



Statsrevisorernes Sekretariat
Christiansborg
1240 København K

Finansministeren

26. oktober 2009

Finansministerens redegørelse vedrørende beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse

Ved brev af 25. juni har Statsrevisorerne fremsendt beretning nr. 15/2008 om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse samt anmodet mig om en redegørelse vedr. beretningens indhold og konklusioner samt Statsrevisorernes bemærkninger.

Mine bemærkninger skal ses i lyset af, at beretningen vedrører Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses ressort. Bemærkningerne vedrører derfor primært de områder, hvor Rigsrevisionen har forholdt sig til det af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriets fælles høringssvar af 5. maj 2009.

Indledningsvist noterer jeg med tilfredshed Rigsrevisionens konklusion om, at udmøntningen af det udvidede frie sygehusvalg, herunder fastsættelse af priser og aftaler, er sket i overensstemmelse med sundhedslovens bestemmelser, som de blev fastsat i 2002.

Dengang udgjorde ventetider et stigende problem for det danske sygehusvæsen. Regeringens overordnede formål med det udvidede frie sygehusvalg var således at give den enkelte patient en ny og væsentlig rettighed til hurtig behandling.

Formålet med ændringerne i Sundhedsloven var at give patienterne en mulighed for at vælge et alternativ, såfremt det offentlige ikke kunne sikre behandling inden for 2 måneder (i dag gælder ordningen efter 1 måned).

Ønsket om at sikre patientens rettighed og reelle valgfrihed via et bredt tilbud af sygehusydelser har således været den væsentligste præmis for det udvidede frie sygehusvalg. Disse hensyn var baggrunden for lovgivningens udformning, herunder rammerne for aftalevilkår under ordningen.

Jeg vil i den forbindelse påpege, at ordningen og dens formål er beskrevet, fastlagt og vedtaget via den lovgivning, som et bredt flertal i Folketinget har vedtaget, jf. bemærkningerne til lovforslaget om ændring af lov om sygehusvæsenet (L64) af 29. januar 2002.

Jeg vil i forlængelse heraf gøre opmærksom på, at jeg ikke er enig i Rigsrevisionens og Statsrevisorernes kritik af, at de private sygehusydelse ikke er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.

Jeg mener ikke, at Rigsrevisionens beskrivelse af, at aftalerne med de ca. 100 private leverandører, som Amtsrådsforeningen havde indgået inden forhandlingernes sammenbrud med SPPD januar 2006, stort set dækkede alle de mest efterspurgte behandlinger med undtagelse af hjerteområdet, er korrekt. Dette anføres som ét af argumenterne for, at markedet for sygehusydelse i 2006 muliggjorde lavere priser end de fastsatte takster. Det ligger dermed i Rigsrevisionens kritik, at patientens rettighed kunne være blevet realiseret ved aftalerne med de ca. 100 klinikker.

Det er ikke en retvisende beskrivelse, idet hovedparten af de godt 100 sygehuse og klinikker var små klinikker og privatpraktiserende speciallæger indenfor bl.a. øjen- og hudsygdomme med en begrænset omsætning under det udvidede frie sygehusvalg. Det drejer sig bl.a. om ca. 30 øjenlægeklinikker, 20 ortopædkirurgiske klinikker og 16 klinikker, der havde hudområdet som primær behandlingsområde. Rigsrevisionen pointerer også selv i § 43, at hovedparten af aftalerne blev indgået med mindre private klinikker.

Det understøttes desuden af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses oplysning om, at mere end halvdelen af klinikkerne havde en omsætning på mindre end 250.000 kr. under det udvidede frie sygehusvalg i 2006, og at deres samlede omsætning formentlig udgjorde ca. 20-25 pct. af den samlede aktivitet under ordningen. Jeg skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse efter offentliggørelsen af Rigsrevisionens beretning har skønnet over, hvor stor en andel de private klinikker mv., der ikke var medlem af SPPD, udgjorde i forhold til den samlede omsætning under det udvidede frie sygehusvalg i 2006. Disse skøn ligger i forlængelse af Amtsrådsforeningens notat fra 2006 vedr. en DUT-sag som følge af indenrigs- og sundhedsministerens afgørelse om taksterne under det udvidede frie sygehusvalg.

I lyset heraf er forudsætningen om, at leverandørerne uden for SPPD kunne øge kapaciteten til det efterspurgte under ordningen, næppe holdbar, *jf. beretningens § 43*. Aftalerne alene med de ca. 100 private leverandører kunne således ikke sikre patienternes ret til hurtig behandling under det udvidede frie sygehusvalg, såfremt det offentlige ikke kunne behandle indenfor tidsfristen. Og som nævnt var netop sikringen af patientens rettighed og et reelt valg det primære formål med lovgivningen.

Efter anmodning fra SPPD fastsatte sundhedsministeren taksterne primo 2006. indenfor lovgivningens rammer. Taksterne blev fastsat således, at de i gennemsnit svarede til ca. 95 pct. af de offentlige DRG-takster, som også Rigsrevisionen konstaterer.

I forhold til Rigsrevisionens beskrivelse af det tværministerielle udvalg i 2007, herunder anbefalingen om rammeudbud under udvidet frit sygehusvalg, dækker den over en mindretalsudtalelse fra Danske Regioner, som alene vedrører konkurrenceudsættelse af behandlinger foretaget under det udvidede frie sygehusvalg.

De øvrige udvalgsmedlemmer, heriblandt Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Konkurrencestyrelsen, Sundhedsstyrelsen m.fl., fandt derimod ikke, at overvejelserne vedr. udbud kun skulle begrænses til at omfatte de behandlinger, der foretages under det udvidede frie sygehusvalg svarende til 2,5 pct. af al sygehusbehandling i 2008. De anbefalede derfor en model for strategisk udbud af udvalgte sygehusydelser generelt.

I den forbindelse er det vigtigt for mig at pointere, at der ikke er noget i den gældende lovgivning, der forhindrer regionerne i at konkurrenceudsætte sygehusydelser generelt. Regionerne kan uden for den udvidede fritvalgsordning udbyde og indgå rammeaftaler om løsningen af bestemte behandlingsopgaver og dermed opnå lavere takster end de aftaletakster, der er gældende under det udvidede frie sygehusvalg.

Regionerne har således allerede kunnet købe private sygehusydelser under skyldig hensyntagen til en omkostningsbevidst anvendelse af offentlige midler. Regionerne har dog hidtil kun i meget begrænset omfang gjort brug af dette instrument inden suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.

For så vidt angår den fremtidige tilrettelæggelse af samarbejdet mellem Danske Regioner og de private sygehuse, herunder sikringen af de nye rammer for det udvidede frie sygehusvalg, har regeringen aftalt en tostrengt proces med Danske Regioner den 1. april d.å.

Aftalens fase to vedrører perioden efter 1. januar 2010 og bygger på primært to hensyn: 1) en fortsat sikring af patientens rettighed under det udvidede frie sygehusvalg med takstfastsættelse, der tager udgangspunkt i referencetakster og 2) en øget konkurrenceudsættelse på udvalgte ydelser i den samlede sygehusaktivitet.

Regionernes forhandlinger med de private aftaleparter vil således fra 2010 tage udgangspunkt i referencetakster, som fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer behandlinger billigst og mest omkostningseffektivt. Dermed skal de private sygehuse matche de mest effektive offentlige sygehuse og således i højere grad konkurrere på markedsvilkår i forhold til de offentlige sygehuse.

I lyset heraf mener jeg ikke, at Rigsrevisionens konstatering af *"at aftalen, som den foreligger ikke sikrer på konkurrence mellem de private sygehuse"* er relevant. Den form for konkurrenceudsættelse, der ligger i de nye rammer, sikrer princippet om, at de offentlige sygehuse ikke skal betale mere for behandlingen i privat regi, end det de kan levere ydelsen for i eget regi.

Aftalen af 1. april følger ligeledes op på anbefalingen om strategisk udbud generelt fra det tværministerielle udvalg i 2007, idet regionerne opfordres til øget anvendelse af strategisk udbud på udvalgte områder. Det skal også ses i lyset af regionernes indhøstede erfaringer i suspensionsperioden, hvor de har opnået aftaler om køb af aktivitet på private sygehuse og klinikker til lavere priser.

Det er forventningen, at regionerne fremover vil bruge strategisk udbud, herunder rammeudbud, på udvalgte områder som et styringsinstrument i tilpasningen af sygehusaktiviteten generelt. Regionerne kan med fordel udbyde en del ukomplicerede og planlagte operationer på eksempelvis det ortopædkirurgiske område fx knæ- og hofteoperationer og/eller grå stær. Dvs. behandlinger, hvor der i forvejen er erfaringer med lange ventelister. Via rammeudbud på disse områder kan regionerne opnå fordelagtige priser, bl.a. pga. den mængdesikkerhed, de private sygehuse og klinikker får. Øget brug af strategiske udbud kan således bruges i tilpasningen af sygehusaktiviteten generelt og dermed i efterlevelsen af at kunne tilbyde patienter adgang til behandling inden for en måned.

Sammenfattende mener jeg således ikke, at Rigsrevisionens og flertallet af Statsrevisorernes argumentation om, at de private sygehusydelse ikke er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien kan underbygges.

En kopi af redegørelsen er sendt til rigsrevisor.

Med venlig hilsen

Claus Hjort Frederiksen