

# HØRINGSSVAR: SUNDHEDS- STRUKTURKOMMISSIONENS AFRAPPORTERING

Sundhed Danmark

AUGUST, 2024

## Indholdsfortegnelse

Indledning .....	2
Tværgående anbefalinger.....	4
Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data .....	4
Forslag 1: Fælles strategi for data og digitalisering .....	4
Forslag 3: Digital Sundhed Danmark .....	5
Opsummering .....	6
Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser .....	7
Nedbryd siloer i lovgivningen .....	7
Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen.....	8
Opsummering .....	8
Stærke patientrettigheder i et sammenhængende sundhedsvæsen .....	10
Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis .....	10
Ulighed i sundhed .....	11
Gode erfaringer fra sygehusområdet .....	11
Hvordan indføres rettigheder i praksis? .....	13
Kobling af udredning og behandling.....	13
Opsummering .....	14
Økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet: Bedre brug af de ressourcer vi har .....	15
Produktivitet i sundhedsvæsenet .....	16
Aktivitetsbaseret afregning .....	16
Ventetidsgarantier giver bedre produktivitet.....	18
Decentraliseret budgetansvar .....	18
Decentraliseret budgetansvar i praksis: Forskel på afregning med DRG og DUF-takster .....	19
Decentralt budgetansvar giver uheldige incitamenter .....	20
Bidrager privathospitaler til sårbarhed i det offentlige sundhedsvæsen? .....	23
Private sundhedsvirksomheder ønsker større uddannelsesansvar .....	23
Interne siloer og konservative behandlingsforløb .....	24
Aftaler kan optimeres.....	24
Opsummering .....	25
Afslutning .....	26

## Indledning

Sundhed Danmark takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Ligesom vi også gerne vil takke regeringen for at have nedsat kommissionen og inddraget os i arbejdet gennem følgegruppen til Sundhedsstrukturkommissionen.

Det danske sundhedsvæsen er udfordret på flere parametre. Borgerne oplever ofte en ulighed i de sundhedstilbud, som de har adgang til. Ligesom de kan risikere at opleve en manglende sammenhæng i deres forløb, fordi der ikke altid er en rød tråd i forløbet på tværs af forskellige sundhedsaktører. Derudover er det også uomtvisteligt, at der i fremtiden kommer flere borgere, der får brug for hjælp fra sundhedsvæsenet. Det udgør en udfordring for brugen af økonomiske og personale mæssige ressourcer.

De private sundhedsvirksomheder er opsatte på at blive en endnu større del af løsningen for ovenstående udfordringer for sundhedsvæsenet.

De private sundhedsvirksomheder fylder mere og mere i det danske sundhedsvæsen. I dag har [2,9 mio.](#) danskere en privat sundhedsforsikring. Brugen af sundhedsforsikringer bidrager blandt andet til tidlig forebyggelse og frigørelse af ressourcer på de offentlige sygehuse. Kommissionen fremhæver blandt andet et tidligere dansk studie der har vist, at ansatte med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring alt andet lige anvender det offentlige sygehusvæsen 10 pct. mindre end ikkeforsikrede<sup>1</sup>. Derudover behandler de private sundhedsvirksomheder hvert år også mange offentligt henviste patienter med hurtig behandling af høj kvalitet, der ellers havde risikeret at stå længe på venteliste.

Sundhed Danmark bidrager derfor i dette hørings svar med kommentarer og politiske forslag til Sundhedsstrukturkommissionens af rapportering, der tilsammen kan tjene som inspiration til hvordan fremtidens sundsvæsen kan indrettes, så der skabes mere lighed i sundhed, mere sammenhæng i patientforløb og mere effektiv brug af ressourcerne, så sundhedsvæsenet er bedre rustet til en fremtid, hvor flere borgere får brug for hjælp fra sundhedsvæsenet.

De grundlæggende pejlemærker for Sundhed Danmarks anbefalinger er følgende:

- **Et sundhedsvæsen, hvor patienten er i centrum.**
- **Et sundhedsvæsen med et stærkt offentlig-privat samarbejde.**
- **Et sundhedsvæsen, hvor vi får mest mulig sundhed for pengene gennem en effektiv brug af ressourcerne.**

---

<sup>1</sup> S. 273 i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport.

Ud fra disse pejlemærker og kommissionens afrapportering anbefaler Sundhed Danmark derfor følgende:

- At private aktører involveres i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi for arbejdet med digitalisering og data.
- At man sikrer fælles adgang til digitale systemer på tværs af den offentlige og private sektor.
- At man samler lovgivningen på det psykiatriske område.
- At man lader private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.
- Af man indfører patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.
- At der indføres en kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.
- En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttede privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.
- En genindførelse af produktivitetsmål og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.
- En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.

Samlet set vurderer Sundhed Danmark, at ovenstående forslag, hvis de implementeres, bidrager til et sundhedsvæsen, der kan være med til at løse de udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen skitserer vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og et sundhedsvæsen, der i fremtiden skal behandle stadig flere borgere.

Sundhed Danmarks hørings svar er struktureret således:

Først følger kommentarer til to af Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger hhv. nr. 2 og nr. 4, hvor der bidrages med forslag til, hvordan man kan inkludere private sundhedsaktører i arbejdet med data og digitalisering, samt hvordan der skabes bedre forhold i psykiatrien. Dernæst følger et afsnit vedrørende patientrettigheder i fremtidens sundhedsvæsen, hvor det vægtes at sikre lighed og sammenhæng for patienterne. Afslutningsvis følger et afsnit om hvordan man gennem økonomiske incitamenter kan sikre en effektiv brug af ressourcerne, så sundhedsvæsenet er bedre rustet til fremtiden.

På vegne af Sundhed Danmark

Branchedirektør, Jakob Rixen



## Tværgående anbefalinger

Herunder følger Sundhed Danmarks kommentarer til to af kommissionens tværgående anbefalinger. Det drejer sig om *anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data* samt *anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*.

Det skal også bemærkes, at Sundhed Danmark bakker op om de bemærkninger, som Dansk Erhverv har afgivet i sit høringssvar vedrørende den tværgående anbefaling 5: Private aktører, patientrettigheder og praktiserende speciallæger.

### Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Udover de tre konkrete forvaltningsmodeller, anbefaler Sundhedsstrukturkommissionen også otte tværgående anbefalinger, der bør implementeres uagtet hvilken forvaltningsmodel, der vælges. I anbefaling 2 anbefaler kommissionen en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data. I Sundhed Danmark bakker vi op om anbefalingen, som vi finder essentiel i forhold til at sikre en større sammenhæng for patienterne, når de bevæger sig på tværs af sektorer. I implementeringen af denne anbefaling, finder vi det dog afgørende, at de private sundhedsaktører medtænkes, så sammenhæng og data sikres, når patienterne bevæger sig på tværs af den offentlige og private sektor i sundhedsvæsenet.

I forbindelse med den 2. tværgående anbefaling om digitalisering og data, kommer Sundhedsstrukturkommissionen med fire konkrete anbefalinger. Følgende af forslagene påvirker de private aktører (forslag 1 og forslag 3), hvorfor der med disse følger anbefalinger fra Sundhed Danmark:

- **Forslag 1:** Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører og de ansvarlige for driften i sundhedsvæsenet.
- **Forslag 3:** Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvaret for digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet.

Herunder følger Sundhed Danmarks bemærkninger til de ovenstående to konkrete anbefalinger.

#### Forslag 1: Fælles strategi for data og digitalisering

Først og fremmest fortjener kommissionen ros for at anbefale én samlet strategi for digitalisering og data for hele sundhedsvæsenet. Når kommissionen skriver, at udarbejdelsen af strategien skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører og de ansvarlige for driften i sundhedsvæsenet, er det vigtigt også at få inkluderet repræsentanter fra det private sundhedsvæsen i dette arbejde.

I dag er de private sundhedsvirksomheder en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. De bidrager til, at offentligt henviste patienter kan få hurtigere behandling, når det offentlige ikke har

kapaciteten og de bidrager gennem forsikringsordningerne til, at lidelser bliver forebygget og behandlet tidligt, så de ikke udvikler sig til mere ressourcekrævende lidelser.

Hvis vi ikke formår at indtænke de private sundhedsvirksomheder i en ny strategi for digitalisering og data, så risikerer vi, at de mange undersøgelser og behandlinger, der bliver foretaget på offentligt henviste patienter såvel som forsikringspatienter hos de private sundhedsvirksomheder ikke bliver registreret tilstrækkeligt, hvilket fører til ressourcepild og dobbeltarbejde.

En fælles strategi bør derfor prioritere, at få digitalisering til at fungere på tværs af sektorer – både når det gælder praksissektoren, privathospitalerne og det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Hvis privathospitalerne ikke medtænkes i strategien, risikerer man unødvendigt lange og usammenhængende patientforløb. Det betyder også flere omkostninger til opfølgende skanninger og kontroller, når de eksisterende IT-systemer ikke taler sammen på tværs af sektorer.

Sundhedsstrukturkommissionen oplister i boks 10.4 fem mål i en strategi for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Et af målene er blandt andet, at borgerne let og overskueligt skal kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt. Dette sikres, hvis man i strategien også prioriterer at private aktører kan få adgang til de nødvendige data og de nødvendige IT-systemer.

For at sikre sammenhængende forløb for de offentligt henviste patienter, der bliver behandlet i privat regi, bør de private aktører derfor også inkluderes i udviklingen af en ny og fælles strategi. Ellers risikerer vi unødigt lange og usammenhængende behandlingsforløb til skade for patienterne. De private aktører har i dag viden og erfaringer i forhold til, hvordan de eksisterende systemer fungerer, når en patient henvises til behandling i det private. Denne erfaring kan med fordel inddrages i udviklingen af strategien samt den efterfølgende eksekvering og drift af den nye strategi.

### Forslag 3: Digital Sundhed Danmark

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår at etablere en fælles service- og leverandørorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. En national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet.

Her er det vigtigt, at man ikke blot tænker på tværs af offentlige aktører i sundhedsvæsenet, men at de private sundhedsaktører også får adgang til Digital Sundhed Danmark. Ved at inkludere de private aktører sikrer man ikke blot de mest sammenhængende patientforløb, men man understøtter også den innovation i sundhedsvæsenet, som Sundhedsstrukturkommissionen mener Digital Sundhed Danmark bør bidrage med.

Hos de private aktører eksisterer der i dag allerede en høj grad af innovation i forhold til brugen af digitale løsninger. Her kan det blandt andet nævnes brugen af kunstig intelligens til fx patientjournalisering og patientvenlige online bookingsystemer – det er både ressourcebesparende og giver personalet mere tid til mere patientrettede opgaver. Den slags løsninger vil hurtigere kunne udbredes med en fælles organisation, idet en af målsætningerne med organisationen blandt andet er at overvåge og

kortlægge nye teknologier og understøtte konkrete løsninger på tværs af sundhedsvæsenet, der sikrer patienterne en behandling af højere kvalitet. Hvis private aktører inkluderes i Digital Sundhed Danmark, bidrager man derved til, at private såvel som offentlige aktører kan erfaringsudveksle og lære af hinanden. Dette er til glæde for patienten, der sikres at man på tværs af sundhedsvæsenet altid gør brug af den teknologi, der giver patienten behandling af højeste kvalitet. Derudover sikrer erfaringsudveksling på tværs af sektorer også, at man bruger den teknologi, der er mest omkostningseffektiv og derved sikrer, at man bruger ressourcerne i sundhedsvæsenet på den mest omkostningseffektive facon.

I dag giver Sundhedsjournalen sygehuse, alment praktiserende læger, kommuner, speciallæger og private sygehuse adgang til en række fortrinsvis regionale data – fx journalnotater fra sygehusene og billedbeskrivelser fra sygehusene. Dataudvekslingen kunne dog styrkes yderligere. F.eks. i forhold til EKG og nerveledningsundersøgelser. Derudover er det også vigtigt, at der etableres et fælles PACS-system på nationalt plan, så aktører på tværs af sektorer får adgang til de samme billeddiagnostiske undersøgelser og ikke blot beskrivelserne. Det udgør et problem for sammenhæng i patienternes forløb samt omkostningerne for sundhedsvæsenet som helhed, da den manglende adgang til tider resulterer i gentagne procedurer for patienterne.

Etableringen af Digital Sundhed Danmark bør også bidrage til, at ovenstående problemer vedrørende deling af data mellem den offentlige og private sektor reduceres, så de private aktører får den nødvendige adgang til at give patienterne det mest sammenhængende patientforløb.

## Opsummering

Sundhed Danmark bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger på digitaliserings- og dataområdet. Sundhed Danmarks medlemmer arbejder i dag allerede intensivt med digitalisering – blandt andet i form af forpligtelsen til en fælles branchestandard på digitaliseringsområdet.

Fælles adgang til data kan bidrage til kortere patientforløb, øge patientsikkerheden og mindske de samlede omkostninger, som nu bl.a. går til opfølgende scanninger og kontroller, fordi eksisterende IT-systemer ikke taler sammen på tværs af sektorer. I den forbindelse er det centralt, at de private aktører medtænkes og aktivt inddrages fremadrettet, når en ny strategi udtænkes, og når Digital Sundhed Danmark etableres.

Derfor bør man med en ny strategi for digitalisering og data prioritere følgende:

- **At private sundhedsaktører bliver inkluderet i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi.**
- **At man på tværs af sektorer sikrer adgang til data gennem et fælles PACS-system, så patienterne sikres mere sammenhængende forløb og gentagne undersøgelser minimeres.**

## Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

I sin tværgående anbefaling nr. 4 foreslår kommissionen indsatser, der styrker kvaliteten og sammenhængen for mennesker med psykiske lidelser. I Sundhed Danmark anser vi kommissionens fokus som vigtigt. Ligesom vi også ønsker at bidrage med konkrete forslag til at nedbryde de siloer, der i dag eksisterer inden for det psykiatriske område.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en organisatorisk integration af psykiatrien med det somatiske område. I en styrkelse af psykiatrien er det vigtigt at have fokus på at skabe sammenhæng og nedbryde siloer for mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Sundhed Danmark bør man derfor skabe større sammenhæng på tværs af de forskellige instanser samt revidere den fragmenterede lovgivning, der i dag gør behandlingen af mennesker med psykiske lidelser unødigt besværlig.

I forbindelse med en styrkelse af den psykiatriske indsats bør man ifølge Sundhed Danmark fokusere på to elementer i en ny sundhedsreform:

- 1. Nedbryd siloer i lovgivningen, så lovgivningen på tværs af sundhedslov, psykiatrilov og social- og serviceloven samtænkes.**
- 2. Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen, så private aktører i højere grad kan bidrage.**

### Nedbryd siloer i lovgivningen

Det psykiatriske område rækker ind over en række forskellige lovgivninger, herunder sundhedsloven, psykiatriloven og social- og serviceloven. Det betyder, at patienter og pårørende kan blive fanget af lovgivningsmæssige benspænd, når det gælder psykiatriske tilbud, fordi området rækker ind i forskellige lovgivninger.

For at undgå dette mener Sundhed Danmark, at psykiatrien bør styrkes i sundhedslovgivningen samt have sin egen specifikke del i servicelovgivningen, hvor krav til ydelser inden for psykiatrien præciseres. Dette bidrager til færre overgange og dermed bedre sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser, som er en af hensigterne med kommissionens anbefalinger på det psykiatriske område<sup>2</sup>.

Når lovgivningen samles, sikres også en større grad af ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område, idet de to områder retmæssigt samles i samme lov med samme rettigheder og muligheder.

Denne anbefaling bakker også op om Sundhedsstrukturkommissionens intention på området, idet der fremføres, at *"samarbejde er særligt vigtigt i lyset af, at forløb på psykiatriområdet foregår på tværs af forskellige lovgivningsområder, herunder på tværs af sundhedsloven og serviceloven"*.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> S. 252 i hovedrapporten.

<sup>3</sup> S. 257 i hovedrapporten.



## Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen

Som det fremgår af Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport er der store kapacitetsudfordringer på det psykiatriske område<sup>4</sup>. Kapacitetsudfordringerne afspejler sig særligt i udfordringerne med at overholde patientrettighederne. Vi er derfor helt enige med kommissionen, når de skriver, at det er essentielt at sikre mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer og at bringe alle ressourcer og kompetencer i spil til gavn for behandlingen af den enkelte patient.

Hvis vi i sundhedsvæsenet skal kunne imødegå den øgede efterspørgsel på psykiatrisk behandling, der er kommet med den kraftige stigning i antallet af borgere med psykiatriske lidelser, er det derfor afgørende at udfordre de eksisterende løsningsmodeller og skabe et økonomisk og organisatorisk grundlag for udvikling og afprøvning af nye løsninger, der enten kan øge omfanget af kapacitet eller understøtte en bedre udnyttelse af de knappe ressourcer i psykiatrien. Vi skal derfor turde bryde med vanetænkningen og i stedet investere i effektbaserede samarbejdsmodeller, hvor indsatserne finansieres af den effekt, de skaber, og hvor aktører belønnes for de resultater, de skaber frem for den indsats, de leverer. Ved et fokus på effekten af indsatsen, frem for indsatsen i sig selv, vil man kunne fremme den sociale innovation på psykiatriområdet<sup>5</sup>.

Derfor anbefaler Sundhed Danmark, at man bør lade private aktører drive konkrete psykiatritilbud for kommuner og regioner. De private sundhedsaktører bør samtidig få andel i den værdi, som indsatsen skaber for kommunen, regionen og samfundet generelt. Dette giver også den offentlige aktør et økonomisk incitament til at øge kapaciteten af de relevante ydelser. Altså dem, der skaber reel værdi for patienterne. Dette sikrer også kommuner og regioner et økonomisk råderum til reinvestering i psykiatrien til gavn for både patienter og samfundet generelt.

Allerede i dag spiller de private aktører en stor rolle i det psykiatriske system. Vi har f.eks. set eksempler på, hvordan patienter, der i frustration over lange ventetider i det offentlige system, i stedet vælger at fremskynde behandlingen ved at betale for udredning hos en privat udbyder af egen lomme. Samtidig har mange danskere også adgang til en privat sundhedsforsikring, hvorigennem de kan modtage hurtigere psykiatrisk behandling. Hvis man skal undgå opbyggelsen af to parallelle systemer, er det derfor nødvendigt, at vi bryder med vanetænkningen og formår at gøre brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor.

## Opsummering

Hvis vi ønsker at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, er det først og fremmest nødvendigt, at vi sikrer en større sammenhæng for patienterne gennem en samling af lovgivningen, så patienterne får et bedre blik for de rettigheder og de muligheder, de har.

---

<sup>4</sup> S. 105 i baggrundsrapporten.

<sup>5</sup> Dette forslag kan også implementeres og afprøves på det somatiske område.

Dernæst er det også vores anbefaling, at man tør bryde med vanetænkningen og gøre brug af den samlede kapacitet på det psykiatriske område. Dette er særligt vigtigt med de store kapacitetsudfordringer, der aktuelt er på området.

Derfor bør man i forbindelse med implementeringen af denne tværgående anbefaling prioritere følgende:

- **Samling af lovgivningen på det psykiatriske område.**
- **Lade private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.**

## Stærke patientrettigheder i et sammenhængende sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen skriver følgende i sin afrapportering: ”Rettighederne vurderes generelt at være en stærk drivkraft til at forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Det frie sygehusvalg giver f.eks. den enkelte patient bedre mulighed for at vælge et tilbud, som bedst passer til den enkeltes behov. Det almindelige frie sygehusvalg, det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning er alt andet lige med til at sikre kortere ventetid og dermed hurtigere behandling for mange patienter.” I Sundhed Danmark er vi enige med kommissionen i denne bemærkning, og derfor ønsker vi også at bidrage med konkrete forslag til, hvordan rettighederne i endnu højere grad kan forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Vi anser det derudover som helt afgørende for patientfokusset i sundhedsvæsenet, at man også bevarer de allerede eksisterende ventetidsgarantier i sundhedsvæsenet.

Det er et centralt sigte for Sundhedsstrukturkommissionen, at sundhedsvæsenet skal omstilles, så langt mere behandling foregår udenfor sygehusene i det primære sundhedsvæsen og at sundhedsressourcerne i højere grad skal fordeles efter sundhedsbehov, så uligheden i sundhed kan mindskes. Denne omstilling af sundhedsvæsenet kræver, at vi medtænker patienternes rettigheder.

I Sundhed Danmark foreslår vi derfor følgende to tiltag til at styrke patienternes rettigheder, så uligheden i sundhed mindskes:

- **Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis**
- **Kobling af udredning og behandling**

Først følger et afsnit om indførelsen af patientrettigheder i speciallægepraksis. Dernæst uddybes argumentet om en kobling af udredning og behandling.

### Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis

I sine anbefalinger anbefaler Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer. Derfor ønsker man en ændret geografisk fordeling af speciallæger, der i højere grad støtter op om ambitionen om mere lighed i sundhed.

I sin baggrundsrapport beskriver Sundhedsstrukturkommissionen blandt andet, hvordan speciallægepraksis ikke er omfattet af patientrettigheder som behandlings- og udredningsret, der gælder på sygehusområdet<sup>6</sup>. Ligeledes beskrives det også, at dette medvirker at der i praksis vil være regionale forskelle på hvilke typer behandling, der er omfattet af patientrettigheder, afhængigt af hvordan regionen har organiseret den ambulante behandling på hovedfunktionsniveau. Dette fører altså til en ulighed i sundhed, der til dels er geografisk baseret og som til dels er socialt baseret.

---

<sup>6</sup> S. 157 i baggrundsrapporten.

## Ulighed i sundhed

Den geografiske ulighed og forskellen i ventetider eksisterer i dag blandt andet, men ikke udelukkende, fordi regionerne kan vælge forskellige strategier i forhold til arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis. Derved kan en patient, der henvises til praktiserende speciallæge opleve lange ventetider, mens en anden type patient med en anden diagnose, vil være omfattet af patientrettighederne<sup>7</sup>. F.eks. hvis man i en region har lavet en lokalaf tale med speciallægerne i forbindelse med en særlig type operation, mens man i andre regioner ikke har det. Konkret betyder dette, at man som patient med denne lidelse i én region ikke vil have adgang til samme patientrettigheder, som man har i de øvrige regioner, hvor behandlingen bliver udført af adskillige privathospitaler.

I en region, hvor man i højere grad henvises til speciallæge end til hospital, efterlades man dermed med færre rettigheder og potentielt længere ventetid. Dette medfører altså en geografisk ulighed, hvis effekt også forværres af, at der er stor forskel på antallet af speciallæger pr. indbygger på tværs af regionerne<sup>8</sup>. Den store variation mellem regionerne er særligt problematisk på det psykiatriske område. Her varierer ventetiderne mellem 4 og 400 uger for speciallæger i psykiatri, som kommissionen også beskriver i sin baggrundsrapport<sup>9</sup>.

Den sociale ulighed eksisterer i form af, at borgerne ikke har ensartede rettigheder og rettighederne derved ikke er lette at afkode og forstå. I Sundhed Danmark anser vi det som vigtigt for den sociale lighed i sundhed, at patientrettighederne er overskuelige og nemme at navigere i.

## Gode erfaringer fra sygehusområdet

I Sundhed Danmark er det vores overbevisning, at en indførsel af patientrettigheder i speciallægepraksis ville kunne bidrage til en højere grad af geografisk og social lighed i sundhed.

Stærke patientrettigheder har på sygehusområdet bidraget til kortere ventelister og en højere grad af lighed mellem patienter, da de har sikret, at patienter, uagtet økonomisk eller social baggrund, har fået mulighed for at blive behandlet i privat regi, når ventetiden har været for lang i det offentlige.

Derudover er der blandt danskerne også en stor opbakning til brugen af den private kapacitet. Ifølge en undersøgelse fra Dansk Erhverv fra marts 2024 ses det, at 73 % af danskerne ikke mener at det er vigtigt, om behandling foregår på et offentligt eller privat sygehus. I stedet mener danskerne at ventetid og kvalitet er vigtigere.

Man bør derfor lade sig inspirere af de gode erfaringer i den forstående reform af sundhedsvæsenet. Af den årsag bør man indføre ventetidsgarantier for patienterne i speciallægepraksis på samme vis som på sygehusområdet.

---

<sup>7</sup> Udredningsret og behandlingsgaranti.

<sup>8</sup> I Region Sjælland og Region Nordjylland er der færre speciallæger pr. indbygger end i de øvrige regioner. Se s. 126 i Hovedrapporten.

<sup>9</sup> S. 157.

På sygehusområdet består patientrettighederne af ventetidsgarantier for udredning og behandling. Rettighederne medvirker, at hvis det offentlige hospital ikke kan udrede eller behandle inden for 30 dage<sup>10</sup>, så har man ret til at modtage offentligt finansieret behandling på et privathospital, som regionerne har aftale med.

Patienter kan i dag modtage offentligt finansieret behandling hos en praktiserende speciallæge gennem henvisning fra egen læge, hvis patienten er medlem af sygesikringsgruppe 1 eller komme direkte i behandling hos den praktiserende speciallæge, hvis patienten er medlem af sygesikringsgruppe 2.

Det skal dog nævnes, at der inden for visse specialer er direkte adgang til de praktiserende speciallæger for borgere i sygesikringsgruppe 1 – det gælder for øre-næse-, og halslæger samt for øjenlæger<sup>11</sup>. Det skal også nævnes at der i visse tilfælde allerede i dag gælder patientrettigheder i speciallægepraksis. Regionerne indgår nemlig såkaldte udlægningsaftaler med de privatpraktiserende speciallæger, hvilket betyder at sygehusene kan videresende patienter til udredning eller behandling i speciallægepraksis og omfatter behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Når en patient bliver henvist til behandling gennem en udlægningsaftale, har patienten altså samme rettigheder, som man har i sygehusvæsenet<sup>12</sup>. Det betyder også, at regionerne allerede i dag i et vist omfang er vant til at håndtere patientrettigheder i speciallægepraksis, hvorfor det bør være forholdsvis uproblematisk at indføre i et større omfang.

---

<sup>10</sup> Aktuelt er behandlingsgarantien midlertidigt 60 dage til udgangen af 2024.

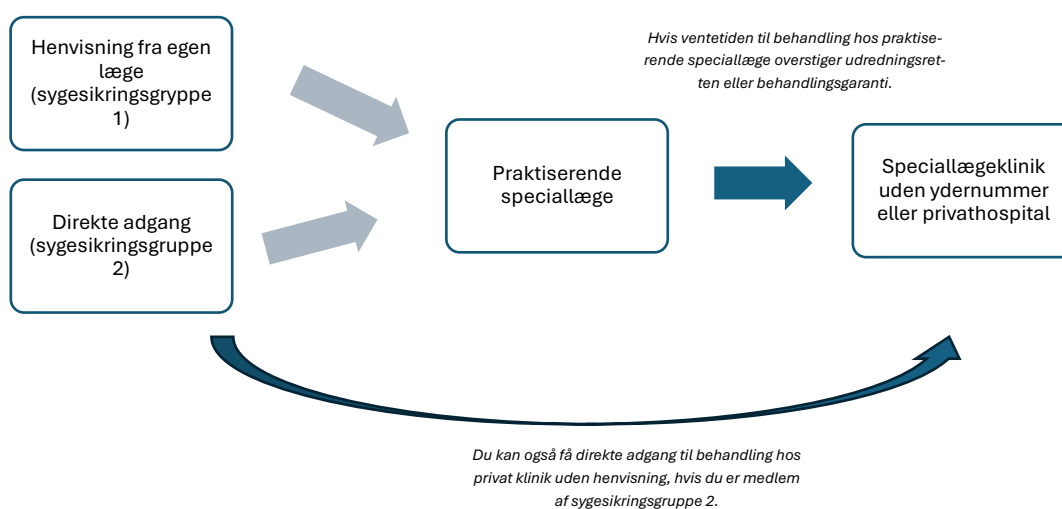
<sup>11</sup> Det ses fx her: [Speciallæger - Sundhed - Region Midtjylland \(rm.dk\)](#)

<sup>12</sup> Se tillægsaftalen til overenskomsten med speciallægerne: [FAPS 14-12-2021 - udlægningsaftale - DR 16 12 21 szs.docx \(laeger.dk\)](#)

## Hvordan indføres rettigheder i praksis?

I praksis ville indførslen af patientrettigheder på speciallægeområdet betyde, at hvis en speciallæge med ydernummer ikke kan udrede eller behandle inden for den lovfastsatte tidsfrist, så ville man kunne søge en privatklinik eller et privathospital eller en speciallæge uden ydernummer for udredning eller behandling. Se nedenstående figur for en visualisering af processen:

Figur 1. Patientrettighedsmodel for praktiserende speciallæger



## Kobling af udredning og behandling

I kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen er en af sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, at det skal være sammenhængende, og at der skal være samarbejde på tværs af fagligheder, sektorer og geografi.

Borgere med lavere sundhedskompetence kan have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenets mange indgange, muligheder og rettigheder. Derfor bør man med en ny sundhedsreform implementere tiltag, der kan gøre sundhedsvæsenet mere gennemskueligt for borgere med lavere sundhedskompetence. Dette kan bidrage til at flere patienter får den rette behandling i tide.

I dag risikerer patienterne at blive henvist til udredning på ét hospital, mens de bliver henvist til behandling på et andet hospital. Dette giver usammenhængende patientforløb, hvor patienterne bliver kastebold i systemet og ofte venter længere end nødvendigt på behandling.

Indenfor børne- og ungepsykiatrien er der på nuværende tidspunkt et vigtigt fokus på hvordan der skabes sammenhæng mellem udredning og behandling<sup>13</sup>. Selvom udfordringerne med manglende

<sup>13</sup> Gennem Sundhedsministerens rådgivende udvalg for nye rettigheder til børn og unge i psykiatrien.

sammenhæng mellem udredning og behandling i særlig grad gær sig gældende i psykiatrien, da udredningen og behandlingen her ofte foregår parallelt, så bør man dog også anskue problemstillingen om manglende sammenhæng bredere.

Privathospitalerne oplever i stigende omfang, at patienter bliver sendt til udredning hos dem, men efterfølgende ikke får mulighed for at fortsætte i behandling hos den private sundhedsvirksomhed, hvilket ofte kan være til stor frustration for patienten, der får en oplevelse som kasterbold i systemet. Blandt Sundhedsstrukturkommissionens ekspertbidrag afspejles den manglende kontinuitet og sammenhæng for patienterne også. Det ses f.eks. i afrapporteringen fra ViBIS, der rapporterer fra feedbackmøder med patienter og pårørende i sundhedsvæsenet<sup>14</sup>. Her er en grundlæggende pointe, at det skaber mere sammenhængende forløb, når der samarbejdes fremfor når sundhedsvæsenet fremstår som isolerede siloer.

Derfor foreslår Sundhed Danmark, at man laver en kobling mellem udredningsretten og behandlingsgarantien, så patienter får ret til at vælge behandling på det samme privathospital, som har udredt dem, hvis man som patient foretrækker dette. Dette betyder dog ikke, at behandlingsgarantien ophører med at eksistere – man skal som patient stadig kunne regne med at blive behandlet inden for behandlingsgarantien, eller oplyses om alternative behandlingsmuligheder med kortere ventetid.

Ud over at forslaget vil sikre patienterne mod at blive kasterbold i systemet, vil det også bidrage til at nedbringe ventetiderne for patienterne, sagsbehandlingstiden i regionerne og mindske spildet af midler brugt på dobbeltundersøgelser og administration. Desuden bidrager en forkortelse af ventetiderne også til, at borgerne kan komme hurtigere tilbage i arbejde igen, hvilket har positive samfundsøkonomiske effekter.

## Opsummering

I Sundhed Danmark anbefaler vi at man samlet set styrker patienternes rettigheder i en ny sundhedsstruktur. Det anser vi som den bedste vej til at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed.

Af den årsag anbefaler vi, at man i forbindelse med en ny sundhedsreform indfører følgende:

- **Patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.**
- **En kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.**

---

<sup>14</sup> Bilag 12: [Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport – Analyser og ekspertbidrag Juni 2024 \(ism.dk\)](#)

## Økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet: Bedre brug af de ressourcer vi har

Der er naturligvis et stort fokus på forvaltningsmodellerne i Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. De tre fremlagte modeller indeholder alle positive og negative elementer, men de private sundhedsvirksomheder vil kunne bidrage til et styrket sundhedsvæsen uafhængigt af, hvilken forvaltningsmodel der bliver valgt. Derved er vi mindre optaget af forvaltningsdiskussionen og i højere grad interesseret i, at forvaltningsmodellen bliver placeret på et stærkt fundament af patientrettigheder – og en økonomisk incitamentsstruktur, der forebygger økonomisk kassetækning og sikrer et hensigtsmæssigt fokus til gavn for patienterne.

Det er naturligvis vigtigt, at samarbejdet mellem kommuner og regioner foregår så gnidningsfrit som overhovedet muligt. Men for at sundhedsreform skal lykkes, så skal der også være fokus på de hindringer, der kan opstå inden for hver sektor. Disse hindringer opstår ofte på grund af uhensigtsmæssige økonomiske incitamenter. Disse vil blive uddybet nedenfor.

I regeringsgrundlaget fra 2022, blev det fremhævet: *at Regeringen vil tydeliggøre, at behandlingsretten ikke forhindrer sygehusene i altid at prioritere de mest syge patienter først. Desuden aftales med Danske Regioner, at eventuelle lokale finansieringsmekanismer for afdelingerne, der modarbejder dette, skal fjernes*<sup>15</sup>. Dette er yderst væsentligt for et styrket sundhedsvæsen i fremtiden, idet lokale finansieringsmekanismer i dag skaber uhensigtsmæssige incitamenter i forhold til den mest effektive brug af den samlede kapacitet. Det decentraliserede budgetansvar uddybes som et eksempel senere i dette afsnit. Derfor opfordrer Sundhed Danmark til, at Regeringen vil fastholde et vedvarende fokus på dette pejlemærke i forbindelse med diskussionerne om sundhedsstrukturen.

Indledningsvist vil vi behandle nogle af de finansieringsmekanismer, der i Sundhed Danmarks optik bør inkluderes i en samlet strukturreform uafhængigt af, hvilken model der vælges. Sundhed Danmark mener blandt andet at aktivitetsfinansiering bør genindføres, så det sikres, at de ressourcer samfundet har, bliver anvendt bedst muligt på tværs af den offentlige og private sektor.

Dernæst behandles det decentrale budgetansvar, som er et eksempel på en lokal finansieringsmekanisme, der kan risikere at mindske samarbejdet på tværs af den offentlige og private sektor, og derved medfører økonomisk suboptimering og længere ventetid for patienterne. Denne form for lokal finansieringsmekanisme, der ikke styrker sammenhængen i sundhedsvæsenet, bør i Sundhed Danmarks optik fjernes i forbindelse med sundhedsstrukturen og erstattes af økonomiske incitamenter, der sikrer en bedre brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor. Afslutningsvis vil vi pege på et eksempel på økonomisk kassetækning, der kan risikere at forårsage uhensigtsmæssige behandlingsforløb for patienterne og forhindre fremtidssikringen af sundhedsvæsenet.

---

<sup>15</sup> Dette fremgår i Appendix II vedrørende akutplanen



## Produktivitet i sundhedsvæsenet

Uanset hvilken forvaltningsmodel man vælger, er det enormt vigtigt, at den økonomiske styring underbygger omstillingen af sundhedsvæsenet og hermed også ønsket om, at sikre danskerne mest mulig sundhed for pengene. Hvis vi ønsker at realisere dette ønske, er det bl.a. nødvendigt med et gennemgående fokus på produktivitet i sundhedsvæsenet. Det betyder konkret, at man i forhold til den økonomiske styring bør indføre en kombination af aktivitetsstyring, resultatstyring og rammebevillinger i sundhedsvæsenet. Derudover underbygger tidligere produktivitetstal også, at stærke patientrettigheder, der sikrer patienterne behandling i det private, når ventetiden er for lang i det offentlige, bidrager positivt til produktiviteten i sundhedsvæsenet.

Det er vanskeligt at sammenligne produktiviteten i sundhedsvæsenet bagudrettet, blandt andet fordi man ikke har opgjort produktiviteten i sundhedsvæsenet systematisk siden 2018. Mellem 2003 og 2018 afrapporterede man årligt udviklingen i produktiviteten i sundhedsvæsenet. Det har man dog ikke gjort siden 2018. Derfor er det vanskeligt at få et indblik i, hvorvidt de ressourcer, der bruges på sundhedsvæsenet, bliver brugt på den måde, der giver den største effekt.

### Aktivitetsbaseret afregning

Som det også fremgår af baggrundsrapporten<sup>16</sup>, var der mellem 2002 og 2016 rammestyring med aktivitetsbaseret afregning i sundhedsvæsenet. Der var dog fortsat en bindende økonomisk ramme, som så blev kombineret med aktivitetsbaseret afregning for håndtering af højere eller lavere aktivitet. Den aktivitetsbaserede afregning har også effekt på opfyldelsen af patientrettighederne, idet regionerne står overfor et pres i forhold til at opfylde behovet for behandling inden retten til frit sygehusvalg indtræder – enten ved selv at have kapacitet til at imødekomme efterspørgslen eller ved at betale for behandling på et privat samarbejdsygehus<sup>17</sup>. Regionerne afregnes nemlig pr. behandling ved den aktivitetsbaserede afregning.

Efter afskaffelsen af den aktivitetsbaserede afregning overgik man til rammestyring med fokus på kvalitetsmål indenfor den aftalte ramme. Man ønskede at flytte fokus væk fra at være snævert på produktivitet og aktivitet. Nationale mål kan sætte et nødvendigt fokus på ensartet kvalitet, men tager ikke højde for de omkostninger, der er forbundet med de indsatser, der igangsættes som følge af de nationale mål. Altså kan der være en risiko for, at man får implementeret kvalitetsforbedrende indsatser, der ikke er omkostningseffektive<sup>18</sup>. Omkostninger forbundet med de indsatser, der igangsættes som følge af de nationale mål, er ikke italesat i forhold til instrumentet. Dette medfører potentielt en risiko for, at man får igangsat kvalitetsforbedrende indsatser, der i princippet ikke er omkostningseffektive.

Man kan dog spørge om afskaffelsen af den aktivitetsbaserede finansiering har ført til et mindre pres set sundhedsvæsen, da man har flyttet fokus væk fra, at man blot skal nå flere behandlinger.

---

<sup>16</sup> Boks 1.1 på s. 12.

<sup>17</sup> VIVE, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, 2018, s. 19.

<sup>18</sup> Ibid., s.38.

Afskaffelsen af den aktivitetsbaserede afregning har tilsyneladende ikke ført til, at presset på sundhedsvæsenet er blevet mindre. Presset på sundhedsvæsenet har været så stort, at man i 2023 gennemførte en Akutplan for sundhedsvæsenet. På trods af Akutplanens gennemførelse er ventetiderne dog stadig lange på sygehusene<sup>19</sup>. Vi kommer ikke udenom at skulle blive mere produktive i en fremtid, hvor sundhedsvæsenet ikke kan optage uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken. Dette stemmer overens med Sundhedsstrukturkommissionens 4. hensyn, der beskriver et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer<sup>20</sup>

Det kan betvivles hvorvidt en øget aktivitetsfinansiering ikke blot vil give incitamenter til, at hospitalerne foretager flere behandlinger og øger aktiviteten på bekostning af det primære sundhedsvæsen. Denne risiko anerkender Sundhed Danmark, hvorfor det anses som nødvendigt at kombinere aktivitetsafregningen med resultatafregning. Med resultatfinansiering skal den enkelte region opfylde et givent antal resultatkriterier, der fx omhandler sammenhæng og omstilling for at opnå den fulde finansiering. Derudover forslås det også, at det højt specialiserede, akutte samt forskning og uddannelse finansieres med en rammebevilling.

I Sundhed Danmark mener vi, at en økonomisk styring, der i højere grad er drevet af aktivitetsafregning kombineret med resultatfinansiering og rammefinansiering til det akutte og højt specialiserede ville kunne bidrage positivt til produktivitetsudviklingen og sammenhængen i sundhedsvæsenet, hvorfor dette bør implementeres med en ny sundhedsreform. Tidligere aktivitetsafregninger i sundhedsvæsenet har haft positive effekter på udviklingen af produktiviteten. Aktivitetspuljen fra 2002 medførte et *”fald i ventetiderne og en betragtelig aktivitetsvækst i sygehusvæsenet”*<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Den gennemsnitlige ventetid til al somatisk behandling lå i 1. kvartal 2024 på 44 dage. Ifølge Akutplanen skal ventetiden være på højst 37 dage i udgangen af 2024. Dette ses i Danske Regioners statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb fra juni 2024.

<sup>20</sup> S. 142 i hovedrapporten, hvor det beskrives, at sundhedsvæsenet fremover ikke må optage en uforholdsmæssig stor andel af de ressourcer, der er tilgængelige for den samlede offentlige sektor.

<sup>21</sup> VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s.153

## Ventetidsgarantier giver bedre produktivitet

I samme periode, hvor produktiviteten i sundhedsvæsenet steg, blev behandlingsgarantien også styrket. Den gik fra at være 60 til 30 dage i slutningen af 2008, hvilket betød at de offentlige hospitaler i højere omfang gjorde brug af privathospitalerne for at sænke ventetiderne for patienterne.

Altså tyder meget på, at produktiviteten stiger, når de interne økonomiske incitamenter giver en tilskyndelse til også at gøre effektiv brug af den private kapacitet. Dette bakkes op af internationale erfaringer. I en rapport fra VIVE fra 2018 konkluderes det nemlig, at ventetidsgarantier er mest effektive, når de kombineres med en aktivitetsbaseret betalingsmåde, hvor pengene følger patienten<sup>22</sup>. Dette baserer sig på en undersøgelse fra OECD, hvis konklusioner kan læses i faktaboksen. Denne erkendelse mener vi bør præge indretningen af den nye sundhedsstruktur.

I Sundhed Danmark opfordrer vi til, at de årlige afrapporteringer af produktiviteten i sundhedsvæsenet bliver genoptaget i forbindelse med implementeringen af en ny sundhedsstrukturreform, da de er med til at give et godt indblik i den værdi, der bliver produceret i sundhedsvæsenet, hvilket er en fornuftig baggrund at have for fremtidige evalueringer af den kommende reform. Derudover anbefaler Sundhed Danmark en genindførelse af aktivitetsfinansieringen i sundhedsvæsenet, hvilket bidrager til at skabe økonomiske incitamenter til brug af sundhedsressourcerne, der skaber mere sundhed for pengene.

## Decentraliseret budgetansvar

Det decentraliserede budgetansvar<sup>23</sup>, er et eksempel på en lokal finansieringsmekanisme, der kan risikere at medføre økonomisk suboptimering og længere ventetid for patienterne. Denne finansieringsmekanisme risikerer desuden at øge den institutionelle modvilje mod offentlig-privat samarbejde, hvorved den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet ikke bliver udnyttet. Det skyldes at hospitalsafdelingerne ikke får del af den økonomiske gevinst, som brugen af den private kapacitet giver til fordel for behandling på den offentlige afdeling.

Derfor foreslår Sundhed Danmark, at midlerne til behandling på privathospitalerne ikke udmøntes gennem det decentraliserede budgetansvar, men at man enten genindfører aktivitetsstyringen i sundhedsvæsenet eller alternativt, at pengene udmøntes via en centralt placeret pulje.

### *OECD-rapport om ventetider (2013):*

- *Ventetidsgarantier er det mest almindelige og effektive instrument til at reducere ventetiden.*
- *Ventetidsgarantier er særligt effektive, hvis de ledsages af aktivitetsbaseret afregning, hvor pengene følger patienten.*

Kilde: VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde

<sup>22</sup> VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s. 107.

<sup>23</sup> Det decentraliserede budgetansvar er en økonomisk mekanisme, hvor midlerne bliver ført direkte ud på de enkelte sygehusafdelinger, som så står for, at fordele dem. Disse midler skal både finansiere egen drift og udgifterne i forbindelse med viderevisitering til privathospitalerne.

## Decentraliseret budgetansvar i praksis: Forskel på afregning med DRG og DUF-takster

I dag afregnes de offentlige hospitaler gennem DRG-takster. Det foregår gennem en rammebevilling, hvor det foregående års budget revideret i forhold til politiske prioriteringer. De private sygehuse afregnes gennem såkaldte DUF-takster. Se herunder forskellen. Dernæst følger en beskrivelse af det decentraliserede budgetansvar og relationen til DRG- og DUF-takster.

Figur 2. DRG-takst og DUF-takst

DRG-takst	DUF-takst
<p>DRG-taksten afspejler sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe (Diagnose Relaterede Grupper) – som svarer til behandlingen af en patient i den specifikke DRG-gruppe inden for somatikken.</p> <p>Sundhedsdatastyrelsen beregner årligt nye DRG-takster.</p> <p>I beregningen af DRG-taksterne kobles den faktiske aktivitet og omkostningerne.</p>	<p>Takster for det Udvidede Frie Sygehusvalg bliver fastlagt som en del af forhandlinger mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark.</p> <p>DUF-aftalerne forhandles hvert andet år.</p> <p>DUF-aftalerne kan ses under <a href="http://Aftaleside%20for%20privathospitaler%20-%20sundhed.dk">Aftaleside for privathospitaler - sundhed.dk</a></p>

For yderligere beskrivelse af DRG og DUF henvises til baggrundsrapport fra 2013<sup>24</sup> ved navn "Afregning med private sygehuse", der blev udgivet af Danske Regioner, KL samt en række ministerier.

Det decentraliserede budgetansvar fungerer således, at hospitalerne modtager en rammebevilling baseret på summen af de forventede behandlinger ud fra DRG-taksten (diagnoserelaterede grupper) og befolkningsgrundlaget under deres populationsansvar. De enkelte hospitalsafdelinger modtager en del af denne DRG-takst i forhold til det forventede antal behandlinger fratrukket fælles udgifter til f.eks. administration, portører, rengøring, drift osv. – denne andel varierer lidt fra afdeling til afdeling, men kan f.eks. være 70 % af DRG-taksten. Hvis DUF-taksten (det udvidede frie sygehusvalg) f.eks. er 85 % af DRG-taksten<sup>25</sup> i forhold til en specifik ydelse, altså 15 procentpoint mindre end hospitalet har modtaget for ydelsen, men 15 procentpoint mere end den enkelte afdeling har modtaget til at udføre ydelsen på egen afdeling, kan der opstå et u hensigtsmæssigt økonomisk incitament for den enkelte afdeling og et samfundsøkonomisk tab, da ydelsen kunne have været billigere købt direkte hos den private sundhedsvirksomhed.

<sup>24</sup> Afregning med private sygehuse", baggrundsrapport, Danske Regioner m.fl., maj 2013

<sup>25</sup> DUF-taksterne har traditionelt været i omegn af dette niveau, idet man fratrukker de offentlige afdelingers udgifter til forskning, uddannelse og akutberedskab for at udregne niveauet for betaling af de private aktører.

Den enkelte afdeling risikerer altså at lide et tab på 15 procentpoint af DRG-taksten, hvis man sender patienten videre til en privat sundhedsvirksomhed, dermed er der også en risiko for, at den enkelte afdeling vil prioritere den pågældende patient over en anden patient, der ikke har mulighed for at vælge et privat alternativ. Dette forårsager længere ventetid for den patient, der ikke har et privat alternativ<sup>26</sup> – en dyrere løsning for samfundet, da behandlingen hos en privat sundhedsvirksomhed kun ville have kostet 85 % af DRG-taksten frem for 100 % af DRG-taksten, hvis pengene var blevet betalt direkte fra en central aktivitetspulje frem for først at være blevet delt ud til hospitalerne – begge patienter kunne derved være blevet behandlet samtidigt, og den patient der ikke havde et privat alternativ ville altså hurtigere have modtaget behandling i henhold til den lægefaglige vurdering, og afdelingen ville ikke have haft et incitament til en anden prioritering ud fra økonomiske hensyn.

Når regionerne placerer budgetansvaret for udgifter forbundet med udredninger og behandlinger på privathospitalerne decentralt på de enkelte hospitalsafdelinger, betyder dette altså, at de vil opleve det som en urimelig udgift, når patienter visiteres til udredning eller behandling på privathospitalerne.

### Decentralt budgetansvar giver uheldige incitamenter

Ovenstående skyldes, at man med decentral økonomistyring vil opleve det som en reduktion af egne midler til fx løn på egne afdelinger, når man sender patienter til privathospitalerne. Dette gælder også, selvom visiteringen af patienter til privathospitalerne ud fra et samlet billede er et omkostningseffektivt supplement til det offentlige sygehusvæsen.

Den decentrale økonomistyring giver derfor de enkelte hospitalsafdelinger en uheldig incitamentsstruktur. De enkelte hospitalsafdelinger har nemlig ikke incitament til at visitere patienterne til det hospital, hvor der er den korteste ventetid. Dette opleves i dag hos privathospitalerne, da man har stor uudnyttet kapacitet på tværs af en række specialer samt korte ventetider og samtidig oplever et markant fald i antallet af henvisninger fra regionerne.

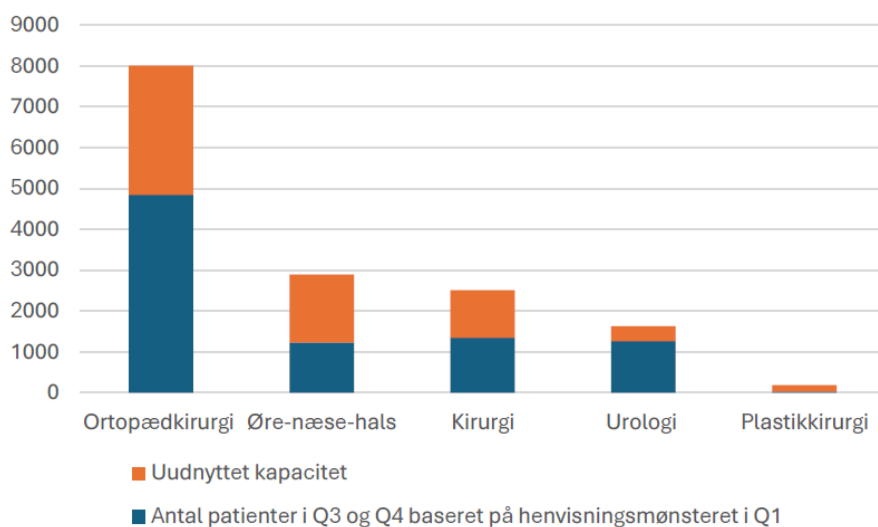
Sundhed Danmark har i foråret 2024 foretaget en medlemsundersøgelse, som viser, hvor meget de private sundhedsvirksomheder kan øge deres kapacitet med i Q3 og Q4 2024 (hvor der ikke skal ansætte mere personale for at kunne tage imod flere patienter).<sup>27</sup> Medlemsundersøgelsen viser grundlæggende, at der er stort potentiale for større brug af den private kapacitet.

---

<sup>26</sup> Det kan fx være en offentlig patient, der venter på en operation, der er underlagt en regionsfunktion eller en ASA-III patient.

<sup>27</sup> Besvarelsen er baseret på 8 af Sundhed Danmarks medlemmer (75,2 % af samtlige procedurekoder i 2022 for offentligt henviste patienter, blev udført hos disse medlemmer). Den uudnyttede kapacitet på privathospitalerne er illustreret i figur 3 nedenfor, fordelt på de fem specialer.

Figur 3. Udnyttet kapacitet på privathospitalerne fordelt på specialer



Det decentrale budgetansvar kan for hospitalsafdelingerne skabe et skævt billede af, hvad ydelserne gennem det udvidede frie sygehusvalg eller udbudsaftaler koster det offentlige sundhedsvæsen, og derved forhindre optimal udnyttelse af den samlede kapacitet til gavn for patienterne.

Privathospitalerne<sup>28</sup> leverede i 2023 ydelser for 1,7 mia. kr. til det offentlige ud af et samlet budget til somatiske og psykiatriske hospitaler på 104 mia. kr., hvilket svarer til 1,6 % af de samlede udgifter. Til gengæld leverede privathospitalerne 3,3 % af den samlede produktionsværdi, hvilket svarer til 2,6 mia. kr., herunder mere end 5 % af den samlede produktionsværdi inden for kirurgien. Den leverede produktionsværdi oversteg altså udgifterne til privathospitalerne med omkring 45 %<sup>29</sup>. På nogle områder, får samfundet altså mere sundhed for pengene, når patienter behandles på et privathospital.

At privathospitalerne leverer meget sundhed for pengene underbygges yderligere ved en rapport fra VIVE, der blandt andet belyser effekterne ved brug af udbud i regionerne. Her beskrives der følgende: ”*Der er indikation på, at regionerne kan opnå betragtelige besparelser ved udbud. Udbudstaksterne ligger generelt på et niveau fra 40-80 % af DUF-taksterne. Samlet set synes de resulterende besparelser ved udbudstaksterne at være større end meromkostningerne til udbud, hvorved udbud af sundhedsydelser som middel til at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning understøtter en omkostningseffektiv udnyttelse af regionernes ressourcer, hvor der er tale om et vist antal patienter*”<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> Fratrullet §79 stk. 2-hospitalerne.

<sup>29</sup> I henhold til Sundhedsstrukturkommissionens rapport udgør privathospitalerne 3,3 % af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet (2,64/3,3) \*100= 80 mia. kr. De samlede udgifter til sygehusvæsenet er ca. 115 mia. kr. (udgift/produktionsværdi: 112,57/77,57-113,27/78,27=144,7 %-145,1 %)

<sup>30</sup> VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s. 127.

Figur 4. DUF og Udbudsaftaler – Samarbejde mellem det offentlige og private

DUF	Udbudsaftaler
<p>Som patient har du ret til at benytte udvidet frit sygehusvalg, hvis ventetiden i det offentlige er for lang.</p> <p>DUF-aftalerne forhandles hvert andet år.</p> <p>Sundhed Danmark er sammen med Danske Regioner forhandlingspart, og DUF-aftalerne kan ses på <a href="http://sundhed.dk">sundhed.dk</a> <a href="#">Aftaleside for privathospitaler - sundhed.dk</a></p>	<p>Et samarbejde med privathospitaler omfatter bl.a. lokale aftaler som udbudsaftaler.</p> <p>Udbudsaftaler indgås når en region i en periode (kortere eller længere), har brug for at udvide sin kapacitet inden for sundhedsydelser. Det kan fx være ortopædkirurgi eller MR-scanning.</p>

Det kan i øvrigt fremhæves at Region Midtjylland i en aktindsigtsanmodning fra Dansk Erhverv skriver, at de gennemsnitligt afregner privathospitalerne med 63% af DRG-taksten på tværs af Det Udvidede Frie Sygehusvalg og udbud. Når man fratrækker 8 pct. point til moms og lønsumsafgift fra de 63%, som Region Midtjylland selv angiver, ender privathospitalerne gennemsnitligt på 55% af DRG-taksten. Altså er privathospitalerne et omkostningseffektivt supplement til det offentlige sundhedsvæsen.

Sundhed Danmark vurderer, at aktivitetsfinansiering vil kunne bidrage til en øget produktivitet, da finansieringen blandt andet tilskynder til brug af kapacitet, idet de private sundhedsvirksomheder på tværs af Det Udvidede Frie Sygehusvalg og udbud leverer meget sundhed for pengene.

I første afsnit beskrives aktivitetsfinansiering i sundhedsvæsenet og de positive effekter ved dette – blandt andet en styrket brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor. Såfremt det decentrale budgetansvar erstattes med aktivitetsfinansiering, vil de ovenstående problematikker kunne afhjælpes.

Hvis man ikke ønsker at genindføre aktivitetsfinansiering, så er et alternativ, at man indfører en centralt placeret pulje, hvor midlerne til finansiering af behandlinger på privathospitaler placeres. Økonomien er ofte hovedårsagen til, at regionerne ikke henviser flere patienter til behandling i privat regi, som beskrevet ovenfor. Til trods for, at dette ikke nødvendigvis er det mest hensigtsmæssige i forhold til at få behandlet flest mulige patienter på den mest samfundsøkonomiske måde. Derfor bør man oprette en statslig pulje, hvor regionerne kan få refunderet dele af deres udgifter til behandling af ventende patienter på privathospitalerne. Dette er en løsning vi i forvejen kender, da man under COVID-19 havde en lignende pulje.

Ved at fjerne finansieringen af privathospitalerne fra Regionerne og placere midlerne i en statslig pulje, får man fjernet den uheldige sammenblanding af behandler og betaler – der gør, at Regionerne ikke får behandlet flest mulige patienter for de færreste mulige midler – de vil med andre ord ikke længere

have incitament til at holde patienterne i egne rækker, og patienterne vil derved blive tilbudt behandling hurtigere.

## Bidrager privathospitaler til sårbarhed i det offentlige sundhedsvæsen?

Ifølge Sundhed Danmark bør nye økonomiske incitamenter bidrage til en øget brug af privat kapacitet på de områder, hvor private sundhedsvirksomheder har uudnyttet kapacitet og hvor ventetiderne er lange.

I sin afrapportering beskriver Sundhedsstrukturkommissionen en bekymring vedrørende sårbarhed i sundhedsvæsenet ved en for stor brug af privat kapacitet. Sundhedsstrukturkommissionen skriver følgende: *”Selvom de offentlige udgifter til private sygehuse samlet set udgør en lille andel af de samlede sygehusudgifter, kan privat aktivitet fylde forholdsvis meget indenfor visse specialer, fx indenfor det ortopædiske område. Sundhedsstrukturkommissionen lægger vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder er opmærksomme på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på områder, fx ortopædkirurgi, hvor private sygehuse står for en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet”<sup>31</sup>.*

I Sundhed Danmark er der opmærksomhed omkring, at en stor varetagelse af aktiviteten indenfor visse specialer bør medfølges af en uddannelsesforpligtelse for privathospitalerne, så sundhedsvæsenet robustgøres og man forhindrer sårbarhed.

## Private sundhedsvirksomheder ønsker større uddannelsesansvar

Privathospitalerne bidrager allerede til uddannelsen af fremtidens sundhedspersonale, men tager gerne et mere forpligtende ansvar.

Lige nu eksisterer der dog ikke de optimale betingelser, hvis man ønsker, at det private skal tage et medansvar for uddannelsen af fremtidens læger. Uddannelsesoptionerne kan i dag blive defineret i de enkelte regioners udbudsmateriale, hvor de private sundhedsvirksomheder indbyrdes konkurrerer med hinanden om at vinde opgaven på pris og kvalitet. På nogle områder kan dette give god mening. Men de private sundhedsvirksomheder, skal ikke tjene penge på at uddanne fremtidens sundhedspersonale. De skal kompenseres for de meromkostninger, som uddannelsen påfører dem på lige vilkår med de offentlige hospitaler, derfor er der behov for, at uddannelsesoptionerne bliver defineret i centrale aftaler mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark. Det ville betyde, at konkurrencen mellem de private sundhedsvirksomheder vil være baseret på netop uddannelsesopgaven og kvaliteten af uddannelsesforløbene.

---

<sup>31</sup> Kapitel 13 i hovedrapporten.



Under Covid-19 oplevede man blandt andet, hvordan midlertidige uddannelsessamarbejder, opstod mellem det offentlige og private, idet meget elektiv kirurgisk behandling i det offentlige blev aflyst og rykket til privathospitalerne. Det åbnede op for gunstige samarbejder, hvor erfarne speciallæger der både arbejdede i det offentlige og private tog uddannelseslægerne under deres vinger i en kaotisk tid. Erfaringer som disse viser, at der er en vilje og en kapacitet til, at tage et større uddannelsesansvar hos de private sundhedsvirksomheder.

### *Private aktører og uddannelse:*

*Sundhed Danmark medlemsundersøgelse fra 2022 viser, at de private sundhedsvirksomheder har stor interesse i at facilitere uddannelses- og praktikforløb på en række områder. For eksempel ønsker 78% at tilbyde fokuserede ophold for speciallæger. Der er f.eks. stor interesse i at tilbyde fokuserede ophold for følgende specialer: Ortopædkirurgi, øre-næse-hals, rykirurgi og psykiatri.*

Kilde: Sundhed Danmark, Branchestatistik, 2022.

Der er altså både vilje hos de private sundhedsvirksomheder og fordele for uddannelseslægerne, hvis man lader privathospitalerne tage et større medansvar for uddannelsen af fremtidens speciallæger. Det er dog afgørende, at de bliver kompenseret for de økonomiske udgifter – på samme måde, som de offentlige afdelinger også bliver økonomisk kompenseret i forbindelse med uddannelse, hvis det skal kunne lykkes at indfri de positive gevinster.

## Interne siloer og konservative behandlingsforløb

Sundhedsstrukturkommissionen har et spændende og gennemgående fokus på silotænkning mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Desværre er der ikke lige så meget fokus på den silotænkning, der eksisterer internt i sektorerne. Derfor mener vi i Sundhed Danmark, at det er nødvendigt, at man i forbindelse med en ny sundhedsstruktur også får reformeret de interne strukturer for at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Det er særligt problematisk, når interne strukturer forhindrer den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, som Sundhedsstrukturkommissionen finder nødvendig. I en fremtid hvor vi får flere ældre og patienter med kroniske lidelser, er det nødvendigt, at der sker en omstilling af sundhedsvæsenet, der sikrer et strukturelt fokus på forebyggelse af ressourcekrævende og invaliderende lidelser.

## Aftaler kan optimeres

I de eksisterende aftaler mellem regionerne og de private sundhedsvirksomheder, mangler der yderligere muligheder for, at den private sundhedsvirksomhed kan vælge at levere et konservativt behandlingsforløb – f.eks. superviseret træning fremfor operation. På nuværende tidspunkt, skal den private sundhedsvirksomhed enten udføre den operation, som patienten er henvist til, eller tilbagehenvise patienten, så patienten kan blive henvist en anden leverandør, f.eks. en fysioterapeut. Dette til trods for, at der i de Nationale Kliniske Retningslinjer for flere specialer i stigende grad anbefales

konservative behandlingstiltag. De private er i dag ifølge aftalerne forpligtet til at henvise videre til aktører, der kan udføre konservative behandlingsforløb, men det kunne være mere optimalt, hvis patienterne kunne fortsætte hos samme aktør i stedet for at skulle igennem forløbet hos en anden aktør.

Hvis der derimod var mulighed for, at den private sundhedsvirksomhed selv kunne tilbyde et konservativt behandlingsforløb – enten direkte eller gennem en underleverandøraftale, vil incitamentet til konservative forløb blive styrket. Udfordringen er, at operationerne og udredninger finansieres af én kasse – mens superviserede træningsforløb finansieres af en anden kasse, hvorved denne rationelt fornuftige kobling ikke umiddelbart er mulig til trods for, at det både vil kunne være besparende og potentielt bedre for nogle patienter.

Ovenstående eksempel viser hvordan nuværende interne strukturer desværre forhindrer den nødvendige omstilling og fremtidssikring af sundhedsvæsenet. Derfor bør man ifølge Sundhed Danmark forbedre mulighederne for, at private sundhedsvirksomheder også kan tilbyde konservative behandlingsforløb, som f.eks. superviseret træning, uden det skal være afhængigt af om pengene kommer fra den ene eller anden kasse – dette kunne f.eks. løses, hvis aktivitetsmidlerne fra flere forskellige områder, blev samlet i én kasse, der både indeholder midler til forebyggelse, behandling og rehabilitering, der ved vil de interne barrierer blive nedbrudt samtidig med, at konkurrencen mellem offentlige og private aktører skærpes til gavn for patienterne.

## Opsummering

Sundhed Danmark anbefaler, at man uanset hvilken forvaltningsmodel, der gennemføres, samtidig indfører økonomiske incitamenter, der sikrer, at danskerne får mest mulig sundhed for pengene.

Derfor anbefaler vi konkret følgende:

- **En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttet privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.**
- **En genindførelse af produktivitetsmålninger og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.**
- **En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.**

## Afslutning

Afslutningsvis vil vi i Sundhed Danmark gerne takke for muligheden for at kunne afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

De private sundhedsvirksomheder er i dag en etableret del af sundhedsvæsenet. Både gennem behandling af de mange danskere med sundhedsforsikring, hvilket potentielt er ressourcebesparende for de offentlige sygehuse, ligesom de private sundhedsvirksomheder hvert år hjælper mange offentligt henviste patienter, når ventetiden er for lang i det offentlige.

Af den årsag bør private sundhedsvirksomheder også spille en central rolle i løsningen af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og fremtidssikring af sundhedsvæsenet til en fremtid, hvor flere borgere får behov for behandling i sundhedsvæsenet.

Skal vi lykkes med at fremtidssikre sundhedsvæsenet, er der behov for en reform. Denne reform skal sikre patienterne mere sammenhæng og styrke ligheden i sundhed. Den skal derfor også styrke patienternes rettigheder. Desuden skal reformen skabe økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet, der sikrer, at borgerne får mest mulig sundhed for pengene, og den mest hensigtsmæssige brug af midlerne internt og mellem sektorerne.

Kommissionen peger på tre forskellige modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. I Sundhed Danmark mener vi, at der er positive elementer i flere af modellerne. Men for de private sundhedsvirksomheder er det afgørende ikke, hvorvidt det bliver den 1., 2. eller 3. model, der bliver vedtaget. Det vigtigste er, at modellerne bliver etableret på et stærkt fundament af patientrettigheder – og kassetækningen mellem og i særdeleshed internt i sektorerne bliver nedbrudt.

Derfor har vi i vores hørings svar fokuseret på to af de tværgående anbefalinger, som vi mener er af væsentligste karakter for den private sundhedsbranche og for patienterne. Derudover har vi også valgt at fokusere på to andre fokusområder, patienternes rettigheder og økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet, som vi mener kan implementeres – uagtet hvilken forvaltningsmodel, som der bliver et politisk flertal for.

Nedenfor ses en opsummering af vores væsentligste bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Vi foreslår følgende:

- At private aktører involveres i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi for arbejdet med digitalisering og data.
- At man sikrer fælles adgang til digitale systemer på tværs af den offentlige og private sektor.
- At man samler lovgivningen på det psykiatriske område.
- At man lader private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.

- Af man indfører patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.
- At der indføres en kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.
- En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttede privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.
- En genindførelse af produktivitetsmålning og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.
- En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.

Samlet set vurderer Sundhed Danmark, at ovenstående forslag, hvis de implementeres, bidrager til et sundhedsvæsen, der kan være med til at løse de udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen skitserer vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og et sundhedsvæsen, der i fremtiden skal behandle stadig flere borgere.