



Notat til Statsrevisorerne om
regionernes forvaltning af
fedtmeoperationer

Oktober
2011

revision
revision

revision

Regionernes forvaltning af fedmeoperationer

17. oktober 2011

RN A307/11

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	2
II.	Baggrund	5
III.	Besvarelse af Statsrevisorernes spørgsmål	10
A.	Udviklingen i antallet af fedmeoperationer.....	10
B.	Udviklingen i omkostninger pr. fedmeoperation.....	15
C.	Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer	18
D.	Udviklingen i regionernes betaling for fedmeoperationer på private sygehuse.....	20
E.	Regionernes køb af fedmeoperationer gennem udbud	25
F.	Regionernes forvaltning af fedmeoperationer.....	28

I. Introduktion og konklusion

1. Statsrevisorerne har anmodet mig om i et notat at undersøge regionernes forvaltning af fedmeoperationer – alternativt at redegøre for en undersøgelse i et notat.

Jeg har fastholdt at afrapportere undersøgelsen i et notat, selv om notatet er mere omfattende end normalt. I notatet peger Rigsrevisionen på, at taksten for fedmeoperationer i 2005 blev fastsat på et svagt datagrundlag. DRG-taksten for fedmeoperationer i 2005 har – set i lyset af de senere års takster – været høj, og det har haft virkning på såvel afregningen med de offentlige sygehuse som på taksterne for afregning med de private sygehuse. Taksten blev nedsat væsentligt i 2008, hvor der forelå et bedre datagrundlag. I beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse pegede Rigsrevisionen på, at der var basis for lavere afregningstakster, og jeg har derfor ikke fundet det relevant at følge sagen yderligere.

Statsrevisorerne har stillet følgende 6 spørgsmål om regionernes forvaltning af fedmeoperationer:

- A. Udviklingen i antallet af fedmeoperationer fordelt på regioner med en beskrivelse af årsagerne til udviklingen, fx tekniske og økonomiske muligheder, behandlingsgaranti mv.
- B. Udviklingen i omkostninger pr. fedmeoperation på de offentlige sygehuse
- C. Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer
- D. Udviklingen i regionernes betaling for fedmeoperationer på private sygehuse
- E. Hvilke muligheder regionerne har haft for at udbyde fedmeoperationer, og om regionerne har anvendt disse muligheder
- F. Vurdering af, om regionerne har taget skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af fedmeoperationer i perioden 2006-2010.

2. Notatet er baseret på brevveksling mellem Rigsrevisionen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og regionerne. Parterne er i undersøgelsen blevet bedt om at svare på og dokumentere en række spørgsmål. Der er endvidere foretaget interviews med 2 regioner og én kirurgisk afdeling, der udfører fedmekirurgi.

3. Undersøgelsen dækker perioden 1. januar 2006 – 31. december 2010. Omkostninger og DRG-takster for 2005 er inddraget i det omfang, det har betydning for undersøgelsen. Desuden beskrives de nye regler for at henvise patienter til fedmeoperation, som trådte i kraft den 1. januar 2011.

KONKLUSION

A. Udviklingen i antallet af fedmeoperationer

Antallet af fedmekirurgiske forløb er steget kraftigt i perioden 2006-2010 i alle 5 regioner. Samlet set – på både offentlige og private sygehuse – er antallet af offentligt finansierede fedmekirurgiske forløb steget fra 421 i 2006 til 4.361 i 2010. Det er især antallet af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse, der er steget. I alt er der i perioden 2006-2010 udført 10.553 fedmekirurgiske forløb på offentlige og private sygehuse.

Flere faktorer har ifølge regionerne medvirket til denne udvikling, herunder større efterspørgsel fra patienterne, mangel på behandlingskapacitet på offentlige sygehuse, bl.a. som følge af prioritering af kræftområdet, ændring af udvidet frit sygehusvalg fra 2 måneder til 1 måned og øget behandlingskapacitet på private sygehuse.

Et fedmekirurgisk forløb omfatter forundersøgelse, forbehandling, operation, opfølgning og kontrol samt eventuelt reoperationer og behandling for komplikationer. En fedmeoperation er således en del af et fedmekirurgisk forløb.

B. Udviklingen i omkostninger pr. fedmeoperation

De offentlige sygehuses omkostninger til fedmeoperationer varierer meget i undersøgelsesperioden – både mellem sygehuse og mellem årene. Rigsrevisionen kan ikke ud fra omkostningsdatabasen konstatere en entydig tendens til faldende eller stigende omkostninger ved fedmeoperationer på offentlige sygehuse. Det betyder, at oplysningerne fra omkostningsdatabasen kan være vanskelige at anvende til beregning af DRG-takster – særligt for 2005, 2006 og 2007, fordi der i disse år ikke indgår nogen eller kun få sygehuse i beregningen.

Omkostningerne til fedmeoperationer kan variere på grund af forskelle i udgifter til fx operationsudstyr og personale, ligesom kompleksiteten af de udførte operationer har betydning. En del af variationen i omkostningerne kan endvidere skyldes forskelle i opgørelsesmetoder. 2 regioner har peget på, at data kan være behæftet med usikkerhed.

C. Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer

DRG-taksten er en gennemsnitspris for sygehuses udgifter til pleje og behandling af en gruppe af patienter. DRG-takster beregnes årligt ud fra oplysninger i omkostningsdatabasen. Hvis data i omkostningsdatabasen et år anses for ukorrekte, fastsættes taksten af Indenrigs- og Sundhedsministeriet ud fra tidligere års takster.

DRG-taksten for fedmeoperationer var samlet set faldende i perioden 2006-2010. I 2005 fastsatte Sundhedsstyrelsen DRG-taksten for fedmeoperationer til 87.538 kr. ud fra omkostningsdatabasen. Denne takst, som efter Rigsrevisionens vurdering er fastsat på et svagt datagrundlag, blev videreført stort set uændret i 2006 og 2007. Ministeriet har oplyst, at der indgik 3 patienter i beregningen af taksten for 2005, og ingen af de 3 patienter havde fået en fedmeoperation. Taksten for 2005 var sammenlignet med taksten for 2008 høj. Taksten for 2005 havde indvirkning på både afregningen med de offentlige sygehuse og på betalingen for fedmeoperationer på private sygehuse, idet aftaletakster og udbudspriser tog udgangspunkt i denne takst.

Taksten for fedmeoperationer blev sat markant ned i 2008 til 49.520 kr., hvor Sundhedsstyrelsen fastsatte taksten ud fra data i omkostningsdatabasen og ud fra en analyse af omkostningerne på Hvidovre Hospital.

Taksten i 2009 lå på samme niveau som i 2008, mens taksten i 2010 var en smule lavere (47.174 kr.).

Omkostningsdatabasen er en database under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som samler oplysninger om sygehuses aktivitet og omkostninger ved de enkelte behandlinger. Ud fra sygehuses indberetninger til omkostningsdatabasen beregner ministeriet gennemsnitsomkostningerne ved de forskellige behandlinger.

Aftalesygehuse og samarbejdssygehuse

Fedmekirurgiske patienter kan blive behandlet på private sygehuse enten efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg (private aftalesygehuse), eller de kan blive henvist til private sygehuse, som den enkelte region har en samarbejdsaftale med (private samarbejdssygehuse). Prisen for behandling efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg kaldes aftaletakst og er aftalt mellem regionerne og de private sygehuse. Prisen for behandling på private samarbejdssygehuse kaldes udbudspris og er aftalt på baggrund af forhandling mellem den enkelte region og det private sygehus.

Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg

I perioden 7. november 2008 – 30. juni 2009 aftalte regeringen og regionerne at suspendere det udvidede frie sygehusvalg på grund af en forudgående strejke på sygehuse.

En udviklingsfunktion kan dels omfatte områder, hvor der ikke foreligger dokumentation for en given behandlings effekt, dels områder, der er under etablering i Danmark, men hvor den overordnede evidens er fastslået.

D. Udviklingen i regionernes betaling for fedmeoperationer på private sygehuse

Regionernes samlede udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse steg fra 4,8 mio. kr. i 2006 til 249 mio. kr. i 2010. Samlet set havde regionerne i undersøgelsesperioden udgifter til fedmekirurgi på private sygehuse på 677 mio. kr. I undersøgelsesperioden udførte 3 private sygehuse fedmekirurgisk behandling.

Regionerne har primært haft udgifter til fedmekirurgi på de private aftalesygehuse som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Regionernes udgifter til fedmekirurgi på private aftalesygehuse som følge af udvidet frit sygehusudvalg afhænger af den takst, som aftales med de private sygehuse. Frem til medio 2009 tog forhandlingerne om aftaletaksten udgangspunkt i DRG-taksterne.

Aftaletaksten for operationer på private sygehuse lå i 2008 frem til suspensionen i november 2008 og igen fra suspensionens ophør og frem til marts 2010 væsentligt over DRG-taksten for fedmeoperationer.

E. Regionernes køb af fedmeoperationer gennem udbud

Regionerne har ifølge sundhedsloven mulighed for at indgå samarbejdsaftaler med private sygehuse, herunder om fedmekirurgi. Regionerne har i perioden 2006-2010 indgået 6 samarbejdsaftaler om fedmekirurgi med private sygehuse efter forudgående udbud, herunder 3 under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.

Hovedparten af samarbejdsaftalerne har en pris for det fedmekirurgiske forløb, som ligger under aftaletaksten. 2 regioner har dog i en periode betalt en højere pris end den forhandlede aftaletakst som følge af, at aftaletaksten er forhandlet ned, efter at de pågældende regioner har indgået samarbejdsaftale.

Flere regioner vurderer, at det lave antal aktører på området (3 private sygehuse) gav begrænsede muligheder for økonomisk gevinst ved udbud, hvorfor regionerne i mindre omfang har indgået samarbejdsaftaler med private sygehuse om fedmekirurgi.

F. Regionernes forvaltning af fedmeoperationer

Regionerne fremhæver forskellige faktorer, der i perioden 2006-2010 har gjort det vanskeligt at navigere på området for fedmekirurgi, bl.a. uvisheden om den kommende specialeplan, herunder hvilke sygehuse der fik lov til selvstændigt at varetage fedmekirurgi. Endvidere har der fra medio 2010 været en forventning om nye visitationsregler.

Samlet set har det været vanskeligt for regionerne at navigere på området for fedmekirurgi, bl.a. som følge af:

- specialets status som udviklingsfunktion
- et marked med få udbydere
- strejken i 2008 og den efterfølgende suspension af det udvidede frie sygehusvalg
- uvished om specialets fremtid, herunder om de private sygehuse fik lov til at varetage fedmekirurgi selvstændigt i forbindelse med specialeplanlægningen i 2010
- forventning om nye visitationsregler fra 2011.

Regionerne har haft begrænsede muligheder for at udvide egen fedmekirurgiske kapacitet, fordi fedmekirurgi var en udviklingsfunktion, og fordi der var mangel på kirurger. Flere regioner har endvidere nævnt, at de i perioden prioriterede kræftbehandling frem for fedmekirurgi på regionernes sygehuse.

Ved en udviklingsfunktion indhenter regionerne en vurdering fra Sundhedsstyrelsen forud for, at der kan opbygges kapacitet på nye afdelinger. Sundhedsstyrelsen har i perioden anbefalet, at regionerne ikke udvidede den fedmekirurgiske kapacitet til andre sygehuse, da de eksisterende fedmekirurgiske afdelinger ikke levede op til kravet om 100 årlige fedmeoperationer for at vedligeholde kompetencen. Region Sjælland fik på den baggrund afslag på at etablere fedmekirurgi i regionen i 2007.

Regionerne har ikke haft mulighed for at købe fedmekirurgiske behandlinger i andre regioner, da ingen regioner har haft tilstrækkelig kapacitet.

Regionerne oplyser, at de løbende har vurderet mulighederne for at gennemføre udbud, mens de kun i mindre omfang har gennemført analyser af egne omkostninger ved fedmeoperationer. 2 regioner oplyser, at de har gennemført beregninger af egne omkostninger i forbindelse med overvejelser om at øge aktiviteten på området.

Det er på baggrund af undersøgelsen og regionernes redegørelser min samlede vurdering, at regionerne – inden for rammerne af det ovenfor skitserede råderum – har udnyttet de muligheder, de har haft for at tage skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af fedmeoperationer.

II. Baggrund

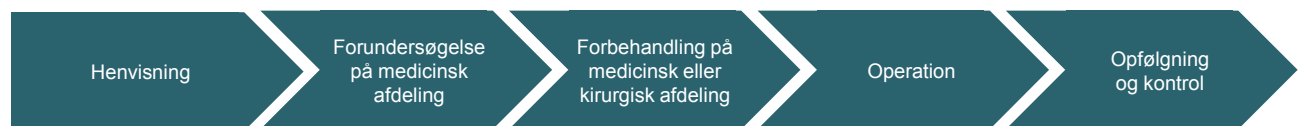
4. I det følgende beskrives:

- et typisk fedmekirurgisk behandlingsforløb
- organiseringen af fedmekirurgi i Danmark
- patienternes rettigheder.

Et fedmekirurgisk forløb

5. Et fedmekirurgisk forløb omfatter forundersøgelse, forbehandling, operation, opfølgning og kontrol samt eventuelt reoperationer og behandling for komplikationer. En fedmeoperation er således en del af et fedmekirurgisk forløb. I figur 1 vises et fedmekirurgisk forløb.

Figur 1. Et fedmekirurgisk forløb



Figur 1 viser, at et fedmekirurgisk forløb begynder med en henvisning til forundersøgelse på en medicinsk afdeling. Ved forundersøgelsen undersøges patientens generelle helbreds-tilstand, og om patienten er egnet til operation. Patienter kunne i perioden 2006-2010 kun henvises til forundersøgelse, hvis de opfyldte kriterierne beskrevet i boks 1.

BMI betyder Body Mass Index og er den måleenhed, som bruges til at klassificere kropsvægt.

$BMI = \text{kropsvægt i kg} / \text{højden i meter} \times \text{højden i meter}$.

Ved **gastric bypass** deles mavesækken i 2, og den øverste del af mavesækken forbindes med tyndtarmen. Efter operationen passerer maden fra spiserøret via den lille nye mavesæk videre til tyndtarmen.

Ved **gastric banding** bliver et justerbart bånd anbragt rundt om øverste del af mavesækken. Det begrænser indtaget af mad og øger følelsen af mæthed.

Ved **gastric sleeve** fjernes en stor del af mavesækken, som derved bliver omdannet til et langt rør. Denne type operation gives til patienter med et meget højt BMI.

I en **klinisk database** registreres oplysninger om patienterne (fx højde og vægt), sygdommen (sværhedsgrad), behandlingen og organisationen (fx komplikationer og ventetid). Formålet med de kliniske databaser er at bidrage til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats.

BOKS 1. KRITERIER FOR BEHANDLING AF FEDME I PERIODEN 2006-2010

Patienterne skulle i perioden 2006-2010 opfylde følgende kriterier for at få en henvisning til fedmeoperation:

- BMI > 40 eller BMI > 35 og samtidig forekomst af fedmerelaterede sygdomme, fx diabetes.
- Aldersgrænse: Frem til 2008 var den nedre aldersgrænse 20 år, og den øvre 60 år. I 2008 nedsattes den nedre aldersgrænse til 18 år, mens patienter over 60 år kan få kirurgi efter en særlig vurdering af risici versus fordele.
- Varigt vægttab har ikke kunnet opnås ved konventionel, ikke-kirurgisk behandling.
- Der må ikke være kirurgiske, medicinske eller psykiatriske faktorer, der kan udgøre en risiko i forhold til operation, fx sygdomme i eller tidligere større operationer på spiserør, mavesæk eller tyndtarm, ligesom der heller ikke må være svære hjerte-/lungesyntomer, leverlidelser, problemer med lokal eller universel anæstesi (bedøvelse), alkohol- eller medicinmisbrug samt svære psykiatriske sygdomme eller spiseforstyrrelser.

Kilde: "Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark", 2008.

Den medicinske afdeling udreder patienten og vurderer, om patienten er egnet til fedmeoperation. Før operationen skal patienten gennemgå et ambulant forbehandlingsforløb, hvor patienten skal tabe mindst 8 % af sin vægt, da dette nedsætter risikoen for komplikationer ved operationen væsentligt.

Fedmeoperationen udføres ved kikkertkirurgi enten som gastric bypass, gastric banding eller gastric sleeve.

Fedmekirurgiske patienter har behov for et livslangt kontrolforløb. I de første 2 år efter operationen følges patienten på specialiseret niveau, dvs. medicinske afdelinger, der er specialiserede i denne type behandling. Derefter fortsætter kontrollen hos egen læge. Der er ved operation for fedme – som ved alle operationer – risiko for komplikationer. Ved fedmeoperationer er der fx risiko for læk fra tarmen til bughulen, tarmslyng og på længere sigt mangel-sygdomme på grund af problemer med at optage mineraler og vitaminer.

6. Der blev den 1. september 2010 etableret en klinisk database for fedmekirurgi: "Dansk Fedmekirurgiregister". I den kliniske database registreres bestemte oplysninger år for år for alle fedmekirurgiske patienter, så det er muligt at monitorere kvaliteten af fedmekirurgiske indgreb i Danmark. Databasens første årsrapport er endnu ikke udkommet, men forventes at udkomme i 2011.

BOKS 2. KRITERIER FOR BEHANDLING AF FEDME FRA 2011

Der er pr. 1. januar 2011 indført nye visitationsregler for fedmekirurgisk behandling.

Reglerne hæver bl.a. den nedre aldersgrænse til 25 år for, hvornår patienten kan henvises til operation. Samtidig kræves enten et BMI på > 50 eller et BMI > 35 og forekomst af fedmerelaterede sygdomme, fx diabetes. Patienter, der opfylder de tidligere visitationsregler, kan fortsat opereres på private sygehuse for egen regning.

De nye visitationsregler har medvirket til, at færre patienter henvises til fedmeoperation.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Danske Regioners "Retningslinjer for visitation og henvisning på fedmeområdet", 17. december 2010.

Organiseringen af fedmekirurgi i Danmark

7. De retningslinjer, som sygehusene skal følge for at varetage fedmekirurgi, fremgår af Sundhedsstyrelsens "Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark" fra 2008 (som erstatter den daværende protokol fra 2006).

8. Regionerne kunne formelt set frem til 2011 selv vælge at udføre fedmekirurgi på egne sygehuse og indgå samarbejdsaftale herom med private sygehuse efter foregående udbud. Fedmekirurgi havde dog i perioden 2005-2010 status som en udviklingsfunktion, dvs. et behandlingsområde, hvor bl.a. de anvendte metoder endnu var uafklarede, hvorfor Sundhedsstyrelsen opstillede krav til de afdelinger, som varetog funktionen. Sundhedsstyrelsens krav, som alene var vejledende, omfattede bl.a. kvalitetsmonitorering, organisering, samarbejde med andre sygehuse og opfølgning. Selv om Sundhedsstyrelsens krav var vejledende, forudsatte en udviklingsfunktion i praksis anmeldelse til og vurdering fra Sundhedsstyrelsens side af, om de krav, styrelsen havde opstillet, blev overholdt. Hvis der – som med fedmekirurgi – var tale om en specialfunktion, forudsattes desuden en høring i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

De private sygehuse kunne i perioden varetage behandlinger, hvis Sundhedsstyrelsen i en udtalelse bekræftede, at styrelsen ikke havde grund til at antage, at behandlingerne på de private sygehuse ikke ville kunne foregå lægeligt forsvarligt. Det gjaldt også udviklingsfunktioner. Som følge af § 87, stk. 5, i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010) har Danske Regioner pligt til at indgå aftaler med de private sygehuse, klinikker mv., som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter.

9. Sundhedsstyrelsen har i perioden 2006-2010 anbefalet, at følgende 5 offentlige sygehuse kunne varetage fedmekirurgi, herunder udredning, behandling og eventuelt behandling for komplikationer:

- Hvidovre Hospital
- Glostrup Hospital
- Odense Universitetshospital
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (i dag Aarhus Universitetshospital)
- Aalborg Sygehus.

10. Amtsrådsforeningen/Danske Regioner indgik i november 2006 aftale med 2 private sygehuse om behandling af fedmekirurgiske patienter. De 2 private sygehuse lå henholdsvis i Jylland og på Sjælland. I januar 2008 blev der indgået aftale med yderligere ét privat sygehus i Jylland. De 3 private sygehuse har i perioden varetaget udredning og operation for fedme, men har ikke varetaget behandling af komplikationer, hvor patienten havde eller kunne få behov for akut og intensiv behandling. Den behandling blev foretaget på de offentlige sygehuse.

11. Sundhedsstyrelsen har i 2010 fastlagt en ny specialeplan, som er gældende fra den 1. januar 2011, jf. boks 3. Den nye specialeplan betyder, at offentlige og private sygehuse, der ønsker at varetage specialiseret behandling for det offentlige sygehusvæsen (herunder fedmekirurgi), fremover skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, jf. § 208 i sundhedsloven. I den nye specialeplan er 8 offentlige og 6 private sygehuse godkendt til at udføre fedmekirurgi som regionsfunktion (inkl. de akutte komplikationer dertil). Herudover er 3 offentlige og 2 private sygehuse godkendt til at udføre konverteringsoperationer i fedmekirurgi som højt specialiseret funktion.

Samtidig besluttede Sundhedsstyrelsen, at fedmekirurgi skulle afvikles som udviklingsfunktion og fremover være en regionsfunktion. Denne beslutning blev ifølge Sundhedsstyrelsen taget dels på baggrund af sygehusenes antal fedmeoperationer, dels tilkendegivelser og rådgivning på en række statusmøder, som Sundhedsstyrelsen holdt med involverede klinikere. Der var således ifølge styrelsen tale om en overordnet faglig vurdering af, at funktionen var blevet så godt implementeret på sygehusene, at der ikke længere var grundlag for at fastholde funktionen som en udviklingsfunktion.

En **fællesprotokol** udarbejdes af faglige eksperter og indeholder de nationale retningslinjer for al udredning, behandling og kontrol i forbindelse med en given behandling – i dette tilfælde kirurgisk behandling af fedme.

Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning har til opgave at drøfte det faglige grundlag for specialeplanlægning og komme med oplæg til Sundhedsstyrelsen om specialeplanlægning. Udvalget er rådgivende.

Ved **konverteringsoperationer** får patienter, der tidligere har fået udført en gastric banding, en gastric bypass med henblik på at opnå et større vægttab. Ved én operation fjernes det bånd, der er lagt om mavesækken, og i stedet deles mavesækken i 2.

Videre fremhæver Sundhedsstyrelsen, at styrelsen i dag fastsætter krav til regionsfunktioner, og at regioner og private sygehuse årligt skal afgive statusrapporter til Sundhedsstyrelsen over de fastsatte krav. Ifølge styrelsen vil fedmekirurgien således stadig blive fulgt, selv om det ikke længere er en udviklingsfunktion.

BOKS 3. SPECIALEPLANLÆGNING

Sundhedsstyrelsen har beføjelser til at styre specialeplanlægningen og fastlægge, hvor de specialiserede funktioner, dvs. regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, skal placeres. En regionsfunktion er som udgangspunkt kun placeret på ét sygehus i regionen. Den seneste specialeplan blev udmeldt i 2010 og trådte i kraft den 1. januar 2011. De regionale sygehusejere og private sygehuse søgte med frist den 1. juni 2009 Sundhedsstyrelsen om at få godkendt specialfunktioner. I alt er der på tværs af de 36 lægelige specialer ca. 1.100 specialfunktioner. Regionerne har søgt Sundhedsstyrelsen om placeringen af specialfunktionerne, og op mod 80 % af ansøgningerne har resulteret i en godkendelse.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

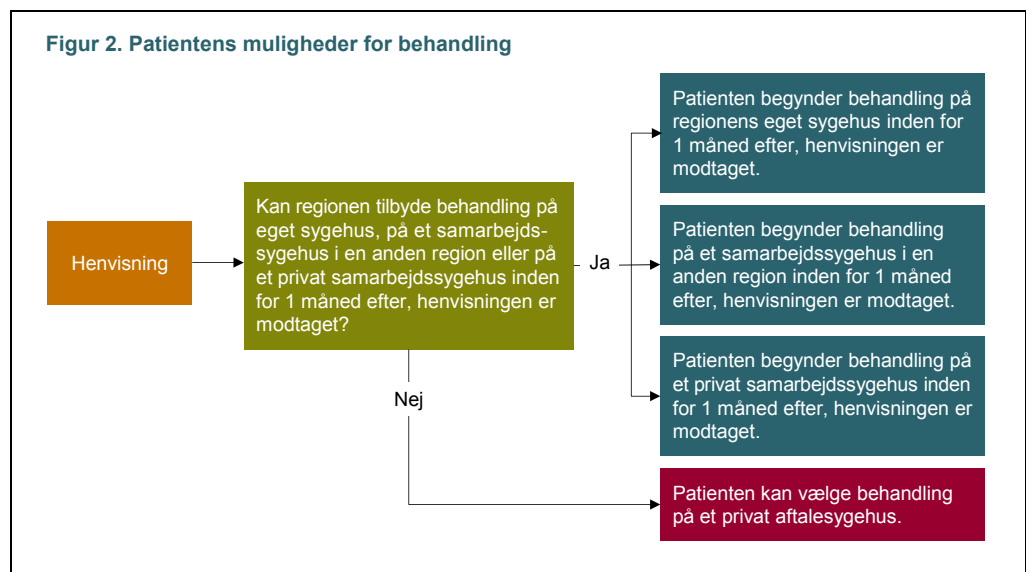
Patienternes rettigheder

12. Ifølge sundhedslovens § 87 kan en patient vælge at blive behandlet på et privat sygehus eller en privatklinik, hvis regionen ikke kan tilbyde patienten behandling inden for 1 måned efter, henvisningen er modtaget, og hvis der findes en aftale om behandlingen mellem Danske Regioner og et privat sygehus. Dette kaldes det udvidede frie sygehusvalg.

Private sygehuse, som har indgået aftale med Danske Regioner om at behandle patienter efter udvidet frit sygehusvalg, benævnes i dette notat private aftalesygehuse. Private sygehuse, som har indgået samarbejdsaftaler med de enkelte regioner om behandling af regionens patienter efter forudgående udbud, benævnes private samarbejdssygehuse.

Fedmekirurgi blev omfattet af det udvidede frie sygehusvalg fra 2006. Det skete, da private sygehuse ønskede at indgå aftale med regionerne om behandling af fedmekirurgiske patienter, jf. sundhedslovens § 87, stk. 5.

13. Figur 2 viser, hvilke muligheder fedmekirurgiske patienter har for at blive behandlet på regionens egne sygehuse, sygehuse i andre regioner eller private sygehuse.



Figur 2 viser patientens vej fra henvisning til behandling. Kan regionens sygehuse eller offentlige eller private sygehuse, som regionen har indgået samarbejdsaftale med, behandle patienten inden for 1 måned, får patienten tilbud om dette. Patienten kan således blive behandlet på regionens eget sygehus, et offentligt sygehus i en anden region eller et privat sygehus, som regionen har indgået samarbejdsaftale med.

Hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned – enten på regionens eget sygehus eller et sygehus, som regionen har indgået samarbejdsaftale med – kan patienten vælge at blive behandlet på et privat aftalesygehus som følge af ordningen om det udvidede frie sygehusvalg.

Patienten kan til enhver tid vælge at vente på behandling på regionens eget sygehus, et sygehus, regionen har samarbejdsaftale med, eller en anden regions sygehus som følge af sundhedslovens § 86 om frit sygehusvalg.

14. Det gælder særligt for det fedmekirurgiske behandlingsforløb, at hele forløbet ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet bør opfattes som 2 behandlingsdele med hver 1 måneds tidsfrist i forhold til det udvidede frie sygehusvalg.

I den første del af behandlingsforløbet udredes patienten og indstilles eventuelt til operation, mens patienten i den anden del af forløbet opereres. Hvis perioden, fra henvisningen er modtaget, til patienten kan påbegynde forbehandlingsforløb, jf. pkt. 5, overstiger 1 måned, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg til den første del af forløbet. Det samme gælder, hvis ventetiden fra det konstaterede vægttab – hvor patienten er klar til operation – til fedmeoperationen overstiger 1 måned. Da har patienten ret til behandling på et privat aftalesygehus efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg til den anden del af forløbet.

Patienten kan således efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg skifte mellem offentlige og private sygehuse undervejs i forløbet og fx starte forundersøgelse på et offentligt sygehus og efterfølgende modtage operation og opfølgning på et privat sygehus, eller omvendt. Det forudsætter dog, at der er mere end 1 måneds ventetid på regionens sygehus.

Det er alene patientens valg, om vedkommende ønsker at skifte mellem et offentligt og et privat sygehus. Regionerne derimod har ikke mulighed for kun at henvise en patient til udredningen og så selv stå for en eventuel operation og efterbehandling. Det betyder, at hvis patienten er henvist til et privat sygehus, så forestår det private sygehus hele behandlingen, hvis patienten ønsker det.

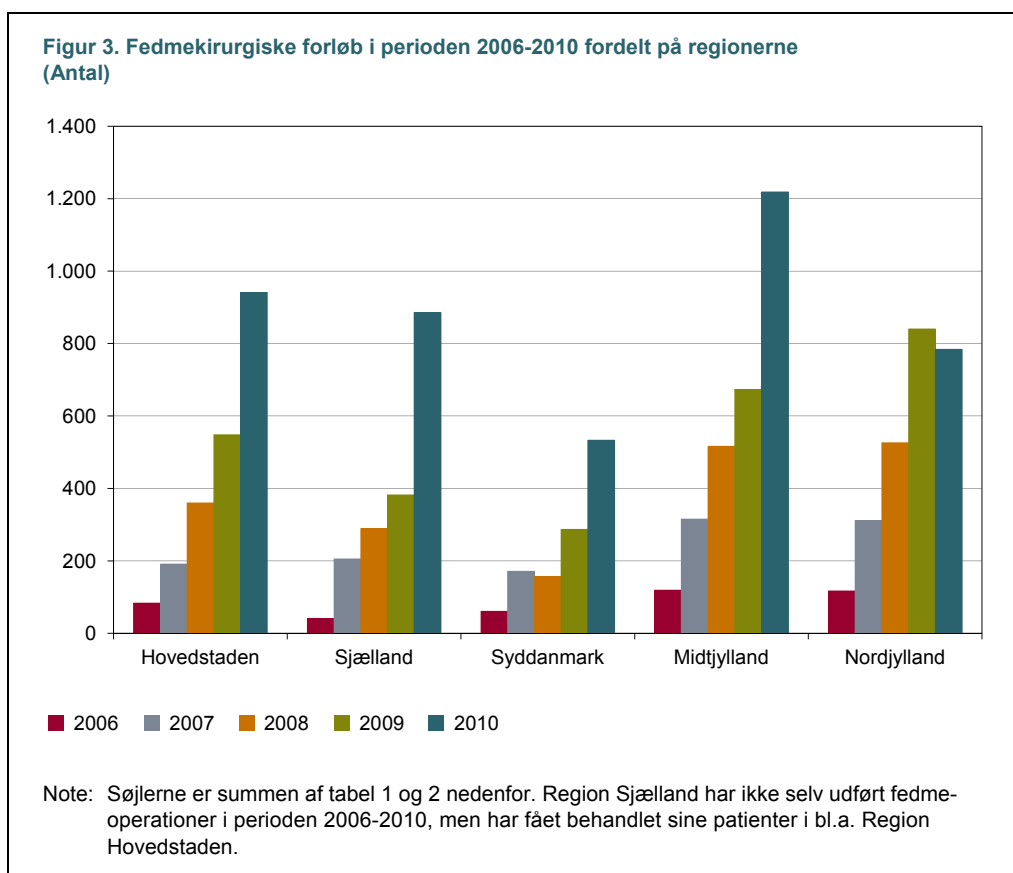
III. Besvarelse af Statsrevisorernes spørgsmål

A. Udviklingen i antallet af fedmeoperationer

15. Statsrevisorerne har spurgt til udviklingen i antallet af fedmeoperationer fordelt på regioner med en beskrivelse af årsagerne til udviklingen.

16. I figur 3 vises udviklingen i det samlede antal fedmekirurgiske forløb, dvs. offentligt finansierede forløb på både offentlige og private sygehuse.

Regionerne har optalt de forløb, hvor patienterne har gennemgået både forundersøgelse, forbehandling, operation og kontrolforløb, og der er således ikke medtaget de patienter, som fx kun har gennemgået forundersøgelse og forbehandling. Endvidere er antallet af fedmekirurgiske forløb lavere end antallet af fedmeoperationer, da nogle patienter har fået flere operationer.



Figur 3 viser, at der i perioden 2006-2010 har været en kraftig stigning i antallet af fedmekirurgiske forløb i alle 5 regioner. Dog er stigningen i Region Syddanmark mindre end i de 4 andre regioner.

Fra 2009 til 2010 er antallet af forløb især steget meget i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland. I Region Nordjylland var antallet af fedmekirurgiske forløb i 2009 højere end i de andre regioner, mens regionen som den eneste efterfølgende har oplevet et fald i antallet af fedmekirurgiske forløb.

Antallet af fedmekirurgiske forløb på offentlige sygehuse

17. Tabel 1 viser, hvordan antallet af fedmekirurgiske forløb på offentlige sygehuse fordeler sig på de 5 regioner i perioden 2006-2010.

Tabel 1. Fedmekirurgiske forløb på offentlige sygehuse i perioden 2006-2010 fordelt efter den region, hvor patienten bor (Antal)

Region	2006	2007	2008	2009	2010
Hovedstaden	81	129	115	129	167
Sjælland	39	75	62	86	104
Syddanmark	50	109	42	15	18
Midtjylland	97	97	15	61	107
Nordjylland	107	64	39	96	98
I alt	374	474	273	387	494

Kilde: Regionerne.

Tabel 1 viser, at der i perioden 2006-2010 for regionerne samlet er en stigning i antallet af fedmekirurgiske forløb på offentlige sygehuse fra 374 i 2006 til 494 i 2010. Denne stigning dækker over betydelige udsving mellem årene. Faldet i antallet af fedmekirurgiske forløb i 2008 kan hovedsageligt forklares med strejken på sygehusene i foråret 2008, jf. boks 4.

Stigningen i antallet af fedmekirurgiske forløb i perioden 2006-2010 var størst i Region Hovedstaden, mens der i Region Syddanmark var et fald fra 2007 til 2010. Region Syddanmark har i 2009 og 2010 et markant lavere antal fedmekirurgiske forløb på offentlige sygehuse end de andre 4 regioner.

Antallet af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse

18. Tabel 2 viser, hvordan antallet af offentligt finansierede fedmekirurgiske forløb på private sygehuse i perioden 2006-2010 fordeler sig. Der var i perioden 3 private sygehuse, som varetog fedmekirurgi. Opgørelsen omfatter både patienter, der er blevet behandlet på private aftalesygehuse, og patienter, der er blevet behandlet på private samarbejdsygehuse.

Tabel 2. Fedmekirurgiske forløb på private sygehuse i perioden 2006-2010 fordelt efter den region, hvor patienten bor (Antal)

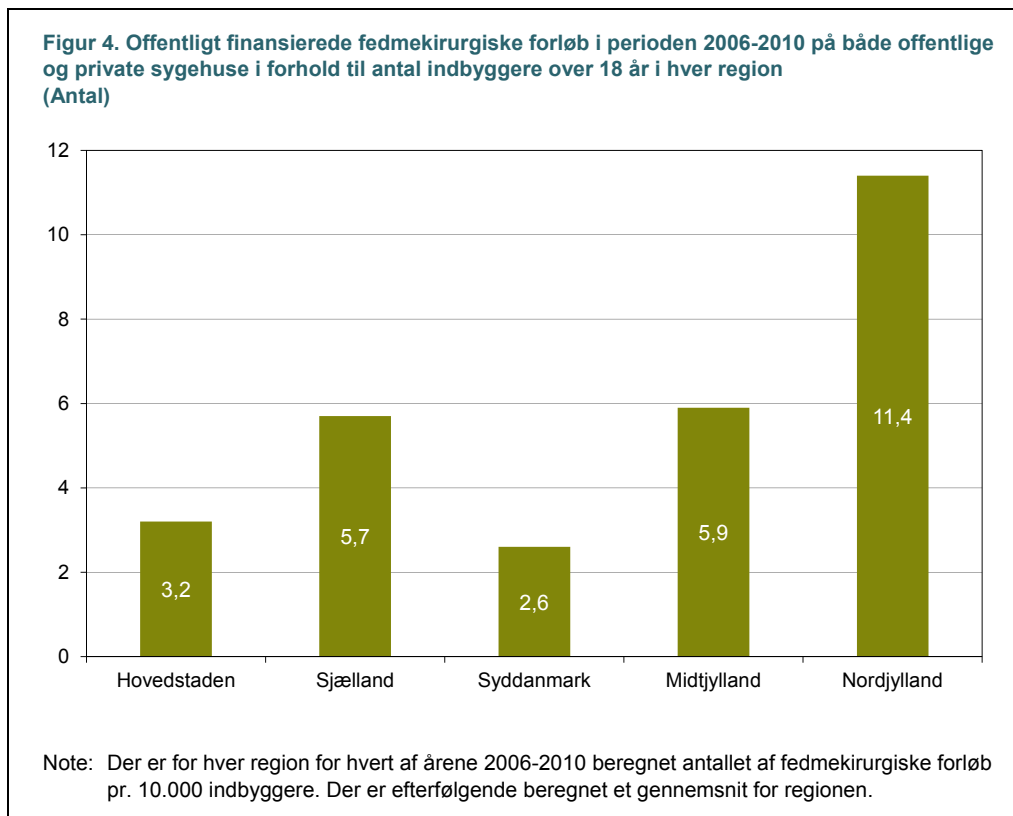
Region	2006	2007	2008	2009	2010
Hovedstaden	2	62	245	419	774
Sjælland	2	130	227	296	781
Syddanmark	11	62	115	272	515
Midtjylland	22	218	501	612	1.111
Nordjylland	10	247	487	744	686
I alt	47	719	1.575	2.343	3.867

Kilde: Regionerne.

Tabel 2 viser, at antallet af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse samlet set har været stærkt stigende i perioden fra 47 i 2006 til 3.867 i 2010.

19. Samlet set – på både offentlige og private sygehuse (summen af tabel 1 og 2) – er antallet af offentligt finansieret fedmekirurgiske forløb steget fra 421 i 2006 til 4.361 i 2010. I alt er der i perioden 2006-2010 udført 10.553 fedmekirurgiske forløb på offentlige og private sygehuse.

20. I figur 4 ses antallet af fedmekirurgiske forløb på både offentlige og private sygehuse i forhold til antal indbyggere over 18 år i hver region.



Forekomsten af svær overvægt varierer mellem regionerne. Følgende andele af befolkningen har et BMI > 35, jf. tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet målt i 2010:

Region	Andele af befolkningen
Hovedstaden	2,73 %
Sjælland	3,78 %
Syddanmark	3,79 %
Midtjylland	3,35 %
Nordjylland	4,03 %

Figur 4 viser, at der er store forskelle mellem regionerne med hensyn til antal fedmekirurgiske forløb pr. 10.000 indbyggere. Region Nordjylland har det højeste antal fedmekirurgiske forløb pr. 10.000 indbyggere over 18 år, efterfulgt af Region Midtjylland og Region Sjælland. En del af de regionale forskelle kan skyldes, at forekomsten af overvægt ikke fordeler sig jævnt i de 5 regioner. Region Syddanmark har det laveste antal fedmekirurgiske forløb pr. 10.000 indbyggere.

21. Alle regioner oplyser, at de har fulgt de gældende kriterier for henvisning til fedmekirurgi, jf. boks 1.

22. Region Syddanmark vurderer, at årsagen til regionens placering med færrest antal fedmekirurgiske forløb pr. 10.000 indbyggere overvejende skyldes regionens organisering af behandlingen af overvægt. Der er ifølge regionen satset meget på at udføre behandlingen på laveste omkostningsmæssige niveau, dvs. at fx forundersøgelserne varetages af lokale medicinske afdelinger. Erfaringsmæssigt falder ca. 30 % af patienterne fra, inden operationen foretages.

Region Nordjylland kan ikke give nogen entydig forklaring på det forholdsvist høje antal fedmekirurgiske forløb af nordjyske borgere. Det har dog været kendetegnende, at regionen som udgangspunkt har visiteret patienter til hele fedmekirurgiske forløb hos private sygehuse, forudsat at de har overholdt Sundhedsstyrelsens kriterier for henvisning. Dette indikerer ifølge regionen, at dialogen med praktiserende læger om at afprøve ikke-kirurgiske metoder til væggtab i almen praksis – før visitation til fedmeoperation – har haft et potentiale for forbedring.

Årsager til udviklingen i antallet af fedmekirurgiske forløb

23. Der er ifølge regionerne flere forskellige faktorer, som i kombination har medvirket til stigningen i antallet af fedmekirurgiske forløb i perioden 2006-2010.

Øget efterspørgsel efter operation fra patienterne

24. Region Midtjylland peger på, at kendskabet til fedmeoperationer i offentligheden gradvist er steget, og regionen vurderer, at det har været én af årsagerne til stigningen i antallet af fedmeoperationer.

Region Hovedstaden har tilsvarende bemærket, at det kun er antallet af patienter, der ønskede operationen, der reelt har været den begrænsende faktor i perioden. Når den offentlige og private kapacitet betragtes samlet gennem hele perioden, er den kontinuerligt udvidet.

Mangel på kapacitet på offentlige sygehuse

25. Alle regioner fremhæver, at de ikke har haft kapacitet på offentlige sygehuse til at varetage den øgede efterspørgsel og henvisning til fedmekirurgi. Manglen på kapacitet har ifølge regionerne primært knyttet sig til den kirurgiske del. Dog har ventetiden i Region Hovedstaden overvejende været knyttet til udredning og forundersøgelse.

Manglen på kapacitet skyldes ifølge regionerne, at de har prioriteret andre operationstyper, fx kræftkirurgi, frem for fedmekirurgi. Det kom særligt til udtryk under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg fra november 2008. I flere regioner opstod der under suspensionen, jf. boks 4, en ganske lang venteliste for patienter til fedmebehandling, da andre patientgrupper blev prioriteret.

BOKS 4. STREJKE OG SUSPENSION AF DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG

I perioden 16. april – 13. juni 2008 var der strejke blandt Sundhedskartellets medlemmer. I denne periode fungerede de offentlige sygehuse med nødberedskab, og der blev derfor kun udført akutte behandlinger. Fedmekirurgi er ikke en akut behandling.

Under strejken bevarede patienterne deres rettigheder til udvidet frit sygehusvalg. Patienterne kunne derfor vælge at blive behandlet på et privat aftalesygehus 1 måned efter, at det offentlige sygehus havde modtaget patientens henvisning.

Da strejken ophørte, aftalte regeringen og Danske Regioner at suspendere det udvidede frie sygehusvalg. Formålet var at give de offentlige sygehuse tid til at afvikle de lange ventelister på behandling, som fulgte af strejken. Suspensionen krævede dog en ændring af sundhedsloven og trådte først i kraft den 7. november 2008. Fra denne dato indtil den 30. juni 2009 kunne regionerne selv fastsætte kriterierne for henvisning til private sygehuse og klinikker.

I aftalen om regionernes økonomi for 2009 forpligtede regionerne sig til at anvende den private kapacitet, som blev frigivet som følge af suspensionen.

Kilde: "Aftale om regionernes økonomi 2009", Danske Regioner.

Udvidet frit sygehusvalg

26. Flere regioner peger på, at stigningen i fedmeoperationer på private sygehuse skyldes det udvidede frie sygehusvalg, hvor patientens mulighed for at vælge behandling på et privat aftalesygehus i 2007 blev ændret fra 2 måneder til 1 måned fra henvisningstidspunktet. Regionerne kunne på grund af manglende kapacitet ikke behandle patienterne inden for 1 måned, og derfor blev mange henvist til private aftalesygehuse.

Region Hovedstaden bemærker bl.a., at de gældende faglige visitationsregler for fedmekirurgi, jf. boks 1, sammen med det udvidede frie sygehusvalg gjorde det svært for regionerne at styre aktiviteten på området. Som følge af visitationsreglerne har relativt mange patienter opfyldt kriterierne for fedmekirurgisk behandling og samtidig været berettiget til at blive henvist til fedmekirurgi på private aftalesygehuse, da regionens sygehus ikke kunne nå at operere dem inden for 1 måned.

Region Midtjylland fremhæver også, at en væsentlig årsag til stigningen i antallet af fedmekirurgiske forløb er, at fedmekirurgi blev omfattet af det udvidede frie sygehusvalg allerede i 2006, selv om det havde status som en udviklingsfunktion.

Stigning i kapacitet på private sygehuse

27. Regionerne fremhæver videre, at der samtidig med den manglende kapacitet på de offentlige sygehuse blev udbygget en stor kapacitet på de private sygehuse. Region Syddanmark nævner endvidere, at fedmekirurger på de offentlige sygehuse begyndte at søge ansættelse på private sygehuse, da fedmekirurgi blev nedprioriteret til fordel for kræftkirurgi på de offentlige sygehuse. Det har ifølge regionerne formentlig været medvirkende til, at de private sygehuse har kunnet udbygge kapaciteten i takt med den stigende efterspørgsel.

Region Nordjylland vurderer, at den betragtelige stigning i antallet af fedmeoperationer i høj grad har været drevet af, at der på meget kort tid blev opbygget en stor kapacitet på det private marked, hvilket mangedoblede det samlede udbud i landet. De private tilbud, der blev opbygget, gav en stor gruppe patienter mulighed for at udnytte det udvidede frie sygehusvalg.

BOKS 5. STÆREKASSEEFFEKT

Udbudsskabt efterspørgsel – også kaldet stærekasseeffekten – er idéen om, at flere borgere vil ønske og modtage behandling, jo lettere adgang der er til behandling. Den lettere adgang opnås bl.a. ved en kortere ventetid til behandling, fx som følge af, at regionen har indgået en samarbejdsaftale med et privat sygehus efter forudgående udbud.

Fænomenet kaldes for stærekasseeffekten, fordi en stærekasse aldrig vil stå tom. Bygges en ny stærekasse, vil der altid flytte en stær ind.

Sammenfatning

28. Antallet af fedmekirurgiske forløb er steget kraftigt i perioden 2006-2010 i alle 5 regioner. Samlet set – på både offentlige og private sygehuse – er antallet af offentligt finansierede fedmekirurgiske forløb steget fra 421 i 2006 til 4.361 i 2010. Det er især antallet af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse, der er steget. I alt er der i perioden 2006-2010 udført 10.553 fedmekirurgiske forløb på offentlige og private sygehuse.

Flere faktorer har ifølge regionerne medvirket til denne udvikling, herunder større efterspørgsel fra patienterne, mangel på behandlingskapacitet på offentlige sygehuse, bl.a. som følge af prioritering af kræftområdet, ændring af udvidet frit sygehusvalg fra 2 måneder til 1 måned og øget behandlingskapacitet på private sygehuse.

B. Udviklingen i omkostninger pr. fedmeoperation

29. Statsrevisorerne har spurgt til udviklingen i omkostninger pr. fedmeoperation på de offentlige sygehuse.

30. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst de årlige gennemsnitlige omkostninger pr. fedmeoperation for de 5 offentlige sygehuse, som har udført fedmekirurgi i perioden 2006-2010. Der er tale om omkostninger til selve operationen og ikke det samlede fedmekirurgiske forløb, da disse ikke er opgjort i ministeriets omkostningsdatabase.

Omkostningerne ved de enkelte behandlinger findes i omkostningsdatabase. I denne database samler ministeriet hvert år sygehusernes registreringer af aktivitet (hvor mange behandlinger sygehuset har udført) og regnskabet fra fordelingsregnskaberne. Ud fra sygehusernes indberetninger til omkostningsdatabase beregner ministeriet gennemsnitsomkostningerne ved de forskellige behandlinger. Disse omkostninger indgår i beregningen af DRG-taksten for fedmeoperationer, jf. Statsrevisorerens spørgsmål C. Omkostninger skal her forstås som sygehusernes udgifter.

31. Fedmeoperationer udføres som nævnt enten som gastric bypass, gastric banding eller gastric sleeve, jf. pkt. 5. Tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at andelen af gastric bypass har været støt stigende i perioden 2006-2010. I 2006 blev der udført omtrent lige så mange gastric banding som gastric bypass, mens mere end 98 % af fedmeoperationerne i 2010 var gastric bypass. Gastric sleeve anvendes i mindre grad på sygehuserne og inddrages derfor ikke i det følgende.

32. Sygehusernes omkostninger ved henholdsvis gastric bypass og gastric banding ses i tabel 3 og 4. Omkostningerne vises under det år, hvor de indgår i beregningen af DRG-taksten for at vise sammenhængen mellem omkostninger og DRG-taksten. Fx indgår omkostningerne for Aalborg Sygehus (58.323 kr. i 2008) i beregningen af taksten for 2008, men reelt er de 58.323 kr. baseret på regnskabs- og aktivitetsdata for 2005 og 2006.

Tabel 3. Gennemsnitlige omkostninger ved gastric bypass i perioden 2005-2010 (løbende priser) (Kr.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hvidovre Hospital ¹⁾	-	-	-	-	54.312	52.055
Odense Universitetshospital	-	-	-	-	47.833	52.555
Aarhus Universitetshospital	-	24.527	-	25.689	35.320	43.474
Aalborg Sygehus	-	-	-	58.323	-	44.689

¹⁾ Glostrup Hospital udførte gastric bypass indtil den 1. juli 2010, men som en udefunktion fra Hvidovre Hospital. Derfor indgår omkostningerne for de operationer, der er udført på Glostrup Hospital, i Hvidovre Hospitals omkostningsdata. Efter den 1. juli 2010 udføres alle fedmeoperationer i Region Hovedstaden på Hvidovre Hospital.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, omkostningsdatabaserne for 2005-2010 for laparoskopisk gastric bypass, KJDF11 afgrænset på DRG 1004. Tallene angiver de gennemsnitlige omkostninger pr. afdelingsudskrivning.

Tabel 3 viser, at der kun i 2010 er gennemsnitsomkostninger for fedmeoperationer fra alle de 4 offentlige sygehuse, der foretager gastric bypass. Gennemsnitsomkostningerne varierer en del mellem sygehuserne og årene. I 2006 havde Aarhus Universitetshospital gennemsnitsomkostninger på 24.527 kr., der steg til 43.474 kr. i 2010. I 2008 havde Aalborg Sygehus gennemsnitsomkostninger på 58.323 kr. mod 25.689 kr. på Aarhus Universitetshospital. I 2010 nærmer de gennemsnitlige omkostninger på de 4 sygehuse sig hinanden.

33. I tabel 4 er de gennemsnitlige omkostninger ved gastric banding opgjort.

Tabel 4. Gennemsnitlige omkostninger ved gastric banding i perioden 2005-2010 (løbende priser) (Kr.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hvidovre Hospital	-	-	-	62.088	30.106	-
Glostrup Hospital	-	-	-	58.902	82.630	49.788
Odense Universitetshospital	-	-	-	66.801	52.738	28.670
Aarhus Universitetshospital	-	36.925	-	36.924	45.612	59.534
Aalborg Sygehus	-	8.261	-	49.987	-	-

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, omkostningsdatabaserne for 2005-2010 for laparoskopisk gastric banding, KJDF21 afgrænset på DRG 1004. Tallene angiver de gennemsnitlige omkostninger pr. afdelingsudskrivning.

Tabel 4 viser, at gennemsnitsomkostningerne for fedmeoperationer af typen gastric banding ligeledes er meget varierende. På Aarhus Universitetshospital er gennemsnitsomkostningerne steget fra 36.925 kr. i 2006 til 59.534 kr. i 2010. Glostrup Hospital havde meget høje gennemsnitsomkostninger i 2009. På Odense Universitetshospital er gennemsnitsomkostningerne faldende fra 2008 til 2010.

34. Der er i tabel 3 og 4 kun medtaget de omkostninger for gastric bypass og gastric banding, som indgår i det grundlag, DRG-taksten for fedmeoperationer (DRG 1004) udregnes ud fra. I 2005 var der ingen indberetninger af omkostninger fra sygehusene, der samtidig indgik i beregningen af DRG-taksten for fedmeoperationer. Derfor er der ingen oplysninger under 2005 i tabel 3 og 4. Tilsvarende var der meget få indberetninger til omkostningsdatabasen i 2006 og ingen i 2007, der kunne indgå i beregningen af DRG-taksten for fedmeoperationer. Dette vil blive behandlet nærmere i pkt. 43, hvor grundlaget for beregning af DRG-taksten behandles.

Endvidere mangler der tal i tabel 3 og 4 for flere af de sygehuse, der har haft mulighed for at udføre fedmekirurgi i perioden. Det kan skyldes, at sygehusene ikke har udført gastric bypass og gastric banding i hele perioden, hvorfor de ikke har indberettet omkostninger for begge typer operationer i alle årene. Derudover kan der mangle tal i omkostningsdatabasen, selv om de pågældende sygehuse har udført operationerne. Det kan skyldes problemer med indberetningen, forskellige indberetningsmetoder eller manglende indberetninger til omkostningsdatabasen.

Ovenstående betyder, at oplysningerne fra omkostningsdatabasen kan være vanskelige at anvende til beregning af DRG-taksten for fedmeoperationer – særligt for 2005, 2006 og 2007, fordi der i disse år ikke indgår nogen eller kun få sygehuse i opgørelsen.

35. Samlet viser tabel 3 og 4, at omkostningerne for fedmeoperationer i perioden 2005-2010 varierer meget. Der kan ikke på baggrund af tallene fra omkostningsdatabasen konstateres en entydig tendens til faldende eller stigende omkostninger for fedmeoperationer.

36. Indenrigs- og Sundhedsministeriet bekræfter, at omkostningerne for gastric bypass og gastric banding varierer over tid og mellem sygehusene. Ifølge ministeriet kan forklaringen være, at tallene i omkostningsdatabasen ikke er valide på grund af kvaliteten af de data, der indberettes til omkostningsdatabasen. Ministeriet oplyser dog, at kvaliteten og validiteten af omkostningsdatabaserne er stigende i perioden. Ministeriet vurderer derfor, at omkostningsdatabasen for 2010 er mere valid end omkostningsdatabasen for 2006.

Tallene i omkostningsdatabasen kan ifølge ministeriet variere mellem sygehusene på baggrund af forskellige opgørelsesmetoder. Derudover kan der være tale om reelle forskelle i gennemsnitsomkostningerne på baggrund af variationer i udgifter til udstyr og personale, effektiviseringsgevinster osv.

De generelle problemer ved at fordele omkostningerne til de enkelte behandlinger fremgår af Statsrevisorernes beretning nr. 11/2010 om DRG-systemet fra august 2011.

37. Region Hovedstaden oplyser, at omkostningsdatabasens oplysninger for Hvidovre Hospital for 2009 og 2010, jf. tabel 3, er behæftet med en betydelig usikkerhed som følge af den måde, omkostningerne er indberettet til omkostningsdatabasen på. Der er ifølge regionen stor usikkerhed ved at fastsætte omkostningerne for konkrete operationer. Regionen vurderer videre, at en beregning af de faktiske omkostninger til fedmeoperationer kræver et udvidet omkostningsstudie.

Region Midtjylland har tilsvarende oplyst, at de har svært ved at genkende de beregnede omkostninger for gastric bypass og gastric banding.

Endelig oplyser regionerne, at komplikationsgraden af de operationer, der udføres, kan have betydning for gennemsnitsomkostningerne. Jo højere komplikationsgrad, dvs. jo mere kompliceret patientens sygdomsbillede er, des større omkostninger er der forbundet med den enkelte operation. Flere regioner oplyser, at de på grund af manglende kapacitet på regionernes sygehuse kun har opereret de mest komplicerede patienter selv, mens de relativt ukomplicerede patienter er blevet behandlet på private sygehuse. De stigende gennemsnitsomkostninger på nogle af sygehusene kan således skyldes, at regionerne behandler de mest komplicerede patienter selv.

Sammenfatning

38. De offentlige sygehuses omkostninger til fedmeoperationer varierer meget i undersøgelsesperioden – både mellem sygehusene og mellem årene. Rigsrevisionen kan ikke ud fra omkostningsdatabasen konstatere en entydig tendens til faldende eller stigende omkostninger ved fedmeoperationer på offentlige sygehuse. Det betyder, at oplysningerne fra omkostningsdatabasen kan være vanskelige at anvende til beregning af DRG-takster – særligt for 2005, 2006 og 2007, fordi der i disse år ikke indgår nogen eller kun få sygehuse i beregningen.

Omkostningerne til fedmeoperationer kan variere på grund af forskelle i udgifter til fx operationsudstyr og personale, ligesom komplikationsgraden af de udførte operationer har betydning. En del af variationen i omkostningerne kan endvidere skyldes forskelle i opgørelsesmetoder. 2 regioner har peget på, at data kan være behæftet med usikkerhed.

C. Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer

39. Statsrevisorerne har spurgt til udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer.

40. En DRG-takst er en gennemsnitspris på sygehusenes udgifter til pleje og behandling af en gruppe af patienter.

En DRG-takst bliver som udgangspunkt beregnet på baggrund af tal fra omkostningsdatabasen, jf. pkt. 30. Men inden taksten beregnes, vurderes tallene fra databasen, og data, som afviger markant fra andre data, fjernes. Det grundlag, som bruges til at beregne taksten, er således ikke helt identisk med oplysningerne i omkostningsdatabasen. DRG-taksten for fedmeoperationer udregnes – ligesom øvrige DRG-takster – én gang årligt af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

DRG-takster beregnes årligt ud fra oplysninger i omkostningsdatabasen. Hvis data i omkostningsdatabasen et år anses for ukorrekte, fastsættes taksten af Indenrigs- og Sundhedsministeriet ud fra tidligere års takster.

41. DRG-taksten for fedmeoperationer dækker alene operationen og ikke hele behandlingsforløbet, da de eksisterende registreringer ikke gør det muligt at udregne en takst for det samlede fedmekirurgiske forløb. Der findes kun én takst for fedmeoperationer, uanset om det er en gastric bypass eller en gastric banding, som sygehuset udfører. Sygehusene bliver i stedet afregnet med en ambulante takst for de besøg, den enkelte patient har i forundersøgelsesforløbet, forbehandlingsforløbet og som led i efterkontrollen, jf. boks 6.

BOKS 6. AMBULANTE BESØG I ET FORBEHANDLINGSFORLØB

Det er forskelligt fra region til region, hvor mange ambulante besøg der indgår i et fedmekirurgisk forløb. Et forbehandlingsforløb kan fx bestå af følgende ambulante besøg:

- 1-2 besøg hos mediciner
- 1-2 besøg hos kirurg
- 2 besøg hos koordinerende sygeplejerske
- 4 telefonsamtaler med koordinerende sygeplejerske
- 2 besøg hos diætist
- 6 telefonsamtaler med diætist
- 4 telefonsamtaler med fysioterapeut.

42. Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer er vist i tabel 5.

Tabel 5. Udviklingen i DRG-taksten for fedmeoperationer i perioden 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
DRG-takst for fedmeoperationer	87.538 kr.	81.967 kr.	79.971 kr.	49.520 kr.	49.030 kr.	47.174 kr.
Baggrund for takstberegning	Omkostningsdatabasen	Baseret på taksten for 2005	Baseret på taksten for 2005	Regnskabstal fra 2005 og 2006 i omkostningsdatabasen	Regnskabstal fra 2006 og 2007 i omkostningsdatabasen	Regnskabstal fra 2007 og 2008 i omkostningsdatabasen

Tabel 5 viser, at DRG-taksten for fedmeoperationer har været faldende fra 87.538 kr. i 2005 til 47.174 kr. i 2010. Tabellen viser endvidere, at der særligt fra 2007 til 2008 var et markant fald i taksten fra 79.971 kr. til 49.520 kr.

43. I 2005 var der, jf. pkt. 34, ingen indberetninger af omkostninger fra sygehusene, som kunne indgå i beregningen af DRG-taksten for fedmeoperationer. DRG-taksten i 2005 blev i stedet udregnet ud fra omkostningsdata for mave-/tarmkirurgiske operationer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at der indgik 3 patienter i beregningen af DRG-taksten for 2005, og ingen af de 3 patienter havde fået en fedmeoperation.

Ministeriet videreførte taksten fra 2005 i 2006 og 2007, da der var meget få indberetninger i omkostningsdatabasen for 2006 og ingen for 2007. Omkostningsdatabasen viste også væsentligt lavere omkostninger i 2006 end i 2005. Da ministeriet både i 2006 og 2007 var usikker på, om de lavere omkostninger var korrekte, valgte ministeriet at videreføre taksten fra 2005. Ministeriet har oplyst, at taksten i 2006 og 2007 ikke er helt identisk med taksten i 2005 – selv om denne blot blev videreført – idet alle DRG-takster justeres årligt.

Ministeriet oplyser videre, at de vurderede omkostningsdatabasen for 2008 som et tilstrækkeligt grundlag for at udregne DRG-taksten for 2008. Der var relativt mange patienter, der havde fået en fedmeoperation, flere sygehuse, der indgik i beregningen, og der var et rimeligt ens niveau i sygehusenes omkostninger. Samtidig havde Hvidovre Hospital udarbejdet en analyse af omkostningerne ved fedmeoperationer på hospitalet, der underbyggede omkostningerne i ministeriets omkostningsdatabase. Ministeriet betragtede derfor de lave omkostninger i omkostningsdatabasen som bekræftet, og derfor blev taksten sat ned i 2008.

44. Endelig oplyser Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det er relativt kompliceret at få fordelt omkostningerne korrekt på de enkelte behandlinger. Derfor bliver resultaterne fra omkostningsdatabasen altid vurderet først af ministeriet og dernæst af sygehusene og regionerne. Hvis omkostningsdatabasens resultater vurderes at være ukorrekte, fastsætter ministeriet taksten, fx ud fra tidligere takster, jf. pkt. 40.

Sammenfatning

45. DRG-taksten er en gennemsnitspris for sygehusenes udgifter til pleje og behandling af en gruppe af patienter. DRG-takster beregnes årligt ud fra oplysninger i omkostningsdatabasen. Hvis data i omkostningsdatabasen et år anses for ukorrekte, fastsættes taksten af Indenrigs- og Sundhedsministeriet ud fra tidligere års takster.

DRG-taksten for fedmeoperationer var samlet set faldende i perioden 2006-2010. I 2005 fastsatte Sundhedsstyrelsen DRG-taksten for fedmeoperationer til 87.538 kr. ud fra omkostningsdatabasen. Denne takst, som efter Rigsrevisionens vurdering er fastsat på et svagt datagrundlag, blev videreført stort set uændret i 2006 og 2007. Ministeriet har oplyst, at der indgik 3 patienter i beregningen af taksten for 2005, og ingen af de 3 patienter havde fået en fedmeoperation. Taksten for 2005 var sammenlignet med taksten for 2008 høj. Taksten for 2005 havde indvirkning på både afregningen med de offentlige sygehuse og på betalingen for fedmeoperationer på private sygehuse, idet aftaletakster og udbudspriser tog udgangspunkt i denne takst.

Taksten for fedmeoperationer blev sat markant ned i 2008 til 49.520 kr., hvor Sundhedsstyrelsen fastsatte taksten ud fra data i omkostningsdatabasen og ud fra en analyse af omkostningerne på Hvidovre Hospital.

Taksten i 2009 lå på samme niveau som i 2008, mens taksten i 2010 var en smule lavere (47.174 kr.).

D. Udviklingen i regionernes betaling for fedmeoperationer på private sygehuse

46. Statsrevisorerne har spurgt til udviklingen i regionernes betaling for fedmeoperationer på private sygehuse.

47. Patienten kan ifølge sundhedsloven, jf. tabel 6, blive behandlet på et privat sygehus:

- hvis regionen har indgået samarbejde med private sygehuse (§ 75, stk. 2)
- gennem det udvidede frie sygehusvalg, når regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned (§ 87, stk. 5).

Tabel 6. Udvalgte bestemmelser fra sundhedsloven om aftaler mellem regioner, private sygehuse mv.

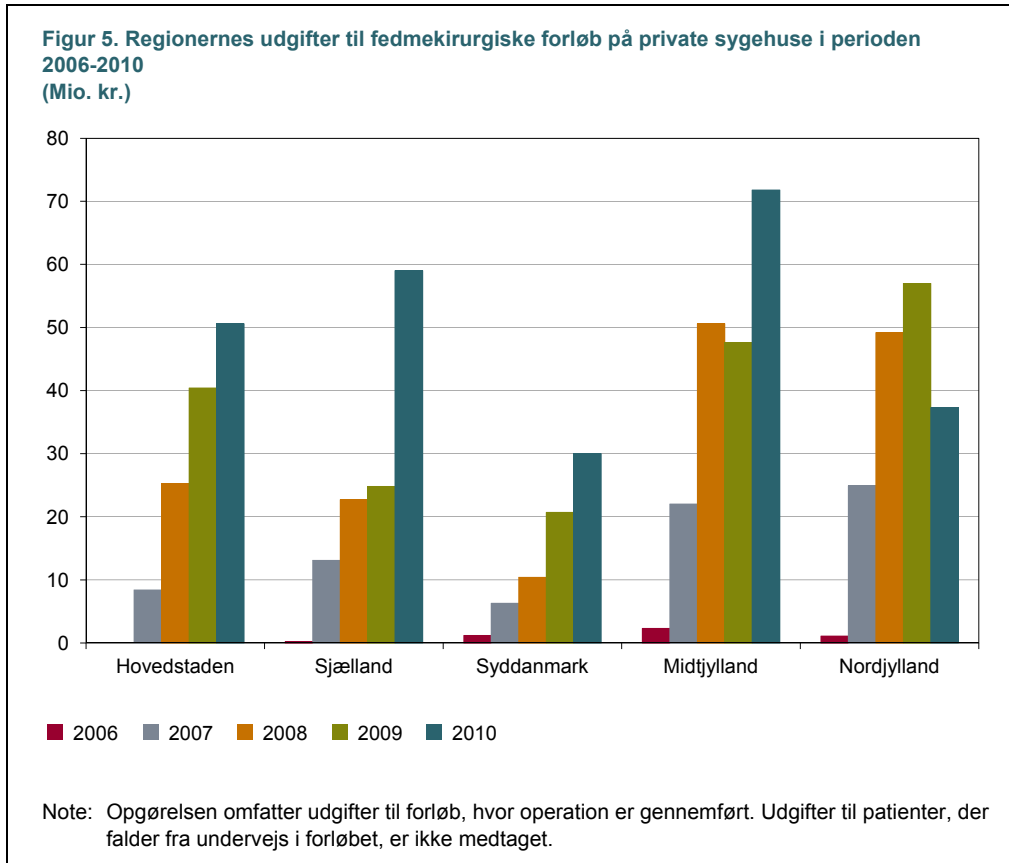
§ 75, stk. 2	Regionsrådet kan indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sygehusvæsenets opgaver.
§ 87, stk. 5	Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker mv. i Danmark og sygehuse mv. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter, som regionen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned.

Kilde: Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juni 2010.

Regionerne har – som det fremgår af § 87, stk. 5, i sundhedsloven – pligt til at indgå aftaler med private sygehuse og klinikker om behandling af patienter, der ikke kan tilbydes behandling inden for 1 måned og således kan benytte det udvidede frie sygehusvalg. Aftalerne indgås af Danske Regioner på vegne af de 5 regioner. Derudover kan den enkelte region indgå samarbejdsaftaler med de private sygehuse, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2.

48. I perioden 2006-2010 har 6.572 patienter gennemført et fedmekirurgisk forløb på de private sygehuse som følge af det udvidede frie sygehusvalg. I samme periode har de enkelte regioner indgået samarbejdsaftaler efter udbud med de private sygehuse om fedmekirurgi, og 1.979 patienter er blevet behandlet under disse aftaler.

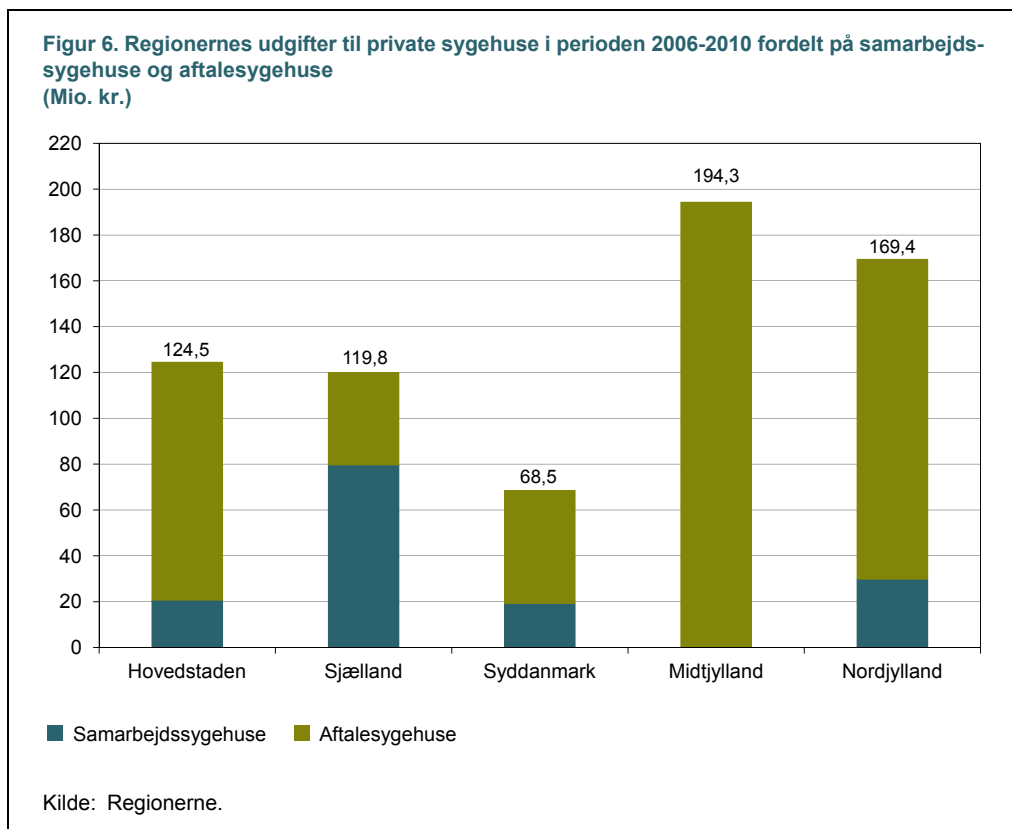
49. I figur 5 vises regionernes udgifter til fedmekirurgiske forløb (forundersøgelse, forbehandling, operation og kontrolforløb) på private sygehuse. Opgørelsen omfatter regionernes udgifter til både patienter, der er blevet behandlet på private aftalesygehuse, og patienter, der er blevet behandlet på private samarbejdssygehuse.



Figur 5 viser, at regionernes udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse er steget markant i perioden i alle regioner, dog mindre i Region Syddanmark end i de andre regioner. Regionernes udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse varierer en del mellem regionerne.

50. I 2006 udgjorde regionernes samlede udgifter til de private sygehuse 4,8 mio. kr., mens disse udgifter i 2010 var steget til 249 mio. kr. I perioden 2006-2010 udgjorde regionernes samlede udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse 677 mio. kr.

51. Figur 6 viser, hvordan regionernes samlede udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse fordeler sig på udgifter til samarbejdssygehuse og aftalesygehuse.



Figur 6 viser, at Region Midtjylland i perioden 2006-2010 har haft de højeste udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse, mens Region Syddanmark har haft de laveste udgifter. Region Midtjyllands udgifter på ca. 194 mio. kr. er udelukkende udgifter til private aftalesygehuse. Yderligere 3 af regionerne har primært haft udgifter til private aftalesygehuse. Region Sjælland har som den eneste region haft større udgifter til private samarbejdssygehuse end til private aftalesygehuse.

Udviklingen i aftaletaksterne

52. Udviklingen i regionernes udgifter til fedmekirurgiske forløb afhænger af antallet af patienter, der henvises, og prisen på det enkelte forløb. Prisen for behandling på aftalesygehuse kaldes aftaletakster. Da mange patienter i perioden 2006-2010 behandles på aftalesygehuse, er udviklingen i aftaletaksterne væsentlig for de udgifter, regionerne har haft til fedmekirurgiske forløb.

53. Aftaletaksterne fastsættes efter forhandling mellem de private sygehuse og Danske Regioner. I praksis er det oftest Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, som forhandler på vegne af de private sygehuse. Andre private sygehuse – enkeltvis eller i forening – kan dog også indgå aftale med Danske Regioner. Det fremgår af sundhedslovens § 87, stk. 5, at regionerne i forening (i praksis Danske Regioner) har pligt til at indgå aftale med private sygehuse og klinikker mv. Alle private sygehuse og klinikker kan derfor indgå en aftale.

Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker har inden for fedmekirurgi aftalt 6 forskellige takster – afhængigt af hvilke dele af forløbet patienten gennemfører på det private aftalesygehus. Der er således både takster for dele af forløbet, fx kun operationen, og takster for hele det fedmekirurgiske forløb.

54. Frem til medio 2009 tog forhandlingerne om aftaletaksten for en pågældende behandling udgangspunkt i de DRG-takster, som benyttes på de offentlige sygehuse.

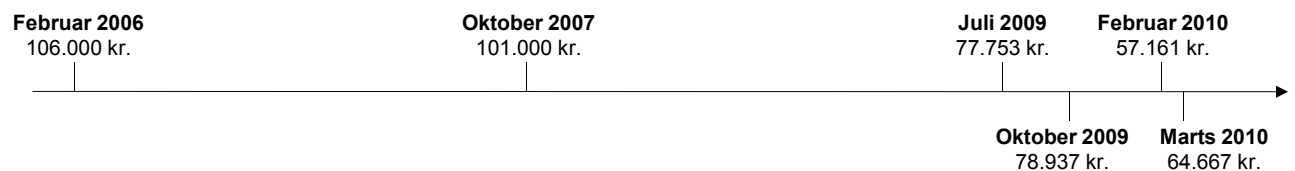
Efter suspensionsperiodens ophør i 2009 skulle forhandlingerne om aftaletaksterne tage udgangspunkt i de erfaringer med udbud af sygehusbehandlinger, som regionerne havde draget under suspensionen. Fra den 1. januar 2010 og frem er udgangspunktet ved forhandlingerne referencetakster, som er omkostningerne hos de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse.

55. I perioden 2006-2010 har 3 private sygehuse haft en aftale med Danske Regioner om udvidet frit sygehusvalg for fedmekirurgiske patienter – samme 3 private sygehuse har i perioden også haft kontrakter med de enkelte regioner om behandling af fedmekirurgiske patienter.

56. I figur 7 er aftaletaksten for et helt fedmekirurgisk forløb vist i perioden 2006-2010. Aftaletaksten indeholder betaling for forundersøgelse, forbehandling, operation (gastric bypass), efterbehandling og kontroller.

Referencetakster bliver beregnet i Indenrigs- og Sundhedsministeriet på baggrund af data fra omkostningsdatabasen. Referencetakster tager udgangspunkt i udgifterne til en behandling, fx fedmekirurgi, på de 33 % mest omkostningseffektive sygehuse. Inden for fedmekirurgi er det dog få sygehuse, der indgår i beregningen.

Figur 7. Udviklingen i aftaletaksten for et fedmekirurgisk forløb i perioden 2006-2010



Note: Den viste takst er "forløbstakst 3", der dækker hele det fedmekirurgiske forløb.

Figur 7 viser, at aftaletaksten for et fedmekirurgisk forløb har ligget på nogenlunde samme niveau fra starten af 2006 til juli 2009 på lidt over 100.000 kr., hvorefter taksten falder til 77.753 kr. Aftaletaksten skulle have været genforhandlet mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker i efteråret 2008, men på grund af strejken på sygehusene og den efterfølgende suspension af det udvidede frie sygehusvalg blev aftaletaksten først genforhandlet ved ophør af suspensionen den 1. juli 2009. I oktober 2009 bliver taksten reguleret med 1,5 %.

I december 2009 blev der igen forhandlet mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, men det lykkedes ikke parterne at nå til enighed om taksten. Danske Regioner ønskede at lægge aftaletaksten under den gældende DRG-takst, mens Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker ønskede en stigning i aftaletaksten. Uenigheden betød, at afgørelsen blev sendt i Voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger, jf. boks 7. Indtil afgørelsen satte Danske Regioner midlertidigt taksten til 57.161 kr.

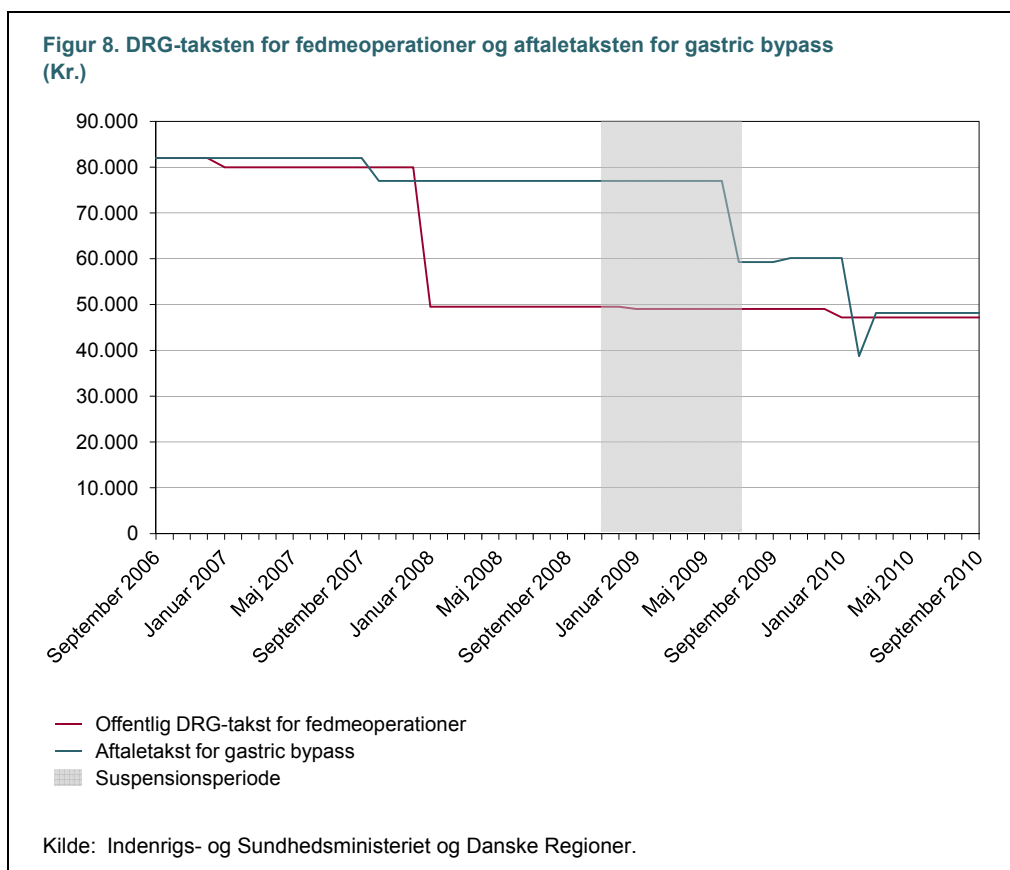
I marts 2010 afgjorde Voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger, at aftaletaksten for fedmekirurgi skulle lægges op ad den offentlige DRG-takst. Dette betød et fald i den gældende aftaletakst fra oktober 2009 til 64.667 kr.

BOKS 7. VOLDGIFTSNÆVNET FOR DE UDVIDEDE FRITVALGSORDNINGER

Kan Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker ikke nå til enighed om en given takst, kan den ene af parterne bringe sagen til Voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger. I dette nævn sidder én repræsentant fra både Danske Regioner og de private sygehuse samt en uvildig opmand udpeget af indenrigs- og sundhedsministeren. Voldgiftsnævnet tager stilling til takstens niveau. Ordningen om voldgiftsavgørelser har eksisteret siden 2010. Før den 1. januar 2010 fastsatte indenrigs- og sundhedsministeren taksten ved uenighed mellem parterne.

Kilde: Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, § 87i.

57. I figur 8 er DRG-taksten for fedmeoperationer vist over for den aftaletakst for gastric bypass, som Danske Regioner har forhandlet sig frem til sammen med Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. Den viste aftaletakst er alene taksten for operation og omfatter ikke forundersøgelse, efterkontrol osv.



Figur 8 viser, at der sker et markant fald i DRG-taksten for fedmeoperationer den 1. januar 2008, mens aftaletaksten for gastric bypass først falder i juli 2009 og igen i marts 2010.

Danske Regioner har oplyst, at de i efteråret 2007 genforhandlede aftaletaksten med Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker og her aftalte en takst på 76.967 kr. for gastric bypass, som var umiddelbart under den gældende DRG-takst. Kort herefter udmeldte Sundhedsstyrelsen nye DRG-takster for 2008, hvor taksten for fedmeoperationer faldt fra 79.971 kr. til 49.520 kr. Aftaletaksten blev genforhandlet mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker i foråret 2009. Her blev taksten sænket væsentligt, og efter Voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordningers afgørelse i marts 2010 kom taksten på niveau med den offentlige DRG-takst.

Som konsekvens heraf betalte regionerne fra starten af 2008 og frem til suspensionen i november 2008 en aftaletakst, som var væsentligt højere end DRG-taksten. Efter suspensionens ophør og frem til marts 2010 betalte regionerne igen en aftaletakst, som var højere end DRG-taksten.

58. Under suspensionen var regionerne forpligtet til at benytte de private sygehuse i et omfang, der svarede til regionernes udgifter til de private sygehuse i perioden 1. oktober 2007 – 31. marts 2008. Hvordan dette imidlertid skulle forvaltes, var op til den enkelte region.

4 regioner indførte differentierede ventetidsfrister, hvor henvisning til private sygehuse var afhængig af sygdommens art. I praksis betød dette, at patienter, der ventede på en fedmeoperation, kom til at vente længere. I Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland blev patienter henvist til fedmekirurgi på private samarbejdssygehuse efter 3 måneders ventetid. I Region Midtjylland betød den differentierede ventetid, at fedmekirurgiske patienter slet ikke blev henvist til private sygehuse i suspensionsperioden, da regionen vurderede, at patienternes tilstand ikke ville forværres af at vente. Region Sjælland havde som den eneste region ingen formelle ventetidsfrister i suspensionsperioden.

Sammenfatning

59. Regionernes samlede udgifter til fedmekirurgiske forløb på private sygehuse steg fra 4,8 mio. kr. i 2006 til 249 mio. kr. i 2010. Samlet set havde regionerne i undersøgelsesperioden udgifter til fedmekirurgi på private sygehuse på 677 mio. kr. I undersøgelsesperioden udførte 3 private sygehuse fedmekirurgisk behandling.

Regionerne har primært haft udgifter til fedmekirurgi på de private aftalesygehuse som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Regionernes udgifter til fedmekirurgi på private aftalesygehuse som følge af udvidet frit sygehusudvalg afhænger af den takst, som aftales med de private sygehuse. Frem til medio 2009 tog forhandlingerne om aftaletaksten udgangspunkt i DRG-taksterne.

Aftaletaksten for operationer på private sygehuse lå i 2008 frem til suspensionen i november 2008 og igen fra suspensionens ophør og frem til marts 2010 væsentligt over DRG-taksten for fedmeoperationer.

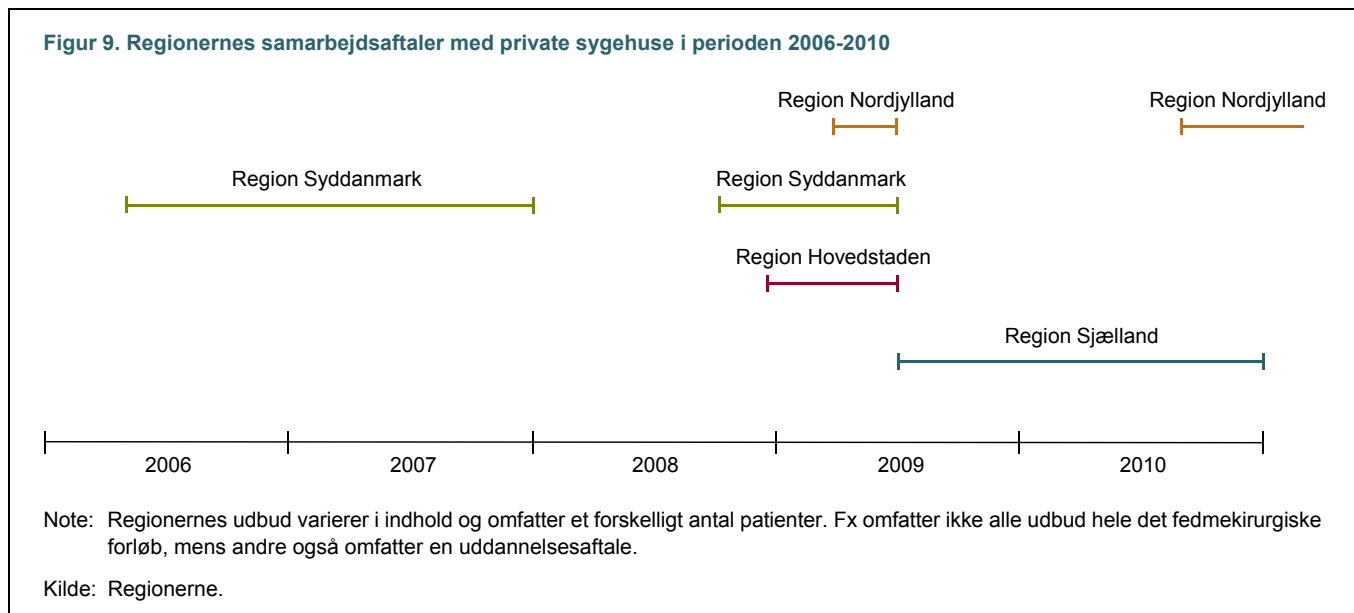
E. Regionernes køb af fedmeoperationer gennem udbud

60. Statsrevisorerne har spurgt til, hvilke muligheder regionerne har haft for at udbyde fedmeoperationer, og om regionerne har anvendt disse muligheder.

61. Regionerne har mulighed for at indgå samarbejdsaftaler med private sygehuse, herunder om hele eller dele af fedmekirurgiske forløb, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2.

Ved indgåelse af en samarbejdsaftale efter forudgående udbud køber regionen kapacitet på et privat sygehus, og de fedmekirurgiske patienter henvises herefter direkte til behandling på det private samarbejdssygehus. Hvis et privat samarbejdssygehus ikke kan behandle en henvist patient inden for 1 måned, gælder reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og patienten kan vælge at blive henvist til et privat aftalesygehus, jf. pkt. 12.

62. Flere regioner har i perioden 2006-2010 indgået samarbejdsaftaler med private sygehuse om behandling af regionens fedmekirurgiske patienter. De enkelte regioners aftaler og deres varighed fremgår af figur 9.



Figur 9 viser de perioder, hvor de enkelte regioner har haft samarbejdsaftaler med de private sygehuse i perioden 2006-2010. 3 af samarbejdsaftalerne har været gældende i den periode, hvor det udvidede frie sygehusvalg var suspenderet. Region Midtjylland har som den eneste region ikke haft samarbejdsaftaler med private sygehuse i perioden 2006-2010.

63. Regionerne har givet oplysninger om de 6 samarbejdsaftaler, som de har indgået med private sygehuse i perioden. De aftalte priser mellem regionerne og de private sygehuse følger nogenlunde faldet i aftaletaksten for patienter under udvidet frit sygehusvalg, jf. figur 7, og priserne ligger som hovedregel under denne aftaletakst.

64. 2 af regionerne har i en periode betalt en højere pris til deres samarbejdssygehus end den aftaletakst, der gjaldt for patienter omfattet af udvidet frit sygehusvalg. Det skyldes, at aftaletaksten er forhandlet ned, efter at de pågældende regioner har indgået samarbejdsaftale efter forudgående udbud. De 2 regioner har således i perioder på henholdsvis 3 og 9 måneder betalt en højere pris til deres samarbejdssygehus end aftaletaksten.

Regionernes anvendelse af udbud

65. Flere af regionerne fremhæver, at de løbende har vurderet mulighederne for at gennemføre udbud i forhold til at lade patienterne behandle på private aftalesygehuse via det udvidede frie sygehusvalg.

Region Sjælland

66. Region Sjælland har fra juli 2009 til og med 2010 haft en samarbejdsaftale med et privat sygehus. Regionen oplyser, at de i forbindelse med udbuddet vurderede de indkomne tilbud i forhold til de gældende aftaletakster for patienter omfattet af udvidet frit sygehusvalg, de andre regioners erfaringer med reduktion i prisen efter udbud og de gældende DRG-takster til de offentlige sygehuse.

Regionen oplyser endvidere, at de var bevidste om den konkurrencemæssige udfordring, der var ved at indgå en samarbejdsaftale med et privat sygehus efter forudgående udbud, når der årligt forhandles nye aftaletakster. Den årlige genforhandling gør det vanskeligt for regionerne at indgå samarbejdsaftaler, der er fordelagtige over en længere periode, da regionen – ved et fald i aftaletaksten ved genforhandling – kommer til at betale en højere pris til det private sygehus end aftaletaksten. Dette er især en udfordring, hvis der i samarbejdsaftalen med det private sygehus indgår et fast antal patienter.

Region Sjællands samarbejdsaftale endte med at ligge højere end den takst, som Voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger fastsatte i februar 2010. Alligevel valgte regionen at benytte aftalen frem til udløbsdatoen, da der var knyttet en uddannelsesaftale til den. Ifølge regionen opnåede de i sidste del af perioden mindre takstjusteringer på de kirurgiske indgreb, så taksterne matchede aftaletaksterne.

Region Syddanmark

67. Region Syddanmark har fra maj 2006 til og med 2007 og igen under suspensionen fra oktober 2008 til juli 2009 haft samarbejdsaftaler med private sygehuse. Region Syddanmark har oplyst, at regionen – på baggrund af ændringen af det udvidede frie sygehusvalg fra 2 måneder til 1 måned i efteråret 2007 og som konsekvens heraf lang ventetid til kirurgi – valgte at udbyde fedmebehandlingen i 2008. Regionens aftale udløb ved suspensionens ophør, og regionen vurderede, at der ikke kunne forventes store besparelser på et udbud. I 2010 valgte regionen at afvente den kommende specialeplan og de nye visitationsregler for fedmekirurgi, jf. boks 2.

Region Midtjylland

68. Region Midtjylland oplyser, at de løbende har overvejet udbud og særligt i forbindelse med gennemførelsen af meraktivitetsprojekter har vurderet omkostningerne for fedmekirurgiske forløb i henholdsvis eget regi og i privat regi. Region Midtjylland oplyser, at regionen under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg prioriterede de mest syge først, og som følge heraf blev kun få patienter henvist til fedmekirurgisk behandling på private sygehuse. Efter suspensionen blev aftaletaksten til de private sygehuse nedsat med 23 %, og samtidig var der på daværende tidspunkt kun 2 private sygehuse, der varetog fedmekirurgisk behandling. Regionen vurderede derfor, at der var begrænset konkurrence og derfor begrænset effekt af udbud.

Region Midtjylland valgte i stedet at inddrage fedmekirurgien på private sygehuse i forbindelse med den nye specialeplan. I specialeprocessen havde de private sygehuse mulighed for at søge om samarbejde med offentlige sygehuse. 2 private sygehuse ansøgte Region Midtjylland om samarbejde. Samarbejdet skulle indgås med det økonomisk mest fordelagtige tilbud i efteråret 2009. I specialeplanen blev de private sygehuse imidlertid godkendt til at udføre fedmekirurgi uden samarbejde med offentlige sygehuse, og derfor blev det ikke aktuelt for de private sygehuse at indgå samarbejde med Region Midtjylland.

Region Hovedstaden

69. Region Hovedstaden oplyser, at regionen under suspensionen gennemførte et udbud og herefter indgik en samarbejdsaftale med et privat sygehus om behandling af fedmekirurgiske patienter fra december 2008 til juli 2009. Region Hovedstaden oplyser videre, at de løbende har vurderet markedet for fedmekirurgi, men at regionen har skønnet, at antallet af udbydere kombineret med lukrativ afregning ved udvidet frit sygehusvalg ikke har givet de private sygehuse incitament til at byde ind ved udbud. Regionens indsats i forhold til at gennemføre udbud blev derfor fokuseret på andre områder, hvor regionen vurderede, at der vil være en større gevinst.

Meraktivitetsprojekter er projekter, hvor regionen og sygehuset forudgående aftaler, at sygehuset skal øge sin aktivitet på bestemte områder. Det kan fx være inden for behandlingsområder, hvor regionen ønsker kortere ventetider eller ønsker at hjemtage en behandling, hvor borgerne tidligere er blevet behandlet i en anden region eller på private sygehuse.

Region Nordjylland

70. Region Nordjylland havde en samarbejdsaftale med et privat sygehus under suspensionen i perioden marts-juli 2009 og igen fra september 2010, der gælder frem til og med februar 2012. Region Nordjylland har oplyst, at regionen gennemførte et udbud af fedmekirurgi under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg. Efterfølgende valgte regionen at afvente forhandlingerne mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker, da regionen forventede et betragteligt fald i taksten. Taksten faldt dog ikke umiddelbart, hvorfor regionen gennemførte et nyt udbud og opnåede en væsentligt lavere takst end aftaletaksten.

Sammenfatning

71. Regionerne har ifølge sundhedsloven mulighed for at indgå samarbejdsaftaler med private sygehuse, herunder om fedmekirurgi. Regionerne har i perioden 2006-2010 indgået 6 samarbejdsaftaler om fedmekirurgi med private sygehuse efter forudgående udbud, herunder 3 under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.

Hovedparten af samarbejdsaftalerne har en pris for det fedmekirurgiske forløb, som ligger under aftaletaksten. 2 regioner har dog i en periode betalt en højere pris end den forhandlede aftaletakst som følge af, at aftaletaksten er forhandlet ned, efter at de pågældende regioner har indgået samarbejdsaftale.

Flere regioner vurderer, at det lave antal aktører på området (3 private sygehuse) gav begrænsede muligheder for økonomisk gevinst ved udbud, hvorfor regionerne i mindre omfang har indgået samarbejdsaftaler med private sygehuse om fedmekirurgi.

F. Regionernes forvaltning af fedmeoperationer

72. Statsrevisorerne har spurgt, om regionerne har taget skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af fedmeoperationer i perioden 2006-2010.

73. I vurderingen af, om regionerne har taget skyldige økonomiske hensyn, inddrages regionernes muligheder for og omkostninger ved behandling på regionernes egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller private sygehuse. Rigsrevisionen har på den baggrund indhentet redegørelser fra regionerne om, hvordan de har:

- undersøgt mulighederne for at udvide egen fedmekirurgiske kapacitet
- undersøgt muligheden for at indgå samarbejde med andre regioners sygehuse om behandling af fedmekirurgiske patienter
- gennemført markedsanalyser e.l. af muligheden for at gennemføre udbud af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse, herunder en vurdering af sygehusenes egne omkostninger og aftaletakster i forhold til udbudspriserne.

Regionernes egen fedmekirurgiske kapacitet

74. Regionerne har redegjort for, om de i perioden 2006-2010 har undersøgt muligheden for at udvide egen fedmekirurgiske kapacitet.

75. Indtil 2011 kunne regionerne formelt set selv vælge at udføre fedmekirurgi på egne sygehuse og indgå samarbejdsaftale herom med private sygehuse gennem udbud. Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyser dog, at selv om Sundhedsstyrelsens beføjelser og anbefalinger frem til 2011 alene var vejledende, er det ministeriets vurdering, at styrelsens anbefalinger i vid udstrækning blev fulgt af sygehusene. Endvidere var fedmekirurgi frem til 2010 en udviklingsfunktion, hvilket i praksis forudsatte anmeldelse til og vurdering fra Sundhedsstyrelsen af styrelsens opstillede krav, jf. pkt. 8.

76. I perioden 2006-2010 har én region søgt Sundhedsstyrelsen om at varetage fedmekirurgi, mens en anden region har søgt styrelsen om at udvide kapaciteten til andre af regionens sygehuse.

Region Sjælland spurgte i januar 2007 Sundhedsstyrelsen om muligheden for at varetage fedmekirurgi i regionen. Styrelsen vurderede, at de eksisterende afdelinger (i de 4 andre regioner) først skulle leve op til de faglige krav til volumen for både afdelingen og den enkelte kirurg, inden behandlingstilbuddet kunne udvides til Region Sjælland, jf. boks 8. I januar 2009 meddelte Sundhedsstyrelsen Region Sjælland, at regionen kunne etablere fedmekirurgi – dog skulle regionen i etableringsfasen samarbejde om fedmekirurgien med et etableret behandlingssted i en anden region. Region Sjælland har fra 2011 selv varetaget fedmekirurgien med en kapacitet dimensioneret på baggrund af det antal patienter, som regionen sendte til behandling i andre regioner i perioden 2006-2010.

Region Midtjylland søgte i slutningen af maj 2009 Sundhedsstyrelsen om tilladelse til at varetage fedmekirurgi på Regionshospitalet Viborg foruden Aarhus Universitetshospital, som i forvejen varetog fedmekirurgi. Regionen angav endvidere i ansøgningen, at mulighederne for at udføre fedmekirurgi på Regionshospitalet Horsens ville blive nærmere udredt. Sundhedsstyrelsen godkendte ansøgningen i februar 2010 for Regionshospitalet Viborg, som siden efteråret 2010 har foretaget fedmeoperationer. I forhold til Regionshospital Horsens vurderede Sundhedsstyrelsen, at volumen ikke var tilstrækkelig til yderligere funktioner i regionen.

BOKS 8. FAGLIGE KRAV TIL VOLUMEN

Sundhedsstyrelsen anbefalede i 2005, at den enkelte afdeling udførte min. 100 fedmekirurgiske indgreb om året af hensyn til at fastholde kompetencen. De enkelte kirurger burde samtidig gennemføre mindst 35 indgreb om året.

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal en fedmekirurgisk afdeling derudover have et tæt samarbejde med en medicinsk afdeling med særlig interesse for fedmebehandling, ligesom de anæstesiologiske og fysiske rammer skal være i stand til at håndtere denne patientgruppe.

Kilde: "Fedmekirurgi i Danmark", 2005.

77. Flere regioner peger på, at de faglige krav til volumen har afholdt dem fra at udvide den fedmekirurgiske kapacitet til andre sygehuse i regionen. Regionerne har i undersøgelsesperioden haft vanskeligt ved at opfylde volumenkravene for fedmekirurgi, herunder kravet om 100 årlige fedmekirurgiske indgreb, på de allerede etablerede fedmekirurgiske afdelinger, jf. tabel 1. Det skyldes ifølge regionerne bl.a., at de afdelinger, der udfører fedmekirurgi, også udfører andre former for kirurgi, herunder behandling for kræft. Afdelingerne har prioriteret kræftbehandlingen og har ikke haft kapacitet til også at varetage fedmeoperationer.

Region Nordjylland oplyser, at der ifølge regionen ikke var de rette kompetencer til stede i regionen til at udvide kapaciteten. Da fedmekirurgi var en udviklingsfunktion, var der kun få kirurger på landsplan til at varetage funktionen, og regionen vurderede, at det – regionens størrelse taget i betragtning – ikke var relevant at udbrede funktionen til andre af regionens sygehuse.

Region Hovedstaden oplyser, at regionens fedmekirurgiske kapacitet løbende er udvidet, i takt med at der er blevet uddannet flere kirurger. Regionen har ikke ønsket at udvide kapaciteten til flere afdelinger end de 2, der i forvejen varetog funktionen, idet antallet af læger var den begrænsende resurse. Målsætningen for Region Hovedstaden har været at samle ekspertisen på færrest mulige sygehuse med henblik på at sikre en høj kvalitet. Regionen fremhæver endvidere, at den fedmekirurgiske kapacitet også afhænger af muligheden for medicinsk udredning. Denne ekspertise har kun været til stede på de 2 sygehuse, der varetog fedmekirurgien, fordi det ville være meget kostbart at opbygge på de øvrige sygehuse.

Samarbejde med andre regioner om fedmekirurgisk kapacitet

78. Regionerne har oplyst, hvorvidt de har undersøgt muligheden for at indgå samarbejde med andre regioners sygehuse om behandling af fedmekirurgiske patienter.

79. Ifølge regionernes redegørelser har der kun i mindre grad været tale om formelt samarbejde mellem regionerne om behandling af fedmekirurgiske patienter. Region Sjælland har som den eneste region haft en samarbejdsaftale med en anden region (Region Hovedstaden), da regionen ikke selv varetog funktionen i perioden 2006-2010.

Region Nordjylland henviser bl.a. til regionernes interne afregning som baggrund for, at der ikke er indgået samarbejde med andre regioner, idet regionen kunne opnå lavere priser ved at udbyde fedmekirurgien til private sygehuse. Region Syddanmark henviser til, at regionerne har forskellig organisering af fedmeforløb, men også at der har været lange ventetider på alle offentlige sygehuse.

80. Derudover har den enkelte regions mulighed for at indgå samarbejde med andre regioner været begrænset af, at ingen regioner har haft tilstrækkelig kapacitet i offentligt regi til at udføre fedmekirurgi på egne borgere.

Analyser af økonomisk potentiale ved forskellige modeller

81. Regionerne har oplyst, hvorvidt de har gennemført markedsanalyser e.l. af muligheden for at gennemføre udbud af fedmekirurgiske forløb på private sygehuse, herunder en vurdering af egne omkostninger og aftaletakster i forhold til udbudspriserne.

82. 2 af regionerne har oplyst, at de har gennemført beregninger af omkostningerne ved at udvide egen kapacitet i forhold til at lade patienterne blive behandlet på private sygehuse. Der foreligger ikke oplysninger om beregninger af omkostninger fra de resterende 3 regioner.

Region Nordjylland oplyser, at de har foretaget beregninger af omkostninger til fedmeoperationer, bl.a. i forbindelse med overvejelser om at øge aktiviteten.

Region Midtjylland har ligeledes gennemført beregninger af omkostninger ved fedmeoperationer i forbindelse med overvejelser om at øge aktiviteten. Regionen igangsatte i efteråret 2008 en arbejdsgruppe, der havde til hensigt at tydeliggøre muligheder og forudsætninger for den fremtidige organisering af fedmekirurgi i Region Midtjylland. Arbejdsgruppens rapport blev fremlagt i maj 2010, og det blev besluttet at udvide og finansiere en udvidelse af egen kapacitet.

Alle regioner oplyser, at de løbende har vurderet markedet, jf. pkt. 65 ff., herunder overvejet og/eller gennemført udbud.

Sammenfatning

83. Regionerne fremhæver forskellige faktorer, der i perioden 2006-2010 har gjort det vanskeligt at navigere på området for fedmekirurgi, bl.a. uvisheden om den kommende specialeanvendelsesplan, herunder hvilke sygehuse der fik lov til selvstændigt at varetage fedmekirurgi. Endvidere har der fra medio 2010 været en forventning om nye visitationsregler.

Samlet set har det været vanskeligt for regionerne at navigere på området for fedmekirurgi, bl.a. som følge af:

- specialets status som udviklingsfunktion
- et marked med få udbydere
- strejken i 2008 og den efterfølgende suspension af det udvidede frie sygehusvalg
- uvished om specialets fremtid, herunder om de private sygehuse fik lov til at varetage fedmekirurgi selvstændigt i forbindelse med specialeanvendelsesplanlægningen i 2010
- forventning om nye visitationsregler fra 2011.

Regionerne har haft begrænsede muligheder for at udvide egen fedmekirurgiske kapacitet, fordi fedmekirurgi var en udviklingsfunktion, og fordi der var mangel på kirurger. Flere regioner har endvidere nævnt, at de i perioden prioriterede kræftbehandling frem for fedmekirurgi på regionernes sygehuse.

Ved en udviklingsfunktion indhenter regionerne en vurdering fra Sundhedsstyrelsen forud for, at der kan opbygges kapacitet på nye afdelinger. Sundhedsstyrelsen har i perioden anbefalet, at regionerne ikke udvidede den fedmekirurgiske kapacitet til andre sygehuse, da de eksisterende fedmekirurgiske afdelinger ikke levede op til kravet om 100 årlige fedmeoperationer for at vedligeholde kompetencen. Region Sjælland fik på den baggrund afslag på at etablere fedmekirurgi i regionen i 2007.

Regionerne har ikke haft mulighed for at købe fedmekirurgiske behandlinger i andre regioner, da ingen regioner har haft tilstrækkelig kapacitet.

Regionerne oplyser, at de løbende har vurderet mulighederne for at gennemføre udbud, mens de kun i mindre omfang har gennemført analyser af egne omkostninger ved fedmeoperationer. 2 regioner oplyser, at de har gennemført beregninger af egne omkostninger i forbindelse med overvejelser om at øge aktiviteten på området.

Det er på baggrund af undersøgelsen og regionernes redegørelser min samlede vurdering, at regionerne – inden for rammerne af det ovenfor skitserede råderum – har udnyttet de muligheder, de har haft for at tage skyldige økonomiske hensyn ved forvaltningen af fedmeoperationer.

Henrik Otbo