



INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET

Sundhedsudvalget 2022-23 (2. samling)
SUU Alm.del - endeligt svar på spørgsmål 57
Offentligt

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

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

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 24-03-2023
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPAMG
Sagsnr.: 2301210
Dok. nr.: 2606689

Hermed sendes besvarelse af spørgsmål nr. 57 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 18. januar 2023. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Kirsten Normann Andersen (SF).

Spørgsmål nr. 57:

”I eftersynet af sygehusvæsenet foretaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremgår det, at private sygehuse har øget andelen af behandlinger efter Covid19, så de private sygehuse nu varetager 10 pct. i stedet for 5 pct. Kan ministeren svare på om det udelukkende er patienter med lettere behandlingsbehov, som behandles på private hospitaler? Kan ministeren bekræfte, at det i mellemtiden fortsat er de offentlige sygehuse, som tager sig af komplicerede patienter – herunder patienter, der tager længere tid at behandle? Kan denne opgavefordelingen mellem det offentlige og private være en medvirkende årsag til produktivitetsfaldet i det offentlige sundhedsvæsen? Hvilken betydning har i givet fald den øgede behandlingsmasse på de private sygehuse for ventetiden på mere komplicerede - men ikke livstruende og invaliderende sygdomme - på de offentlige sygehuse?”

Svar:

Patienttyper på hhv. offentlige og private hospitaler

Til at svare den del af spørgsmålet, der omhandler patienttyper på hhv. offentlige og private hospitaler, er der indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen, der oplyser følgende:

”Privathospitaler varetager i dag behandling til offentlige patienter på en række områder, herunder også behandling af udvalgte såkaldte specialfunktioner; det vil sige behandling af mere kompleks karakter. Når privathospitaler varetager behandling til offentlige patienter forudsætter det, at der er indgået aftale med regionen herom, og for så vidt angår varetagelse af specialfunktioner forudsætter det desuden godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.

Sygehusbehandling kan varetages på henholdsvis hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. På hovedfunktionsniveauet varetages opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau. Sygehusbehandling på hovedfunktionsniveau varetages aktuelt i stort omfang på privathospitaler; blandt andet med henblik på at få afviklet udskudt aktivitet og reduceret ventetid. Det kan eksempelvis dreje sig om operation for grå stær, åreknuder, diabetes, fødsler mm. Særlig sjælden, kompleks eller dyr sygehusbehandling er omfattet af specialeplanen, hvor Sundhedsstyrelsen i henhold til Sundhedsloven § 208 har den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialfunktioner. Specialeplanlægning omfatter de offentligt finansierede opgaver på sygehusområdet og vedrører således varetagelsen af patientbehandling

for offentlige midler i såvel offentligt som privat regi, herunder de private specialsygehuse jf. Sundhedslovens § 79.

Privathospitaler kan ansøge om at varetage specialfunktioner på lige fod med regionerne. Privathospitaler kan således udføre specialfunktioner, hvis de er godkendt til det af Sundhedsstyrelsen, og har indgået aftale herom med regionerne. For at blive godkendt til at varetage specialfunktioner skal sygehuset (uagtet om det er offentligt eller privat) leve op til en række fastlagte principper og krav, som blandt andet er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation "Specialeplanlægning - Begreber, principper og krav", som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Herunder krav om robusthed i varetagelsen ved bl.a. tilstrækkeligt antal speciallæger, særlige kompetencer, og at der sikres sammenhæng og samarbejde med hovedfunktionsniveau og eventuelle assisterende og samarbejdende specialer, ligesom sygehuset har forsyningsforpligtelse.

Der skelnes mellem specialfunktioner på regionsfunktionsniveau og højt specialiserede specialfunktioner. Regionsfunktioner varetages typisk af 1-3 sygehuse i hver region, og kan således varetages en del steder i landet, mens de højt specialiserede funktioner som udgangspunkt varetages ganske få steder i landet; typisk 1-3 steder og nogle gange alene på ét sygehus i Danmark. Ved varetagelsen af højt specialiserede funktioner påtager sygehuset sig en helt særlig forpligtelse i forhold til at sikre den nationale varetagelse for alle patienter i landet, og at sikre faglig udvikling, forskning og uddannelse på området.

Hovedparten af specialfunktionerne varetages af de offentlige sygehuse, men der er også en lang række specialfunktioner, der varetages af privathospitaler, og der vil her hovedsageligt være tale om varetagelse af regionsfunktioner. Det vedrører eksempelvis specialfunktioner inden for specialerne ortopædisk kirurgi, urologi, psykiatri, neurokirurgi, neurologi, anæstesiologi, intern medicin: kardiologi og intern medicin: reumatologi. Såfremt privathospitalerne varetager specialfunktioner er de ligesom for regionernes vedkommende forpligtet til at leve op til de fastsatte krav og orientere Sundhedsstyrelsen, såfremt forudsætningerne for varetagelse af specialfunktionerne ændrer sig."

Jeg henholder mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Opgavefordelingens betydning for produktivitet i det offentlige sundhedsvæsen

De offentlige sygehuses produktionsværdi beregnes ved hjælp af DRG-taksterne. DRG-taksterne udtrykker sygehuses gennemsnitlige driftsudgifter indenfor definerede behandlinger/operationer. Taksterne bliver beregnet ved at koble den faktiske aktivitet og omkostningerne. Denne kobling tager højde for tyngden af en given behandling, hvor der også medtages forhold som kompleksitet og længde. Produktivitetens faldet kan derfor ikke forklares ved forskydningen i mængden af komplicerede eller simple opgaver på hhv. offentlige og private sygehuse, da opgørelsen netop tager højder herfor.

Det skal dog bemærkes, at produktivitetens faldet på de offentlige sygehuse kan være påvirket af covid-19 situationen, hvor der er et øget ressourceforbrug som følge af isolering, øget rengøring eller lign. Sådanne aktiviteter har ikke en konkret DRG-værdi og indgår derfor ikke i sygehuses produktionsværdi, men pålægger sygehuse opgaver og kræver ressourcer.

Al den aktivitet, der kommer fra det private, bidrager til at aflaste det offentlige sygehusvæsen.

Med venlig hilsen

Sophie Løhde