klinikker for behandling af fritvalgspatienter. Sundhedsministeren har i perioden grebet ind 2 gange, fordi parterne i forbindelse med forhandlingerne i 2005 og 2007 ikke kunne nå til enighed.

De 2 seneste forhandlinger fandt sted i foråret og efteråret 2009. Forhandlingerne i foråret tog udgangspunkt i de indhøstede erfaringer i suspensionsperioden. Resultatet blev en generel reduktion af afregningstaksterne på 17 % for det udvidede frie sygehusvalg pr. 1. juli 2009. Forhandlingerne i efteråret om taksterne for 2010 tager som noget nyt udgangspunkt i referencetakster udmeldt af Sundhedsministeriet. Hovedparten af referencetaksterne ligger i intervallet 70-90 % af den offentlige DRG-takst. Referencetaksterne fastsættes ud fra om-

kostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt. Forhandlingerne er endnu ikke afsluttet.

Forhandlingsforløbene er nærmere beskrevet i bilag 1.

## II. Lovgrundlaget

5. Det fremgik af beretningen, at Sundhedsministeriet og regionerne havde fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser. Regionerne havde indgået aftaler efter aftalemodellen i sundhedsloven. Sundhedsministeren fastsatte i februar 2006 priserne for de private sygehusydelse efter bestemmelsen herom i sundhedsloven.

6. Sundhedsministeren oplyser i sin redegørelse, at der ikke er tale om en ordning, der regulerer regionernes muligheder for at købe sygehusydelse til deres borgere på de bedst mulige vilkår, fx gennem udbud. Ministeren finder videre, at man i administrationen af ordningen har handlet fuldstændig i overensstemmelse med lovgivningen og dens formål.

7. Finansministeren oplyser i sin redegørelse, at ønsket om at sikre patientens rettighed og reelle valgfrihed via et bredt tilbud af sygehusydelse var den væsentligste præmis for det udvidede frie sygehusvalg. Disse hensyn var baggrunden for lovgivningens udformning, herunder rammerne for aftalevilkår under ordningen.

8. Jeg er enig med ministrene i den generelle fremstilling af lovgrundlaget. Jeg skal videre bemærke, at jeg er enig med sundhedsministeren i, at administrationen af ordningen skete efter bestemmelserne i loven. Det er samtidig ministerens ansvar at medvirke til, at lovens formål gennemføres med skyldig hensyntagen til økonomien. Det var denne forpligtelse, der var genstand for Rigsrevisionens undersøgelse. Rigsrevisionens undersøgelse havde derimod ikke til formål at anbefale en særlig model til fastsættelse af priserne under den udvidede fritvalgsordning.

## III. Sundhedsministeriets opfølgning på udviklingen i priserne

9. Det fremgik af beretningen, at Sundhedsministeriet havde fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelse og derigennem havde opnået viden om, at ydelserne fra 2006 kunne erhverves til lavere priser end de fastsatte takster. Der var imidlertid ikke fastsat lavere takster inden for den udvidede fritvalgsordning, hvorfor Rigsrevisionen vurderede, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret, at ydelserne var erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

I deres bemærkninger kritiserede Statsrevisorerne, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret, at private sygehusydelse kunne erhverves til lavere priser end de fastsatte takster, på trods af at ministeriet havde haft viden herom og mulighed herfor siden 2006. Statsrevisorerne påtalte, at sundhedsministeren ikke havde sikret, at ydelserne var erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

10. Sundhedsministeren og finansministeren er ikke enige i Rigsrevisionens vurdering og Statsrevisorerens påtale. Efter sundhedsministerens opfattelse var det ikke muligt at fastsætte taksterne på SPPD-området til i gennemsnit 80 % af DRG-taksten, som Amdtsrådsforeningen havde aftalt med en række andre private sygehuse og klinikker uden for SPPD. Finansministeren fremfører det samme synspunkt.

11. Ifølge sundhedsministeren er det endvidere ikke godtgjort i Rigsrevisionens beretning, at de ca. 100 private sygehuse og klinikker uden for SPPD ville kunne udvide kapaciteten i tilstrækkeligt omfang til at sikre patienterne ret til hurtig behandling og mulighed for behandlingsalternativer.

SPPD er Sæmmenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark, som er en brancheforening for nogle af de private sygehuse og klinikker.

Jeg skal hertil bemærke, at sigtet med Rigsrevisionens undersøgelse ikke var at vurdere, hvorvidt – eller hvor hurtigt – det samlede marked for private sygehusydelse ville kunne imødekomme efterspørgslen under den udvidede fritvalgsordning. For Rigsrevisionen var det væsentlige, at aftalerne med de ca. 100 private sygehuse og klinikker uden for SPPD på daværende tidspunkt indikerede, at der var et marked, som var fleksibelt og muliggjorde lavere priser.

12. Region Syddanmark har specifikt kommenteret takstfastsættelsen i 2006. Regionen har i sin udtalelse til sundhedsministeren anført, at det er uomtvisteligt, at indgrebet i 2006 medførte generelt højere priser for behandlinger udført under reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, også for de områder, som allerede var færdigforhandlede. Regionen oplyser videre, at dette indgreb ikke kan ses isoleret, da viljen til indgreb fra regeringens side har svækket Danske Regioners forhandlingsposition over for privathospitalerne flere år efter.

13. Jeg skal for god ordens skyld præcisere, at hverken Rigsrevisionen eller Statsrevisorerne har tilkendegivet, på hvilket niveau taksten skulle fastsættes i 2006. Jeg finder det særligt vigtigt at fremhæve, at det var på baggrund af en gennemgang af den samlede udvikling i perioden 2006-2009, at Rigsrevisionen vurderede, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret, at de private sygehusydelse var erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien. Særligt 3 forløb indikerede, at der var opbygget et marked for private sygehusydelse, som muliggjorde, at ydelserne under den udvidede fritvalgsordning kunne erhverves til lavere priser.

*Den første indikation* var de ca. 100 aftaler med private sygehuse og klinikker, som Amtsrådsforeningen indgik sideløbende med de forhandlinger med SPPD, der brød sammen i januar 2006. Forløbet viste, at markedet for sygehusydelse i 2006 muliggjorde lavere priser, jf. pkt. 57 og 58 i beretningen.

*Den anden indikation* var Sundhedsministeriets vurdering af, at markedet allerede i 2006 var modent til, at en række af de behandlingsområder, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, kunne sendes i udbud. Vurderingen blev foretaget i forbindelse med udvalgsarbejdet om vilkår for den udvidede fritvalgsordning, der er beskrevet i beretningen, jf. pkt. 46-50 og 63-68. Rigsrevisionen omtalte i beretningen både udkastet til og den endelige rapport fra udvalget. Udvalget vurderede, at en rammeudbudsmodel kunne være gavnlig for konkurrencen på området. I den endelige rapport anbefalede flertallet af udvalget brug af udbud i den almindelige sygehusdrift – de såkaldte strategiske udbud. Udkastet og den endelige rapport viste, at der efter udvalgets vurdering var etableret et marked for private sygehusydelse på daværende tidspunkt. Sundhedsministeriet havde dermed kendskab til, at markedet muliggjorde lavere priser under den udvidede fritvalgsordning.

*Den tredje indikation* var de priser på sygehusydelse, som regionerne opnåede under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i perioden 7. november 2008 - 30. juni 2009. Regionernes erfaringer med at sende behandlinger i udbud bekræftede, at der kunne opnås priser, som lå væsentligt under det tidligere forhandlede niveau, jf. beretningens pkt. 60.

14. Jeg finder på den baggrund, at Sundhedsministeriet på et tidligere tidspunkt kunne have udnyttet potentialet på markedet for private sygehusydelse for at opnå lavere priser inden for den udvidede fritvalgsordning.

15. Jeg kan konstatere, at sundhedsministeren i sin redegørelse erklærer sig enig med Rigsrevisionen i, at markedet for private sygehusydelse i Danmark siden 2002, og navnlig i de seneste år, har udviklet sig sådan, at der er grundlag for at fastsætte lavere takster end hidtil under det udvidede frie sygehusvalg.

16. Jeg kan videre konstatere, at regeringen har indgået en aftale med Danske Regioner den 1. april 2009, der vedrører rammerne for genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Aftalen indeholder initiativer, som har været mulige inden for de eksisterende lovgivningsmæssige rammer.

Aftalen tager i fase 1 sigte på at udnytte regionernes erfaringer under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg, hvor der er opnået aftaler om køb af private sygehuse til lavere priser. Aftalen har muliggjort, at afregningstaksterne pr. 1. juli 2009 er reduceret med 17 %.

Aftalen tager i fase 2 sigte på, at afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg, skal ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. Ministeriet har dermed vist, at det inden for lovgivningens rammer var muligt at tilpasse udgangspunktet for parternes takstforhandlinger.

17. Flere regioner har i deres udtalelser til sundhedsministeren kommenteret prisfastsættelsen under den udvidede fritvalgsordning, herunder muligheden for anvendelse af udbud.

18. Region Sjælland konstaterer, at anvendelsen af parallelle rammeudbud under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg har ført til priser hos private sygehuse og klinikker, der i gennemsnit ligger 25 % under de hidtidige aftaletakster. Samtidig har patienterne kunnet vælge mellem flere private alternativer. Regionen anfører, at udgifter til benyttelse af private sygehuse, hvor det udvidede frie valg er en væsentlig og stigende baggrund for dette forbrug, blev fordoblet (opgjort i DRG-værdi) fra 2007 til 2008, indtil suspensionen trådte i kraft i november 2008. Ifølge regionen vil det derfor være særdeles hensigtsmæssigt, at udbud indgår som et bærende element i den fremtidige model for Region Sjællands køb af sundhedsydelser på private sygehuse.

19. Region Nordjylland tager til efterretning, at der i forbindelse med den nye aftalemodel nu tages udgangspunkt i omkostningerne på de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse, men fastholder, at hvis priserne ikke skal findes gennem en markedsafprøvning, så bør taksterne tage udgangspunkt i de faktiske omkostninger og ikke blive beregnet på baggrund af offentlige DRG-takster.

Region Nordjylland oplyser videre, at der kan være potentielle problemer omkring anvendelsen af udbud i et marked med det udvidede frie sygehusvalg. Endelig oplyser regionen, at udbud i et marked, hvor der eksisterer et udvidet frit sygehusvalg, ikke med sikkerhed giver de samme priser, som udbud uden det udvidede frie sygehusvalg ville give. Det er derfor ikke sandsynligt ifølge Region Nordjylland, at en øget brug af strategisk udbud i et marked med udvidet frit sygehusvalg ville give priser, der afspejler den faktiske pris på markedet og derved sikrer, at det offentlige ikke betaler en pris, der ligger over markedsprisen.

20. Region Hovedstaden finder, at der bør skabes gennemsigtighed og ensartede forudsætninger for prisdannelsen mellem de private og offentlige sygehuse.

21. Region Syddanmark oplyser, at regionen efter suspensionsperioden har haft aftaler med private sygehuse i regionen om kapacitet inden for de områder, hvor deres egen kapacitet ikke har slået til. Det har derfor været forholdsvis begrænset, hvor meget de nationale aftalers merpris har betydet for regionens økonomi.

22. Region Midtjylland har ikke kommenteret prisfastsættelsen.

23. Jeg kan konstatere, at der i suspensionsperioden skete en reel markedsafprøvning af priserne på de private sygehuse. Jeg konstaterer videre, at flere af regionerne på den baggrund, og på forskellige måder, peger på fordelene ved at anvende udbud. Samtidig peger de på begrænsninger forbundet med at anvende udbud inden for den udvidede fritvalgsordning. Jeg finder regionernes overvejelser om udbud velbegrundede og er principielt enig i,

at udbud er den direkte måde, hvorpå markedspriser kan afdækkes. Dette er imidlertid ikke muligt inden for ordningen.

Jeg konstaterer videre, at anvendelsen af udbud inden for den udvidede fritvalgsordning vil kunne indebære, at ikke alle private sygehuse og klinikker vil have ret til en aftale, jf. aftalerechten i loven.

Det er min opfattelse, at sundhedsministeren og finansministeren har læst Rigsrevisionens beretning som om, at Rigsrevisionen anbefaler udbud inden for den udvidede fritvalgsordning. Dette er ikke tilfældet.

#### *Sammenfatning*

24. Jeg må sammenfattende konstatere, at ministrenes bemærkninger især vedrører forhold, som Rigsrevisionen ikke behandlede i beretningen. Rigsrevisionen har således ikke vurderet, om det samlede marked for private sygehusedydelser ville kunne imødekomme efterspørgslen under den udvidede fritvalgsordning. Rigsrevisionen har ligeledes ikke anbefalet, hvordan potentialet på markedet for private sygehusedydelser bedst udnyttes.

Rigsrevisionens vurdering af, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret, at de private sygehusedydelser var erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien, baserede sig på en gennemgang af den samlede udvikling i perioden 2006-2009. Særligt 3 forløb indikerede, at der var etableret et marked for private sygehusedydelser, der muliggjorde, at ydelserne under den udvidede fritvalgsordning kunne erhverves til lavere priser. Det første forløb vedrørte Amtsrådsforeningens indgåelse af aftaler med ca. 100 private sygehuse og klinikker. Det andet forløb vedrørte udvalgsarbejdet om vilkår for den udvidede fritvalgsordning, herunder Sundhedsministeriets egen vurdering af, at markedet allerede i 2006 var modent til, at en række behandlingsområder kunne sendes i udbud. Det tredje forløb vedrørte regionernes erfaringer med at opnå lavere priser under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg. Jeg finder derfor, at Sundhedsministeriet på et tidligere tidspunkt kunne have udnyttet potentialet for at opnå lavere priser inden for den udvidede fritvalgsordning. Først i 2009 har ministeriet med aftalen mellem regeringen og Danske Regioner af 1. april søgt at udnytte potentialet.

#### **IV. Kvalitetskrav til private sygehusedydelser**

25. Statsrevisorerne kritiserede, at regionerne ikke havde fastsat kvalitetskrav i fællesaftalerne med de private sygehuse. Dermed havde regionerne ikke et ordentligt grundlag for at vurdere, om de private sygehuse leverede den ønskede kvalitet.

26. Rigsrevisionen vurderede i beretningen, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad tog hensyn til kvalitet i de fællesaftaler, som regionerne indgik med de private sygehuse vedrørende behandling af patienter under den udvidede fritvalgsordning. Det skyldtes bl.a., at fællesaftalerne i henhold til udvidet frit sygehusvalg var kendetegnet ved, at kvalitetskrav ikke var nærmere specificeret. Regionerne stillede i højere grad kvalitetskrav i de frivillige aftaler uden for den udvidede fritvalgsordning, hvilket muliggjorde opfølgning på kvaliteten af sygehusedydelserne. Eksempler på mere specifikke kvalitetskrav var, at sygehuse skulle gennemføre et vist antal operationer årligt på det pågældende behandlingsområde og udarbejde dokumentation for det seneste års komplikationer til brug for opfølgningen.

27. Sundhedsministeren bemærker i sin redegørelse, at Statsrevisorernes kritik af ministeriet, hvad angår kvalitet, ikke har grundlag i Rigsrevisionens beretning, som ikke kritiserer ministeriet på dette punkt, idet det er regionernes ansvar at stille de nødvendige kvalitetskrav og følge op herpå. Ministeren oplyser, at uanset om kritikken alene vedrører regionerne eller ej, er ministeriet ikke enig i, at der ikke er taget tilstrækkelige hensyn til kvalitet i aftalerne om udvidet frit sygehusvalg. Ifølge ministeren er der en række krav, der grundlæggende er de samme til offentlige og private sygehuse. Videre oplyser ministeren, at Rigsrevisionen baserede sin vurdering på det forhold, at regionerne i de aftaler, de individuelt

indgik med private sygehuse, opstillede yderligere kvalitetskrav. Ministeriet er ikke enig i, at man deraf kan slutte, at de generelle krav ikke er tilstrækkelige.

28. Sundhedsministeriet har oplyst, at regionerne har skærpet en række kvalitetskrav til de private sygehuse med den nye standardkontrakt for 2009. Danske Regioner har videre oplyst, at de vil tage initiativ til at vurdere yderligere kvalitets- og dokumentationskrav henover efteråret med henblik på de nye aftaler, der skal gælde fra 1. januar 2010.

29. Regionerne peger i deres udtalelser til beretningen på en række problemstillinger, der har vanskeliggjort opfølgningen på kvaliteten.

30. Region Syddanmark oplyser, at det er uomtvisteligt, at der ikke har været mange kvalitetshensyn i de nationale aftaler (der i beretningen benævnes fællesaftaler).

31. Region Nordjylland udtaler, at regionen i fællesskab med de andre regioner vil indarbejde kvalitetskrav til de private sundhedsudbydere, der ønsker at indgå aftale om behandling af patienter henvist i forbindelse med udvidet frit sygehusvalg.

32. Ifølge Region Sjælland indebar Sundhedsstyrelsens politik under det udvidede frie sygehusvalg en forskelsbehandling af offentlige og private sygehuse. Offentlige sygehuse skulle af hensyn til kvaliteten samle behandlingen på færre og større enheder for at få volumen og dermed erfaring og ekspertise i den specialiserede behandling. Private sygehuse fik derimod adgang til at foretage højt specialiseret behandling uden den samme målestok for volumen, erfaring og ekspertise, hvilket indebar en anden standard for kvalitetskrav. Ifølge regionen er et eksempel herpå fedmekirurgi, som flere private sygehuse fik adgang til at udføre, men som de offentlige sygehuse i Region Sjælland ikke måtte tage op.

33. Ifølge Region Midtjylland har det været vanskeligt at følge op på kvaliteten på de private sygehuse, da henvisningerne har været spredt på en række forskellige private sygehuse og klinikker. Da det enkelte private sygehus behandler forholdsvis få patienter inden for den enkelte diagnose, har det vanskeliggjort en systematisk opfølgning.

Region Midtjylland tager Rigsrevisionens vurdering af kvalitetsopfølgningen til efterretning og vil fremover i højere grad følge op på kvaliteten hos de private leverandører, som regionen benytter. For at følge op på kvaliteten vil regionen desuden – via regionens samarbejdsudvalg med privathospitaler – tage initiativ til en tættere opfølgning på bl.a. indberetningen til de kliniske databaser, herunder opfyldelse af kravene i Den Danske Kvalitetsmodel.

34. Region Hovedstaden oplyser, at regionen har besluttet at opfordre Sundhedsministeriet til fremadrettet at øge fokus på kvalitetsopfølgning af behandlinger foretaget på private sygehuse og klinikker.

35. Samlet set tager regionerne Rigsrevisionens vurdering af kvalitetsopfølgningen til efterretning. De vil fremover i højere grad følge op på kvaliteten af behandlinger foretaget på private sygehuse og klinikker.

36. Jeg har noteret mig, at sundhedsministeren i modsætning til regionerne ikke anerkender Rigsrevisionens vurdering om hensynet til kvalitet i fællesaftalerne.

Det fremgik af beretningen, at hensynet til kvalitet er mere udtalt og specificeret i de frivillige aftaler end i fællesaftalerne. Gennemgangen af de frivillige aftaler viste, at regionerne opstillede yderligere kvalitetskrav for derved at opnå et bedre grundlag for at udvælge private sygehuse og følge op på de sygehusydelse, de leverede. Dette til trods for at det er de samme sygehusydelse, der købes, fx MR-skanninger eller ortopædkirurgiske operationer. Dermed er udgangspunktet for regionernes opfølgning forskelligt og vidner om, at regionerne som direkte aftalepartner viser et større ansvar for at følge op i de frivillige aftaler, mens de er mere usikre på deres ansvarsområde i forhold til fællesaftalerne.

### *Sammenfatning*

37. Sundhedsministeren er ikke enig med Rigsrevisionen i, at der ikke er taget tilstrækkelige hensyn til kvalitet i aftalerne under den udvidede fritvalgsordning. Jeg har noteret mig, at regionerne ikke er på linje med sundhedsministeren. Regionerne har med de nye aftaler for 2009 og 2010 taget ansvar for at skærpe en række kvalitetskrav, hvilket kan understøtte opfølgningen på de private sygehusedelser, der leveres. Dette finder jeg tilfredsstillende.

Jeg havde fundet det mere konstruktivt, hvis sundhedsministeren havde lagt vægt på at understøtte regionernes tiltag til en styrket kvalitet i aftalegrundlaget med de private sygehuse.

## **V. Opfølgning på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer**

38. Det fremgik af beretningen, jf. pkt. 117, at der i bemærkningerne til loven om indførelse af skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer står, at ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller har en arbejdsgiver, som vil betale for en sådan behandling. Det fremgik endvidere, at Sundhedsministeriet ikke havde fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer havde påvirket borgernes adgang til sygehusedelser.

39. Sundhedsministeriet og Finansministeriet oplyste i beretningen, jf. pkt. 125, at Sundhedsministeriet ville analysere udviklingen i såvel udbredelsen af sundhedsforsikringer som udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen. Ministeriet vil tage kontakt til de private sygehuse med henblik på at tilvejebringe et grundlag for at vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen.

40. Ministeren oplyser i sin redegørelse, at ventetiderne i sygehusvæsenet er et nettoresultat af en lang række faktorer på såvel udbuds- som efterspørgselssiden. Det lader sig derfor ikke umiddelbart gøre at dokumentere effekten af en enkelt faktor som fx skattefritagelsen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Ministeren bemærker videre, at man af de nævnte grunde må forudse, at det vil være vanskeligt at dokumentere sikre sammenhænge på dette område.

Jeg må opfatte sundhedsministerens oplysninger som om, at ministeren nu finder det vanskeligt at følge op på sammenhængen mellem arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden. Jeg anerkender, at ventetiden påvirkes af mange faktorer, jf. beretningens pkt. 122, men må henlede opmærksomheden på, at ministeriet i beretningen klart tilkendegav, at udviklingen ville blive analyseret.

### *Sammenfatning*

41. Jeg har noteret mig, at sundhedsministeren i sin redegørelse oplyser, at det vil være vanskeligt at dokumentere sikre sammenhænge på området. Jeg forventer, at ministeren følger op på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, når det indgår som en væsentlig forudsætning for lovgivningen på området.

## **VI. Afslutning**

42. Jeg har noteret mig, at sundhedsministeren og finansministeren på en række punkter ikke er enige i Statsrevisorernes bemærkninger og Rigsrevisionens vurderinger. I den forbindelse må jeg konstatere, at ministrenes bemærkninger i betydeligt omfang vedrører forhold og synspunkter, som ikke er behandlet i beretningen. Rigsrevisionen har således ikke behandlet eller vurderet kapaciteten på det samlede marked for private sygehusedelser i perioden 2006-2009 eller anbefalet en særlig aftalemodel for den udvidede fritvalgsordning.

43. Jeg finder det godt gjort, at Sundhedsministeriet på et tidligere tidspunkt kunne have udnyttet potentialet på markedet for private sygehusedelser med henblik på at sikre, at der kunne opnås lavere priser inden for den udvidede fritvalgsordning.



44. Jeg har særligt bemærket, at sundhedsministeren i sin redegørelse erklærer sig enig med Rigsrevisionen i, at markedet for private sygehusydelse i Danmark siden 2002, og navnlig i de seneste år, har udviklet sig således, at der er grundlag for at fastsætte lavere takster end hidtil under det udvidede frie sygehusvalg. På baggrund af beretningens konklusion om den manglende udnyttelse af de markedsmæssige muligheder må det vurderes som væsentligt og positivt, at der er foretaget en generel reduktion af taksterne på 17 % pr. 1. juli 2009, og at Sundhedsministeriet forud for de endnu ikke afsluttede forhandlinger om taksterne i 2010 har udmeldt referencetakster på 70-90 % af de offentlige DRG-takster. Jeg konstaterer samtidig, at lovgivningen ikke har udgjort nogen hindring for at ændre udgangspunktet for takstforhandlingerne, som det nu er gjort.

45. Sundhedsministeren er ikke enig med Rigsrevisionen i, at der ikke er taget tilstrækkelige hensyn til kvalitet i aftalerne under den udvidede fritvalgsordning. Jeg har noteret mig, at regionerne ikke er på linje med sundhedsministeren. Regionerne har med de nye aftaler for 2009 og 2010 skærpet en række kvalitetskrav, der understøtter opfølgningen på de sygehusydelse, der leveres. Dette finder jeg tilfredsstillende.

46. Jeg er tilfreds med regionernes udtalelser til Statsrevisorernes bemærkninger og til beretningen og har samtidig noteret mig, at regionerne generelt er fremkommet med meget konstruktive bidrag om pris og kvalitet i aftalerne med de private sygehuse.

47. Jeg vil fortsat følge udviklingen på følgende områder:

- udviklingen i taksterne for de private sygehusydelse under den udvidede fritvalgsordning
- initiativerne vedrørende kvalitetskrav i aftalerne med de private sygehuse og klinikker
- sundhedsministerens arbejde med at vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen.

Jeg vil orientere Statsrevisorerne om resultatet af min opfølgning.

Henrik Otbo

## Bilag 1. Forhandlinger og initiativer i perioden 2005-2009

For at give et fyldestgørende billede af den periode, som Rigsrevisionen har undersøgt, er forløbet omkring de seneste aftaleindgåelser og initiativer på området beskrevet nedenfor.

### *Takstforhandlinger i 2005*

Forhandlingerne mellem Amtsrådsforeningen og en brancheforening for nogle af de private sygehuse og klinikker, Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD), brød sammen den 2. januar 2006, hvorefter brancheforeningen anmodede ministeren om at fastsætte taksterne. Sideløbende med takstforhandlingerne indgik Amtsrådsforeningen aftaler med ca. 100 private, overvejende mindre sygehuse og klinikker til en lavere takst end de takster, ministeren fastsatte pr. 2. februar 2006. Konsekvensen blev, at de indgåede aftaler til lavere priser ikke kunne opretholdes.

### *Udvalgsarbejde i perioden 2006-2007*

På baggrund af forløbet omkring takstfastsættelsen i 2006 nedsatte Sundhedsministeriet et udvalg om vilkår for den udvidede fritvalgsordning til at se på de fremtidige procedurer for takstfastsættelse og konfliktløsning. Sundhedsministeriet varetog formandskabet af udvalget. I udvalget deltog desuden bl.a. Finansministeriet, Amtsrådsforeningen (Danske Regioner fra januar 2007), repræsentanter fra SPPD samt en række andre interessenter.

### *Takstforhandlinger i 2007*

Efter planen skulle Amtsrådsforeningen og de private sygehuse i efteråret 2006 have forhandlet taksterne for 2007. Udvalgsarbejdet om vilkår for den udvidede fritvalgsordning blev imidlertid forsinket, og de takster, som ministeren fastsatte for 2006, blev derfor forlænget frem til 1. oktober 2007. Parterne forhandlede i september 2007. Resultatet blev nye takster, der lå meget tæt op ad de takster, som ministeren fastsatte i 2006. Taksten for grå stær, som med aftalen blev sænket med ca. 30 % i forhold til 2006, måtte dog genforhandles med en gruppe af øjenlæger, der stod uden for SPPD, idet størstedelen af de indgåede aftaler om grå stær fra før 1. oktober 2007 blev opsagt af klinikkerne. Disse forhandlinger endte med, at ministeren i juni 2008 måtte fastsætte taksten efter anmodning fra flere øjenlæger.

### *Ændring af tidsfrist for behandling i 2007*

Patienter har siden 2002 haft ret til tilbud om behandling på private sygehuse og klinikker, hvis de ikke fik et tilbud i det offentlige sygehusvæsen inden for en tidsfrist på 2 måneder. Denne tidsfrist blev ændret til 1 måned med virkning fra 1. oktober 2007.

### *Suspension af udvidet frit sygehusvalg i 2008*

For at nedbringe den ventetidspukkel, som opstod i forlængelse af overenskomstkonflikten i foråret 2008, blev det udvidede frie sygehusvalg suspenderet i perioden 7. november 2008 - 30. juni 2009. I suspensionsperioden valgte regionerne at sende udvalgte sygehusydelse i udbud. Det fremgik af beretningen, at regionerne i forbindelse med suspensionen opnåede priser, der lå væsentligt under de tidligere forhandlede priser i henhold til reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

### *Genindførelse af udvidet frit sygehusvalg i 2009*

Regeringen indgik den 1. april 2009 en aftale med Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse i forbindelse med, at det udvidede frie sygehusvalg skulle genindføres den 1. juli 2009. Hermed blev der taget en række nye initiativer, der justerer samarbejdet mellem regionerne og den private sygehussektor efter en tostrengt proces. I fase 1, der vedrører perioden 1. juli - 31. december 2009, tager forhandlingerne om aftaler under det udvidede frie sygehusvalg bl.a. udgangspunkt i de erfaringer, som regionerne har fået med at sende behandlinger i udbud i suspensionsperioden. I fase 2, der vedrører perioden efter 1. januar 2010, skal forhandlingerne tage udgangspunkt i referencetakster, der udarbejdes af Sundhedsministeriet. Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt.

*Takstforhandlinger i foråret 2009*

På baggrund af aftalen med regeringen af 1. april 2009 indgik Danske Regioner og 2 brancheforeninger for private sygehuse og klinikker en aftale, der indebar en generel reduktion af afregningstaksterne på 17 % for det udvidede frie sygehusvalg pr. 1. juli 2009.

*Internt udredningsarbejde i perioden 2008-2009*

Sideløbende med Rigsrevisionens undersøgelse har Sundhedsministeriet gennemført et internt udredningsarbejde om afregning med private sygehuse. Sundhedsministeriet har oplyst, at udredningsarbejdet blev afsluttet i foråret 2009, men blev som følge af aftalen af 1. april ikke færdiggjort, da det i arbejdet bl.a. blev konkluderet, at der var behov for yderligere kvalificering af grundlaget for referencetaksterne. I det interne udredningsarbejde anbefales det bl.a., at afregningen med de private sygehuse bør tage udgangspunkt i omkostningerne for de billigste og mest omkostningseffektive blandt de offentlige sygehuse (referencetakster). Det blev videre anbefalet, at referencetaksterne fastlægges på et niveau svarende til 65-72 % af den offentlige DRG-takst.

*Takstforhandlinger i efteråret 2009*

Samtidig med offentliggørelsen af udredningsarbejdet har ministeriet offentliggjort et katalog over referencetakster, der skal danne udgangspunkt for forhandlinger om aftaler under det udvidede frie sygehusvalg gældende fra 1. januar 2010. Hovedparten af referencetaksterne ligger i intervallet 70-90 % af DRG-taksten. Forhandlingerne er endnu ikke afsluttet.