

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:

Anledning: Samråd AH, AI, AJ, AK, AL, AM og AN vedr.
specialeplanlægning

Taletid: (f.eks. 10 min., herefter 15 min. til spm.)

Tid og sted: onsdag den 14. april fra kl. 14.30

Dok nr.:

[Forskellige krav til offentlige og private sygehuse?]

Første spørgsmål - spørgsmål AH - lyder: "Ministeren bedes redegøre for, om der stilles forskellige krav til kvaliteten for offentlige og private hospitaler i Sundhedsstyrelsens specialeplan for hjerteområdet og kræftkirurgien."

Det korte svar på det spørgsmål er: Nej. De offentlige og de private sygehuse, der tilkendes specialfunktioner i specialeplanlægningen, skal leve op til de samme *sundhedsfaglige kernekrav*. Der stilles således de samme krav til volumen, den lægelige ekspertise, kapacitet, erfaring osv. hvad enten sygehuset er offentligt eller privat.

[Udskydelse af specialeplanen for ortopædkirurgi]

Spørgsmål nr. A1 lyder: ”Hvad er årsagerne til, at specialeplanen for det ortopædkirurgiske område er blevet udskudt?”

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der er behov for at gennemgå placeringerne af specialfunktioner i specialet ortopædisk kirurgi endnu engang før offentliggørelse.

Beslutningen herom er ifølge styrelsen truffet på baggrund af Det Rådgivende Udvalgs rådgivning på møde den 11. februar 2010 samt andre væsentlige indkomne kommentarer.

Jeg kan oplyse, at Sundhedsstyrelsen foretager den endelige placering af specialfunktionerne snarest muligt og beskriver denne i

specialevejledningen som det har været tilfældet med de øvrige specialer.

Jeg synes ikke, at man på en gang kan kritisere Sundhedsstyrelsen for ikke at være tilstrækkelig faglig, når det gælder godkendelser af private sygehuse, og samtidig kritisere styrelsen for, at den vælger at gennemgå placeringen af specialfunktioner inden for ortopædkirurgien endnu engang netop på baggrund af den faglige drøftelse og vejledning i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

[Hjertebehandlingen på Aalborg Sygehus]

Spørgsmål AJ lyder: Vil ministeren redegøre for, om det forpligtende samarbejde mellem Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus på

hjerterområdet er årsagen til/grundlaget for fortsat eksistens af hjertekirurgi i Aalborg eller om Aalborg Sygehus uden ansøgt forpligtende samarbejde med Skejby Sygehus kunne og ville have opnået den højspecialiserede funktion som selvstændigt sygehus?

Som jeg også har oplyst tidligere, så har Sundhedsstyrelsen truffet sin beslutning på baggrund af det konkrete ansøgningsmateriale, der er indsendt, og heraf fremgår det, at hjertecentrene på de to sygehuse samarbejder.

Sundhedsstyrelsen har naturligvis ikke mulighed for at tage stilling til hypotetiske scenarier men må forholde sig til de oplysninger, der er indeholdt i de konkrete ansøgninger, der er indsendt i forbindelse med

ansøgningsrunden. Jeg kan derfor af gode grunde heller ikke svare på, hvilken afgørelse Sundhedsstyrelsen ville have truffet, hvis såfremt i fald ansøgningsmaterialet fra de to sygehuse havde været udformet anderledes.

[Volumenkrav til fedmeoperationer herunder komplikationer]

Dernæst skal jeg jf. spørgsmål AK redegøre for, hvilke krav til volumen på offentlige hospitaler, der er nødvendige for, at de kan varetage højt specialiseret behandling af patienter med komplikationer efter fedmekirurgi på private hospitaler.

Spørgsmålet er formuleret lidt snørklet, men det skyldes måske, at hr. Orla Hav er af den opfattelse, at de private sygehuse enten ikke kan eller ikke vil varetage disse komplikationer selv.

Her kan jeg oplyse, at der stilles samme krav – herunder volumenkrav og krav til samarbejdende specialer – til varetagelse af fedmekirurgi i offentligt og privat regi. I henhold til Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for fedmekirurgi, skal den enkelte afdeling foretage mindst 100 fedmekirurgiske indgreb årligt og den enkelte operatør mindst 35. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af det forventede samlede volumen vurderet, at der er grundlag for etablering af nye fedmekirurgiske funktioner i landet, og at alle funktioner vil kunne leve op til det anbefalede minimumsvolumen.

På det fedmekirurgiske område er der to specialfunktioner, en regionsfunktion (operation for fedme inkl. de akutte komplikationer dertil) og en højt specialiseret funktion (fedmekirurgi konverteringsoperationer (re-do operationer)).

Jeg skal understrege, at alle de sygehuse, som Sundhedsstyrelsen har godkendt til at varetage fedmekirurgi – både offentlige og private sygehuse – samtidig er godkendt til at varetage de akutte komplikationer hertil. Og det sætter jo problemstillingen i et helt andet lys.

Men det er rigtigt, at der er nogle højt specialiserede funktioner i fedmekirurgien, nemlig de såkaldte konverterings- eller "re-do"-operationer. Og her kan jeg henholde mig til, at Sundhedsstyrelsen har

godkendt varetagelsen af disse på 3 offentlige sygehuse ud af 7 og på 2 private sygehuse ud af 5.

Og hvis de private sygehuse ikke ønskede at udføre disse operationer, ja - så havde de jo nok ikke søgt Sundhedsstyrelsen om godkendelse.

[Decentralisering i specialeplanen]

Spørgsmål AL lyder: *Hvilken sammenhæng er der mellem Sundhedsstyrelsens specialeplan, der decentraliserer visse specialer til private klinikker, og regeringens ekspertudvalg ledet af Erik Juhl, der anbefaler centralisering af specialer i større enheder og i visse tilfælde på samme matrikel af hensyn til kvalitet og patientsikkerhed?*

Der er en ganske glimrende sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens specialeplan og ændringen af sygehusstrukturen – idet begge initiativer understøtter en samling af ekspertisen på færre enheder.

Det er i øvrigt en udbredt misforståelse, at Sundhedsstyrelsen med specialeplanlægningen "placerer" behandlingen af fx brystkræftkirurgi på private sygehuse eller "flytter specialiserede patienter til private sygehuse". Sundhedsstyrelsen har godkendt nogle af de private sygehuse til bestemte funktioner, fordi de har kunnet godtgøre, at de har de nødvendige forudsætninger for at udføre dem. Specialeplanlægningen "tillader" private sygehuse at varetage visse typer behandlinger, så patienterne her vil kunne benytte det udvidede frie sygehusvalg. Om der også kommer patienter, så de private kan

opretholde godkendelsen, afhænger af regionerne og de offentlige sygehuse selv. Der kommer kun offentligt betalte patienter til et privat sygehus, hvis en region selv aftaler det, eller hvis ventetiden i det offentlige er så lang, at patienterne af den grund får ret til privat behandling.

Det er med andre ord helt misforstået, hvis man tror, at specialeplanen fra Sundhedsstyrelsen indebærer en decentralisering. Med specialeplanen centraliseres behandlingen af det specielle og komplicerede på færre sygehuse. Det gælder bl.a. inden for kræftkirurgien, hvor der sker en stor samling af behandlingen. Det er i øvrigt kun inden for brystkræftkirurgien, at der er givet godkendelse til, at private sygehuse kan varetage specialfunktioner, og de tre private

sygehuse der er blevet godkendt varetager allerede i dag disse operationer. De nye regler og specialeplanlægningen betyder, at der som noget nyt stilles krav til de sygehuse, der bliver godkendt til at varetage specialfunktioner. Og som nævnt stilles der de samme sundhedsfaglige krav til fx volumen, lægelige ekspertise og erfaring samt kapacitet hvad enten sygehuset er offentligt eller privat.

[Specialfunktioner og EU's regler om tjenesteydelser]

Spørgsmål AM handler om, hvorvidt det i medfør af EU's regler om tjenesteydelser vil være muligt for en fremtidig regering at trække tildeling af en specialfunktion til et privathospital tilbage.

Dette spørgsmål kan besvares ganske kortfattet. Først vil jeg dog gerne understrege, at det er Sundhedsstyrelsen – og altså ikke regeringen eller en fremtidig regering – som et bredt flertal i folketinget i medfør af Sundhedsloven har givet kompetencen til at godkende – og evt. tilbagekalde godkendelser – til at varetage specialfunktioner.

Lissabon traktatens regler om tjenesteydelser regulerer den frie bevægelighed af tjenesteydelser på tværs af landegrænser.

De regulerer ikke, hvilke krav en medlemsstat må stille til tjenesteydere i det pågældende land. I Danmark vil Folketinget derfor i sundhedsloven kunne fastsætte krav til privathospitaler og klinikker, fx som led i specialeplanlægningen. Og det har vi da også gjort.

I medfør heraf kan *Sundhedsstyrelsen* - efter høring i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning - inddrage en godkendelse til at varetage specialfunktioner, hvis en sygehusafdeling trods pålæg herom fra Sundhedsstyrelsen ikke opfylder de krav, der er fastsat i specialeplanlægningen.

Inddragelsen kan indbringes for indenrigs- og sundhedsministeren, dvs. mig, men det vil ikke have opsættende virkning, medmindre jeg bestemmer andet.

[Specialfunktioner i det private uden fornødne faglige krav]

Det sidste spørgsmål – spørgsmål AN – går på, om det er udtryk for regeringens ideologiske holdning, at der nu henlægges specialer til

privathospitaler, uden at de fornødne faglige krav er tilgodeset. Det kan besvares endnu kortere.

Som tidligere nævnt, så stiller Sundhedsstyrelsen samme sundhedsfaglige kernekrav til offentlige sygehuse og private aftalesygehuse for at varetage specialfunktioner, samt en række yderligere krav til private sygehuse med f.eks. driftsoverenskomster. Fastsættelsen af disse krav sker med udgangspunkt i en sundhedsfaglig vurdering, hvor styrelsen inddrager de relevante faglige miljøer.

Og som tidligere nævnt, så ser jeg mig ikke i stand til at gøre mig klog på fastsættelsen og overholdelsen af disse krav. Det overlader jeg til de sagkyndige.