



23-10-2007

Sag nr. 07/2766

Dokumentnr. 59867/07

Emil Sales

Tel. 35 29 82 52

E-mail: esa@regioner.dk

Rapport om private specialsygehuse

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. Indledning	2
2.1 Historisk baggrund og lovgrundlag	2
2.2 Arbejdsgruppen og dens sammensætning	3
2. Resumé og anbefalinger	5
3. Principielle betragtninger	8
3.1 Disponering af sundhedsydelser	8
3.2 Differentierede ydelser	8
3.3 Henvisningsret	9
3.4 Visitationsret	10
3.5 Kvalitetssikring	10
4. Driftsmæssige betragtninger	10
4.2 Ydelserne på de private specialsygehuse	12
4.2.1 Definitioner	14
4.2.2 Ydelser	16
4.2.4 Driftsoverenskomster	20
4.2.5 Opsamling af driftsoverenskomster	23
5. Øvrige driftsoverenskomstaftaler	25
6. Litteraturliste	26

1. Indledning

Denne rapport er et udredningsarbejde om de foreningsejede private specialsygehuse efter sundhedslovens § 79, stk. 2. (i resten af rapporten nævnt som private specialsygehuse). Rapporten kommer med en række anbefalinger til den fremtidige regulering af de private specialsygehuse. Rapporten beskæftiger sig både med en række principielle betragtninger om de fremtidige lovgivningsmæssige rammer for de private specialsygehuse, men også med forslag til forbedring af de aftalemæssige rammer i form af de drifts- overenskomster, der regulerer samarbejde, økonomi, visitation, kvalitetssikring mv.

2.1 Historisk baggrund og lovgrundlag

Ved ændringen af sygehusloven i 1992 blev der givet bedre mulighed for en friere adgang til sygehusbehandling på basisniveau. I forbindelse med lovændringen blev der blandt andet fastsat regler for benyttelsen af de private specialsygehuse; herunder at *"amtskommunen yder endvidere vederlagsfri behandling til personer, der har bopæl i amtskommunen, ved følgende private specialsygehuse [...]"* Ved endnu en lovændring i 1996 fremgår det af bemærkningerne til lovforslaget, at *"[...] udvider i øvrigt borgernes mulighed for selv at vælge, hvor de ønsker at blive behandlet til også at omfatte en række private specialsygehuse m.fl."*

Denne rapport omhandler primært de private specialsygehuse, der er reguleret i den nuværende sundhedslovs § 79, stk. 2. Lovens fulde formulering kan læses nedenstående:

§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse.

Stk. 2. Regionsrådet yder endvidere sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lu-

kas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT i København og RCT-Jylland, Epilepsihospitalet i Dianalund, Sclerosecenter Haslev, Sclerosecenter Ry, Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjerne-skade.

Den årlige fritvalgsramme til de private specialsygehuse kan findes i "*Bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v.*" (bek. Nr. 85 af 25/01/2007). Den samlede årlige ramme for de i sundhedslovens § 79, stk. 2 nævnte private specialsygehuse er i 2007 311,7 mio. kr.

I "*Bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling m.v.*", der trådte i kraft den 01-10-2007 fremgår det ligeledes, at:

Stk. 3. Retten til at vælge behandling efter stk. 1 gælder endvidere KamillianerGaardens Hospice, Hospice Fyn, Arresødal Hospice, Hospice Sjælland, Hospice Sønderjylland, Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjorden og Hospice Sydvestjylland, jf. § 37, stk. 2 samt Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten.

2.2 Arbejdsgruppen og dens sammensætning

Arbejdet er igangsat på foranledning af Regionssundhedsdirektørkredsen, som den 08-06-2007 besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe med deltagelse fra alle regioner. Sundhedsdirektørkredsen bad om, at en arbejdsgruppe så bredt på problemstillingerne for de private specialsygehuse.

Den konkrete anledning var en sag fra Region Midtjylland, hvor Vejlefjord Neurorehabilitering midt i året havde opbrugt sin fritvalgsramme og derfor ønskede finansiering ud over fritvalgsrammen.

Vejlefjord har ligesom de øvrige private specialsygehuse en forpligtigelse til at disponere ansvarligt over den årlige fritvalgsramme. Det er således en forudsætning for samarbejdet mellem de private specialsygehuse og regionerne, at de fastsatte økonomiske rammer overholdes. Dermed har sygehuse en grundlæggende forpligtigelse til, gennem sin kapacitetstilrettelæggelse, at sikre at rammen bruges jævnt hen over året.

En række af de private specialsygehuse, og det gælder også Vejlefjord, har en behandlingskapacitet, der rækker ud over fritvalgsrammerne. Denne kapacitet har amterne tidligere til en vis grad benyttet efter konkret aftale, lige som de private specialsygehuse har indgået aftaler og solgt ydelser til kommuner og private.

Med Strukturreformen er ansvaret for genoptræning blevet flyttet til kommunerne. På den baggrund har Region Midtjylland, som på alle regioners vegne har indgået driftsoverenskomst med Vejlefjord, allerede ved årsskiftet gjort centeret opmærksom på disse forhold, herunder, at det på den baggrund ikke kunne forventes, at regionerne i samme omfang som amterne ville benytte centeret ud over den fastlagte fritvalgsramme.

Tilsvarende med Vejlefjord-sagen er der i øjeblikket lange ventetider til behandling af traumatiserede flygtninge. Både på RCT-Jylland, RCT i København og på Rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS er der ventetider, der bevirker til en forværring af tilstanden for flygtningene. Ligesom på Vejlefjord er fritvalgsrammen på disse private specialsygehuse utilstrækkelig. En nærmere analyse af grundlaget for denne utilstrækkelige fritvalgsramme på Vejlefjord er ikke inkluderet i rapporten. Kommunerne har mulighed for at købe ydelser hos private udbydere (ek-

sempelvis RCT Midtjylland og klinik for traumatiserede flygtninge), men denne mulighed vælger kommunerne kun i meget lille omfang at benytte.

Side 5

Denne rapport tager dermed udgangspunkt i konkrete problemstillinger og forsøger at komme med bud på en fremtidig hensigtsmæssig opgavevaretagelse af de private specialsygehuse.

Arbejdsgruppens repræsentanter:

Region Nordjylland: Anni E. Olesen

Region Midtjylland: Holger Schildt Knudsen og Jens Bejer Damgaard

Region Syddanmark: Claus Toftgaard

Region Sjælland: Jens Arndal og Kirsten Ludvigsen

Region Hovedstaden: Jette Sylow Rasmussen og Torben Hyllegaard

Danske Regioner: Peder Ørnsholt Ring og Emil Sales

Sekretariatsfunktion er blevet varetaget af Peder Ørnsholt Ring og Emil Sales.

Arbejdsgruppen har holdt to møder i oktober og november 2007.

2. Resumé og anbefalinger

Arbejdsgruppens anbefalinger er skrevet på baggrund af en vurdering af driftsoverenskomsterne mellem de private specialsygehuse og beliggenhedsregionen samt arbejdsgruppens vurdering af ydelserne og driften på de private specialsygehuse. Begrundelsen for nedenstående anbefalinger skal findes i rapportens øvrige afsnit.

Overordnet anbefaler arbejdsgruppen:

- at der arbejdes for en revision af sundhedsloven, som tager sigte på, at § 79, stk. 2 ophæves,

- at regionerne fortsat har ansvar for hospice og palliativ behandling, og at der etableres et samlet lovgrundlag for de hospice, der drives med driftsoverenskomst med regionerne,
- at regionerne under ét indgår driftsaftale med private specialsygehuse, der yder diagnostik og behandling (i praksis Epilepsihospitalet i Dianalund og eventuelt Kong Christian den X's Gigthospital i Gråsten, hvor sidstnævnte ikke er en del af den nuværende sundhedslov § 79, stk. 2),
- at kommunerne får ansvaret for at indgå aftaler med de private specialsygehuse, der yder træning og rehabilitering. Det kan i den forbindelse overvejes at samle beskrivelsen af ansvaret for rehabilitering af torturofre i et regelsæt og de øvrige institutioner i et andet regelsæt.

I det omfang kommunerne og de private specialsygehuse har behov for lægetilsyn eller konsulenttydelser kan der naturligvis fortsat indgås aftaler med regionerne herom.

Arbejdsgruppen er opmærksom på, at de historiske grunde, der ligger bag sundhedslovens § 79, stk. 2 og de særlige regler for disse institutioner kan betyde, at det bliver vanskeligt at få gennemført de ovenfor anførte anbefalinger. Arbejdsgruppen har derfor vurderet, at der også kan peges på en mindre vidtgående justering af det gældende lovgrundlag:

I den forbindelse anbefaler arbejdsgruppen alternativt, hvis en gennemgribende lovændring ikke er mulig at gennemføre:

- at der arbejdes for en justering af sundhedslovens § 79, stk. 2, så det gennem et nyt lovgrundlag slås fast, at regionerne får ansvaret for hospice og kommunerne får ansvaret for rehabilitering af torturofre.

Dermed bevares § 79 samtidig med, at et nyt selvstændigt lovgrundlag tiltræder.

Side 7

Under alle omstændigheder vurderes det, da en ændring eller justering af lovgrundlaget kan have lange udsigter, at regionerne bør revidere de eksisterende driftsaftaler.

Arbejdsgruppen anbefaler i den forbindelse:

- at beskrivelsen af ydelser fremhæves, så der kan ske en bedre afgrænsning til de ydelser, der eventuelt sælges til private eller kommuner,
- at aftalerne tydeliggøres med hensyn til forpligtigelsen til økonomisk disponering, så fritvalgsrammen fordeles jævnt over hele året,
- at kravene til visitation klargøres, og at der overvejes krav om kvalitetssikring og sammenhæng til Den Danske Kvalitetsmodel. Udarbejdelsen af klarere kriterier for visitation skal varetages af den enkelte region. Det foreslås dog, at visitationen og efterfølgende henvisning sker gennem visiterende speciallæge,
- at regionerne, hvor det er relevant, så vidt muligt samler driftsoverenskomsterne, som det er sket for de hidtidige aftaler med Sclerosehospitalerne, i færre aftaler,
- at Danske Regioner udarbejder et forslag til standardiserede driftsoverenskomstaftaler,
- at Danske Regioner på sigt overtager opgavevaretagelsen med de private specialsygehuse.

Arbejdsgruppen har konstateret, at der fejlagtigt ikke sker afregning med kommunerne i forhold til reglerne for den kommunale medfinansiering. Danske Regioner har derfor igangsat et selvstændigt initiativ for at sikre, at der kommer gang i afregningen.

Side 8

3. Principielle betragtninger

3.1 Disponering af sundhedsydelser

Regionernes grundlæggende interesse er selv at kunne planlægge og disponere i forhold til tilrettelæggelse af de sundhedsydelser regionerne har ansvar for at stille til rådighed for befolkningen.

Regionerne har i kraft af sundhedslovens bestemmelser frihed til at tilrettelægge sygehusbehandling på egne eller andre regioners sygehuse, ligesom regionerne kan indgå aftale med private sygehuse og sygehuse i andre lande om at levere sygehusbehandling. Kun når det gælder de private specialsygehuse har regionerne under ét pligt til at afholde udgifter til behandling inden for en bestemt beløbsgrænse, opgjort for hvert privat specialsygehus.

3.2 Differentierede ydelser

Den overordnede problematik med de private specialsygehuse drejer sig om mangfoldigheden af de opgavetyper/ydelser, der bliver udført på de private specialsygehuse. Sygehusene varetager en bred vifte af opgaver, der strækker sig fra reel sygehusbehandling til opgaver, der bedst kan beskrives som rehabiliteringsopgaver og genoptræning. Fællesnævnerne for de 15 private specialsygehuse i sundhedslovens § 79 kan dermed synes at være næsten ikke eksisterende.

Arbejdsgruppen har ikke i detaljer kortlagt hvilket ydelsessortiment, de private specialsygehuse tilbyder. Den seneste analyse af dette findes i Sundhedsstyrelsens tre redegørelser fra 1991: Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende de private specialsygehuse, juni 1991, Redegørelse

fra Ekspertgruppen vedrørende reumatologiske lidelser, april 1991 og Re-
degørelse fra Ekspertgruppen vedrørende epilepsi, april 1991.

Side 9

Det er dog arbejdsgruppens opfattelse, at der er tale om en meget hetero-
gent gruppe af institutioner med et meget forskelligartet ydelsessortiment,
der er samlet under sundhedslovens § 79, skt. 2., men at langt de fleste
ydelser – når der ses bort fra de tre hospice og Epilepsihospitalet i Diana-
lund – er træning, genoptræning og rehabilitering og dermed ydelser der i
højere grad retter sig mod den kommunale del af sundhedssektoren end den
regionale.

Denne mangfoldighed i opgaverne medfører en række spørgsmål:

- I hvilket omfang er det hensigtsmæssigt med en regional forankring af
de private specialsygehuse, der primært udfører genoptræningsopgaver?
- Kan en genskrivning af sundhedslovens § 79 blive nødvendig for der-
med at sikre en systematik af de private specialsygehuse, der er en del
af loven?

3.3 Henvisningsret

Der er ikke alene uklarheder med visitationen på de private specialsygehu-
se, men også reglerne for henvisninger til sygehusene er uklare. Det skyl-
des, at patienter henvises fra både praktiserende læger, speciallæger og
kommunale sagsbehandlere. Denne problemstilling knytter sig således til
spørgsmålet om, hvorvidt det kan være hensigtsmæssigt at flytte nogle af de
private specialsygehuse til et kommunalt regi. Foregår henvisningen af pa-
tienter til et privat specialsygehus primært fra de kommunale sagsbehandle-
re, og kan ydelsen på sygehuse primært karakteriseres som genoptræning,
vil en overdragelse til kommunalt regi virke naturlig. Det er dog vigtigt at
understrege, at henvisning til sygehusbehandling kun kan foretages af læger
– dog undtaget henvisning til rehabiliteringscentre for flygtning så som
RCT-Jylland, RCT i København og OASIS. Arbejdsgruppens vurdering er,
at visitationen til de private specialsygehuse bør foretages af fagfolk i regi-

onerne; eksempelvis af visitationsansvarlige overlæger inden for det pågældende speciale.

Side 10

3.4 Visitationsret

En anden problemstilling, som arbejdsgruppen kommer med anbefalinger til er, at flere af de private specialsygehuse står for både visitationen af patienterne/brugerne og den økonomiske drift. Det private specialsygehus får dermed en uensartet dobbeltrolle, der kan føre til overbehandling og/eller behandling af de forkerte patientgrupper.

3.5 Kvalitetssikring

En sidste principiel betragtning vedrørende de private specialsygehuse drejer sig om kvalitetssikringen af ydelserne. Opfølgningen på kvaliteten af ydelserne på de private specialsygehuse skal ske på basis af tilgængelige data i Den Danske Kvalitetsmodel, som alle de private specialsygehuse bør tilsluttes. Beliggenhedsregionen skal som tilsynshavende myndighed kunne have en garanti for, at ydelserne på det private specialsygehus stemmer overens med nationale og internationale standarder.

4. Driftsmæssige betragtninger

Ud over ovenstående principielle betragtninger er der en række økonomiske og driftsmæssige spørgsmål, som arbejdsgruppen vil tage stilling til:

- Hvilke problemer er der med indberetning til Landspatientregistret (LPR)?
- Hvilke problemer er der med den kommunale medfinansiering?
- Hvilke problemer er der med behandling af patienter ud over fritvalgsrammen?
- Hvilke problemer er der med kautio (særligt Epilepsihospitalet)?

Flere af de private specialsygehuse har ikke indberettet til LPR, hvilket er en forudsætning for en kommunal medfinansiering. Den kommunale medfinansiering er særlig væsentlig, når en given ydelse kan karakteriseres som

genoptræning. Dette skyldes, at ansvaret for genoptræning blev overdraget til kommuner via Kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007.

Side 11

Reglerne for den kommunale medfinansiering er fastlagt i cirkulæret om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet af 23. juni 2006. Det fremgår af cirkulæret, at kommunerne skal medfinansiere 70 pct. af DRG-taksten for genoptræning under indlæggelse (§ 2, stk. 1 samt bilag 1). Det fremgår af sundhedsloven, at kommunerne bærer den fulde byrde for genoptræning efter udskrivning, og at kommunerne kan indgå aftaler med regionerne om, at denne genoptræning kan foregå på regionernes institutioner (§ 140, henholdsvis stk. 1 og stk. 3). Reglerne for kommunal medfinansiering er opsummeret i nedenstående tabel:

Stationær behandling	30 % af DRG-takst (ekskl. Langliggertakst) dog maksimalt 4.476 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 % af DAGS-takst, dog maksimalt 298 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 4.476 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 % af genoptræningstakst
Genoptræning efter udskrivning	100 % af genoptræningstakt

Det er meget få af de private specialsygehuse, der har registreret aktivitet i det fælles afregningssystem. Det betyder, at regionerne ikke automatisk har modtaget kommunal medfinansiering for denne aktivitet. Afregningen af den kommunale medfinansiering med de private specialsygehuse er nemlig ikke automatiseret via det fælles afregningssystem. Forudsætningen for at aktiviteten registreres og afregnes via e-portalen, er, at koden "AZAB5 betalt af bopælsregion" registreres.

Desuden er det værd at bemærke, at såfremt der ikke udføres lægelig behandling på de private specialsygehuse, er de ikke i følge "bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af pati-

enter, behandlet på private sygehuse eller klinikker”, forpligtiget til at indberette til Landspatientregistreret.

Side 12

En del af de private specialsygehuse leverer rehabiliteringsydelser. Disse rehabiliteringsydelser på de private specialsygehuse er også inkluderet i den kompensation, kommunerne fik for at overtage dele af finansieringen af genoptræningsområdet. Det betyder, at såfremt en patient er indlagt under et sygehusbesøg på et privat specialsygehus, skal kommunen medfinansiere genoptræningen.

Der gælder særlige finansieringsregler for hospice. Disse regler er nævnt i sundhedslovens § 238. Ifølge loven kan bopælsregionen af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice. Betalingen kan dog maksimalt udgøre 1.522 kr. (beløbet er anført i 2004-pris- og -lønniveau.)

Ligesom med den kommunale medfinansiering er der uklarheder med finansieringen af patienter ud over fritvalgsrammen, hvilket tydeligt fremgår af Vejlefjord-sagen, hvor over 100 patienter står på venteliste grundet problemer med finansiering af patienter ud over fritvalgsrammen.

Der er ligeledes uklarhederne med, hvilke offentlige myndigheder, der kan og skal kunne kautionere for behandlinger ud over fritvalgsrammen. Dette vil arbejdsgruppen også forsøge at skabe klarhed over.

4.2 Ydelserne på de private specialsygehuse

De private specialsygehuse i sundhedslovens § 79 varetager en bred vifte af opgaver, der ligger i gråzoneområdet mellem reel sygehusbehandling, genoptræning og andre rehabiliterende ydelser. Det er dermed uklart, hvilke opgaver, der er kommunale og, hvilke der er regionale, og deraf er det uklart, hvilken myndighed, som har finansieringsansvaret.

Overordnet kan man opdele ydelserne på de private specialsygehuse i 4 kategorier:

Side 13

- 1) Behandling → regional opgave
- 2) Genoptræning under indlæggelse → regional opgave og delvis kommunal finansiering
- 3) Genoptræning ambulant (almindelig eller specialiseret) → kommunal opgave og finansiering
- 4) Træning uden relation til behandling eller indlæggelse → kommunal opgave og finansiering

Denne inddeling er dog vanskelig at opretholde i praksis, da hovedparten af ydelserne på de private specialsygehuse foregår i overgangen fra anden til tredje fase. Dermed bliver det uklart, hvorvidt opgavevaretagelsen og finansieringen af genoptræningen af patienterne er en regional eller kommunal opgave. Dette er en af de væsentligste årsager til den manglende kommunale medfinansiering på området. Det skal dog pointeres, at genoptræning - såvel under indlæggelse som ambulant - altid er en kommunal udgift. Sygehusene/Regionen skal stille ressourcer til rådighed under indlæggelsen og ved ambulant specialiseret genoptræning, mens kommunerne skal sikre ressourcer til den ambulante genoptræning.

Lovgivningsmæssigt skelnes der mellem træning og genoptræning. Ansvaret for træning ligger forsat hos kommunerne og fremgår af Servicelovens § 85. Som nævnt ansvaret for genoptræning flyttet til kommunerne efter kommunalreformen. De lovgivningsmæssige regler på genoptræningsområdet kan findes i sundhedslovens § 140, servicelovens § 85 a. og § 86, stk. 1 samt i bekendtgørelse nr. 1266 af 5. december 2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. I modsætning til sundhedslovens bestemmelser er der ikke et krav i serviceloven om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning.

4.2.1 Definitioner

En stor del af de opgaver, der varetages på de private specialsygehuse kan klassificeres som genoptræning. Der er tre forskellige former for genoptræning:

- A. Genoptræning under indlæggelse
- B. Ambulant genoptræning
- C. Egentræning¹.

Herudover kan ambulant genoptræning opdeles i almindelig ambulant og specialiseret ambulant genoptræning.

Ad A: Genoptræning under indlæggelse:

Denne form for genoptræning er bopælsregionens sygehuse forpligtet til give, såfremt det findes nødvendigt ud fra et sundhedsfagligt synspunkt. (jf. sundhedslovens §§ 5, 79 og 81)

Ad B: Ambulant genoptræning

Denne form for genoptræning er al genoptræning efter udskrivning og forudsætter altid en genoptræningsplan.

Almindelig genoptræning dækker over den type af genoptræning på et sygehus, der ikke er specialiseret genoptræning.

Specialiseret genoptræning er ambulant genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise, udstyr mv. I spørgsmålet om, hvorvidt en person har

¹ Denne form for genoptræning kan være nødvendig, hvis en patient efter udskrivning fra et sygehus har behov for træning, dog uden at have tilstrækkeligt behov for ambulant genoptræning. Da denne form for gennemtræning ikke er relevant i forhold til de private specialsygehuse, vil den ikke blive nævnt i resten af opgaven

brug for specialiseret genoptræninger lægger lægen vægt på følgende kriterier: (jf. bekendtgørelse nr. 1266 af 5.)

Side 15

- Genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand af andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Man kan dermed konkludere, at forudsætninger for, at der kan gives specialiseret genoptræning ikke alene koncentrerer sig om selve diagnosen, men ofte også patientens tilstand. Specialiseret genoptræning bygger på en lægefaglig vurdering og udføres altid på sygehus. I hovedsagen er specialiseret genoptræning knyttet til en indlæggelse, hvor der er speciallæger til stede. Af de private specialsygehuse i sundhedslovens § 79, stk. 2 synes det kun at være tilfældet på Epilepsihospital i Dianalund.

Det er dog væsentligt at pointere, at alle de private specialsygehuse varetager en unik opgave i det danske sundhedsvæsen. Selvom ydelserne på næsten alle de private specialsygehuse ikke kan karakteriseres som specialiseret genoptræning i lovmæssig forstand, er det vigtigt at understrege, at ydelserne på de private specialsygehuse er særegne. Personalet på de private specialsygehuse har derfor, med deres daglige arbejde med en specifik patientgruppe, en unik og koncentreret viden, der har stor betydning for en række mennesker landet over.

I forbindelse med den almindelige ambulante genoptræning kan kommunerne frit vælge en udbyder, hvorimod den specialiserede ambulante genoptræning altid skal udføres i sygehusregi.

4.2.2 Ydelser

Side 16

Nedenstående tabel er en kort sammenfatning af de ydelser, der gives på de private specialsygehuse i sundhedslovens § 79 stk. 2. Tabellen inkluderer en overordnet vurdering af, hvorvidt ydelserne på det enkelte private specialsygehus hovedsageligt kan karakteriseres som værende henholdsvis behandling, genoptræning under indlæggelse og/eller genoptræning ambulant og/eller træning.

Region	Privat specialsygehus	Ydelser (hentet fra hjemmesiderne)
Nordjylland		
Midtjylland	Sclerosecenter i Haslev og Ry	Centrene har plads til i alt 78 mennesker med sclerose og behandler hvert år mere end 800 mennesker. Centrene udfører rehabilitering af scleroseramte i form af fysioterapi, ergoterapi (aktivitetsøgning) og sygepleje. Langt overvejende genoptræning af færdigbehandlede patienter Genoptræning ambulant og træning
	Center for sundhed og træning i Århus	Behandlergruppen er et reumatologisk team, bestående af en reumatologisk speciallæge, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeut. Genoptræning er en stor del af den samlede behandling. Efter behov suppleres træningen med anden behandling eksempelvis, ultralyd, TNS., manuel terapi m.m. Langt overvejende genoptræning af færdigbehandlede patienter. Genoptræning ambulant og træning
	RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	Behandlingen foregår gennem konsulenter, der er uddannet inden for fysioterapi, ergoterapi, sygepleje, psykologi, pædagogik, socialformidling og medicin. Alt er fokuseret på brugeren og ikke patienten. Dette institut består udelukkende af to kontorer, der yder rådgivning til muskelsvindspatienter. Genoptræning ambulant og træning
	Vejlefjord Neurorehabilitering	Behandlingen er primært af genoptrænende karakter; dvs. neurorehabilitering, genoptræning, kur og rekreation. Det er meget vanskelig at se det lægefaglige indhold på centret. Har udvidet behandlingstilbudet til nu at gælde både lette genoptræningsopgaver og mere komplicerede opgaver i forlængelse af en patients sygehusindlæggelse. Genoptræning under indlæggelse og efter ambulant og træning

Syddanmark	Sct. Maria Hospice	Skal ud fra et kristent livssyn yde kvalificeret lindrende pleje og behandling til uhelbredeligt syge med komplekse symptomer af fysisk, psykosocial og åndelig karakter ved livets afslutning og i indlæggelseskrævende symptomlindrende forløb. Særlig kategori
	RCT i Jylland	Al behandling foregår ambulant. En tværfaglig indsats bestående af psykoterapeutisk, fysioterapeutisk, social og lægelig behandling og rehabilitering. Oftest er det en afgørende forudsætning, at behandlingen foregår med tolk. Varetager meget bredde opgaver – både behandling og genoptræning. (Skal ikke indberette til Landspatientregistret) Behandling og genoptræning under indlæggelse og ambulant
	Center for sundhed og træning i Middelfart	Se Center for sundhed og træning i Århus Genoptræning ambulant og træning
Sjælland	Epilepsihospitalet i Dianalund	De fleste patienter bliver herefter sat i medicinsk behandling med et antiepileptikum, hvorved langt over halvdelen af patienterne bliver anfaldsfrie. Der findes i dag ca. 15 antiepileptika, og de har alle bivirkninger, hvorfor fortsat kontrol af patienten er nødvendig. Behandlingen af de sværeste tilfælde af epilepsi er ikke blot en opgave for læge og patient, men involvere andre faggrupper som psykologer, terapeuter og socialrådgiver. Udfører reelle behandlingsopgaver (frit valg til behandling af epilepsi). Behandling og genoptræning under indlæggelse
	Sclerosecenter i Haslev og Ry	Se tidligere i tabel Genoptræning ambulant og træning
	Center for sundhed og træning i Skælskør	Se Center for sundhed og træning i Århus Genoptræning ambulant og træning

Hovedstaden	Sankt Lukas Hospice	Behandling, pleje og omsorg for uhelbredeligt syge og døende mennesker ud fra et kristent værdigrundlag. Særlig kategori
	Diakonissestiftelsen Hospice	Lindrende behandling, pleje og omsorg til alvorligt syge og deres pårørende i tilfælde, hvor helbredelse ikke skønnes mulig. Plejen foregår på et folkekirkeligt grundlag. Særlig kategori
	Rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS	Behandlingen sigter på at styrke klientens egne ressourcer og at hjælpe klienten til at nyorientere sig på eksilets vilkår samt bearbejde fysiske, psykiske og sociale problemer. OASIS lægger vægt på, at behandlingen foregår i et aktivt samarbejde mellem institutionen og den henvisende instans. Behandling og genoptræning under indlæggelse og ambulant
	RCT i København	Individuel- og gruppebehandling af torturofre i form af fysioterapi, socialrådgivning, lægelig behandling og psykoterapi. Behandling og genoptræning under Indlæggelse og ambulant
	Polio- Trafik- og Ulykkeskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	Rehabilitering af lægehenviste patienter med varigt bevægelseshandicap som følge af polio, beskadigelse af rygmærven, ulykke eller trafikskade samt i undtagelsestilfælde også andre med et svært motorisk handicap til det tværfaglige behandlingstilbud. Udfører udelukkende genoptræningsmæssige opgaver af færdigbehandlede patienter. Genoptræning ambulant og træning
	RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	Se tidligere i tabel Genoptræning ambulant og træning
	Center for Hjerneskade	Center for Hjerneskade tilbyder personer med erhvervet hjerneskade intensiv neuropsykologisk optræning samt afklaring og optræning af arbejdsevnen. Det faglige personale så som jurist, neurokirurg, neurolog, fysiurg og psykiater er tilknyttet som eksterne konsulenter. Genoptræning under indlæggelse og ambulant og træning

Beskrivelsen af ydelserne på de private specialsygehuse fører til en overordnet kategorisering af sygehusene. Denne kategorisering gør det lettere at komme med specifikke anbefalinger til den fremtidige opgavevaretagelse af de private specialsygehuse, da det er vanskeligt at beskrive alle sygehusene samlet. Dette skyldes som tidligere nævnt mangfoldigheden af de opgaver, der udføres på de private specialsygehuse.

Man kan dermed konkludere, at det trods forskelligheden i ydelserne på de private specialsygehuse er muligt, at foretage en kategorisering. Der er dog ikke nogen enkel eller klar afgrænsning mellem ydelserne på de private specialsygehuse. Det må derfor konkluderes, at en mere dybdegående og nøjagtig analyse af ydelserne på de private specialsygehuse kræver en inddragelse af netop de private specialsygehuse. Kategorisering gør det lettere at komme med generelle anbefalinger til den fremtidige opgavevaretagelse af de private specialsygehuse.

4.2.4 Driftsoverenskomster

De private specialsygehuse har alle indgået driftsoverenskomst med hver sin beliggenheds-region/(amt). Dette afsnit er en oversigt over alle driftsoverenskomster med fokus på følgende 6 parametre:

- 1) Beskrivelse af ydelser
 - Dette parameter dækker over i hvor høj grad, at den enkelte driftsoverenskomst indeholder en beskrivelse af den type ydelse, der udføres på det private specialsygehus. Eksempelvis er ydelserne på Diakonissestiftelsens Hospice beskrevet i den pågældende driftsoverenskomst, hvorimod en beskrivelse af ydelserne på Center for Hjerneskade er ikke eksisterende.
- 2) Kriterier for visitation
 - Dette parameter dækker over i hvor høj grad, at driftsoverenskomsten indeholder visitationskriterier. Eksempelvis er kriterierne for

visitation beskrevet nøje i driftsoverenskomsten for OASIS, medens ingen af driftsoverenskomster indgået af Region Midtjylland indeholder nogen beskrivelse af kriterierne for visitation.

Side 21

3) Kriterier for henvisning

- Ligesom med kriterier for visitation er der også stor forskel i driftsoverenskomsterne, hvad angår kriterier for henvisning. Hvor eksempelvis driftsoverenskomsten for Epilepsihospitalet i Dianalund indeholder beskrivelser af henvisningskriterier, så rummer driftsoverenskomsten for PTU's Fysiurgiske Ambulatorium ingen kriterier for henvisning.

4) Kriterier for økonomisk disponering

- Dette parameter dækker over i hvor høj grad, at de private specialsygehuse i driftsoverenskomsten forsikrer sig til at fordele fritvalgsrammen jævnt ud over hele, så man dermed undgår en situation lignende den på Vejlefjord neurorehabilitering. En sådan bestemmelse findes eksempelvis i driftsoverenskomsten for Sct. Maria Hospice, hvorimod ingen af driftsoverenskomster indgået af Region Midtjylland forpligter det private specialsygehuse til at disponere ansvarligt over fritvalgsrammen.

5) Kriterier for indberetning til LPR

- Dette parameter beskriver i hvor høj grad, at den enkelte driftsoverenskomst indeholder beskrivelser af kriterierne for indberetning til LPR. Dette er ikke tilfælde for nogen af driftsoverenskomsterne

6) Beskrivelse af takster

- Dette parameter beskriver i hvor høj grad, at den enkelte driftsoverenskomst indeholder beskrivelse af de enkelte takster. Langt størstedelen af driftsoverenskomsterne indeholder kun den bestemmelse at regionen/(amtet) skal godkende budgettet.

Nedenstående tabel skitserer, i hvor høj grad driftsoverenskomsterne mellem det enkelte private specialsygehus og den pågældende beliggenhedsregion/(amt) indeholder beskrivelser af de fem parametre. Er et parameter beskrevet fyldestgørende markeres det med et X, en delvis beskrivelse markeres med (X), og ingen beskrivelse markeres med et 0.

Region	Privat specialsygehus	Driftsoverenskomster						Årlig ramme i mio. kr.
		1)	2)	3)	4)	5)	6)	
Nordjylland								
Midtjylland	Sclerosecenter i Haslev og Ry	(X)	0	(X)	0	0	(X)	59,6
	Center for sundhed og træning i Århus	(X)	0	(X)	0	0	(X)	12,6
	RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	(X)	0	(X)	0	0	(X)	18,4
	Vejlefjord neurorehabilitering	(X)	0	(X)	0	0	(X)	13,3
Syddanmark	Sct. Maria Hospice	(X)	(X)	(X)	X	0	0	14,5
	RCT i Jylland	X	X	(X)	X	0	(X)	8,8
	Center for sundhed og træning i Middelfart	X	X	(X)	X	0	0	11,2
Sjælland	Epilepsihospitalet i Dianalund	0	(X)	X	(X)	0	(X)	66,9
	Center for sundhed og træning i Skælskør	(X)	X	X	(X)	0	0	17,1
Hovedstaden	Sankt Lukas Hospice	(X)	X	0	X	0	(X)	14,5
	Diakonissestiftelsen Hospice	X	X	(X)	X	0	(X)	14,5.
	Rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS	X	X	(X)	X	0	(X)	13,2
	RCT i København	X	X	(X)	X	0	(X)	13,9
	PTU's Fysiurgiske Ambulatorium	(X)	0	0	0	0	(X)	27,7
	Center for Hjerneskade	0	0	0	0	0	(X)	7,5

4.2.5 Opsamling af driftsoverenskomster

Man kan ud fra ovenstående tabel konkludere, at de 15 driftsoverenskomster mellem de private specialsygehuse og deres respektive beliggenheds-

region/(amt) er meget forskellige, hvad angår beskrivelse af ydelsen, krav om at fordele den økonomiske ramme jævnt over hele året, datoen for driftsoverenskomsten (se litteraturliste) samt kriterier for henvisning og visitation. Særligt kriterier for henvisning til de private specialsygehuse er manglende i stor set alle driftsoverenskomsterne. Derudover varierer beskrivelsen af kriterierne taksterne betydeligt. Det skal derudover pointeres, at ingen af driftsoverenskomsterne forpligtiger de private specialsygehus til at indberette til LPR.

Fællesnævnerne for driftsoverenskomsterne er således udelukkende, at de private specialsygehuse selv har forpligtelsen til at driften på sygehuset stemmer over ens med den gældende lovgivning, samt at det er beliggenheds-regionen/(amtet), der er tilsynsmyndigheden.

Derudover er det vanskeligt at se et mønster i driftsoverenskomsterne, hvad angår årsagen til og gevinsten af at lave fælles aftaler for flere af de private specialsygehuse. Eksempelvis har Sclerosecentrene i Danmark lavet en fælles driftsoverenskomst for Sclerosecentrene i Haslev og Ry med Region Midtjylland som tilsynsmyndighed, hvorimod Centrene for Sundhed og Træning i henholdsvis Århus, Middelfart og Skælskør har separate aftaler, selvom de alle drives af Gigtforeningen.

Man kan ligeledes konkludere, at ensartetheden i driftsoverenskomstaftalerne, hvad angår form og indhold, varierer meget fra region til region. Dette skyldes dog primært, at flere af driftsoverenskomsterne er fra begyndelsen af 2000'erne og dermed før Strukturreformens ikrafttræden. Flere af aftalerne forholder sig dermed ikke til nedlæggelsen af amterne og oprettelsen af regionerne. Det er således udelukkende Region Midtjylland driftsoverenskomster med de i regionen beliggende private specialsygehuse samt aftalen mellem RCT i Jylland og Region Syddanmark, der er tidssvarende og standardiserede – dog stadig mangelfulde. Selv for de ældre driftsoverenskomster er der dog ingen tvivl om, hvem der er den nye aftalepart. Det

skal derfor understreges, at det er indholdet i driftsoverenskomsterne, der er afgørende.

Side 25

Arbejdsgruppens anbefalinger til indholdet af de kommende driftsoverenskomster mellem de private specialsygehuse og beliggenhedsregionen kan læses i rapportens afsnit tre.

5. Øvrige driftsoverenskomstaftaler

De 15 private specialsygehuse, der står indskrevet i sundhedslovens § 79, er ikke de eneste private specialsygehuse. Flere private specialsygehuse har således separate særaftaler med beliggenheds-regionen/(amtet).

Et eksempel er en aftale indgået mellem Gigtforeningen og Sønderjyllands Amt (nu Region Syddanmark) om benyttelse af Kong Christian den X's Gigthospital i Gråsten. Gigthospitalet er en integreret del af regionens sundhedsplan, idet regionens reumatologiske sygehusbehandlinger finder sted på netop Kong Christian den X's Gigthospital. Dette private specialsygehus er dermed trods dets manglende tilstedeværelse i sundhedslovens § 79 en væsentlig del af Region Syddanmark reumatologiske behandling. Aftalen mellem Gigthospitalet og regionen indeholder præcise beskrivelser af service mål, vederlag (DRG-takster), regulering ved mer- og mindreaktivitet mv.

Man kan dermed konkludere, at private specialsygehuse, der ikke er en del af sundhedslovens § 79, med stor succes kan indgå aftaler med beliggenhedsregionen og derigennem blive en integreret del af regionens behandlingstilbud.

6. Litteraturliste

Rapporter:

Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende de private specialsygehuse, juni 1991

Redegørelse fra Ekspertgruppen vedrørende reumatologiske lidelser, april 1991

Redegørelse fra Ekspertgruppen vedrørende epilepsi, april 1991

Driftsoverenskomstaftaler:

Midtjylland:

Driftsoverenskomst mellem Sclerosecentrene i Danmark og Region Midtjylland fra den 07-03-2007

Driftsoverenskomst mellem Center for sundhed og træning, Århus og Region Midtjylland fra den 07-03-2007

Driftsoverenskomst mellem RehabiliteringsCenter for Muskelsvind og Region Midtjylland fra den 07-03-2007

Driftsoverenskomst mellem Vejlefjordfonden og Region Midtjylland fra den 07-03-2007

Syddanmark:

Driftsoverenskomst mellem Vejle Amtsråd og bestyrelsen for den selvejende institution Sct. Maria Hospice Center fra den 01-07-2000

Driftsoverenskomst mellem RCT-Jylland og Region Syddanmark fra den 12-12-2006

Driftsoverenskomst imellem Fyns Amt og Gigtforeningen om Dronning Alexandrines Gigtsanatorium fra den 29-11-2000

Aftale indgået mellem Gigtforeningen og Sønderjyllands Amt om benyttelse af Kong Christian den X's Gighospital i Gråsten fra den 15-12-2005

Sjælland:

Driftsoverenskomst mellem Vestsjælland Amtsråd og Bestyrelsen for Kolonien Filadelfia vedrørende det af Kolonien Filadelfia drevne Epilepsihospital i Dianalund fra den 10-02-2004

Driftsoverenskomst mellem Vestsjælland Amt og Gigtforeningen på vegne af Gigtsanatoriet i Skælskør fra den 12-08-1996

Hovedstaden:

Driftsoverenskomst mellem Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen og Københavns Amt fra den 15-01-2001

Driftsoverenskomst mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og Den danske Diakonissestiftelse fra den 10-10-2000

Driftsoverenskomst mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og OASIS fra den 01-01-2005

Driftsoverenskomstaftale mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og RCT fra den 15-12-2005

Driftsoverenskomstaftale mellem Landsforeningen af Polio- Trafik- og Ulykkesskadede og Københavns Amt fra den 08-02-2000

Driftsoverenskomst mellem den selvejende institution Center for Hjerne-skade og Københavns Kommune fra den 13-09-1993

www-dokumenter:

<http://www.regioner.dk/ServiceOgAdministration/Vejledning/Genoptraening/Notat%20om%20genoptraening.aspx>

<http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Hoe-ringssvar/Dokument.aspx>

<http://www.regioner.dk/ServiceOgAdministration/Vejledning/%C3%98konomisk%20Vejledning/Baggrundsmappe2007/Den%20statslige%20aktivitet safh-aengige%20pulje%20i%202008%20-%20udsendt%20d,-d-,21-06-2007.aspx>

<http://www.regionhovedstaden.dk/NR/rdonlyres/EAF57DB2-3FB2-486D-93E9-5FAE185AC52A/0/Kommunalmedfinansiering.doc>

<http://information.dk/150662>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11064>

Midtjylland:

<http://www.scleroseforeningen.dk/Sclerosecentre,-d-.dk/Om%20Sclerosecentre.aspx>

<http://www.gigtforeningen.dk/Behandlingssted-i-Aarhus-Hans-Jansens-Hjem>

<http://www.rcfm.dk/>

<http://www.vejlefjord.dk/>

Syddanmark:

<http://www.sctmariahospice.dk/page7.aspx>

<http://www.rct-jylland.dk/>

<http://www.gigtforeningen.dk/Behandlingssted-i-Middelfart>

Sjælland:

<http://www.epilepsihospitalet.dk/>

<http://www.scleroseforeningen.dk/Sclerosecentre,-d-.dk/Om%20Sclerosecentre.aspx>

<http://www.gigtforeningen.dk/Behandlingssted-i-Skaelskoer>

Hovedstaden:

<http://www.sanktlukas.dk/site/3576.htm>

<http://www.hospice.diakonissen.dk/>

Side 29

<http://www.oasis-rehab.dk/Kontakt.htm>

<http://www.rct.dk/>

<http://www.ptu.dk/>

<http://www.rcfm.dk/>

<http://www.cfh.ku.dk/index.htm>