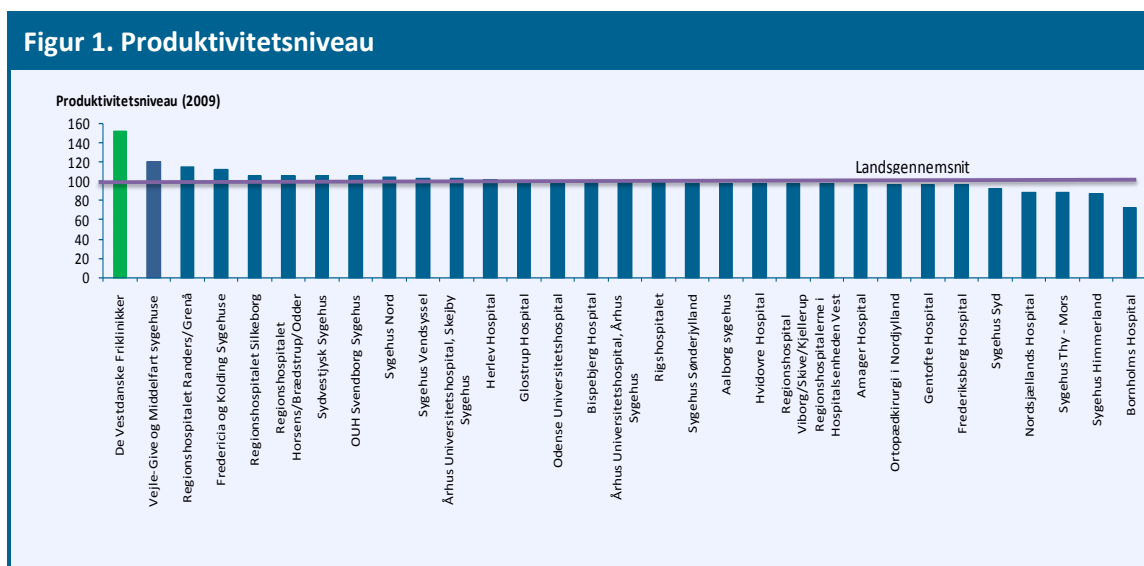


PRIVATHOSPITALERNE ER 19 PCT. BILLIGERE END DE MEST EFFEKTIVE OFFENTLIGE HOSPITALER

I dette notat sammenlignes taksterne i det offentlige sundhedsvæsen med taksterne på privathospitalerne. Analysen tager udgangspunkt i et af de mest effektive offentlige hospitaler (Brædstrup Friklinik) og sammenligner deres takster med et gennemsnitligt privathospital. Resultatet af analysen er, at et gennemsnitligt privathospital er 19 pct. billigere end selv et af de mest effektive offentlige hospitaler, Brædstrup Friklinik, når der korrigeres for forskelle i rammevilkår. Politik-implicationen af dette kan være, at privathospitalerne skal have lov til at oprette 'private wings' på de offentlige hospitaler.

De mest produktive offentlige hospitaler

Sundhedsministeriets seneste opgørelse¹ af produktiviteten på offentlige hospitaler viser, at de Vestdanske Friklinikker er Danmarks mest produktive offentlige hospitaler. De Vestdanske Friklinikker har samme ledelse, men er placeret på hhv. Regionshospitalet Brædstrup og Give Sygehus. Af figur 1 fremgår det, at de Vestdanske Friklinikker er 52 pct. mere produktive end et gennemsnitligt offentligt hospital.



Adm.: Produktiviteten defineres i Sundhedsministeriets opgørelse som produktionsværdien (DRG-værdisat aktivitet) af behandlingerne divideret med de faktiske omkostninger. Sundhedsministeriet skelner således ikke mellem produktivitet og omkostningseffektivitet. SDU (2009): Produktivits- og effektivitsmålinger i sygehussektoren. I Sundhedsministeriets opgørelse indgår de Vestdanske Friklinikker som to selvstændige enheder. Men opsplitningen er et kunstgreb, hvorfor de i ovenstående opgørelse er fremstillet som en enhed. Af Sundhedsministeriets opgørelse fremgår det, at Give Friklinik lægger i indeks 161 og Brædstrup Friklinik lægger i indeks 142.

Kilde: Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (sjette delrapport), Danske Regioner, Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (december 2010)

Succesen med de Vestdanske Friklinikker har siden ført til oprettelsen af flere nye friklinikker - fx har man opført friklinikker i Grenaa (april 2009), Ringkøbing (maj 2009)² og Frederikshavn

¹ I december 2010 udkom den sjette delrapport om 'Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren'. Rapporten viser at De Vestdanske Friklinikker har det højeste produktivitsniveau i 2009. Det er Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der står bag rapporten.

² Det bør nævnes, at der er planer om at slå Brædstrup, Grenaa og Ringkøbing Friklinik sammen og flytte dem alle til Silkeborg. Det er dog endnu ikke afgjort.

(februar 2009). Friklinikkerne opføres med det formål at sikre, at de offentlige hospitaler kan overholde ventetidsgarantien.

“Med etableringen af Friklinikken [i Frederikshavn, red.] har regionen skabt et alternativ til, at ortopædkirurgiske patienter med udgangspunkt i behandlingsgarantien på en måned bliver viderehenvist under det udvidede frie sygehusvalg. Da klinikken kan producere til marginalomkostninger, er der tale om, at regionen ikke blot kan holde patienterne i eget regi, men også være i stand til at konkurrere økonomisk med aftaletaksterne under udvidet frit valg. Meraktiviteten i klinikken afregnes således under regionens takststyringsmodel med 70 pct. af DRG-værdien”.

Kilde: Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), “Privathospitalsområdet”.

Friklinikkerne er regionernes første valg, når regionernes egne hospitaler har nået deres kapacitetsgrænse. Når regionerne vælger at oprette friklinikker - frem for at udvide kapaciteten på de offentlige hospitaler - er det fordi, de har en forventning om, at friklinikkerne er mere effektive end de offentlige hospitaler, hvorfor produktionen bliver billigere³. Klinikchefen for de Vestdanske Friklinikker, Christian Nielsen udtaler følgende om Brædstrup Friklinik til Dagens Medicin:

“I praksis betyder det, at klinikken ligger i top på oversigten over, hvor man får mest for pengene. Friklinikken i Brædstrup er f.eks. 50 pct. billigere end Vejle Sygehus med knæoperationer, og Vejle Sygehus er endda et af landets billigste med den type operationer”.

Kilde: Dagens Medicin (22-03-2007), Vi kan operere billigere end privathospitalerne

Organisering og incitament

Friklinikkerne

Friklinikernes høje produktivitet skyldes primært tre ting. Dels har de specialiseret sig i standardiserede operationer, hvilket betyder, at de kan planlægge og udføre operationerne mere omkostningseffektivt end de øvrige offentlige hospitaler. Dels er klinikkerne ikke underlagt nær så faste rammer for driften (fx er det nemt at aftale ændringer af dagens program og det er muligt at lave temadage, hvor samme operation udføres en hel dag⁴), hvorfor de har mulighed for at optimere arbejdsopgaver og arbejdsgange. Endeligt har friklinikkerne øgede incitament (fx via resultatløn), som understøtter nye og bedre arbejdsmetoder samt arbejdstilrettelæggelse⁵.

Et eksempel er Friklinikken i Brædstrup. Brædstrup Friklinik blev oprettet i 2002, og var på samme måde som Friklinikken i Frederikshavn oprettet som Vejle Amts modsvar på det udvidede frie sygehusvalg⁶. Friklinikken er placeret på Regionshospitalet Brædstrup og fungerer som en selvstændig enhed.

Brædstrup Friklinik er specialiseret i, at udføre mindre og mellemstore ambulante operationer indenfor organ-, øjen- og ortopædkirurgi (jf. appendiks I). Operationerne udføres praktisk taget på samlebånd. Dvs. mens kirurgen færdiggør en patient på en stue, så klargøres den næste patient på en anden stue, hvorfor kirurgen kan gå direkte fra stue til stue og dermed arbejde meget mere effektivt.⁷

Friklinikken har omkring 50 fuldtidsansatte medarbejdere⁸, hvoraf kun ca. 4 læger er fast tilknyttet klinikken. De fleste læger hentes ind udefra som konsulenter, hvilket giver Friklinikken en høj grad af fleksibilitet. Hvis der er brug for læger inden for et særligt område, tilkaldes læger med netop dette speciale. Desuden er personalet ikke underlagt faggrænser og er delvist

³ Kilde: Region Nordjylland, Friklinik skaber reel konkurrence.

⁴ Kilde: Kjeld Møller Pedersen, (Health Economics Papers 2009), Udviklingen af et sundhedsvæsen.

⁵ Kilde: Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), Privathospitalsområdet.

⁶ Kilde: Kjeld Møller Pedersen, (Health Economics Papers 2009), Udviklingen af et sundhedsvæsen.

⁷ Kilde: Kjeld Møller Pedersen, (Health Economics Papers 2009), Udviklingen af et sundhedsvæsen.

⁸ Ifølge Brædstrup Friklinik har klinikken omkring 60 fastansatte, men da mange er på deltid svarer dette til en normering på 50 fuldtidsansatte. Kilde: De Vestdanske Friklinikkers hjemmeside, tallet er fra den 1. juni 2009.

resultataflønnet, hvorfor alle er opsatte på at tilrettelægge arbejdet således, at man undgår unødigt spildtid.⁹

De øvrige offentlige hospitaler

Man kan ikke forvente af de offentlige hospitaler, at de er lige så effektive som friklinikerne. Der er flere årsager til dette. Fx har de offentlige hospitaler en række forpligtelser, så som akutfunktion, forskning og uddannelse, hvilket tager tid fra de kliniske opgaver. Endvidere tager de offentlige hospitaler sig også af de helt tunge patienter (fx patienter, der har flere diagnoser) og af de helt svære behandlinger, som kræver stor ekspertise og indlæggelser.

Privathospitalerne

Friklinikerne er formentligt ikke de eneste hospitaler, der har en meget omkostningseffektiv organisering. Der er grund til at tro, at det samme gælder de private hospitaler og klinikker. Den almindelige opfattelse er, at når privathospitalerne kan løse en række standardiserede operationer meget effektivt, så skyldes det, at privathospitalerne er udsat for en høj grad af konkurrence. Dette har to effekter. For det første tvinger konkurrencen privathospitalerne til at øge deres produktivitet, for ikke at miste markedsandele. Dette kan fx ske ved at benytte deres ressourcer mere effektivt. For det andet bevirker konkurrencen, at de mindst effektive firmaer vil miste markedsandele (og nogle vil endda gå konkurs). Dette vil ligeledes øge den samlede produktivitet blandt privathospitalerne. Frikliniker og offentlige hospitaler har ikke denne risiko, hvorfor de formentligt ikke på samme måde som privathospitalerne presses til at være effektive¹⁰.

Som følge heraf er de private hospitaler og klinikker kendetegnet af en organisationsform med store frihedsgrader, økonomiske incitament, der understøtter effektive arbejdsgange¹¹, samt en høj grad af specialisering.

Eksempelvis tilbyder 68 pct. af privathospitalerne ortopædkirurgiske ydelser, 40 pct. tilbyder organkirurgiske ydelser mens lidt under 30 pct. af privathospitalerne tilbyder øjenkirurgiske ydelser¹². At Brædstrup Friklinik og privathospitalerne i høj grad tilbyder den samme type af operationer (jf. appendiks II), betyder at friklinikerne og privathospitalerne (i princippet) konkurrerer om de samme patienter.

I den private sygehussektor er der godt 200 fuldtidsansatte læger. Det totale antal af læger uanset tilknytnings- eller ansættelsesform er ca. 880 læger.¹³ Det kan fx være læger, der arbejder på offentlige hospitaler, men i fritiden bijobber i det private. Den mere løse tilknytning af læger i den private sektor bidrager til, at privathospitalerne - på samme måde som Frikliniken - er meget fleksible i forhold til at tilpasse sig efterspørgslen.

Desuden er flere af de ansatte i den private sektor resultataflønnet og ikke underlagt faggrænser, hvorfor det er den almindelige opfattelse, at de i større omfang end på de offentlige hospitaler har optimeret deres arbejdsgange. Således er det fx nogle gange overlægen og ikke portøren, der kører patienten ind på opvågningsstuen. Endvidere har ledelsen på private hospitaler og klinikker et profitmotiv, hvilket skaber et yderligere incitament til at skabe en omkostningseffektiv organisation.

⁹ Kilde: Ugeskrift for læger (2003): Patienten er en gevinst, Dagens Medicin (2007): Vi kan operere billigere end privatklinikker, Fokus Magasin (2010): Sund fornuft sikrer korte patientforløb samt SDU's Health Economics Papers (2009): Udviklingen af et sundhedsvæsen

¹⁰ Det skal dog nævnes, at regionen kræver, at de offentlige hospitaler årligt opfylder en produktivitetsvækst på 2 pct.

¹¹ Flere privathospitaler har i interviews oplyst os, at de resultataflønner deres ansatte.

¹² Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (2010): Branchestatistik

¹³ Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (2010): Branchestatistik. Til sammenligninger var der ca. 13.900 fuldtidsbeskæftigede læger i 2009 på de offentlige sygehuse.

Afregning af friklinikker og privathospitaler

Friklinikerne

Regionerne tildeler de Vestdanske Friklinikker bevillinger gennem et betalingssystem, der er baseret på DRG-systemet¹⁴. Fx er Brædstrup Friklinik for regionens patienter udelukkende takstafregnet med en sats, der i 2010 svarer til ca. 61 pct.¹⁵ af DRG-taksten¹⁶. Denne betaling dækker Friklinikkens udgifter til lønninger, varekøb, rengøring, uddannelse, medicin mv. Årsagen til, at Friklinikken kan udføre operationer til 61 pct. af DRG-taksten - og ikke som de øvrige offentlige hospitaler har en gennemsnitlig operationspris på 100 pct. af DRG-taksten - er dels fordi de er mere effektive, dels fordi de ikke har udgifter til akutfunktion, forskning og uddannelse og dels fordi at de øvrige udgifter til klinikkens drift afholdes af Regionshospitalet Brædstrup. Det drejer sig fx om el, vand, varme og indvendig vedligeholdelse af bygninger. Endvidere trækker klinikken på Regionshospitalet Brædstrups serviceydelser på områderne: Administration, teknisk afdeling, portør, røntgen og laboratorium.¹⁷

De øvrige offentlige hospitaler

Der findes flere modeller for afregningen af de offentlige hospitaler¹⁸. Alle modeller tager dog udgangspunkt i de nationalt fastlagte DRG-takster. Generelt er det sådan, at regionerne fastsætter, hvilken procentdel af den nationale DRG-takst som det offentlige hospital skal have ud fra en lokal vurdering af omkostningsstrukturen på det pågældende hospital. Endvidere har alle regioner valgt at indarbejde et produktivitetskrav i deres afregningsmodel. Det ligger på mellem 1,6 og 3,5 pct. Der er således en forventning om, at hospitalerne hvert år skal være en smule mere produktive end sidste år. Endeligt har regionerne valgt forskellig afregning for de offentlige hospitaler i tilfældet af, at de opererer over den fastsatte baseline. Mens nogle behandlinger afregnes med en knæktakst (dvs. at hospitalet får en lavere betaling ved aktivitet over et givet knæpunkt), så har andre en uændret afregnings-sats, mens andre igen ikke har nogen afregning. Man må forvente, at de offentlige hospitaler stopper med at operere når indtægten ved at operere en ekstra patient er lig deres marginalomkostning.

Foruden Sundhedsministeriets produktivitetsopgørelse, der viser, at de Vestdanske Friklinikker på et helt overordnet niveau er 52 pct. mere effektive end et gennemsnitligt offentligt hospital, findes der ingen fyldestgørende sammenligninger¹⁹ af 'marginalomkostningerne' mellem Friklinikerne og de øvrige offentlige hospitaler. Der er ganske enkelt ingen, der kender dem. Der findes kun enkelte sammenligninger på procedureniveau, som fx den fra Dagens Medicin²⁰, som indikerer, at Brædstrup Friklinik har en lavere marginalomkostning pr. operation end de offentlige hospitaler og derfor er mere effektive. Af det bagvedliggende data, som fremgår af bilaget til et notat²¹ udarbejdet af Region Sjælland, fremgår det, at den ortopædkirurgiske

¹⁴ DRG-systemet er et redskab til at gruppere patienter i Diagnose Relaterede Grupper. Således grupperes patienterne efter diagnose, behandling, køn, alder mv. Til de enkelte grupper kobles deres faktiske aktiviteter og udgifter. Dermed får man sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper. Disse sammenhænge ligger til grund for beregningen af de såkaldte DRG-takster. Kilde: <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Om%20DRG/Mere%20information%20om%20Dansk%20Casemix%20system.aspx>

¹⁵ Taksten fremgår af Brædstrups Regnskab for 2010 oplyst af Region Midtjylland.

¹⁶ DRG-taksten blev oprindeligt udviklet til at afregne mellem de offentlige sygehuse på tværs af amter. DRG taksten fastsættes på baggrund af et fordelingsregnskab, hvilket ikke er en særlig præcis metode men udmærket i lyset af det oprindelige formål. Denne DRG-takst dækker kun Region Syddanmark og Region Midtjyllands egne borgere. Borgere uden for regionen skal betale fuldt takst, svarende til omkring 100 pct. af DRG-taksten.

¹⁷ Region Midt, Budget 2008 og budgetoverslag 2009-2011.

¹⁸ Danske regioner(2010): Regionernes takststyringsmodeller 2010

¹⁹ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet'

²⁰ Jf. Dagens Medicin (22-03-2007), Vi kan operere billigere end privathospitalerne: "I praksis betyder det, at klinikken ligger i top på oversigten over, hvor man får mest for pengene. Friklinikken i Brædstrup er f.eks. 50 pct. billigere end Vejle Sygehus med knæoperationer, og Vejle Sygehus er endda et af landets billigste med den type operationer".

²¹ Region Sjælland (2008): Analyse af den ortopædkirurgiske efterspørgsel og kapacitet i Region Sjælland. Slagelse Sygehus og Ringsted Sygehus indgår sammen med Næstved Sygehus, Nykøbing F. Sygehus og Nakskov Sygehus i den gruppe af sygehuse der kaldes Sygehus Syd. Ifølge Sundhedsministeriets produktivitetsopgørelse ligger denne gruppe af sygehuse i indeks 92.

afdeling i Slagelse/Ringsted ved ekstraaktivitet på ambulante ortopædkirurgiske indgreb har marginalomkostninger på ca. 45 pct. af DRG-taksten.

Privathospitalerne

Til sammenligning får privathospitalerne samlet set en gennemsnitlig takstafregning, der ligger mellem 80-89 pct. af DRG-taksten²². Dette varierer dog en del fra behandling til behandling. At privathospitalerne trækker en højere takst end friklinikkerne skyldes, at de for deres takst foruden løn og varekøb mv. også skal dække diverse serviceydelser, købsmoms, lønsumsafgift samt afskrivninger mv.

Privathospitalernes marginalomkostninger er ikke kendt²³. Under udbud har Danske Regioner erfaret, at privathospitalerne kan klare sig for en takst på helt ned til 50 pct. af DRG-taksten²⁴. Det er dog uvist om dette afspejler privathospitalernes virkelige marginalomkostninger.

En rimelig sammenligning

Fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør behandlinger helt grundlæggende foretages der, hvor man får mest for pengene²⁵ - uanset om dette måtte være i privat eller offentligt regi. Noget tyder på, at det er friklinikkerne, der - blandt de offentlige hospitaler - billigst kan løse en række standardiserede operationer. Dette har tre forklaringer:

For det første har friklinikkerne - sammenlignet med de offentlige hospitaler - øgede frihedsgrader og incitamenter, som understøtter nye og bedre arbejdsmetoder og arbejdstilrettelæggelse. Friklinikken har fx få fastansatte læger, men hyrer i stedet lægerne ind som konsulenter. Således kan friklinikken relativt nemt tilpasse sig den faktiske efterspørgsel og evt. ændringer i dagens program.²⁶ Endvidere er de ansatte på friklinikken delvist resultataflønnet, hvor alle er opsatte på at tilrettelægge arbejdet meget effektivt.

For det andet er friklinikkerne placeret på offentlige hospitaler, hvor de kan nyde godt af hospitalernes stordriftsfordele (fx infrastruktur) uden at give afkald på teknisk efficiens (fx korte kommandoveje), som ofte gør sig gældende i store virksomheder.

For det tredje må det antages, at man ikke ville oprette friklinikker med øgede frihedsgrader, hvis det var muligt at høste de samme gevinster under den nuværende organisering på de offentlige hospitaler. Men som det er i dag må man antage, at det bedre kan betale sig, at oprette friklinikker, end at udvide kapaciteten på de almindelige offentlige hospitaler.

Det er imidlertid endnu ikke afklaret, hvorvidt privathospitalerne - som langt hen ad vejen har samme incitamenter som friklinikkerne - kan varetage de standardiserede operationer mindst lige så billigt. Nedenfor foretages derfor en sammenligning af takstafregningen på Brædstrup Friklinik og et gennemsnitligt privathospital.

²² Det antages almindeligvis, at privathospitalerne i gennemsnit får omkring 80 pct. af DRG-taksten (se fx Brancheforeningen for private hospitaler og klinikker: Bliver privathospitalerne overbetalt?). Tallet er dog ikke offentliggjort af nogen autoritativ kilde. I et internt notat fra Sundhedsministeriet fremgår det, at tallet muligvis er en smule for lavt. Her benyttes en gennemsnitlig takstafregning svarende til 86,6-88,6 pct. af DRG-taksten. En stikprøve blandt 3 ortopædkirurgiske privathospitaler tyder dog på, at 80 pct. af DRG-taksten for de ortopædkirurgiske privathospitaler i gennemsnit passer meget godt. Kilde: SUM(2010), "Notat - Takstniveau som følge af forlig og opmandens afgørelse"

²³ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet'.

²⁴ Nyhed fra Danske Regions hjemmeside, 25. marts 2009.

²⁵ Hermed menes, at behandlinger bør udføres hos den aktør, hvor behandlingen har den størst mulige effekt ifht. ressourceindsatsen. Dvs. både der, hvor der er et højt output pr. input (produktivitet), men også hvor der er et godt outcome (en høj effekt af behandlingen). Vi benytter her terminologien som er anvendt i Finansministeriets Budgetredegerelse 98.

²⁶ Kilde: Kjeld Møller Pedersen, (Health Economics Papers 2009), Udviklingen af et sundhedsvæsen.

Privathospitalerne er billigere

For at kunne foretage en rimelig sammenligning af takstafregningen, så kræver det først og fremmest, at der korrigeres for de forskelle, der er mellem privathospitaler og friklinikker. Årsagen er, at privathospitalerne har en række forpligtelser og udgifter som friklinikkerne ikke har. Der er tale om udgifter forbundet med købsmoms og lønsumsafgift, drifts- og serviceydelser samt udgifter til afskrivninger.

Købsmoms og lønsumsafgift

Sygehusbehandling er ifølge momslovens § 13, stk. 1 fritaget for moms. I sygehusets produktion indgår imidlertid indkøb af momsbelagte varer (fx fødevarer, anskaffelser, kontorartikler mv.), som umiddelbart ikke kan afløftes. Friklinikkerne kan derfor via det mellemamtskommunale momsrefusionsystem få dækket deres købsmoms af regionerne. Friklinikker skal derfor ikke dække udgifterne til købsmoms via den betaling, de får fra regionerne.

Ifølge lov om afgift af lønsum mv. § 2, stk. 2 skal der betales lønsumsafgift, såfremt virksomhedens overskud før renter overstiger 80.000 kr. årligt. På samme måde som med købsmomsen kan friklinikkerne også få godtgjort deres lønsumsafgift via momsrefusionsordningen.

De private sygehuse har ikke mulighed for at afløfte hverken lønsumsafgiften eller købsmomsen, hvorfor der i deres takster indgår en skjult købsmoms og lønsumsafgift. For at foretage en rimelig sammenligning bør der korrigeres for denne forskel. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgør købsmomsen ca. 5 pct. af driftsudgifterne mens lønsumsafgiften udgør 3 pct.²⁷

Afskrivninger

Når privathospitalerne indkøber nye bygninger, apparatur eller inventar, skal de selv bære de udgifter, der følger i forbindelse med afskrivning. Denne omkostning til langsigtede kapitaludgifter dækker privathospitalerne via deres takstafregning. Offentlige hospitaler, herunder friklinikkerne, er derimod fritaget for denne omkostning. Det skyldes, at man ikke ønsker, at de offentlige hospitaler skal tilpasse deres kapitalapparat med det formål bevidst at tiltrække patienter på basisniveau fra andre regioner.²⁸ For at foretage en rimelig sammenligning mellem privathospitaler og friklinikker, bør der korrigeres for den forskel, som de langsigtede kapitaludgifter udgør. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgør afskrivningen ca. 3,8 pct. af driftsudgifterne på offentlige hospitaler. Indenrigs- og sundhedsministeriet vurderer, at dette tal skønsmæssigt kan bruges for privathospitalerne.

Udgifter forbundet med drifts- og serviceydelser

Brædstrup Friklinik trækker gratis på en række af Regionshospitalet Brædstrups drifts- og serviceydelser. Fx betaler Brædstrup Friklinik hverken for el, vand, varme, indvendig vedligeholdelse og husleje (driftsydelser) eller for brug af administrationen, teknisk afdeling, røntgen, MR ydelser og laboratorium (serviceydelser). Privathospitalerne skal derimod selv dække de omkostninger, der er forbundet med drifts- og serviceydelser. Disse omkostninger dækkes også via deres takstafregning.

Der findes ingen officiel opgørelse af størrelsen på denne post. Foretager man et gennemsnit over tre ortopædkirurgiske privathospitaler finder man imidlertid, at privathospitalernes udgifter

²⁷ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet'. Ifølge DSI udgjorde købsmomsen i 2007 omkring 2,2 mio. kr. for de 32 største privathospitaler. Kilde: DSI(2009): Privat/offentlig samspil i sundhedsvæsenet. Dette svarer til omkring 0,5 pct. af deres produktionsværdi. Men da DSIs estimater er baseret på oplysninger fra Skat, så afspejler dette resultat ifølge et notat fra Deloitte, ikke det korrekte billede. "Privathospitaler har ikke momspligtig omsætning og de har derfor heller ikke fradrag for moms. Skat ved derfor ikke, hvor store udgifterne til moms er for et privathospital". Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009): Vurdering af DSIs rapport om offentlig/privat samspil i sundhedsvæsenet. Ifølge DSI udgør lønsumsafgiften i 2007 omkring 11,7 mio. kr. for de 32 største privathospitaler. Dette svare til omkring 3 pct. af deres produktionsværdi. Cepos har tjekket denne lønsumsafgift for 2008 og 2009. Begge år er lønsumsafgiften 3 pct.

²⁸ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet'

til driftsydelser udgør mellem 6 og 8 pct. af de samlede driftsudgifter, mens udgifter til serviceydelser udgør mellem 15 og 17 pct. af de samlede driftsudgifter. For at foretage en rimelig sammenligning mellem privathospitaler og friklinikker, bør der korrigeres for denne forskel.

Andet

Da hverken privathospitalerne eller Brædstrup Friklinik har udgifter af betydning til forskning, uddannelse og akutfunktion, er dette ikke medtaget.

Privathospitalerne er 19 pct. billigere

I 2010 faldt 90 pct. af de operationer, som Brædstrup Friklinik foretager, på følgende 16 typer af behandlinger:

Tabel 1. Operationer på Brædstrup Friklinik i 2010

Procedure-kode	Beskrivelse	Antal	Kum. Andel
KCJE20	Fakoemulsifikation m. kunst. Linse i bag. Øjenkam.	2.875	35%
KKFD46	Bilateral vasektomi el. ligatur af vas deferens	819	45%
KPHD11	Resektion af stella venosa	649	53%
KNGD11	Arroskopisk partiel resektion af menisk i knæled	563	60%
KCBB10	Excision af slap hud og øjenlåg	471	65%
KCJB10	Spaltning af sekundær katatakt med laser	325	69%
KJAB30	Op. For ingvinalhernie m. implant. Af fremm. Mat.	249	72%
KPHD12	Resektion af v. saphena parva	218	75%
KPHD10B	Ekstraktion af v. saphena magna	211	78%
KPHD15	Resektion af kommunikanter på underben og lår	170	80%
KNGF11	Arroskopisk partiel synovektomi i knæled	157	82%
KUDQ12	Fleksibel laryngoskopi	155	84%
KPHD11A	Reresektion af stella venosa	148	85%
KNBH51	Arroskop. Resekt. Af intraart. Eksostose/osteofyt i skulderled	146	87%
KACC51	Dekompression og løsning af nervus medianus	129	89%
KNDM49	Spaltning af seneskede i håndled/hånd	109	90%
Total		7394	90%

Kilde: Brædstrup Friklinik

Behandlingerne på Brædstrup Friklinik foretages i gennemsnit til 61 pct. af DRG-taksten. Antager man, at alternativet til at sende disse behandlinger til en friklinik var, at udvide kapaciteten på de offentlige hospitaler, fx ved at oprette en helt ny afdeling, så ville de første mange operationer have en omkostning, der i gennemsnit lå på ca. 100 pct. af DRG-taksten.

Endvidere kunne det være interessant at finde ud af, hvad disse behandlinger ville have kostet på et privathospital, der konkurrerer under samme vilkår som en friklinik. Den første og bedste tilgang til dette spørgsmål er, at man indsamler alle hospitalernes omkostningsregnskaber og på den baggrund afklarer, hvilket hospital, der med færrest mulige ressourcer kan leverer, det bedste resultat. Sådanne omkostningsregnskaber indeholder dog meget følsom information, og data er derfor ikke umiddelbart tilgængeligt. Den næstbedste tilgang er derfor, at foretage en sammenligning af DRG-taksterne. Denne tilgang er mere usikker end den første bedste tilgang, men det er den eneste fremkommelige tilgang. Denne tilgang kræver, at rense privathospitalets takster, så man har et sammenligneligt udgangspunkt og dernæst foretage en direkte sammenligning af friklinikernes og privathospitalernes takster. Denne metode, hvor man renser DRG-taksterne for forskelle i rammevilkår, er også benyttet af Dansk Sundhedsinstitut i rapporten "Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet".

I tabellen nedenfor er privathospitalernes DRG-takster rensset for forskelle i privathospitalernes og friklinikkernes rammevilkår. Da denne tilgang er mere usikker, har vi valgt at indføre tre scenarier: Et baseline scenarium, et low case scenarium og et high case scenarium. Low case scenariet er baseret på de mest konservative estimater, mens high case scenariet er baseret på de højeste estimater. Baseline scenariet er et gennemsnit af low case scenariet og high case scenariet.

Tabel 2: Takstsammenligning. Et gennemsnitligt privathospital versus et af Danmarks mest effektive offentlige hospitaler (Brædstrup Friklinik)

Pct. af DRG-takst	Base-line	Low case	High case	Dækker	Kilde
Afregning til privathospital	84	84	84	Vægtet gennemsnitlig takst. Det antages at privathospitalet skulle udføre præcist samme operationer som Brædstrup Friklinik.***	
Korrektion	-4	-4	-4	Afskrivning af fx apparatur som Brædstrup ikke betaler	SUM
Korrektion	-3	-3	-3	Lønsumsafgift	SUM
Korrektion	-5	-5	-5	Moms	SUM
Korrektion	-7	-6	-8	El, vand, varme, indvendig vedligeholdelse, husleje	Gns. over 3 ortopædkirurgiske privathosp.
Korrektion	-16	-15	-17	Administration, teknisk afdeling, røntgen, MR ydelser og laboratorium	Gns. over 3 ortopædkirurgiske privathosp.
Korrektion	.*	.*	.*	Usikkerhed om antal behandlinger	
Korrektion	.**	.**	.**	Uddannelse	
Privathospital, korrigeret	49	51	47	Privathospitalets DRG-takst, hvis privathospitalet var en friklinik	
Brædstrup Friklinik	61	61	61	Brædstrups DRG-takst, dækker løn og en mindre del af driften	Region Midtjylland
FORSKEL	19 %	16 %	23 %	Andel privathospitalerne er billigere end Brædstrup Friklinik	

Anm.: * Brædstrup Friklinik kan, i modsætning til privathospitaler, i langt højere grad planlægge deres behandlinger. Det kan være en betydelig faktor, men vi kender pt. ikke til estimater for størrelsen af denne faktor.

** Privathospitaler uddanner i større og større grad speciallæger. Denne effekt ses der også bort fra her.

*** Her benyttes et vægtet gennemsnit. Indsatte man i stedet afregningen til et gennemsnitligt ortopædkirurgisk privathospital, må man forvente at afregningen er lavere, hvorved besparelse ville stige. Et gennemsnit over tre ortopædkirurgiske privathospitaler viser, at denne ligger på 76-80 pct. af DRG-taksten.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet(2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet', DSI(2009): Privat/offentlig samspil i sundhedsvæsenet

Af baselinescenariet ovenfor fremgår det, at hvis et gennemsnitligt privathospital konkurrerede under samme vilkår som Brædstrup Friklinik, da ville det kunne klare sig for en gennemsnitlig takst på 51 pct. af DRG-taksten. Til sammenligning er omkostningen for en operation på Brædstrup Friklinik 61 pct. af DRG-taksten. Privathospitalet kan altså i gennemsnit klare sig for en pris, der er 19 pct. $(=(61-49)/61)$ lavere end Brædstrup Friklinik - et af de bedste offentlige hospitaler - hvis det var underlagt samme rammevilkår.

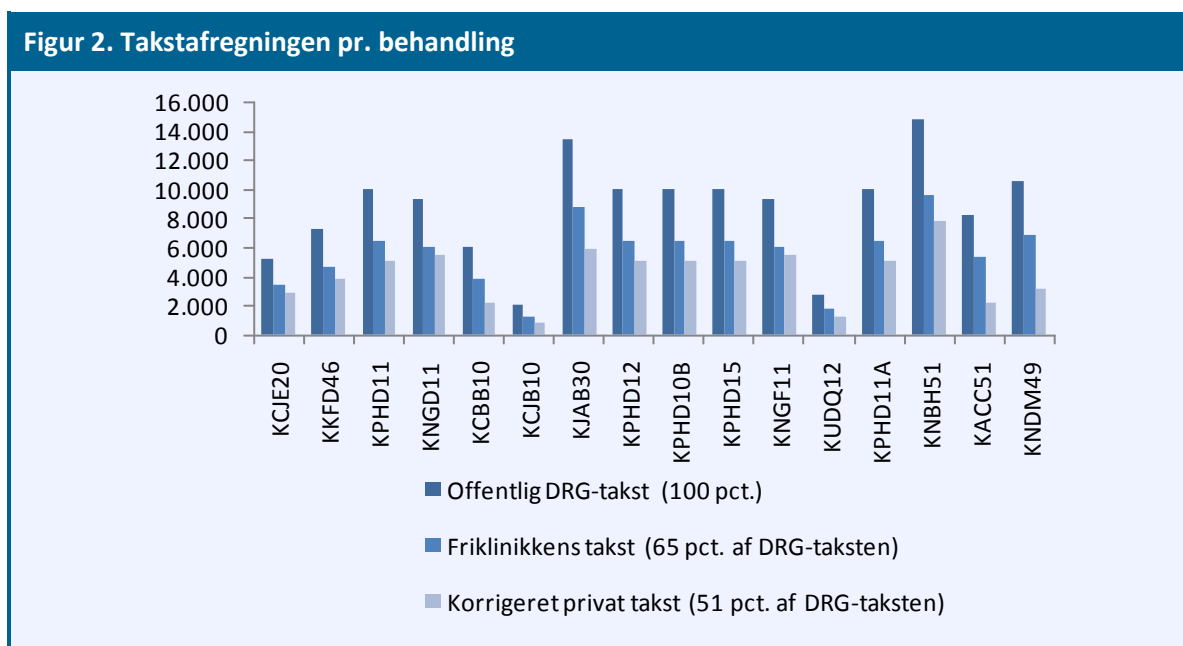
Dvs. antager man, at disse ca. 7400 operationer i stedet var foretaget på et privathospital, der fungerede under samme vilkår som friklinikken, da ville disse behandlinger give regionen en besparelse på -6,3 mio. kr., hvis opgaven lå i private hænder. Denne besparelse svarer til ca. 2300 ekstra grå stær operationer eller godt ekstra 17 fuldtidsansatte sygeplejersker årligt.²⁹

Analysen tyder således på, at der er et stort potentiale i, at man i større omfang end i dag inddrager private aktører i opgaveløsningen af standardiserbare behandlinger. Dette kunne fx

²⁹ Det er antaget at en sygeplejerske får 30.000 kr. om måneden i løn.

være ved at oprette 'private wings' på de offentlige hospitaler. På Brædstrup Friklinik - et af de mest effektive offentlige hospitaler - er besparelsen 19 pct. svarende til ca. 6,3 mio. kr. På de øvrige offentlige hospitaler (særligt dem uden friklinikker) må man forvente at besparelsen er endnu større. Det er således muligt at få mere sundhed for de ca. 75 mia. kr. vi bruger på de offentlige sygehuse, hvis vi i større omfang inddrager private aktører.

Figur 2 nedenfor illustrerer prisforskellen mellem de forskellige leverandører af sundhedsydelser på procedureniveau. Figuren viser, at samtlige behandlinger kunne foretages billigere, hvis de blev foretaget af en privat leverandør, der opererede under samme vilkår som friklinikkerne.



Anm: Figuren viser de faktiske takster på friklinikken og den korrigerede private takst opholdt i forhold til DRG-taksten. Idet Brædstrup Friklinik modtager 61 pct. af den samlede DRG-værdi, er det her antaget, at disse 61 pct. kan fordeles jævnt ud på alle operationer.

Kilde: Brædstrup Friklinik, Indenrigs- og Sundhedsministeriets Takstvejledning 2009 og 2010. Koblingen mellem DRG-taksten og den private takst er vendt med Danske Regioner og Brædstrup Friklinik.

Forudsætninger

I beregningen i tabel 2 er der ikke er taget højde for, at Brædstrup Friklinik - i langt højere grad end privathospitalerne - kan planlægge deres operationer, idet de har større sikkerhed om antallet af patienter, de modtager fra de offentlige hospitaler³⁰. Dette betyder, at kapaciteten på friklinikken kan tilrettelægges mere effektivt end på et privathospital. Skulle man tage højde for usikkerheden, ville det øge Privathospitalets DRG-takst, hvorfor privathospitalerne i sammenligning ville være endnu billigere.³¹

Endvidere lægges der til grund, at privathospitalet udfører operationer, der har samme kvalitet, patientmix osv. som på Brædstrup Friklinik.³²

³⁰ Ifølge Dagens Medicin (22-03-2007) har Friklinikken i Brædstrup "store muligheder for at tilrettelægge en hel dags arbejde med mange operationer af samme type, hvor det ofte kun er et par stykker af samme operationstype om dagen i privat regi".

³¹ Det skal bemærkes, at i takt med at regionerne i højere og højere grad laver udbud med et fast givet antal patienter, så påtager de sig også i større og større omfang denne usikkerhed. Dette afspejles i en noget lavere pris pr. operation.

³² Det skal bemærkes, at Brædstrup Friklinik på samme måde som privathospitalerne ikke tager sig af de helt tunge patienter. I et telefoninterview har de oplyst, at det er omkring 6 pct. af alle patienter, som de ikke behandler, men vurderer selv, at de godt ville kunne tage disse patienter også. Dette tyder på, at der ikke er betydeligt cream skimming på dette område. Dette bekræftes af Sundhedsstyrelsens og DSIs fælles notat (2007): To undersøgelser, fra hhv. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut, om offentlig betalte behandlinger på private sygehuse i 2005. Ifølge anmeldelser til patientforeningen, er det ikke muligt at se nogen klar forskel mellem friklinikker og privathospitaler. Dette kan dog også skyldes forskel i indrapportering. Det er heller ikke altid muligt på baggrund af kliniske databaser at foretage en direkte sammenligning mellem privatklinikker og friklinikker. Sammenlignet med de øvrige offentlige

Endeligt tager beregningen udgangspunkt i den gennemsnitlige afregning til privathospitalerne (ca. 84 pct. af DRG-taksten) og ikke udbudstaksten (ned til ca. 50 pct. af DRG-taksten), for på den måde at tage højde for, at privathospitalerne ikke er nødt til at krydssubsidiere mellem forskellige finansieringskilder, for at få råd til operationerne, hvilket ikke er en holdbar løsning i længden.

Erfaringer fra udlandet

Ovenstående analyse indikerer, at der er meget at hente ved at inddrage private aktører i opgaveløsningen af standardiserbare organ- ortopæd- og øjenkirurgiske behandlinger. I det konkrete tilfælde med Brædstrup Friklinik ville man kunne høste en gevinst på godt 6 mio. kr., hvis man i stedet havde valgt at tillade et privathospital at oprette en 'private wing' på Regionshospitalet Brædstrup.

Disse resultater stemmer godt overens med, hvad man finder i sundhedssektoren i udlandet. Fx har Verdensbanken i 2002 udgivet et papir, hvor de på baggrund af erfaringer fra Australien, Sverige, England og Brasilien konkluderer, at private og offentlige partnerskaber på offentlige hospitaler er et effektivt værktøj til at bekæmpe de stigende sundhedsudgifter og opnå en høj kvalitet i sundhedssektoren.³³

Boks 2.

Privatiseringen af St. Görans Sjukhus i Sverige reducerede enhedsomkostningen med 30 pct.

Siden 1994 har man i Sverige gennemført reformer, som har haft som målsætning at introducere konkurrence, forbedre kvaliteten og sænke omkostninger i sygehussektoren. Som følge heraf valgte man i 1999 at udleje et af Stockholms offentlige hospitaler (240-sengepladser), St. Görans Sjukhus, til Capio, som er en af Europas førende private leverandører af sygehusydelse.

St. Görans Sjukhus tilbyder over 31 specialer, herunder ortopædkirurgi, endokrinologi, plastikkirurgi mv. Lige siden 1999 har hospitalets omkostninger ligget under gennemsnittet for alle hospitaler i Stockholm. Alene i de første par år lykkedes det St. Görans Sjukhus at reducere enhedsomkostningen med 30 pct., hvilket betyder, at hospitalet kan behandle 100.000 flere patienter årligt for de samme ressourcer. Dette er en gevinst både for patienterne men også for de offentlige sundhedsudgifter. Selv forklarer Capio deres succes skyldes bedre arbejdsgange og korte kommandoveje.

Kilde: The World Bank Group (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships, Capio (2007): We renew and unite.

I Danmark kender vi kun til få eksempler med privathospitaler på offentlige hospitaler. Et eksempel er Thava Imaging i Åbenrå, der som en del af røntgenafdelingen på Åbenrå Sygehus, tilbyder MR-scanninger.

Boks 1. Privathospitalet Thava Imaging på Åbenrå Sygehus har højere produktivitet.

I 2001 valgte Sønderjyllands Amt, at opstarte et samarbejde med Thava Imaging A/S, der tilbød at opstille og drive en MR-scanner på Åbenrå Sygehus. Siden 2001 har Thava stået for MR-scanningerne på Åbenrå Sygehus. Thava er et af de få danske eksempler på et privathospital, der er placeret på et offentligt hospital.

Erfaringen viser, at Thava er meget produktive. I 2008 udførte Thava over 17.000 MR-scanninger, hvilket er en stigning i forhold til 2005, hvor Thava udførte knap 13.000 MR-scanninger. Til sammenligning blev der i 2005 udført godt 5.300 scanninger på Hillerød Sygehus og godt 5.400 scanninger på Odense Universitetshospital. Noget af denne produktivitetsforskel kan selvfølgelig forklares af forskelle i

hospitaler fremgår det, at privathospitalerne generelt indenfor knæ- og hoftealloplastik har en lavere komplikationsrate end de offentlige hospitaler. Dette kan dog også skyldes, at privathospitalerne ikke tager sig af de helt svære tilfælde. Indenfor grå stær klarer Friklinikken Brædstrup sig mindst lige så godt som landsgennemsnittet.

³³ The World Bank Group (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships

åbningstider, organisatoriske forhold og patientsammensætning. Fx har Thava længere åbningstid end de øvrige sygehuse og en mindre andel af patienterne er børn. På trods af disse forskelle har en arbejdsgruppe bestående af eksperter fra Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital vurderet, at Thava sandsynligvis er mere produktive. Ifølge arbejdsgruppen så skyldes produktivitetsforskellen "forskelle i organisering og arbejdstilrettelæggelse". Herunder særligt "hvordan arbejdet er struktureret omkring bookingprocedure og patientskifte mv.", hvorfor hastigheden i patientflowet på Thava er højere.

Thava Imaging er i dag Danmarks største udbyder af MR-scanninger. Thava består i dag af tre centre placeret hhv. i Middelfart, Åbenrå og Aalborg.

Kilde: Thava.dk, Fyns Amt - Odense Universitetshospital (2006): "Sammenligning af MR-området i Fyns Amt, på Hillerød Sygehus og på Åbenrå Sygehus".

Har vi den rette arbejdsdeling?

Helt grundlæggende er det en rigtig god ide, at udnytte den ledige kapacitet, der måtte være på de offentlige hospitaler. Er der bygninger der står tomme, bør man overveje, om det er muligt at sælge dem eller leje dem ud til andet formål. Er der lokaler, der alene er tomme om eftermiddagen eller om aftenen, er det en god ide at overveje, om man kan leje dem ud til en lille selvstændig elektiv klinik uden for hospitalsafdelingens åbningstid. Spørgsmålet om, hvordan vi forholder os til ledig kapacitet på de offentlige hospitaler, er særligt relevant i lyset af, at Danmark i løbet af de næste 10 år vil investere 40 mia. kr. i nyt sygehusbyggeri³⁴.

Der kan i mere end en forstand være en økonomisk gevinst ved at leje ledige lokaler ud til små elektive klinikker. Dels får man en indtægt for noget, som ellers bare ville henstå ubrugt uden for afdelingens åbningstid. Dels kan klinikkerne udføre standardiserbare operationer meget effektivt (idet de har meget frie rammer for driften), hvorfor de med fordel kan supplere det offentlige produktion af sundhedsydelser.

Om den ledige kapacitet bør udlejes til private eller offentlige aktører vil fra et samfundsøkonomisk perspektiv afhænge af, hvor man får mest for pengene. Ovenstående analyse viser, at et gennemsnitligt privat hospital vil kunne operere 19 pct. billigere end Brædstrup Friklinik - et af Danmarks mest effektive offentlige hospitaler. Dette taler for, at der vil være en økonomisk gevinst for skatteyderne, ved at private klinikker tilbydes denne mulighed.

En måde at gøre dette på er via udbudsrunder. Her kunne man med et par års interval sætte den ledige kapacitet i udbud og lade udbuddet gå til den aktør, der billigst og med højst mulig kvalitet kan levere den pågældende ydelse. Hertil kommer, at det kræver en god samarbejdsvilje fra begge aktører i dette offentlige-private samspil. Thava er et godt eksempel på, at det kan lade sig gøre.

Der er således god grund til at tro, at der er meget hente, ved at inddrage private aktører på offentlige hospitaler. Endvidere må man forvente, at den mulige besparelse vil være endnu større på hospitalsafdelinger, som er mindre effektive end Brædstrup Friklinik. Man bør derfor overveje, om det ikke ville være en samfundsøkonomisk effektiv allokering, hvis private aktører i større omfang supplerede de offentlige sygehuse med 'samlebåndsopgaver' (som fx knæoperationer og fedmeoperationer). Særligt i lyset af de positive erfaringer, der er fra blandt andet Sverige.

Der er dog argumenter, der taler imod at lægge de standardiserede opgaver ud til privathospitalerne. Et eksempel er forsyningssikkerheden. Når opgaver udføres af private aktører, kan der være en øget risiko for, at hospitalerne pludseligt lukker, og at der dermed ikke er andre aktører til at påtage sig den pågældende opgave. Dette har dog ikke vist sig, at være et problem i praksis.

³⁴ Der er afsat godt 40 mia. til i alt 16 større sygehusbyggerier over de næste par år. Der er tale om helt nye hospitaler og udbygninger af eksisterende sygehuse. De mindre sygehuse ventes at stå klar i løbet af få år, mens nogle af de største forventes at være færdige omkring 2020.

APPENDIKS I.

Nedenstående tabel viser hvilke operationer, der udføres på de Vestdanske Friklinikker.

Tabel I. Operationer der udføres på de Vestdanske Friklinikker					
BRÆDSTRUP FRIKLINIK:		GIVE FRIKLINIK:			
OMRÅDE	OPERATIONER	OMRÅDE	OPERATIONER	OMRÅDE	OPERATIONER
Organ-kirurgi	Brok Mandlige Sterilisationer	Ryg-operationer	Diskusprolaps Dekompression (pladsskabende operation) Dese (stivgørende rygoperation) Rygblokade	Ortopæd-kirurgi	Kikkertundersøgelser af knæ Åreknuder Karpaltunnelsyndrom Springfinger Hammertå Hallux valgus Dupuytren (kuskehånd) Fjerne små knuder Kikkertundersøgelser af knæ
Ortopæd-kirurgi	Kikkertundersøgelser af knæ, skuldre, fodled, albuer Åreknuder Karpaltunnelsyndrom (fastklemt nerve i håndled) Springfinger Hammertå Hallux valgus Dupuytren (kuskehånd) Fjerne små knuder	Plastik-kirurgiske operationer	Hypertrofia mammae (brydstreducerende operation) Abdomen pendens (fjernelse af overskydende maveskind) Andre plastikkirurgiske operationer	Urologiske operationer	Phimosi (forhudsfor snævring) Hydrocele (vandbrok) Spermatocel (udposning på sædstrengen) Prostata operation (operation for forstørret blærehalskirtel) Cystoscopi (kikkertundersøgelse af blæren)
Øjen-kirurgi	Grå stær Behandling af efterstær Øjenlåg	Stritører operationer	Operation af stritører		

Kilde: De Vestdanske Friklinikkers hjemmeside

APPENDIKS II.

Nedenstående tabel sammenligner operationer, der foretages på Brædstrup Friklinik, med 5 andre privathospitaler. Det fremgår, at mange privathospitaler laver det samme som Brædstrup Friklinik.

OPERATIONER DER UDFØRES PÅ BRÆDSTRUP FRIKLINIK:		TJEK AF OP OPERATIONERNE OGSÅ UDFØRES PÅ NEDENSÅTENDE PRIVATHOSPITALER:				
OMRÅDE	OPERATIONER	MØLHOLM	NØRMARK	HAMLET	PRIVATHOSPITALET DANMARK	ALERIS
Organkirurgi	Brok	JA		JA	JA	JA
Organkirurgi	Mandlige Sterilisationer	JA		JA		JA
Ortopædkirurgi	Kikkertundersøgelser af knæ, skuldre, fodled, albuer	DELVIST	JA	DELVIST	JA	JA
Ortopædkirurgi	Åreknuder	JA		JA	JA	JA
Ortopædkirurgi	Karpaltunnelsyndrom (fastklemt nerve i håndled)	JA	JA	JA	JA	JA
Ortopædkirurgi	Springfinger	JA	JA	JA	JA	JA
Ortopædkirurgi	Hammertå (et af tæernes led bøjer opad)	JA	JA	JA		JA
Ortopædkirurgi	Hallux valgus (storetåen vender ud ad/skæv storetå)	JA	JA	JA	JA	JA
Ortopædkirurgi	Dupuytren (kuskehånd)	DELVIST	JA	JA	JA	JA
Ortopædkirurgi	Fjerne små knuder	DELVIST	JA	JA		
Øjenkirurgi	Grå stær	JA		JA		JA
Øjenkirurgi	Behandling af efterstær	DELVIST		JA		JA
Øjenkirurgi	Øjenlåg	JA		JA	JA	JA

Kilde: Hospitalernes hjemmeside