



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 09-12-2019
Enhed: SUNDOK
Sagsbeh.: SUMMHA
Sagsnr.: 1910114
Dok. nr.: 1036540

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 11. november 2019 stillet følgende spørgsmål nr. 207 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 207:

”Kan ministeren oplyse, hvordan udgifterne til behandling på sygehuse og ophold på patienthoteller uden for hjemkommunen og rejseudgifter for den berørte borger fordeles mellem de to berørte regioner samt patient?”

Svar:

Det lægges til grund for besvarelsen, at der med ”uden for hjemkommunen” i spørgsmålet henføres til anden region end bopælsregionen.

Det fremgår af sundhedslovens § 235, stk. 1, at bopælsregionen afholder udgifter til sygehusbehandling mv. efter §§ 79, 82 a, 82 b, 83 og 85-88, § 89, stk. 1 og 3, og § 160 a.

Det fremgår endvidere af sundhedslovens § 235, stk. 2, at den region, der yder sygehusbehandlingen, kan opkræve bopælsregionen eller opholdsregionen betaling herfor.

En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i sundhedsloven, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen, jf. sundhedslovens § 86, stk. 1. Når patienter behandles i en anden region end bopælsregionen, kan den region, der yder sygehusbehandlingen, i henhold til sundhedslovens § 235, stk. 2, opkræve betaling herfor.

Et sygehus som behandler borgere fra en anden region kan af kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til personer med bopæl i regionen ellers vil blive tilsidesat, afvise at modtage en borger fra anden region til behandling. En bopælsregion kan derimod ikke nægte en borger at benytte det frie sygehusvalg.

Reglerne om betaling for sygehusbehandling ved anden regions sygehusvæsen er fastlagt i bekendtgørelse nr. 209 af 16. april 2018.

De gældende regler fastsætter som udgangspunkt en afregning svarende til gennemsnitsomkostningerne (DRG-taksten) for sygehusbehandling ved almindelige patientvandringer, mens taksten for patienter, som behandles på højt specialiseret niveau er de faktiske omkostninger inkl. forrentning og afskrivning af den faste kapital på den konkret udførende sygehus.

En velfungerende fritvalgsordning og en bedre kapacitetsudnyttelse i det offentlige sundhedsvæsen under ét kan understøttes ved, at afregningen mellem regionerne giver behandlerregionerne tilstrækkelig kompensation for ressourcetrækket på deres sygehuse og tilsvarende opfattes som retfærdig af de regioner, som afgiver patienterne og skal svare betalingen. Det indbefatter som udgangspunkt, at afregningstaksten bør afspejle karakteren af de konkrete patientvandringer, herunder omfang, behandlingsområder, specialiseringsgrad mv. For nogle patientvandringer kan det være relevant med en afregning, der er lavere end de gennemsnitlige omkostninger og dermed tættere på de reelle marginale omkostninger ved behandling af ekstra patienter fra andre regioner.

Bl.a. med udgangspunkt i dette opstillede regionerne i fællesskab i 2011 en hensigtserklæring i forhold til principperne for den mellemregionale afregning for patientvandringer på tværs af regionsgrænser. Regionernes hensigtserklæring betyder, at regionerne ved forbigående problemer på hoved- og regionsfunktionsniveau hjælper hinanden i det omfang, det er muligt, og at afregningen for disse patienter efter konkret aftale sker til ml. 70 og 100 pct. af DRG taksten. Den omkostningsbaserede afregning af de højt specialiserede patientvandringer er ændret til en afregning på ml. 90 og 100 pct. af DRG + eventuel afdelingsspecifik mark-up. I forlængelse af den fællesregionale hensigtserklæring er der indgået bilaterale aftaler mellem regionerne om den konkrete takstfastsættelse for langt hovedparten af patientvandringer på tværs af regionsgrænser, hvilket har resulteret i mellemregionale afregningstakster på mellem 70 pct. og 100 pct. af DRG taksten.

Reglerne om befordring er fastlagt i bekendtgørelse nr. 816 af 18. juni 2018 om befordring og befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven. Det fremgår af § 15 i bekendtgørelsen, at personer har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra behandling på sygehus m.v., hvis personen opfylder mindst et af følgende betingelser:

- 1) Personen modtager pension efter de sociale pensionslove.
- 2) Afstanden til eller fra sygehuset m.v., hvor den nødvendige behandling kan finde sted efter regionsrådets visitationskriterier, overstiger 50 km.
- 3) Personens tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler, herunder bus, tog og færge, og er i øvrigt omfattet af en af følgende situationer:
 - a. personen indkaldes i forbindelse med sygehusbehandling til videre ambulant behandling, eller
 - b. personen hjemsendes af sygehuset på weekendophold, kortere ferie eller lignende.

Befordringsgodtgørelse ydes til pensionister, hvis udgiften overstiger 43 kr., mens befordringsgodtgørelse ydes til ikke-pensionister, hvis udgiften overstiger 102 kr. (2019-niveau).

Det fremgår endvidere af bekendtgørelsens § 17, at personer, der opfylder mindst en af betingelserne i § 15, og som vælger at anvende det frie sygehusvalg eller det udvidede frie sygehusvalg efter sundhedslovens, har ret til godtgørelse af deres befordringsudgifter som minimum svarende til befordringsudgiften til det behandlingssted, hvor behandlingen ville have fundet sted efter regionsrådets visitationskriterier.

Det betyder, at hvis en patient benytter sig af frit sygehusvalg eller udvidet frit sygehusvalg, kan patienten få betalt den del af transportudgiften, som vedkommende ville have haft ret til, hvis vedkommende var blevet behandlet på det sygehus, der var henvist til.

Efter bekendtgørelsens § 26 har en patient – der har ret til befordring eller befordringsgodtgørelse til og fra bl.a. sygehusbehandling – ved rejser i forbindelse med ambulant behandling, der nødvendiggør overnatning uden for hjemmet også ret til overnatning eller overnatningsgodtgørelse (hoteldispositionsbeløb) og time- og dagpenge efter laveste sats i Finansministeriets cirkulære om time- og dagpenge m.v.

Patienthoteller er ikke omfattet af sundhedsloven, afregningen herfor er således alene et mellemværende mellem hotellet og borgeren.

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Mads Hansen