

Beretningen må først omtales i medierne  
den 17. juni 2009 kl. 12.30

RIGSREVISIONEN



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

Juni  
2009

revision

## Indholdsfortegnelse

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

---

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

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

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 -

---

## I. Introduktion og resultater

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Undersøgelsens formål er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

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

## UNDERSØGELSENS RESULTATER

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

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

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

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

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

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

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

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

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

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

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

#### *Udviklingen i markedet for private sygehuse*

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

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

#### *Sundhedsministeriets vurdering af aftalemodellen*

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

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

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

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

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

- Rigsrevisionen finder det relevant, at Sundhedsministeriet følger op på konsekvenserne af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer i forhold til, at ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller ikke har en arbejdsgiver, der vil betale for en sådan behandling. Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke hidtil har foretaget en sådan opfølgning.
- Finansministeriet og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsministeriet vil analysere udviklingen i såvel udbredelsen af sundhedsforsikringer som udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen. Ministeriet vil tage kontakt til de private sygehuse med henblik på at tilvejebringe et grundlag for at vurdere sammenhængen mellem anvendelsen af sundhedsforsikringer og udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen.



## II. Indledning

### A. Baggrund

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

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

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

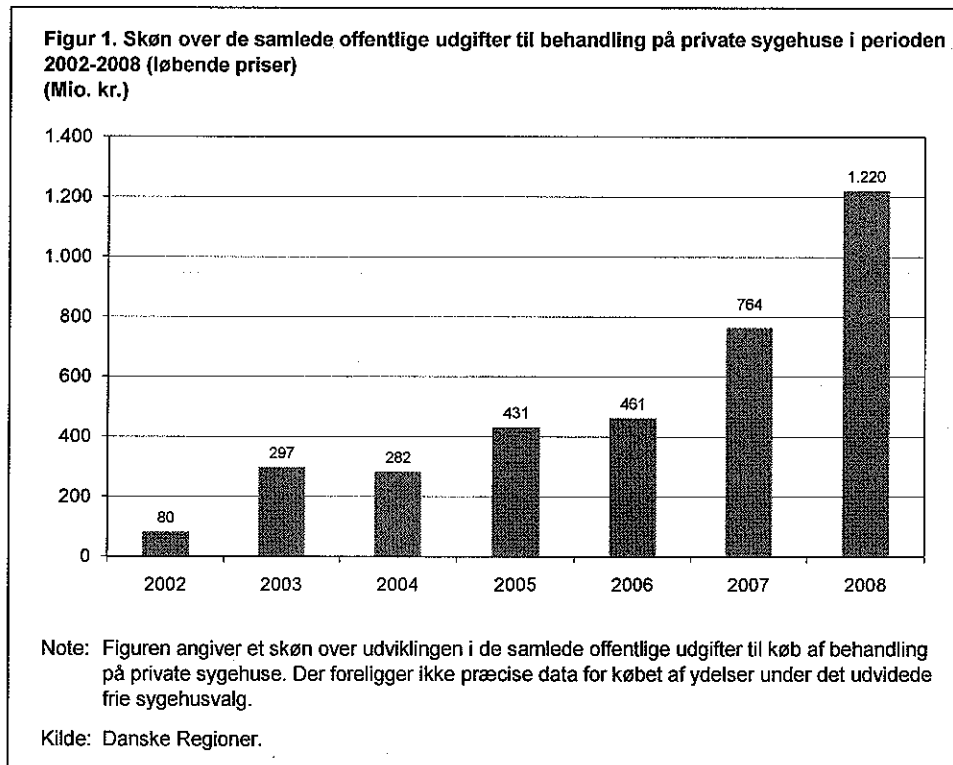
- nedbringe ventetiderne på behandling
- give borgerne større valgfrihed mellem offentlige og private sygehuse
- øge behandlingskapaciteten i sygehussektoren
- øge effektiviteten på de offentlige sygehuse.

11. 2 centrale tiltag har understøttet denne udvikling:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **B. Formål, afgrænsning og metode**

### **Formål**

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

Undersøgelsens formål er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

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

### **Afgrænsning**

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

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

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

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

#### **Metode**

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

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

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

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

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

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

### III. Indgåelse af aftaler efter ordningen om udvidet frit sygehusvalg

#### UNDERSØGELSENS RESULTAT

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

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

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

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

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

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