



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

Juni
2009

revision
revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og resultater	1
II.	Indledning	6
	A. Baggrund	6
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	8
III.	Indgåelse af aftaler efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg.....	10
IV.	Opfølgningen på udviklingen i priserne på private sygehusydelse.....	13
	A. Udviklingen i markedet for private sygehusydelse.....	13
	B. Sundhedsministeriets vurdering af aftalemodellen	18
V.	Kvalitetskrav til private sygehusydelse	23
	A. Krav til kvaliteten.....	23
	B. Opfølgning på kvaliteten	27
VI.	Opfølgning på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer	30
	Bilag 1. Ordliste.....	34

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 -

I. Introduktion og resultater

1. Denne beretning handler om det offentlige sygehusvæsens køb af private sygehusydelser og om kvaliteten af ydelserne. Endvidere handler beretningen om opfølgningen på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer for borgernes adgang til sygehusydelser. Rigsrevisionen iværksatte undersøgelsen af egen drift i august 2008.

Beretningen vedrører Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt regionerne, der har ansvaret for at tilrettelægge købet af private sygehusydelser. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som tidligere var en del af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, benævnes i denne undersøgelse Sundhedsministeriet.

2. I de senere år har en række nye tiltag på sundhedsområdet skabt grobund for en betydelig vækst i den private sygehussektor. 2 centrale tiltag er udvidet frit sygehusvalg, der fremgår af sundhedsloven, og skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, der fremgår af ligningsloven. Formålet med udvidet frit sygehusvalg er ifølge lovbemærkningerne at nedbringe ventetiderne til behandling og give patienterne en ny og væsentlig rettighed. Udvidet frit sygehusvalg har medvirket til, at regionerne i stigende grad er blevet købere af private sygehusydelser. Formålet med at skattefritage arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er ifølge lovbemærkningerne at gøre det mere attraktivt for virksomhederne at påtage sig et socialt ansvar ved at tilbyde deres medarbejdere betaling for sundhedsbehandling eller sundhedsforsikring.

3. *Udvidet frit sygehusvalg* blev indført i 2002. Ordningen giver patienter ret til behandling på de private sygehuse, herunder udenlandske, som har indgået aftale med regionerne, når det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en tidsfrist på 2 måneder. Fristen blev i oktober 2007 ændret til 1 måned. Ordningen har fra starten været tilrettelagt, så den kunne skabe det størst mulige udbud af private leverandører, som borgerne kunne vælge mellem. Over 280.000 patienter har benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg.

4. Det udvidede frie sygehusvalg er en udvidelse af *det frie sygehusvalg*, der blev indført i 1993. Det frie sygehusvalg indebærer, at en patient, der er henvist til sygehusbehandling, kan vælge mellem behandling på enhver regions sygehus.

5. Regionerne kan desuden indgå aftaler med private sygehuse uden for den udvidede fritvalgsordning om tilkøb af ekstra behandlingskapacitet, fx om knæ- og hofteoperationer. Regionerne kan i sådanne situationer anvende udbud strategisk med henblik på at sikre patienterne en hurtigere behandling.

6. Som led i ordningen om det udvidede frie sygehusvalg er der i sundhedslovens § 87 fastlagt en model for indgåelse af aftaler med private sygehuse og klinikker. Aftalemodellen er udformet sådan, at prisen for behandling af patienter, der benytter ordningen, fastlægges gennem forhandlinger mellem regionerne (tidligere amterne) og de private sygehuse. Den hidtidige praksis har været, at der årligt blev indgået aftaler mellem regionerne og de private sygehuses brancheforening. Såfremt parterne ikke kan nå til enighed, kan de private sygehuse anmode sundhedsministeren om at fastsætte vilkårene for aftalen.

Frit sygehusvalg giver mulighed for at vælge behandling på alle offentlige sygehuse samt nogle enkelte private specialsygehuse, herunder hospicer og behandlingssteder for gigtsygdomme, sklerose og epilepsi.

Udvidet frit sygehusvalg giver mulighed for at vælge behandling på private sygehuse eller klinikker herhjemme eller i udlandet, hvis det offentlige ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned. Det forudsætter, at der er en aftale med det private sygehus om den pågældende behandling.

7. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet og regionerne i tilstrækkelig grad har tilrettelagt købet af private sygehusedelser under den udvidede fritvalgsordning under hensyn til pris og kvalitet. Formålet er videre at vurdere, om ministeriet har overblik over, i hvilken udstrækning den øgede anvendelse af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusedelser.

Undersøgelsens formål er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har Sundhedsministeriet og regionerne fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser?
- Har Sundhedsministeriet fulgt udviklingen i markedet for private sygehusedelser og sikret, at regionernes køb af sygehusedelser under det udvidede frie sygehusvalg er sket under skyldig hensyntagen til økonomien?
- Er der i tilstrækkelig grad taget hensyn til kvalitet i de aftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse under den udvidede fritvalgsordning?
- Har Sundhedsministeriet fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusedelser?

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Ordnningen om det udvidede frie sygehusvalg blev indført i 2002 med det formål at sikre patienterne ret til behandling på private sygehuse, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan sikre behandling inden for en fastsat tidsfrist, og derved undgå lange ventetider. Ordningen har fra starten været tilrettelagt, så den kunne skabe det størst mulige udbud af private leverandører, som borgerne kunne vælge mellem. Over 280.000 patienter har benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg. Ventetidsfristen blev nedsat fra 2 til 1 måned i oktober 2007. I 2007 og 2008 skete der en øget anvendelse af fritvalgsordningen, og regionernes udgifter til behandlinger på de private sygehuse steg væsentligt.

Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen peget på, at regionerne ved øget brug af strategiske udbud som instrument kan undgå at sende patienterne i privat regi via det udvidede frie sygehusvalg. Efter ministeriernes opfattelse kan regionerne derved opnå lavere takster end de aftaletakster, der er gældende under det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalerne mellem det offentlige sygehusvæsen og de private sygehuse indgås efter en aftalemodel, der er reguleret i sundhedsloven. Rigsrevisionen konstaterer, at udmøntningen af ordningen er sket i overensstemmelse med lovens bestemmelser.

Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet siden 2006 har haft viden om, at de private sygehusedelser, på baggrund af ændrede markedsmæssige vilkår, kunne erhverves til lavere priser end de fastsatte takster. Rigsrevisionen konstaterer, at de ændrede vilkår ikke er anvendt som udgangspunkt for at fastsætte lavere takster under den udvidede fritvalgsordning. Det er på den baggrund Rigsrevisionens vurdering, at Sundhedsministeriet ikke har sikret, at de private sygehusedelser er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

Regeringen og Danske Regioner indgik en aftale i april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse. Ifølge aftalen skal prisfastsættelsen tage udgangspunkt i såkaldte referencetakster, som afspejler taksterne hos de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse. Priserne skal som hidtil fastsættes efter forhandling mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Den politiske aftale er endnu ikke udmøntet i lovgivningen.

Endvidere er det Rigsrevisionens vurdering, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad har taget hensyn til og fulgt op på kvaliteten af de behandlinger, som private sygehuse udførte under udvidet frit sygehusvalg.

Endelig er det Rigsrevisionens vurdering, at Sundhedsministeriet ikke har fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusydelse. Rigsrevisionen finder det tilfredsstillende, at ministeriet fremover vil vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

Sundhedsministeriet og regionerne har fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser. Regionerne har indgået aftaler efter aftalemodellen i sundhedsloven. Sundhedsministeren fastsatte i februar 2006 priserne for de private sygehusydelser efter bestemmelsen herom i sundhedsloven.

- Sundhedsloven regulerer, hvordan regionerne i fællesskab indgår aftaler med private sygehuse om køb af sygehusydelser efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg. Aftalerne giver patienter mulighed for at vælge et privat sygehus, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en bestemt tidsfrist. Aftalemodellen indebærer en pligt for regionerne til at indgå aftaler med de private sygehuse og klinikker, der ønsker det.
- Forhandlinger mellem amterne og en brancheforening for nogle af de private sygehuse, S sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD), brød sammen i januar 2006. Efter reglerne i sundhedsloven kan sundhedsministeren fastsætte vilkårene for aftalen, hvis parterne ikke kan opnå enighed. På den baggrund fastsatte ministeren priserne for de private sygehusydelser på et niveau, der lå mellem, hvad Amtsrådsforeningen og SPPD var villige til at acceptere.

Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelser og har derigennem opnået viden om, at ydelserne fra 2006 kunne erhverves til lavere priser end de fastsatte takster. Der er imidlertid ikke fastsat lavere takster inden for den udvidede fritvalgsordning, hvorfor Rigsrevisionen må vurdere, at ministeriet ikke har sikret, at ydelserne er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

Udviklingen i markedet for private sygehusydelser

- Da den udvidede fritvalgsordning blev indført i 2002, var markedet for private sygehusydelser af beskedent omfang, og en markedsafprøvning af priserne ikke reelt mulig. På få år steg antallet af private sygehuse og klinikker i Danmark mærkbart.
- Sideløbende med forhandlingerne med SPPD, der brød sammen i januar 2006, indgik Amtsrådsforeningen aftaler med ca. 100 private sygehuse og klinikker. Aftalerne blev indgået til væsentligt lavere priser (svarende til ca. 80 % af niveauet for DRG-taksterne) end dem, der blev fastsat af sundhedsministeren. Konsekvensen af ministerens fastsættelse af prisen blev, at de mere end 100 aftaler, som Amtsrådsforeningen havde indgået til en lavere pris, blev annulleret.

- Forløbet omkring indgåelsen og annulleringen af de ca. 100 aftaler viser, at markedet for sygehusedydelser i 2006 muliggjorde lavere priser. Udmøntningen af aftalemodellen muliggjorde imidlertid ikke, at de indgåede aftaler kunne opretholdes.
- I 2006 vurderede Sundhedsministeriet og Konkurrencestyrelsen, at markedet var modent til, at hovedparten af behandlingerne kunne sendes i udbud. Det er ikke muligt at anvende udbud i prisfastsættelsen under den udvidede fritvalgsordning uden en lovændring.
- En række regioner har under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg gennemført udbud på de behandlingsområder, hvor der var et tilstrækkeligt antal private udbydere, som lå i en overkommelig kørselsafstand for regionens borgere. På en række væsentlige områder er der indgået aftaler med mere end én leverandør. Flere regioner har desuden valgt at indføre en variabel volumenafhængig betaling, som sikrer, at regionen i aftaler med stigende volumen får stigende rabat. Regionernes seneste erfaringer med at sende behandlinger i udbud bekræfter, at der kan opnås priser, som ligger væsentligt under det tidligere forhandlede niveau.

Sundhedsministeriets vurdering af aftalemodellen

- Sundhedsministeriet nedsatte i 2006 et tværministerielt udvalg, der skulle udarbejde forslag til en ny model for takstforhandling og for konfliktløsning mellem forhandlingsparterne i tilfælde af uenighed. I et udkast til udvalgets rapport vurderede udvalget, at en rammeudbudsmodel kunne være gavnlige for konkurrencen på området, herunder føre til lavere priser. Dette fremgik ikke af den endelige rapport fra september 2007.
- Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen peget på, at regionerne ved øget brug af strategiske udbud som instrument kan undgå at sende patienterne i privat regi via det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan derved opnå lavere takster end de aftaletakster, der er gældende under det udvidede frie sygehusvalg.
- Efter den politiske aftale mellem regeringen og Danske Regioner fra april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse vil sundhedsministeren få en anden rolle end hidtil, idet et voldgiftsinstitut fra januar 2010 vil kunne fastsætte priserne, hvis regionerne og de private sygehuse ikke kan nå til enighed. Etablering af voldgiftsinstituttet vil kræve en lovændring. Desuden vil forhandlingerne mellem regionerne og de private sygehuse fremover tage udgangspunkt i omkostningsniveauet på offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger billigst og mest omkostningseffektivt. Rigsrevisionen konstaterer, at aftalen, som den foreligger, ikke sigter på konkurrence mellem de private sygehuse.

Der er ikke i tilstrækkelig grad taget hensyn til kvalitet i de fællesaftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse vedrørende behandling af patienter under den udvidede fritvalgsordning. Regionerne har i højere grad opstillet kvalitetskrav i de frivillige aftaler uden for den udvidede fritvalgsordning. Disse krav muliggør opfølgning på kvaliteten af sygehusedydelserne.

- Alle sygehuse skal som minimum overholde gældende lovgivning og følge reglerne om lægefaglig patientbehandling, autorisationslovgivningen om sundhedsfaglig virksomhed mv.

- Fællesaftalerne i henhold til udvidet frit sygehusvalg er kendetegnet ved, at kvalitetskrav ikke er nærmere specificeret. Dermed har regionerne ikke et tilstrækkeligt grundlag for at følge op på kvaliteten af de sygehusydelse, der leveres.
- Regionernes frivillige aftaler, bl.a. under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg, er baseret på et grundigt forberedelsesarbejde, hvor regionerne har opstillet kvalitetskrav, der indgår i regionernes vurdering af, hvilke private sygehuse og klinikker der kan komme i betragtning som tilbudsgivere. De frivillige aftaler sikrer dermed i større grad regionerne den kapacitet, de har behov for, i den kvalitet, de efterspørger.
- Aftalegrundlaget i de frivillige aftaler er samlet set med til at sikre et større fokus på opfølgning, end det er tilfældet i fællesaftalerne. Bl.a. har regionerne opstillet krav til opfølgning, der betyder, at de bedre kan vurdere kvaliteten af sygehusydelserne, fx ved at overvåge fejl og komplikationer, genindlæggelser mv.
- Specifikke og mere målrettede krav til opfølgningen på de private sygehuses behandlinger vil give mere sikkerhed for patienterne og sikre, at regionernes køb af private sygehusydelser også sker under hensyn til kvaliteten.
- Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i høringsvaret oplyst, at det er regionernes ansvar selv at følge op på kvalitetskravene, idet der som udgangspunkt stilles de samme krav til den kliniske kvalitet på de offentlige og private sygehuse.

Sundhedsministeriet har ikke fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusydelser. Ministeriet har oplyst, at det vil vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen. Rigsrevisionen finder dette tilfredsstillende.

- Rigsrevisionen finder det relevant, at Sundhedsministeriet følger op på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer i forhold til, at ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller ikke har en arbejdsgiver, der vil betale for en sådan behandling. Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke hidtil har foretaget en sådan opfølgning.
- Finansministeriet og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsministeriet vil 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.

II. Indledning

A. Baggrund

8. Denne beretning handler om det offentlige sygehusvæsens køb af private sygehusydelser og om kvaliteten af ydelserne. Endvidere handler beretningen om opfølgningen på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer for borgernes adgang til sygehusydelser. Rigsrevisionen iværksatte undersøgelsen af egen drift i august 2008.

9. I de senere år har en række nye tiltag på sundhedsområdet skabt grobund for en betydelig vækst i den private sygehussektor. Med den stigende inddragelse af private leverandører har borgerne fået flere valgmuligheder, samtidig med at konkurrencen er øget mellem offentlige og private sygehuse. I den primære sundhedssektor har private leverandører længe udført opgaver under sygesikringen, fx praktiserende læger, speciallæger og fysioterapeuter. Det nye er imidlertid, at lovgivningen på sygehusområdet har medført en udvidelse af det offentlige sygehusvæsens pligt til at inddrage private sygehuse og klinikker. Dermed går udviklingen i retning af, at det offentlige sygehusvæsen i stigende grad indgår aftaler om at købe private sygehusydelser. Aftalerne med de private sygehuse bør indgås, så regionerne opnår den bedste pris under hensyn til kvaliteten. Det stiller nye krav til regionerne om at udarbejde kontrakter, indgå aftaler og følge op på aftalerne med de private leverandører.

10. Udviklingen er motiveret ved en række forskellige hensyn og interesser, herunder at:

- nedbringe ventetiderne på behandling
- give borgerne større valgfrihed mellem offentlige og private sygehuse
- øge behandlingskapaciteten i sygehussektoren
- øge effektiviteten på de offentlige sygehuse.

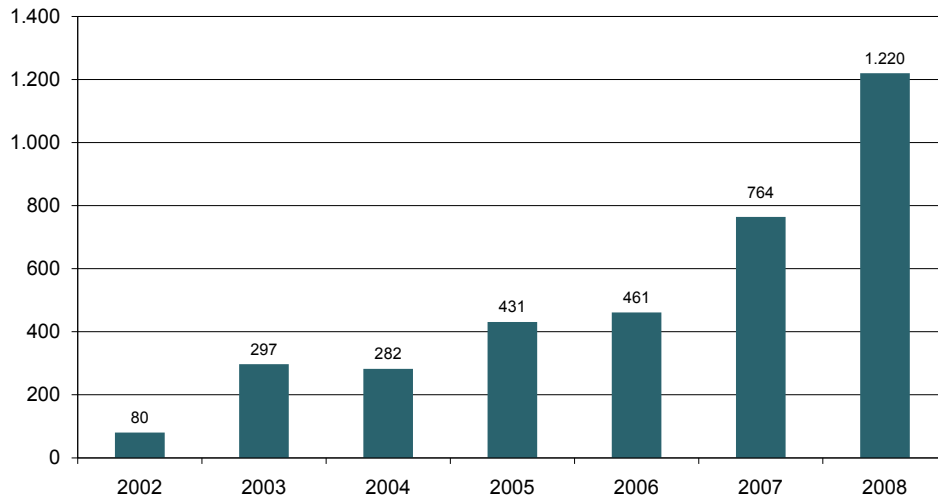
11. 2 centrale tiltag har understøttet denne udvikling:

- udvidet frit sygehusvalg, der fremgår af sundhedsloven (2002)
- skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, der fremgår af ligningsloven (2002).

12. Det udvidede frie sygehusvalg er en udvidelse af det frie sygehusvalg, der blev indført i 1993. Det frie sygehusvalg indebærer, at en patient, der er henvist til sygehusbehandling, kan vælge mellem behandling på enhver regions sygehus.

13. Udvidet frit sygehusvalg blev indført den 1. juli 2002. Formålet er ifølge lovbemærkningerne at nedbringe ventetiderne til behandling og give patienterne en ny og væsentlig rettighed. Ordningen giver patienter ret til behandling på de private sygehuse, herunder udenlandske, som har indgået aftale med regionerne, når det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en tidsfrist på 2 måneder. Fristen blev i oktober 2007 ændret til 1 måned. Det havde den effekt, at adgangen til behandling på private sygehuse og klinikker blev opnået hurtigere, og at regionernes udgifter til behandling på private sygehuse og klinikker blev væsentligt forøget, jf. figur 1.

Figur 1. Skøn over de samlede offentlige udgifter til behandling på private sygehuse i perioden 2002-2008 (løbende priser) (Mio. kr.)



Note: Figuren angiver et skøn over udviklingen i de samlede offentlige udgifter til køb af behandling på private sygehuse. Der foreligger ikke præcise data for købet af ydelser under det udvidede frie sygehusvalg.

Kilde: Danske Regioner.

Figur 1 viser, at de offentlige udgifter til køb af behandling på private sygehuse og klinikker er steget markant over de seneste år. Siden ordningens indførelse i 2002 har det offentlige betalt mere end 3,5 mia. kr. til behandling på private sygehuse og klinikker.

14. Udvidet frit sygehusvalg har fra starten været tilrettelagt, så det kunne skabe det størst mulige udbud af private leverandører, som borgerne kunne vælge mellem. Over 280.000 patienter har benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg.

Som led i ordningen om det udvidede frie sygehusvalg er der i sundhedslovens § 87 fastlagt en model for indgåelse af aftaler med private sygehuse og klinikker. Aftalemodellen er udformet sådan, at prisen for behandling af patienter, der benytter ordningen, fastlægges gennem forhandlinger mellem regionerne (tidligere amterne) og de private sygehuse. Den hidtidige praksis har været, at der årligt blev indgået aftaler mellem regionerne og de private sygehuses brancheforening. Såfremt parterne ikke kan nå til enighed, kan de private sygehuse anmode sundhedsministeren om at fastsætte vilkårene for aftalen.

15. Ordningen har medvirket til, at regionerne i stigende grad er blevet købere af private sygehusydelser.

Regionerne kan desuden indgå aftaler med private sygehuse uden for den udvidede fritvalgsordning om tilkøb af ekstra behandlingskapacitet, fx om knæ- og hofteoperationer. Regionerne kan i sådanne situationer anvende udbud strategisk med henblik på at sikre patienterne en hurtigere behandling.

16. Væksten i den private sygehussektor er imidlertid ikke kun foranlediget af de mange fritvalgspatienter, der får behandlingen betalt af det offentlige, fordi det offentlige ikke selv kan tilbyde en behandling inden for en fastsat tidsfrist. Væksten kommer også i stigende grad fra de patienter, der får behandlingen betalt via en privat sundhedsforsikring.

17. Ordningen om skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger blev indført ved en ændring af ligningsloven i 2002. Ændringen betyder, at sundhedsforsikringer kan betragtes som et skattefrit personalegode for ansatte i en virksomhed, hvis en række betingelser er opfyldt, herunder at alle medarbejdere i virksomheden skal tilbydes en forsikring, og at eventuel behandling skal være lægefagligt begrundet. Skattefritagelsen betyder, at lønmodtageren ikke bliver beskattet af præmien eller af den behandling, som eventuelt modtages. Præmien betragtes som en almindelig driftsudgift for virksomheden.

Formålet med at skattefritage arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er ifølge lovbemærkningerne at gøre det mere attraktivt for virksomhederne at påtage sig et socialt ansvar ved at tilbyde deres medarbejdere betaling for sundhedsbehandling eller sundhedsforsikring.

Siden 2002 har der været en kraftig vækst i markedet for sundhedsforsikringer. Antallet af personer med en privat sundhedsforsikring er steget fra 141.000 i 2002 til knap 1 mio. i 2008. Heraf udgør de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer ca. 900.000. Forsikringssselskabernes erstatningsudgifter er i samme periode steget markant.

18. Andelen af behandlinger, som foretages i den private sektor, er stadig forholdsvis beskeden og omfatter hovedsageligt planlagt kirurgisk behandling. I 2007 var det 3 % af alle egentlige operationer, som blev foretaget på private sygehuse og klinikker. Fordelingen er imidlertid meget uens inden for de forskellige områder. På området for øjenoperationer lå de privates andel i 2007 på 22 %, mens den på området for ortopædkirurgi lå på knap 35 % og på området for fedmekirurgi var oppe på 60 %.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

19. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet og regionerne i tilstrækkelig grad har tilrettelagt købet af private sygehusydelse under den udvidede fritvalgsordning under hensyn til pris og kvalitet. Formålet er videre at vurdere, om ministeriet har overblik over, i hvilken udstrækning den øgede anvendelse af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusydelse.

Undersøgelsens formål er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Har Sundhedsministeriet og regionerne fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser?
- Har Sundhedsministeriet fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelse og sikret, at regionernes køb af sygehusydelse under det udvidede frie sygehusvalg er sket under skyldig hensyntagen til økonomien?
- Er der i tilstrækkelig grad taget hensyn til kvalitet i de aftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse under den udvidede fritvalgsordning?
- Har Sundhedsministeriet fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehusydelse?

Afgrænsning

20. Beretningen vedrører Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt regionerne, der har ansvaret for at tilrettelægge købet af private sygehusydelse. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som tidligere var en del af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, benævnes i denne undersøgelse Sundhedsministeriet. De enkelte sygehuse indgår ikke i undersøgelsen.

21. Undersøgelsen omfatter i udgangspunktet perioden fra vedtagelsen af lovforslaget om udvidet frit sygehusvalg og lovforslaget om at skattefritage arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og frem til i dag, dvs. perioden 2002-2009. Gennemgangen af modellen for indgåelse af aftaler efter den udvidede fritvalgsordning omhandler især perioden 2005-2009.

I undersøgelsesperioden har der været 2 sundhedsministre. Rigsrevisionen har ikke særskilt vurderet sundhedsministrenes rolle i forbindelse med undersøgelsen, herunder ministrenes orientering af Folketinget.

Undersøgelsen omfatter ikke beregninger og sammenligninger af omkostningerne på de offentlige og private sygehuse, da Rigsrevisionen ikke har adgang til de private sygehuses regnskaber.

Metode

22. Undersøgelsens datagrundlag består primært af dokumenter, herunder bl.a.:

- love, bekendtgørelser, udvalgsrapporter mv.
- regionernes frivillige aftaler samt udbudsmaterialer for køb af private sygehusedydelser for perioden 2005-2009
- gennemgang af sager i Sundhedsministeriet vedrørende forarbejdet for vedtagelsen af lovforslaget om udvidet frit sygehusvalg og ministerens fastsættelse af aftalevilkårene for 2006
- skriftlige redegørelser fra Sundhedsministeriet og Konkurrencestyrelsen vedrørende aftalemodellen og regelgrundlaget for køb af private sygehusedydelser.

23. Undersøgelsen baseres endvidere på interviews og møder med Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Konkurrencestyrelsen, Skatteministeriet, regionerne, Danske Regioner samt Forsikring & Pension (forsikringsselskabernes og de tværgående pensionskassers erhvervsorganisation). Oplysningerne i beretningen er indsamlet i perioden august 2008 - maj 2009.

24. Rigsrevisionen har i undersøgelsen ikke haft adgang til et fuldstændigt materiale. Sundhedsministeriet har oplyst, at det står inde for, at der ikke foreligger yderligere dokumenter af væsentlig karakter, der kan påvirke vurderingerne i undersøgelsen.

25. Beretningen har i udkast været forelagt Sundhedsministeriet, Finansministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet i beretningen. Derudover er Skatteministeriet blevet hørt om faktuelle oplysninger i forbindelse med skattefritagelsen af de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.

26. Bilag 1 indeholder en ordliste med forklaringer på væsentlige udtryk og betegnelser.

III. Indgåelse af aftaler efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Sundhedsministeriet og regionerne har fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser. Regionerne har indgået aftaler efter aftalemodellen i sundhedsloven. Sundhedsministeren fastsatte i februar 2006 priserne for de private sygehusedelser efter bestemmelsen herom i sundhedsloven.

27. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsministeriet og regionerne har fastsat priser og indgået aftaler under den udvidede fritvalgsordning efter sundhedslovens bestemmelser.

28. Det udvidede frie sygehusvalg blev indført i 2002. Formålet var at give en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og medvirke til at nedbringe urimelige ventetider, når det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en tidsfrist på 2 måneder. Fristen blev i oktober 2007 ændret til 1 måned. Ordningen har fra starten været tilrettelagt, så den kunne skabe det størst mulige udbud af private leverandører. Over 280.000 patienter har benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg.

29. Modellen for indgåelse af aftaler under det udvidede frie sygehusvalg fremgår af sundhedslovens § 87, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008. Aftalemodellen er udformet sådan, at det er regionerne i forening (tidligere amterne), der indgår aftale med de private sygehuse og klinikker herhjemme og i udlandet, som ønsker at indgå aftale. Alle private sygehuse og klinikker har ret til at indgå aftale, og regionerne har pligt til at indgå aftale med dem, som henvender sig, forudsat at regionerne vurderer, at de kan yde en forsvarlig behandling. Aftalerne gælder fælles for alle regionerne. I praksis er det Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen), der indgår aftalerne.

30. Den hidtidige praksis har været, at vilkårene, herunder prisen, for aftaler indgået under det udvidede frie sygehusvalg fastlægges gennem årlige forhandlinger mellem regionerne (tidligere amterne) og de private sygehuses brancheforening. Siden 2005 har Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD) varetaget denne opgave.

Såfremt parterne ikke kan nå til enighed, fastsættes vilkårene, herunder priserne, af ministeren efter anmodning fra de private sygehuse. Vilårene reguleres i en standardaftale, som reelt også lægger rammerne for de private sygehuse og klinikker, der står uden for SPPD, herunder udenlandske sygehuse.

31. Det fremgår af lovbemærkningerne, at forhandlingerne tager udgangspunkt i de offentlige sygehuses egne takster, de såkaldte DRG-takster, som benyttes mellem de offentlige sygehuse. DRG-taksterne svarer til de gennemsnitlige omkostninger, som er forbundet med at behandle patienter med sammenlignelige diagnoser på offentlige sygehuse. Omkostningsstrukturen i den offentlige og private sygehussektor er imidlertid ikke direkte sammenlignelig. Følgende forhold gør sig gældende:

- *Sektorspecifikke omkostninger:* En del af omkostningerne ved behandling på offentlige sygehuse omfatter udgifter til akutberedskab, uddannelse og forskning. Disse opgaver findes ikke på de private sygehuse. Omvendt har de private sygehuse udgifter til købsmoms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivning, som ikke indgår i DRG-beregningen.
- *Forskelligt patientgrundlag:* Offentlige sygehuse tilbyder behandling af alle typer af patienter, mens private sygehuse næsten udelukkende tilbyder behandling af mindre behandlingskrævende, ikke-akutte patienter.
- *Ændrede produktionsomkostninger:* De offentlige gennemsnitsomkostninger for de forskellige operationer ændres løbende på grund af indførelsen af ny teknologi og udviklingen af nye behandlingsmetoder.

Forhandling om takster for 2006

32. Amtsrådsforeningen og SPPD påbegyndte i november 2005 forhandlinger om de takster, der skulle anvendes i 2006 ved afregningen med de private sygehuse, som var medlem af SPPD. Forhandlingerne tog udgangspunkt i DRG-taksterne, jf. ovenfor. Forhandlingerne mellem Amtsrådsforeningen og SPPD omfattede ca. 70 typer af behandlinger, der dækkede omkring 68 % af omsætningen i 2005.

Parterne forhandlede i november og december 2005. SPPD mødte op med et krav om takster svarende til de offentlige DRG-takster for 2006. Amtsrådsforeningen mødte op med et krav om takster svarende til ca. 80 % af niveauet for de offentlige DRG-takster. Forhandlingerne medførte, at Amtsrådsforeningen løbende tilbød øgede takster, uden at det førte til en aftale.

33. Den 2. januar 2006 brød forhandlingerne sammen, og SPPD valgte på den baggrund at anmode ministeren om at fastlægge taksterne. Det var i overensstemmelse med bestemmelserne i sundhedsloven. Det fremgår af et notat fra Finansministeriet og Sundhedsministeriet fra januar 2006, at afstanden mellem parterne ved den seneste forhandling var ca. 25 mio. kr. Amtsrådsforeningen var indstillet på at give yderligere 4-6 mio. kr. ved en eventuel videre forhandling. Dette kom dog på grund af forhandlingsforløbet aldrig i spil. Sammenfattende vurderede ministerierne, at den reelle afstand var ca. 20 mio. kr. Det fremgår videre af notatet:

Aftalevilkårene bør fastsættes inden for dette spillerum, men efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets vurdering nærmere SPPD's standpunkt for at prøve at sikre, at medlemmerne ikke afstår fra at indgå aftale, så patienternes frie valg begrænses.

Prisen blev fastsat til et niveau, der lå ca. 8 mio. kr. lavere end det udspil, som SPPD fremlagde ved seneste forhandling, og ca. 12 mio. kr. højere end det, som Amtsrådsforeningen var villig til at acceptere. Taksterne for 2006 kom derved til at ligge på ca. 95 % af niveauet for de offentlige DRG-takster. Det fremgår af høringsvaret fra Finansministeriet og Sundhedsministeriet, at sundhedsministeren til Folketinget oplyste:

De fastsatte takster er udtryk for, hvad jeg på baggrund af parternes positioner og de rammer, der gælder for de offentlige sygehuses vilkår, herunder pris og løn-skøn og produktivitetskrav, har anset for et rimeligt niveau, som sikrer patienternes frie valg og behandlingsmuligheder.

DRG står for diagnose-relaterede grupper.

DRG-taksterne fremkommer ved, at der til hver diagnosegruppe knyttes en takst svarende til de gennemsnitlige omkostninger, der er forbundet med at behandle patienter med sammenlignelige diagnoser på offentlige sygehuse. Taksterne udregnes på baggrund af bagudrettede omkostningsdata. DRG-taksterne anvendes i forbindelse med opgørelse og afregning af den kommunale medfinansiering. DRG-systemet anvendes desuden som internt analyse- og styringsværktøj på de offentlige sygehuse og som grundlag for den mellemregionale afregning for patienter, der krydser regionsgrænsen.

Vurdering

34. Sundhedsloven regulerer, hvordan regionerne i fællesskab indgår aftaler med private sygehuse om køb af sygehusedydelser efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg. Aftalerne giver patienter mulighed for at vælge et privat sygehus, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en bestemt tidsfrist. Aftalemodellen indebærer en pligt for regionerne til at indgå aftaler med de private sygehuse og klinikker, der ønsker det.

35. Forhandlinger mellem amterne og en brancheforening for nogle af de private sygehuse, Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD), brød sammen i januar 2006. Efter reglerne i sundhedsloven kan sundhedsministeren fastsætte vilkårene for aftalen, hvis parterne ikke kan opnå enighed. På den baggrund fastsatte ministeren priserne for de private sygehusedydelser på et niveau, der lå mellem, hvad Amtsrådsforeningen og SPPD var villige til at acceptere.

IV. Opfølgningen på udviklingen i priserne på private sygehusydelser

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelser og har derigennem opnået viden om, at ydelserne fra 2006 kunne erhverves til lavere priser end de fastsatte takster. Der er imidlertid ikke fastsat lavere takster inden for den udvidede fritvalgsordning, hvorfor Rigsrevisionen må vurdere, at ministeriet ikke har sikret, at ydelserne er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

36. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsministeriet har:

- fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelser
- sikret, at regionernes køb af sygehusydelser under det udvidede frie sygehusvalg er sket under skyldig hensyntagen til økonomien.

Rigsrevisionen har lagt vægt på, at Sundhedsministeriet som ressortansvarlig løbende må følge og vurdere udmøntningen og konsekvenserne af lovgivningen på området, herunder om ordningen administreres under skyldig hensyntagen til økonomien.

A. Udviklingen i markedet for private sygehusydelser

37. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsministeriet har fulgt udviklingen i markedet for private sygehusydelser.

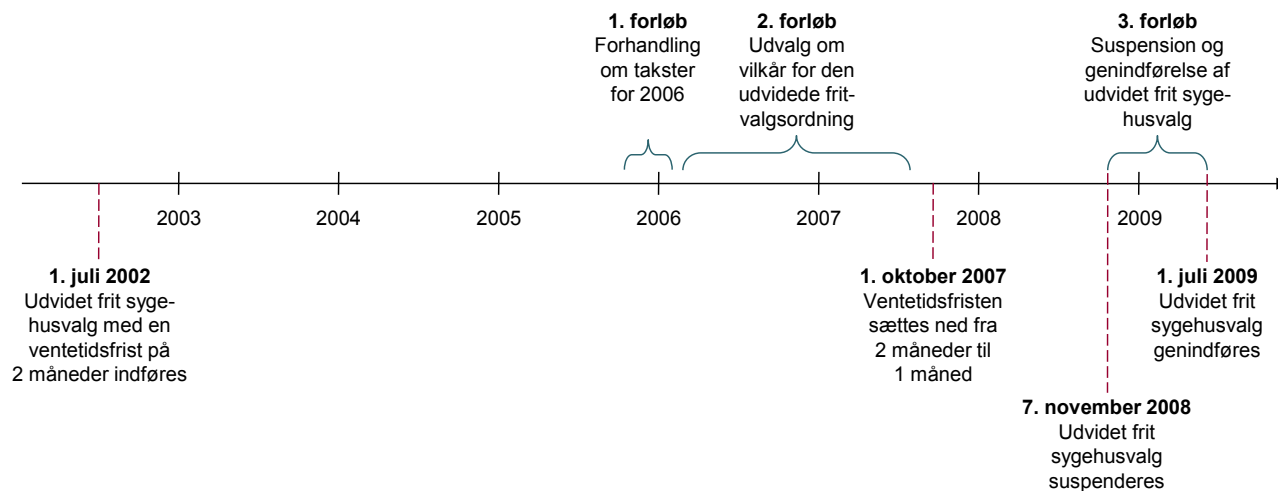
38. Da den udvidede fritvalgsordning blev indført i 2002, var markedet for private sygehusydelser af beskedent omfang og en markedsafprøvning af priserne ikke reelt mulig. På få år steg antallet af private sygehuse og klinikker i Danmark. Det betød, at de oprindelige forudsætninger for aftalemodellen ændrede sig.

39. Rigsrevisionen har i undersøgelsen gennemgået 3 forløb, hvor udviklingen på markedet for private sygehusydelser har gjort sig gældende:

- forhandling om takster for 2006
- udvalg om vilkår for den udvidede fritvalgsordning
- suspensionen af udvidet frit sygehusvalg.

Det tidsmæssige forløb er vist i figur 2. De 3 forløb dækker dele af perioden fra efteråret 2005 og frem til i dag.

Figur 2. Tidslinje med angivelse af de 3 forløb



Kilde: Rigsrevisionen.

Forhandling om takster for 2006

40. Undersøgelsen har vist, at Amtsrådsforeningen, sideløbende med forhandlingerne med SPPD, som blev indledt i november 2005, indgik aftaler med de private sygehuse og klinikker, der ikke var medlemmer af SPPD.

41. I midten af december 2005 havde Amtsrådsforeningen indgået aftaler med 40 private sygehuse og klinikker uden for SPPD. I slutningen af december var tallet steget til 75 aftaler, og i slutningen af januar 2006 var der indgået ca. 100 aftaler med private sygehuse og klinikker uden for SPPD.

42. Amtsrådsforeningens udspil til forhandlingerne med de private sygehuse og klinikker uden for SPPD var det samme, som Amtsrådsforeningen spillede ud med i forhandlingerne med SPPD, nemlig takster, der lå på ca. 80 % af niveauet for de offentlige DRG-takster for 2006. Denne pris var acceptabel for ca. 100 af de knap 135 private sygehuse og klinikker, der stod uden for SPPD. Aftalerne blev indgået til væsentligt lavere priser end de priser, ministeren fastlagde i februar 2006.

43. Hovedparten af aftalerne blev indgået med mindre private klinikker om bl.a. operationer for grå stær, tunge øjenlåg, stritører og brok. Der blev dog også indgået aftale med nogle af de større private sygehuse, herunder DAMP Sundhedscenter Tønder, DAMP's 3 sygehuse i Tyskland og Ortopædkirurgisk Center Varde. Disse sygehuse kunne både tilbyde udskiftning af hofter og knæ, større rygoperationer og generel ortopædkirurgisk behandling. Aftalerne dækkede stort set alle de mest efterspurgte behandlinger med undtagelse af hjerteområdet. Amtsrådsforeningen vurderede, at der var så stor fleksibilitet i den private sektor, at de private sygehuse og klinikker uden for SPPD, der havde indgået aftaler, ville kunne øge kapaciteten, hvis det var nødvendigt.

De ca. 100 aftaler mellem Amtsrådsforeningen og de private sygehuse og klinikker uden for SPPD blev indgået efter de samme regler i sundhedsloven, som lå til grund for forhandlingerne med SPPD.

44. Det fremgår af et internt notat i Sundhedsministeriet fra januar 2006, at de aftaler, som Amtsrådsforeningen indgik med private sygehuse og klinikker uden for SPPD, "formentlig skulle genforhandles, hvis SPPD opnår bedre takster".

Sundhedsministeriet og Finansministeriet har i høringssvaret til Rigsrevisionen anført, at ministeren til Folketinget har oplyst:

Allerede indgåede aftaler under det udvidede frie valg berører ikke afgørelsen [om taksterne for 2006] og er fortsat gældende, men de kan naturligvis opsiges og derefter genforhandles i overensstemmelse med de frister, der fremgår af aftalerne. Om og eventuelt i hvilket omfang det vil ske, har jeg ingen formodninger om.

45. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at det ikke var muligt at opretholde de aftaler, som Amtsrådsforeningen i henhold til aftalemodellen havde indgået med de ca. 100 private sygehuse. Konsekvensen blev, at de ca. 100 aftaler, som Amtsrådsforeningen havde indgået til en lavere pris, blev annulleret.

Forløbet omkring indgåelsen og annulleringen af de ca. 100 aftaler viser, at markedet for sygehusede i 2006 muliggjorde lavere priser end de takster, ministeren fastsatte, og at ministerens afgørelse vedrørende takstfastsættelsen havde den konsekvens, som ministeren også oplyste Folketinget om som en mulighed, jf. pkt. 44, at de indgåede aftaler til lavere priser ikke kunne opretholdes.

Udvalg om vilkår for den udvidede fritvalsordning

46. På baggrund af forløbet omkring takstfastsættelsen i 2006 vurderede ministeriet, at aftalemodellen rummede nogle uheldige incitamentsstrukturer, og at der derfor var behov for at tage modellen op til revision. Af et internt notat fra januar 2006 fremgår det bl.a.:

Afgørelsen af den aktuelle situation kan meget vel få betydning for parternes ageren i fremtidige situationer, hvilket bør indgå i overvejelserne. Hvis de private opnår væsentligt bedre resultater ved ministerens fastsættelse af taksterne, end de har kunnet med ARF [Amtsrådsforeningen], må det forudses, at de fremover vil satse endnu mere entydigt på det. Det vil også have forudsigelige konsekvenser for organisationsforholdene på området.

Hvis det bliver almindeligt, at vilkårene fastsættes af ministeren, må det forudses, at det vil være nødvendigt for ministeren at følge området tættere end hidtil og at basere takstfastsættelsen i højere grad på forhandling med de private. Det kunne også overvejes, om lovgivningen i så fald er hensigtsmæssig. Parternes forhandlinger kan med de nuværende regler nemt få præg af skinforhandlinger.

47. På den baggrund blev det besluttet at nedsætte et tværministerielt udvalg til at se på de fremtidige procedurer for takstfastsættelse og konfliktløsning. Det fremgår af en pressemeddelelse fra Sundhedsministeriet i februar 2006, at målet var at skabe "en mere robust struktur", som kunne virke fra 2007, hvor ventetidsfristen ville blive sat ned til 1 måned. Sundhedsministeriet ønskede på den baggrund at overveje de mere langsigtede spørgsmål om procedurerne for fastsættelsen af vilkårene for de private sygehuse.

48. Udvalget blev bredt sammensat med repræsentanter fra bl.a. SPPD, Amtsrådsforeningen, Konkurrencestyrelsen, Finansministeriet og Sundhedsministeriet. Det tværministerielle udvalg mødtes første gang i juni 2006.

På det andet møde i august samme år fremlagde Konkurrencestyrelsen forslag til en fremtidig aftalemodel baseret på rammeaftaler. Konkurrencestyrelsen vurderede, at en rammeudbudsmodel ville kunne løse mange af problemerne ved den nuværende ordning, idet den ville sikre en reel markedsafprøvning af priserne og en automatisk afspejling af de private omkostninger i buddene.

49. I et udkast til udvalgets konklusioner og anbefalinger fra oktober 2006 stod der bl.a. om rammeudbudsmodellen:

Udvalget finder, at rammeaftaler formentlig vil skærpe konkurrenceelementet i forhold til de hidtidige takstafalter, da de private sygehuse og klinikker individuelt skal afgive tilbud i forhold til de opstillede rammevilkår. Den manglende aftaleret vil formentlig betyde, at de private leverandører, i arbejdet på at indgå aftale med regionerne, vil have fokus på at kunne tilbyde den bedste pris til vilkårene.

Rammeaftaler vil ikke kunne omfatte alle behandlinger under det udvidede frie sygehusvalg. Det skyldes, at der på en række behandlingsområder kun er relativt få private leverandører og/eller patienter, hvorfor det ikke vil være meningsfuldt at sætte sådanne behandlinger i udbud. Taksterne på disse behandlingsområder bør derfor fastlægges efter en anden aftalemetode end rammeudbud.

Udvalget vurderer sammenfattende, at der formentlig allerede i dag på en række af de behandlingsområder, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, er etableret markedsforhold, hvor rammeudbud hensigtsmæssigt kan anvendes som prisfastsættelsesmekanisme.

50. Rigsrevisionen kan konstatere, at anvendelsen af rammeudbud blev bakket op af Sundhedsministeriet, der bl.a. bemærkede, at der ikke er noget til hinder for at anvende udbud, eftersom antallet af potentielle patienter på de fleste behandlingsområder kendes ret præcist af både amter og private sygehuse.

Suspensionen af udvidet frit sygehusvalg

51. Overenskomstkonflikten på sundhedsområdet i foråret 2008 medførte, at ca. 375.000 operationer og ambulante besøg måtte aflyses, og at ventetiderne på offentlig behandling voksede. Med henblik på at koncentrere resurserne om at nedbringe den ventetidspukkel, som var opstået, blev det aftalt at suspendere det udvidede frie sygehusvalg i perioden 7. november 2008 - 1. juli 2009.

I suspensionsperioden er regionerne forpligtet til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker i et omfang, der svarer til et månedligt gennemsnit af regionernes køb af ledig behandlingskapacitet i perioden 1. oktober 2007 - 31. marts 2008. Den volumen, som regionerne er forpligtet til at købe i suspensionsperioden, modsvarer den gennemsnitlige månedlige volumen, som regionerne købte ca. 1 år tidligere.

52. Med den midlertidige ophævelse af sundhedslovens bestemmelser om det udvidede frie sygehusvalg ophæves også regionernes forpligtelse til at betale de priser, der fremgår af Danske Regioners fællesaftaler. Regionerne har derfor valgt at sende sygehuseydelse i udbud og bl.a. udfordre de hidtil gældende priser. Udbuddene er gennemført, samtidig med at 4 regioner har bevaret patienternes ret til behandling på private sygehuse, hvis ventetiden på de offentlige sygehuse overskrider en frist på 1-3 måneder.

53. Rigsrevisionen har gennemgået de priser, som regionerne har opnået på alle udbudte behandlinger. En række af disse behandlinger fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Eksempler på besparelser ved regionernes udbud i suspensionsperioden

Behandling	Besparelse
Operation for diskusprolaps	34 %
Rygoperation	30 %
Ryggkirurgisk basisbehandling	35-49 %
Knæoperation	44 %
Undersøgelse og behandling i lænderyggen	58 %
MR-skanning	45-62 %
Skulderoperation	14-34 %
Primær total hoftealloplastik	11-31 %
Kirurgisk behandling af svær overvægt	15 %

Kilde: Indberetninger til Rigsrevisionen fra regionerne (tilbud og indgåede aftaler).

Tabel 1 viser, at regionerne i forbindelse med suspensionen af den udvidede fritvalgsordning har opnået priser, som ligger væsentligt under de tidligere forhandlede priser i henhold til udvidet frit sygehusvalg. Særligt på det ryggkirurgiske område har flere regioner opnået betydelige besparelser.

Rigsrevisionen konstaterer på den baggrund, at det private sygehusmarked i dag muliggør, at et bredt udvalg af behandlinger kan sendes i udbud. Der har således kunnet opnås betydelige besparelser i forhold til de tidligere forhandlede priser. I de eksempler, som Rigsrevisionen har vist, ligger besparelserne på mellem 11-62 %.

54. Efter Sundhedsministeriets og Finansministeriets opfattelse er de besparelser, som regionerne har opnået under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg, ikke repræsentative for en situation under det udvidede frie sygehusvalg. De private leverandører har under suspensionen konkurreret om patienterne i en begrænset periode, og regionerne har kunnet udbyde en bestemt mængde, hvilket muliggør betydeligt lavere priser end de tidligere aftaletakster. Efter ministeriernes opfattelse er det under fritvalgsordningen ikke muligt "at opnå samme lave priser, som i tilfældet med én leverandør, der kan udnytte stordriftsfordele i prissætningen".

55. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at regionerne generelt ikke har tilrettelagt udbudene i suspensionsperioden på den måde, som ministerierne beskriver det. Regionerne har kun gennemført antalsmæssige udbud på de behandlingsområder, hvor de vidste, at der var et tilstrækkeligt antal af private udbydere, som lå i en overkommelig kørselsafstand for regionens borgere. Hertil kommer, at flertallet af regionerne har indgået aftaler med mere end én leverandør. Region Hovedstaden har fx indgået aftaler med 3 leverandører om grå stær-operationer og med 10 leverandører om ortopædkirurgiske operationer. Ligeledes har Region Sjælland bl.a. indgået aftaler med 5 leverandører om urologiske operationer og 10 leverandører om ortopædkirurgiske operationer. Endelig har Region Syddanmark bl.a. indgået aftaler med 5 leverandører om ortopædkirurgiske operationer og 2 leverandører om kræftbehandling. Flere regioner har desuden valgt at indføre en variabel volumenafhængig betaling, som sikrer, at regionen i aftaler med stigende volumen får stigende rabat.

Vurdering

56. Da den udvidede fritvalgsordning blev indført i 2002, var markedet for private sygehusydelser af beskeden omfang, og en markedsafprøvning af priserne ikke reelt mulig. På få år steg antallet af private sygehuse og klinikker i Danmark mærkbart.

57. Sideløbende med forhandlingerne med SPPD, der brød sammen i januar 2006, indgik Amtsrådsforeningen aftaler med ca. 100 private sygehuse og klinikker. Aftalerne blev indgået til væsentligt lavere priser (svarende til ca. 80 % af niveauet for DRG-taksterne) end dem, der blev fastsat af sundhedsministeren. Konsekvensen af ministerens fastsættelse af prisen blev, at de mere end 100 aftaler, som Amtsrådsforeningen havde indgået til en lavere pris, blev annulleret.

58. Forløbet omkring indgåelsen og annulleringen af de ca. 100 aftaler viser, at markedet for sygehusydelser i 2006 muliggjorde lavere priser. Udmøntningen af aftalemodellen muliggjorde imidlertid ikke, at de indgåede aftaler kunne opretholdes.

59. I 2006 vurderede Sundhedsministeriet og Konkurrencestyrelsen, at markedet var modent til, at hovedparten af behandlingerne kunne sendes i udbud. Det er ikke muligt at anvende udbud i prisfastsættelsen under den udvidede fritvalgsordning uden en lovændring.

60. En række regioner har under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg gennemført udbud på de behandlingsområder, hvor der var et tilstrækkeligt antal af private udbydere, som lå i en overkommelig kørselsafstand for regionens borgere. På en række væsentlige områder er der indgået aftaler med mere end én leverandør. Flere regioner har desuden valgt at indføre en variabel volumenafhængig betaling, som sikrer, at regionen i aftaler med stigende volumen får stigende rabat. Regionernes seneste erfaringer med at sende behandlinger i udbud bekræfter, at der kan opnås priser, som ligger væsentligt under det tidligere forhandlede niveau.

B. Sundhedsministeriets vurdering af aftalemodellen

61. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsministeriet har sikret, at regionernes køb af sygehusydelser under det udvidede frie sygehusvalg er sket under skyldig hensyntagen til økonomien.

62. Siden aftalemodellen blev etableret i 2002, har spørgsmålet om taksterne til de private sygehuse været genstand for gentagne spørgsmål og overvejelser i Sundhedsudvalget. Fx spurgte Sundhedsudvalget allerede i februar 2002, i forbindelse med Folketingets behandling af lovforslaget om det udvidede frie sygehusvalg, om afregningstaksterne mellem det offentlige og det private afspejler de reelle omkostninger ved behandlingerne.

Vurderingen af aftalemodellen for den udvidede fritvalgsordning i perioden 2006-2007

63. På baggrund af forløbet omkring takstfastsættelsen i 2006, jf. pkt. 46, vurderede ministeriet, at der var behov for at tage aftalemodellen op til revision. På den baggrund blev der nedsat et tværministerielt udvalg, der skulle overveje de mere langsigtede spørgsmål om procedurerne for fastsættelsen af vilkårene for de private sygehuse mv., jf. pkt. 47 og 48.

64. I et udkast til den endelige rapport fra oktober 2006 fremgår det, at det tværministerielle udvalg anbefalede 3 alternative modeller for det fremtidige samarbejde mellem offentlige og private sygehuse. De 3 modeller omfatter:

- Takstfastsættelse på baggrund af et Privat-DRG-system, der i højere grad afspejler de private sygehuses faktiske omkostninger. Denne model vil kræve en ændring af sundhedsloven, da den forudsætter, at aftalesystemet ændres.
- Takstfastsættelse på baggrund af rammeudbud. Også denne model vil kræve en ændring af sundhedsloven, da den forudsætter, at aftaleretten ophæves.
- Fortsat takstfastsættelse ved forhandling suppleret med en alternativ konfliktløsningsmodel. Denne model kræver ligeledes en lovændring, da den giver ministeren en anden rolle i tilfælde af, at parterne ikke kan nå til enighed.

65. Sundhedsministeriet vurderede, at hovedparten af behandlingerne kunne sendes i udbud, men bemærkede, "at spørgsmålet om, hvor meget udbud bør anvendes under det udvidede frie sygehusvalg, i sidste ende kun kan afgøres politisk".

66. Konkurrencestyrelsen vurderede ligeledes i forbindelse med udvalgsarbejdet i 2006, at anvendelsen af udbud på de behandlingsområder, hvor markedet er modent, vil kunne skærpe konkurrencen mellem de private sygehuse og sikre en lavere pris på private sygehusydelser. I et internt notat fra februar 2007 påpegede Konkurrencestyrelsen desuden, at udbud "anvendes på andre fritvalgsområder, uden at det frie valg derved vurderes at blive sat på spil".

67. Rigsrevisionen konstaterer, at det tværministerielle udvalgs udkast til den endelige rapport indeholder væsentlige bidrag og vurderinger fra de myndigheder, der deltog i udvalget, vedrørende vilkårene på markedet for private sygehusydelser i 2006. Rigsrevisionen kan videre konstatere, at udvalget, på nær repræsentanterne for de private sygehuse, i udkastet til den endelige rapport anbefalede den ovennævnte rammeudbudsmodel som grundlag for aftaler med de private sygehuse om behandling af patienter under udvidet frit sygehusvalg.

68. Rigsrevisionen konstaterer videre, at udvalgets beskrivelse af rammeudbudsmodellen ikke fremgår af den endelige rapport, som blev fremsendt til udvalgets medlemmer i juni 2007.

69. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i deres hørings svar oplyst, at sikring af patientens rettighed var en præmis, der var afgørende i anbefalingen i den endelige rapport i 2007. Ministerierne har fremført, at det overordnede og primære formål med udvidet frit sygehusvalg er at reducere ventetiderne og sikre patienterne retten til hurtig behandling. Ministerierne mener derfor ikke, at sikring af udvidet frit sygehusvalg kan sidestilles med en almindelig indkøbsordning med mulighed for prisoptimering. Ministerierne er enige i, at regionerne skal betale for behandlingen og indgå så fordelagtige aftaler med de private som muligt. Men ministerierne påpeger, at de private sygehuse og klinikker har ret til en aftale, og at regionerne derfor ikke kan benytte en position som betalere til at presse priser mv.

70. Finansministeriet og Sundhedsministeriet fremførte i forbindelse med beslutningen om at udgive udvalgets endelige rapport i september 2007 følgende:

Udvalget med undtagelse af Danske Regioner finder dog ikke, at overvejelserne vedrørende udbud bør afgrænses til kun at omfatte de behandlinger – svarende til ca. 1 % af aktiviteten i sygehusvæsenet – der foretages under det udvidede frie valg. Det afgørende er at pege på instrumenter, der kan bidrage til, at patienterne samlet set kan tilbydes hurtig behandling til den bedst mulige pris, og ikke om behandlingen foretages på et offentligt eller privat sygehus. Udvalget peger i forlængelse heraf på, at udbud og konkurrenceudsættelse bør anvendes mere strategisk i forhold til den samlede sygehusaktivitet [...].

Ud over begrundelsen om, at udbud bør anvendes mere generelt (via såkaldte strategiske udbud), men ikke kom til at gælde for aftaler under udvidet frit sygehusvalg, fremførte ministerierne desuden, at:

forslaget om en udbudsmodel vil afskære de private sygehuse, som ikke vinder udbudsforretningen, fra at tilbyde behandlinger i relation til det udvidede frie sygehusvalg, og dermed indskrænkes patienternes frie valg betydeligt.

Det tværministerielle udvalg havde dog tidligere i forløbet bemærket, at:

anvendelsen af rammeaftaler principielt kan begrænse patienternes muligheder for at benytte det udvidede frie sygehusvalg, da patienterne alt andet lige vil kunne få færre private udbydere at vælge imellem. Udvalget har dog ikke på det foreliggende grundlag kunnet vurdere, i hvilket omfang denne risiko vil være reel, men problemstillingen er formentlig mest relevant for nogle af de mindre behandlingsområder.

71. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i deres høringssvar fremhævet, at øget brug af strategisk udbud kan bruges som instrument i tilpasningen af regionernes sygehusaktivitet for derved at undgå at sende patienterne i privat regi via det udvidede frie sygehusvalg. Ministerierne peger i deres høringssvar på følgende:

Regionerne kan uden for den udvidede fritvalgsordning indgå rammeaftaler om løsningen af bestemte behandlingsopgaver på det ortopædkirurgiske område (fx knæ- og hofteoperationer) og derved opnå lavere takster end de aftaletakster, der er gældende under det udvidede frie sygehusvalg.

Ministerierne peger således på, at operationer kan udføres til lavere priser end aftaletaksterne.

72. Rigsrevisionens undersøgelse af det tværministerielle udvalgsarbejde viser, at hele udvalget – med undtagelse af repræsentanterne fra de private sygehuse – undervejs i arbejdet frem til og med udkastet til den endelige rapport var enige om at anbefale en rammeudbudsmodel som grundlag for aftalerne med de private sygehuse om behandling af patienter under den udvidede fritvalgsordning.

73. Undersøgelsen viser også, at Finansministeriet og Sundhedsministeriet ikke ønskede den anbefalede udbudsmodel. Det var ministeriernes endelige anbefaling, hvilket fremgår af den endelige rapport, på kort sigt at fastholde den eksisterende aftalemodel, kombineret med en generel anbefaling om, at regionerne øgede anvendelsen af udbud (strategiske udbud) i den samlede sygehusaktivitet.

Aftalegrundlaget for genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i juli 2009

74. Den 1. april 2009 indgik regeringen og Danske Regioner en politisk aftale om at revidere aftalemodellen for samarbejdet med de private sygehuse. Den reviderede model gælder for de aftaler, der indgås mellem regionerne og de private sygehuse, som følge af genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Den reviderede aftalemodel er beskrevet i en aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse.

75. Den reviderede aftalemodel fremgår af tabel 2.

Tabel 2. Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelse af samarbejdet med de private sygehuse efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009

	Fase 1 1. juli - 31. december 2009	Fase 2 1. januar 2010 og frem
Aftaleform	Aftaler mellem Danske Regioner og private sygehuse og klinikker.	Aftaler mellem Danske Regioner og private sygehuse og klinikker.
Forhandlinger om priserne	Skal bl.a. tage udgangspunkt i <i>erfaringerne</i> fra de seneste udbud, som har givet lavere priser.	Udgangspunkt i <i>referencetakster</i> (omkostningerne hos de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse).
Hvis uenighed mellem parterne	Sundhedsministeren kan stadig fastsætte prisen ved uenighed.	Der etableres et <i>voldgiftsinstitut</i> med en repræsentant fra regionerne og de private sygehuse og en opmand udpeget af Sundhedsministeriet. Sundhedsministeren skal ikke længere fastsætte prisen.

Kilde: Rigsrevisionen.

Tabel 2 viser, at aftalerne mellem regionerne og de private sygehuse skal følge en tostrengt proces, kaldet fase 1 og fase 2. Fase 1 omfatter perioden 1. juli - 31. december 2009. Fase 2 omfatter perioden efter 1. januar 2010 og frem.

Tabellen viser videre, at den reviderede aftalemodel på nogle punkter viderefører principperne fra den hidtidige model. Aftalerne indgås fortsat på baggrund af fællesaftaler mellem Danske Regioner og private sygehuse og klinikker, og modellen giver ikke mulighed for at markedsudsætte købet af private sygehusydelser.

I fase 1 skal forhandlingerne mellem parterne tage udgangspunkt i de erfaringer med udbud af sygehusbehandlinger, som regionerne har draget i suspensionsperioden. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i deres høringssvar oplyst, at regionerne i samarbejde med de private sygehuse bl.a. skal bygge videre på disse erfaringer ved at øge anvendelsen af strategiske udbud.

I fase 2, som er den permanente model, er udgangspunktet ikke længere gennemsnitsomkostningerne for hele det offentlige sygehusvæsen (DRG-taksterne), men omkostningerne i en andel af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger billigt og mest omkostningseffektivt (referencetakster). Dette kræver ikke en lovændring. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i deres høringssvar anført, at de private sygehuse "i højere grad skal konkurrere på markedsvilkår i forhold til de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse".

Hvis regionerne og de private sygehuse ikke kan nå til enighed om vilkårene for aftalerne, kan sundhedsministeren i fase 1, som hidtil, fastsætte prisen, hvis ministeren bliver bedt om det. I fase 2 delegeres denne rolle til et voldgiftsinstitut. Etablering af voldgiftsinstituttet vil kræve en lovændring. Det fremgår af regeringens aftale med regionerne, at regeringen vil søge tilslutning hertil.

76. Sundhedsministeriet og Finansministeriet har påpeget, at udgangspunktet for aftalegrundlaget mellem Danske Regioner og de private sygehuse i fase 1 vil være de indhøstede erfaringer i suspensionsperioden. Der gives dermed mulighed for, at de gevinster, som regionerne har opnået i aftalerne i suspensionsperioden, videreføres.

Ministerierne har videre påpeget, at det bærende princip bag indførelsen af referencetakster er, at afregningen med de private sygehuse "som minimum matcher en andel af de effektive offentlige sygehuse således, at det offentlige ikke betaler mere for en ydelse hos de private, end hvad det selv kunne have løst opgaven for hos de mest effektive offentlige sygehuse". Ministerierne har desuden påpeget, at der på tværs af DRG-grupper kan "være forskel på, hvor stor en andel referencetaksterne vil udgøre. Det vil generelt afhænge af, hvor meget omkostningsniveauet hos de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse ligger under gennemsnittet for offentlige sygehuse (DRG-taksten) i de enkelte DRG-grupper".

77. Rigsrevisionen kan konstatere, at den nye model i fase 2 viderefører princippet om forhandlede takster, men at taksterne ikke længere vil tage udgangspunkt i DRG-taksterne. Taksterne vil i stedet basere sig på udregnede takster på de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse. Rigsrevisionen konstaterer videre, at aftalen, som den foreligger, ikke sigter på konkurrence mellem de private sygehuse.

Vurdering

78. Sundhedsministeriet nedsatte i 2006 et tværministerielt udvalg, der skulle udarbejde forslag til en ny model for takstforhandling og for konfliktløsning mellem forhandlingsparterne i tilfælde af uenighed. I et udkast til udvalgets rapport vurderede udvalget, at en rammeudbudsmodel kunne være gavnlig for konkurrencen på området, herunder føre til lavere priser. Dette fremgik ikke af den endelige rapport fra september 2007.

79. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen peget på, at regionerne ved øget brug af strategiske udbud som instrument kan undgå at sende patienterne i privat regi via det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan derved opnå lavere takster end de aftaletakster, der er gældende under det udvidede frie sygehusvalg.

80. Efter den politiske aftale mellem regeringen og Danske Regioner fra april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse vil sundhedsministeren få en anden rolle end hidtil, idet et voldgiftsinstitut fra januar 2010 vil kunne fastsætte priserne, hvis regionerne og de private sygehuse ikke kan nå til enighed. Etablering af voldgiftsinstituttet vil kræve en lovændring. Desuden vil forhandlingerne mellem regionerne og de private sygehuse fremover tage udgangspunkt i omkostningsniveauet på offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger billigst og mest omkostningseffektivt. Rigsrevisionen konstaterer, at aftalen, som den foreligger, ikke sigter på konkurrence mellem de private sygehuse.

V. Kvalitetskrav til private sygehusydelser

UNDERSØGELSENS RESULTAT

Der er ikke i tilstrækkelig grad taget hensyn til kvalitet i de fællesaftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse vedrørende behandling af patienter under den udvidede fritvalgsordning. Regionerne har i højere grad opstillet kvalitetskrav i de frivillige aftaler uden for den udvidede fritvalgsordning. Disse krav muliggør opfølgning på kvaliteten af sygehusydelserne.

81. For at vurdere, om der i tilstrækkelig grad er taget hensyn til kvalitet i de aftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse under den udvidede fritvalgsordning, har Rigsrevisionen undersøgt, om regionerne har:

- opstillet kvalitetskrav til ydelserne, som de private sygehuse leverer
- fulgt op på kvaliteten af sygehusydelserne.

82. Rigsrevisionen har gennemgået aftalegrundlaget for fællesaftalen, som Danske Regioner indgik med SPPD, og aftalegrundlaget for de frivillige aftaler, som regionerne på baggrund af udbud har indgået i perioden ultimo 2007 - medio 2009, herunder aftaler, som regionerne har indgået både før og under suspensionsperioden.

83. Det er regionerne, der indgår aftaler om køb af private sygehusydelser, hvor betalingen sker på baggrund af aftaletakster i henhold til udvidet frit sygehusvalg eller priser opnået via udbud. Det er således regionerne, der har ansvaret for at følge op på aftalerne, herunder om de modtager den rette ydelse til den rette pris og kvalitet. Rigsrevisionen finder det relevant at undersøge, i hvilken udstrækning der er fastsat kvalitetskrav, eftersom de kan danne grundlag for regionernes indgåelse af aftaler og opfølgning herpå.

A. Krav til kvaliteten

84. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne har opstillet kvalitetskrav til de ydelser, som de private sygehuse leverer.

At opstille kvalitetskrav indebærer, at regionerne tager stilling til, hvilken form for kvalitet de behandlinger, som de køber hos private sygehuse, skal have. Krav til behandlingskvalitet kan bl.a. vedrøre følgende:

- hvilke faglige kompetencer og erfaringer sygehusene skal have med en bestemt type behandlinger
- hvilke aktiviteter behandlingerne skal omfatte og rammerne herfor
- hvilke grupper af patienter der skal kunne behandles af de private sygehuse.

Opstilling af kvalitetskrav kan sikre, at det offentlige sygehusvæsen kun indgår aftaler med de private sygehuse, der lever op til den ønskede standard.

85. Regionerne har i perioden dels indgået fællesaftaler, jf. den udvidede fritvalgsordning, dels frivillige aftaler, fx i suspensionsperioden. Fællesaftaler er de aftaler, som regionerne i fællesskab indgår med de private sygehuse, der ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter det udvidede frie sygehusvalg. De frivillige aftaler er regionernes egne aftaler, som de fx indgår for at udvide behandlingskapaciteten på områder, hvor de private sygehuse kan løse større eller mindre opgaver af sygehusvæsenets drift.

86. Aftalegrundlaget for fællesaftalerne og de frivillige aftaler fremgår af tabel 3.

Tabel 3. Aftalegrundlaget for fællesaftalerne og de frivillige aftaler

Fællesaftalerne		Frivillige aftaler	
Standardaftale:	Bilag:	Udbudsbetingelser:	Kontrakt (standardaftale):
Beskriver det generelle aftalegrundlag, herunder procedurer mv.	Specificerer aftalevilkårene, herunder pris for behandlingerne.	<ul style="list-style-type: none"> • opgavebeskrivelse • udvælgelseskriterier • tildelingskriterier. 	Beskriver aftalegrundlaget, herunder procedurer mv.

Kilde: Rigsrevisionen.

Tabel 3 viser 2 forskellige aftalegrundlag, der er regionernes udgangspunkt for at indgå aftaler med private sygehuse. Aftalegrundlaget for fællesaftalerne indeholder en standardaftale, der angiver nogle generelle bestemmelser vedrørende leverandøren. Herudover er der et bilag, der beskriver, hvilke behandlinger der er omfattet af aftalen, prisen for behandlingerne mv.

Det fremgår også af tabel 3, at aftalegrundlaget for de frivillige aftaler indeholder mere specifikke rammer for, hvem regionerne kan indgå aftaler med. Regionerne har i den forbindelse opstillet en række udbudsbetingelser, som private sygehuse skal leve op til for at komme i betragtning som tilbudsgivere. Udbudsbetingelserne omfatter en beskrivelse af opgaven og udvælgelseskriterier i forhold til den økonomiske og tekniske formåen og er grundlag for at vurdere private sygehuses egnethed til at løse opgaven. Endelig har regionerne opstillet en række tildelingskriterier, fx laveste pris, geografiske beliggenhed mv., som er udgangspunkt for valg af leverandører.

Fællesaftalerne indgås uden forudgående udbud, mens de frivillige aftaler er indgået med forudgående udbud. Det er med andre ord de samme behandlinger, der købes, men på hvert sit aftalegrundlag.

Mindstekrav til offentlige og private sygehuse

87. Uanset hvilket aftalegrundlag der benyttes, er der en række mindstekrav, som private sygehuse skal opfylde. Regionerne stiller de samme krav til private sygehuse, som Sundhedsstyrelsen nationalt har formuleret til offentlige sygehuse. Der er tale om overordnede krav om, at sygehuse skal overholde gældende lovgivning og følge reglerne om lægefaglig patientbehandling, sundhedsfaglig virksomhed mv.

88. Fælles for de 2 aftalegrundlag er også, at private sygehuse, efter anmodning fra Danske Regioner, er forpligtet til at redegøre for undersøgelses- og behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper, kvalitetsudviklingsinitiativer mv.

89. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i forbindelse med høringen oplyst, at det er regionernes ansvar selv at følge op på kvalitetskravene, idet der som udgangspunkt stilles de samme krav til den kliniske kvalitet på de offentlige og private sygehuse. Danske Regioner kan ifølge ministerierne altid rådføre sig med Sundhedsstyrelsen om behandlinger, hvor der opstår tvivl om kompetencen mv. hos den private udbyder. Ministerierne henviser til, at Danske Regioner har konsulteret Sundhedsstyrelsen i tvivlstilfælde, som ikke vedrørte højt specialiseret behandling. Endelig fremgår det af ministeriernes høringssvar, at regionerne kan kræve, at de private sygehuse, som regionerne indgår aftaler med under det udvidede frie sygehusvalg, skal opfylde samme krav som de offentlige sygehuse vedrørende "kernen af de sundhedsfaglige kvalitetskrav".

90. Behandlinger på private sygehuse skal ligesom behandlinger på offentlige sygehuse ske i henhold til anerkendt viden og gældende faglige standarder.

91. For at sikre en løbende kvalitetsudvikling på sygehusene generelt har Sundhedsministeriet taget initiativ til Den Danske Kvalitetsmodel, hvorefter de danske sygehuse akkrediteres i forhold til faglige kvalitetsstandarder, der vedrører kliniske retningslinjer, journalaudit, analyse og opfølgning på utilsigtede hændelser mv. Modellen, som også skal omfatte de private sygehuse, forventes indført i 2010. Indtil da er det Sundhedsministeriets opfattelse, at Sundhedsstyrelsens rådgivning i forhold til højt specialiseret behandling samt i tvivlstilfælde vedrørende behandlingserfaring mv. vil være tilstrækkelig.

Kvalitetsmodellen er opdelt i 3 hovedområder: organisatoriske standarder, generelle patientforløbsstandarder og sygdomsspecifikke standarder. I forhold til de organisatoriske og generelle patientforløbsstandarder vil både privathospitaler og offentlige sygehuse blive akkrediteret efter samtlige standarder (dvs. i alt 93), mens der er 11 sygdomsspecifikke standarder, som sygehusene alene skal akkrediteres efter, hvis de behandler de pågældende sygdomme. De sygdomsspecifikke standarder er rettet mod afgrænsede patientgrupper og skal sikre høj faglig kvalitet i behandlingen. I dag er hovedparten af de behandlinger, der bliver foretaget på private sygehuse, herunder en række ortopædkirurgiske operationer, ikke omfattet af de sygdomsspecifikke standarder.

Større fokus på kvalitet i de frivillige aftaler

92. Ud over mindstekravene har regionerne opstillet en række yderligere kvalitetskrav i de frivillige aftaler. Kravene angiver de forhold, som private sygehuse skal opfylde for at komme i betragtning som tilbudsgiver. Det er op til den enkelte region at fastlægge, hvilke krav der skal gælde. Eksempler på kvalitetskrav fremgår af tabel 4.

Tabel 4. Eksempler på kvalitetskrav ved indgåelse af frivillige aftaler med private sygehuse

Kvalitetskrav	Beskrivelse
Krav til lægefaglige kompetencer og erfaringer med de pågældende behandlinger	De private sygehuse skal foretage et minimum antal operationer årligt for at få opgaven. Derudover gælder generelt for fællesaftaler og de frivillige aftaler, at regionen kan anmode om, at de private sygehuse redegør for behandlingserfaring.
Krav til aktiviteter og rammer for behandlingerne	De private sygehuse skal fx kunne redegøre for undersøgelsesprotokoller, hvordan patienterne overvåges i forbindelse med behandlingen og for adgangsforhold for kørestolsbrugere.
Krav til, hvilke grupper af patienter der skal kunne behandles	De private sygehuse skal kunne varetage behandling af flere patientgrupper, herunder såkaldt lette patienter såvel som patienter med mere komplicerede behandlingsforløb.
Tildelingskriterier	Opgaven tildeles først efter en vurdering af, hvor godt de private sygehuse opfylder krav i bredere forstand, fx til pris, kvalitet, service, antal operationstyper og geografisk beliggenhed.

Note: Regionerne har ikke opstillet præcis de samme kvalitetskrav i alle de frivillige aftaler.

Kilde: Rigsrevisionen.

Tabel 4 viser, at der er opstillet kvalitetskrav i de frivillige aftaler, som muliggør, at regionerne kan indgå aftaler, der sikrer den kapacitet, som regionerne har behov for, i den kvalitet, som regionerne efterspørger. De private sygehuse skal i den forbindelse give tilbud på baggrund af tildelingskriterier om fx pris, kvalitet, antal operationstyper mv.

Tabel 4 viser videre, at de private sygehuse skal opfylde mere specifikke kvalitetskrav, der vedrører følgende:

- *Lægefaglige erfaringer.* I nogle aftaler har regionerne tilstræbt at sikre et højt kompetenceniveau ved at stille krav om, at lægerne skal gennemføre et bestemt antal behandlinger årligt. Det er et krav, der går videre end vilkårene i fællesaftalerne om, at regionerne kan anmode private sygehuse om at redegøre for behandlingserfaringer og faglige kvalifikationer mv., hvis de er i tvivl om, hvorvidt erfaringsgrundlaget er godt nok.
- *Rammer for det gode behandlingsforløb.* Fx hvilke undersøgelsesprotokoller der ligger til grund for udførelsen af operationerne.
- *Patientgrupper.* I nogle aftaler skelner regionerne mellem simple og komplekse behandlinger og lægger vægt på, at de private sygehuse skal kunne behandle "tungere" patienter, som kræver flere ressourcer, fx anæstesi-læge døgnet rundt og akutberedskab.

93. Kvalitetskrav har en særlig funktion i de frivillige aftaler, da de er regionernes udgangspunkt for at vurdere, hvilke private sygehuse og klinikker der kan komme i betragtning som tilbudsgiver. Aftalerne er indgået som følge af udbud, hvor formålet er at sikre, at regionerne køber bedst og billigst. For at vinde udbuddet må de private sygehuse være i stand til at levere ydelserne af en særlig kvalitet. I den forbindelse har regionerne opstillet en række udbudsbetingelser, der er forudsætningen for, at private sygehuse kan indgå aftaler med regionerne. På baggrund af udbudsbetingelserne igangsætter regionerne en vurderingsproces, hvor kvalitetskravene fra tabel 4 indgår. Vurderingsprocessen består af 3 trin:

1. Vurdering af private sygehuse og klinikkers egnethed til at løse den udbudte opgave i forhold til den økonomiske og tekniske formåen. Herudover har regionerne opstillet en række krav (kravspecifikation), der angiver de forhold, som regionerne lægger vægt på i forbindelse med vurdering af tilbud.
2. Vurdering af tilbuddet i henhold til de tildelingskriterier, der er fastlagt. Flertallet af regionerne vægter laveste pris som et afgørende tildelingskriterium, hvortil nogle regioner har tilføjet andre kriterier, fx kvalitet og service.
3. Indgåelse af aftale, hvor regionerne benytter sig af standardkontrakten, som den er udformet af Danske Regioner, men har tilføjet eventuelle betingelser i henhold til regionernes kvalitetskrav.

Aftalegrundlaget kan variere, i og med at kvalitetskrav og tildelingskriterier er vekslende i de 5 regioner. I nogle af aftalerne har regionerne vægtet det mest fordelagtige tilbud, herunder laveste pris. I andre aftaler, fx hvor der er tale om mere komplicerede patientforløb, vægter regionerne også kvalitet og service i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner og kontrolfunktioner efter operation.

94. I de frivillige aftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse, indgår krav til kvaliteten. Disse krav fremgår af udbudsmaterialet, og regionerne har på den baggrund haft mulighed for at vurdere de private sygehuses egnethed til at løse de udbudte opgaver. Denne udvælgelsesproces har ikke været mulig i fællesaftalerne, der alene baserer sig på generelle mindstekrav. Ifølge fællesaftalerne har de private sygehuse ret til at indgå aftaler med regionerne under forudsætning af, at de opfylder mindstekravene.

Vurdering

95. Alle sygehuse skal som minimum overholde gældende lovgivning og følge reglerne om lægefaglig patientbehandling, autorisationslovgivningen om sundhedsfaglig virksomhed mv.

96. Regionernes frivillige aftaler, bl.a. under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg, er baseret på et grundigt forberedelsesarbejde, hvor regionerne har opstillet kvalitetskrav, der indgår i regionernes vurdering af, hvilke private sygehuse og klinikker der kan komme i betragtning som tilbudsgivere. De frivillige aftaler sikrer dermed i større grad regionerne den kapacitet, de har behov for, i den kvalitet, de efterspørger.

B. Opfølgning på kvaliteten

97. Rigsrevisionen har undersøgt, om regionerne har fulgt op på kvaliteten af sygehusydelser.

98. For at kunne følge op på kvaliteten af behandlingerne på de private sygehuse må regionerne tage stilling til, hvilke parametre der skal følges op på i forhold til formulerede kvalitetskrav, herunder hvilke informationer de private sygehuse skal give til regionerne. Krav til opfølgningen vedrører fx:

- hvordan samarbejdet mellem sygehus og region vedrørende behandlingsforløb mv. skal forløbe
- hvilke kontroller og registreringer sygehusene skal foretage af eventuelle fejl og komplikationer i forbindelse med behandlinger
- hvilken rapportering de private sygehuse skal foretage.

Mindstekrav til offentlige og private sygehuse

99. Der er i dag flere initiativer i gang for at følge op på kvaliteten på offentlige og private sygehuse. Sundhedspersonalet skal fx indberette utilsigtede hændelser (fejl og komplikationer) til Sundhedsstyrelsen, og ligeledes skal aktiviteter indberettes til de kliniske kvalitetsdatabaser og Landspatientregistret.

100. Der er forskellige ansvarsområder forbundet med opfølgningen. Det er generelt et krav, at de private sygehuse skal gennemføre kontrolundersøgelser efter operationer og – i det omfang, det er muligt – varetage behandling af eventuelle komplikationer opstået i forbindelse med operationerne. Herudover er de ligesom de offentlige sygehuse forpligtet til at rapportere til regionen om forhold, der kan betyde en forringet patientsikkerhed. Regionerne skal videresende disse oplysninger til Sundhedsstyrelsen, der kan beslutte at iværksætte et skærpet tilsyn af offentlige og private sygehuse.

101. Det er Sundhedsstyrelsen, der er tilsynsmyndighed og følger op i det omfang, styrelsen bliver opmærksom på kritisable sundhedsfaglige forhold. Det kan være fejl, der opstår i forbindelse med undersøgelse, behandling og medicinering. Styrelsens opfølgning sker i samarbejde med embedslægerne og ved hjælp af databaser samt gennemgang af klage- og tilsynssager. Opfølgningen og tilsynet med kvaliteten i forhold til fejl og komplikationer er bagudrettet og dermed overvejende reaktiv.

102. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsministeriet har lagt vægt på så vidt muligt at tilvejebringe sammenlignelige kvalitets- og ventetidsoplysninger mv. for at understøtte patienternes valg, fx gennem hjemmesiden sundhedskvalitet.dk.

Et større fokus på opfølgning i de frivillige aftaler

103. Ud over de nævnte mindstekrav, der kendetegner fællesaftalerne, har regionerne opstillet en række krav til opfølgningen i de frivillige aftaler. Kravene til opfølgningen skal sikre en høj grad af behandlingskvalitet.

104. Eksempler på krav til opfølgning på kvaliteten er vist i tabel 5.

Tabel 5. Eksempler på krav til opfølgning på kvaliteten

Krav til opfølgning	Beskrivelse
Krav til udformningen af samarbejdet mellem sygehus og region om behandlingsforløb mv.	De private sygehuse skal indberette statusmeldinger om mangler og uregelmæssigheder. Der skal afholdes faste møder med private sygehuse, hvor samarbejdet drøftes, og hvor resultaterne gennemgås. Der skal være mulighed for kontakt til læger, når regionen har behov for at henvende sig, fx under behandlingsforløbet.
Krav til, hvilke kontroller og registreringer sygehusene skal foretage af hensyn til patientsikkerhed mv.	De private sygehuse skal beskrive, hvilke kontrolfunktioner de gennemfører efter operation, og hvordan de håndterer eventuelle fejl og komplikationer i forbindelse med behandlingerne. De skal ligeledes udarbejde dokumentation for det seneste års komplikationer. Én region beskriver specifikt, at private sygehuse skal have et kvalitetsstyrings-system, der omfatter beskrivelse af kvalitetsorganisationen på det private sygehus, herunder hvilke procedurer der er gældende for kvalitetskontrol af sterile procedurer, patientsikkerhed og opfølgning på utilsigtede hændelser.
Krav til, hvilken rapportering de private sygehuse skal foretage	De private sygehuse skal foretage kvartalsvis rapportering af komplikationer og registrering af utilsigtede hændelser.

Note: Regionerne har ikke opstillet præcis de samme krav til opfølgningen i alle de frivillige aftaler.

Kilde: Rigsrevisionen.

Tabel 5 viser, at der er opstillet krav til opfølgning i de frivillige aftaler. Regionerne har bl.a. formuleret krav til de private sygehuses kvalitetsstyring, til forpligtende samarbejdsrelationer mellem parterne samt til sygehusenes kontrol, registrering og rapportering af komplika-

tioner mv. til regionerne. Det giver regionerne mulighed for at følge op på, om sygehusene lever op til de kvalitetskrav, parterne er blevet enige om i aftalerne.

105. Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne har opstillet krav til opfølgning, der betyder, at de bedre kan vurdere kvaliteten af sygehusydelse, fx ved at overvåge fejl og komplikationer, genindlæggelser mv. Det giver dem samtidig et bedre udgangspunkt for at genforhandle kontrakter ud fra kvalitetskrav om sikkerhed, behandlingskvalitet og effektivitet.

106. Til sammenligning er fællesaftalerne generelt kendetegnet ved et fravær af specifikke krav til opfølgning. Ud over at regionerne kan stille krav til de private sygehuse om at udføre kontrolundersøgelser i op til 12 måneder efter, at en behandling er udført, indgår opfølgningen ikke som en del af fællesaftalernes aftalegrundlag. Regionerne henviser patienter til private sygehuse efter udvidet frit sygehusvalg, uden at de efterfølgende følger op på, om behandlingerne lever op til gældende standarder.

107. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i forbindelse med deres høringssvar oplyst, at regionerne kan stille samme krav til opfølgning i fællesaftalerne, som det er tilfældet i de frivillige aftaler.

108. Regionerne har oplyst, at de alene følger op på, om ydelserne leveres, og om der er overensstemmelse mellem den fremsendte regning, den forhandlede pris og den behandling, der er indberettet i Landspatientregisteret.

Vurdering

109. Fællesaftalerne i henhold til udvidet frit sygehusvalg er kendetegnet ved, at kvalitetskrav ikke er nærmere specificeret. Dermed har regionerne ikke et tilstrækkeligt grundlag for at følge op på kvaliteten af de sygehusydelser, der leveres.

110. Aftalegrundlaget i de frivillige aftaler er samlet set med til at sikre et større fokus på opfølgning, end det er tilfældet i fællesaftalerne. Bl.a. har regionerne opstillet krav til opfølgning, der betyder, at de bedre kan vurdere kvaliteten af sygehusydelserne, fx ved at overvåge fejl og komplikationer, genindlæggelser mv.

111. Specifikke og mere målrettede krav til opfølgningen på de private sygehuses behandlinger vil give mere sikkerhed for patienterne og sikre, at regionernes køb af private sygehusydelser også sker under hensyn til kvaliteten.

112. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i høringssvaret oplyst, at det er regionernes ansvar selv at følge op på kvalitetskravene, idet der som udgangspunkt stilles de samme krav til den kliniske kvalitet på de offentlige og private sygehuse.

VI. Opfølgning på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Sundhedsministeriet har ikke fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehjælp. Ministeriet har oplyst, at det vil vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen. Rigsrevisionen finder dette tilfredsstillende.

113. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsministeriet har fulgt op på, om stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgernes adgang til sygehjælp.

Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer

114. Der blev i 2002 indført skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Loven indebærer, at den forsikrede medarbejder ikke beskattes af værdien af den forsikringspræmie, som virksomheden betaler. Virksomheden fratrækker udgifterne som en driftsomkostning. Det er dog en betingelse, at der er en lægehenvielse til behandling. Reglerne fremgår af ligningslovens § 30, jf. lovbekendtgørelse nr. 176 af 11. marts 2009. Skattefritagelsen bevirker, at der opstår en skatteudgift (provenutab) for staten, som kan sammenlignes med et direkte tilskud.

115. Sundhedsforsikringerne dækker typisk behandlingsforløb på private sygehuse i forbindelse med sygdom, herunder undersøgelser, behandlinger og efterbehandlinger, samt den nødvendige medicin. Forsikringerne kan også dække udgifter til fysioterapeut, kiropraktor og psykolog eller udgifter til kurophold, hospiceophold og hjemmesygepleje.

116. Udviklingen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer fremgår af tabel 6.

Tabel 6. Udviklingen i antal arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer i perioden 2002-2008 samt det årlige provenutab (afrundede tal)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer	125.000	200.000	247.000	375.000	489.000	720.000	900.000
Provenutab (mio. kr.)	75	130	175	240	300	420	

Note: Der foreligger ikke oplysninger om præmiebetaling i 2002. Provenutabet er derfor baseret på Skatteministeriets skøn over de gennemsnitlige præmiebetalinger i 2002. Skatteministeriets skøn over provenutabet i 2008 forelå endnu ikke på tidspunktet for beretningens afgivelse.

Kilde: Forsikring & Pension (arbejdsgiverbetalte forsikringer i perioden 2003-2008) og Skatteministeriet (arbejdsgiverbetalte forsikringer i 2002 samt provenutab i perioden 2002-2007).

Tabel 6 viser, at 125.000 havde en privat arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring i 2002, hvor ordningen trådte i kraft. I 2008 var antallet steget til 900.000. Tabel 6 viser videre, at Skatteministeriet i 2007 skønnede, at skatteudgiften (provenutabet) vedrørende ordningen udgjorde 420 mio. kr.

Formålet med sundhedsforsikringer

117. Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget om ændring af ligningsloven, jf. lovforslag nr. L 97 af 6. februar 2002, at formålet med arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er at skabe en arbejdsmarkedseffekt ved at:

gøre sundhedsbehandlinger, som arbejdsgiveren betaler for sine medarbejdere, skattefrie. Herved sker der en forbedring af den generelle velfærd, og det gøres mere attraktivt for virksomhederne at påtage sig et socialt ansvar.

Det fremgår desuden af lovbemærkningerne, at medarbejderen i tilfælde af sygdom får:

en hurtigere behandling, hvilket giver større chancer for et optimalt behandlingsresultat, end det er tilfældet ved selv en kortere ventetid.

Endelig fremgår det af lovbemærkningerne, at:

ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller ikke har en arbejdsgiver, der vil betale for en sådan behandling. Således vil alle samfundsgrupper have direkte eller indirekte gavn af ordningen.

118. Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer skal derved bidrage til at nedbringe ventetiderne på behandling, fordi de patienter, der behandles i den private sundhedssektor, ikke behandles i den offentlige sektor.

119. Sundhedsministeriet og Finansministeriet har oplyst, at formålet med en privat sundhedsforsikring er, at der opnås en særlig adgang til behandling i privat regi på tid, sted og vilkår, herunder adgang til behandlingsydelser, som forsikringstageren ellers ikke ville have adgang til i offentligt regi.

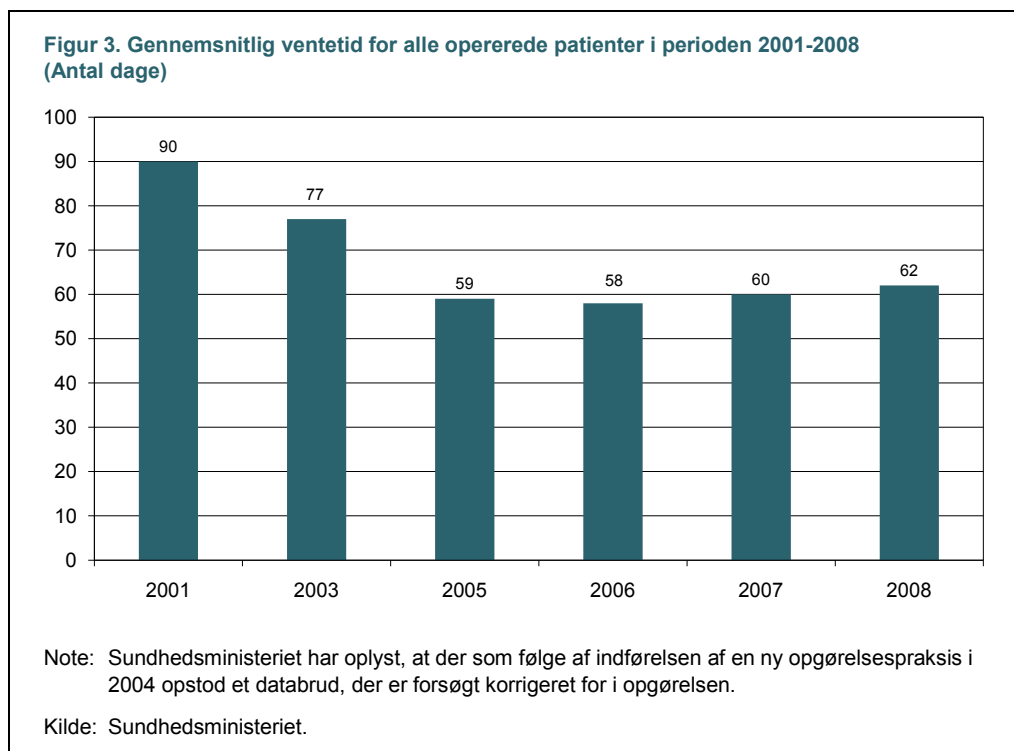
120. Som udgangspunkt har Sundhedsministeriet ikke pligt til at følge op på konsekvenserne af sundhedsforsikringer, da det hører til et ressortområde, som Skatteministeriet administrerer og dermed har ansvaret for. Alligevel finder Rigsrevisionen det relevant, at Sundhedsministeriet følger op på, om udbredelsen af sundhedsforsikringer aflaster det offentlige sygehusvæsen i form af kortere ventetider. Det skyldes, at sundhedsforsikringer ikke kun berø-

rer forsikrede, men også forventes at have en effekt til gavn for den øvrige del af befolkningen, der ikke har en sundhedsforsikring. Endvidere fremgår det af bemærkningerne til lovforslaget, at arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer vil føre til, at ventetiderne forkortes til gavn for alle grupper i samfundet.

Udviklingen i ventetider

121. Sundhedsstyrelsen opgør erfaret ventetid til sygehusbehandling baseret på indberetninger til Landspatientregisteret. Opgørelsen omfatter bl.a. sygehuspatienters ventetid i forbindelse med behandling på offentligt sygehus eller offentligt finansierede behandlinger på private sygehuse og er summen af perioder, hvor patienten er registreret som "ventende".

122. Figur 3 viser udviklingen i den gennemsnitlige ventetid på de offentlige sygehuse for alle patienter, der har fået foretaget en operation i perioden 2001-2008.



Figur 3 viser, at den samlede gennemsnitlige ventetid for opererede patienter er faldet fra 90 dage til 59 dage i perioden 2001-2005. I 2002 blev sundhedsforsikringerne introduceret, og antallet af arbejdsgiverbetalte forsikrede steg fra 125.000 i 2002 til 375.000 i 2005. Fra 2005 til 2008 steg antallet af forsikrede fra 375.000 til 900.000, jf. tabel 6. Der kunne i denne periode registreres en mindre stigning i den samlede gennemsnitlige ventetid.

Ventetiden påvirkes af mange faktorer. Fx kan udbuddet af nye behandlingsmetoder øge efterspørgslen efter behandling, ligesom det kan flytte grænserne for, hvem der behandles og hvornår. Der kan inden for de seneste år, hvor der er sket en markant udvikling i antal forsikrede, ikke konstateres en entydig sammenhæng mellem et stigende antal forsikrede og et fald i ventetiden til behandling.

123. Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke har undersøgt og vurderet konsekvenserne af udbredelsen af sundhedsforsikringer i forhold til borgernes adgang til sygehusbehandling. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har i deres høringsvar oplyst, at Sundhedsministeriet vil analysere udviklingen i såvel udbredelsen af sundhedsforsikringer som udviklingen i ventetider i det offentlige sygehusvæsen.

Vurdering

124. Rigsrevisionen finder det relevant, at Sundhedsministeriet følger op på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer i forhold til, at ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller ikke har en arbejdsgiver, der vil betale for en sådan behandling. Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke hidtil har foretaget en sådan opfølgning.

125. Finansministeriet og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsministeriet vil 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.

Rigsrevisionen, den 11. juni 2009

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

DRG	DRG står for diagnoserelaterede grupper. DRG-systemet blev introduceret i Danmark i 1990'erne og anvendes i forbindelse med opgørelse og afregning af den kommunale medfinansiering. DRG-systemet anvendes desuden som internt analyse- og styringsværktøj på de offentlige sygehuse og som grundlag for den mellemregionale afregning for patienter, der krydser regionsgrænsen.
DRG-takster	DRG-taksterne fremkommer ved, at der til hver diagnoserelateret gruppe knyttes en takst svarende til de gennemsnitlige omkostninger, der er forbundet med at behandle patienter med sammenlignelige diagnoser på offentlige sygehuse. Taksterne udregnes på baggrund af bagudrettede omkostningsdata.
Forsikring & Pension	Forsikring & Pension er forsikringsselskabernes og de tværgående pensionskassers erhvervsorganisation.
Frivillige aftaler	Frivillige aftaler henviser til regionernes egne aftaler, som de fx indgår for at udvide behandlingskapaciteten på områder, hvor de private sygehuse kan løse større eller mindre opgaver. De frivillige aftaler er typisk indgået på grundlag af udbud, og regionerne har i den forbindelse opstillet en række udbudsbetingelser og kravspecifikationer, som private sygehuse skal leve op til for at komme i betragtning som tilbudsgivere.
Fællesaftaler	Fællesaftaler henviser til de aftaler, som Danske Regioner på vegne af regionerne indgår med de private sygehuse, klinikker mv. i Danmark og i udlandet om behandling af patienter under det udvidede frie sygehusvalg. Fællesaftalerne indeholder en standardaftale og et bilag. Standardaftalen angiver de generelle bestemmelser vedrørende parternes forpligtelser, herunder de private sygehuses levering af sygehusydelse. Bilaget specificerer de behandlinger og undersøgelser, som er omfattet af aftalen, herunder prisen.
Privat-DRG	Privat-DRG nævnes som en mulig model for fremtidig aftaleindgåelse med private sygehuse i "Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet" fra september 2007. Modellen indebærer, at Sundhedsstyrelsen fastsætter taksterne i et takstkatalog, der bliver lagt til grund for afregningen med de private sygehuse. Formålet er at etablere et takstsystem, der i højere grad end de nuværende DRG-takster afspejler de private sygehuses faktiske omkostninger.
Referencetakster	Referencetakster angiver omkostningerne i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige behandlinger billigst og mest omkostningseffektivt. Referencetakster udgør udgangspunktet for forhandling mellem regionerne og de private sygehuse efter den 1. januar 2010.
SPPD	Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark er en brancheforening for private sygehuse og klinikker.