

Statsrevisorerne
Prins Jørgens Gård 2
Folketinget, Christiansborg
DK-1240 København K

Redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse

Statsrevisorerne har med brev af 25. juni 2009 fremsendt Rigsrevisionens beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse redegør hermed for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Indledende bemærkninger

Det vil fremgå af det følgende, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på en række punkter ikke er enig i Rigsrevisionens og især Statsrevisorernes konklusioner og vurderinger i beretningen. Det er ministeriets opfattelse, at uenigheden har sammenhæng med en forskellig vurdering af lovgivningen om det udvidede frie sygehusvalg, herunder af lovgivningens sigte og af ministeriets opgaver og råderum i forbindelse hermed.

Ministeriet finder derfor anledning til indledningsvis at redegøre for lovgivningen vedrørende det udvidede frie sygehusvalg.

Af sundhedslovens § 87, stk. 1, fremgår:

”En patient, som er henvist til sygehusbehandling, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte specialsygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.”

Af de generelle bemærkninger til lovforslaget (L 64 af 29. januar 2002) fremgår det desuden, at ordningen *”giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider”*.

Ligeledes fremgår følgende af bemærkningerne:

”Med den foreslåede § 5 g, som er ny, indføres en ny rettighed for patienterne. Efter bestemmelsen opnår patienter, som det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder efter henvisning, ret til at få behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet betalt af bopælsamtskommunen.”

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 22. oktober 2009
Sags nr.: 0905611
Sagsbeh.: SU-
MENR/Sygehuspolitisk center
Dok nr.: 121097

Om de takster og øvrige vilkår, der skal gælde for de private sygehuse, der vil være med i ordningen, fastlægger loven en aftalemodel, således at regionsrådene i forening indgår aftale med de private sygehuse og klinikker, som ønsker det. Kan parterne ikke opnå enighed, fastsættes vilkårene af ministeren for sundhed og forebyggelse, jf. sundhedslovens § 87, stk. 4.

Om niveauet for taksterne under ordningen hedder det i lovforslagets bemærkninger:

”Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere. De medregner ikke forrentning og afskrivning eller indgående moms, som en privat udbyder nødvendigvis skal have dækket. Til gengæld har de private sygehuse ingen akutforpligtelser eller udgifter til uddannelse af personale.”

Der er således *ikke* tale om en ordning, der regulerer regionernes muligheder for at købe sygehusydelse til deres borgere på de bedst mulige vilkår, f.eks. gennem udbud. En sådan regulering er der heller ikke behov for. Det har amterne/regionerne kunnet gøre såvel før som efter indførelsen af det udvidede frie valg.

Efter lovens ordlyd og bemærkninger er formålet derimod at give *patienterne* købermagt ved at give dem mulighed for at vælge behandling på privat sygehus *for de penge, behandlingen ellers ville have kostet i det offentlige*. Der er i bemærkningerne givet en kortfattet begrundelse for, at DRG-taksterne i den forbindelse er et rimeligt udgangspunkt.

Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses overordnede opfattelse, at man i administrationen af ordningen har handlet fuldstændigt i overensstemmelse med lovgivningen og dens formål, herunder i forbindelse med takstfastsættelsen i 2006, *både* hvad angår processen og det fastsatte takstniveau.

Ministeriet finder derimod, at Rigsrevisionen og Statsrevisorerne på afgørende punkter har anvendt en sammenligning med en almindelig indkøbsordning via udbud som grundlag for at vurdere takstfastsættelsen under det udvidede frie sygehusvalg. Denne målestok har efter ministeriets opfattelse ikke grundlag i lovgivningen om det udvidede frie sygehusvalg.

Ministeriets redegørelse vedrørende delelementerne i Statsrevisorernes bemærkninger og Rigsrevisionens beretning

1. Vedr. takstfastsættelsen i 2006 og spørgsmålet om kvalitet

Statsrevisorernes bemærkning: Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet og regionerne ikke i tilstrækkelig grad har taget hensyn til pris og kvalitet, når man har erhvervet private sygehusydelser.

Det bemærkes indledningsvis, at Statsrevisorernes kritik af ministeriet hvad angår *kvalitet* ikke har grundlag i Rigsrevisionens beretning, som ikke kritiserer ministeriet på dette punkt, idet det er regionernes ansvar at stille de nødvendige kvalitetskrav og følge op herpå.

Hvad angår kritikken af ministeriet for ikke at have taget hensyn til *pris*, forstår ministeriet af sammenhængen, at dette punkt i Statsrevisorernes bemærkninger vedrører ministerens fastsættelse af taksterne i 2006. Statsrevisorerne omtaler, at indenrigs- og sundhedsministeren i 2006, da amterne og Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD) ikke kunne nå til enighed, fastsatte taksterne under det udvidede frie sygehusvalg til 95 pct. af de offentlige DRG-takster. Som følge heraf var det ikke muligt at opretholde de ca. 100 aftaler, der var indgået til (i gennemsnit) ca. 80 pct. af den offentlige DRG-takst.

Det omhandlede forløb er beskrevet nærmere i kap. III i Rigsrevisionens beretning. Ministeriet konstaterer, at Rigsrevisionen *ikke* ved denne gennemgang har fundet anledning til kritik af ministeriet, men tværtimod har konstateret, at fastsættelsen af taksterne i 2006 er sket efter bestemmelserne herom i loven.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder det navnlig væsentligt at fremhæve, at ministeriet *ikke* i 2006 havde mulighed for at fastsætte taksterne på SPPD-området til i gennemsnit 80 pct. af DRG, sådan som Amtsrådsforeningen havde aftalt med en række andre sygehuse og klinikker.

For det *første* udgjorde de ca. 100 sideløbende aftaler samlet set formentlig 20-25 pct. af omsætningen under det udvidede frie sygehusvalg. Det indebærer, at de 100 sygehuse og klinikker i 2006 har haft en gennemsnitlig omsætning på godt 1 mio. kr. Der var derfor, jf. også side 14 i beretningen, hovedsageligt tale om mindre klinikker, herunder praktiserende speciallæger, som havde deres hovedindtægt under sygesikringen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder det ikke godtgjort i Rigsrevisionens beretning, at disse private sygehuse og klinikker ville kunne udvide kapaciteten i tilstrækkeligt omfang til at sikre patienterne ret til hurtig behandling og mulighed for behandlingsalternativer.

Medlemmerne af SPPD stod derimod for størstedelen af omsætningen på de private sygehuse og klinikker i 2005. For at sikre patienter en reel valgmulighed under det udvidede frie sygehusvalg, fandt ministeriet det derfor afgørende, at der også blev indgået aftale mellem Amtsrådsforeningen og SPPD's medlemmer. Det modsatte ville medføre en drastisk indskrænkning af patienternes frie valg og mulighed for at opnå kortere ventetider.

For det *andet* er det efter loven ministerens opgave - efter anmodning - at fastsætte vilkårene mellem to parter, som ikke har kunnet opnå enighed. Det er ministeriets opfattelse, at bestemmelsen må forstås således, at vilkårene skal fastsættes mellem de positioner, parterne ved deres forhandlinger selv er nået frem til.

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte på baggrund heraf taksterne, så de i gennemsnit svarede til ca. 95 pct. af de offentlige DRG-takster beregnet på ydelsessammensætningen i 2005, hvilket var et niveau, der lå mellem Amtsrådsforeningens og SPPD's respektive bud, der omregnet til DRG-værdi svarede til hhv. 91 og 98 pct. af den offentlige DRG-takst. Som det også fremgår af Rigsrevisionens beretning blev Folketinget orienteret om baggrunden for takstfastsættelsen.

Ministeriet opfatter gennemgangen i kap. III af Rigsrevisionens beretning således, at Rigsrevisionen er enig i, at ministerens takstfastsættelse efter den ordning, der er beskrevet i loven, må ligge inden for parternes forhandlingspositioner, og at der på den baggrund ikke er grundlag for kritik af ministerens fastsættelse af taksterne i 2006.

Sammenfattende må ministeriet således afvise, at der er grundlag for kritik af ministeriet på dette punkt. Hvis man finder anledning til at kritisere takstfastsættelsen i 2006, er det en kritik af lovgivningen, ikke ministeriet.

Hvad dernæst angår Statsrevisorernes kritik af ministeriet og regionerne for ikke i tilstrækkelig grad at have taget hensyn til *kvalitet*, bemærkes, at kritikken for ministeriets vedkommende som nævnt *ikke* har grundlag i Rigsrevisionens beretning, som på dette punkt alene kritiserer regionerne, som man ikke finder i tilstrækkelig grad har taget hensyn til kvalitet i de fællesaftaler, som regionerne har indgået med de private sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg.

Uanset om kritikken alene vedrører regionerne eller ej, er ministeriet *ikke* enig i, at der ikke er taget *tilstrækkelige* hensyn til kvalitet i aftalerne om udvidet frit sygehusvalg. Kravene i aftalerne må naturligvis ses i sammenhæng med de krav, der under alle omstændigheder gælder for sundhedsfaglig virksomhed i henhold til lovgivning, regler og retningslinjer. Disse krav er grundlæggende de samme til offentlige og private sygehuse, sådan som det også er beskrevet i Rigsrevisionens beretning, s. 24-25.

Det fremgår ligeledes af beretningen, at de private sygehuse i fuldt omfang vil være omfattet af akkrediteringsordningen Den Danske Kvalitetsmodel, som er under indførelse på alle landets sygehuse. Herudover har regionerne med den nye standardkontrakt for 2009 skærpet en række kvalitetskrav til de private sygehuse.

Rigsrevisionen har baseret sin vurdering på, at regionerne i de aftaler, de individuelt har indgået med private sygehuse har opstillet yderligere kvalitetskrav. Ministeriet er ikke enig i, at man deraf kan slutte, at de generelle krav ikke er *tilstrækkelige*.

2. Vedr. overvejelserne om aftalemodellen efter 2006

Statsrevisorernes bemærkning: Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet ikke har sikret, at private sygehusydelser kan erhverves til lavere priser end de fastsatte takster - på trods af at ministeriet har haft viden herom og mulighed herfor siden 2006. Statsrevisorerne må derfor påtale, at sundhedsministeren ikke har sikret, at ydelserne er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bemærker, at ministeriet - bortset fra et tilfælde i 2008 vedr. taksten for grå stær-operationer på en række klinikker - ikke siden 2006 er blevet anmodet om at fastsætte takster under det udvidede frie valg. Ministeriet har således ikke i denne forstand haft mulighed for at fastsætte taksterne siden 2006. Det bemærkes endvidere for god ordens skyld, at ordningen under det udvidede frie valg ikke er til hinder for, at de enkelte regioner uden for det udvidede frie valg kan erhverve sygehusydelser til deres borgere til lavere priser, f.eks. gennem udbud.

Ministeriet forstår det dog således, at Statsrevisorernes kritik og påtale på dette punkt knytter sig til kap. IV i Rigsrevisionens beretning og således vedrører det forhold, at ministeriet ikke efter takstfastsættelsen i 2006 har søgt gennemført ændringer i den gældende aftalemodel – f.eks. en udbudsmodel – som man formoder, kunne medføre lavere takster end lovgivningens nuværende ordning.

Rigsrevisionen baserer sin formodning om, at de private sygehusydelse under det udvidede frie sygehusvalg ville kunne erhverves til lavere takster under en anden ordning end den nuværende aftalemodel, på især tre forhold:

For det *første*, at der i 2006 blev indgået ca. 100 aftaler med uorganiserede sygehuse og klinikker til takster på i gennemsnit 80 pct. af DRG. For det *andet*, at et tværministerielt udvalg i 2006-07 i et *udkast* til rapport om vilkår for den udvidede fritvalgsordning anbefalede rammeudbud som metode til fastlæggelse af taksterne. Og for det *tredje*, at regionerne under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg fra 8. november 2008 til 30. juni 2009 gennem udbud har opnået væsentlige besparelser i forhold til de tidligere aftalte takster.

Ministeriet bemærker, at de takster, der blev opnået med de uorganiserede klinikker i 2005-06, ikke uden videre kan lægges til grund for en vurdering af taksterne på det bredere område, som SPPD repræsenterede, jf. bemærkningerne ovenfor. Heller ikke resultaterne af udbuddene i suspensionsperioden kan umiddelbart sammenlignes med vilkårene under det udvidede frie valg.

Rigsrevisionen har tillagt det stor vægt, at et tværministerielt udvalg i 2006-07 i et *udkast* til rapport om vilkår for den udvidede fritvalgsordning som nævnt anbefalede rammeudbud som metode til fastlæggelse af taksterne. Det er der efter ministeriets opfattelse ikke grundlag for. Der er, som det også fremgår af Rigsrevisionens beretning, klart redegjort for, hvorfor de ministerielle repræsentanter ikke kunne støtte denne model i den *endelige* rapport.

Årsagen er, at en udbudsmodel ville afskære nogle af de private sygehuse og klinikker, som måtte ønske aftale under ordningen, fra at få det, hvilket ville begrænse patienternes frie valg betydeligt. Udvalget med undtagelse af Danske Regioners repræsentanter pegede i stedet på, at regionerne har alle muligheder for at bruge udbudsinstrumentet til at købe sygehusydelse til deres borgere uden for reglerne om det udvidede frie valg.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er imidlertid enig med Rigsrevisionen i, at markedet for private sygehusydelse i Danmark siden 2002 og navnlig i de seneste år har udviklet sig sådan, at der er grundlag for at fastsætte lavere takster end hidtil under det udvidede frie valg. Som det også fremgår af beretningen, har ministeriet og regeringen imidlertid valgt en anden metode, som ikke på samme måde som en udbudsmodel vil indskrænke patienternes valgmuligheder.

Retningslinjerne fremgår - som omtalt i beretningen - af regeringens aftale med Danske Regioner af 1. april 2009 om genindførelsen af det udvidede frie valg. Hovedpunkterne er, at der fortsat er tale om en aftalemodel, men fra 1. januar 2010 vil udgangspunktet for de enkelte takster ikke længere være gennemsnittet for alle offentlige sygehuse (= DRG), men derimod referencetakster, der afspejler omkostningerne på de mest effektive offentlige sygehuse på den pågældende ydelse.

Samtidig ændres loven, så det ikke vil være ministeren, men et voldgiftsnævn, der skal fastlægge taksterne ved uenighed. Herved bliver der tillige lejlighed til i et lovforslags bemærkninger at erstatte de bemærkninger fra det oprindelige lovforslag, der har sat normen for taksternes hidtidige niveau.

Danske Regioner har i juni måned 2009 indgået ny aftale - nu med Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) - på grundlag af aftalen med regeringen og har på grundlag af tilkendegivelserne heri opnået takstreduktioner på ca. 17 pct. – foreløbigt gældende til 31. december 2009.

Rigsrevisionen og Statsrevisorerne har kommenteret den kommende, nye aftaleordning og konstateret, at den ikke bygger på udbud og dermed konkurrence mellem de private sygehuse. Dette er korrekt, men er, som der er redegjort for, begrundet i ønsket om ikke at indskrænke patienternes frie valg samtidig med, at regionernes muligheder for at anvende strategiske udbud uden for det udvidede frie valg er blevet understreget.

Ministeriet finder, at det allerede med den nye aftale er sandsynliggjort, at det med det reviderede aftalesystem er muligt at opnå betydelige takstreduktioner, og at der dermed er taget de skyldige hensyn til økonomien *uden* den begrænsning af det frie valg, som en udbudsmodel ville indebære.

Ministeriet finder på den baggrund ikke, at der er grundlag for Rigsrevisionens kritik og Statsrevisorernes kritik og påtale. Ministeriet har i et og alt handlet inden for lovens rammer og intentioner, hvorimod en udbudsmodel ville svække den tilsigtede valgfrihed for patienterne og dermed være i strid med lovgivningens intentioner.

3. Vedr. skattefritagelse for private sundhedsforsikringer

Statsrevisorernes bemærkning: Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke har fulgt op på, hvordan stigningen i antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har påvirket borgeres adgang til sygehusydelser.

Ministeriet bemærker, at Rigsrevisionen ikke har kritiseret ministeriet på dette punkt, allerede fordi spørgsmål om konsekvenserne af skattefritagelsen for sundhedsforsikringer henhører under Skatteministeriets ressort. Rigsrevisionen har derimod udtrykt tilfredshed med, at ministeriet fremover vil vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen, jf. side 30 i beretningen.

Statsrevisorerne begrundet deres utilfredshed med, at arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er forudsat at nedbringe ventetiderne på behandling i det offentlige sygehusvæsen og konstaterer, at der har været et fald i den gennemsnitlige ventetid på operationer i perioden 2001-2003, men ikke i perioden 2005-2008, da antallet af sundhedsforsikringer steg markant. (Ministeriet bemærker for god ordens skyld, at beretningen viser et betydeligt fald i ventetider frem til 2005, ikke 2003 som anført. Faldet er tværtimod størst fra 2003 til 2005.)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er enig med Rigsrevisionen i, at ministeriet ikke har haft nogen pligt til at følge op på effekterne af en ændring i skattelovgivningen.

Ministeriet skal i øvrigt bemærke, at ventetiderne i sygehusvæsenet er et nettoresultat af en lang række faktorer på såvel udbuds- som efterspørgselssiden. Det lader sig ikke umiddelbart gøre at dokumentere effekten af en enkelt faktor som f.eks. skattefritagelsen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Den ventetidsopgørelse, der er omtalt i beretningen, viser således ikke, hvad ventetiden havde været, såfremt der ikke havde været skattefritagelse for sundhedsforsikringer. De patienter, som bliver behandlet på grundlag af en skattefritaget sundhedsforsikring, ville dog i langt de fleste tilfælde have ret til i stedet at blive behandlet i det offentlige, da det kræver en lægehenvielse for at være omfattet af skattefritagelsen, jf. ligningslovens § 30 A, stk. 4.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har som nævnt i beretningen tilkendegivet over for Rigsrevisionen, at ministeriet fremover vil vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen. Af de nævnte grunde må man dog forudse, at det vil være vanskeligt at dokumentere sikre sammenhænge på dette område.

Sammenfatning

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan sammenfatte sine bemærkninger til beretningen på følgende måde:

Ministeriet finder, at man ved *takstfastsættelsen i 2006* har handlet fuldstændigt efter lovgivningens ordlyd og intentioner, *både* hvad angår processen og de fastsatte taksters niveau. Ministeriet konstaterer, at Rigsrevisionen ikke har kritiseret denne takstfastsættelse. Ministeriet finder således ikke, at der er grundlag for Statsrevisorernes kritik af ministeriet på dette punkt.

Ministeriet finder videre, at man i *overvejelserne om aftalemodellen og taksterne efter 2006* ligeledes har handlet inden for lovens rammer og intentioner og med aftalen med Danske Regioner af 1. april 2009 har revideret aftalesystemet, så det er muligt at opnå betydelige takstreduktioner, og at der dermed er taget de skyldige hensyn til økonomien uden den begrænsning af det frie valg, som en udbudsmodel ville indebære. Ministeriet finder på den baggrund ikke, at der er grundlag for Rigsrevisionens kritik og Statsrevisorernes kritik og påtale.

Ministeriet finder om de to punkter under ét, at den kritik, der er fremført, snarere retter sig mod den vedtagne lovgivning end mod ministeriet. Ministeriet er selvfølgelig indforstået med, at Rigsrevisionen og Statsrevisorerne kan rejse spørgsmål om lovgivningens hensigtsmæssighed, navnlig hvis man finder, at lovgivningen er til hinder for, at der kan administreres med skyldige økonomiske hensyn. Man finder det imidlertid ikke rimeligt eller berettiget, som det er sket, at rette kritik eller endog påtale mod et ministerium, som til punkt og prikke har administreret efter lovgivningen og dens intentioner.

Om kritikken vedr. kravene til *kvalitet* i aftalerne med de private sygehuse bemærkes, at Rigsrevisionen har kritiseret regionerne, mens Statsrevisorerne har kritiseret både regi-

onerne og ministeriet. Ministeriet er enig med Rigsrevisionen i, at dette er regionernes ansvar, men ikke enig i, at der ikke er stillet tilstrækkelige krav.

Hvad endelig angår spørgsmålet om skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte *sundhedsforsikringer*, er ministeriet enig med Rigsrevisionen i, at ministeriet ikke har haft nogen pligt til at følge effekterne heraf.

Udtalelser fra regionsrådene

. / . Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har indhentet udtalelser til beretningen fra regionsrådene i de 5 regioner. På baggrund af sagens særlige karakter finder ministeriet det rigtigst, at Statsrevisorerne og Rigsrevisionen får adgang til de fem udtalelser i deres helhed snarere end i et referat fra ministeriet. Der vedlægges tillige et notat af 17. juni 2009 fra Danske Regioner om kvalitets- og dokumentationskrav til private leverandører under udvidet frit valg.

Regionernes synspunkter er selvsagt ikke alle på linje med ministeriets, men da ministeriets synspunkter allerede er gennemgået i denne redegørelse, finder man ikke behov for at gentage dem ved at kommentere regionernes enkelte udtalelser.

Et eksemplar af denne redegørelse er sendt til rigsrevisor.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen

/John Erik Pedersen