

## Statsrevisorernes bemærkning

### BERETNING 15/2008 OM PRIS, KVALITET OG ADGANG TIL BEHANDLING PÅ PRIVATE SYGEHUSE

Siden 2002 har ordningen om det udvidede frie sygehusvalg givet patienter ret til behandling på private sygehuse, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke har kunnet sikre behandling inden for en frist på 2 måneder. Fristen blev i oktober 2007 nedsat til 1 måned.

Stadig flere patienter – indtil nu over 280.000 patienter - benytter sig af fritvalgsordningen. Regionernes udgifter til behandlinger på de private sygehuse er således steget markant fra 80 mio. kr. i 2002 til 1,2 mia. kr. i 2008. Det er dog samlet set en mindre andel af behandlinger, der foretages i privat regi, primært inden for planlagt kirurgisk behandling. Eksempelvis blev ca. 3 % af alle operationer foretaget i privat regi i 2007.

**Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet og regionerne ikke i tilstrækkelig grad har taget hensyn til pris og kvalitet, når man har erhvervet private sygehusydelse.**

- Regionerne er forpligtede til at indgå aftaler om køb og pris mv. med de private sygehuse og klinikker, som ønsker det. Da forhandlingerne om priser brød sammen i 2006, fastsatte sundhedsministeren priserne på et niveau (95% af de offentlige DRG-takster), som lå mellem, hvad amterne og brancheforeningen for de private sygehuse og -klinikker var villige til at acceptere. Statsrevisorerne konstaterer, at sundhedsministerens indgreb skete efter reglerne i sundhedsloven, men at indgrebet gjorde det umuligt at opretholde de mere end 100 aftaler, der var indgået til lavere priser. Aftalemodellen muliggjorde heller ikke en egentlig markedsafprøvning af priserne.
- Regionerne har ikke fastsat kvalitetskrav i fællesaftalerne med de private sygehuse, hvorfor man ikke har haft et ordentligt grundlag for at vurdere, om de private sygehuse leverede den ønskede kvalitet. Regionerne har i højere grad fastsat kvalitetskrav i de frivillige aftaler, som bl.a. blev indgået under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i 2006.

**Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet ikke har sikret, at private sygehusydelse 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 ydelseerne er erhvervet under skyldig hensyntagen til økonomien.**

Statsrevisorerne,  
den 17. juni 2009

*Peder Larsen  
Henrik Thorup\*)  
Helge Adam Møller  
Svend Erik Hovmand  
Mogens Lykketoft  
Manu Sareen*

\*) Statsrevisor Henrik Thorup har erklæret sig inhabil ved behandlingen af denne sag.

- I 2006 vurderede Konkurrencestyrelsen og Sundhedsministeriet, at markedet var modent til, at de fleste behandlinger kunne sendes i udbud. Et tværministerielt udvalg anbefalede rammeudbud som ny model for takstforhandling – anbefalingen fremgik dog ikke af den endelige rapport. Flere regioner opnåede lavere priser ved at sende behandlinger i udbud under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.
- Forhandlingerne mellem regionerne og private sygehuse vil fremover tage udgangspunkt i omkostningsniveauet på de billigste offentlige sygehuse. Forhandlingerne vil ikke sigte på konkurrence mellem de private sygehuse i form af rammeudbud el.lign., selv om det ville kunne føre til lavere priser. Regionerne kan dog opnå lavere priser ved øget brug af strategiske udbud, dvs. udbud af et bestemt antal behandlinger.
- Statsrevisorerne konstaterer, at anvendelse af udbud alligevel ikke indgår i den fremtidige model for takstforhandling med de private sygehuse.

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

- Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er forudsat at bidrage til at nedbringe ventetiderne på behandling, fordi de patienter der behandles i den private sektor, ikke behandles i den offentlige sektor.
- Beretningen viser, at den gennemsnitlige ventetid på operationer faldt i perioden 2001-2003. Der kan for 2005-2008 imidlertid ikke konstateres en nogen sammenhæng mellem det markant stigende antal forsikrede og et fald i ventetiden på behandling.

*Helge Adam Møller og Svend Erik Hovmand ønsker at udtale, at de ikke kan tilslutte sig flertallets bemærkninger:*

De to statsrevisorer konstaterer, at:

- Folketinget har med bredt flertal vedtaget loven om udvidet frit sygehusvalg
- 280.000 patienter har indtil i dag haft gavn og glæde af ordningen
- Rigsrevisionen konkluderer, at prisaftaler og takster er forhandlet (og i 2006 fastsat) efter sundhedslovens bestemmelser (side 3, linie 10-14)
- Folketinget har under hele forløbet været orienteret.

På baggrund af ovenstående tager Helge Adam Møller og Svend Erik Hovmand afstand fra kritikken af Sundhedsministeriet på følgende områder:

- Kritikken af "ikke i tilstrækkelig grad at have taget hensyn til kvalitet når man har erhvervet private sygehuseydelse". Dette er Regionernes ansvar, hvilket også fremgår af Rigsrevisionens beretning (side 3, linie 1-3 samt side 4, linie 7 og 8 fra neden)
- Kritikken for "ikke at have sikret at private sygehuseydelse kan erhverves til lavere priser end de fastsatte takster". Sundhedsministerens indgreb i prisfastsættelsen i 2006 skete nøjagtigt efter reglerne i sundhedsloven (side 3, linie 12-14).  
Det skal også anføres, at Regionerne har haft mulighed for gennem strategiske udbud og i forhandlinger med privathospitalerne at sikre lavere priser (side 4, bullit 5, linie 2-5)

\* De anførte side- og liniehenviisninger er fra Rigsrevisionens beretning juni 2009.

**Ministerens svarfrist: 4 måneder**