

Sundheds- og Ældreministeriet  
Holbergsgade 6  
1057 København K  
Att: Tove Kjeldsen

13. januar 2016

## **Hørings svar til forslag om ændring af sundhedsloven (reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg efter 30 dages ventetid på behandling). Sags nr.: 1503977**

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) har den 18. december modtaget ”Forslag om ændring af sundhedsloven (reel ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg efter 30 dages ventetid på behandling)”.

BPK arbejder for de private hospitaler og klinikkers politiske og økonomiske interesser. Og for at understøtte, at privathospitaler og klinikker bliver en mere integreret og respekteret del af det danske sundhedsvæsen til gavn for patienterne og hele det danske sundhedsvæsen. Branchen ønsker et opgør med ’dem’ og ’os’ og arbejder målrettet på et blive en ’del af løsningen’ i et tæt samarbejde. Derfor er fokus på både patientens rettigheder og den generelle kvalitet af det sundhedstilbud, vi tilbyder danskerne – herunder perioden, man skal forvente at vente på udredning og behandling, vigtigt for os.

Hørings svaret omhandler flere emner, der forsøger at gennemgå de forskellige dele af høringsforslaget:

- Generelle bemærkninger 1
- Aftaler med branchen 2
- Sundhedslov og relation til bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v. 3
- Fokus på rettidig omhu ift. kapacitet 4
- Udredningsgarantien 5
- Behandlingsgarantien 7
- Information 7
- Afsluttende kommentarer 8

### **Generelle bemærkninger**

De danske privathospitaler og klinikker havde i 2014 over 100.000 patienter til udredning eller behandling. Og i 2015 var dette tal nået allerede efter 3. kvartal. I 2015 ser det ud til, at op mod 2/3 af alle besøg

kommer via lokale aftaler, indgået mellem regionerne og de enkelte hospitaler. Det er en positiv udvikling, der er et skulderklap til den private sektor, der ønsker at være en del af en fælles løsning i et samlet danske sundhedsvæsen.

Alligevel fylder de private hospitaler og klinikker kun 1-2 pct. af den samlede omsætning på sygehusområdet. Og i 2013 og 2014 kom kun hhv. 25 og 33 pct. af branchens samlede omsætning fra offentlige patienter. Der er derfor fortsat flere hundrede tusinde patienter, der enten betaler selv eller har en sundhedsforsikring. Det kommer bl.a. på baggrund af, at dansker i dag venter 49 dage på behandling, som ministeriet selv har opgjort. Og der er fortsat mange danskere, der ikke udredes inden for de 30 dage, der ellers er en ret i dag.

Derfor hilser BPK velkommen, at Regeringen fastholder den politiske ambition om, at det ikke er en værdi at vente. Og dermed skal ventetiden længere ned for behandling og flere skal udredes inden for garantien. Og BPK roser samtidig, at det skal komme alle danskere til fordel, at der er ens rettigheder og muligheder lige meget pengepungens størrelse eller hvor adressen er i landet. Derudover er det positivt, at Regeringen fastholder, at somatik og psykiatri reelt ligestilles. Det sidste skaber dog et behov for en langt bedre gennemsigtighed i udrednings- og behandlingsforløb, hvor vi bl.a. ser, at 92 pct. af alle psykiatriske patienter kan udredes ved en samtale med en ikke-læge – og uden nødvendigvis at se en læge før et stykke inde i et behandlingsforløb.

Dog er det vigtigt for BPK at anføre, at branchen fremad håber, at udredning og behandling kobles tættere sammen. Det er der både faglige, administrative og økonomiske argumenter for. En række sygdomme behandles ifb. med udredningen. Der er dermed ikke en sort/hvid lægefaglig opdeling mellem at udrede og behandle. Men den nuværende opdeling betyder, at patienten formelt ikke må behandles under udredningen. Det betyder, at den private aktør ikke kan få dækket fx omkostninger til medicin, der er brugt i udredningen. Men patienten skal sendes tilbage til regionen for behandling. Ligesom at brugen af privathospitalerne til delelementer i udrednings- eller behandlingsforløbet – fx ved 1-2 scanninger, besværliggør et sammenhængende patientforløb. Det er ikke hensigtsmæssigt for hverken patienten eller det private sygehus. Og på ingen måde samme måde, som patientforløb praktiseres på et offentligt sygehus.

## Aftaler med branchen

Lovgivningen om patientrettigheder bygger på, at der for det første er et privat sundhedsmarked og for det andet, at der kan indgås aftale mellem Danske Regioner og branchen. Konkret er det blevet praktiseret ved, at Danske Regioner har lavet aftaler med BPK på vegne af den samlede branche. Herunder hvordan de faglige kriterier for at blive godkendt som aftalesygehus skal være. Derudover har de enkelte regioner mulighed for at indgå aftaler direkte med privathospitaler om håndtering af patientforløb til aftalt pris.

I dag dækker BPK's medlemmer ca. 86 pct. af omsætningen på markedet. De resterende dele er primært mindre klinikker, der kan have ydernummer eller primært behandler selvbetalere. På sundhedsområdet er der lang tradition for at indgå nationale aftaler, der samlet sikrer et sundhedsvæsen med høj kvalitet, stor gennemskuelse og geografisk dækning. Det giver på samme tid muligheden for, at regionerne og de forskellige organisationer sammen kan sikre udvikling på sundhedsområdet.

I dag tolker Danske Regioner reglerne til, at alle private klinikker, der gerne vil indgå aftaler, kan bede om det. Det skaber unødvendig bureaukrati og meget mindre overblik og dermed mindre mulighed for synergi.

**BPK anbefaler, at der i lovgivningen, i bemærkningerne, bekendtgørelser eller vejledninger præciseres, at der, ligesom for andre områder, forhandles med branchen og ikke med enkeltvirksomheder. Fx ved at konsekvensrette formuleringen "private sygehuse og klinikker m.fl." til "privathospitalsbranchen".**

### [Sundhedslov og relation til bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v.](#)

Det fremsendte høringsmateriale omhandler udelukkende ændringer af Sundhedsloven § 87. I lovens kapital 17a beskrives reglerne for "diagnostiske undersøgelser, udredning m.v.". Som det også omtales i bemærkninger til lovforslaget, er lovbestemmelsen om retten til hurtig udredning hjemlet i § 82 b.

**BPK antager, at denne del af loven konsekvensrettes, når forslaget om ny § 87 stk. 1 vedtages.**

BPK har i perioden, hvor udredningsretten har virket, forhandlet en række udredningspakker med Danske Regioner. Det har vist en stor forskel mellem at forhandle under Det udvidede frie sygehusvalg med muligheden eller risikoen for, at uenigheder skal løses i voldgift – og så hvor der ingen konsekvenser er af uenighed, hvor Danske Regioner blot kan melde deres tilbud ud som aftale.

**BPK bakker derfor op om forslaget om, at udredningstilbud skal forhandles på samme vilkår som behandlingstilbud.**

I dag indskærper bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v, at der er områder, der ikke er dækket af det udvidede frie sygehusvalg. Det drejer sig konkret om organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreations- og rehabiliteringsophold.

I dag er der lange ventelister på fertilitetsbehandlingen, så mange er overladt til enten at undvære børn eller selv finansiere den store omkostning, det er. Dermed har man skabt en stor ulighed i sundhed ift. det at få børn. Hvis du ikke har pengepungen, må du vente – længe – på behandling i det offentlige. Konkret er konsekvensen, at flere kunne have fået børn – men fravælger pga. ventetid og for stor egenbetaling. Det er ikke i overensstemmelse med grundsætningen i lovforslaget, der siger, at alle skal behandles lige uanset pengepung. Der er i dag private tilbud på området. Så den eneste årsag til at ekskludere må være økonomi. Og i en tid, hvor der ikke fødes nok børn virker det ikke hensigtsmæssigt.

**BPK anbefaler, at fertilitetsområdet inkluderes i det udvidede frie sygehusvalg.**

Ligeledes er rehabiliteringsområdet undtaget. I forvejen er der § 79-tilbud, der tilbyder det på det offentliges regning. Ligesom at mange offentlige afdelinger ser behandlingen af fx blodprop i hjernen som værende et behandlingsforløb helt frem til udskrivning til eget hjem eller kommunen. Så der er ikke fuld

enighed om, hvor rehabiliteringen starter og slutter. Så det kan ikke være et fagligt spørgsmål. Hvis det er et definitionsspørgsmål, må det kunne klares med en afgrænsning. Over de sidste år er der kommet flere private på markedet. De har om nogen et stort fokus på det sammenhængende sundhedsvæsen – og specielt overgangen til og samarbejdet med kommunen.

**BPK anbefaler, at rehabiliteringsområdet – forstået som alle tilbud, der foregår på sygehuset eller med sygehuset som faglig ansvarlig, inkluderes i det udvidede frie sygehusvalg.**

### Fokus på rettidig omhu ift. kapacitet

Regeringen tager med lovforslaget patientens side. Herunder hvilke årsager, regionen må lægge til grund for ikke at overholde patientrettighederne ift. de 30 dage.

Med de nuværende regler har mange patienter oplevet, at bliver 'skubbet' fremad i systemet for at kunne overholde tidsfristerne – dog nogle gange uden, at hverken udrednings- eller behandlingsforløbet reelt starter. Patienten ser en sygeplejerske i udredningen (specielt psykiatrien) inden for tidsfristen. Eller ser en læge lige inden fristens udløb, der her beskriver, som reglerne siger det, en udredningsplan, der dog reelt blot er tiden på næste besøg eller undersøgelse. Og ift. det sidste tæller ventetiden på en undersøgelse slet ikke med som ventetid. Hermed er reglerne overholdt, men patienten er kun et lille skridt nærmere en udredning, men nu uden ret til at fremskynde processen.

Og herfra henvises patienten, der kan være omfattet af en 60-dages-garanti, til et behandlingstilbud, der kan være opstart af et terapeutforløb uden en læge (specielt psykiatrien), til en læge, der reelt fortsætter den overfladiske udredning (specielt psykiatrien) eller får en tid, hvor der laves forundersøgelse til fx operation. Alle kontakterne tager tid, der, når de lægges sammen, giver utrolig lang ventetid. Men reglerne er overholdt.

BPK mener, at forslaget om, at manglende kapacitet i det offentlige skal betyde, at regionerne agerer rettidigt og se i løsninger med private samarbejder er et rigtig godt udgangspunkt for hurtige og sammenhængende patientforløb. Men der er behov for at definere, hvordan dette kapacitetsoverblik etableres og hvordan, der handles på det. Mange gange opdages det for sent, hvilket resulterer aftaler, der ikke dækker fuldt ud og patienter, der selv må agere og finde vej i patientrettighederne pga. ventetiden. Ansvar lægges over på patienten.

De offentlige budgetter er baseret på fremskrivninger af patientvolumina inden for de enkelte specialer. Hertil korrigeres der i løbet af året i takt med, det reelle volumen viser sig. Men kapacitetsplanlægning er en del af planlægningen i dag. Blot ikke ift. privathospitalerne, hvor udmeldingen altid er, at man ikke kender antallet af patienter – og dermed ikke kan lave aftaler på patientvolumen.

Det er meget svært for patienten eller branchen at få et indblik i praktikken bag tallene i det offentlige. Og det har indtil nu været helt umuligt at få klare udmeldinger fra regioner på, hvad de forventer, der kommer af patienter. Modsat bruges det som argument for ikke at lave samarbejder med private, at de ikke med garanti kan sige, hvor de har ledig kapacitet, der kan trækkes på. Men privathospitalerne kan ikke stå med tomme stuer og læger på vagt. Så det er nødt til at være en gensidig dialog.

#### **BPK foreslår derfor:**

- **At regionerne forpligtes til mindst to gange årligt at fremlægge kapacitetsplaner på de områder, der erfaringsmæssigt har været lange ventetider på. Med respekt for fagområder med generelle kapacitetsproblemer bl.a. pga. lægemangel. Og de planer bruges som grundlag for, at brancheforeningen kan indgå nationale aftaler eller facilitere lokale aftaler om kapacitetsudvidelse lokalt.**
- **At det påpeges, at patienten altid skal forvente at se en læge som første-kontakt i sit udrednings- eller behandlingsforløb. Og at dette kan dokumenteres. Det er i dag et krav til alle private sygehuse.**
- **At oplysningerne fra venteinfo.dk og sygehusvalg.dk i højere grad sammenkobles, så patienterne får et samlet overblik over deres muligheder ved for lange ventelister**

### Udredningsgarantien

Formålet med udredningen er, at patienten finder ud af, hvad man fejler. Og kan komme hurtigt i gang med behandlingen. I lovforslaget lægges der op til, at patienten kan vælge hel eller delvis udredning på et aftalesygehus, hvis det af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbydes offentligt. Og her skal der være tilbudt en udredningsplan.

Der er nogle opmærksomhedspunkter, som med fordel kan beskrives enten i loven eller efterfølgende bekendtgørelse og vejledninger

### Koblingen til beregningen af ventetid

I dag tæller ventetid på prøvesvar ikke med i den samlede ventetid (jf Vejledning om udvidet frit sygehusvalg og information til henviste patienter). Set i lyset af, at der i lovforslaget gives mulighed for, at patienten kan vælge et privatsygehus til, hvor der ikke er faglige årsager til at begrunde ventetiden, vil en sådan beregning mindske patientrettigheden. Her er risikoen for, at ventetiden blot lægges ift. at afvente prøvesvar. Og patienten vil ikke realistisk kunne forholde sig til, om prøvesvaret kunne være kommet hurtigere.

**BPK foreslår, at der opstilles realistiske svartider på de enkelte prøvesvar, så patienten har muligheden for at bruge den ret, der gives med lovforslaget.**

### Udredningsplanen

Allerede i dag har patienten ret til en udredningsplan, hvis en færdig udredning ikke kan nås inden for de eksisterende regler af 30 dage. Mange planer indeholder dog blot en ny dato for næste besøg. Hvis det skal være realistisk for patienten at vurdere, om en plan faktisk kan føre til en endelig udredning og diagnose, bør der opsættes kvalitetskrav til en planen.

**BPK støtter, at det pålægges regionerne at give patienterne en plan, som kan bruges til både at holde styr på sit eget forløb mod en diagnose. Men den bør også kunne bruges som beskrivelse for, hvad et privathospital skal gennemføre – fx den resterende del, der ikke kan nås inden for garantiene.**

Dog vil der på flere områder kunne aftales udrednings- og behandlingspakker, regionerne kan henvise til.

### Støtten til patientens frie valg

Som patient er det ikke nemt at finde ud af, hvordan man kan trække på en privat ydelse, når ventetiden bliver for lang. Erfaringsmæssigt bruger patienterne privathospitalerne ift. forløb, der er på forhånd er beskrevet af det offentlige – fx ved operationer. Eller ved enkeltstående undersøgelser som MR-scanninger, hvor patienten har hørt, at man kan få hjælp eller hvor regionen har lavet en direkte aftale.

Derudover har patienterne i dag meget svært ved at finde ud af:

- hvornår de er hhv. 30- eller 60-dages garantpatienter.
- Hvornår det kan betale sig at bruge det private ift. blot at vente og bruge det frie sygehusvalg – og her hjælper regionerne primært med at rådgive om det sidste
- Hvordan de kan bruge dele af forløbet privat – fx ventetid på enkeltstående undersøgelser eller ved aflysning af tider

Der er ingen, der faktisk hjælper patienten med at sammensætte et, for patienten, optimalt forløb ift. tid, geografi og andre præferencer. Det er altid med udgangspunkt i et offentligt forløb, hvor det private bruges af nød som en 'overtryksventil'.

Samtidig er det kun en læge i det offentlige, der formelt må beskrive udrednings- eller behandlingsforløbet og dermed 'bestillingen' til det private. Og det er selvom mange patienter mange steder faktisk henvises direkte til privatsygehus via lokale aftaler og på baggrund af en henvisning fra almen praksis. Det skaber flaskehalse i det offentlige, hvor patienten først venter på at blive set indledende for afklaring/udredning på en afdeling. Dernæst venter på patienten på de undersøgelser, der skal laves. Og så på tid til behandling – evt. flere tider med ventetid ind i mellem.

Optimalt bør patienten kunne vælge et privat tilbud til direkte fra henvisningen fra almen praksis, da dette vil optimere og fremskynde udredningsforløbet. Her vil sagtens kunne opstilles kvalitetsmålinger, der sikrer, at udrednings- og behandlingsforløbet er ens offentligt og privat. Dog anerkender vi, at denne option ikke er inkluderet i nærværende forslag.

**BPK foreslår, at hvor ventetiden til første besøg er uhensigtsmæssig lang, gøres det muligt for patienten at blive udredt på et aftalesygehus uden, der er lavet en 'bestillingsseddel'. Men hvor privathospitalet bliver ansvarlig for et samlet udredningsforløb. Hvis patienten henvises med en obs-diagnose, som kan komme fra almen praksis, kan udredningsforløbet tilrettelægges på privatsygehuset - men med muligheden for at trække på offentlige del-ydelser i forløbet, hvis tilbuddet ikke er privat. Men hvor det selvfølgelig er muligt inden for tidsrammen.**

Det er allerede på enkeltområder muligt, hvor det ikke ender med at overskride ventetidsgarantier, at trække på offentlige tilbud. Her dækkes omkostningen af det offentlige.

**BPK foreslår yderligere, at det pålægges den enkelte region at sikre, at patienten hjælpes til at sammensætte en forløb bestående af offentlige og private tilbud fra starten af – og ikke som konsekvens af, at patienten skal på råde sig sine rettigheder hele tiden.**

I dag er det blot en sundhedsfaglig person, der skal tage stilling til, om udredningen kan nås. Det betyder, at patienten kan sendes videres i systemet af en ikke-læge og så blot se en læge senere, der kan 'korrigere' evt. fejlhenvisninger. Men så er patienten i gang og i praksis er udredningsgarantien sat ud af spil.

**Derfor mener BPK, at der er behov for at præciseres, hvad der ligger i en faglig vurdering – herunder at det skal være en læge, der på baggrund af at have set patienten tager alle faglige beslutninger ift. henvisning og beslutning om, at udredning ikke kan nås af faglige årsager.**

## Behandlingsgarantien

I dag har den differentierede behandlingsgaranti sammen med den tidligere 'rene' 30-dages behandlingsgaranti været med til at fokusere, at danskerne skulle hurtigere til behandling. Den er i dag nede på 49 dage. Men det har dels skabt en situation, hvor ressourcestærke har kunne argumentere for, at deres sygdom er alvorlig – fx indgribende ift. arbejde og familieliv, så de har kunne bruge en 30-dages garanti. Ligesom at flere faktisk har måtte vente længere end før, da de er blevet puttet på en 60-dages liste. Og dermed ikke en optimal behandling af patienterne.

Derudover er det vigtigt at få defineret, hvad der ligger i et behandlingsforløb. Kravet til private er, at det som udgangspunkt skal være en læge, patienten ser under hele forløbet. I det offentlige bruges, som tidligere nævnt, andre faggrupper i udredning og til at se patienten i behandlingsforløbet. Dette kan som udgangspunkt ikke være en del af den reelle behandling. Ellers vil risikoen være, at patientforløbet sammensættes på en måde, der fastholder patienten i det offentlige inden for garantierne – men med meget langsom fremdrift, hvor lægerne kun ser patienterne med mellemrum.

**Derfor bakker BPK op om forslaget om en ensretning af ventetiden til 30 dage for alle patienter. Fremad bør monitoreringen af ventetider suppleres med oplysninger om hvor vidt patienten har set en læge eller ej i besøget.**

## Information

BPK har via sin Patientvejleder rådgivning af patienter, der oplever et sundhedsvæsen, der ikke altid formidler klart og tydeligt. Det er alt fra graverende fejl i patientbreve over manglende 1:1 rådgivning om deres patientforløb til frustration over ikke at kunne få klare svar ift. ventetider og de private muligheder. Her er det totalt manglende samspil mellem sygehusvalg.dk og ventetinfo.dk en tilbagevendende problemstilling, hvor det er uklart, hvordan ventetid skal forstås ift. et patientforløb med flere 'stop' undervejs – og deraf muligheder for at skifte mellem offentlige og mellem offentlig og privat.

Der er behov for en ensretning af den måde, der formidles om patientrettigheder – bl.a.:

- Hvordan regionerne rådgiver almen praksis i at rådgive patienterne – her er der mange huller ift. at man ikke kender rettigheder og muligheder. Almen praksis kender mange steder ikke reglerne for

ventetidsgarantier, ikke hvordan man kobler information om ventetider med de mulige tilbud privat eller hvordan patienten orienterer sig ift. kvalitetsdata fra databaser, LUP eller patientklager

- Hvordan patienten skal forstå ventetid jf. ovenstående afsnit om emnet
- Hvordan patienten kan vælge hele eller dele af forløbet privat
- Hvordan patienten ved ændrede tider på operationer kan bruge privat tilbud

**Derfor bakker BPK varmt op om initiativet om mere central koordinering. Det anbefales, at Ministeren nedsætter en arbejdsgruppe bestående af de fem regioner, Danske Patienter og BPK til at komme med anbefalinger til standardtekster.**

### Afsluttende kommentarer

I forslaget konkluderes det, at der kun er begrænsede administrative omkostninger for de private sygehuse. BPK er i udgangspunktet enig i de betragtninger, dog under forudsætningen, at

- der fastlægges en ny model for akkreditering for private sygehuse, der ligger tæt op ad den eksisterende Danske Kvalitetsmodel
- der på sigt kan findes en model for det offentlige, der ikke resulterer i dobbelt-krav til de private – enten ved at det er nemt at overgå til den eller en fortsat anerkendelse af en ny akkrediteringsmodel
- der kan findes en model for, hvordan branchen samlet forhandler sammen; herunder håndterer og rådgiver om konflikter og problemer med udredning og behandling – også for dem, der står udenfor. Her kunne en model med servicegebyr for ikke-medlemmer af brancheorganisationen, som ses hos andre organisationer, der forhandler med Danske Regioner

BPK stiller sig meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte.

Med venlig hilsen



---

Jesper Luthman  
Sekretariatschef i BPK