

Rapport
fra arbejdsgruppen om evaluering af
det udvidede frie sygehusvalg

Februar 2004

Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab,
Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Indholdsfortegnelse

Side 2

1. Resumé og konklusioner	3
Indledning	3
Overordnet indtryk af den udvidede fritvalgsordning	3
Information	6
Visitering	8
Samarbejde	11
Kvalitet	12
Økonomi og styring	14
2. Indledning	18
Baggrund og formål	18
Kommissorium	18
Nedsættelse af arbejdsgruppe	19
Metode	19
Møde med private aftalesygehuse	24
Lovgrundlag	25
Gældende aftaler, aktivitet og dækningsgrad	29
3. Overordnede indtryk af den udvidede fritvalgsordning	37
4. Information	43
5. Visitering	53
6. Samarbejde	60
7. Kvalitet	67
8. Økonomi og styring	71

Indledning

Amtsrådsforeningen og regeringen har i økonomiaftalen for 2004 aftalt at evaluere det udvidede frie sygehusvalg. Det overordnede formål med evalueringen er, at belyse erfaringerne med den udvidede fritvalgsordning for at etablere et grundlag for at tage stilling til, om der er behov for ændringer i ordningen set ud fra et politisk, patientmæssigt, økonomisk og styringsmæssigt perspektiv.

Evalueringen er foretaget på baggrund af interviews med patienter, to spørgeskemaundersøgelser rettet til amterne/H:S samt til de private sygehuse og -klinikker og udenlandske sygehuse, der behandler patienter efter aftale med Amtsrådsforeningen efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg.

Samlet set tilsigter undersøgelsen alene at afdække eventuelle tendenser i brugen og anvendelsen af det udvidede frie sygehusvalg. Man skal derfor generelt være forsigtig med at generalisere på baggrund af resultaterne.

I denne rapport betyder

- Aftalesygehuse: Private sygehuse og -klinikker og udenlandske sygehuse, der har indgået en aftale om at behandle patienter efter den udvidede fritvalgsordning.
- Offentlige sygehusejere: Amter, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Regionskommune.
- Benyttelsespatienter: Patienter, der er behandlet på et aftalesygehus.
- Ventelistepatienter: Patienter, der står på venteliste til behandling på et offentligt sygehus.

Ved amter forstås også Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Regionskommune, medmindre andet er anført.

Overordnet indtryk af den udvidede fritvalgsordning

Overordnet peger evalueringen på, at alle parter, dvs. både patienterne, aftalesygehuse samt de offentlige sygehusejere, er tilfredse med den udvidede fritvalgsordning, og den måde den fun-

gerer på, men at der også på nogle områder er behov for visse ændringer. Det drejer sig om følgende områder:

- Information
- Visitering
- Samarbejde
- Kvalitet
- Økonomi og styring

Samlet set er der en meget stor tilfredshed med det udvidede frie sygehusvalg hos både benyttelsespatienter, der allerede har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, og hos ventelistepatienter, som kan få mulighed for at benytte det.

Den helt klare årsag til, at patienter benytter det udvidede frie sygehusvalg og dermed fravælger det offentlige sygehus til fordel for behandling på et aftalesygehus, er lang ventetid på de offentlige sygehuse. Det er dog næsten 50 pct. af patienterne, der fortsat ønsker at blive behandlet på et offentligt sygehus til trods for en ventetid på mere end 2 måneder.

Den primære begrundelse herfor er, at de har tillid til det offentlige sygehusvæsen og personalets ekspertise. Det skal tilføjes, at patienter, der er blevet behandlet på et aftalesygehus, også er meget tilfredse med det, og de har ligeledes tillid til ekspertisen på aftalesygehuset.

Generelt set er der også stor tilfredshed blandt benyttelsespatienterne med at blive behandlet på et aftalesygehus. Hele 87 pct. har været meget tilfredse, mens 11 pct. har været tilfredse med behandlingen. Til sammenligning fandt man i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse på offentlige sygehuse fra 2002, at 90 pct. havde et positivt samlet indtryk.

Blandt aftalesygehusene er der ligeledes tilfredshed med det udvidede frie sygehusvalg. 95 pct. svarer, at det er tilfredsstillende eller bedre, at patienterne har adgang til et udvidet frit valg. Endvidere er der 58 pct., der svarer, at ordningen fungerer tilfredsstillende eller bedre. Samtidig er der dog ca. 25 pct., som synes, at ordningen fungerer dårligt. Aftalesygehusene er dermed mindre tilfredse med, hvordan ordningen fungerer i praksis, end med pati-

enternes adgang til et udvidet frit valg. Dette kan have en sammenhæng med, at der blandt aftalesygehusene spores mindre tilfredshed med ordningen hvad angår den information, patienterne får om det udvidede frie sygehusvalg og visiteringen af patienterne til aftalesygehusene.

De offentlige sygehusejere og aftalesygehusene er i store træk tilfredse med administrationen af det udvidede frie sygehusvalg. Der er dog enkelte områder, hvor der er mindre tilfredshed med ordningen samt områder, hvor de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene har forskellige erfaringer med ordningen.

Aftalegrundlaget

Aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere er generelt tilfredse med aftalegrundlaget. Der er dog en række aftalesygehuse, der finder administrationen bureaukratisk. Samtidig fremgår det af undersøgelsen, at de offentlige sygehusejere finder, at der er behov for en vis nuancering og revidering af aftalegrundlaget. Det er således et gennemgående ønske fra de offentlige sygehusejere, at patientforløbene beskrives og afgrænses således, at det tydeligere fremgår af aftalerne, hvad der er inkluderet heri, samt hvilke behandlingsmetoder, patientforløb og anæstesiformer aftalesygehusene tilbyder.

Nye behandlingsområder

Der har været en del fokus på, hvilke behandlinger der er dækket af aftalerne, og dermed på hvor mange patienter der reelt kan benytte ordningen. Der er indgået aftale inden for 17 specialer og inden for alle patientrettede specialer. Dækningsgraden kan dog også anskues i forhold til dybden i aftalerne. Det vil sige, hvor mange aftaler der er indgået inden for de enkelte specialer. Der findes dog ikke en samlet oversigt, der gør det muligt at vurdere dækningsgraden i forhold til både dybden og bredden i aftalerne. Det er i princippet de private udbydere, der bestemmer ydelsessortimentet, såfremt der kan opnås enighed om pris og vilkår. Den vigtigste forklaring på en evt. manglende dækningsgrad er derfor dels, at der ikke findes private markeder i forhold til konkrete behandlinger (f.eks. det medicinske område), dels prisfastsættelsen (f.eks. knæ- og hofteskiftninger).

Det er godt og vel halvdelen af aftalesygehuse, der i undersøgelsen udtrykker et ønske om at udvide med nye behandlingsområder. De fleste offentlige sygehusejere finder imidlertid ikke, at der er behov for at indgå aftaler inden for nye behandlingsområder. Enkelte offentlige sygehusejere fremfører dog, at der kan være behov for aftaler inden for det neurologiske speciale, MR-scanninger og medicinsk udredning. Endvidere fremfører nogle offentlige sygehusejere, at der kan være behov for flere aftaler om knæ- og hoftealloplastikker. Det bemærkes hertil, at Amtsrådsforeringen i henhold til sygehusloven indgår aftale med alle mindre sygehuse m.v., der ønsker det.

Information

Alle offentlige sygehusejere har oplyst, at de har udarbejdet en patientinformationspolitik for det udvidede frie sygehusvalg. Langt størsteparten oplyser, at de informerer patienterne om:

- Den forventede ventetid på undersøgelse eller behandling.
- Reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.
- Dato for patientens første kontakt på sygehuset.
- Hvor patienten skal henvende sig, hvis patienten ønsker at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Informationen internt i amterne afhænger dog af den enkelte afdelings aktuelle ventelistsesituation.

Patienterne synes da også at have et rimeligt kendskab til både det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg. Der er dog lidt færre, der kender til ordningen om det udvidede frie sygehusvalg sammenlignet med det frie sygehusvalg. Forholdsvis mange af dem, der kender til ordningen med det udvidede frie sygehusvalg, har fået denne viden fra det offentlige sygehus. Overordnet set synes informationen fra de offentlige sygehuse således i de fleste tilfælde at have været tilfredsstillende. En femtedel af ventelistepatienterne, der har oplyst, at de ikke har fået information om det udvidede frie sygehusvalg, burde dog have fået den fra det offentlige sygehus, idet deres forventede ventetid på behandling var over 2 måneder.

På baggrund af patienternes vurdering af informationen kan der være behov for at forbedre informationen på to punkter. Det drejer sig om information fra det offentlige sygehus om ventetider ved offentlige og private sygehuse og -klinikker samt udenlandske sygehuse. Forholdsvis mange patienter, der har benyttet ordningen, fremfører således, at de ikke har fået denne information på trods af, at de offentlige sygehuse har pligt til at oplyse dette ved en forventet ventetid på mere end 2 måneder. Denne information er væsentlig for patienternes overvejelser om, hvorvidt de er berettiget til og i øvrigt ønsker at benytte deres fritvalgsmuligheder. Herudover drejer det sig om bedre information om, hvordan man som patient skal forholde sig, hvis man ønsker at blive viderehenvist til et andet offentligt sygehus eller aftalesygehus.

Aftalesygehusene er overvejende utilfredse med informationen om det udvidede frie sygehusvalg. De gør imidlertid opmærksom på, at hos en række af de offentlige sygehusejere fungerer informationen udmærket, mens det ikke er tilfældet andre steder.

Flere af de offentlige sygehusejere fremfører ligeledes, at de finder, at patienterne nogle gange informeres forkert eller utilstrækkeligt af aftalesygehusene.

Hovedparten af aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere mener, at informationen fra de centrale myndigheder om det udvidede frie sygehusvalg har været tilfredsstillende eller bedre.

Der er ingen formel klageadgang over administrative beslutninger vedrørende frit sygehusvalg, men i praksis henvender patienter, som er utilfredse med en sådan beslutning, sig direkte til den ansvarlige myndighed, dvs. det offentlige sygehus eller amtet. Beslutninger om ret til frit sygehusvalg, som er baseret på en lægefaglig vurdering, kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Der kan på baggrund af undersøgelsen konstateres en vis forskel i det offentlige sygehusvæsenes information af patienterne og parternes informationsniveau. Der synes derfor at være et behov for at højne det generelle informationsniveau om ordningen.

Arbejdsgruppen anbefaler herudover at:

- Alle patienter får klar og hurtig information om tid og sted for behandling samt om deres ret til og mulighed for at benytte det frie og det udvidede frie sygehusvalg.
- Informationen gives systematisk inden for en kort frist efter, at det offentlige sygehus har modtaget en henvisning af patienten.
- Informationen også omfatter ventetider på andre relevante offentlige sygehuse samt private sygehuse og -klinikker, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.
- Informationen også angiver præcist, hvordan patienten skal forholde sig, hvis vedkommende ønsker at benytte sine muligheder for at vælge sygehus.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen arbejder på at sikre, at alle patienter i hele landet får en grundig og fyldestgørende information og dermed et ensartet grundlag for at vælge sygehus.

Det kan overvejes at indføre en adgang for patienter til at klage over administrative beslutninger vedrørende det udvidede frie sygehusvalg.

Visitering

Ansvaret for visitering

Ansvaret for visiteringen af patienter, der ønsker at benytte det udvidede frie sygehusvalg, er i de fleste amter placeret på de enkelte afdelinger. Hos fire af de offentlige sygehusejere er ansvaret dog placeret centralt hos patientkontoret eller en rådgivende informationsenhed. Der er en tendens til, at aftalesygehuse overordnet vurderer, at visiteringen fungerer bedst gennem de centralt placerede viderevisiteringsenheder.

Aftalesygehuse er generelt noget skeptiske med hensyn til amternes/H:S' visitering af patienter til aftalesygehuse. 41 pct. af aftalesygehuse synes, at visiteringen fungerer tilfredsstillende eller bedre, mens 51 pct. synes, at visiteringen fungerer dårligt el-

ler meget dårligt. De resterende har svaret "ved ikke". Mange aftalesygehuse gør opmærksom på, at der er store forskelle med hensyn til visitering de offentlige sygehusejere imellem, idet visiteringen fungerer tilfredsstillende blandt nogle offentlige sygehusejere, mens den hos andre ikke fungerer.

De offentlige sygehusejere finder i modsætning hertil, at viderehenvisningen fungerer godt eller tilfredsstillende. De forskellige vurderinger af visiteringen kan formentligt delvist relateres til forskellig opfattelse af, hvordan visiteringen skal håndteres. Det er eksempelvis lægerne på de offentlige sygehuse der afgør, hvilken behandling patienten skal viderevisiteres til, og der skal være en vis klarhed med hensyn til diagnosen, når patienten skal henvises.

Det anbefales på baggrund af undersøgelsen, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Amdtsrådsforeningen, amterne og H:S i samarbejde gør en yderligere indsats for at højne vidensniveauet om det udvidede frie sygehusvalg i sundhedsvæsenet og hos aftalesygehuse.

Holdningen hos sundhedspersonalet

Mange af aftalesygehuse har tilkendegivet, at de har oplevet negative holdninger hos sundhedspersonalet på de offentlige sygehuse over for patienter, der har valgt behandling på et aftalesygehus. De offentlige sygehusejeres besvarelser indikerer, at sygehuspersonalets holdning til behandling kun i mindre grad er påvirket af, at patienten har været behandlet på et aftalesygehus.

Kun ganske få af patienterne på venteliste (4) har oplevet en negativ holdning hos personalet på det offentlige sygehus i forhold til patientens overvejelser om viderehenvisning til et aftalesygehus. Blandt ventelistepatienter troede 8 patienter, at holdningen hos personalet på det offentlige sygehus ville være negativ, hvis patienten overvejede viderehenvisning til et aftalesygehus. Af disse var der dog kun én patient, hvor personalets holdning kunne få vedkommende til at fravælge behandling på et aftalesygehus, mens de øvrige svarede nej til spørgsmålet. Patienterne synes således ikke almindeligvis at opleve problemer med hensyn til personalets holdning, idet der dog må tages forbehold for en lille stikprøve.

Patienternes mobilitet

Det er godt halvdelen af benyttelsespatienterne, der som følge af det udvidede frie sygehusvalg visiteres til et aftalesygehus i bopælsamtet. Derudover er der en tendens til, at der er færre ældre over 70 år, som bliver behandlet uden for eget bopælsamt.

I overensstemmelse med erfaringerne fra det almindelige frie sygehusvalg kan det konstateres, at patienters mobilitet ved valg af aftalesygehus er begrænset. Dette taler for, at der så vidt muligt tilstræbes en geografisk spredning af aftalerne, så patienter i hele landet får mere ens vilkår for at benytte det udvidede frie sygehusvalg. Amtsrådsforeningen har indgået aftaler med alle private sygehuse, som har ønsket dette, men indgår ikke kapacitetsaftaler, og markedet afgrænser således tilbuddene.

Der bør så vidt muligt tilstræbes en geografisk spredning af aftaler, så patienter i hele landet får mere ens vilkår for at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Internetværktøjer

De offentlige sygehusejere og aftalesygehusene finder, at www.sygehus_valg.dk overordnet fungerer godt. Derimod er der mindre tilfredshed med www.venteinfo.dk. Ifølge de offentlige sygehusejere skyldes dette bl.a., at mange aftalesygehuse ikke indberetter deres ventetider, eller at disse indberetninger ikke er tidsvarende. Flere aftalesygehuse har tilkendegivet, at hjemmesiderne er uoverskuelige og svære at hente information fra. En række aftalesygehuse mener således, at det formentlig er begrænset, i hvor høj grad patienterne bliver visiteret til aftalesygehusene som følge af hjemmesiderne.

Der er nu adgang til www.sygehusvalg.dk og www.venteinfo.dk via den offentlige Sundhedsportal.

Det kan overvejes at gøre det obligatorisk for alle sygehuse at indberette informationer vedrørende ventetid til Venteinfo mindst en gang om måneden, f.eks. ved at udvide aftalen mellem aftalesygehuset og Amtsrådsforeningen til at omfatte indberetning til Venteinfo.

En anden mulighed er at fremme interessen for Venteinfo blandt

aftalesygehusene ved, at der med jævne mellemrum udsendes nyt om Venteinfo m.v.

Det anbefales herudover, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet etablerer en mere patientvenlig version af Venteinfo.

Samarbejde

Samarbejdet mellem aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere om patienter, der er viderehenvist til et aftalesygehus, fungerer overordnet set tilfredsstillende. 14 ud af 15 offentlige sygehusejere finder således, at samarbejdet fungerer tilfredsstillende eller godt. Blandt aftalesygehusene finder 59 pct., at samarbejdet fungerer godt eller tilfredsstillende (21 pct. har svaret "ved ikke"). Der er en tendens til, at når patienten først er viderehenvist til behandling på et aftalesygehuse, fungerer samarbejdet.

I overensstemmelse hermed er der både blandt de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene tilfredshed med samarbejdet om komplicerede patientforløb (eks. patienter med andre lidelser der komplicerer behandlingen). De offentlige sygehusejere påpeger dog, at patienter med forventede komplicerede forløb kun sjældent henvises til et aftalesygehus, da disse ofte ikke behandler patienter med komplicerede bidiagnoser.

I forhold til fremsendelse af regninger og betalingen af disse er hovedparten af de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene ligeledes overordnet tilfredse. Det pointeres dog fra de offentlige sygehusejeres side, at fakturaerne ofte er ufuldstændige i forhold til forskrifterne i standardaftalen, samt at aftalesygehusene sjældent fremsender udskrivningsbrev samtidig med fremsendelsen af fakturaer. Der er enkelte af aftalesygehusene, som bemærker, at betalingen er langsommelig.

Der er visse steder problemer med fremsendelsen af fakturaer og betalingen af disse. Da det tilsyneladende ikke er et generelt problem, anbefales det, at disse problemer løses konkret gennem drøftelser mellem de konkrete amter/H:S og de enkelte aftalesygehuse.

Genoptræningsplaner

Patienter, der efter udskrivning fra et sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, skal have tilbudt en genoptræningsplan. Det er det henvisende sygehus' ansvar, at genoptræningsplanen bliver udarbejdet, selvom patienten er blevet behandlet på et aftalesygehus.

Det kan på baggrund af evalueringen konstateres, at patienter, der bliver behandlet på et aftalesygehus, ofte vil opleve en længere ventetid for at få udarbejdet en genoptræningsplan. Det er således kun 4 offentlige sygehusejere der svarer, at patienterne oftest får genoptræningsplanen på samme tid, som patienter, der er behandlet samtidigt på et af amtets sygehuse. 7 svarer, at patienten nogle gange eller sjældent modtager genoptræningsplanen samtidig.

Den længere ventetid forklares bl.a. med, at patienterne først kan tilbydes en genoptræningsplan, når den henvisende afdeling har modtaget et lægebrev fra aftalesygehuset. Papirgangen i forbindelse med fremsendelse af udskrivningsbrev forlænger således patienternes ventetid. Derudover giver det øgede ressourcepres i forbindelse med genoptræning af patienter fra aftalesygehusene kapacitetsmæssige problemer.

Sammenhæng i behandlingen

Patienter, der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, har generelt oplevet sammenhæng i behandlingsforløbet fra første undersøgelse, behandling og til eventuel opfølgning trods det, at det i mange tilfælde foregik forskellige steder. Ordningen synes således ikke umiddelbart at skabe problemer i forhold til ønsket om sammenhængende patientforløb.

Det bør overvejes at indføre retningslinier for udarbejdelse af genoptræningsplaner til patienter, der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, som klart beskriver de offentlige sygehusejeres og aftalesygehusenes ansvar i forbindelse med genoptræningen.

Kvalitet

Nogle patienter, der viderehenvises til et aftalesygehus efter det udvidede frie sygehusvalg, kan være af den opfattelse, at det of-

fentlige sygehusvæsen har godkendt behandlingskvaliteten på aftalesygehuset. Dette er ikke tilfældet.

Side 13

Aftalesygehusene skal i henhold til lovgivningen leve op til almindeligt gældende regler for privat virksomhedsudøvelse, lægelig patientbehandling og sundhedsfaglig virksomhed i øvrigt. Derudover skal de i henhold til bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling, fødselshjælp m.v. kunne fremlægge dokumentation for behandlingstilbud, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper m.v. De krav fremgår endvidere af standardaftalen med alle aftalesygehuse.

Det er derimod ikke de offentlige sygehusejeres opgave at vurdere kvaliteten af behandlingen på et aftalesygehus, medmindre der i konkrete sammenhænge opstår særlige grunde hertil. I givet fald kan Amdsrådsforeningen revurdere aftalen med det pågældende aftalesygehus. Dette bør, hvis det skønnes nødvendigt, ske efter drøftelse med Sundhedsstyrelsen. I forbindelse med en viderehenvisning kan de offentlige sygehuse derfor i praksis kun oplyse patienten om, hvilke aftalesygehuse der har indgået aftale om den konkrete behandling og ventetiden herpå.

Langt hovedparten af de offentlige sygehusejere (13) mener, at der bør stilles yderligere kvalitetskrav i aftalerne med aftalesygehusene, således at aftalesygehusene skal efterleve de samme kvalitetskrav som de offentlige sygehuse. Dette kan bl.a. ske ved indberetning til de kliniske databaser og Landspatientregistret eller ved at sikre, at der behandles et minimum antal patienter pr. år på aftalesygehusene.

Aftalesygehusene er derimod delte i holdningen til, om der bør stilles yderligere kvalitetssikringskrav. 26 pct. mener, at det bør der, 34 pct. mener, at det bør der ikke, og 40 pct. har ingen holdning hertil (svaret "ved ikke").

De ca. 150 aftalesygehuse indgår som et led i det offentlige sygehusvæsens tilbud til patienterne. Overordnet bør der derfor arbejdes hen imod, at aftalesygehusene så vidt muligt skal efterleve de samme kvalitetskrav og krav til kvalitetsmåling, som de offentlige sygehuse.

Det anbefales, at aftalesygehusene fremover skal indberette data til de eksisterende og kommende kliniske databaser. Derudover bør det overvejes, hvordan aftalesygehusene kan blive tilknyttet den kommende danske kvalitetsmodel.

Sundhedsstyrelsens vejledning "Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet" (2001) fastlægger de højt-specialiserede behandlinger (land- og landsdelsfunktionerne) og deres placering på sygehuse. Denne vejledning er ikke til hinder for, at aftalesygehuse tilbyder behandlinger, der betragtes som højt-specialiserede, men vejledningen dækker i princippet også det offentlige sygehusvæsens henvisning af patienter til sådanne sygehuse. Reglerne om det udvidede frie sygehusvalg gør imidlertid ingen undtagelse i disse tilfælde fra Amtsrådsforeningens pligt til at indgå aftale med alle privatsygehuse, der ønsker det. Der er som følge heraf også indgået aftale om højt-specialiseret behandling på private sygehuse. Dette betyder reelt, at det offentlige sygehusvæsen på aftalesygehuse tilbyder højt-specialiseret behandling, der efter Sundhedsstyrelsens vejledning burde være samlet på bestemte lands- og landsdelsafdelinger.

Det kan overvejes, om administrationen af det udvidede frie sygehusvalg bør tilpasses Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner, f.eks. således, at der kun efter en konkret faglig vurdering kan indgås aftale om højt-specialiseret behandling (lands- og landsdelsbehandling) på sygehuse, hvor det ikke er forudsat i vejledningen.

Økonomi og styring

De offentlige sygehusejere og aftalesygehusene er uenige om, hvorvidt honoreringen/taksterne i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning overordnet set er for høje eller for lave. Det er samtidig generelt holdningen, at det nuværende udgangspunkt - DRG-taksterne - kan give anledning til særlige problemer og overvejelser, når de anvendes over for private sygehuse.

Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at de offentlige sygehusejere mener, at aftalesygehusene foretager såkaldt cream-skimming af patienterne og vælger de lette patienter inden for de relativt bredt definerede DRG-grupper. Der nævnes forskellige former for

cream-skimming, bl.a. at aftalesygehusene ved indgåelse af aftaler vælger kun at indgå aftale om bestemte behandlinger inden for en gruppe, samt at patienter, der ved henvisningen synes komplicerede, afvises. Flere aftalesygehuse bemærker omvendt, at der ved indgåelse af aftaler ikke er tale om en reel forhandlingsituation. DRG-taksterne opleves af aftalesygehusene som et diktat.

Bl.a. af hensyn til overskueligheden er grupperne i DRG-systemet som nævnt relativt brede. En gruppe kan f.eks. dække forskellige operationstyper ved en bestemt diagnose. Det kunne således overvejes at aftale takster med de private aftalesygehuse, der mere specifikt knytter sig til procedurerne. Det brede ydelsessortiment sætter dog grænser for, hvilke metoder der i praksis kan anvendes ved fastsættelsen af honoreringen/taksterne. Det vil således ikke være praktisk muligt at fastsætte hver eneste behandlingstakst med den enkelte klinik. Samtidig skal der være et vist rum for forhandling. Sundhedsstyrelsen arbejder på at udbygge og forbedre den omkostningsdatabase, der indgår i beregningen af DRG-taksterne. Den vil på sigt kunne understøtte mere detaljerede, procedurespecifikke takster. Andre muligheder kan bl.a. være udbud eller rammeaftaler.

Det bør overvejes at afprøve nye honorerings-/takstprincipper i aftalerne med aftalesygehusene. Afregningen bør i højere grad tage udgangspunkt i omkostningerne ved de ydelser, aftalesygehuse faktisk tilbyder.

Konkret kan det overvejes at skele til speciallægeoverenskomsten i forbindelse med aftaler om flere behandlinger samtidig. Aftalerne er i overensstemmelse med DRG-vejledningen opbygget således, at aftalesygehusene kun honoreres for den dyreste behandling, hvor der udføres flere operationer under samme indlæggelse eller besøg. Aftalesygehusene har således ikke et økonomiske incitament til at samle behandlingerne i de tilfælde, hvor det vil være forsvarligt og mest hensigtsmæssigt for patienten. I de tilfælde hvor det er forsvarligt at udføre flere indgreb samtidig, vil det være billigere end at udføre samme indgreb over flere gange. I speciallægeoverenskomsten er det aftalt, at speciallægerne normalt får 50 pct. af prisen for det andet indgreb.

Det bør overvejes, om samme afregningsprincipper for dobbelt-

operationer kan anvendes i forhold til det udvidede frie sygehusvalg.

Dette skal ses i relation til koblingen til sygesikringssystemet. Der er indgået aftale med mange private klinikker/speciallæge der også har overenskomst med sygesikringen. De offentlige sygehus-ejere finder det i den forbindelse uhensigtsmæssigt, at det offentlige derved skal betale den samme speciallæge to vidt forskellige honorarer for den samme behandling afhængigt af, hvilken aftale patienten behandles under.

Samtidig påpeges det, at der er en tendens til, at ventetiden til sygesikringskonsultationer og lignende er blevet længere, hvilket kan skyldes, at klinikken finder det mere fordelagtigt at behandle patienter efter aftalerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Det bør derfor sikres, at der ikke sker en uhensigtsmæssig påvirkning af sygesikringssystemet som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Dette kunne ske ved at sikre en hensigtsmæssig sammenhæng mellem de priser, der aftales som led i det udvidede frie sygehusvalg og de priser, der aftales ved forhandlingerne om speciallægeoverenskomsten.

Det bør overvejes, at udarbejde retningslinier for praktiserende speciallæger der har aftale med både sygesikringen og om behandling af patienter gennem det udvidede frie sygehusvalg.

Der eksisterer ikke en fælles forståelse af begrebet "indlagte patienter" og "ambulant behandlede patienter". På de offentlige sygehuse defineres indlæggelse ved, at patienten har været indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads, mens patienter, der modtager ambulant behandling, er indskrevet på et ambulatorium. De private sygehuse skelner derimod generelt ikke mellem normerede senge og opvågningsafsnit og regner det ofte for en indlæggelse, når patienten har ligget i en opvågnings seng, selvom patienten sendes hjem samme dag. Den manglende fælles definition har medført flere uoverensstemmelser, idet de offentlige sygehuse finder en tendens til, at patienter takseres som indlagte i privat regi, mens de i offentligt regi ville blive betragtet som ambulante. Uoverensstemmelserne skyldes ikke mindst, at der normalt er en stor forskel i honoreringen.

Det anbefales, at der til brug for aftalerne med aftalesygehusene udformes en definition af ambulans behandling og indlæggelse.

Indberetning til Landspatientregistret

Aftalesygehusene er forpligtet til at indberette deres aktivitet til Landspatientregistret (LPR). Hvis Amtsrådsforeningens opgørelse af aktiviteten samt amters/H:S' opgørelse af omkostningerne sammenholdes med indberetningen fra Landspatientregistret, er det klart, at indberetningen ikke finder sted i tilstrækkelig grad.

Dette skyldes formentligt dels, at den administrative kultur ikke er så udviklet som det kunne ønskes hos visse aftalesygehuse, dels indberetningssystemet ikke har fungeret tilfredsstillende.

Det bør overvejes at kæde betaling sammen med indberetning til LPR og Venteinfo, således at aftalesygehuset modtager betaling for deres ydelse, når de har foretaget indberetning til LPR og Venteinfo.

2. Indledning

Baggrund og formål

Amtsrådsforeningen og regeringen har i økonomaftalen for 2004 aftalt at evaluere det udvidede frie sygehusvalg, der blev indført med virkning fra 1. juli 2002, og nu har virket i godt halvandet år. Det overordnede formål med evalueringen er at belyse erfaringerne med den udvidede fritvalgsordning for at etablere et grundlag for at tage stilling til, om der er behov for ændringer i ordningen set ud fra et politisk, patientmæssigt, økonomisk og styringsmæssigt perspektiv.

Kommissorium

Arbejdsgruppen skal efter sit kommissorium foretage en evaluering af det udvidede frie sygehusvalg, og herunder undersøge patienters, amters/ H:S' og private aftalesygehuses erfaringer med denne ordning.

Evalueringen skal tage udgangspunkt i:

- Interviews med patienter. Interviewene skal bl.a. belyse patienternes erfaringer med hensyn til information om det udvidede frie sygehusvalg, benyttelsen af det udvidede frie sygehusvalg, visitering og opfølgning m.v.
- En spørgeskemaundersøgelse rettet til amterne/H:S. Undersøgelsen skal bl.a. belyse amternes/H:S' erfaringer med hensyn til anvendelse af aftalerne mellem Amtsrådsforeningen og de private aftalesygehuse, herunder priser, samarbejde med de private aftalesygehuse, behandlingen på de private aftalesygehuse m.v. og genoptræning i det offentlige sygehusvæsen.
- En spørgeskemaundersøgelse rettet til de private og udenlandske aftalesygehuse. Undersøgelsen skal belyse de private og udenlandske aftalesygehuses erfaringer med indgåelse af aftaler med Amtsrådsforeningen, herunder priser, samarbejdet med det offentlige sygehusvæsen og behandlingskvaliteten.

Arbejdsgruppen skal desuden beskrive hvilke typer af behandlinger, der er indgået aftale om mellem de private aftalesygehuse og Amtsrådsforeningen med henblik på en belysning af mulighederne for at udvide aftaleområdet.

Arbejdsgruppen skal beskrive mulighederne for kvalitetssikring af behandling på private og udenlandske aftalesygehuse.

Arbejdsgruppen kan inddrage anden ekspertise i sit arbejde, herunder konsulentbistand.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og de private sygehuse.

Nedsættelse af arbejdsgruppe

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens medlemmer er:

Kontorchef Peder Ring, Amtsrådsforeningen

Fuldmægtig Anne Skriver Jensen, Amtsrådsforeningen

Planlægningschef Søren Helsted, Hovedstadens Sygehusfællesskabs direktion

Sekretariatschef Lars Tanderup, Hovedstadens Sygehusfællesskabs direktion

Speciallæge Henrik Erichsen, Erichsens Privathospital

Fuldmægtig Flemming Christiansen, Finansministeriet

Kontorchef John Erik Pedersen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, formand

Fuldmægtig Henrik Thorning, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Specialkonsulent Jette Vind Blichfeldt, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sekretariat

Arbejdsgruppens sekretariat er blevet varetaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.

Metode

Evalueringen af det udvidede frie sygehusvalg er foretaget gennem to særskilte spørgeskemaundersøgelser til henholdsvis am-

terne, Bornholms Regionskommune og Hovedstadens Sygehusfællesskab, samt aftalesygehusene og dels en interviewundersøgelse til henholdsvis benyttelsespatienter, der har anvendt det udvidede frie sygehusvalg, og ventelistepatienter. Spørgeskemaerne og interviewguiderne er udarbejdet specifikt til de enkelte målgrupper.

Alle offentlige sygehusejere har fået tilsendt et spørgeskema. Spørgeskemaet har flere indfaldsvinkler og omhandler eventuelle problemområder i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg. Alle offentlige sygehusejere har svaret på de fremsendte skemaer.

De 153 private og udenlandske sygehuse, som Amtsrådsforeningen har indgået aftale med, har ligeledes fået tilsendt et specifikt udarbejdet spørgeskema, som omhandler de aspekter og problemområder, der eventuelt kan være i forbindelse med ordningen. Der er inden for tidsfristen modtaget 97 udfyldte spørgeskemaer fra aftalesygehusene, hvilket giver en svarprocent på 71 pct.

Spørgeskemaerne indeholder dels afkrydsningsfelter, som der er udarbejdet statistik over, dels en række kommentarfelter, hvor der har været mulighed for mere specifikt at tilkendegive eventuelle holdninger.

Med henblik på at kvalificere belysningen af patienternes erfaringer og holdninger til det udvidede frie sygehusvalg, er det valgt at spørge både de patienter, som har anvendt det udvidede frie valg om deres oplevelse, samt de patienter, som er på en venteliste til behandling på et offentligt sygehus, og som eventuelt vil kunne anvende det udvidede frie sygehusvalg (ventepatienter).

De patienter, som har anvendt det udvidede frie sygehusvalg, er udvalgt via aftalesygehuse. Aftalesygehusene er skriftligt bedt om at fremsende en anmodning til de patienter, de senest har behandlet inden for ordningen om det udvidede frie sygehusvalg, om at give deres samtykke til at deltage i interviewundersøgelsen.

På samme vis er en række offentlige sygehuse/sygehusafdelinger anmodet om skriftligt at fremsende samtykkeerklæringer til patienter, som har ventet på behandling mellem 1 og 16 måneder. Sygehusene/afdelingerne er anmodet om at sikre en vis køns-, al-

ders- og geografisk spredning. For disse patienter er det i undersøgelsen valgt at fokusere på patienter fra 11 offentlige sygehuse i Københavns og Frederiksberg kommuner (H:S), Frederiksborg Amt, Storstrøms Amt, Bornholms Regionskommune, Sønderjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Århus Amt og Viborg Amt. Udvælgelsen af sygehuse er foretaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.

Efter lov om patienters retsstilling skal der indhentes samtykke fra patienterne, førend patienterne kan spørges. Det har derfor været nødvendigt at udsende anmodninger om samtykkeerklæringer til ca. 1.200 patienter, som venter på behandling og til ca. 1.200, som har anvendt det udvidede frie sygehusvalg. Baggrunden for det store antal udsendte samtykkeerklæringer skal ses i forhold til den traditionelt lave deltagelsesgrad i denne type undersøgelser. Patienter, som ønsker at deltage i undersøgelsen, fremsender samtykkeerklæring til det afsendende sygehus, som videreformidler samtykket. Det forhold, at der skal indhentes samtykkeerklæringer fra patienterne før en interviewrunde kan foretages, har medført en naturlig selektion blandt patienterne, hvorved en køns- og aldersspredning vanskeliggøres. Der er forsøgt at tage højde herfor. På samme vis er det forsøgt at sikre en geografisk og sygdomsmæssig spredning ved dels at udpege specifikke sygehuse/sygehusafdelinger til at fremsende samtykkeerklæringer, dels ved en spredning i de private sygehuse, som har udsendt samtykkeerklæringer.

Muusmann Research & Consulting har forestået interviewundersøgelserne til både ventepatienter og patienter, som har anvendt det udvidede frie sygehusvalg. Undersøgelserne er foretaget som telefoniske interviews med den enkelte patient i de respektive patientgrupper ud fra en fast spørgeskabelon.

Pilotundersøgelsen er gennemført som en struktureret telefoninterviewundersøgelse. Det er valgt at gennemføre undersøgelsen som telefoninterview, idet de fleste spørgsmål indeholder lukkede og faste svarkategorier. De færdige interviewguides blev pilottestet på enkelte respondenter før igangsættelse af telefoninterviewundersøgelsen. Telefoninterview blev gennemført i perioden den 19. januar til den 28. januar 2004.

Udgangspunktet for pilotundersøgelsen har været svar fra 400 patienter samlet set inden for de to grupper - patienter der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg og patienter på venteliste.

Der returneredes 257 underskrevne samtykkeerklæringer fra patienter, som stod på venteliste, svarende til 24 pct. af de udsendte samtykkeerklæringer.

Af de 257 patienter på venteliste, der havde samtykket, blev der gennemført interview med 150 patienter.

Der var forskellige årsager til frafald af de resterende 105 ventelistepatienter, som ellers havde givet samtykke. Disse frafaldsårsager er opgjort i tabel 1.

Tabel 1. Frafaldsårsager og antal ved patienter på venteliste.

	Antal	Procent
Er opereret/behandlet eller står ikke på venteliste mere	88	84 pct.
Behandlet på aftalesygehus (overført til den anden gruppe)	2	2 pct.
Almindelige fritvalgspatienter	2	2 pct.
Fem opkaldsforsøg	6	6 pct.
Samtykke modtaget for sent i forhold til interview, andet (bl.a. dansk, ferie, forkert telefonnummer, aflyst)	27	6 pct.
Samlet	105	100 pct.

Den langt største gruppe af patienter på venteliste som er ekskluderet efter, at der var taget kontakt til dem, var patienter, som allerede var opereret/behandlet eller som af anden årsag ikke længe stod på venteliste mere (82 pct.). Andre årsager til at patienter måtte udgå af undersøgelsen var, at de var blevet behandlet på privat sygehus, på offentligt sygehus i andet amt (almindeligt frit sygehusvalg), ikke kunne tale dansk, var på ferie, havde opgivet forkert telefonnummer, eller udgik som følge af fem forgæves telefonopkald.

For patienter, der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, skete udvælgelsen gennem 26 private sygehuse/klinikker. Aftalesygehuse udsendte den 5. januar 2004 på vegne af Indenrigs- og

Der er rettidigt returneret samtykkeerklæringer fra 637 patienter ved 21 af de 26 aftalesygehuse, svarende til en andel på 53 pct. Andelen af patienter, der har ønsket at give samtykke på deltagelse i undersøgelsen, svinger mellem 35 pct. og 77 pct. afhængigt af sygehus. Dertil kommer to patienter, der som ventelistepatienter i mellemtiden var blevet behandlet på et aftalesygehus, hvorfor det samlede antal samtykker på deltagelse i undersøgelsen var 639 patienter, som har benyttet det udvidede frie sygehusvalg.

Med baggrund i målet om gennemførelse af 400 interview, hvoraf de 150 blev gennemført med patienter på venteliste, var en tilfældig udvælgelse af samtykker blandt gruppen af patienter, der havde benyttet det udvidede frie sygehusvalg, nødvendig. Med henblik på at opnå en passende spredning på aftalesygehuse, blev der udvalgt samme relative andel af respondenter fra hvert aftalesygehus. Der var tale om en tilfældig udvælgelse, idet cirka den første halvdel af de registrerede samtykker ved hvert aftalesygehus blev udvalgt for kontakt. Således har der været forsøgt telefonisk kontakt til 339 patienter, der havde benyttet det udvidede frie sygehusvalg.

Efter opnåelse af 252 interviews (41 pct. af respondenterne der havde givet samtykke), blev der ikke foretaget yderligere interviews.

På baggrund af en samlet stikprøve af 402 patienter på venteliste og patienter der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, skal det understreges, at de fremkomne resultater og konklusioner skal tages med et forbehold for den forholdsvis lille stikprøve. Man skal derfor generelt være forsigtig med at generalisere på baggrund af resultaterne.

Udover spørgeskemaundersøgelserne og patientundersøgelsen tager evalueringen ligeledes afsæt i et notat fra Amtsrådsforeningen, som beskriver foreningens erfaringer og iagttagelser med administrationen af det udvidede frie sygehusvalg. Endvidere er der i forbindelse med patientundersøgelsen foretaget enkelte

sammenligninger med den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse 2002¹.

Side 24

Samlet set tilsigter undersøgelsen at afdække eventuelle tendenser i brugen og anvendelsen af det udvidede frie sygehusvalg.

Møde med private aftalesygehuse

Indenrigs- og Sundhedsministeriet indbød repræsentanter for en række danske og udenlandske aftalesygehuse til et møde i ministeriet den 12. november 2003. Formålet med mødet var, at repræsentanterne kunne orientere om deres erfaringer med det udvidede frie sygehusvalg som oplæg til nærværende evaluering af det udvidede frie sygehusvalg.

I mødet deltog repræsentanter for Aarhus Speciallægecenter, Plastikkirurgisk Center, Ortopædkirurgisk Center - Varde, Øjenklinik Klaus Trier, Sammenslutningen af Privathospitaler, PatientLink, Scan Sleep ApS, Søvnlægecenteret, Privathospitalet Dalgas a/s, Kirurgisk Klinik i Greve, Parkens Privathospital samt Amtsrådsforeningen og H:S.

På mødet orienterede repræsentanterne for aftalesygehuse om deres erfaringer i forbindelse med indgåelse af aftaler med Amtsrådsforeningen, herunder prisaftaler, mulige nye behandlingsområder, samarbejde med Amtsrådsforeningen og kvalitetssikring samt i forbindelse med deres samarbejde med de offentlige sygehuse, herunder visitering af patienter, modtagelse af journaloplysninger, administration og afregning samt efterbehandling af patienter på offentlige sygehuse.

Udarbejdelsen af spørgeskemaer til henholdsvis aftalesygehuse og til de offentlige sygehusejere har bl.a. taget afsæt i de erfaringer, som kom frem på mødet.

¹ Patienters vurdering af landets sygehuse 2002, landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2003

Frit sygehusvalg

Det almindelige frie sygehusvalg blev indført i 1993 og er gradvist udvidet gennem årene. Det omfatter nu alle sygehusafdelinger, dvs. både afdelinger med basisfunktion og afdelinger med lands- og landsdelsfunktion, og er reguleret i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. §§ 15-16.

Efter bekendtgørelsens § 15, stk. 1, kan en patient, der er henvist af en læge til sygehusbehandling eller fødselshjælp m.v., vælge behandling på bopælsamtets eller på andre amters sygehuse, uden bopælsamtets godkendelse. For en patient, der henvises til psykiatrisk behandling, kan retten til at vælge dog begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor, jfr. § 16.

En sygehusafdeling kan afvise at modtage en patient, der er fritvalgspatient fra et andet amt, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige årsager, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra eget amt eller til lands- og landsdelspatienter fra andre amter i modsat fald ville blive tilsidesat, jfr. § 15, stk. 3.

Er en patient henvist til ikke-akut behandling på et sygehus, hvor ventetiden til behandling væsentligt overstiger ventetiden til samme behandling på et andet sygehus, påhviler det førstnævnte sygehus snarest muligt at oplyse patienten om retten til selv at vælge sygehus og at tilbyde henvisning til et sygehus med en kortere ventetid, jfr. bekendtgørelsens § 15, stk. 4.

Udvidet frit sygehusvalg

Med virkning fra den 1. juli 2002 blev det frie sygehusvalg udvidet til også at omfatte private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Amtsrådsforeningen har indgået aftale med, hvis ventetiden på behandling overstiger 2 måneder i bopælsamtet, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 17.

Efter denne bestemmelse kan en person, som er henvist til sygehusbehandling, således vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som Amtsrådsforeningen har indgået aftale med, hvis bopælsamtet ikke, inden for 2 måneder efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved amtets egne sy-

gehuse eller et af de sygehuse, som amtet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Side 26

I opgørelsen af 2 måneders tidsfristen medregnes ikke perioder, hvor patienten gennemgår et forundersøgellesforløb, eller hvor behandling må udsættes på grund af patientens helbredstilstand eller efter patientens ønske.

Den udvidede fritvalgsordning gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, høreapparathandling, kosmetisk operation, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling m.v. Ordningen gælder heller ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

I øvrigt forudsætter ikke-akut sygehusbehandling som nævnt henvisning fra en læge, og det er sygehusets læger der afgør, hvilken behandling patienten kan tilbydes. Der er derfor ikke frit valg i relation til ydelsens indhold eller mængde, men valg af sygehus kan have betydning, hvor der er forskelle i behandlings- eller service-niveau.

Når en sygehusafdeling henviser en patient til et aftalesygehus, skal afdelingen sørge for, at relevante oplysninger fra patientens journal, herunder eventuelle røntgenbilleder m.v. sendes til aftalesygehuset til brug for behandlingen af patienten. Ligger behandlingsstedet i udlandet, skal oplysningerne om nødvendigt være oversat til et af følgende sprog, engelsk, tysk eller fransk, som forstås på behandlingsstedet.

En henvisning kan gøres betinget af, at patienten giver samtykke til, at disse oplysninger sendes til behandlingsstedet.

Information

På forespørgsel fra en patient, der er henvist til sygehusbehandling, skal amtsrådene oplyse om de af Indenrigs- og Sundhedsministeriet offentliggjorte ventetider på behandling på egne og på andre sygehuse, samt om hvor mange behandlinger af den type, patienten er henvist til, der foretages på de enkelte sygehuse, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 18.

Hvis ventetiden til behandling overstiger 2 måneder, skal sygehuset snarest muligt efter modtagelsen af henvisningen oplyse patienten om retten til selv at vælge et aftalesygehus. Sygehuset skal oplyse om ventetider til behandling på aftalesygehusene og tilbyde henvisning dertil. Ved sygehuset allerede ved modtagelsen af henvisningen, at ventetiden på behandling vil overstige 2 måneder allerede ved modtagelsen af henvisningen, skal sygehuset inden 8 hverdage meddele patienten disse oplysninger, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 17, stk. 7.

Amtsrådene offentliggør en oversigt over de sygehuse, som amtet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, jfr. § 15, stk. 1-2.

Aftaler mellem amterne og aftalesygehusene

Amtsrådene i forening indgår aftale med de private sygehuse og -klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning.

Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan indenrigs- og sundhedsministeren efter anmodning fra den ene part - aftalesygehusene - fastsætte vilkårene for aftalen.

Amtsrådene skal løbende offentliggøre, hvilke sygehuse de indgår aftaler med.

Bestemmelserne herom findes i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 27.

De private sygehuse og -klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, der ønsker at indgå aftale efter den udvidede fritvalgsordning med amterne, skal i den forbindelse på anmodning fra amtsrådene eller indenrigs- og sundhedsministeren fremlægge dokumentation vedrørende: behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper og lignende, ventetid til behandling og patientrettigheder.

Bestemmelserne herom findes i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 28.

De private sygehuse og -klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, der har fået henvist en patient til behandling i henhold til aftale med amterne, skal til brug for en eventuel fortsat behandling og for afregning for udført behandling give alle relevante oplysninger om behandlingen til det sygehus, som har henvist patienten.

Behandlingsstederne her i landet skal til statistiske formål indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Behandlingsstederne i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist patienten dertil.

Finansiering

Bopælsamtet afholder udgifter ved sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. Dog afholder opholdsamtet udgifterne til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. til personer, der ikke har bopæl her i landet, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 30, stk. 1 og 2.

Staten afholder alene udgifter til behandling, til højtspecialiseret behandling i udlandet samt til eksperimentel behandling på private sygehuse her i landet og på sygehus i udlandet efter nærmere fastsatte regler, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., §§ 30, stk. 3, 21 og 26, stk. 4.

Der kan ikke opkræves egenbetaling for sygehusbehandling fra personer, der har ret til sygehusbehandling her i landet, dvs. heller ikke ved valg af sygehus, hvor udgifterne til behandlingen er større end i bopælsamtet, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 1, stk. 2.

Afregning i forhold til private sygehuse efter den udvidede fritvalgssordning sker på baggrund af de aftaler, som Amtsrådsforeningen har indgået med de enkelte sygehuse.

Befordring

Patienter, der benytter det frie eller udvidede frie sygehusvalg, må selv sørge for befordring og ledsagelse, og selv afholde udgifterne hertil. Dog kan patienten få betalt den del af befordringsudgifterne,

som bopælsamtet skulle have betalt, hvis patienten blev behandlet på et sygehus, som amtet havde henvist til.

Side 29

Klageadgang

Der er ingen formel klageadgang over administrative beslutninger vedrørende frit sygehusvalg, men i praksis henvender patienter, som er utilfredse med en sådan beslutning, sig direkte til den ansvarlige myndighed, dvs. det offentlige sygehus eller amtet. Dog kan beslutninger om ret til frit sygehusvalg, som er baseret på en lægefaglig vurdering, påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

I øvrigt kan der klages over den sundhedsfaglige behandling på offentlige sygehuse og aftalesygehuse her i landet efter reglerne i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Klager over behandlingen på udenlandske aftalesygehuse må indgives og behandles i det pågældende land efter de der gældende regler.

Gældende aftaler, aktivitet og dækningsgrad

Aftalerne

En aftale mellem aftaleparterne, Amtsrådsforeningen og aftalesygehuset består af en standardaftale, der regulerer de overordnede vilkår for aftalen samt et bilag, der indeholder de behandlingsspecifikke forhold, samt forhold der er afhængig af faciliteterne m.v. Ændringer i aftalerne mellem forhandlingsperioder foretages i al-longer. Aftalerne er afgrænset, så aftalesygehuse alene kan udføre bestemte indgreb/behandlinger inden for rammerne af aftalen.

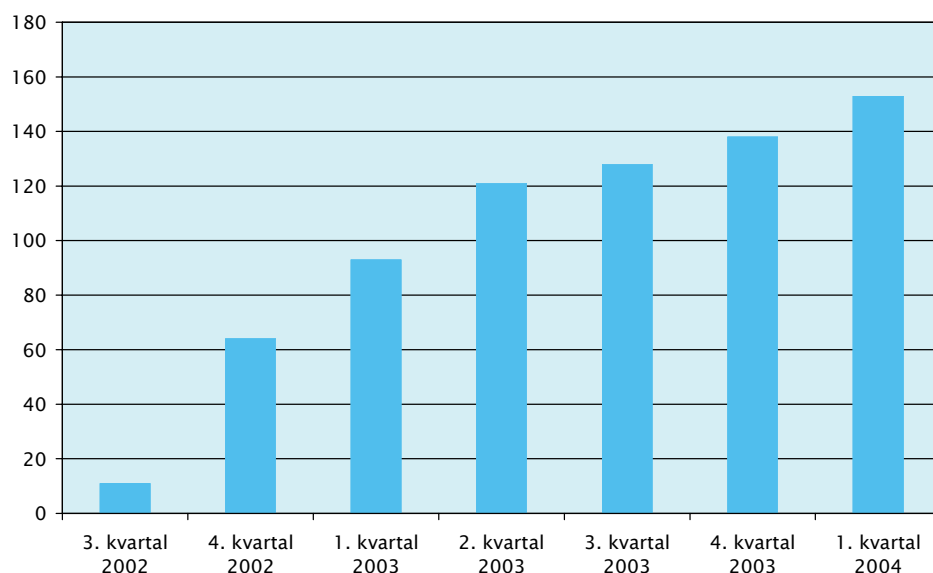
Det er de private udbydere - markedet - der bestemmer opgaveportofølgen, i det omfang aftaleparterne i øvrigt kan blive enige om pris og vilkår. Amtsrådsforeningen har således kun ved ordningens ikrafttrædelse været aktiv i forhold til at sikre, at der var indgået et antal af aftaler.

I de få tilfælde, hvor et aftalesygehus m.v. har ønsket at indgå aftale om behandling, der ikke tidligere er indgået aftale om, og/eller der har været tvivl om det faglige grundlag, herunder om tilsvarende behandling tilbydes på offentlige sygehuse, har Amtsrådsforeningen rådført sig med fagpersoner. For at sikre en uvildig faglig vurdering, har sådanne rådførelser siden efteråret 2003 foregået gennem Sundhedsstyrelsen.

Der er p.t. indgået ca. 150 aftaler med privatsygehuse og -klinikker i Danmark og udlandet. 20 af aftalerne er indgået med privatsygehuse i Tyskland og Sverige.

Side 30

Figur 1. Aftaler med private aktører



Kilde: Amsrådsforeningen.

Der er stor forskel på aftalernes omfang, idet nogle aftalesygehuse m.v. alene dækker få behandlinger, mens andre tilbyder næsten 2.000 behandlinger. Aftalerne indgås ud fra SKS-koder (behandlingskoder). Det kan dog være vanskeligt præcist at afgrænse, hvilke ydelser der indgås aftaler om, eksempelvis hvis flere behandlinger udføres samtidigt.

Aftalerne præsenteres på www.sygehusvalg.dk., som er indrettet til brug for både myndigheder, private udbydere og patienter. Både de offentlige sygehuse og aftalesygehuse er forpligtet til at oplyse deres ventetider på www.venteinfo.dk.

Dækningsgrad

Der har været en del fokus på, hvilke behandlinger der er dækket af aftalerne, og dermed hvor mange patienter, der reelt kan benytte ordningen.

En opgørelse af dækningsgraden kan anskues fra flere vinkler. Der kan for det første tages udgangspunkt i bredden af aftalerne, hvilket vil sige hvor mange specialer eller diagnoser, der er dækket

af ordningen. Det er dog ikke tilstrækkeligt at vurdere dækningsgraden i forhold til bredden, da en diagnose eller et speciale kan være indeholdt i bare én aftale. Det kan derfor også være relevant at vurdere dybden af aftalerne. Det vil sige, hvor mange aftaler er der indgået inden for de enkelte specialer eller diagnoser.

En oversigt over andelen af specialer, der er dækket af aftaler, kan give et indtryk af omfanget - bredden - af tilbuddene til patienterne. Det bør præciseres, at der er specialer, som det ikke kan forventes, at der bliver indgået aftaler inden for, eksempelvis klinisk farmakologi, samt specialer der er undtaget fra ordningen, eksempelvis psykiatri. Der er indgået aftale inden for alle de direkte patientrettede specialer, eksempelvis ortopædkirurgi og plastikkirurgi. Der er indgået aftale indenfor 17 specialer. Der er umiddelbart indgået flest aftaler inden for de ortopædkirurgiske, plastikkirurgiske, karkirurgiske og øjenkirurgiske specialer.

I det nedenstående er opgjort, hvor mange aftaler der er indgået i forhold til de overordnede operations/behandlingsgrupper (pr. 15. februar 2004). Opgørelsen er udarbejdet med udgangspunkt i kapitlerne i Klassifikation af operationer, Klassifikation af undersøgelser og Behandlings- og Plejeklassifikationen. En oversigt over, hvilke behandlinger/operationsgrupper som er dækket af aftalerne, kan give et indtryk af omfanget - bredden - af tilbuddene til patienterne. Det skal understreges, at det ikke nødvendigvis er alle behandlinger/operationer inden for grupperne, der er dækket af aftalerne.

Tabel 2. Klassifikation af operationer fordelt på aftaler

KA	Operationer på nervesystemet	35
KB	Operationer på endokrine organer	4
KC	Operationer på øjet og dets omgivelser	66
KD	Operationer på øre, næse, hals og strubehoved	58
KE	Operationer på tænder, kæber, mund og svælg	44
KF	Operationer på hjerte og store intrathoracale kar	13
KG	Operation på brystvæg, pleura, mediastinum, diafragma, trachea, bronchier og lunger	2
KH	Operationer på mammae	43

KJ	Operationer på fordøjelsesorganer og milt	46
KK	Operation på urinveje, mandlige genitalia og retroperitonealt væv	40
KL	Operationer på kvindelige genitalia	27
KN	Operationer på bevægeapparatet	53
KP	Operationer på perifere kar og lymfesystemet	48
KQ	Operationer på hud og subkutant væv	45
KT	Punkturer, punktionsbiopsier og mindre kirurg. operationer	48
KU	Endoskopi gennem naturlige åbninger	39
KY	Udtagning af væv til transplantation	4

Klassifikation af undersøgelser

UX	Radiologiske procedurer	27
----	-------------------------	----

Behandlings- og plejeklassifikationen

BA	Nervesystemet	4
BF	Hjerte og store kar	1
BI	Mave-tarmkanal	1
BJ	Nyrer, urinveje og kønsorganer	1
BL	Bevægeapparatet	7
BN	Hud og underhud	1

Kilde: Amdsrådsforeningen.

Det er først og fremmest de medicinske specialer, der ikke er dækket af aftalerne. Det bør påpeges, at de medicinske specialer er præget af akut behandling - det er således ca. 80 pct. af behandlingen, der er akut.

Som det fremgår af ovenstående, er det de private udbydere, der bestemmer ydelsessortimentet. Den vigtigste forklaring på mangler i ydelsessortimentet er derfor, f.eks. på det medicinske område, at der ikke her findes et privat marked, og der tilsyneladende ikke er incitament til at opbygge et sådant. Dette kan skyldes, at private udbydere ikke forventer, at honoreringen vil være tilstrækkelig, men det kan også skyldes, at der ikke er tradition for private udbydere inden for de medicinske specialer.

Derudover har der været fokus på, at bestemte behandlinger ikke - i tilstrækkelig grad - var dækket, eksempelvis knæ- og hofted-

skiftning samt artroskopiske operationer. Det ortopædkirurgiske speciale er generelt godt dækket af aftalerne - både i bredden og dybden - og de nævnte operationer tilbydes som rent privat betalte operationer. Det er derfor tilsyneladende ikke manglende private udbydere, men snarere prisfastsættelsen, der er forklaringen på den manglende interesse for at indgå aftaler.

Udover at vurdere dækningsgraden i forhold til bredde og dybde, kan det ligeledes være relevant at vurdere den i forhold til geografi. På baggrund af Amtsrådsforeningens opgørelse af aktiviteten i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg kan det konstateres, at patienternes mobilitet er relativt begrænset, og at de primært benytter aftalesygehuse m.v. i deres bopælsamt eller naboamter.

Amtsrådsforeningen har indgået aftaler med alle private sygehuse, der har ønsket det. Af det nedenstående fremgår, at der ikke er en jævn fordeling af klinikkernes placeringer. Der er således indgået flere aftaler Øst for Storebælt, dels at der er indgået flere aftaler omkring de større byer. Dette har umiddelbart en sammenhæng med både befolkningens størrelse og antallet af speciallæger i de enkelte amter.

Tabel 3.

Oversigt over antallet af aftaler fordelt på amter/H:S	Antallet af aftaler
Københavnsområdet (Københavns Amt og H:S)	48
Frederiksborg Amt	4
Roskilde Amt	6
Vestsjællands Amt	1
Storstrøms Amt	6
Bornholms Regionskommune	0
Fyns Amt	13
Sønderjyllands Amt	4
Ribe Amt	5
Vejle Amt	4
Ringkjøbing Amt	3
Århus Amt	26
Viborg Amt	2

Nordjyllands Amt	10
Udlandet	20

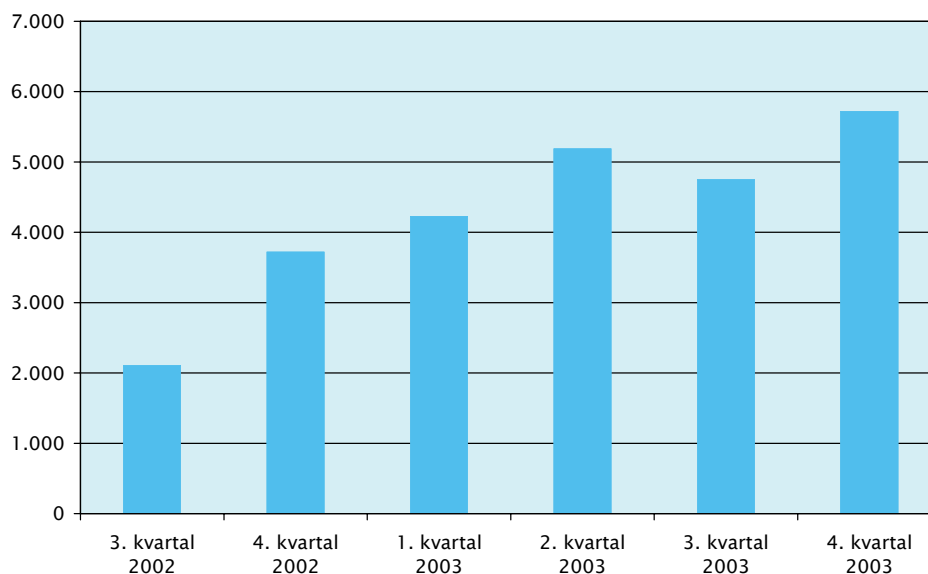
Kilde: Amtsrådsforeningen.

Aktivitet

Amtsrådsforeningen opgør aktiviteten inden for den udvidede fritvalgsordning hvert kvartal. Opgørelsen udarbejdes på baggrund af indberetninger fra de enkelte aftalesygehuse.

Siden ordningen trådte i kraft den 1. juli 2002, har ca. 26.000 patienter benyttet ordningen (1. juli 2002 - 31. december 2003).

Figur 2. Anvendelse af udvidet frit valg



Kilde: Amtsrådsforeningen.

Note: Faldet i antallet af patienter fra 2. kvartal 2003 til 3. kvartal 2003 skyldes langt overvejende ferie på sygehuse i juli måned 2003.

Aktiviteten er koncentreret om operation for grå stær og ortopædkirurgiske operationer. Det er således knap hver tredje patient, der bliver opereret for grå stær, og ca. hver fjerde patient der har fået foretaget en ortopædkirurgisk operation.

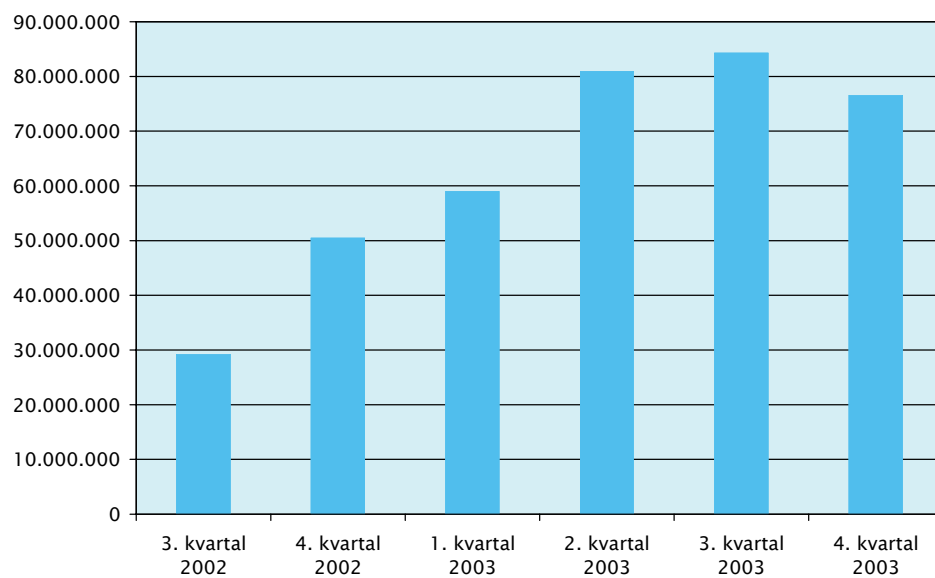
Tabel 4. Antal behandlede patienter efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg

Antal behandlede patienter	I alt
Antal behandlede patienter i alt	26.093
Heraf i udlandet	344

Indgreb/behandling (antal) i alt	
Ortopædkirurgi - hånd /håndled	1.042
Ortopædkirurgi – albue/underarm	149
Ortopædkirurgi - skulder/overarm	1.093
Ortopædkirurgi - hofte/hofteled	346
Heraf hofte alloplastikker	278
Ortopædkirurgi - knæ/knæled	2.731
Heraf knæ alloplastikker	191
Heraf korsbåndsoperationer	398
Ortopædkirurgi – fod/fodled	859
Rygkirurgi	905
Heraf operation for diskusprolaps	458
Bryst:	4
Øre, næse, hals:	3.024
Heraf behandling for søvnapnø	1.336
Kirurgi - perifere kar	1.408
Heraf operationer af varicer	1.395
Øjenkirurgi	7.125
Heraf operation for grå stær	6.766
Mave/tarm	788
Heraf operationer for brok	388
Heraf galdeblæreoperationer	295
Urinveje og mandlige kønsorganer	361
Gynækologi	199
Hjerte/kar	342
Heraf by-pass operationer	64
Heraf ballonudvidelser	47
Heraf KAG	186
Plastikkirurgi	1.838
Heraf indgreb på bryst	944
Heraf operation for abdomen pendens	446
Heraf brystrekonstruktion	46
Børnekirurgi	17
Røntgenundersøgelser og scanninger	657
Endoskopi	40
Ikke oplyst / andet	1.547
Antal afviste patienter efter årsag	
Kapacitetsmæssig	25
Kompleksitet	185
Andet	319
I alt	527

På baggrund af de indberettede oplysninger samt anslåede gennemsnitsomkostninger kan den samlede omsætning indtil 31. december 2003 opgøres til ca. 380 mio. kr.

Figur 3. Omsætning for patienter som anvendte det udvidede frie sygehusvalg, for 3. og 4. kvartal 2002 samt 1., 2. og 3. kvartal 2003, i kr.



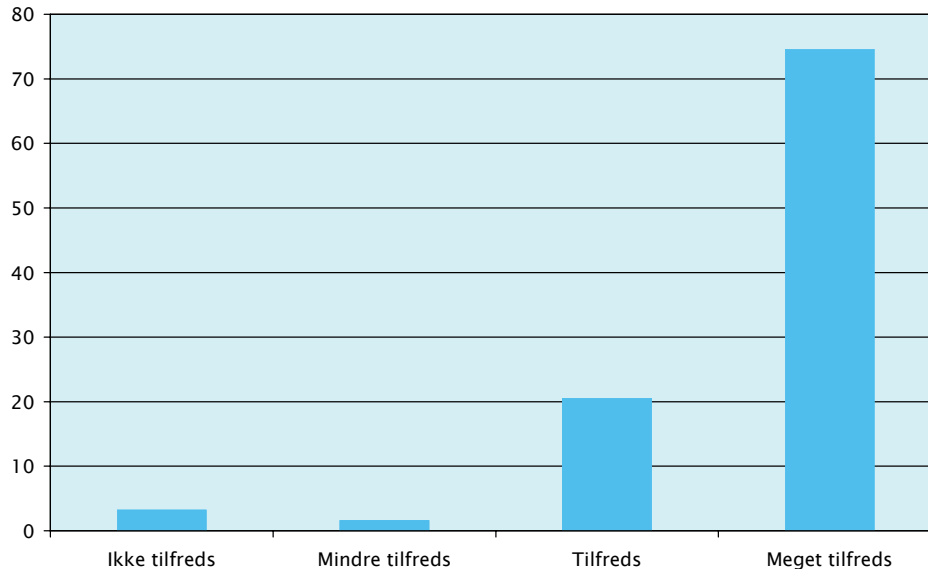
Kilde: Amdsrådsforeningen.

3. Overordnede indtryk af den udvidede fritvalgsordning

Generelt er en stor del af ventelistepatienterne (77 pct.) enten tilfredse eller meget tilfredse med det udvidede frie sygehusvalg som ordning og mulighed i tilfælde af en ventetid, der overstiger 2 måneder på det offentlige sygehus. Kun 7 pct. er ikke eller mindre tilfredse med ordningen (figur 6).

På samme vis er langt hovedparten af benyttelsespatienterne tilfredse med ordningen. Det er således 95 pct., der er meget tilfredse eller tilfredse med ordningen, og kun knap 5 pct. ikke eller mindre tilfredse. En tilfredshed der er højere end blandt patienter på venteliste.

Figur 4. Tilfredshed med det udvidede frie sygehusvalg (N=248, pct.)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse foretaget af Muusmann.

Generelt set har der da også været stor tilfredshed med at blive behandlet på et aftalesygehus blandt benyttelsespatienterne. Hele 87 pct. har været meget tilfredse, mens 11 pct. har været tilfredse med behandlingen. Til sammenligning fandt man i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2002, at 90 pct. havde et positivt samlet indtryk

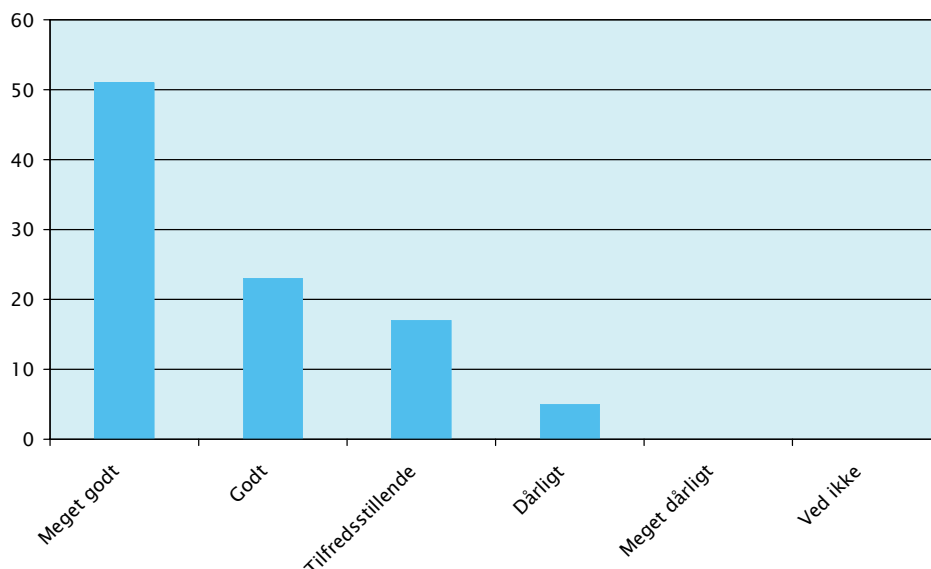
Hos hele 94 pct. (238) af benyttelsespatienterne, levede behandlingen på aftalesygehuset op til forventningerne hos patienten og

hos yderligere 4 pct. (9) gjorde det det til dels. Kun for 2 pct. (5) af patienterne var dette ikke tilfældet. På samme vis levede service-niveauet på aftalesygehuset også op til forventningerne helt eller delvist for 98 pct. (247) af patienterne. Igen var det kun 2 pct., hvor dette ikke var tilfældet.

For 64 pct. (161) af benyttelsespatienternes vedkommende var den væsentligste årsag til, at aftalesygehuset levede op til forventningerne, at patienterne fik klaret det de kom for. For 77 pct. (193) var det den personlige kontakt ved det private sygehus/klinik, der specifikt levede op til forventningerne, mens informationen, de fysiske rammer og forplejningen blev angivet af mellem 46-60 pct. som årsag til opfyldelse af forventningerne.

Blandt aftalesygehusene er der ligeledes tilfredshed med det udvidede frie sygehusvalg. 95 pct. svarer, at det er tilfredsstillende eller bedre, at patienterne har adgang til et udvidet frit valg. Endvidere er der 58 pct., der svarer, at ordningen fungerer tilfredsstillende eller bedre. Samtidig er der dog ca. 25 pct., som synes, at ordningen fungerer dårligt. Aftalesygehusene er dermed mindre tilfredse med, hvordan ordningen fungerer i praksis, end med patienternes adgang til et udvidet frit valg. Dette kan have en sammenhæng med, at der blandt aftalesygehusene spores mindre tilfredshed med ordningen hvad angår den information, patienterne får om det udvidede frie sygehusvalg og visiteringen af patienterne til aftalesygehusene.

Figur 5. Aftalesygehusenes svar på spørgsmålet "Hvad synes Deres sygehus/klinik overordnet set om patienternes adgang til udvidet frit sygehusvalg?" Antal svar i hver kategori.



Kilde: Amdsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehuse.

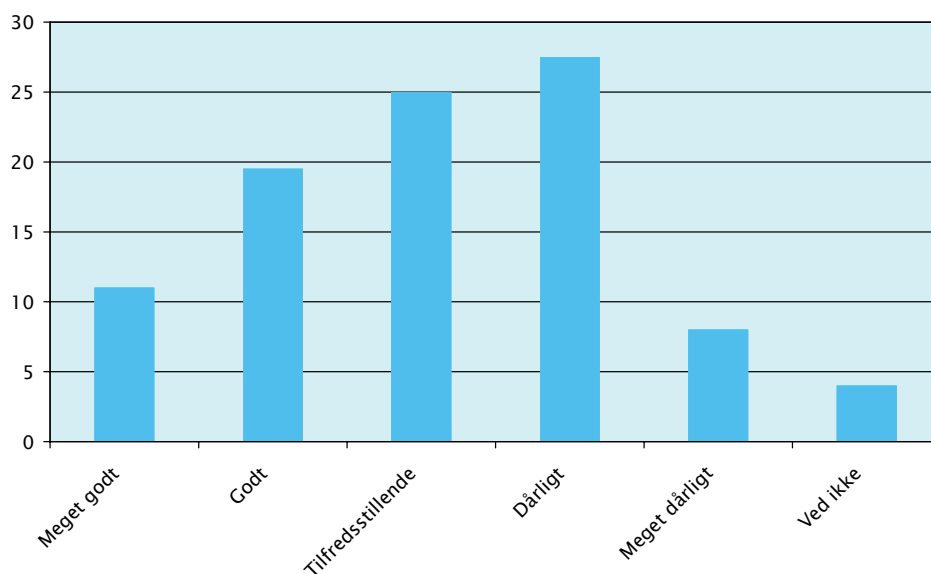
De offentlige sygehusejere og aftalesygehuse er i store træk tilfredse med administrationen af det udvidede frie sygehusvalg. Der er dog enkelte områder, hvor der er mindre tilfredshed med ordningen samt områder, hvor de offentlige sygehusejere og aftalesygehuse har forskellige erfaringer med ordningen.

Endvidere svarer 58 pct. af aftalesygehuse, at ordningen fungerer tilfredsstillende eller bedre, jfr. figur 2. Samtidig er der dog ca. 25 pct. som synes, at ordningen fungerer dårligt. Aftalesygehuse er dermed mindre tilfredse med, hvordan det udvidede frie sygehusvalg ud fra en samlet betragtning fungerer i praksis, end med patienternes adgang til et udvidet frit valg. En tilsvarende andel af aftalesygehuse udviser utilfredshed med visitationen og informationen. Den overordnede utilfredshed kan muligvis ses i sammenhæng med dette.

Der er dog en række områder, hvor der kan spores knap så megen tilfredshed hos aftalesygehuse med ordningen. Det drejer sig først og fremmest om den information patienterne får om det udvidede frie sygehusvalg og om visitering af patienterne til aftalesygehuse.

Der ses en lille tendens til, at de aftalesygehuse, som har fået henvist få patienter som følge af det udvidede frie sygehusvalg, er mere utilfredse end aftalesygehusene set under ét for så vidt angår det offentlige sygehusvæsens generelle holdning til det udvidede frie sygehusvalg samt information og visitering m.v. Der er dog også aftalesygehuse, som kun har fået henvist et forholdsvis lille antal patienter, der er tilfredse med ordningen som helhed.

Figur 6. Aftalesygehusenes svar på spørgsmålet "Hvordan synes Deres sygehus/klinik overordnet set, at det udvidede frie sygehusvalg fungerer?" Antal svar i hver kategori.



Kilde: Amdsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehuse.

I besvarelsene fra aftalesygehusene er der generelt en antydning af, at når først patienterne er henvist til aftalesygehusene, så fungerer samarbejdet i det store og hele tilfredsstillende mellem de involverede parter.

Aftalegrundlaget

Aftalesygehusene er generelt tilfredse med samarbejdet mellem aftalesygehusene og Amdsrådsforeningen for så vidt angår:

- aftalegrundlaget,
- forhandlingerne om indgåelse af aftaler, og
- det løbende samarbejde.

Over 79 pct. af aftalesygehusene synes, at samarbejdet fungerer tilfredsstillende eller bedre på disse områder.

En række aftalesygehuse har i bemærkningerne til spørgeskemaet givet udtryk for, at administrationen omkring det udvidede frie sygehusvalg er bureaukratisk og besværlig, bl.a. som følge af en række skemaer og indberetninger til Amtsrådsforeningen. Dette tager ifølge aftalesygehuse tiden fra patienterne og medfører uhensigtsmæssige administrative omkostninger.

Der er blandt de offentlige sygehusejere en overordnet tilfredshed med aftalegrundlaget. Samtidig fremgår det dog af undersøgelsen af de offentlige sygehusejeres erfaringer, at der er behov for en vis nuancering og revidering af aftalegrundlaget.

Det er en gennemgående kommentar fra de offentlige sygehusejere, at aftalerne i højere grad bør være baseret på patientforløb. Det anføres endvidere, at patientforløbene bør beskrives og afgrænses, således at det fremgår, hvad der i henhold til aftalen kan beskrives som et standardforløb. Det kan være i forhold til antallet af forundersøgelser, kontroller, materialevalg og beskrivelse af, hvilken genoptræning der tilbydes. Samtidig bør det fremgå, hvis der er "sværhedsgrader" eller komplicerende bidiagnoser, som aftalesygehuset ikke kan håndtere. Det må endvidere præciseres, hvis der er afgrænsede patientgrupper, som aftalesygehuse ikke tilbyder behandling, eksempelvis børn.

Endelig ønsker de offentlige sygehusejere, at det præciseres, hvornår en behandling er ambulant eller skal foretages under indlæggelse.

Nye behandlingsområder

Godt og vel halvdelen af aftalesygehuse vil gerne udvide sortimentet med nye behandlingsområder. At der ikke er flere aftalesygehuse, som ønsker at indgå nye aftaler skyldes bl.a., at mange af de adspurgte aftalesygehuse er specialiseret inden for en række områder, bl.a. inden for øjenspecialet, hvor det ikke umiddelbart er muligt at udvide med aftaler inden for andre specialer.

Indgåelse af aftale mellem Amtsrådsforeningen og aftalesygehuse

Amtsrådene i forening indgår aftale med de private sygehuse og -klinikker og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan in-
--

denrigs- og sundhedsministeren efter anmodning fra de private sygehuse eller -klinikker eller sygehuse i udlandet - fastsætte vilkårene for aftalen.

Bestemmelserne herom findes i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., jfr. § 27.

De fleste offentlige sygehusejere finder imidlertid ikke, at der er behov for at indgå aftaler inden for nye behandlingsområder. Enkelte fremfører dog, at der kan være behov for aftaler inden for det neurologiske speciale, MR-scanninger og medicinsk udredning. Samtidig fremfører nogle sygehusejere, at der kan være behov for flere aftaler om knæ- og hoftealloplastikker i Danmark². Det bemærkes hertil, at Amtsrådsforeningen i henhold til sygehusloven indgår aftale med alle private sygehuse m.v., der ønsker det.

² Der blev i november 2003 indgået endnu en aftale om knæ- og hoftealloplastikker i Danmark.

4. Information

Patientinformationspolitik

Alle offentlige sygehusejere har oplyst, at de har udarbejdet en patientinformationspolitik for det udvidede frie sygehusvalg.

Lovgivning om information af patienter

Hvis ventetiden til behandling overstiger 2 måneder, skal sygehuset snarest muligt efter modtagelsen af henvisningen oplyse patienten om retten til selv at vælge et aftalesygehus. Sygehuset skal oplyse om ventetiden til behandling på aftalesygehusene og tilbyde henvisning dertil. Ved sygehuset allerede ved modtagelse af henvisningen, at ventetiden vil overstige 2 måneder, skal sygehuset inden 8 hverdage meddele patienten disse oplysninger, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 17, stk. 7.

Er en patient henvist til ikke-akut behandling på et sygehus, hvor ventetiden til behandling væsentligt overstiger ventetiden til samme behandling på et andet sygehus, påhviler det i øvrigt førstnævnte sygehus snarest muligt at oplyse patienten om retten til selv at vælge sygehus og at tilbyde henvisning til et sygehus med en kortere ventetid, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 16, stk. 4.

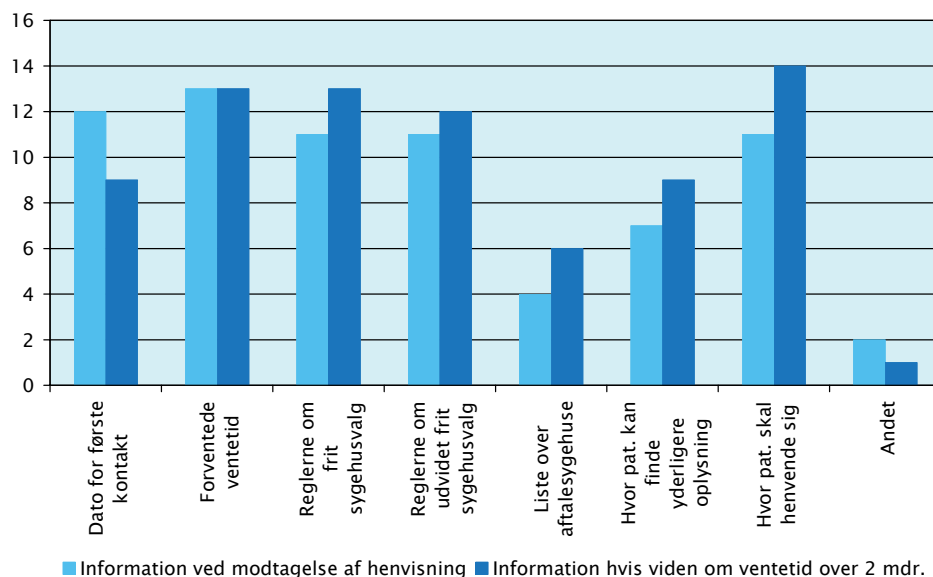
Langt størsteparten af de offentlige sygehusejere oplyser, at de informerer patienterne om:

- Den forventede ventetid på undersøgelse eller behandling.
- Reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.
- Dato for patientens første kontakt på sygehuset.
- Hvor patienten skal henvende sig, hvis patienten ønsker at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Som det fremgår af nedenstående figur, gives der hos nogle offentlige sygehusejere forskellig information, som er afhængig af, om sygehuset allerede ved modtagelse af henvisningen ved, at patienten ikke kan tilbydes behandling inden for to måneder. I sådanne tilfælde er der flere offentlige sygehusejere, der fremsender lister over, hvilke aftalesygehuse der kan foretage behandlingen, oplysninger om hvor patienten kan finde yderligere oplysninger om

de aftalesygehuse, der kan behandle dem, og om hvor patienten skal henvende sig, hvis patienten ønsker at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Figur 7. De offentlige sygehusejeres svar på spørgsmål om, hvilken information patienterne modtager, hhv. ved modtagelse og henvisning, og når sygehuset ved, at patienten ikke kan behandles inden 2 måneder. Antal svar i hver kategori. Der kan afsættes flere end ét kryds.



Kilde: Amsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til offentlige sygehusejere.

Nogle offentlige sygehusejere anfører, at informationen internt i amtet afhænger af den enkelte afdelings aktuelle ventelistsituation, således at sygehusafdelinger med kortere ventetid end 2 måneder ikke udsender oplysninger til patienterne om det udvidede frie sygehusvalg.

Hovedparten af de offentlige sygehusejere har oplyst, at personalet bliver informeret om reglerne for det udvidede frie sygehusvalg ved, at der løbende udsendes information, samt at patientvejlederne informerer personalet. Derudover har ca. halvdelen af de offentlige sygehusejere afholdt kurser.

En række aftalesygehuse bemærker endvidere, at en forbedret information imellem de offentlige sygehusejere, de centrale sundhedsmyndigheder og aftalesygehuse om bl.a. koder og ventetider ville lette de administrative byrder hos aftalesygehuse.

Information om det (almindelige) frie sygehusvalg

Af ventelistepatienterne havde 65 pct. kendskab til mulighederne for frit sygehusvalg, før de blev henvist til det offentlige sygehus og kom på venteliste her, jfr. tabel 2. Blandt benyttelsespatienterne havde 77 pct. (193) kendskab til mulighederne for frit sygehusvalg, før de blev henvist til aftalesygehus.

Tabel 5. Kendskab til det frie sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg (N=150, pct.) og (N=252, pct.).

Andel i pct.	Det alm. frie sygehusvalg	Det udvidede frie sygehusvalg
Ventepatienter	65	55
Benyttelsespatienter	77	68
<i>Andel af benyttelsespatienter som fik information fra det offentlige</i>	80	84

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse foretaget af Muusmann

Note: Henholdsvis 1 og 2 respondenter har svaret "ved ikke" til spørgsmålene om kendskab til de to ordninger.

Kun 29 pct. (44) af ventelistepatienterne havde fået information fra det offentlige sygehus om muligheden for at blive henvist til et andet offentligt sygehus efter fritvalgsreglerne.

Fire ud af fem benyttelsespatienter havde fået oplysning herom fra det offentlige sygehus. Andelen af benyttelsespatienter med viden om det frie sygehusvalg synes at være i nogen overensstemmelse med det tilsvarende resultat i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2002, hvor 82 pct. af patienterne angav, at de vidste, at de selv kunne vælge hvilket sygehus de skulle indlægges på (Enheden for Brugerundersøgelser, 2003).

Kun 12 pct. (18) af ventelistepatienterne havde fået information fra det offentlige sygehus om kortere ventetider ved andre offentlige sygehuse. Af de forholdsvis få patienter, der selv har skaffet sig information herom, har de typiske kilder været pjecen om frit sygehusvalg fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, patientvejlederen/patientkontoret på sygehuset og patientens egen læge. Det understreges dog, at der er tale om små tal her.

Information om det udvidede frie sygehusvalg

55 pct. (82) af ventelistepatienterne og 68 pct. (172) af benyttelsespatienterne har svaret, at de havde kendskab til det udvidede

frie sygehusvalg, før de blev henvist til det offentlige sygehus, hvor de stod på venteliste (tabel 2).

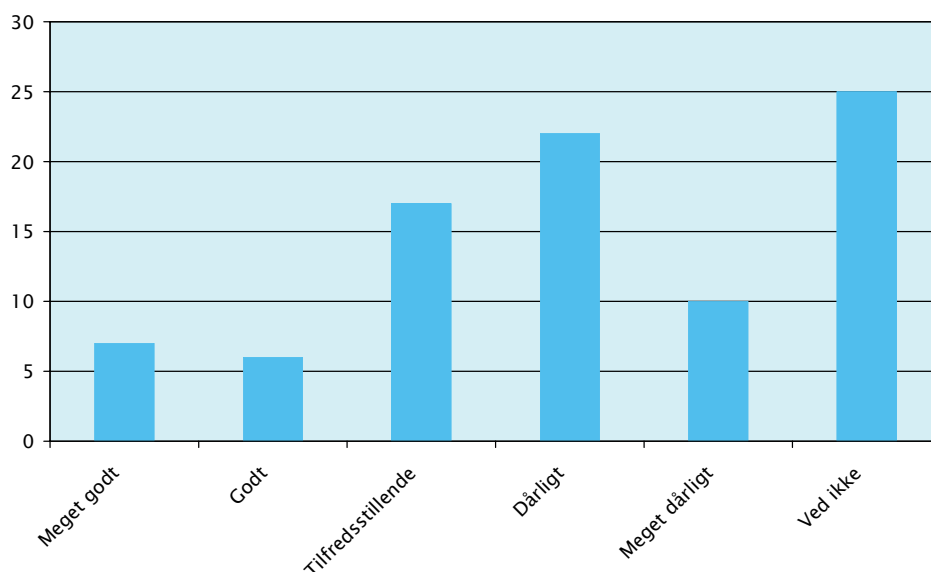
Kun 40 pct. (33) af ventelistepatienterne svarede, at de har fået information herom fra det offentlige sygehus, mens 57 pct. (144) af benyttelsespatienterne har fået det.

Der er kun 14 pct. af benyttelsespatienterne (35), som ikke kender til ordningen efter at have været i forbindelse med det offentlige sygehus. For disse er den hyppigste kilde til information patientvejlederen/patientkontoret efter egen henvendelse, mens andre selv henvendte sig til sygehuset eller deres egen læge. Der skal dog her tages forbehold for små tal.

Patienter, der har en samlet ventetid på mere end 2 måneder, skal have information om det udvidede frie sygehusvalg. 21 pct. (15) af ventelistepatienterne, der har oplyst, at de ikke har fået information om det udvidede frie sygehusvalg (72), burde således have fået den fra det offentlige sygehus, idet deres forventede ventetid var over 2 måneder. De øvrige (57), som havde en ventetid på højst 2 måneder fik ikke information, men her gælder der heller ikke samme krav om information. Kun tre patienter med ventetid over 2 måneder har fået mere specifik information om kortere ventetider på aftalesygehuse fra det offentlige sygehus. Andre kilder til information har været informationsmateriale, henvendelse til sygehuset, egen læge, etc., jfr. dog at der er tale om små tal.

Aftalesygehuse er overvejende utilfredse med informationen om det udvidede frie sygehusvalg. Kun knap 34 pct. af aftalesygehuse synes, at informationen er tilfredsstillende eller bedre. 29 pct. af aftalesygehuse har ingen holdning (svaret "ved ikke") til spørgsmålet om informationen, jfr. figur 8.

Figur 8. Aftalesygehusenes svar på spørgsmålet ”Hvordan informerer amterne/H:S om det udvidede frie sygehusvalg”. Antal svar i hver kategori.



Kilde: Amdrårdsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehuse.

Aftalesygehusene gør imidlertid opmærksom på, at der er store forskelle mellem de offentlige sygehusejeres information. Hos en række af de offentlige sygehusejere fungerer informationen således udmærket, mens den i andre amter virker mindre tilfredsstillende. Det forhold, at måske ikke alle patienter kender til det udvidede frie sygehusvalg, medfører i følge en del af aftalesygehusene, at det primært er de stærke patienter, der får muligheden for at blive behandlet efter det udvidede frie sygehusvalg og dermed får en kortere ventetid.

Omvendt finder de offentlige sygehusejere det problematisk, at patienter i nogle tilfælde bliver forkert informeret af aftalesygehuset, og eksempelvis får operationstider på aftalesygehuset samtidig med, at de bliver henvist til det offentlige sygehus, eller bliver behandlet på aftalesygehuset inden de reelt er blevet henvist dertil. Nogle aftalesygehuse har endvidere givet udtryk for, at de offentlige sygehusejere modarbejdede det udvidede frie sygehusvalg ved at indgå kapacitetsaftaler med private udbydere efter sygehuslovens § 3, eller speciallægeoverenskomsten § 3, stk. 2, til at nedbringe ventetiden på behandling.

Det bemærkes i den forbindelse, at amter kan indgå aftaler med private sygehuse og -klinikker med henblik på eksempelvis at

nedbringe ventetiden på behandling eller sikre en geografisk spredning af behandlingstilbudene. I det omfang disse aftaler har karakter af egentlige samarbejdsaftaler, har patienterne ikke adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg. Hvis amtet kan tilbyde behandling inden for 2 måneder på disse "samarbejdssygehuse og -klinikker", har patienterne ikke adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Amterne, Bornholms Regionskommune og København og Frederiksberg kommuners mulighed for at indgå aftaler med private sygehuse og -klinikker m.v.

Kan patientens bopælsamt tilbyde behandling inden for 2 måneder efter lægehenvielse er modtaget på egne sygehuse eller sygehuse og -klinikker m.v., som amtet samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), har patienten ikke adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg, jfr. bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., § 17, stk. 1. Amtet skal offentliggøre en oversigt over disse sygehuse og -klinikker m.v.

Amterne, H:S og Bornholms Regionskommune har efter sygehuslovens § 3 en almindelig adgang til at indgå aftaler med private sygehuse og -klinikker m.v. som led i løsningen af deres sygehusopgaver.

Desuden kan amterne, Bornholms Regionskommune og København og Frederiksberg kommuner som sygesikringsmyndigheder indgå aftale efter speciallægeoverenskomsten § 3, stk. 2, med praktiserende speciallæger med overenskomst med sygesikringen.

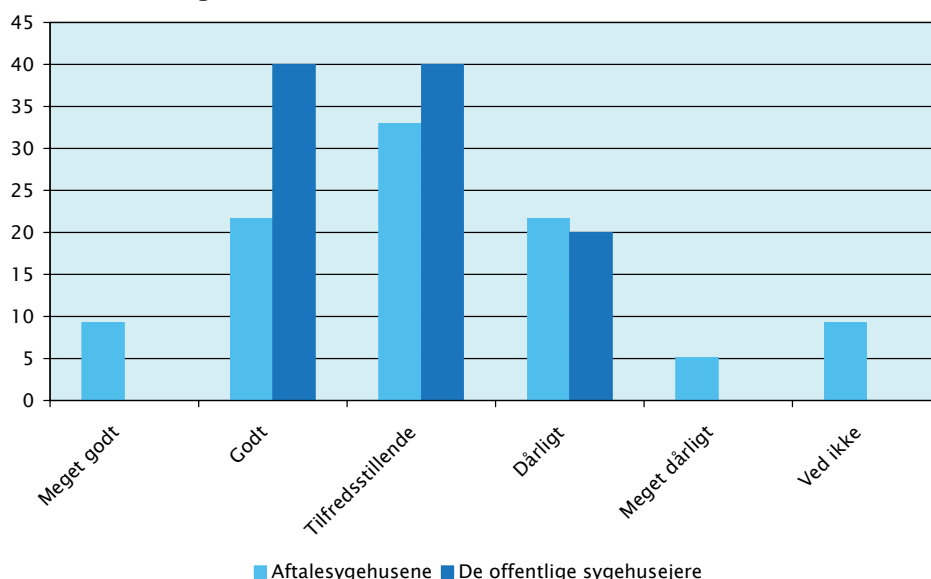
En række aftalesygehuse har bemærket, at det ikke udelukkende drejer sig om information af patienterne, men i lige så høj grad information om det udvidede frie valgs regler til almen læge og sygehuspersonale. Endvidere ønsker enkelte aftalesygehuse ligeledes en klarere information om reglerne. Det er således alle parter, der bør sikres en bedre information omkring det udvidede frie sygehusvalg.

En række aftalesygehuse er kommet med forslag om en yderligere indsats til oplysning om det udvidede frie sygehusvalg, f.eks. en

kampagne rettet mod de alment praktiserende læger og mere generelle informationskampagner rettet mod borgerne.

Hovedparten af aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere mener, at informationen fra de centrale myndigheder om det udvidede frie sygehusvalg har været tilfredsstillende eller bedre. Enkelte offentlige sygehusejere påpeger dog, at informationen fra centralt hold normalt udsendes sent, samt at der har været uklarheder i tolkningerne af reglerne.

Figur 9. Aftalesygehusenes og de offentlige sygehusejeres svar på spørgsmålet "Hvordan har informationen om det udvidede frie sygehusvalg fra de centrale myndigheder (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Amdsrådsforeningen) været?" Andel af afgivne svar i hver kategori.



Kilde: Amdsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere.

Information om ventetid

En forudsætning for at kunne tage stilling til kravet om behandling efter det udvidede frie sygehusvalg er, at ventelistepatienten har fået information fra det offentlige sygehus om, hvor længe vedkommende forventes at skulle vente - enten i form af en specifik dato eller i form af oplysning om forventet ventetid til den pågældende behandling på det offentlige sygehus.

Af ventelistepatienterne havde 75 pct. (112) fået en specifik dato for, hvornår deres undersøgelse eller behandling kunne finde sted. Af disse fik to tredjedele informationen skriftligt. Yderligere 10 pct.

(15) af ventelistepatienterne har fra det offentlige sygehus fået oplyst, hvad den forventede ventetid til deres behandling er, uden angivelse af en præcis dato herfor. 59 pct. (88) fandt denne information fra det offentlige sygehus tilstrækkelig. Resten fandt ikke, at informationen besvarede deres spørgsmål og behov.

13 pct. (20) af ventelistepatienterne har ikke fået oplyst en dato eller en forventet ventetid af det offentlige sygehus. Sammenholdes dette med den forventede ventetid på undersøgelse eller behandling ved det offentlige sygehus, fremgår det dog, at 10 ud af de 20 patienter heller ikke vil falde ind under reglerne for det udvidede frie sygehusvalg, idet deres forventede ventetid er mindre end 2 måneder. Der tages dog forbehold for, at denne opgørelse er baseret på små tal og som i bedste fald kun kan være en indikator.

Den forventede ventetid til behandling, som ventelistepatienterne har fået oplyst af det offentlige sygehus, er i gennemsnit 10 uger (median 8 uger, 1-96 uger). Udelades fire besvarelser på ventetider på 40, 44, 48 og 96 uger, alle fra Århus Kommunehospital, og hvor de to med den længste ventetid vedrører plastikkirurgisk operation, så falder den gennemsnitlige ventetid til 8,4 uger (median 8 uger, 1-36 uger).

Det offentlige sygehus har informeret 22 pct. af patienterne om kortere ventetider ved andre offentlige sygehuse (det almindelige frie sygehusvalg), mens resten, dvs. to tredjedele af patienterne, ikke fik sådan information.

Blandt benyttelsespatienterne havde kun 28 pct. fået information fra det offentlige sygehus om ventetider på aftalesygehuse, mens 70 pct. ikke havde fået en sådan information.

Forståelig og tilstrækkelig information

Generelt fandt ventelistepatienterne og benyttelsespatienterne, at den information, de modtog omkring det udvidede frie sygehusvalg, var helt eller delvist let forståelig. Kun for meget få patienter var dette ikke tilfældet.

Samme tendens gik igen i forhold til, om informationen var tilstrækkelig til at dække patientens behov.

Det er meget få benyttelsespatienter (7 pct.) der angiver, at informationen var utilstrækkeligt. De hyppigste forklaringer på en utilstrækkelig information er, at informationen ikke besvarede spørgsmål og behov (13), og at informationen var for kortfattet (9). På grund af det lave antal giver dette dog ikke grundlag for at generalisere. Ved behov for yderligere information har det i disse få tilfælde typisk været patientvejlederen/patientkontoret på sygehuset, der er henvist til fra det offentlige sygehus.

Information om hvad patienten skal gøre for at blive viderehenvist m.v.

Mellem 38 pct. og 45 pct. af ventelistepatienterne, der enten på forhånd havde kendskab til det udvidede frie sygehusvalg eller blev informeret herom af det offentlige sygehus, havde desuden fået information fra sygehuset om, hvor patienten i givet fald kunne henvende sig for yderligere information om ordningen. Det hyppigste her var kontakt til afdelingen eller patientvejlederen/patientkontoret på sygehuset.

De offentlige sygehuse har kun informeret 17 pct. (25) af ventelistepatienterne om, hvordan de skal forholde sig, hvis de ønsker at blive viderehenvist til et andet sygehus (offentligt eller privat), mens 76 pct. (114) ikke er blevet informeret herom. Dog er informationen også kun relevant og lovpligtig i forhold til 23 af de 114 patienter, idet deres forventede ventetid oversteg 2 måneder. 23 pct. af alle 150 ventelistepatienter har selv søgt information om, hvordan man skal forholde sig ved viderehenvielse, mens dette ikke er tilfældet for 76 pct. (114). Af disse er det dog også kun 22 patienter (forventet ventetid over 2 måneder), som har adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

For 11 ud af 29 ventelistepatienter, der ønsker at blive viderehenvist, har informationen om, hvordan man skal forholde sig ved viderehenvielse til aftalesygehus givet svar på deres spørgsmål. For 84 pct. af patienterne, der ønsker viderehenvielse til et andet sygehus (37), har informationen om, hvordan man som patient skal forholde sig, været mindre eller ikke tilfredsstillende.

De mest tilfredse med informationen fra det offentlige sygehus findes blandt de ventelistepatienter, der ikke ønsker viderehenvielse til et andet sygehus, idet 52 pct. (23) af disse patienter er en-

ten tilfredse eller meget tilfredse med informationen.

Side 52

Der er ingen formel klageadgang over administrative beslutninger vedrørende frit sygehusvalg, men i praksis henvender patienter, som er utilfredse med en sådan beslutning sig direkte til den ansvarlige myndighed, dvs. det offentlige sygehus eller amtet. Beslutninger om ret til frit sygehusvalg, som er baseret på en lægefaglig vurdering kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Der kan på baggrund af evalueringen konstateres en vis forskel i informationen af patienterne og parternes informationsniveau. Der synes derfor at være et behov for at højne det generelle informationsniveau om ordningen.

Arbejdsgruppen anbefaler på baggrund af undersøgelsen, at:

- Alle patienter får klar og hurtig information om tid og sted for behandling samt om deres ret til og mulighed for at benytte det frie og det udvidede frie sygehusvalg.
- Informationen gives systematisk inden for en kort frist, efter det offentlige sygehus har modtaget en henvisning af patienten.
- Informationen også omfatter ventetider på andre relevante offentlige sygehuse samt sygehuse og -klinikker, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.
- Informationen også angiver præcist, hvordan patienten skal forholde sig, hvis vedkommende ønsker at benytte sine muligheder for at vælge sygehus.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen arbejder på at sikre, at alle patienter i hele landet får en grundig og fyldestgørende information og dermed et ensartet grundlag for at vælge sygehus.

Det kan overvejes at indføre en adgang for patienter til at klage over administrative beslutninger vedrørende det udvidede frie sygehusvalg.

5. Visitering

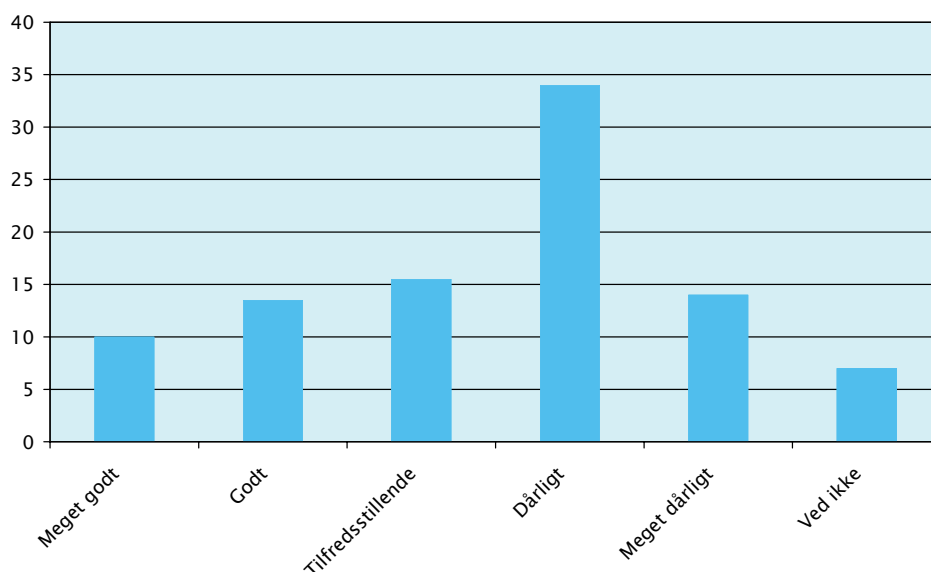
Ansvaret for visitering

Ansvaret for visiteringen af patienter, der ønsker at benytte det udvidede frie sygehusvalg, er i de fleste amter placeret på de enkelte afdelinger. Hos fire af de offentlige sygehusejere er ansvaret dog placeret centralt hos patientkontoret eller en rådgivende informationsenhed. Der er en tendens til, at aftalesygehusene overordnet vurderer, at visiteringen fungerer bedst gennem de centralt placerede viderevisiteringsenheder.

Alle sygehusejere har etableret patientkontorer, hvor patienterne kan få rådgivning og information om mulighederne for at vælge sygehus m.v.

Som ved informationsindsatsen, er aftalesygehusene generelt noget skeptiske med hensyn til de offentlige sygehusejeres visitering af patienter til aftalesygehusene. 41 pct. af aftalesygehusene synes, at visiteringen fungerer tilfredsstillende eller bedre, mens 51 pct. synes, at visiteringen fungerer dårligt eller meget dårligt, jfr. figur x. De resterende har svaret "ved ikke".

Figur 10. Aftalesygehusenes svar på spørgsmålet "Hvordan fungerer amternes/H:S visitering af patienter til Deres sygehus/klinik?" Antal svar i hver kategori.



Kilde: Amsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehusene.

Aftalesygehusene nævner flere årsager til dårlig visitering, dels at de offentlige sygehusejere ikke vil henvise patienterne eller de ikke informerer patienterne om muligheden for at benytte det udvidede frie sygehusvalg, dels at de offentlige sygehusejeres organisering af visiteringen ikke er hensigtsmæssig.

Patienter kan klage til Patientklagenævnet over afslag på at benytte det udvidede frie sygehusvalg, hvis afslaget er givet med en lægefaglig begrundelse.

Mange aftalesygehuse gør opmærksom på, at der med hensyn til visitering er store forskelle de offentlige sygehusejere imellem, idet visiteringen fungerer tilfredsstillende blandt nogle offentlige sygehusejere, mens den hos andre ikke fungerer. Enkelte aftalesygehuse har således oplevet, at amterne/H:S visiterer patienter, som opfylder betingelserne for det udvidede frie sygehusvalg, til andre amters sygehuse, ligesom de har oplevet, at patienter som spørger til det udvidede frie sygehusvalg, bliver behandlet hurtigere end andre patienter.

De offentlige sygehusejere finder i modsætning hertil, at viderehenvissningen fungerer godt eller tilfredsstillende. De forskellige vurderinger af visiteringen kan formentligt delvist relateres til forskellig opfattelse af, hvordan visiteringen skal håndteres. Det er eksempelvis lægerne på de offentlige sygehuse, der på baggrund af en faglig vurdering afgør, hvilken behandling patienten kan viderevisiteres til, og der skal være en vis klarhed med hensyn til diagnosen, når patienten skal henvises, jfr. boks 6. Der kan som følge heraf opstå uenighed mellem lægerne på det offentlige sygehus og aftalesygehuset om den rette behandling, og dette kan være medårsag til, at aftalesygehuse oplever, at offentlige sygehuse ikke vil viderehenvise patienter.

Henvi sning til undersøgelse og behandling på et aftalesygehus (Uddrag af standardaftalen mellem aftalesygehusene og A mtsrådsforeningen/H:S)

Det er en forudsætning for, at et aftalesygehus kan undersøge eller behandle en patient i relation til nærværende aftale, at der foreligger en henvisning fra et sygehus i patientens bopælsamt eller et af de sygehuse, patientens bopælsamt samarbejder med eller sædvanligvis benytter sig af, og det heraf fremgår, at henvisningen sker i henhold til reglerne for udvidet frit sygehusvalg. Det er endvidere en for-

udsætning, at den konkrete undersøgelse eller behandling, som patienten henvises til, er omfattet af bilag 1, jfr. § 6.

Såfremt patienten alene henvises til behandling, skal indikation, behandling m.v. fastlægges af det henvisende sygehus ved henvisende læge. Dette kan eventuelt ske på baggrund af en henvisning fra en praktiserende læge eller speciallæge. I tilfælde af, at aftalesygehuset efter forundersøgelse af patienten har divergerende opfattelse af indikation, patientens helbredstilstand samt operationsmetode, må behandlingstiltag, som medfører meromkostninger, kun iværksættes efter forudgående skriftlig aftale med det henvisende sygehus/den henvisende læge. Såfremt der ikke kan opnås enighed med den henvisende læge om indikation, operationsmetodens art, patientens tilstand m.v., kan aftalesygehuset afvise at behandle patienten.

Det må konstateres, at det ikke er alle patienter, der får en nødvendig og berettiget information. Det skal samtidig pointeres, at der er tale om komplicerede regler. Der er derfor behov for at forbedre kendskabet til reglerne og højne informationsniveauet blandt alle parter. Det må ligeledes konstateres, at der er behov for en øget dialog om samarbejdet om behandling af patienter mellem de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene.

Det anbefales på baggrund af undersøgelsen, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Amtsrådsforeningen, amterne og H:S i samarbejde gør en yderligere indsats for at højne vidensniveauet om det udvidede frie sygehusvalg i sygehusvæsenet og på aftalesygehusene.

Holdningen hos sundhedspersonalet

Mange af aftalesygehusene har tilkendegivet, at de har oplevet negative holdninger hos sundhedspersonalet på de offentlige sygehuse over for patienter, der har valgt behandling på et aftalesygehus. Således har 61 pct. af aftalesygehusene tilkendegivet, at de har oplevet en negativ holdning, dog langt overvejende i nogen eller mindre grad. 39 pct. tilkendegiver, at de ikke har oplevet negative holdninger. De offentlige sygehusejeres besvarelser indikerer ligeledes, at det påvirker sygehuspersonalets holdning til behandling, hvis patienten har været behandlet på et aftalesygehus. 8 af de offentlige sygehusejere mener, at det kun påvirker perso-

nalet i mindre grad, mens en enkel mener, at det påvirker i nogen grad. Endelig er der 4 offentlige sygehusejere der slet ikke mener, at personalets holdning bliver påvirket.

Der er dog kun ganske få af ventelistepatienterne (4), der har oplevet en negativ holdning hos personalet på det offentlige sygehus i forhold til patientens overvejelser om viderehenvielse til et aftalesygehus. Blandt de ventelistepatienter, der ikke havde oplevet en særlig holdning, troede 8 patienter, at holdningen hos personalet på det offentlige sygehus ville være negativ, hvis patienten overvejede viderehenvielse til et aftalesygehus.

Af benyttelsespatienterne var der kun én patient, hvor personalets holdning kunne få vedkommende til at fravælge behandling på et aftalesygehus, mens de øvrige svarede nej eller "ved ikke" til spørgsmålet. Patienterne synes således ikke almindeligvis at opleve problemer med hensyn til personalets holdning, idet der dog må tages forbehold for en lille stikprøve.

Sundhedspersonalet skal være uvildigt i deres rådgivning af patienter om patientens ret og mulighed for at vælge andet sygehus.

Enhver patient, som opfylder betingelserne, herunder de faglige for henvisning til et aftalesygehus efter den udvidede fritvalgsordning, skal uden tøven henvises dertil, hvis vedkommende ønsker det, uden skelen til sundhedspersonalets eller sygehusets eventuelle faglige eller økonomiske interesser.

Kontakt med aftalesygehus før visitering

Aftalesygehusene har i nogle tilfælde haft kontakt med patienten, førend patienten henvises til behandling gennem det udvidede frie sygehusvalg. Det kan f.eks. forekomme, hvor patienten selv har henvendt sig til aftalesygehuset med henblik på en diagnosticerende udredning. En anden mulighed kan være, at en aftalesygehusejer i egenskab af praktiserende speciallæge med overenskomst med sygesikringen har undersøgt patienten og viderehenvist patienten til et offentligt sygehus i patientens bopælsamt.

Der er dog store forskelle med hensyn til, om aftalesygehusene har haft kontakt med patienterne førend behandling som følge af det udvidede frie sygehusvalg. 41 pct. af aftalesygehusene skøn-

nede, at mellem 0 og 5 pct. af deres samlede antal patienter som led i det udvidede frie sygehusvalg havde været i kontakt med aftalesygehuset førend behandling. 20 pct. af aftalesygehusene skønnede, at andelen var 30 pct. eller derover.

Patienternes mobilitet

Både aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere vurderer, at godt halvdelen af aftalesygehusenes patienter, som henvises som følge af det udvidede frie sygehusvalg, visiteres til et aftalesygehus i bopælsamtet. Godt 25 pct. visiteres skønsmæssigt til aftalesygehuse i naboamter/H:S, mens knap 25 pct. visiteres til aftalesygehuse i andre amter/H:S. Ca. 2 pct. visiteres til et sygehus i udlandet.

Dette svarer til resultaterne af interviewundersøgelsen, idet kun 49 pct. af benyttelsespatienterne er blevet behandlet på aftalesygehus uden for deres egen bopælsamt. Yderligere 9 pct. er blevet behandlet på udenlandsk aftalesygehus. Endelig er der en tendens til, at der er færre ældre over 70 år, som bliver behandlet uden for eget bopælsamt.

I overensstemmelse med erfaringerne fra det almindelige frie sygehusvalg kan det konstateres, at patienters mobilitet ved valg af aftalesygehus er begrænset. Dette taler for en geografisk spredning af aftalerne. Amtsrådsforeningen indgår imidlertid ikke kapacitetsaftaler, og markedet afgrænser således tilbuddene.

Der bør så vidt muligt tilstræbes en geografisk spredning af aftaler, så patienter i hele landet får mere ens vilkår for at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Hvornår benyttes det udvidede frie sygehusvalg

Retten til at vælge behandling på et aftalesygehus bortfalder efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, hvis ventetiden til behandling på dette behandlingssted overstiger ventetiden til behandling på bopælsamtets sygehuse.

Langt de fleste benyttelsespatienter (89 pct. - 223 patienter) finder, at ventetiden til behandling på et aftalesygehus er passende, mens kun 8 pct. (20) finder, at den er for lang. Blandt nogle af sidstnævnte patienter, er der patienter med meget lang ventetid.

60 pct. af benyttelsespatienter har fået information om det udvidede frie sygehusvalg fra det offentlige sygehus.

46 pct. af patienterne på venteliste ønsker ikke at blive viderehenvist til andet sygehus, end det offentlige sygehus som de står på venteliste til. Af disse var der 57 pct. (39), der gav som begrundelse, at man ønskede at blive behandlet på det offentlige sygehus på grund af tillid til dets ekspertise.

Den grundlæggende årsag og forklaring på, at patienter benytter det udvidede frie sygehusvalg, er for størstedelen af benyttelsespatienterne 85 pct. (213) lang ventetid på offentlige sygehuse, og derfor har de valgt behandling på et aftalesygehus. Særlig ekspertise på aftalesygehuset bliver angivet som årsag af 11 pct. (27), idet der dog må tages forhold for små tal.

Omvendt er der kun meget få (1 pct.), som angiver manglende tillid til det offentlige sygehus og dets personale som årsag til, at vedkommende ikke havde valgt behandling på det offentlige sygehus. Dette resultat er helt i overensstemmelse med de tilsvarende resultater fra den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, hvor henholdsvis 93 pct. og 94 pct. havde tillid til lægernes faglige ekspertise og plejepersonalets faglige dygtighed (Enheden for Brugerundersøgelser, 2003).

Internetværktøjer

I forbindelse med viderevisitering af patienter anvendes bl.a. www.sygehusvalg.dk, der indeholder alle de aftaler, Amtsrådsforeningen har indgået samt www.venteinfo.dk, hvor aftalesygehuse har pligt til at indberette deres ventetider.

De offentlige sygehusejere og aftalesygehuse finder, at [www.sygehus valg.dk](http://www.sygehusvalg.dk) overordnet fungerer godt.

Derimod er der mindre tilfredshed med www.venteinfo.dk. Ifølge de offentlige sygehusejere skyldes dette bl.a., at mange aftalesygehuse ikke indberetter deres ventetider, eller at disse indberetninger ikke er tidssvarende.

Der er nu adgang til www.sygehusvalg.dk og www.venteinfo.dk via den offentlige Sundhedsportal.

Side 59

Venteinfo indeholder ventetidsoplysninger for ca. 130 undersøgelser, behandlinger og operationer. I Venteinfo er der oplysninger vedrørende ventetid til forundersøgelse samt til henholdsvis stationær og ambulant behandling. Endvidere er der operationsstatistik for 50 operationer på offentlige sygehuse. Venteinfo er rettet mod både sundhedspersonale og patienter.

De aftaler, Amtsrådsforeningen indgår i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg, præsenteres på www.sygehusvalg.dk. Sygehusvalg indeholder oplysninger om, hvilke aftalesygehuse der er indgået aftale med og den geografiske fordeling. Derudover er det muligt at se, hvilke aftalesygehuse der har aftale om konkrete behandlinger. Endelig findes forskellige vejledninger, eksempler på standardaftale m.v. Sygehusvalg er rettet både mod offentlige sygehuse, aftalesygehuse og patienter.

Flere aftalesygehuse har tilkendegivet, at hjemmesiderne er uoverskuelige og svære at hente information fra. En række aftalesygehuse mener således, at det formentlig er begrænset, i hvor høj grad patienterne bliver visiteret til aftalesygehuse som følge af hjemmesiderne. En meget stor andel af aftalesygehuse har i øvrigt ikke nogen holdning til disse hjemmesider (svarkategori: "ved ikke").

Det kan overvejes at gøre det obligatorisk for alle sygehuse at indberette informationer vedrørende ventetid til Venteinfo mindst en gang om måneden, f.eks. ved at udvide aftalen mellem aftalesygehuset og Amtsrådsforeningen til at omfatte indberetning til Venteinfo.

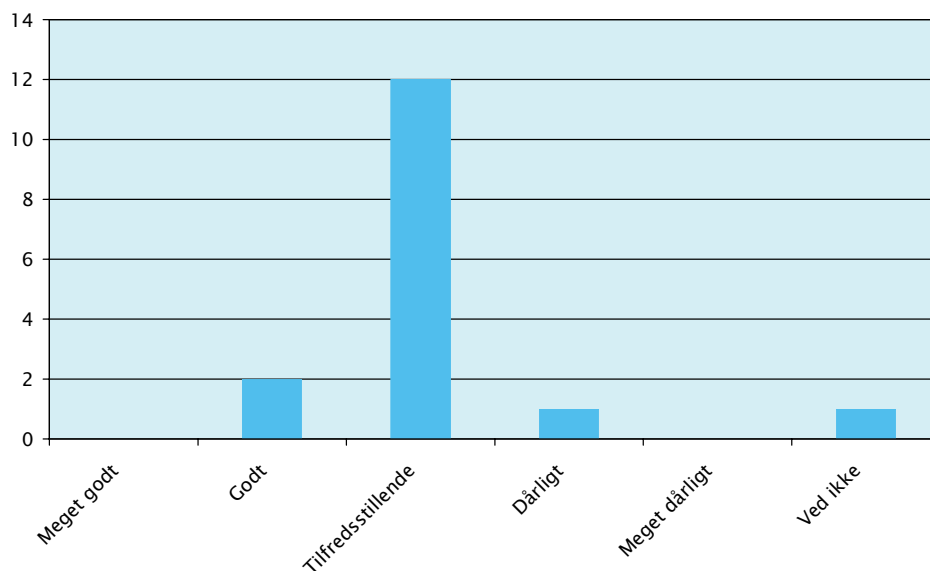
En anden mulighed er at fremme interessen for Venteinfo blandt aftalesygehuse ved, at der med jævne mellemrum udsendes nyt om Venteinfo m.v.

Det anbefales herudover, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet etablerer en mere patientvenlig version af Venteinfo.

6. Samarbejde

De offentlige sygehusejere finder generelt, at samarbejdet med aftalesygehusene fungerer tilfredsstillende. 14 ud af 15 af de offentlige sygehusejere finder således, at aftalesygehusene efterlever aftalerne med Amtsrådsforeningen tilfredsstillende eller godt. Samtidig finder de offentlige sygehusejere, at deres henvisning af patienter til aftalesygehusene overordnet fungerer godt.

Figur 11. De offentlige sygehusejeres svar på spørgsmålet: "Efterlever aftalesygehusene aftalerne med Amtsrådsforeningen". Antal svar i hver kategori



Kilde: Amtsrådsforeningens og Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema til aftalesygehuse.

59 pct. af aftalesygehusene synes, at de offentlige sygehusejere efterlever aftalerne med Amtsrådsforeningen. Her har 21 pct. af aftalesygehusene svaret "ved ikke". En række aftalesygehuse har bemærket, at de væsentligste hindringer for en efterlevelse af aftalerne er, at de offentlige sygehusejere ikke ønsker at viderevisitere patienterne af økonomiske årsager bl.a. som følge af, at sygehusafdelingerne visse steder selv hæfter økonomisk for en viderevisitering af patienter. Aftalesygehusene bemærker videre, at der tilsyneladende er store amtslige forskelle i, hvordan de offentlige sygehusejere efterlever aftalerne med Amtsrådsforeningen.

Aftalesygehusene er overvejende tilfredse med samarbejdet med de offentlige sygehuse inden for en lang række parametre. Således er 58 pct. af aftalesygehusene tilfredse med det løbende

samarbejde med de offentlige sygehusejere om information og viderevisitering af patienterne, og 82 pct. synes, at udvekslingen af journaloplysninger om visiterede patienter fungerer tilfredsstillende eller bedre.

De offentlige sygehusejere er ligeledes overordnet tilfredse med informationen fra aftalesygehusene til de offentlige sygehuse om behandling af henviste patienter. Samme tilfredshed spores i forhold til aftalesygehusenes fremsendelse af regninger. Det fremgår dog af de offentlige sygehusejeres bemærkninger, at mange klinikker ikke fremsender udskrivningsbrev efter behandlingen, men alene fremsender en faktura. De offentlige sygehuse finder det særligt relevant, at der fremsendes et udskrivningsbrev i de tilfælde, hvor patienten efterfølgende skal modtage genoptræning. De offentlige sygehusejere bemærker endvidere, at fakturaerne ofte er ufuldstændige i forhold til forskrifterne.

77 pct. af aftalesygehusene mener, at betaling af regninger fra amterne/H:S til aftalesygehusene fungerer tilfredsstillende, mens 23 pct. synes det fungerer dårligt eller meget dårligt. Enkelte aftalesygehuse nævner bl.a., at betalingen er langsommelig. Aftalen mellem Amtsrådsforeningen og aftalesygehusene er klar i forhold til reglerne for udstedelse af fakturaer og afregning.

Afregning - § 8 i standardaftalen

Patientens bopælsamt betaler for behandling i henhold til nærværende aftale.

Betaling sker på baggrund af fremsendelse af særskilt faktura for hver patient til det henvisende sygehus udstedt til patientens bopælsamt. Fakturaer, som er fremsendt inden udgangen af en måned, betales senest inden udgangen af den efterfølgende måned. Såfremt betaling først finder sted efter udløbet af denne frist gælder, pålægges fakturabeløbet renter i henhold til lovbekendtgørelse nr. 583 af 1. september 1986 om renter ved forsinket betaling m.v. med ændring ved lov nr. 379 af 6. juni 2002 af almindelige regler.

Af fakturaen skal fremgå patientens CPR. nr., henvisende sygehus og afdeling, hvilken behandling der er henvist til, undersøgelses-/behandlingsdato(er) samt den af aftalesygehuset udførte behand-

ling udspecificeret i overensstemmelse med de i bilag 1 angivne behandlinger og ydelser i øvrigt.

- Såfremt patienten har været indlagt på aftalesygehuset skal endvidere anføres indlæggelses- og udskrivningsdato.
- Såfremt der har været behov for at rekvirere tolkebistand, skal det endvidere specificeres på fakturaen.
- Endelig skal det noteres på fakturaen, såfremt aftalesygehuset har udleveret genanvendelige hjælpemidler til patienten.

Det er endvidere en forudsætning for betaling, at aftalesygehuset senest samtidig med fremsendelse af faktura til det henvisende sygehus har fremsendt udskrivningsbrev samt alle øvrige relevante oplysninger (journalmateriale, evt. billeddiagnostisk materiale samt øvrige lægelige oplysninger) til brug for afregningen samt til brug for eventuel fortsat behandling til det henvisende sygehus. Aftalesygehuset er endvidere forpligtet til at fremsende kopi af udskrivningsbrev til patientens praktiserende læge, subsidiært at udlevere kopi af udskrivningsbrevet til patienten med henblik på, at patienten selv kan medbringe dette til egen læge.

Der er visse steder problemer med fremsendelsen af fakturaer og betalingen af disse. Da det tilsyneladende ikke er et generelt problem, anbefales det, at disse problemer løses konkret gennem drøftelser mellem de konkrete amter/H:S og de enkelte aftalesygehuse.

Der er blandt både de offentlige sygehusejere og aftalesygehuse også tilfredshed med samarbejdet om komplicerede patientforløb. Det kan eksempelvis være patienter, der har andre lidelser, som komplicerer behandlingen.

65 pct. af aftalesygehuse synes, at samarbejdet med det offentlige sygehusvæsen ved komplicerede patientforløb har fungeret tilfredsstillende eller bedre. Hertil kommer, at knap 28 pct. af aftalesygehuse ingen holdning har (svaret "ved ikke") til samarbejde ved komplicerede patientforløb, hvilket overvejende skyldes, at disse aftalesygehuse ikke har oplevet komplicerede forløb. De offentlige sygehusejere påpeger dog, at patienter med forventede komplicerede forløb kun sjældent henvises til et aftalesygehus, da viderehenvisningen sker i dialog med aftalesygehuse, og disse

ofte ikke har mulighed for at behandle patienter med komplicerede bidiagnoser. Enkelte offentlige sygehusejere anfører, at aftalesygehusene alene udvælger de lette patienter, altså at der sker en såkaldt cream-skimming³.

Sammenhængende patientforløb

Hovedparten af de offentlige sygehusejere (13) finder, at det udvidede frie sygehusvalg giver usammenhængende patientforløb. Dette skyldes formentligt, at patienterne kan opleve at blive forundersøgt på et offentligt sygehus, blive behandlet på et aftalesygehus og få en evt. lægelig indiceret genoptræning på det offentlige sygehus. Samtidig er mange patienter ifølge aftalesygehusene blevet forundersøgt hos dem - selvbetalt eller gennem sygesikringsregi - inden de viderehenvises af det offentlige sygehus.

Derimod finder godt og vel halvdelen (59 pct.) af aftalesygehusene ikke, at det udvidede frie sygehusvalg giver usammenhængende patientforløb, mens 31 pct. mener, at det giver usammenhængende patientforløb, dog overvejende i mindre grad.

Både de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene vurderer skønsmæssigt, at det kun er meget få patienter, som efter visitering til et aftalesygehus får et afvigende behandlingsforløb. De almindeligst forekommende årsager til afvigende forløb er, at patienten returneres til det henvisende sygehus på grund af komplikationer, bidiagnoser, der påvirker behandlingen, eller fordi der ikke er indgået aftale med Amtsrådsforeningen inden for den påkrævede behandling.

Hele 89 pct. af benyttelsespatienterne oplevede en god eller til dels god sammenhæng mellem den første undersøgelse og den efterfølgende behandling, mens kun 11 pct. ikke oplevede dette.⁴ Nogle af de indikationer, som enkelte af disse få patienter kom med som årsag til oplevelsen af en manglende sammenhæng var, at der var en dårlig kommunikation hos personalet og at undersøgelser blev gentaget hos det behandlende sygehus (aftalesygehuset).

³ Cream-skimming: Prissætningen i et DRG-system kan rumme og muliggør en tilskyndelse til, at sygehusene forsøger at fravælge patienter, der ligger i den dyre ende af en given DRG.

⁴ 113 svarede dog ved ikke eller undlod at svare på spørgsmålet (uoplyst).

Genoptræningsplaner

Side 64

Efter behandling på aftalesygehus kan patienten have behov for yderligere opfølgning eller genoptræning, som i mange tilfælde vil foregå på det offentlige sygehus i patientens bopælskommune. For en velfungerende ordning med udvidet sygehusvalg kræver det derfor, at opfølgningen forløber uden problemer og med sammenhæng i forløbet til gavn for patienten.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner

I henhold til bekendtgørelse om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus skal patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, ved udskrivning fra sygehus have tilbudt en genoptræningsplan.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tidligere slået fast, at det er det henvisende offentlige sygehus' ansvar, at genoptræningsplanen bliver udarbejdet, selv om patienten er blevet behandlet på et aftalesygehus.

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen har 9 offentlige sygehusejere svaret, at patienterne altid, oftest eller nogle gange får udarbejdet en genoptræningsplan, mens 4 svarer, at patienterne sjældent eller aldrig får udarbejdet en sådan.

Patienter, der er blevet behandlet på et aftalesygehus, vil oftest opleve en længere ventetid til genoptræningsplan. Det er således kun 4 offentlige sygehusejere der svarer, at patienterne oftest får genoptræningsplanen på samme tid som patienter, der er behandlet samtidigt på et af amtets sygehuse. 7 svarer, at patienten nogle gange eller sjældent modtager genoptræningsplanen samtidig.

Flere offentlige sygehusejere forklarer den længere ventetid med, at patienter først kan tilbydes en genoptræningsplan, når den henvisende afdeling har modtaget et lægebrev fra aftalesygehuset. Papirgangen i forbindelse med fremsendelse af udskrivningsbrev forlænger således patienternes ventetid. Det påpeges samtidig, at disse kun sjældent fremsendes. Endvidere konstateres det, at det stigende ressourceforbrug i de fysioterapeutiske afdelinger på grund af operation på aftalesygehusene er et rent kapacitetsmæssigt problem.

Aftalesygehusene er ligeledes blevet spurgt, om patienterne, der efter behandling på et aftalesygehus har behov for en genoptræningsplan, får udarbejdet en sådan. Kun halvdelen af aftalesygehusene har svaret på spørgsmålet, hvilket hænger sammen med, at en lang række operationer, som udføres i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg ikke nødvendiggør en genoptræningsplan, f.eks. grå stær operationer. Af de afgivne svar oplever knap halvdelen af aftalesygehusene, at der aldrig bliver udarbejdet en genoptræningsplan. Godt halvdelen af de aftalesygehuse, som har svaret, at deres patienter "aldrig" får udarbejdet genoptræningsplaner, bemærker, at det ikke er relevant inden for deres speciale. Reelt er der således kun få aftalesygehuse, som har oplevet, at deres patienter ikke får udarbejdet genoptræningsplaner, hvor det ville være relevant. 25 pct. af aftalesygehusene, som har svaret på dette spørgsmål, angiver, at patienterne kun nogle gange får udarbejdet en genoptræningsplan.

Flere aftalesygehuse nævner i bemærkningerne til spørgeskemaet, at de har oplevet problemer i forbindelse med udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Problemer med genoptræningsplaner kan dels være af kapacitetsmæssig karakter og kan som nævnt også hænge sammen med, at genoptræningen tidligst kan påbegyndes efter henvisende sygehus har modtaget udskrivningsbrev. Dette betyder, at aftalesygehuset ikke nødvendigvis er klar over, hvorvidt patienten har fået udarbejdet en genoptræningsplan eller ej.

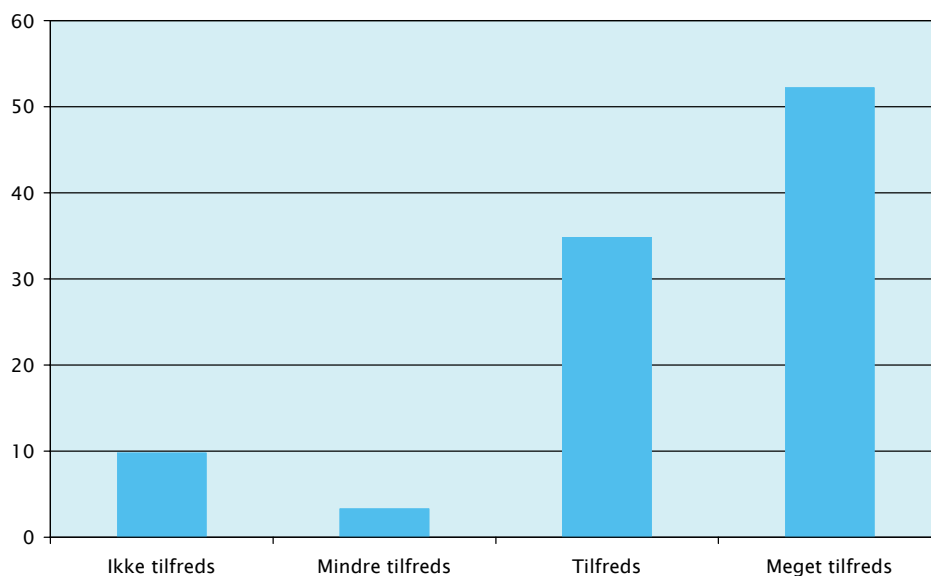
50 pct. af de adspurgte benyttelsespatienter (127), oplyste at de havde behov for opfølgning (f.eks. genoptræning) som følge af deres behandling på aftalesygehus. For 48 pct. (120) var det ikke tilfældet. For 28 pct. (36) vedkommende foregik den opfølgende behandling på samme aftalesygehus. I 40 pct. (51) af tilfældene foregik den på et offentligt sygehus. Patienterne oplyste, at de har måttet vente på opfølgning i gennemsnit i 4 uger, jfr. figur 12.⁵

Det bør overvejes at indføre retningslinier for udarbejdelse af genoptræningsplaner til patienter, der har benyttet det udvidede frie sygehusvalg, som klart beskriver de offentlige sygehusejeres og aftalesygehusenes ansvar i forbindelse med genoptræningen.

⁵ Udelades 6 besvarelser med ventetid på opfølgning på 12 uger og 1 besvarelse med ventetid på 20 uger falder den gennemsnitlige ventetid til 3,1 uger (median 3 uger).

Blandt de benyttelsespatienter, som havde haft behov for opfølgning efter behandling på aftalesygehus, var der i overvejende grad stor tilfredshed med denne opfølgning. 87 pct. (80) var således tilfredse eller meget tilfredse med opfølgningen. Dog tilhørte den største andel af de patienter, som var ikke eller mindre tilfredse, patienter som havde fået opfølgning på offentligt sygehus. Her skal der dog tages forbehold for meget små tal. Generelt må det slutes, at langt hovedparten af patienter med behov for opfølgning ikke har oplevet problemer i forhold til opfølgningen og sammenhængen i patientforløbet.

Figur 12. Tilfredshed med opfølgning på behandling (N=92, pct.)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse foretaget af Muusmann.

7. Kvalitet

Side 67

Krav til kvaliteten

Patienter, der viderehenvises til et aftalesygehus efter den udvidede fritvalgsordning, kan være af den opfattelse, at det offentlige sygehusvæsen i forbindelse med viderehenvisningen har godkendt behandlingskvaliteten på aftalesygehuset. Det er ikke tilfældet.

Sundhedsstyrelsens tilsyn foregår efter lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse som et tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet, dvs. både på offentlige sygehuse, aftalesygehuse og andre private sygehuse m.v. her i landet.

Sundhedspersonalet på aftalesygehuse er ligesom sundhedspersonalet på de offentlige sygehuse for så vidt angår deres faglige virksomhed omfattet af Patientklagenævnets kompetence.

Sundhedsstyrelsen godkender ikke sygehuse og udøver ikke et periodisk eller systematisk tilsyn hverken over for offentlige eller private sygehuse, klinikker m.v. Sundhedsstyrelsen kan derimod i forbindelse med amternes sundhedsplanlægning udtale sig om planlægningen vedrørende det offentlige sygehusvæsen. Den samme mulighed foreligger ikke i forhold til det private sygehusvæsen. Sundhedsstyrelsen kan imidlertid tage sager op af egen drift både i forhold til det offentlige og det private sygehusvæsen, hvis styrelsen skønner, at der er behov for det.

I øvrigt udarbejder Sundhedsstyrelsen i henhold til sygehusloven en vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i det offentlige sygehusvæsen, som fastlægger, hvilke behandlinger der alene bør foretages på lands- og landsdelsafdelinger.

Krav i standardaftalen vedr. kvalitet m.v. (jfr. § 4 i standardaftalen)

Det er en forudsætning for aftalen, at aftalesygehuset lever op til almindeligt gældende regler for privat virksomhedsudøvelse, lægelig patientbehandling og sundhedsfaglig virksomhed i øvrigt, herunder:

- at der er udpeget en virksomhedsansvarlig læge, som er for-

pligtet til at påse, at den sundhedsfaglige virksomhed, som udøves på aftalesygehuset, udføres i overensstemmelse med god faglig praksis og med de pligter m.v., der i øvrigt er fastsat i lovgivningen for sundhedsfaglig virksomhed,

- at der føres ordnede optegnelser (journal) i overensstemmelse med de af Sundhedsstyrelsen fastsatte regler herfor over behandling m.v. af patienter behandlet i henhold til nærværende aftale, og
- at den enkelte patient informeres løbende gennem hele undersøgelses- og behandlingsforløbet om sygdom, undersøgelse og behandling, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger, og at ingen behandling iværksættes, uden der foreligger informeret samtykke fra patienten, jfr. i øvrigt bestemmelserne i Lov om patienters retsstilling

I standardaftalen er der endvidere opstillet krav om, at aftalesygehuset på anmodning skal:

- redegøre for undersøgelses- og behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper m.v., samt
- redegøre for overholdelse af faglige referenceprogrammer for behandlinger, der er omfattet af aftalen.

Ved forventning om manglende efterlevelse af god faglig praksis kan henvissende sygehus bede Amtsrådsforeningen anmode pågældende aftalesygehuse om en redegørelse for ovennævnte krav. I praksis kan de offentlige sygehuse kun oplyse patienten om, hvilke aftalesygehuse der har indgået aftale om den konkrete behandling og om ventetiden herpå.

Langt hovedparten af de offentlige sygehusejere (13) mener, at der bør stilles yderligere kvalitetskrav i aftalerne med aftalesygehuse. Der er således et ønske om, at aftalesygehuse efterlever de samme kvalitetskrav som de offentlige sygehuse. Dette bør ifølge de offentlige sygehusejere bl.a. ske ved krav om indberetning til de kliniske databaser og Landspatientregisteret eller ved at sikre, at aftalesygehuse behandler et minimum antal patienter pr. år.

Aftalesygehusene er delte i holdningen til, hvorvidt der bør stilles yderligere kvalitetssikringskrav i aftalerne med aftalesygehusene. 26 pct. mener, at det bør der, 34 pct. mener, at det bør der ikke og 40 pct. har ingen holdning hertil (svaret "ved ikke"). Af de aftalesygehuse som synes, at der bør stilles yderligere kvalitetskrav, har hovedparten angivet følgende hovedkrav om:

- Et vist antal patienter pr. år.
- Indberetning til kliniske databaser.
- Skærpede krav til hygiejne.
- Krav til håndtering af instrumenter.
- Krav om dobbelt udstyr.

De ca. 150 aftalesygehuse indgår som et led i det offentlige sygehusvæsens tilbud til patienterne. Overordnet bør der derfor arbejdes hen imod, at aftalesygehusene så vidt muligt skal efterleve de samme kvalitetskrav og krav til kvalitetsmåling, som de offentlige sygehuse.

Det anbefales, at aftalesygehusene fremover skal indberette data til de kliniske databaser. Derudover bør det overvejes, hvordan aftalesygehusene kan blive tilknyttet den danske kvalitetsmodel.

Sundhedsstyrelsens vejledning "Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet" (2001) fastlægger de højt-specialiserede behandlinger (land- og landsdelsfunktionerne) og deres placering på sygehuse. Denne vejledning er ikke til hinder for, at aftalesygehuse tilbyder behandlinger, der betragtes som højt-specialiserede, men vejledningen dækker i princippet også det offentlige sygehusvæsens henvisning af patienter til sådanne sygehuse. Reglerne om det udvidede frie sygehusvalg gør imidlertid ingen undtagelse i disse tilfælde fra Amtsrådsforeningens pligt til at indgå aftale med alle privatsygehuse, der ønsker det. Der er som følge heraf også indgået aftale om højt-specialiseret behandling på privatsygehuse. Dette betyder reelt, at det offentlige sygehusvæsen på aftalesygehuse tilbyder højt-specialiseret behandling, der efter Sundhedsstyrelsens vejledning burde være samlet på bestemte lands- og landsdelsafdelinger.

Det kan overvejes, om administrationen af det udvidede frie sygehusvalg bør tilpasses Sundhedsstyrelsens vejledning om specia-

leplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner, f.eks. således at der kun efter en konkret faglig vurdering kan indgås aftale om højt specialiseret behandling (lands- og landsdelsbehandling) på sygehuse, hvor det ikke er forudsat i vejledningen.

8. Økonomi og styring

Side 71

Aftalerne mellem aftalesygehusene og Amtsrådsforeningen er afgrænset til et bestemt - aftalt - ydelsessortiment, og der aftales en fast pris ved indgåelsen af aftalen. Udgangspunktet for honoreringen har været DRG-taksterne.

Overordnet er det de offentlige sygehusejeres vurdering, at disse takster er for høje. Omtrent halvdelen af aftalesygehusene synes derimod, at den aftalte pris er for lav. Den anden halvdel af aftalesygehusene synes i store træk, at prisniveauet er passende. De offentlige sygehusejere mener særligt, at taksterne er for høje for ortopædkirurgiske (minus alloplastikker) og plastikkirurgiske operationer samt operation for åreknuder og behandling for søvnapnø. Derimod finder aftalesygehusene, at prisniveauet er for lavt - specielt for operation for åreknuder og grå stær operationer. Når aftalesygehusene og de offentlige sygehusejere finder, at eksempelvis taksten for åreknuder er henholdsvis for lav og for høj, kan det skyldes forskellige udgangspunkter. Det er således muligt, at de offentlige sygehusejere vurderer taksten i forhold til de lette - og billigere - patienter, mens aftalesygehusene tager udgangspunkt i de sværere patienter.

Når de offentlige sygehusejere mener, at DRG-baserede takster er for høje, forklares det med, at aftalesygehusene ikke har uddannelses-, forsknings- eller vagtforpligtelser. Omvendt fremhæver aftalesygehusene, at de betaler afskrivninger, moms og lønsums-afgifter, som ikke indgår i DRG-taksterne.

Det fremføres endvidere af de offentlige sygehusejere, at genoptræning og hjælpemidler, der er indeholdt i DRG-taksten for offentlige sygehuse, ikke er indeholdt i den takst, der er fastsat i aftalerne. Patienter med behov for postoperativ genoptræning henvises sædvanligvis tilbage til det offentlige sygehus.

Enkelte aftalesygehuse bemærker, at de fastsatte takster ikke giver råderum til at give patienterne en 1. classes behandling (ved at bruge f.eks. en dyrere linse ved grå stær operation), ligesom der ikke er råderum for behandling i forbindelse med komplikationer.

Det gælder generelt, at DRG-baserede takster er gennemsnitstakster for relativt brede grupper, og som udgangspunkt ikke tager hensyn til den enkelte patients tyngde. Nogle patienter vil således medføre omkostninger, som ligger over taksten, mens andre patienter vil ligge under taksten. Om taksten bliver rimelig afhænger derfor af, om aftalesygehuset har nogenlunde samme fordeling af lette og svære patienter som de offentlige sygehuse. Hvis aftalen omfatter lette - eller omvendt komplicerede - patienter, er der måske behov for henholdsvis en lavere eller højere takst end DRG-taksten.

De offentlige sygehusejere mener, at aftalesygehusene foretager såkaldt cream-skimming af patienterne og vælger de lette patienter inden for de relativt bredt definerede DRG-grupper. Der nævnes forskellige former for cream-skimming, bl.a. at aftalesygehusene ved indgåelse af aftaler vælger kun at indgå aftale om bestemte behandlinger inden for en DRG-gruppe, samt at patienter, der ved henvisningen synes komplicerede, afvises. Flere aftalesygehuse bemærker omvendt, at der ved indgåelse af aftaler ikke er tale om en reel forhandlingssituation. DRG-taksterne opleves af aftalesygehusene som et diktat. Aftalesygehusene synes således ikke, at de indgår i en reel forhandlingssituation i forbindelse med prisfastsættelsen.

Det bemærkes hertil, at de private sygehuse m.fl. har mulighed for at rette henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren, som kan fastsætte vilkårene, såfremt der ikke kan opnås enighed med Amtsrådsforeningen om aftalevilkårene, jfr. sygehusloven § 5 g, stk. 2.

Med henblik på at opnå rimelige aftaler for begge parter, bør der inden for visse rammer foregå en reel forhandling af aftalerne mellem Amtsrådsforeningen og aftalesygehusene.

Problemer ved takstfastsættelsen

Som det fremgår af det ovenstående, er de offentlige sygehusejere og aftalesygehusene uenige om, hvorvidt honoreringen/taksterne i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning overordnet set er for høje eller for lave. Det er samtidig generelt holdningen, at det nuværende udgangspunkt - DRG-taksterne - kan give anledning til særlige problemer og overvejelser, når de

anvendes over for private sygehuse. Dette ses generelt ved, at der er nogle behandlinger, der er stor interesse for at indgå aftale om, mens der ikke er interesse for at indgå aftale om andre behandlinger.

Aftalesygehusene er virksomheder, der helst skal have overskud. Samtidig har aftalesygehusene normalt et smallere sortiment af ydelser end de offentlige sygehuse. I en situation, hvor et aftalesygehus ikke tilbyder alle behandlinger og har mulighed for at vælge konkrete behandlinger, som man ønsker at indgå aftale om, vil en gennemsnitstakst som nævnt give mulighed for cream-skimming. Når privatsygehuse og -klinikker udvælger, hvilke behandlinger de vil tilbyde, vil der derfor naturligt være en tendens til, at de lette patienter og de lette behandlinger inden for en DRG-gruppe prioriteres for at sikre omkostningsdækning.

Der er bl.a. et begrænset incitament til at indgå aftaler om medicinske patienter, hvor behandlingsforløbet kan være både langvarigt og uforudsigeligt.

Det er herudover generelt de udstyrs- og utensilie-tunge indgreb, der er mindst incitament til at indgå aftale om. Der er således høje omkostninger til implantater, operationsudstyr m.v. på disse områder og dermed også høje marginale omkostninger. Der vil derimod være en tendens til, at der i højere grad bliver indgået aftale om behandlinger, der er mindre tidskrævende og kræver begrænsede utensilier. Det skyldes, at de marginale omkostninger ved disse behandlinger er lave.

Derudover er der en tendens til, at private sygehuse m.v. ikke ønsker at indgå aftaler om behandlinger, der kræver indlæggelse over flere dage.

Dette betyder, at der er nogle behandlinger, der ikke eller i mindre grad bliver indgået aftale om, og dermed nogle patienter, der ikke får mulighed for at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Ud over, at de offentlige sygehusejere finder, at der sker en skævrivning i forhold til bestemte operationer, mener flere sygehusejere endvidere, at der er sket et skred i behandlingsforløbets længde eller omfang. De finder således, at der foretages flere forundersø-

gelsler og kontroller af patienterne end af tilsvarende patienter, der behandles i offentligt regi. Alle ambulante besøg, som der ikke er fastsat en særskilt takst for, takseres i DRG-systemet til samme takst (1.387 kr. - 2003 takst) uanset længde og indhold. De offentlige sygehusejere fremfører bl.a., at patienter, der er udredte fra det offentlige sygehus, også indkaldes til forundersøgelse på aftalesygehuset. Det bør fastholdes, at lægerne på aftalesygehusene, hvis det skønnes nødvendigt, bør se en patient inden en operation, uanset om patienten allerede er udredt på et offentligt sygehus.

Flere af de offentlige sygehusejere foreslår i den forbindelse, at aftalerne ændres til behandlingsforløb, eller det medtages i aftalegrundlaget, hvad der betragtes som et normalt forløb. Dette er i overensstemmelse med aftalesygehusene, der i overvejende grad ligeledes finder, at det kan være relevant at indgå aftaler om behandlingsforløb. Endelig mener de offentlige sygehusejere, at det bør medtages, at der kun kan udføres kontroller i en given periode efter behandlingen.

Det kan på denne baggrund overvejes at aftale takster med aftalesygehusene, der mere specifikt knytter sig til procedurerne, frem for at tage udgangspunkt i relativt brede grupper i DRG-systemet. Det brede ydelsessortiment sætter dog grænser for, hvilke metoder der i praksis kan anvendes ved fastsættelsen af honoreringen/taksterne. Det vil således ikke være praktisk muligt at fastsætte hver eneste behandlingstakst med den enkelte klinik. Samtidig skal der være et vist rum for forhandling. Sundhedsstyrelsen arbejder på at udbygge og forbedre den omkostningsdatabase, der indgår i beregningen af DRG-taksterne. Den vil på sigt kunne understøtte mere detaljerede, procedurespecifikke takster.

Herudover kan peges på udbud og rammeaftaler som en måde at tage højde for disse problemer på.

Det bør overvejes at afprøve nye honorerings-/takstprincipper i aftalerne med aftalesygehusene. Afregningen bør i højere grad tage udgangspunkt i omkostningerne ved de ydelser, aftalesygehusene faktisk tilbyder.

Flere operationer under samme indgreb

Aftalerne er i overensstemmelse med DRG-vejledningen opbygget således, at private sygehuse m.v. får honorering for den dyreste behandling og kun den, hvis der udføres flere operationer under samme indlæggelse eller besøg. Aftalesygehusene har således ikke noget økonomiske incitament til at samle flere behandlinger i samme besøg/indlæggelse, selv om det ville være forsvarligt og mest hensigtsmæssigt for patienten.

I de tilfælde, hvor det er forsvarligt at udføre flere indgreb samtidigt, vil det være billigere end at udføre indgrebene over flere omgange. Det er klart, at der vil være større omkostninger ved at udføre flere indgreb samtidig end blot et indgreb. I speciallægeoverenskomsten er det aftalt, at speciallægerne får 50 pct. af prisen for det andet indgreb.

Det bør undersøges, om samme afregningsprincipper for dobbeltoperationer kan anvendes i forhold til det udvidede frie sygehusvalg.

Indlæggelse eller ambulat behandling

På de offentlige sygehuse findes en klar definition af, hvornår patienter er indlagt eller behandles ambulant, jfr. nedenstående tekstboks. Definitionen af indlæggelse tilsiger ikke, at patienten nødvendigvis skal være indlagt en nat for at blive betraget som en indlagt patient. I offentligt regi forstås det dog normalt sådan. De private sygehuse og -klinikker opererer ikke med de samme definitioner og skelner eksempelvis ikke mellem sengeafsnit og opvågningsenge i tilknytning til en operationsstue. Dette kan give visse uklarheder i opfattelsen af, om patienten behandles ambulant eller under indlæggelse.

Definition af indlæggelse og ambulant behandling

- Indlæggelse: Patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads.
- Ambulant behandling: Patient, der er indskrevet på et ambulatorium.

Kilde: Fællesindhold 2003

I forbindelse med fastsættelse af takster, tages der i aftalerne udgangspunkt i Dansk Casemix Systems to takstsystemer. Det vil si-

ge, at der i de tilfælde, hvor det er muligt, er fastsat takster for både ambulante behandling og behandling under indlæggelse.

Side 76

Dansk Casemix System

Dansk Casemix System består af to systemer:

- DRG-systemet, der anvendes over for stationære somatiske patienter samt gråzone-patienter (hvor taksten er den samme, uanset om behandlingen foregår ambulante eller under indlæggelse).
- DAGS-systemet, der anvendes ved ambulante somatisk behandling.

I forhold til mange behandlinger er der således indgået aftale med private udbydere om, at patienter kan behandles enten ambulante eller under indlæggelse. Det henvisende sygehus kan i henvisningen skrive, hvilken behandlingsform de mener, at patienten skal behandles under. I de tilfælde, hvor patienten henvises uden forundersøgelse, er dette dog normalt ikke muligt. Hensigten er, at beslutningen herom skal ske ud fra en medicinsk, faglig vurdering.

Den manglende fælles forståelse af begrebet indlagte patienter har i praksis medført flere uoverensstemmelser mellem private udbydere og de offentlige sygehusejere, idet sidstnævnte finder, at der er en tendens til, at flere patienter takseres som indlagte i privat regi, mens de i det offentlige regi ville blive betragtet som ambulante patienter. Uoverensstemmelserne skyldes ikke mindst, at der normalt er en stor forskel i honoreringen. Private udbydere vil ofte betragte patienter, der efter en operation bliver på det private sygehus m.v. til observation, eller som er blevet behandlet under fuld narkose, som indlagte. I forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg skyldes det bl.a., at de ikke finder, at der er sammenhæng mellem DAGS-taksterne og omkostningerne ved operation samt overvågningen af patienterne.

Debatten om behandlingsformen mellem offentlige sygehuse og privatsygehuse tydeliggør, at det er nødvendigt i forbindelse med aftalerne at udforme en definition af indlæggelse/ambulante behandling. Denne kan f.eks. tage udgangspunkt i, at indlagte patienter i en periode beslaglægger pladsmæssige og sundhedsfaglige ressourcer, som er allokeret til netop denne patient. Derud-

over kan definitionen udformes i forhold til en given tidsperiode eller narkoseform, der kræver intensiv overvågning. Ud over at udfærdige en definition af indlæggelse, der kan anvendes i privat regi, kan det overvejes, om der skal indføres en form for "sammedags pris" i forhold til de private udbydere. Det vil sige en pris for observation af patienten efter behandlingen uden indlæggelse natten over. Alternativt kan der indføres flere gråzonetakster, hvilket betyder, at taksten er den samme uanset behandlingsform. Dette vil dog omvendt medføre en risiko for, at behandlingerne fordyres.

Det anbefales, at der til brug for aftalerne med aftalesygehusene udformes en definition af ambulantly behandling og indlæggelse.

Gråzone mellem aftalerne og sygesikringen

Der er indgået mange aftaler med private klinikker/speciallæger, der også har overenskomst med sygesikringen.

Flere offentlige sygehusejere finder det uhensigtsmæssigt, at det offentlige derved skal betale den samme speciallæge to vidt forskellige honorarer for den samme behandling afhængig af, hvilken aftale patienten behandles i henhold til.

De offentlige sygehusejere påpeger endvidere en tendens til, at ventetiden til sygesikringskonsultationer og lignende er blevet længere, hvilket kan skyldes, at klinikken finder det mere fordelagtigt at behandle patienter efter aftalerne om udvidet frit sygehusvalg.

Det bør sikres, at der ikke sker en uhensigtsmæssig påvirkning af sygesikringssystemet som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Dette kunne bl.a. ske ved at sikre en hensigtsmæssig sammenhæng mellem de priser, der aftales som led i det udvidede frie sygehusvalg, og de takster der er gældende på sygesikringsområdet. Hvis dette sker, vil speciallæger alt andet lige have en mindre interesse i at henvise de patienter til sygehus, som de reelt selv kan behandle.

Dette ville dog formentligt gøre det sværere at indgå aftaler med private sygehuse og andre udbydere, der ikke har overenskomst med sygesikringen, idet disse har en anden omkostningsstruktur end sygesikringspraksis. Det er samtidig et andet behandlingstil-

bud, de private sygehuse tilbyder. Hvis princippet skal være, at der skal indgås aftale med de udbydere, der er billigst, vil det dermed afskære nogle klinikker og private sygehuse. Det vil samtidig indikere, at nogle behandlinger bør tilbydes på klinikker og andre på større private klinikker.

For at sikre, at de to systemer fremover hænger bedre sammen, kan det overvejes at udarbejde retningslinier for praktiserende speciallæger, der har aftale med både sygesikringen og om behandling af patienter gennem det udvidede frie sygehusvalg.

Sådanne retningslinier kan udarbejdes efter samme model som "Vejledning i forbindelse med lægers bibeskæftigelse" (2003), der blev udarbejdet i efteråret 2003 i samarbejde mellem Amtsrådsforeningen, Foreningen af Speciallæger og Foreningen af Yngre Læger. Vejledningen blev udarbejdet på baggrund af en debat om lægers bibeskæftigelse, herunder at der eksisterer en øget mulighed for interessemodsætninger mellem hovedbeskæftigelse og bibeskæftigelse som følge af indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg.

Indberetningen til LPR

Aftalesygehuse er forpligtet til at indberette deres aktivitet til Landspatientregistret (LPR) af både standardaftalen samt bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller -klinikker

Sammenholdes Amtsrådsforeningens opgørelse over aktiviteten og amternes opgørelse over omkostningerne ved det udvidede frie sygehusvalg med indberetningen fra Landspatientregisteret, er det klart, at aftalesygehuse ikke i tilstrækkeligt omfang indberetter aktiviteten. 11 (73 pct.) af de offentlige sygehusejere mener da også, at indberetningen til Landspatientregistret fungerer dårligt eller meget dårligt.

Til trods herfor synes hovedparten (66 pct.) af aftalesygehuse, at indberetningen til Landspatientregistret fungerer tilfredsstillende eller bedre. En del aftalesygehuse mener dog, at indberetningen til Landspatientregistret er administrativt tung og besværlig.

De manglende indberetninger har været et problem for de offentlige sygehusejere, der derved ikke er blevet honoreret gennem meraktivitetspuljen for den aktivitet, de betaler for på privatsygehuse m.v. Det er endvidere afgørende for anvendelsen af LPR i statistik, forskning m.v., at aktiviteten på private sygehuse og -klinikker indberettes. Sker dette ikke, vil det på sigt ikke være muligt at analysere ændringer i behandlings-/sygdoms-mønsteret disse steder.

Det bør overvejes, at kæde betaling sammen med indberetning til LPR, således at aftalesygehuset modtager betaling for deres ydelse, når deres indberetning til LPR er registreret.

Indberetning for private sygehuse til Landspatientregistret

Pr. 1. januar 2004 indførte Sundhedsstyrelsen muligheden for, at private sygehuse/klinikker kan indberette aktivitet til Landspatientregistret ad elektronisk vej (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI)). Systemet for de private sygehuse/klinikker kendes også som "Mini-PAS".

Systemet skal anvendes af private sygehuse/klinikker som indberetningsmodul til Landspatientregistret. Hensigten med det nye system er at gøre det så nemt som muligt for brugeren at indrapportere data.

Systemet er baseret på en opkobling via Internettet, således at de fleste private sygehuse/klinikker har mulighed for at anvende systemet.

Systemet består fortsat af et indberetningsskema, som nu udformes elektronisk. Skemaet er baseret på en række styrende regler, hvorved en række felter er åbne for indtastning, mens andre er lukkede. Derudover bliver der foretaget fejlsøgning under indtastning i systemet.