

REGIONERNES UDBUD AF SUNDHEDSYDELSE

1. INDLEDNING

1.1 Resume

Der er i dag flere måder, hvorpå patienter kan sendes fra de offentlige hospitaler ud til privathospitalerne. En måde er, at patienterne sendes til de private samarbejdshospitaler via udbudsaftaler.

Afregningstaksten for behandlinger, der foretages på de offentlige hospitaler, ligger i gennemsnit på 100 pct. af DRG-taksten. Indtil nu har ingen haft indsigt i, hvor udbudsprisen ligger, og det har derfor været vanskeligt at vurdere, hvor man får mest sundhed for pengene. Cepos har nu indhentet data fra regionerne og privathospitalerne for netop at belyse disse udbudsaftaler. Resultatet af dataindsamlingen fremgår af denne analyse.

I analysen beregnes den gennemsnitlige udbudspris under regionernes nuværende udbudsaftaler med privathospitalerne. Overordnet viser analysen, at regionerne i gennemsnit betaler 48 pct. af DRG-taksten for en behandling på et privathospital, hvilket ca. er halv pris i forhold til den gennemsnitlige afregningstakst på de offentlige sygehuse.

Dette resultat har to implikationer. For det første betyder det, at regionerne kan spare 0,3 mia. kr., hvis endnu flere af de behandlinger, der i dag sendes ud til privathospitalerne i relation til det frie sygehusvalg, oprettes som udbudsaftale. For det andet betyder det, at regionerne kan spare 2,7 mia. kr., hvis regionerne begynder at sende endnu flere af de almindelige patienter ud til privathospitalerne, således at privathospitalernes markedsandel stiger med fx 10 pct. point (dvs. fra 3 til 13 pct. af al aktivitet i sygehusvæsenet).

1.2 Notatets opbygning

Notatet er inddelt i tre afsnit, der beskriver regionernes udbud af sundhedsydelser.

I første afsnit beskrives markedet for sundhedsydelser. Herunder beskrives de forskellige leverandører af sundhedsydelser, den juridiske ramme samt konkurrencen på markedet.

I andet afsnit beskrives de nuværende udbudsaftaler. Aftalerne dækker typisk efteråret 2010 og foråret 2011. I dette afsnit offentliggøres for første gang den gennemsnitlige udbudstakst.

I tredje afsnit diskuteres potentialet ved at øge anvendelsen af udbud af sygehusydelser.

2. MARKEDET FOR SUNDHEDSYDELSE

I dette afsnit beskrives markedet for sundhedsydelser. Afsnittet falder i tre dele. Først beskrives de forskellige leverandører af sundhedsydelser. Dernæst beskrives lovgivningen, der tegner markedet. Endeligt beskrives konkurrencen mellem de forskellige leverandører.

2.1 Leverandørerne på markedet for sundhedsydelser

Markedet for sundhedsydelser er i Danmark kendetegnet af to typer af leverandører. Offentlige hospitaler samt private hospitaler og klinikker. På de offentlige hospitaler tilbydes en bred vifte af politisk prioriterede ydelser. Ydelserne er fuldt ud offentligt finansieret via skattebetalingerne, og borgerne har universel adgang til disse ydelser.

På privathospitalerne tilbydes en mindre delmængde af disse ydelser - typisk de lettere ortopæd-, organ- og øjenkirurgiske behandlinger. Dog tilbydes i stigende omfang også ydelser, som ikke tilbydes i offentligt regi, fx visse former for plastikkirurgi. Behandlinger på privathospitaler betales typisk af forsikringselskaberne, af patienternes egen lomme eller af det offentlige, hvis patienterne på de offentlige hospitaler sendes videre til privathospitalerne i medfør af det udvidede frie sygehusvalg (DUF) eller efter aftale.

2.1.1 Privathospitalerne

I Danmark er der omkring 200 private hospitaler og klinikker.¹ Heraf tegner 27 hospitaler sig for omkring 80 pct. af markedet for private behandlinger. Samlet står privathospitalerne for omkring 3 pct. af al aktivitet i sundhedsvæsenet (målt ud fra omsætningen), men på delområder af den elektive kirurgi med en noget større procentdel. Boks 1 nedenfor beskriver privathospitalernes markedsandele indenfor enkelte behandlingsområder.

Boks 1. Privathospitalernes markedsandele indenfor udvalgte behandlinger

Helt overordnet udgør privathospitalernes markedsandele omkring 3 pct. af al aktivitet i sundhedsvæsenet (målt ud fra omsætningen). Ser man på de enkelte behandlingsområder, så varierer privathospitalernes markedsandel betydeligt.

Fx udgør privathospitalernes markedsandel indenfor:

- knæoperationer 13 pct.,
- hofteoperationer 15 pct.,
- grå stær -operationer 29 pct.,
- skulderoperationer 29 pct.,
- operationer i ryg 31 pct.

Til sammenligning udgør privathospitalerne indenfor fedmeoperationer 93 pct. af al planlagt offentligt betalt behandling. Årsagen til, at fedme kan øges til 93 pct. skyldes, at behandlingen er meget standardiseret samt at behovet for forskning er begrænset.

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2011): Specialevejledning for ortopædisk kirurgi og Danske Regioner (2010): De private sygehuses andel af offentligt betalt sygehusbehandling.

Siden 2002 har der været en stor vækst i markedet for private sundhedsydelser. Væksten blev ansporet af indførelsen af det udvidede, frie sygehusvalg og skattefritagelsen på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Branchen har således fra 2002 til 2008 oplevet en stærk vækst.

¹ Kilde: Dr.dk (2010): Priskrig er en katastrofe for fede.

Som følge af finanskrisen og i kølvandet på sygehusstrejken er væksten dog vendt til en tilbagegang. Fra 2008/2009 til 2009/2010 er privathospitalernes driftsresultat gået tilbage med godt 130 pct.² Nedgangen skyldes bl.a., at antallet af patienter fra det udvidede, frie sygehusvalg er faldet voldsomt. I 2009 faldt antallet af patienter med 35 pct. sammenlignet med året før.³ Hertil kommer, at mange egenbetalere i disse år er mere tilbageholdne med deres forbrug af private sundhedsydelser. Som følge af faldet i antal patienter melder privathospitalerne derfor i øjeblikket om ledig kapacitet samt flere konkurser og fusioner. Senest er Privatsygehuset Danmark gået konkurs.

Der er grundlæggende to måder, hvorpå privathospitalerne modtager patienter fra regionerne. Enten kan regionen, hvis ikke det indenfor behandlingsgarantien på én måned er muligt at tilbyde patienterne behandling på et offentligt hospital, sende patienterne videre til et privathospital (samarbejdssygehus), som regionen har indgået aftale med efter udbud eller forhandling.⁴ Alternativt kan patienten selv efter én måned vælge at benytte sig af det udvidede, frie sygehusvalg, hvorved patienten frit kan vælge at benytte et af de privathospitaler (aftalehospitaler), som regionen har indgået aftale med.

I 2009 har Brancheforeningen for de private hospitaler og klinikker estimeret, at patienter henvist via udbud udgjorde 12 pct. af alle patienter på privathospitalerne. Til sammenligning udgjorde patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg 31 pct., forsikringspatienter 27 pct. og egenbetalere 18 pct. De resterende 12 pct. var patienter med særlig aftale med regionen samt patienter fra udlandet. Det bør bemærkes, at disse tal er behæftet med en vis usikkerhed.

Tabel 1 illustrerer privathospitalernes patientmix og deres indtjening.

Tabel 1. Privathospitalernes patientmix		
Patienttype	Andel	Takst
Udbudspatienter	12 pct.	En andel af DUF-taksten*
Patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg	31 pct.	DUF-taksten (80-89 pct. af DRG-taksten)
Forsikringspatienter	27 pct.	DUF-taksten + (5-10 pct.)**
Egenbetalere	18 pct.	Typisk højere end DRG-taksten
Andre	12 pct.	
Total	100 pct.	

Anm: * DUF-taksten er den afregning, som privathospitalerne modtager for behandlinger udført under det udvidede frie sygehusvalg. ** Der foreligger ingen undersøgelser af, hvad forsikringsselskabernes priser ligger på. En hurtig rundspørge blandt tre store forsikringsselskaber viser dog, at forsikringsselskabernes priser ligger omkring 5-10 pct. højere end de DUF-taksten. Den højere pris kan dog skyldes, at forsikringspatienter og offentlige patienter ikke modtager helt samme ydelse. Fx har nogle patienter, som er henvist gennem det udvidede frie sygehusvalg allerede fået foretaget en diagnose samt forudgående undersøgelser på et offentligt hospital. Forsikringspatienter gennemfører dog hele forløbet på privathospitalet.

Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (2010): Den private sygehussektor i tal.

2.1.2 De offentlige hospitaler

De offentlige hospitaler tilbyder behandling inden for langt flere behandlingsområder end privathospitalerne og skiller sig især ud i forbindelse med modtagelse af akutte patienter. Samlet står de offentlige hospitaler for omkring 97 pct. af al aktivitet i sundhedsvæsenet (målt ud fra omsætningen).

² Kilde: Analyse foretaget af Berlinske Business. Analysen er foretaget på baggrund af 2009- og 2010- regnskaberne fra de 27 privathospitaler, der er organiseret i Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. Se Berlinske (21022011): Danske privathospitaler bløder.

³ Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (2010): Den private sygehussektor i tal.

⁴ Kilde: Region Hovedstaden: Samarbejdssygehuse (hjemmesiden).

Det er regionerne, der har ansvar for driften af de offentlige hospitaler. Regionerne modtager fire former for tilskud til finansiering af driften: Et regionalt bloktilskud (ca. 80 pct.), et statsligt aktivitetsafhængigt tilskud (ca. 3 pct.), et kommunalt grundbidrag (ca. 7 pct.) og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag (ca. 11 pct.).⁵ I 2010 udgjorde de samlede udgifter til de offentlige hospitaler godt 80 mia. kr. Dette svarer til omkring 8 pct. af alle offentlige udgifter eller knap 60 pct. af de samlede offentlige sundhedsudgifter.⁶

Der er flere modeller for, hvordan regionerne afregner med de enkelte offentlige hospitaler⁷. Generelt gælder det, at regionerne fastsætter deres betaling til de enkelte hospitaler med udgangspunkt i det nationale DRG-takstsystem samt ud fra en lokal vurdering af omkostningsstrukturen på det pågældende hospital. Afregningen varierer derfor fra hospital til hospital.

For et gennemsnitligt offentligt hospital fungerer det dog således, at de offentlige hospitaler for de første ca. 98 pct. af patienterne⁸ (dvs. patienter under en given baseline⁹) modtager en grundbevilling kombineret med en aktivitetsafhængig afregning. Det kan fx være en basisbevilling på 50 pct. af budgettet, som hospitalet får, uanset om der er patienter eller ej, kombineret med aktivitetsafhængig afregning på 50 pct. af DRG-taksten fra første patient. Det bør bemærkes, at afregningsmodellen og procentandelene varierer fra region til region og i et vist omfang også fra hospital til hospital. Den aktivitetsafhængige afregning fortsætter indtil grænsen for baseline er nået. Nogle sygehuse straffes økonomisk, hvis ikke de når deres baseline.

For patienter ud over baseline, dvs. for de resterende ca. 2 pct. af patienterne, modtager hospitalerne en reduceret andel af DRG-taksten. På den måde søger staten gennem rammestyring at styre trækket på de offentlige sundhedsydelser. Modellerne for betalingen til de offentlige hospitaler kaldes takststyringsmodeller. Takststyringsmodellen for 2011 fremgår af tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Regionernes takststyringsmodeller for sygehusvæsenet 2011					
REGION	OMRÅDE	BASELINE Afregning af 'almindelig' aktivitet (ca. DRG-taksten)	MERAKTIVITET I Afregning af aktivitet over baseline (% af DRG-taksten)	MERAKTIVITET II Afregning af aktivitet over baseline som er udover puljen (% af DRG-taksten)	PRODUKTIVI- TETSKRAV
Hoved- staden	Somatik	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	2 pct.
Sjælland	Somatik	Grundbevilling på 30 pct. Der afregnes med 70 pct. fra den første patient	70 pct. indtil et fast punkt. Derefter 55 pct.	0 pct.	2 pct.
Syd- danmark	Elektiv	Basisbevilling	55 pct.	55 pct.	Differen- tierede krav, samlet 2 pct.
	Medicinske indlagte		0 pct.	0 pct.	
	Særlige ydelser		Visse ydelser afregnes særskilt		

⁵ Kilde: Sundhedsministeriet (2010): 'Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv', Regeringen og Danske regioner(2010): Aftale om regionernes økonomi for 2011 samt Finansministeriet(2009): Aftale om regionernes økonomi for 2010.

⁶ Kilde: Danmarks Statistik (REGR31 og OFF23). Beregnet over 2009-tal. Inkluderer også udgifter til hjemmepleje mv.

⁷ Kilde: Danske Regioner (2010): 'Styr på regionernes økonomi i 2010'.

⁸ De 98 pct. er et skøn baseret på et gennemsnit over udgifterne til behandling i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstadens budgetter for 2011.

⁹ Baseline er den forventede produktion fratrukket et produktivitetsskrav.

Midtjylland	Generel aktivitet	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	Differencierede krav, samlet 2 pct. inkl. besparelser svarer det til godt 3,5 pct.
	Medicinske indlagte		0/- 50 pct.		
	Øvrig aktivitet	Takststyres ikke			
	Stråleaktivitet	Afregnes i regi af stråleplanen			
Nordjylland	Somatik	+/- 50 pct.*	50 pct.	0 pct.	3 pct.
	Medicinske indlagte	Basisbevilling	0 pct.		

Anm: Systemet med en basisbevilling er også gældende for Region Nordjylland.

Kilde: Danske Regioner (2011): 'Styr på regionernes økonomi i 2011'

Produktionen op til baseline finansieres for fire af regionerne af en basisbevilling, der er baseret på seneste års forbrug tillagt et produktivetskrav. For den sidste region finansieres produktionen op til baseline dog med 70 pct. af DRG-taksten, kombineret med en grundbevilling på 30 pct. af grundbudgettet. Finansieringen af de første mange patienter ligger i gennemsnit på 100 pct. af DRG-taksten. Betalingen på et givent hospital kan dog variere alt afhængigt af hospitalets produktivitet, patientmix mv.

For aktivitet der overstiger baseline (meraktivitet), får de offentlige hospitaler almindeligvis en positiv afregning. Meraktiviteten er typisk opdelt i to niveauer. Det skyldes, at den første del af meraktiviteten (meraktivitet I) er aktivitet, der finansieres af den statslige aktivitetspulje, og den anden del af meraktiviteten (meraktivitet II) er aktivitet, der ligger ud over den statslige pulje. Meraktivitet II benyttes i 2011 kun af Region Syddanmark, som endnu ikke har loft over den elektive aktivitet. De øvrige regioner har i 2011 valgt at omlægge deres modeller ved at indføre lofter, hvilket bør ses som en målrettet indsats for at dæmpe aktivitetsudviklingen.¹⁰

Alle regioner stiller krav til deres hospitaler om, at de hvert år skal øge produktiviteten sammenlignet med sidste år, dels på grund af et statslig krav om 2 pct. produktivetsforbedring, og dels på grund af supplerende regionale krav, der kan variere fra sygehus til sygehus. Det betyder samtidigt, at regionerne hvert år skal levere mere for samme budget.

2.1.3 En sammenligning af taksterne

De offentlige hospitaler modtager omkring 100 pct. af DRG-taksten, mens privathospitalerne under det udvidede frie sygehusvalg får omkring 80 pct. af DRG-taksten.¹¹ De offentlige hospitaler får således en højere afregning pr. patient end privathospitalerne.

Når man sammenligner taksterne på de offentlige hospitaler og privathospitalerne, så må man have in mente, at de private og de offentlige hospitaler ikke er underlagt samme rammevilkår og forpligtelser. Fx skal de offentlige hospitaler foruden behandlingerne også dække udgifter til akutfunktion, uddannelse og forskning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 15-25 pct. af DRG-taksten.¹²

¹⁰ Kilde: Danske Regioner (2011): 'Styr på regionernes økonomi i 2011'.

¹¹ 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?). Sundhedsministeriet mener dog, at dette er en smule for lavt. Ifølge Sundhedsministeriet ligger den gennemsnitlige takstafregning nærmere i intervallet fra 86,6-88,6 pct. af DRG-taksten. Kilde: SUM(2010), Notat - Takstniveau som følge af forlig og opmandens afgørelse.

¹² Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

Omvendt så har privathospitalerne også omkostninger, som de offentlige hospitaler ikke har. Fx skal privathospitalerne selv stå for afskrivninger, investeringer mv., ligesom privathospitalerne heller ikke kan få refunderet deres købsmoms eller lønsumsafgift. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 13 pct. af DRG-taksten.¹³

Endvidere er karakteren af de behandlinger, der foretages på henholdsvis de offentlige hospitaler og privathospitalerne, forskellig. Der er en tendens til, at privathospitalerne oftest tager sig af de mindre komplicerede tilfælde.

2.1.4 En sammenligning af kvaliteten

Kvaliteten på de offentlige hospitaler er en anden vigtig parameter, når det kommer til en sammenligning af de private og offentlige hospitaler. Privathospitalerne er kun et attraktivt alternativ til de offentlige hospitaler, hvis kvaliteten er mindst lige så god.

Der findes ikke mange databaser, der sammenligner kvaliteten på offentlige og private hospitaler, men blandt de databaser der findes, tyder det på, at privathospitalerne generelt har lavere komplikations-, mortalitets-, reoperations- og genindlæggelsesrater end de offentlige hospitaler. Omvendt er privathospitalerne en smule dårligere end de offentlige hospitaler til at indberette til disse databaser, jf. tabel 3 nedenfor.

Givet at privathospitalerne tager sig af de mindre komplicerede tilfælde, bør man derfor også forvente, at privathospitalerne har en lavere grad af komplikationer end offentlige hospitaler. Dette er også tilfældet. Dog er det fortsat ikke muligt at sige, hvor mange færre komplikationer privathospitalerne bør have. På det grundlag er det derfor heller ikke muligt entydigt at konkludere noget om kvaliteten på privathospitalerne sammenlignet med de offentlige hospitaler. Dog kan myten om, at kvaliteten af behandlinger foretaget på privathospitaler er dårligere end på offentlige hospitaler, heller ikke bekræftes.

Tabel 3. Kvalitetsrapport af offentlige og private sygehuse, 2009 (pct.)			
	Offentlig	Privat	Bedst
Peroperative komplikationsrater			
Knæ	0,8	0,2	Privat
Hofte	1,9	1,1	Privat
Mortalitetsrate, (1997-2009)			
Knæ	0,5	0,3	Privat
Reoperationer inden 2 år (foretaget 2007)			
Korsbånd	1,7	1,1	Privat
Hofte	2,5	2,4	Privat
Genindlæggelse inden for 3 mdr.,			
Hofte	4,3	3,2	Privat
Komplethedsgader for indberetning			
Knæ	92,4	91,4	Offentlig
Hofte	96,4	88,7	Offentlig
Skulder	86,5	85,8	Offentlig
Korsbånd	89,5	85,5	Offentlig

¹³ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

Kilde: Dansk Hoftealloplastik Register (2010), Dansk Knæalloplastikregister (2010), Dansk Korsbånd Rekonstruktions Register (2010), Dansk Skulderalloplastik register (2010).

Endeligt bør det nævnes, at der er forskel på ventetiden på de to typer af hospitaler. På de offentlige hospitaler er der ofte lang ventetid, hvorimod ventetiden på privathospitalerne praktisk taget er lig nul.¹⁴ På den ene side, er det godt uden ventetid. Dette gør, at patienterne hurtigt kan blive behandlet, raske og, at de erhvervsaktive kommer tilbage på job, hvis ventetiden har ført til sygemelding, hvilket dog ikke altid er tilfældet. Korte ventetider udgør således endvidere en samfundsmæssig besparelse, da der ikke skal udbetales nær så mange sygedagpenge. Omvendt kan man sige, at der måske er patienter, hvis lidelse var gået over med tiden, som når at blive opereret på et privathospital og ikke ville have behov for at blive opereret, hvis de stod i kø til et offentligt hospital.

2.2 Den juridiske ramme

Den store vækst i antallet af privathospitaler kan bl.a. tilskrives en ændring af sundhedsloven i 2002. I 2002 vedtog folketetinget, at patienter har ret til at blive behandlet på et privathospital på det offentliges regning, såfremt de offentlige hospitaler ikke har mulighed for at tilbyde undersøgelse og behandling inden for 2 måneder. Dette kaldes det udvidede frie sygehusvalg. I 2007 blev behandlingsfristen nedsat til én måned.

Det er dog ikke alle typer behandlinger eller alle privathospitaler, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg. Ordningen omfatter udvalgte behandlinger indenfor psykiatrien og det somatiske område¹⁵, og den gælder kun de privathospitaler, som har indgået en aftale med Danske Regioner, dvs. de såkaldte aftalehospitaler.¹⁶

Med indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg fik regionerne sværere ved at styre deres budgetter. Hidtil blev patienter, der ikke var penge til at behandle indenfor den nuværende ramme, sat på venteliste. Men med det udvidede frie sygehusvalg fik alle patienter ret til behandling indenfor én måned på det offentliges regning.

For at begrænse udgifterne til det udvidede frie sygehusvalg, indførte Folketinget den mulighed, at regionerne ifølge sundhedsloven kunne købe sig til ekstra kapacitet hos en privat leverandør af sundhedsydelser (et såkaldt samarbejdshospital), der kunne tilbyde behandling inden for én måned. Det er samarbejdshospitalerne, der har udbudsaftaler med regionerne. Tilbydes patienten behandling på et samarbejdshospital inden for én måned, så bortfalder patientens ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg.¹⁷

Selvom det i adskillige år har været muligt for regionerne at sende behandlinger i udbud, er brugen af udbud først rigtig begyndt at blive udbredt herhjemme fra 2008¹⁸, hvor det især har været de standardiserede behandlinger, som har været sendt i udbud. Væksten i udbud kan tilskrives konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008. Som følge af den af konflikten generede ventetidspukkel valgte Regeringen i perioden 7. november 2008 til 30. juni 2009 midlertidigt at suspendere det udvidede frie sygehusvalg. Under suspensionen var regionerne dog forpligtet til fortsat at købe behandlinger på de private hospitaler og klinikker. Regionerne begyndte derfor i vidt omfang at gøre brug af udbudsrunder og opnåede herigennem betydelige rabatter på behandlinger, der således gav befolkningen mere sundhed for pengene.

¹⁴ Fx er ventetiden på udredning for rygkirurgi, korsbåndrekonstruktion i knæled og kunstig hofte på offentlige hospitaler hhv. 8,3, 8,9 og 13,0 uger mens ventetiden på privathospitaler er hhv. 1,1, 0,4 og 0,7 uge. Kilde: Sundhedsstyrelsen, ventetidsinfo.dk

¹⁵ Fx omfatter det udvidede frie sygehusvalg ikke organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, kosmetisk behandling, høreapparatbehandling. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet(2011): Sygehusvalg samt Sygehusvalg.dk: Privatsygehuse og klinikker.

¹⁶ Kilde: Danske Regioner: Udvidet frit sygehusvalg (hjemmesiden).

¹⁷ Oplyst af sundhedsministeriet.

¹⁸ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet(2009): Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse.

Regionerne oplevede allerede her, at der var store besparelser at hente ved at sende behandlinger i udbud hos privathospitalerne.¹⁹ I 2009 lå besparelserne på mellem 20 og 50 pct. i forhold til de daværende afregningstakster. Da afregningstaksterne i starten af 2009 i gennemsnit lå på 95 pct. af DRG-taksten²⁰ betyder det, at udbudstaksterne i 2009 lå på mellem 48 og 76 pct. af DRG-taksten.²¹ Det blev dog på daværende tidspunkt ikke offentliggjort, hvor i intervallet den gennemsnitlige udbudstakst lå.

Ifølge 1. april aftalen fra 2009²² mellem Danske Regioner og Regeringen, har Regeringen tilkendegivet et ønske om, at samarbejdet mellem regionerne og de private sygehuse fremover skal bygge "videre på erfaringerne med udbud af sygehusbehandlinger samt øget anvendelse af strategisk udbud". På den måde kan man ifølge denne aftale sikre en vis kapacitet som muliggør, at patienterne har adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg samt sikre, at borgerne får mere sundhed for pengene.

På baggrund af 1. april aftalen fra 2009 og af regeringens interne udredningsarbejde står det klart, at regeringen gerne ser, at "regionerne øger anvendelsen af udbud på konkurrenceegnede områder"²³.

2.3 Konkurrencen mellem de forskellige leverandører

Markedet for sundhedsydelser i Danmark er præget af flere forskellige former for konkurrence. Ifølge Konkurrencestyrelsen²⁴ er de 4 vigtigste former for konkurrence: Målestokskonkurrence, konkurrence gennem frit sygehusvalg, konkurrence gennem sundhedsforsikringer samt konkurrence gennem udbud og udlicitering.

Målestokskonkurrence

Målestokskonkurrence er konkurrence, som forløber gennem en sammenligning af sygehusenes performance målt på parametre som fx kvalitet, omkostninger og produktivitet. Fx findes der i dag sammenligninger af ventetider, produktivitet, og kvalitet på de offentlige sygehuse.²⁵ Endvidere er der i selve DRG-systemet indbygget elementer af målestokskonkurrence. Det skyldes, at taksten for en given behandling på de offentlige hospitaler i DRG-systemet fastsættes ud fra en relativ målestok, nemlig DRG-taksten, der pr. definition er gennemsnittet af en given behandling på de offentlige hospitaler. Konkurrencen introduceret via DRG-systemet har bidraget til, at afregningstaksten på behandlinger i det offentlige er faldet betydeligt siden indførelsen af DRG-systemet i 2000²⁶. Samlet set er den danske målestokskonkurrence derfor blevet styrket over de sidste 10 år.

Konkurrence via det udvidede frie sygehusvalg

Det frie og det udvidede, frie sygehusvalg har bidraget til at skabe konkurrence i sundhedsvæsenet. Det skyldes, at det har givet patienterne en større mulighed for at 'stemme med fødderne'. Således kan patienterne frit vælge det bedste private tilbud, såfremt ventetiden på behandling i offentligt regi overstiger én måned. Det er dog som nævnt ovenfor ikke alle typer behandlinger eller alle privathospitaler, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.

¹⁹ Kilde: Cepos' interviews med de 5 regioner.

²⁰ DRG-systemet er et redskab til at grupperer 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: Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

²¹ Kilde: Danske regioner (2009): Udbud har givet besparelser på 20-50 pct.

²² Kilde: Regeringen og Danske Regioner (2009): Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse.

²³ Kilde: Sundhedsministeriets interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010.

²⁴ Kilde: Konkurrencereguleringen fra 2003.

²⁵ Jf. fx Sundhedsministeriets løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygehussektoren, sundhedskvalitet.dk, kliniskdatabaser.dk og venteinfo.dk.

²⁶ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside: sundhed.dk.

Siden indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002 har 417.000²⁷ personer benyttet sig af muligheden for frit at vælge et behandlingssted.

Konkurrence via sundhedsforsikringer

Konkurrence gennem sundhedsforsikringer er endnu en måde, hvorpå der er introduceret konkurrence i sundhedsvæsenet. Det skyldes, at sundhedsforsikringer er med til at styrke privathospitalerne, som udøver et vist konkurrencepres på de offentlige hospitaler. Faktisk står patienter henvist via sundhedsforsikringerne i dag for omkring 1/3 af privathospitalernes omsætning.²⁸ Da privathospitaler er en forudsætning for, at vi kan have et udvidet frit sygehusvalg, og dermed en konkurrence til de offentlige hospitaler, så er sundhedsforsikringerne indirekte med til at styrke konkurrencen i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at både borgere med og uden sundhedsforsikringer stilles bedre af ordningen. Dem med sundhedsforsikringer, kan undgå ventetid og hurtigt blive diagnosticeret og behandlet på et privathospital. Dem uden sundhedsforsikringer kommer hurtigere til på de offentlige hospitaler, eftersom køen er mindre end den ville have været, eftersom dem med sundhedsforsikringer ikke længere optager pladser på de offentlige hospitaler. Der har været en stor stigning i antallet af sundhedsforsikringer. Fx er antallet af sundhedsforsikrede vokset markant fra 140.000 forsikrede i 2002 til ca. 1 mio. forsikrede i 2009²⁹, hvoraf ca. 20 pct.³⁰ i løbet et år benytter sig af forsikringen.

Konkurrence via udbud

Konkurrence gennem udbud og udlicitering af sundhedsydelser er en fjerde form for konkurrence. Udbud og udlicitering er en slags markedsafprøvning, hvor man kan få private leverandører (og evt. også offentlige leverandører) af sundhedsydelser til at konkurrere om at levere sundhedsydelserne bedst og billigst. Dette er uden tvivl den stærkeste konkurrence, vi har i sundhedsvæsenet.

Udbudskonkurrence er snarere en konkurrence *om markedet* end en konkurrence *i markedet*, idet vinderen af udbuddet får et tidsbegrænset monopol på opgaven.³¹ Ideen bag udbud er almindeligvis, at man kan få privathospitalerne til at konkurrere mod hinanden og dermed tilbyde behandlinger til en lavere pris, end de ellers ville have gjort. Endvidere muliggør udbudsaftalerne, at der kan stilles garanti om behandling af et større antal patienter, hvorved prisen kan presses yderligere ned.³² Udbud og udlicitering er således en god indikator for, om regionerne får det optimale ud af de ressourcer, der i dag anvendes i sundhedsvæsenet. Gennem udbudsaftalerne får regionerne nemlig mulighed for at vælge den løsning, der er bedst og billigst.

²⁷ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Sundhed på tal.

²⁸ Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker(2010): Branchestatistik.

²⁹ Kilde: Oplyst af Forsikring og Pension.

³⁰ Kilde: DSI(2010):Private Sundhedsforsikringer.

³¹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer.

³² I dag er det kun Region Sjælland, som i deres kontrakter stiller løfte om et givet antal patienter.

3. UDBUDSAFTALERNE

I dette afsnit beskrives de nuværende udbudsaftaler. Afsnittet falder i tre dele. Først beskrives udbudsaftalernes indhold. Dernæst beskrives aftalernes parter. Endeligt beregnes den gennemsnitlige udbudspris.

3.1 Udbudsaftalernes indhold

Cepos har fra regionerne og privathospitalerne indhentet informationer om alle de nuværende udbudsaftaler (pr. februar 2011)³³. Dvs. at der bl.a. er indhentet oplysninger om udbudsaftalernes aftaleparter, om behandlingen, som udbudsaftalen omhandler, om prisen på behandlinger, antallet af behandlinger der er foretaget (og forventes at blive foretaget), samt informationer om hvorvidt prisen indeholder forundersøgelse og kontroller, implantater mv. Aftalerne dækker typisk over perioden fra efteråret 2010 til foråret 2011.

Cepos' studie omfatter ca. 30 aftaler indgået med knap 25 privathospitaler.³⁴ Nogle privathospitaler har således indgået aftaler med flere regioner. Udbudsaftalerne dækker over en lang række af forskellige behandlingsområder. Langt de fleste aftaler omhandler ortopædkirurgiske operationer³⁵ (dvs. operationer i bevægeapparatet, fx knæ, hofte og ryg), men der er også eksempler på behandlinger indenfor fx fedmekirurgi, scanninger, øjenoperationer og søvnapnø.

I de aftaler, som er omfattet af Cepos' studie, forventer privathospitalerne i efteråret 2010 og foråret 2011 at udføre knap 15.000 operationer og 60.000 scanninger³⁶. Efter aftalernes udløb, er privathospitalerne dog mindre optimistiske end tidligere. Privathospitalerne får langt fra alle de patienter, de var blevet stillet i udsigt, og flere er blevet informeret om, at deres aftaler ikke vil blive forlænget. Privathospitalerne forventer således, at det samlede antal behandlinger - foretaget via udbud - vil falde. Endvidere bør det bemærkes, at for omkring halvdelen af de konkrete operationer³⁷, som regionerne har indgået aftale om, har regionen ikke videresendt nogen patienter overhovedet. En række aftaler bliver således enten ikke anvendt, eller også anvender regionerne ikke det fulde potentiale heri. Der er derfor potentielt en yderligere besparelse at hente, hvis regionerne begynder at stille garanti for antallet af patienter, der skal behandles i udbudsaftalerne.

For de behandlinger, der er aktive, fortæller privathospitalerne, at de i løbet af udbudsperioden oplever en nedgang i antallet af patienter sammenlignet med tidligere. Dette er til trods for, at der i 1. april aftalen for 2009 er en klar hensigtserklæring om, at regionerne skal sende mere i udbud. Samtidigt synes der at være en stigning i antallet af patienter videresendt via det udvidede frie sygehusvalg.³⁸

I 2010 blev 116.000 patienter behandlet via det udvidede, frie sygehusvalg.³⁹ Udbudspatienterne udgør således omkring 33 pct.⁴⁰ af det samlede antal offentligt finansierede patienter, der

³³ Cepos har begrænset udbudsaftalen til at dække operationer (excl. et begrænset antal gynækologiske undersøgelser).

³⁴ Der er altså nogle privathospitaler, som har aftaler med flere regioner.

³⁵ De fem mest foretagne behandlinger under udbudsaftalerne: Scanninger, Grå stær-operationer, meniskeloperationer i knæet, operationer af scener mm. i hånd og håndled samt ledoperationer i skulder.

³⁶ Det bør bemærkes, at aftaleperioderne svinger meget fra aftale til aftale. Man kan derfor ikke umiddelbart antage, at disse tal er repræsentative for et år.

³⁷ Dette er eksklusiv scanninger, da vi her ikke har haft tal til at opgøre det.

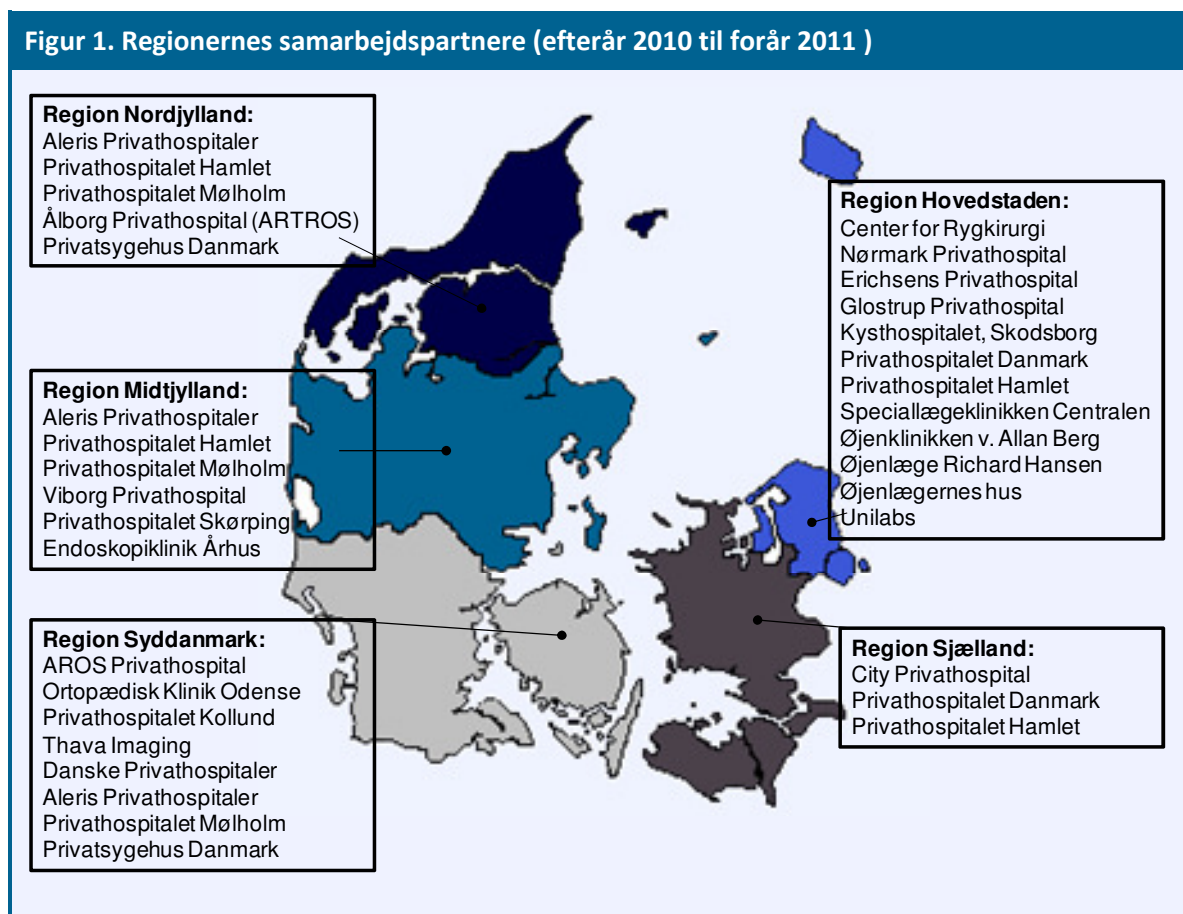
³⁸ Jf. Sundhedsstyrelsens suspensionskorrigerede nøgletal for 2009 og 2010.

³⁹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Tal på sundhed.

⁴⁰ Det skal bemærkes, at dette tal er behæftet med en lille usikkerhed, da de nuværende udbudsaftaler kun dækker 95 pct. af behandlingerne og idet de nuværende udbudsaftaler perioden dækker efteråret 2010 og foråret 2011.

sendes til privathospitalerne. Dette tal er højere end Sundhedsministeriets estimat på 20 pct.⁴¹ og lavere end Danske Regioners eget estimat på omkring 40-50 pct.⁴²

Figur 1 nedenfor viser regionernes samarbejdspartnere.



Anm: Det bør bemærkes, at Privatsygehus Danmark (herunder Damp Sundhedscenter Tønder) siden er gået konkurs. Andre hospitaler er siden blevet opkøbt eller har fusioneret. Desuden har vi set bort fra urologiske lidelser, gynækologiske behandlinger og S3 aftaler, hvorfor disse aftalehospitaler ikke indgår.

Kilde: De 5 regioner.

Regionernes samarbejdspartnere afhænger ifølge regionerne typisk af udbuddet af privathospitaler i den pågældende region. Endvidere er de private samarbejdshospitaler rent geografisk koncentreret i de større byer (typisk Ålborg, Århus, Odense, København). I Region Sjælland er der ingen samarbejdshospitaler placeret i regionen. I stedet har de valgt at indgå aftaler med hospitaler i Region Hovedstaden. Dette er ifølge Region Sjælland et tilfælde. De bedste tilbud er ganske enkelt kommet fra privathospitaler udenfor regionen.

3.1 Mange udbydere, få efterspørger

Markedet for sundhedsydelser via udbud er således kendetegnet af relativt mange udbydere, som tilbyder mange forskellige standardiserede operationer. Der er her særligt tale om ydelser indenfor ortopædi-, og øjenkirurgi samt scanninger.

⁴¹ Til sammenligning vurderer Sundhedsministeriet i det interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010, at den private aktivitet (dvs. udbud eller andre aftaler mellem regionerne og de private sygehuse) formentligt udgør omkring 20 pct.

⁴² Danske regioner vurderer, at udbud udgør 40-50 pct. af al offentligt finansieret aktivitet på privathospitalerne. Danske regioner (2010): De private sygehuses andel af offentligt betalt sygehusbehandling

Da udbudspatienterne ikke udgør en særligt stor patientgruppe, og idet privathospitalernes fortjeneste på behandlinger af udbudspatienterne er begrænset set i forhold til de øvrige patientgrupper, er udbudspatienterne ikke af særlig stor betydning for privathospitalernes økonomi. Dog er udbudspatienterne af strategisk betydning for privathospitalerne, idet regionerne i fremtiden potentielt vil øge antallet af patienter, der sendes ud til privathospitalerne.

Det er regionerne, der køber ydelser af privathospitalerne. Sammenlignet med de mange udbydere, er der kun 5 regioner, der reelt indkøber ydelser. Regionerne har dermed en relativt stor købermagt.

Endvidere bør det nævnes, at kvaliteten af den pågældende ydelse er af stor betydning for regionerne, da de i sidste ende har ansvaret for at levere en god service til borgerne. Vurderes det, at kvaliteten af ydelsen ikke lever op til regionernes forventning, vil regionerne dog relativt nemt og omkostningsfrit kunne skifte leverandør.

Endeligt er der transaktionsomkostninger forbundet med udbud for både privathospitalerne og regionerne. For regionen betyder det, at der skal være en eller flere ansatte, der undersøger om de rette udbudsbetingelser er til stede i markedet, udarbejde udbudsmateriale med specifikation af de ydelser og krav, som regionen ønsker, at leverandøren opfylder, sikrer at der udarbejdes en rapport til kvalitetssikring (man kan dog argumentere for, at en tilsvarende kontrol også ville finde sted på det offentlige hospital) samt behandle eventuelle klagesager. Jo mere standardiserede ydelserne er, desto lettere vil det være at udarbejde dette materiale. Generelt fortæller regionerne, at meromkostningen i forbindelse med udbud er begrænset.

“Vi bruger en standardmodel. Det er ikke noget der kræver flere mandeår at gøre.”

Kilde: Cepos' interviews med regionerne

“Det er primært én persons løn, det koster at lave udbud, og den er mere end dækket ved de gevinster, der hentes via de aftaler, der indgås”.

Kilde: Cepos' interviews med regionerne

Tidligere har regionerne i langt højere grad stillet løfte om et givent antal patienter til privathospitalerne, men under de nuværende kontrakter stilles der ikke krav til regionen om, at der skal leveres en given volumen. Kun Region Sjælland har fortsat enkelte kontrakter, hvor de lover en fast mængde patienter til privathospitalerne. Man kan dog forestille sig, at hvis regionerne garanterer en given volumen, vil privathospitalerne kunne tilbyde en endnu mere fordelagtig pris, end de gør i dag. Dette har fx Region Sjælland erfaret, dog med en mindre besparelse, end de havde håbet på.

3.3 Udbudsprisen

Hidtil har den gennemsnitlige udbudspris ikke været kendt. Cepos har derfor indhentet data fra regionerne og privathospitalerne for at få belyst disse udbudsftaler. I boks 2 nedenfor gennemgås de forskellige steps i dataindsamlingen.

Boks 2. Dataindsamling

Step 1: Først fik Cepos aktindsigt i regionernes udbudsmateriale samt navnet på vinderen af udbuddet. Fra dette materiale kunne Cepos bl.a. se hvilke SKS-koder⁴³, som regionerne har indgået aftale på, hvilken periode aftalen dækker over, om der er løfte om faste mængder, om implantater er indeholdt i taksten, om forundersøgelser og kontrol er indeholdt i taksten mv. Alle operationer er medtaget samt scanninger.⁴⁴

Step 2: Dernæst fik Cepos af privathospitalerne for hver SKS-kode oplyst den pris, som regionerne og privathospitalerne har indgået aftale om samt den mængde, der var behandlet i 2010 og den mængde, der forventes behandlet 2011. Over 85 pct. af privathospitaler har valgt at bidrage til analysen og set i forhold til aftalte behandlinger dækker analysen over 95 pct. af markedet.

Step 3: Endeligt har Cepos fra Danske Regioner indhentet DUF-takster for hver af SKS-koderne.

På baggrund af disse data har det været muligt for Cepos at beregne den gennemsnitlige besparelse, som regionerne får ved at indgå udbudsaftaler. Cepos har kun regnet på besparelser i forhold til operationerne. De besparelser, der er i forhold til forundersøgelse og kontrol, er ikke medtaget. Estimatet er derfor et konservativt bud.

Cepos analyse viser, at behandlinger foretaget gennem udbud i gennemsnit udgør en besparelse på 41 pct. i forhold til DUF-taksten. DUF-taksten er den betaling, som privathospitalerne modtager for behandlinger udført under det udvidede frie sygehusvalg. Dog kunne det også være interessant at sammenholde udbudsprisen med afregningstaksten på de offentlige hospitaler, dvs. i forhold til DRG-taksten. Hertil kræves en nøgle, der udtrykker forholdet mellem DUF-taksterne og DRG-taksterne.

Det bør fremhæves, at en sammenligning mellem de private hospitalers takster (DUF-taksterne) og de offentlige hospitalers takster (DRG-taksterne) er behæftet med en vis usikkerhed. Det skyldes, at DRG-taksterne og DUF-taksterne er to forskellige klassifikationssystemer. Mens DRG-taksten er baseret på diagnose- og proceduregrupper, er DUF-taksten et afregningssystem, der fastsættes på baggrund af forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. DUF-taksterne tager dog udgangspunkt i DRG-systemet via de af Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastlagte referencetakster, og det er muligt, omend med usikkerhed, at "oversætte" de aftalte procedurer til diagnoser i DRG-systemet.⁴⁵

For at finde den mest rigtige nøgle til at udtrykke udbudstaksten som andel af DRG-taksten, har Cepos - med hjælp fra Danske Regioner - koblet DUF-takster for de faktiske procedurer under udbud med den tilsvarende DRG-takst. Af denne kobling fremgår det, at DUF-taksten for de aktuelle behandlinger foretaget under udbud i gennemsnit udgør 81 pct. af DRG-taksten (2010 priser). Derfor anvendes 81 pct. af DRG-taksten som nøgle til at omregne besparelsen til en andel af DRG-taksten. Til sammenligning bør det fremhæves, at medianen lå på 80 pct., og at det almindeligvis antages, at DUF-taksten i gennemsnit udgør 80 pct. af DRG-taksten^{46, 47}. Omregnet fremgår det, at udbudstaksterne (med den usikkerhed, der ligger i en sammenligning af DRG-takster og DUF-takster) i gennemsnit ligger på 48 pct. af DRG-taksten.

⁴³ SKS-koder er Sundhedsvæsnets officielle KlassifikationsSystem, som bruges til at beskrive sundhedsydelser og anvendes ved registrering af patientdata. SKS-koderne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

⁴⁴ Cepos har dog udeladt enkelte behandlinger, herunder Regions Syddanmarks aftale om gynækologiske lidelser, Region Sjællands aftaler om urologiske lidelser og en endnu ikke fastlagt aftale om fedmekirurgi med Region Sjælland.

⁴⁵ Sundhedsministeriet(2009): Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse

⁴⁶ 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?).

⁴⁷ I et internt notat fra Sundhedsministeriet fra 2010 fremgår det, at de har beregnet den gennemsnitlige takstafregning til et sted mellem 86,6-88,6 pct. af DRG-taksten. Antager man, at den gennemsnitlige takstafregning er 89 pct. af DRG-taksten, vil udbudstaksten øges til 53 pct. Kilde: SUM(2010), Notat - Takstniveau som følge af forlig og opmandens afgørelse.

4. POLITIKIMPLIKATIONER

I dette afsnit vurderes potentialet ved at øge anvendelsen af udbud af sygehuseydelser. Afsnittet falder i tre dele. Først beskrives brugen af udbud i dag. Dernæst beskrives potentialet ved at udbrede brugen af udbud. Endeligt beskrives mulige forklaringer på, hvorfor udbud ikke bruges mere i dag.

4.1 Udbud bruges som bufferkapacitet

Som det fremgår af citaterne nedenfor, vælger regionerne almindeligvis at benytte udbudsaftalerne som buffer. Dvs. at privathospitalerne tager 'overløbet', når regionens egne afdelinger ikke kan følge med. Regionerne laver derfor typisk udbudsaftaler på områder, hvor de forventer at mangle kapacitet, eller hvor der er store udsving i efterspørgslen. Det kan fx være inden for ortopædkirurgien, hvor folk særligt om vinteren falder og brækker benet.

“For Region Hovedstaden som sygehusvæsen er de kliniske ydelser kerneopgaver. På den baggrund er der ikke en generel forventning om udbud af kliniske ydelser, med mindre der i afgrænsede perioder ikke er tilstrækkelig kapacitet på regionens hospitaler. I så fald vil forretningsudvalget få forelagt sag om eventuelt udbud af konkrete projekter m.v.”

Kilde: Region Hovedstaden (2009): Udbudsstrategi for Region Hovedstaden 2010-2013

“Af hensyn til regionens økonomiske situation foreslås det imidlertid kun at gennemføre udbud på behandlingsområder, hvor regionens egne hospitaler ikke har tilstrækkelig kapacitet, og hvor der i forvejen henvises mange patienter via det udvidede frie sygehusvalg. For det første er behovet og besparelspotentialet størst, og for det andet undgås der at flytte aktivitet fra offentlig til privat regi”.

Kilde: Region Midtjylland (2010): Oplæg til strategi for udbud af behandlingsydelser 2011

Fra regionens perspektiv er der en økonomisk gevinst ved at bruge udbudsaftalerne som buffer. Når regionerne bruger udbudsaftalerne, frafalder patientens ret til efter én måned selv at vælge privathospital under det udvidede frie valg, hvorved regionen får behandlet patienterne til en takst, som er et godt stykke under DUF-taksten.⁴⁸

Af regionernes udbudsmateriale fremgår det desuden ofte eksplicit, at de ønsker at undgå at flytte aktivitet fra de offentlige hospitaler til privathospitalerne. Det skyldes, at priserne på privathospitalerne ifølge regionerne er for høje. Denne konklusion er baseret på det ræsonnement, at marginalomkostningen⁴⁹ på en behandling foretaget på et offentligt hospital ifølge regionerne almindeligvis er (en smule) lavere end den gennemsnitlige pris på behandling via udbud på et privathospital. Som følge heraf søger flere af regionerne, at mindske brugen af privathospitaler mest muligt.

Sammenligningen af de offentlige marginalomkostninger og de private gennemsnitsomkostninger er dog ikke rimelig. I sammenligningen glemmer regionerne blandt andet at tage højde for, at der på de offentlige hospitaler er perioder, hvor den offentlige kapacitet ikke bruges fuldt ud, og hvor der derfor er store omkostninger forbundet ved produktion.

På kort sigt bør beslutninger om niveauet af kapacitet i offentligt regi derfor bl.a. vurderes på baggrund af en opvejning af omkostningen ved at have for meget kapacitet (dvs. i perioder ledig kapacitet) i forhold til omkostningen ved at have for lidt kapacitet (dvs. i perioder være nødt til at sende patienter ud til privathospitalerne). I denne vurdering bør regionerne desuden tage højde for eventuelle synergieffekter mellem elektive og akutte afdelinger samt de offentlige hospitalers stordriftsfordele.

⁴⁸ Kilde: Interviews med de 5 regioner.

⁴⁹ Marginalomkostningen er omkostningen ved at udføre en ekstra behandling, når alle faste omkostninger er betalt.

På længere sigt bør regionerne vurdere, om det vil kunne betale sig at omlægge produktion fra de offentlige hospitaler til privathospitalerne eller, om det kan betale sig, at lade private aktører overtage nogle af de offentlige hospitalsafdelinger. Endvidere bør regionerne, når behovet for yderligere kapacitet melder sig, overveje, om der overhovedet er behov for, at opbygge yderligere offentlig kapacitet til standardiserede behandlinger. Denne kapacitet findes allerede hos privathospitalerne og til en lavere pris, end man formentligt i dag kan opbygge den til i offentligt regi.

Med udgangspunkt i taksterne og regionernes nuværende udbudsstrategier, er det derfor fortsat vurderingen, at der er et stort og uudnyttet potentiale for højere effektivitet og øgede besparelser, hvis regionerne sender endnu mere i udbud, end de gør i dag. Denne vurdering er på linje med konkurrenceredegørelsens vurdering i 2003. Sendes mere i udbud, vil vores brug af privathospitalerne i nogen grad ligne den model, man har i Frankrig, jf. boks 3.

Boks 3. Den franske model

I Frankrig er markedet for sundhedsydelser kendetegnet ved både private og offentlige leverandører. Staten ejer og driver de offentlige hospitaler, som typisk tilbyder en langt bredere vifte af behandlinger end privathospitalerne. Privathospitalerne tager sig primært af mindre kirurgiske indgreb.

Til forskel fra Danmark så er størstedelen af det franske sundhedsvæsen finansieret via obligatoriske sundhedsforsikringer, som er betalt gennem indkomstbaserede bidrag fra arbejdstager og arbejdsgiver⁵⁰. Resten af sundhedsvæsenet finansieres via frivillige sundhedsforsikringer. Endvidere har Frankrig et fee-for-service system, hvor patienten frit kan vælge mellem almenlæger og speciallæger samt mellem offentlige og private sygehuse. Patienter i Frankrig nyder således godt af en høj grad af autonomi, hvor de frit kan navigere mellem private og offentlige leverandører. Behandlingerne finansieres (uanset patientens valg af leverandør) via den nationale forsikring. I den franske model bruges privathospitalerne således ikke som bufferkapacitet, men leverer sundhedsydelser på lige fod med de øvrige offentlige hospitaler. Af samme årsag er begrænsninger som fx ventelister ikke et problem i Frankrig.

Som følge af den franske model, er de privates andel i Frankrig væsentligt højere end i Danmark. Dog er udgifterne pr. patient generelt også højere. Det skyldes bl.a., at man ikke har nogen gate-keeper funktion, samt at man ikke begrænser udbuddet af sundhedsydelser.

Kilde: Sundhedsministeriet(2010): International Benchmarking af det danske sygehusvæsen, DSI(2009): Privat-Offentligt samspil i sundhedssektoren, OECD (2004): Private Health Insurance in France, Biosam (2004): Sundhedsvæsenet ved en korsvej

4.2 Potentiale ved at udbrede brugen af udbud

Der er to grupper af patienter, som man kan forvente, at regionerne med fordel kan sende i udbud. Den ene gruppe er DUF-patienterne, dvs. patienter der via det udvidede frie sygehusvalg har ret til at blive behandlet i privat regi på det offentliges regning. Dette er patienter som det offentlige ikke selv har kapacitet til at behandle. Den anden gruppe af patienter er de 'almindelige offentlige patienter', dvs. de patienter som det offentlige allerede selv behandler.

4.2.1 DUF-patienterne og potentielle besparelser

En måde, hvorpå regionerne kan spare penge, er ved at omlægge flere af de behandlinger, der foretages via det udvidede frie sygehusvalg, til behandlinger, der foretages via udbudsaftaler. Som det er i dag, koster patienter, der sendes ud via det udvidede frie sygehusvalg til en af

⁵⁰ European Observatory on Health Systems and Policies (2010): France Health System Review

regionens aftalehospitaller i gennemsnit 80 pct. af DRG-taksten⁵¹. Dette er typisk patienter, som det offentlige ikke selv har kapacitet til at behandle indenfor én måned.

Alternativt kunne regionerne allerede i det øjeblik, de indser, at de ikke har kapacitet til at behandle den pågældende patient indenfor behandlingsgarantien på én måned, vælge at tilbyde patienten behandling på en af regionens samarbejdssygehuse, som regionen har indgået en udbudsaftale med. I dette tilfælde, ville de første mange patienter i gennemsnit koste regionen 48 pct. af DRG-taksten.

Det bør bemærkes, at privathospitalerne muligvis ikke kan fastholde en pris på 48 pct. af DRG-taksten, hvis fx samtlige DUF-patienter fremadrettet sendes ud til privathospitalerne via udbudsaftaler.⁵² Det skyldes, at de 48 pct. af DRG-taksten muligvis kun dækker privathospitalernes variable omkostninger, og at de faste omkostninger (fx udgifter til bygninger og maskiner) på nuværende tidspunkt derfor dækkes gennem behandlinger af de øvrige patienttyper (fx private patienter, forsikringspatienter og patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg). Efterhånden som udbudspatienterne langsomt vil udgøre en større og større andel af privathospitalernes patientportefølje, vil behovet således blive større og større for, at også disse patienter bidrager til at dække de faste omkostninger. Det vil medvirke til en forøgelse af udbudstaksten. Samlet set må man derfor forvente, at udbudstaksten på længere sigt vil ende et sted mellem 48 og 80 pct. af DRG-taksten.

Antages det, at udbudstaksten på 48 pct. alene dækker de variable omkostninger, skal man tillægge de faste omkostninger for at få et langsigtet estimat for udbudstaksten. Da de faste omkostninger (ekskl. løn) for et gennemsnitligt privathospital på lang sigt udgør omkring 25 pct. af alle omkostninger⁵³, vil et kvalificeret skøn være, at den langsigtede udbudstakst lander på omkring 63 pct. af DRG-taksten ((48/75 pct.)*100 pct., dvs. udbudstaksten inkl. de faste omkostninger). En takst, der dog fortsat er væsentligt lavere, end den gennemsnitlige takst på de offentlige hospitaler. I boks 4 nedenfor gives et overslag over besparelsen ved at udbrede brugen af udbud indenfor gruppen af DUF-patienter.

Boks 4. Potentiale: 0,3 mia. kr.

Skulle man give et overslag over besparelsen ved at udbrede brugen af udbud indenfor gruppen af DUF-patienter, kunne man gøre den antagelse, at alle DUF-patienter overgik til at blive behandlet via udbudsaftaler.

I 2010 blev 116.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg⁵⁴ til en takst, der ligger på omkring 80 pct. af DRG-taksten. Det kostede samlet set samfundet godt 1,2 mia. kr.⁵⁵ Var alle disse patienter blevet behandlet via udbudsaftaler til en gennemsnitlig langsigtet udbudstakst på 63 pct. af DRG-taksten, havde det kostet samfundet godt 0,9 mia. kr. Der er således en potentiel besparelse på ca. 0,3 mia. kr. ved at øge brugen af udbud.

Det vigtigt at have in mente, at der er en vis modstrid mellem udbudsaftalerne og det udvidede frie sygehusvalg. Årsagen er, at patienten ved udbud de facto fratages muligheden for frit at vælge privat leverandør.⁵⁶ En sådan omlægning vil derfor udhule tænkningen bag det udvidede, frie sygehusvalg.

⁵¹ 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?).

⁵² Endvidere må man huske på, at en øget brug af udbud kan have afsmittende virkninger på priserne på behandling af forsikringspatienterne.

⁵³ Dette skøn er baseret på en beregning baseret på 5 privathospitalers regnskabsoplysninger samt interviews med 5 andre privathospitaler af forskellig størrelse. Faste omkostninger er defineret som omkostninger til bygninger, maskiner, og administration (ekskl. lønninger).

⁵⁴ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Tal på sundhed. I 2010 blev 116.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg.

⁵⁵ Kilde: Oplyst af Finansministeriet.

⁵⁶ Kilde: Kjeld Møller Pedersen og Mickael Beck (2003): Konkurrence er et middel, ikke et mål - en kommentar til kapitel 7 i Konkurrenceregørelsen.

4.2.2 De almindelige patienter og potentielle besparelser

En anden måde, hvorpå regionerne potentielt kan spare penge, er ved at sende flere almindelige patienter ud til privathospitalerne. Ved almindelige patienter forstås elektive patienter, som kræver behandling indenfor de områder, hvor privathospitalerne allerede er aktive i dag.

Der er flere måder hvorpå, man kan omlægge patienter fra offentligt til privat regi. En relativ skånsom måde er at foretage omlægningen i forbindelse med udbygninger af hospitalsvæsenet. Når hospitalsvæsenet skal udbygges, bør regionerne således overveje, hvorvidt privathospitalerne allerede har den fornødne kapacitet og vil kunne varetage de standardiserede opgaver til en lavere pris, end det offentlige selv vil kunne gøre det efter udbygningen. Der er grund til at tro, at privathospitalerne kan gøre det billigere. Som det er i dag, afregnes en behandling på et offentligt hospital i gennemsnit til 100 pct. af DRG-taksten. På privathospitalerne under udbud koster en tilsvarende behandling på lang sigt i gennemsnit 63 pct. af DRG-taksten (jf. afsnit 4.2.1).

Det er således alt andet lige billigere, hvis regionerne på længere sigt køber behandlinger på privathospitalerne end på de offentlige hospitaler - også selv når man tager højde for, at de offentlige hospitaler har forpligtelser, som privathospitalerne ikke har.⁵⁷ Regionerne kan derfor potentielt få mere sundhed for pengene, hvis de enten omlægger behandlinger fra det offentlige til privathospitalerne, eller hvis de, når de møder behov for at udvide kapaciteten, lægger flere opgaver ud til privathospitalerne frem for at investere i nye offentlige hospitaler. I boks 5 nedenfor gives et overslag over besparelsen ved at udbrede brugen af udbud indenfor gruppen af almindelige patienter.

Boks 5. Potentiale: 2,7 mia. kr.

Skulle man give et overslag over besparelsen ved at udbrede brugen af udbud indenfor de almindelige patienter, kunne man gøre det således:

Lad os beregningsteknisk antage, at regionerne i højere grad end i dag begyndte at opkøbe privathospitalernes billige kapacitet, således at privathospitalernes markedsandel steg med fx 10 pct. point⁵⁸ indenfor de behandlingsområder, hvor privathospitalerne allerede i dag er aktive. Dette vil bevirke, at nogle af de patienter, der tidligere blev behandlet til gennemsnitligt 100 pct. af DRG-taksten nu vil blive behandlet til 63 pct. af DRG-taksten (den estimerede langsigtede udbudstakst).⁵⁹ Omregnet til kr. betyder det, at samfundet umiddelbart vil spare ca. 2,7 mia. kr. på sundhedsydelser ved at øge brugen af udbud indenfor områder, hvor privathospitalerne allerede er aktive.⁶⁰

Man skal her være opmærksom på, at ovenstående besparelse på 2,7 mia. er et overslag. Dette skyldes flere forhold. For det første er besparelsen ikke alene et udtryk for, at privathospitalerne er mere effektive end de offentlige hospitaler. En mindre andel af

⁵⁷ Indenrigs- og sundhedsministeriet vurderer, at disse omkostninger svarer til omkring 15-25 pct. af DRG-taksten. Dette skal opvejes af udgifter som privathospitalerne har og som de offentlige hospitaler ikke har. Det er fx udgifter til moms, lønsumsafgift og forrentning og afgifter. Dette svarer til omkring 13 pct. af DRG-taksten. Kilde: Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

⁵⁸ Det synes ikke urealistisk, at andelen kunne stige med 10 pct. point. Kilde: Sundhedsministeriet. Herved ville privathospitalernes markedsandel komme til at ligge på et niveau, der svarer til niveauet i mange af de OECD lande, vi normalt sammenligner os med. Interview med Jes Søgaard fra DSI i P1 udsendelsen (24. februar 2011): Privathospitaler under pres.

⁵⁹ Her er det antaget, at privathospitalernes markedsandel stiger med 10 pct. point samt at det er muligt på lang sigt at fastholde en udbudstakst på 63 pct. Denne takst kan dog være lavere, hvis privathospitalerne oplever betydelige stordriftsfordele eller højere, hvis de 10 pct. af patienterne der flyttes over, er meget sværere patienter end de har i dag.

⁶⁰ Det antages, at der årligt bruges 75 mia. kr. på de offentlige hospitaler. Heraf sendes 10 pct. ud til privathospitalerne. Dette svarer til 7,5 mia. kr. Behandlinger på privathospitalerne koster 63 pct. af DRG-taksten. Dette giver en besparelse på 37 pct. svarende til 2,7 mia. kr.

besparelsen kan også tilskrives det faktum, at de offentlige hospitaler ikke er underlagt samme vilkår som privathospitalerne, som anført i afsnit 2.1.3.⁶¹ Endvidere afhænger den mulige besparelse også af, hvor stor effekten vil være på hospitalets øvrige afdelingers økonomi, hvis yderligere 10 pct. af patienterne flyttes ud til privathospitalerne. Endeligt kan noget af besparelsen skyldes, at der eksisterer en prisforskel på behandlinger mellem offentlige og private hospitaler, da privathospitalerne i dag muligvis tager sig af de mindre komplicerede tilfælde. Privathospitalerne fremhæver dog, at dette kun i begrænset omfang er tilfældet.

Foruden at udbrede brugen af udbud indenfor områder, hvor privathospitalerne allerede i dag er aktive, kunne man også overveje, om man med fordel kunne flytte andre patientgrupper fra de offentlige hospitaler ud til privathospitalerne. Det kunne fx være dele af gruppen af kronikere. I Danmark er der godt 1,7 mio. mennesker, der lever med en kronisk sygdom. I dag lider eksempelvis 320.000 mennesker af gigt eller dårlig ryg, ligesom 220.000 mennesker har diabetes. Gruppen af kronikere står for 80 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet⁶².

4.2.3 Effekten på de offentlige hospitaler

Det er vigtigt at overveje, hvad konsekvensen vil være for økonomien på de offentlige hospitaler, hvis flere af de standardiserede operationer lægges ud til privathospitalerne. Dette gennemgås nedenfor.

Hvis flere af de standardiserede operationer lægges ud til privathospitalerne, vil det først og fremmest bevirke at DRG-taksten stiger.⁶³ Det skyldes, at DRG-taksten beregnes som omkostningen for en given operation på et gennemsnitligt offentligt hospital. Denne omkostning indeholder foruden de direkte omkostninger forbundet med en given operation også hospitalets faste omkostninger til fx forskning, uddannelse og akutfunktion. I takt med, at flere af de elektive operationer flyttes ud til privathospitalerne, vil en gennemsnitlig omkostning for en operation på det offentlige hospital blive dyrere, idet de faste omkostninger til fx forskning, uddannelse og akutfunktion⁶⁴ ikke samtidigt fjernes fra takstgrundlaget. I stedet vil disse omkostninger blive spredt over færre operationer.

At DRG-taksten stiger, behøver dog ikke være negativt. Det tyder blot på, at specialiseringen i sygehusvæsenet er øget. Øget specialisering kan være en god ting, idet det kan betyde, at det i højere grad bliver muligt at forsimple arbejdsgangene, således at de eksisterende ressourcer anvendes mere effektivt, hvilket frigør ressourcer til at skabe værditilførende aktivitet andetsteds.

Højere DRG-takster påvirker dog ikke i sig selv omkostningen for en given operation. Fx vil en kompliceret rygoperation koste fuldstændigt det samme som tidligere, selvom en simpel knæoperation flyttes ud til privathospitalerne.

Det, der ved en større outsourcing af de lette operationer potentielt ville påvirke operationsomkostningen, er fx tabet af stordriftsfordele. Dvs. i det øjeblik, hvor der flyttes så mange patienter, at gevinsten vundet ved arbejdsdelingen opvejes af ulemperne (som fx tab af

⁶¹ Fx kan en beskedent andel af besparelsen tilskrives det forhold, at privathospitalerne ikke har forskning, uddannelse og akutfunktion. For at imødekomme nogle af disse forhold, kunne regionerne med fordel oprette en pulje, hvorfra de kunne afsætte en lille andel af de besparelser, som regionerne opnår ved øget brug af udbud. Privathospitalerne kan fx ikke forventes af sig selv at drive forskning, da dette ikke er et eksklusivt gode, og en pulje målrettet forskning ville derfor kunne sikre en prioritering af forskningsindsatsen. Kilde: Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet'

⁶² Kilde: Videncenter for kroniske sygdomme og rehabilitering.

⁶³ Det bør her bemærkes, at det er afgørende, at regionerne ikke (som de nogen gange gør) indgår aftaler med privathospitalerne, hvor afregningen er defineret som en andel af DRG-taksten. Gør de det, vil besparelsen udeblive, idet DRG-taksten vil stige i takt med, at flere operationer lægges ud.

⁶⁴ At en afdeling kan modtage akutte patienter medfører en ekstra omkostning. Fx skal personalet måske have højere løn for at arbejde aften/nat og udnyttelsesgraden af personalet vil være mindre, da man ikke kan vide hvornår der kommer patienter ind på afdelingen.

stordriftsfordele ved indkøb af implantater eller personaleudnyttelse), bør man formentligt ikke flytte flere operationer ud til privathospitalerne. Denne risiko kan dog imødegås ved at tillade privathospitaler at oprette sig som 'private wings' på de offentlige hospitaler. Man vil således stadig have gevinsten ved stordriftsfordele samtidigt med en lean produktion.

4.2.4 Samlet potentiale ved udbud

Ovenfor fremgår det, at det samlede potentiale ved øget brug af udbud må forventes at være omkring 3 mia. kr. (2,7 mia. fra alm. patienter + 0,3 mia. fra DUF-patienter), svarende til ekstra 6000 sygeplejersker årligt. Dette er en betydelig gevinst, hvorfor det anbefales, at regionerne via udbud forsøger at udbygge det offentlige/private samarbejde. Denne målsætning er også anført af Regeringen i 1. april 2009 aftalen med Danske Regioner, jf. boks 6.

Boks 6. Aftale om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse

I 2009 indgik Regeringen en aftale med Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse. I denne aftale indgår følgende hensigtserklæring:

“For at flere patienter kan opleve kortere ventetider ønsker regeringen at supplere genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg med en flerstrengt indsats. Forudsætningen for at sikre patienternes adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg og mere sundhed for pengene er, at der er sikkerhed for en vis kapacitet. Det skal bl.a. ske ved et samarbejde mellem regionerne og de private sygehuse, der bygger videre på erfaringerne med udbud af sygehusbehandlinger samt øget anvendelse af strategisk udbud.”

Kilde: Regeringen og Danske Regioner (2009): Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse.

Målsætning om mere offentligt/privat samarbejde understøttes yderligere af Regeringens ”Sund vækst dagsorden” fra 2010, jf. boks 7.

Boks 7. Sund vækst

Regeringen har i 2010 introduceret en ny vækstdagsorden på sundhedsområdet. Formålet med 'Sund vækst'-dagsordenen har været, at lancere initiativer, som skal skabe sundhed og økonomisk vækst. Det første punkt på dagsordenen omhandler offentligt/privat samarbejde:

”1. **Afdækning af industriens forventninger til fremtidens samarbejde med hospitalerne:** Der gennemføres en afdækning af erhvervslivets konkrete interesser i forhold til de nye sygehusbyggerier, regionernes interesser for at samarbejde med den private sektor, og efterfølgende håndtering af evt. barrierer for offentligt/privat samarbejde generelt og i forbindelse med sygehusbyggerierne.”

Kilde: Sundhedsministeriet (2010): Sund Vækst - Ny vækstdagsorden på sundhedsområdet.

4.2.5 Ekstra gevinst: Øget konkurrencepres i hele sundhedsvæsenet

Som nævnt indledningsvist er udbudskonkurrence en af de stærkeste former for konkurrence på markedet for sundhedsydelser. Udbudskonkurrence kan bruges til at sikre, at vi får mest sundhed for pengene. Ved at lade privathospitalerne (og evt. også de offentlige hospitaler) via udbud kappes om, hvem der bedst og billigst kan tilbyde behandling til borgerne, sikrer vi, at der leveres mest sundhed for skattekrone. Hvis de private aktører viser sig at kunne udføre behandlingerne bedst og billigst, bør disse derfor også fremadrettet løse opgaven. Det samme er naturligvis gældende, hvis det omvendt viser sig, at det er de offentlige, der bedst og billigst kan udføre en given opgave.

Lader vi offentlige og private aktører kappes om at få lov til at udføre de helt simple behandlinger, så må man desuden forvente, at det vil have en positiv afsmittende effekt på

resten af det offentlige sundhedsvæsen. Det skyldes, at konkurrence bevirker, at hospitalerne - af frygt for at miste markedsandele - hele tiden søger, at udnytte deres ressourcer så effektivt som muligt. Dette vil udmønte sig i mere effektive arbejdsgange og en optimering af arbejdsopgaver i hele det offentlige sundhedsvæsen. Således kan konkurrenceudsættelse af de standardiserede ydelser potentielt bidrage til effektivitetsgevinster i hele sundhedsvæsenet.

På linje med konkurrenceredegørelsen fra 2003 er det derfor vurderingen, at der eksisterer et stort og uudnyttet potentiale for højere effektivitet og øgede besparelser, der kan indfries ved at udbrede brugen af udbud. Potentialer er størst for standardiserede sygehusydelser.

4.3 Hvorfor sendes der ikke mere i udbud?

Som anført ovenfor, så synes der potentielt at være store økonomiske gevinster ved at sende flere patienter i udbud. Af nedenstående tabel fremgår det, at afregningstaksten for de offentlige hospitaler ved selv at behandle patienterne for 98 pct. af patienterne er omkring 100 pct. af DRG-taksten, ved at sende patienter ud via det udvidede frie sygehusvalg er 80 pct. af DRG-taksten, men at prisen, ved at sende patienter ud via udbud, er 48 pct. Jf. tabel 4 nedenfor.

Tabel 4. Takstsammenligning

Patienttype	Pris	Patienter
Off. hospital		
Alm. aktivitet	Varierer omkring 100 pct. af DRG-taksten	For de første mange patienterne (formentligt ca. 98 pct.)
Meraktivitet I	50-55 pct. af DRG-taksten	For de ekstra 2 pct. af patienterne
Meraktivitet II	0/55 pct. af DRG-taksten	
Det udvidede, frie sygehusvalg	80 pct. af DRG-taksten	For alle patienter
Udbud	48 pct. af DRG-taksten	For alle patienter

Kilde: Cepos

I dag er det dog kun en begrænset mængde af operationer, der sendes i udbud. Sammenlignet med alle offentlige behandlinger, der sendes til privathospitalerne, er det kun omkring 33 pct., der sendes via udbud, og holdt op i mod alle offentlige patienter er det under 1 pct., der sendes til privathospitalerne via udbud. Der kan være flere årsager til dette.

4.3.1 Regionerne kan behandle billigere på marginalen

Som det er i dag, sker afregningen af sygehusaktiviteten fra staten til regionerne med 100 pct. af DRG-taksten under baseline og 70 pct. af DRG-taksten for meraktivitet. Afregningen mellem regionens hospitaler sker til 70 pct. af DRG-taksten.⁶⁵ Dvs. uanset hvilken pris, som regionen har aftalt med den private leverandør, får regionen 100 pct. af DRG-taksten af staten. Når regionen benytter sig af privathospitaler, så overkompenseres regionen.

Når regionen alligevel ikke vælger, at sende behandlinger i udbud, skyldes det, at de vurderer, at de offentlige hospitalers marginalomkostninger er lavere end, hvad prisen er ved at sende opgaver ud til et privathospital. Regionerne har ganske enkelt ikke incitament til at outsource.⁶⁶

Dog er marginalomkostningen ikke det eneste, regionerne bør have in mente, når de på kort sigt skal vurdere, hvor de bedst og billigst skal placere produktionen af sundhedsydelser. Afvejningen

⁶⁵ Danske Regioner(2011): Patientforløb mellem regionerne - hensigtserklæring.

⁶⁶ Kilde: Sundhedsministeriets interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010.

af, hvor meget af produktionen, der skal placeres hos privathospitalerne, og hvor meget der skal placeres hos de offentlige hospitaler, bør bl.a. baseres på, hvor meget omkostningen er ved ledig kapacitet sammenholdt med omkostningen ved at have for lidt kapacitet. Hertil kommer en vurdering af synergieffekten mellem de elektive og de akutte afdelinger samt stordriftsfordelene på de offentlige hospitaler. Dette bør undersøges nærmere.

4.3.2 Regionernes forsyningspligt

Som det er i dag, er det regionerne, der har ansvaret for, at alle regionens borgere kan blive behandlet. Hvis man forestiller sig, at regionen sender alle ortopædkirurgiske patienter ud til privathospitalerne, og privathospitalerne går konkurs, vil regionen ikke kunne opfylde sin forsyningspligt. Der fremføres derfor argumenter for, at regionen bør holde en vis mængde i eget regi. Dette betyder dog ikke, at regionerne ikke med fordel kan sende mere ud til privathospitalerne, end de gør i dag.

4.3.3 De offentlige hospitaler har allerede kapacitet 'in-house'

En anden årsag til ikke at sende mere i udbud kunne være baseret på den overvejelse, at 'bygningerne jo står der i forvejen'. Dog må man huske på, at alting har en alternativomkostning. Hvis det er billigere på sigt at lade privathospitalerne varetage de helt simple opgaver, bør privathospitalerne løse denne opgave. Fx kunne man tillade privathospitalerne at flytte ind på de offentlige hospitaler og dermed nyde godt af hospitalets stordriftsfordele. Alternativt kunne man leje lokalerne på de offentlige hospitaler ud til anden side. Det er derfor ikke et holdbart argument, hvis man tillader en ikke effektiv brug af sundhedsressourcerne med henvisning til, at bygningerne er en sunk cost⁶⁷.

4.3.4 Stærkaseeffekten

Muligvis forårsager nærheden og tilgængeligheden af behandlinger (som opstår via det udvidede frie sygehusvalg og muligheden for udbud), at flere borgere ønsker behandlinger. Der er måske tale om 'skavanker', der ellers ville gå over af sig selv, mens patienten står på venteliste, hvorfor det muligvis er bedre for patienten at vente frem for at blive opereret. Dette bør undersøges nærmere, men det er næppe hele årsagen til, at der ikke bliver indgået flere udbudsaftaler. Man må også formode, at antallet af patienter der 'hopper fra', fordi deres skavank er gået i sig selv, må være et fåtal.

4.3.5 Mangel på tradition og politiske hensyn

Desuden er det en mulighed, at der ganske enkelt ikke er tradition for brug af udbud, når det kommer til sygehusydelser.⁶⁸ Dog har vi længe haft udbud på de offentlige hospitaler, når det kommer til rengøring, IT og ambulancekørsel. Endeligt kan det være, at det er af politiske hensyn, at behandlingerne ganske enkelt ikke sendes i udbud.

⁶⁷ Sunk costs er en betaling, som man ikke får dækket/får tilbage. Et eksempel kan være, hvis man køber en ny maskine. Når man er færdig med at bruge maskinen, så kan man sælge den igen. Forskellen mellem prisen på nye og brugte maskiner er det, man vil kalde sunk.

⁶⁸ Kilde: Konkurrenceredegørelsen 2003.