

PRIVATHOSPITALERNES UDBUDSTAKST: 43 PCT. AF DRG-TAKSTEN

1. INDLEDNING

1.1 Resume

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

Behandlinger, der foretages på de offentlige hospitaler, koster i gennemsnit 100 pct. af den såkaldte DRG-takst (dvs. den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandling på et gennemsnitligt offentligt hospital). Til sammenligning offentliggøres privathospitalernes udbudstakster ikke. Det er derfor svært at vurdere, om man kan få mere sundhed for pengene ved at lægge lidt flere behandlinger ud til privathospitalerne. CEPOS har derfor indhentet data fra regionerne og privathospitalerne for at få belyst disse udbudsftaler. Resultatet af dataindsamlingen er denne analyse.

I denne analyse beregnes privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst under regionernes nuværende udbudsftaler. Resultatet af analysen er, at regionerne i gennemsnit betaler 43 pct. af DRG-taksten for en behandling foretaget på et privathospital. Og selv når man tager højde for forskellen i offentlige hospitalers og privathospitalers rammevilkår, synes ovenstående tal at indikere, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster.

På denne baggrund er det ikke overraskende, at regionerne ofte melder om store besparelser, når de via udbud sender behandlinger videre til privathospitalerne. Senest har Produktivitetskommissionen beskrevet, hvordan man i Region Midtjylland har hentet store besparelser ved at lade den private klinik MR Scanner Viborg overtage godt 10.000 scanninger årligt. En udbudstakst i 2012 på 43 pct. af DRG-taksten markerer et prisfald sammenlignet med en tidligere CEPOS-opgørelse, hvor udbudstaksten i 2011 lå på 48 pct. af DRG-taksten. Til trods for dette prisfald bruges udbudsftaler med privathospitalerne mindre og mindre, og i dag er privathospitalernes samlede markedsandel faldet til 1 pct.

På denne baggrund anbefales det, at man indfører en udbudspligt på standardiserede behandlinger, dvs. lader privathospitalerne og de offentlige hospitaler kappes om at levere de helt standardiserede behandlinger som fx knæ-, hofte- og grå stær-operationer bedst og billigst. Det anbefales endvidere, at Konkurrencestyrelsen overvåger markedet og udsteder bøder, hvis denne udbudspligt ikke overholdes, eller hvis privathospitaler eller offentlige hospitaler skulle sætte kunstigt lave priser for at vinde markedet. Hermed sikres det, at skatteyderne får mest muligt sundhed for skattekrone, dvs. at flest mulig kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.

1.2 Notatets opbygning

Dette notat beskriver regionernes udbud af sundhedsydelser. Notatet falder i fire afsnit.

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 udbudsftaler. Aftalerne dækker året 2012. I dette afsnit offentliggøres den gennemsnitlige udbudstakst.

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

I fjerde afsnit præsenteres konklusionen og en politikanbefaling om at indføre en udbudspligt.

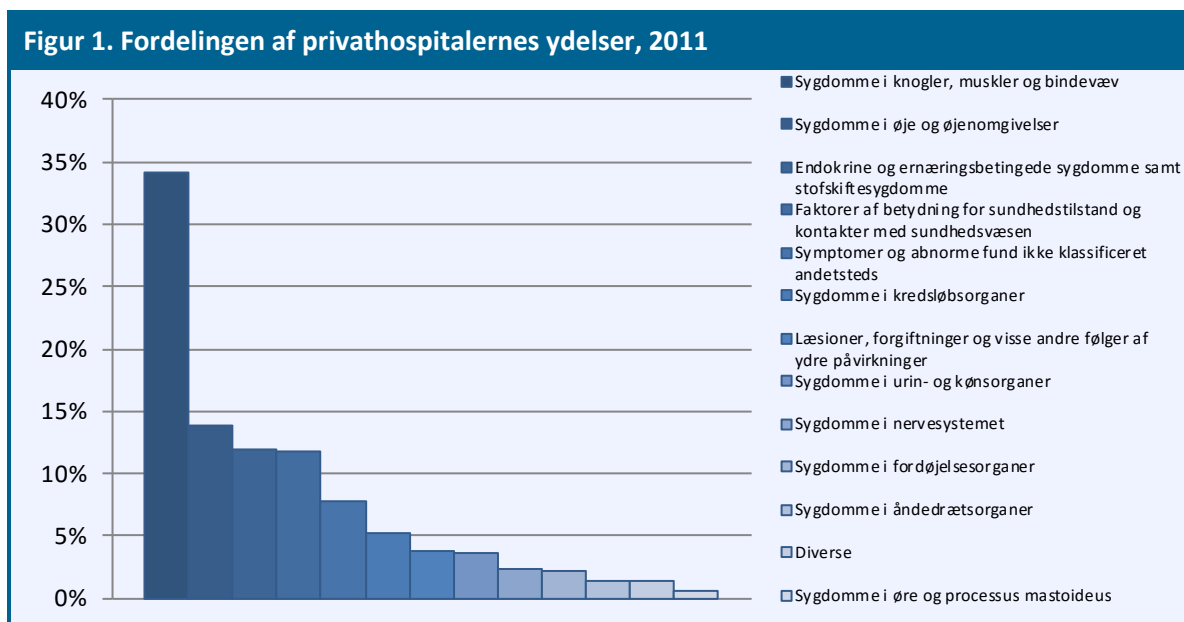
2. MARKEDET FOR SUNDHEDSYDELSE

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 og 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, jf. figur 1. Dog tilbydes også i stigende grad ydelser, som ikke tilbydes i offentligt regi. Behandlinger på privathospitaler betales typisk af forsikringselskaberne, af patienternes egen lomme eller af det offentlige, i de tilfælde hvor patienter på de offentlige hospitaler sendes videre til privathospitalerne.



Anm.: Ydelser, som har bidraget med mindre end +/- 1 pct., er samlet i kategorien 'Diverse'.

Kilde: www.sum.dk

2.1.1 Privathospitalerne

I Danmark er der omkring 115 private hospitaler og klinikker. Heraf tegner 33 hospitaler sig for omkring 75 pct. af markedet for private behandlinger.¹ Samlet stod privathospitalerne i 2013 for omkring 1 pct. af al aktivitet i sundhedsvæsenet (målt som andel af alt offentligt finansieret aktivitet).²

I perioden 2002-2008 var væksten i brugen af private sundhedsydelser stor. Væksten blev bl.a. ansporet af indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg og skattefritagelsen på arbejds giverbetalte sundhedsforsikringer.

Men i 2008 stagnerede denne vækst, og over de næste par år vendte væksten til en egentlig tilbagegang. Denne udvikling skyldes bl.a. et stigende ønske i flere regioner³ (men bestemt ikke alle⁴) om at holde flest mulig patienter i eget regi, hvorfor flere af de typer behandlinger, som privathospitalerne traditionelt havde udført, blev hjemtaget. Endvidere begyndte regionerne at øge brugen af udbud, hvilket betød, at regionerne udnyttede konkurrencen på markedet for sundhedsydelser til at presse privathospitalernes priser yderligere. Dette lagde et hårdt pres på privathospitalerne, men gav skatteyderne mere sundhed for pengene. I samme periode var mange privatbetalere grundet finanskrisen mere tilbageholdende med deres forbrug af private sundhedsydelser.

Som følge af finanskrisen og i kølvandet på sygestrejken er væksten dog vendt til en tilbagegang. Fra 2008/2009 til 2009/2010 er privathospitalernes driftsresultat gået tilbage med godt 130 pct.⁵ Nedgangen skyldes bl.a. et markant fald i taksterne under det udvidede frie sygehusvalg og øget brug af udbud. Endvidere er antallet af offentlige patienter på privathospitalerne faldet voldsomt fra 2010 og frem. Alene i perioden fra 2010 til 2012 faldt antallet af offentligt finansierede patienter videresendt til privathospitalerne med godt 19 pct.⁶ Hertil kommer, at mange privatbetalere i disse år er mere tilbageholdne med deres forbrug af private sundhedsydelser. Som følge af faldet i antal patienter har privathospitalerne gennemgået en periode med konkurser og fusioner, jf. boks 1 for eksempler.

¹ Kilde: Tallene er oplyst af Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker og er fra marts 2013. Privathospitaler er her defineret som private sundhedsaktører, som udøver anerkendt lægelig behandling til fortrinsvis privatbetalende patienter, forsikringskunder og patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg. Undtaget er behandlere, der har indgået aftale med sygesikringen.

² Dette er et foreløbigt tal oplyst den 20/3-2014 af Sundhedsministeriet.

³ Se fx Region Midtjylland (2010): Oplæg til strategi for udbud af behandlingsydelser 2011, Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), "Privathospitalsområdet", Udbudsstrategi for Region Hovedstaden 2010-2013.

⁴ Se fx Udbudsstrategi for Region Sjælland 2010-2013, hvor der står, at "Målet for Region Sjælland er at opnå de bedste løsninger, og dermed er det heller ikke et selvstændigt mål at udføre opgaverne i eget regi".

⁵ 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.

⁶ Kilde: CEPOS (2013): Privathospitaler har mistet hver femte offentlige patient.

Boks 1. Mange privathospitaler går konkurs eller må konsolidere sig

Eksempler på lukkede hospitaler siden 2011:

- Glostrup Privathospital (6. december 2012)*
- Privathospitalet Sorana (1. oktober 2012)**
- Allerød Privathospital & Idrætsklinik (31. juli 2012)
- City Privathospital (31. januar 2012)
- Thava Imaging (7. november 2011)
- Dronning Sophies Hospital (13. oktober 2011)
- Furesø Privathospital (6. september 2011)
- Arresødal Privathospital (23. juni 2011)
- Skadestuen.nu (21. juni 2011)
- Søllerød Privathospital (11. januar 2011)

Eksempler på konsolideringer siden 2011:

- Aleris og Hamlet (1. juli 2011)

Anm.: *Lægerne bag Glostrup Privathospital genåbnede ny klinik, Plastikkirurgi Glostrup, på samme adresse få dage efter konkursen. **Privathospitalet Sorana genåbnede i juni 2013.

Kilde: Opslag på CVR-registeret.

Med regeringsskiftet i 2011 fulgte endvidere et vendepunkt i den politiske stemning over for privathospitalerne. I perioden umiddelbart efter valget blev der fra politisk side fremsat og gennemført lovforslag, som trækker behandlinger fra privathospitalerne tilbage til de offentlige hospitaler.⁷ Dette vendepunkt i den politiske stemning syntes at have sendt et tydeligt politisk signal til regionerne. Senest har Region Syddanmark f.eks. valgt at stoppe alle deres udbudsaftaler med privathospitalerne.

Der er grundlæggende to måder, hvorpå privathospitalerne modtager patienter fra regionerne. Enten kan regionen, hvis ikke det er muligt indenfor 1 eller 2 måneder (alt afhængigt af sygdommen) 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.⁸ Alternativt kan patienten selv efter 1 eller 2 måneder vælge at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg, hvorved patienten frit kan vælge at benytte sig af et privathospital (aftalehospital), som regionen har indgået aftale med.

I 2009 har Brancheforeningen for 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 privatbetalere udgjorde 18 pct. De resterende 12 pct. var patienter med særlig aftale med regionen og patienter fra udlandet, jf. tabel 1. Det bør bemærkes, at disse tal er behæftet med en vis usikkerhed.

⁷ Jf. fx bemærkninger til lovforslaget om differentieret behandlingsgaranti (L30). Heraf fremgår det, at loven vil have den effekt, at behandlinger flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler. Se også notatet CEPOS(2012): Regeringen vil øge ventetiden på behandlinger.

⁸ Kilde: Region Hovedstaden: Samarbejdssygehuse (hjemmesiden).

Tabel 1 illustrerer privathospitalernes patientsammensætning og deres indtjening.

Tabel 1. Privathospitalernes patientsammensætning		
Patienttype	Andel 2009	Takst 2009
Udbudspatienter	12 pct.	En andel af DUF-taksten*
Patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg	31 pct.	DUF-taksten (91 pct. af DRG-taksten)
Forsikringspatienter	27 pct.	DUF-taksten + (5-10 pct.)**
Privatbetalere	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 forsikringssekskabernes priser ligger på. En hurtig rundspørge i 2011 blandt tre store forsikringssekskaber viste dog, at forsikringssekskabernes priser ligger omkring 5-10 pct. højere end 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. Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse.

I perioden 2010 til 2012 er antallet af offentligt finansierede patienter videresendt til privathospitalerne faldet med 19 pct.⁹ Og foreløbige 2012-tal fra Danske Regioner og Forsikring og Pension viser, at privathospitalerne for første gang i 2012 tjente flere penge ved at operere forsikringspatienter end ved at behandle offentligt finansierede patienter. Dette år modtog privathospitalerne 785 mio. kr. fra forsikringssekskaberne og 724 mio. kr. fra regionerne.¹⁰

2.1.2 De offentlige hospitaler

De offentlige hospitaler tilbyder behandling indenfor langt flere behandlingsområder end privathospitalerne. Samlet står de offentlige hospitaler for omkring 98 pct. af al aktivitet i sygehusvæsenet (målt ud fra omsætningen).¹¹

Det er regionerne, der har ansvar for driften af de offentlige hospitaler. Regionerne modtager tre former for tilskud til finansiering af driften: Et statsligt bloktilskud (ca. 79 pct.), et statsligt aktivitetsafhængigt tilskud (ca. 3 pct.) og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag (ca. 18 pct.).¹² I 2012 udgjorde de samlede udgifter til de offentlige hospitaler godt 85 mia. kr. Dette svarer til omkring 8 pct. af alle de offentlige udgifter eller knap 55 pct. af de offentlige sundhedsudgifter.¹³

Der er flere modeller for, hvordan regionerne afregner med de enkelte offentlige hospitaler¹⁴. Generelt kan man sige, 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 mellem regionerne og fra hospital til hospital.

⁹ Kilde: CEPOS(2013): Privathospitalerne har mistet hver femte offentlige patient.

¹⁰ Kilde: CEPOS(2014): Privathospitalernes økonomi drives af sundhedsforsikringer.

¹¹ Årsagen til at privathospitalernes markedsandel (1 pct.) og de offentlige hospitalers markedsandel (98 pct.) ikke summer til 100 pct. skyldes bla., at regionernes aftaler indgået under § 79 ikke indgår i de to kategorier.

¹² Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Generelle tilskud til regionerne 2012.

¹³ Kilde: Danmarks Statistik (REGR31 og OFF23).

¹⁴ Kilde: Danske Regioner (2010): 'Styr på regionernes økonomi i 2010'.

For et gennemsnitligt offentligt hospital fungerer det dog således, at de offentlige hospitaler for de første ca. 98 pct. af patienterne¹⁵ (dvs. patienter under en given baseline¹⁶) 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 hospital til hospital og i nogle tilfælde afhængigt af patienttypen. Den aktivitetsafhængige afregning fortsætter, indtil grænsen for baseline er nået. Nogle regioner 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 man gennem denne rammestyrelse at styre trækket på de offentlige sundhedsydelser. Igen varierer det mellem hospitaler og afhænger i nogle tilfælde af patienttypen.

Modellerne for betalingen til de offentlige hospitaler kaldes takststyringsmodeller. Takststyringsmodellen for 2012 fremgår af tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Regionernes takststyringsmodeller for sygehusvæsenet 2012					
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	Kun efter konkret godkendelse af udvidelse	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. indtil loftet.	0 pct.	Diefferen- tieret hhv. 2 og 4 pct.
Syd- danmark	Elektive	Basisbevilling	55 pct.	55 pct.	Differen- tieret krav, samlet 2 pct.
	Akutte Medicinske elektive		0 pct.	0 pct.	
	Særlige ydelser		Visse ydelser afregnes særskilt		
Midt- jylland	Somatisk	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	2 pct.
Nord- jylland	Somatik	Basisbevilling	+/- 50 pct.	0 pct.	2 pct.
	Medicinske indlagte og skadestue- besøg		0 pct.		

Kilde: Danske Regioner (2012): 'Styr på regionernes økonomi i 2012'

¹⁵ De 98 pct. er et skøn baseret på et gennemsnit over udgifterne til behandling i Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden, som opgjort i deres budgetter for 2012.

¹⁶ Baseline er den forventede produktion fratrukket et produktivitetskrav.

Produktionen op til baseline finansieres for fire af regionerne af en basisbevilling, der er baseret på seneste års forbrug tillagt et produktivitetskrav. 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 princippet omkring gennemsnittet på 100 pct. af DRG-taksten. Betalingen på et givent hospital kan dog variere alt afhængigt af hospitalets produktivitet, patientmix, specielle forpligtelser 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 2012 kun af Region Syddanmark, som stadig ikke har loft over den elektive aktivitet. I 2011 valgte de øvrige regioner at omlægge deres modeller ved at indføre lofter, hvilket bør ses som en målrettet indsats for at dæmpe aktivitetsudviklingen.¹⁷

Alle regioner stiller krav til deres hospitaler om, at de hvert år skal øge produktiviteten sammenlignet med sidste år. Det betyder samtidigt, at regionerne hvert år skal levere mere for samme budget.

2.1.3 En sammenligning af priserne

De offentlige hospitaler får således umiddelbart og i gennemsnit en højere betaling pr. patient end privathospitalerne. De offentlige hospitaler får omkring 100 pct. af DRG-taksten, mens privathospitalerne under det udvidede frie sygehusvalg i 2012 fik omkring 85 pct. af DRG-taksten.¹⁸

Når man sammenligner prisen på de offentlige hospitaler, så må man have i 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, herunder udgifter forbundet til opretholdelsen af ledig kapacitet til sikring af udsving i efterspørgslen, uddannelse og forskning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 15-25 pct. af DRG-taksten.¹⁹

Omvendt så har privathospitalerne også omkostninger, som de offentlige hospitaler ikke har. Fx skal privathospitalerne selv stå for afskrivninger og investeringer mv., som ikke er medtaget i beregningen af de offentlige DRG-takster, og privathospitalerne kan ikke få refunderet deres købsmoms eller lønsumsafgift. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 13 pct. af DRG-taksten.²⁰

Endvidere fremhæves det ofte, at det muligvis ikke er de fuldstændig samme patienter, som de offentlige hospitaler og privathospitalerne behandler inden for hver behandlingsgruppe (DRG-gruppe). I litteraturen er det blevet foreslået, at privathospitaler har et incitament til at cream-skimme, dvs. forsøge kun at behandle profitable patienter, hvor den forventede betaling overstiger den forventede omkostning ved behandling. Selvom det er ulovligt at diskriminere

¹⁷ Kilde: Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse.

¹⁸ 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.

¹⁹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

²⁰ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

mellem patienter²¹ og 'dumpe' uprofitable patienter, kan privathospitalerne i teorien afvise patienter ved at sige, at de ikke har den fornødne facilitet til at behandle for alvorlige tilfælde eller ved at overbevise uprofitable patienter om, at de skal søge behandlinger et andet sted. Dette er naturligvis under antagelse af, at de ikke besidder en professionel etik, at de forventer at kunne slippe afsted med dette uden, at det skader deres ry, og at regionerne ikke sætter en stopper for denne cream-skimming.

I den sammenhæng bør to studier fremhæves. Det første studie er et working paper fra Syddansk Universitet.²² Her påpeges det, at det ikke kun er privathospitalerne, der har incitament til at cream-skimme. De offentlige hospitaler har også et incitament til at sende de komplicerede tilfælde (og dermed de uprofitable patienter) videre til den private sektor.²³ Studiet foreslår endvidere, at de offentlige hospitalers og privathospitalernes forsøg på cream-skimming "can cancel each other at least to some extent".²⁴ Endvidere påpeges det, at selektion af patienter er omkostningsfuldt og tager tid, der alternativt kunne bruges til at behandle patienter, hvilket gør det yderligere mindre sandsynligt, at dette er tilfældet.

For det andet viser en analyse fra Dansk Sundhedsinstitut fra 2007, at privathospitalerne ikke "selektorer de letteste patienter" indenfor de enkelte behandlingsgrupper (DRG/DAGS-gruppe). Tværtimod synes de at fokusere på de gennemsnitlige patienter. "De dumper de tunge patienter (...) uden at creame de lette, og således opnår de alt i alt en relativt ensartet produktion i hver af de enkelte grupper" (se også boks 6).²⁵

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 fx 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.

Hvis det fx er tilfældet, at privathospitalerne har lettere patienter, fx fordi de ikke står for alle reoperationer, så må man forvente, at privathospitalerne også har en lavere grad af komplikationer end offentlige hospitaler. Dette er også tilfældet. Dog er det ikke muligt at sige, hvor mange færre komplikationer privathospitalerne i givet fald bør have. Det er derfor heller ikke på den baggrund muligt entydigt at konkludere noget om kvaliteten på privathospitalerne sammenlignet med de offentlige hospitaler.

²¹ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

²² Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

²³ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

²⁴ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

²⁵ Kilde: DSI(2007): Fritvalgsordning og lighed. DSI(2007): Fritvalgsordning og lighed. Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i anden rapport om creaming fandt, at fænomenet cream-skimming eksisterede på privathospitalerne. Efterfølgende udgav Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut dog sammen et notat, hvor de konkluderede, at privathospitalerne ikke benyttede sig af cream-skimming. Med andre ord undsagde de altså den første rapport fra Sundhedsstyrelsen. Kilde: Politiken (2007): Ministerium: Privathospitaler kaprer ikke billige patienter.

Tabel 3. Kvalitetsrapport af offentlige og private sygehuse, 2009 (pct.)

	Offentlig	Privat	Bedst
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
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

Kilde: Dansk Hoftealloplastik Register (2010), Dansk Knæalloplastikregister (2010), Dansk Korsbånds 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 ventetid. På privathospitalerne er der praktisk taget ingen ventetid. På den ene side er det godt med kort ventetid. Det betyder nemlig, at patienterne hurtigt kan få behandling, blive raske og komme tilbage på job. Dette giver en samfundsmæssig besparelse, da samfundet slipper for at udbetale nær så mange sygedagpenge, hvis personerne ikke kan varetage deres job pga. deres lidelse. Omvendt kan man sige, at der måske er patienter, hvis lidelse var gået over med tiden og reelt ikke behøver operation, men som når at blive opereret på et privathospital pga. de manglende ventelister. Måske havde disse patienter opdaget, at de ikke havde behov for operation, hvis de stod i kø til behandling på et offentligt hospital. Endeligt vil det være økonomisk inefficiet for offentlige hospitaler, hvis de ikke havde ventetid, da det vil betyde, at der i mange tilfælde vil stå ubrugt kapacitet ledigt.

2.2 Den juridiske ramme

Den store vækst i antallet af privathospitaler kan bla. tilskrives en ændring af sundhedsloven i 2002. I 2002 vedtog Folketinget nemlig, at patienter har ret til at blive behandlet på et privathospital på det offentlige regning såfremt, at de offentlige hospitaler ikke har mulighed for at tilbyde undersøgelse og behandling indenfor 2 måneder. I oktober 2007 blev behandlingsfristen nedsat til 1 måned. Dette kaldes det udvidede frie sygehusvalg. Fra og med 1. januar 2013 trådte en ny lov om differentieret behandlingsgaranti i kraft. Ifølge denne lov vil behandlingsfristen afhænge af sygdommens alvor. Herved får de mest syge patienter ret til at vælge behandling på private sygehuse og klinikker efter 1 måned (30 dage), hvorimod retten til behandling i privat regi for de mindre syge først udløses, hvis patienten stilles en ventetid på 2 måneder (60 dage) i udsigt.²⁶

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

²⁶ Kilde: CEPOS (2012): Regeringen vil øge ventetiden på behandlinger.

somatiske område²⁷, og den gælder kun de privathospitaler, som har aftale med Danske Regioner, dvs. de såkaldte aftalehospitaler.²⁸

Med indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002 fik regionerne sværere ved at styre deres budgetter. Hidtil var patienter, som regionerne ikke havde råd til at behandle indenfor den nuværende ramme, blevet sat på venteliste. Men nu havde alle patienter ret til behandling indenfor en måned på det offentliges regning.

For at begrænse udgifterne til det udvidede frie sygehusvalg, indførte Folketinget derfor den mulighed, at regionerne ifølge sundhedsloven kan købe sig til ekstra kapacitet hos en privat leverandør af sundhedsydelser (et såkaldt samarbejdshospital), der kan tilbyde behandling inden for tidsfristen. Det er samarbejdshospitalerne, der har udbudsaftaler med regionerne. Tilbydes patienten behandling på et samarbejdshospital inden for behandlingsfristen på 1 til 2 måneder, så bortfalder patientens ret til at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg.²⁹ Dvs. at patienten stadig har et frit valg til at vælge at lade sig behandle på et offentligt hospital fremfor på samarbejdshospitalet, men han kan ikke benytte sig af det udvidede frie valg.

Brugen af udbud begyndte først rigtigt at blive udbredt herhjemme i 2008³⁰, hvor det særligt 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 ventetidspukkel, som konflikten generede, valgte man 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 valgte i betydeligt omfang at gøre dette via udbudsrunder. På denne måde opnåede man betydelige rabatter, hvormed befolkningen fik mere sundhed for pengene.

Det viste sig hurtigt for regionerne, at der var meget at hente på at lave udbud med privathospitalerne.³¹ Allerede i 2009 lå besparelserne på mellem 20 og 50 pct. ifht. de daværende afregningstakster. Da afregningstaksterne i starten af 2009 i gennemsnit lå på 95 pct. af DRG-taksten³², betyder det, at udbudstaksterne i 2009 lå på mellem 48 og 76 pct. af DRG-taksten.³³ Det blev dog på daværende tidspunkt ikke offentliggjort, hvor i intervallet den gennemsnitlige udbudstakst lå. En beregning fra CEPOS viser, at udbudstaksten i 2011 i gennemsnit lå på 48 pct. af DRG-taksten.³⁴

Ifølge 1. april-aftalen fra 2009 mellem Danske Regioner og Regeringen tilkendegav den daværende regering, at den ønskede, at samarbejdet mellem regionerne og de private sygehuse fremover skulle bygge "videre på erfaringerne med udbud af sygehusbehandlinger samt øget anvendelse af strategisk udbud", jf. boks 2. For at man på den måde kan sikre en vis kapacitet, som muliggør, at patienterne har adgang til at benytte det udvidede frie sygehusvalg og sikre, at man får mere sundhed for pengene.

²⁷ 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.

²⁸ Kilde: Danske Regioner: Udvidet frit sygehusvalg (hjemmesiden).

²⁹ Kilde: Oplyst af Sundhedsministeriet.

³⁰ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet(2009): Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse.

³¹ Kilde: CEPOS' interviews med de 5 regioner.

³² 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>

³³ Kilde: Danske regioner (2009): Udbud har givet besparelser på 20-50 pct.

³⁴ Kilde: CEPOS (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

Boks 2. 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.

Det samme fremgik af regeringens interne udredningsarbejde, hvoraf det påpeges, at regeringen gerne ser, at *“regionerne øger anvendelsen af udbud på konkurrenceegnede områder”*³⁵. Men det er gået i stik modsat retning. Selvom udbudstaksterne er faldet yderligere, er brugen af udbud også faldet. Fra 2010-2012 faldt brugen af udbud med 54 pct. fra 290 mio. kr. til 133 mio. kr.

Fra 1. juli 2013 indførte regeringen en ny lov, der forpligter privathospitaler til at tegne en patientskedeforsikring, der dækker eventuelle udgifter til erstatninger for patientskader.

2.3 Konkurrencen mellem de forskellige leverandører

Markedet for sundhedsydelser i Danmark er præget af flere forskellige former for konkurrence. Ifølge Konkurrencestyrelsen³⁶ er de 4 vigtigste former for konkurrence: Målestokskonkurrence, konkurrence gennem frit sygehusvalg, konkurrence gennem private sygeforsikringer 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.³⁷ Endvidere er der i selve DRG-systemet indbygget elementer af målestokskonkurrence. Det skyldes, at prisen på en behandling på de offentlige hospitaler i DRG-systemet måles op imod en relativ målestok, nemlig DRG-taksten, som pr. definition er gennemsnittet af en given behandling på de offentlige hospitaler. Konkurrencen introduceret via DRG-systemet har bidraget til, at prisen på behandlinger i det offentlige er faldet betydeligt siden indførelsen af DRG-systemet i 2000³⁸. Samlet må man vurdere, at den danske målestokskonkurrence er 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 en måned. Det er dog som nævnt ovenfor ikke alle typer behandlinger eller alle privathospitaler, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.

³⁵ Kilde: Sundhedsministeriets interne udredningsarbejde ‘Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse’ version 4/11-2010.

³⁶ Kilde: Konkurrenceredegørelsen fra 2003.

³⁷ Jf. fx Sundhedsministeriets løbende offentliggørelse af produktiviteten i sygesektoren, sundhedskvalitet.dk, kliniskdatabaser.dk og venteinfo.dk

³⁸ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside: sundhed.dk

Siden indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002 og frem til 4. kvartal 2012 har 604.624³⁹ personer benyttet sig af muligheden for frit at vælge et behandlingssted.

Konkurrence via private sygeforsikringer

Konkurrence gennem private sygeforsikringer er endnu en måde, hvorpå der er introduceret konkurrence i sundhedsvæsenet. Det skyldes, at sygeforsikringer er med til at styrke privathospitalerne, som udøver et konkurrencepres på de offentlige hospitaler. Faktisk står patienter henvist via sygeforsikringerne i dag for 38 pct. af privathospitalernes omsætning.⁴⁰ Da privathospitaler er en forudsætning for, at vi kan have et udvidet frit sygehusvalg, og dermed en konkurrence til de offentlige hospitaler, så er sygeforsikringerne indirekte med til at styrke konkurrencen i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at både borgere med og uden sygeforsikringer stilles bedre af ordningen. Dem med sygeforsikringer kan undgå ventetid og hurtigt blive diagnosticeret og behandlet på et privathospital. Dem uden sygeforsikringer kommer hurtigere til på de offentlige hospitaler, da køen er mindre, end den ville have været, da dem med sygeforsikringer ikke længere optager pladser på de offentlige hospitaler. Der har været en stor stigning i antallet af sygeforsikringer. Fx er antallet af sundhedsforsikrede vokset markant fra 140.000 forsikrede i 2002 til ca. 1,5 mio. forsikrede i 2012.⁴¹

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.

Ideen bag udbud er almindeligvis, at man kan få privathospitalerne til at tilbyde behandlinger til en lavere pris, end de ellers ville have gjort, mod at de stilles garanti om et større antal patienter, end de ellers ville have fået.⁴² Desuden bevirker konkurrencen, at prisen presses ned. Udbud og udlicitering er således en god måde at teste, om man får mest ud af de ressourcer, man lægger ind i sundhedsvæsenet.

³⁹ Kilde: ssi.dk, nøgletal om sundhedsvæsenet.

⁴⁰ Kilde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker(2010): Branchestatistik.

⁴¹ Kilde: Oplyst af forsikring og pension.

⁴² I dag er det dog kun Region Sjælland og Region Nordjylland, som i nogle af 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 udbudsafталernes indhold. Dernæst beskrives aftalernes parter. Endeligt beregnes den gennemsnitlige udbudstakst.

3.1 Udbudsafталernes indhold

CEPOS har fra regionerne og privathospitalerne indhentet informationer om alle de nuværende udbudsafталer (for 2012)⁴³. Dvs. at der bl.a. er indhentet oplysninger om udbudsafталernes aftaleparter, om typen af behandling udbudsafталen omhandler, om prisen på behandlinger, antallet af behandlinger der er foretaget samt informationer om forundersøgelse og kontroller, implantater mv., herunder om disse er indeholdt i aftaletaksten. Aftalerne dækker året 2012.

Næværende undersøgelse omfatter 30 aftaler indgået med 25 privathospitaler.⁴⁴ Nogle privathospitaler har således indgået aftaler med flere regioner. Udbudsafталerne dækker over en lang række af forskellige behandlingsområder. Lang de fleste aftaler omhandler ortopædkirurgiske operationer⁴⁵ (dvs. operationer i bevægeapparatet, fx knæ, hofte og ryg), men der er også eksempler på behandlinger inden for fx scanninger og øjenoperationer.

I de aftaler, som er omfattet af nærværende undersøgelse, har privathospitalerne udført ca. 7.500 operationer og 30.000 scanninger⁴⁶. Desuden bør det bemærkes, at for omkring 65 pct. af de konkrete operationer⁴⁷, som regionerne har indgået aftale om, har regionen ikke videresendt nogen patienter overhovedet. Dvs. at der er en masse aftaler, som regionen ikke bruger. Privathospitalerne fortæller, at de har oplevet en nedgang i antallet af patienter behandlet via udbud. Dette understøttes af regnskabstal fra regionerne, jf. tabel 4. Fx har Region Syddanmark helt stoppet deres udbud.

⁴³ CEPOS har begrænset udbudsafталen til at dække operationer (excl. et begrænset antal urologiske undersøgelser, samt behandlinger for søvnapnø og §3 aftaler).

⁴⁴ Der er nogle privathospitaler, som har aftaler med flere regioner.

⁴⁵ De fem mest foretagne behandlinger under udbudsafталerne: Scanninger, Grå stær-operationer, meniskeloperationer i knæet, operationer af scener mm. i hånd og håndled samt ledoperationer i skulder.

⁴⁶ Inkl. i antallet af operationer er også biopsier.

⁴⁷ Dette er eksklusiv scanninger, da vi her ikke har haft tal til at opgøre det.

Tabel 4: Regionernes udgifter til privathospitaler, 2007-2012 (mio. kr.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Samlede udgifter til privathospitalerne	826,6	1.423,0	1.172,0	1.318,1	862,4	695,2
Region Hovedstaden	227,7	393,0	317,9	319,2	240,5	224,6
Region Sjælland	182,0	321,0	241,0	266,0	205,0	168,0
Region Syddanmark	132,0	207,0	228,0	251,0	108,0	56,0
Region Midtjylland	156,0	256,0	184,0	260,0	189,0	145,0
Region Nordjylland	128,9	246,0	201,1	221,9	119,9	101,6
Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)	728,8	1.278,9	905,3	929,3	622,7	510,3
Region Hovedstaden	207,6	371,1	223,0	241,5	175,5	161,1
Region Sjælland	182,0	321,0	241,0	213,0	154,0	126,0
Region Syddanmark	57,0	107,0	79,0	97,0	67,0	45,0
Region Midtjylland	156,0	256,0	184,0	215,0	153,0	112,0
Region Nordjylland	126,2	223,8	178,3	162,8	73,2	66,2
Udbud	73,0	88,5	171,0	290,2	177,4	132,8
Region Hovedstaden	0,0	0,0	52,3	53,0	43,9	42,8
Region Sjælland	0,0	0,0	0,0	53,0	51,0	42,0
Region Syddanmark	73,0	81,0	117,0	117,0	26,0	0,0
Region Midtjylland	0,0	0,0	0,0	45,0	36,0	33,0
Region Nordjylland	0,0	7,5	1,7	22,2	20,5	15,0
Andre sundhedsydelse købt hos private hospitaler	24,8	55,6	95,7	98,5	62,3	52,1
Region Hovedstaden	20,1	21,9	42,6	24,6	21,1	20,7
Region Sjælland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Region Syddanmark	2,0	19,0	32,0	37,0	15,0	11,0
Region Midtjylland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Region Nordjylland	2,7	14,7	21,1	36,9	26,2	20,4

Anm.: Udgifter til § 79 stk. 2 (foreningsejede privathospitaler) er udeladt i tabellen. For Region Syddanmark er ikke medtaget udgifter til udenlandske sygehuse samt patientmobilitetsdirektivet. For Region Sjælland er udbudstallene estimeret på baggrund af en aktivitetsopgørelse baseret på antallet af faktisk behandlede patienter.

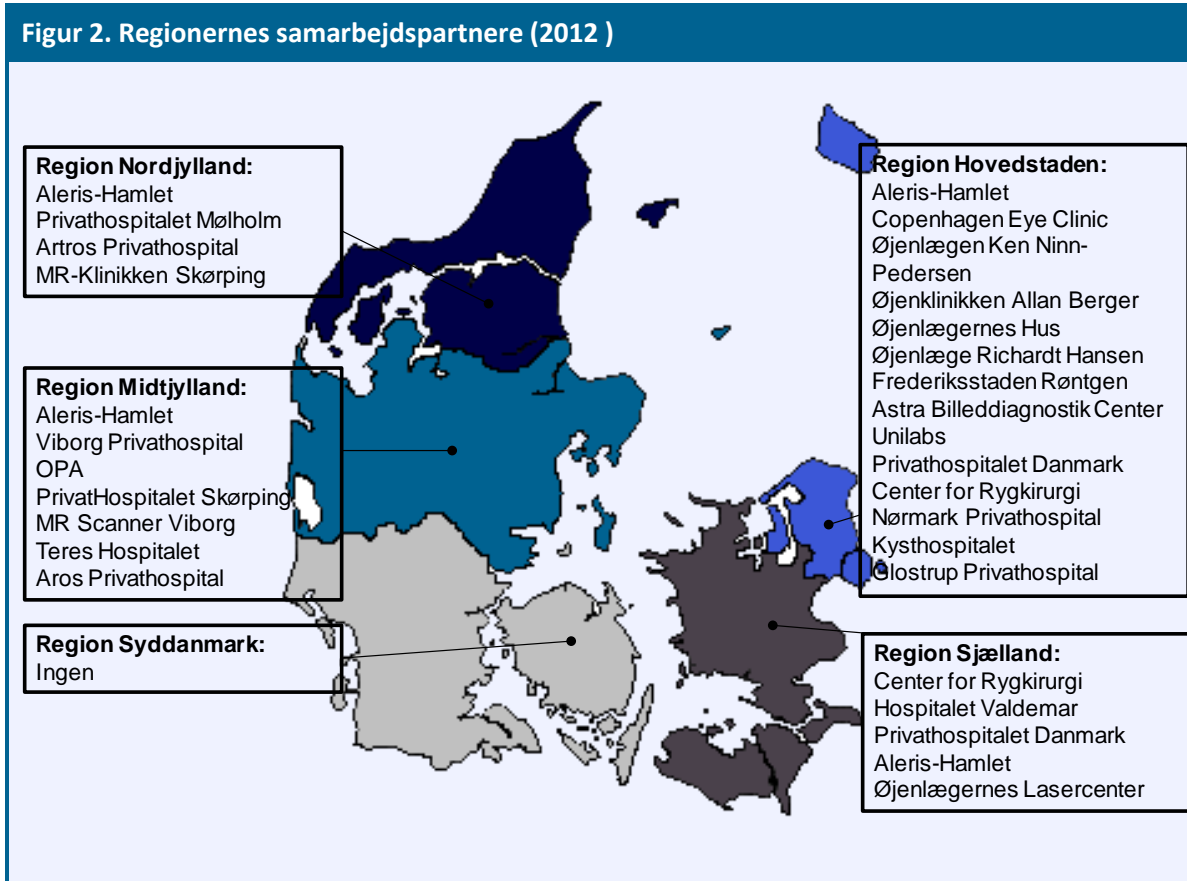
Kilde: Danske Regioner.

I 2012 blev knap 74.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg.⁴⁸ Skal man beregne, hvor meget udbudspatienterne udgør af alle de offentligt finansierede patienter, der sendes til privathospitalerne (defineret som udbudspatienter og patienter under det udvidede frie sygehusvalg), så ligger tallet på 34 pct. (målt ud fra antal patienter). Dette tal er en smule højere end Sundhedsministeriets estimat på 20 pct.⁴⁹

Figur 2 nedenfor viser regionernes samarbejdspartnere.

⁴⁸ Kilde: ssi.dk, nøgletal om sundhedsvæsenet.

⁴⁹ 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.



Anm: Det bør bemærkes, at Privathospitalet Glostrup siden er gået konkurs. Desuden har vi set bort fra urologiske lidelser, søvnapnø og §3 aftaler, hvorfor disse aftalehospitaller 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).

3.2 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 ortopæd- og øjenkirurgi samt scanninger.

Da udbudspatienterne ikke udgør en særligt stor patientgruppe, og idet privathospitalerne ikke tjener særligt godt på udbudspatienterne sammenlignet med de øvrige patientgrupper, er udbudspatienterne ikke af væsentlig betydning for privathospitalernes økonomi. Dog er udbudspatienterne af strategisk betydning for privathospitalerne, idet regionerne i fremtiden potentielt kunne sende mange patienter ud til privathospitalerne på denne måde.

Det er regionerne, der køber ydelser af privathospitalerne. Sammenlignet med de relativt mange udbydere, er det kun de 5 regioner, der reelt indkøber ydelser. Regionerne har dermed en relativ stor købermagt⁵⁰.

⁵⁰ Købermagt beskriver den situation, hvor købersiden på et marked er meget koncentreret. Dette påvirker konkurrenceforholdene på et marked.

Endvidere bør det nævnes, at kvaliteten af den pågældende ydelse er meget vigtig for regionerne, da de i sidste ende er dem, der har ansvaret for at levere en god ydelse til borgerne. Er ydelsen ikke helt i top, kan regionen relativt nemt og omkostningsfrit skifte leverandør.

Endeligt er der transaktionsomkostninger forbundet med udbud. For regionen betyder dette, at der skal være en eller flere ansatte, der undersøger, om de rette udbudsbetingelser er til stede i markedet, udarbejder 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 behandler eventuelle klagesager. Jo mere standardiserede ydelserne er, desto lettere vil det være at udarbejde udbudsmaterialet. 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 regionernes udbudskontrakter 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 og Region Nordjylland har stadig enkelte kontrakter, hvor de lover en fast mængde patienter til privathospitalerne. Man kan dog forestille sig, at hvis regionerne garanterer en minimumsmængde, da vil privathospitalerne kunne tilbyde en endnu mere fordelagtig pris, end de gør i dag.

3.3 Udbudstaksten

Privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst opgøres hverken af regionerne eller Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. CEPOS har derfor indhentet data fra regioner og privathospitalerne for at få belyst disse udbudsftaler særligt med henblik på at beregne den gennemsnitlige udbudstakst. I boks 3 nedenfor gennemgås de forskellige trin i dataindsamlingen.

Boks 3. Dataindsamling

Trin 1: Først fik CEPOS aktindsigt i regionernes udbudsmateriale samt navnet på vinderen af udbuddet. Fra dette materiale kunne CEPOS bla. se hvilke SKS-koder⁵¹, 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.⁵²

Trin 2: Dernæst fik CEPOS af privathospitalerne oplyst for hver SKS-kode den pris, som regionerne og privathospitalerne har indgået aftale om samt den mængde, der var behandlet i 2012. Over 83 pct. af privathospitaler har valgt at bidrage til analysen, og set i forhold til aftalte behandlinger dækker analysen over 93 pct. af markedet. Blandt de hospitaler, der valgte ikke at deltage, var 3 øjenklinikker og 1 privathospital. Den hyppigste forklaring på, hvorfor de ikke ønskede at deltage var, at de var for pressede økonomisk til at bruge tid på andet end deres kerneopgaver.

Trin 3: Endeligt har CEPOS indhentet DUF-takster og DRG-takster fra Danske Regioner og koblet disse til SKS-koderne. Seniorrådgiver og Ph.D. i sundhedsøkonomi Marie Kruse fra IVØ Analyse, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi på Syddansk Universitet har foretaget en kvalitetskontrol af koblingen mellem SKS-koder og DRG-takster.

Kilde: CEPOS.

Der er to tal, der er interessante at beregne på dette grundlag. Det ene er udbudstaksten som andel af DUF-taksten. Det andet er udbudstaksten som andel af DRG-taksten. Det første tal indikerer, om det rent økonomisk ville kunne betale sig at øge andelen af udbudspatienter og tilsvarende reducere andelen af patienter under det udvidede frie valg. Det andet tal viser, hvordan prisen ligger i forhold til den gennemsnitlige omkostning ved offentlige hospitaler. Dette tal kan potentielt indikere, i hvor høj grad det er muligt at få mere sundhed for skattekroneerne ved at lægge flere standardiserede behandlinger ud til privathospitalerne. Det indsamlede data gør det muligt at beregne begge dele. Resultaterne fremgår af tabel 5 nedenfor.

Tabel 5. Privathospitalernes udbudstakst som andel af hhv. DUF-taksten og DRG-taksten

	Vægtet gennemsnit
Udbudstakst som andel af DUF-takst	54,4 pct.
Udbudstakst som andel af DRG-takst	43,1 pct.

Anm: I tabellen er tallene vægtet i forhold til antallet af behandlinger inden for de enkelte SKS-koder.

Kilde: CEPOS.

Af tabellen fremgår det, at udbudstaksten i 2012 umiddelbart udgjorde 54,4 pct. af DUF-taksten og (med den usikkerhed, der ligger i en sammenligning af DRG-takster og udbudstakster) 43,1 pct. af DRG-taksten (begge vægtede gennemsnit i forhold til antallet af behandlinger inden for de enkelte SKS-koder). Dette indikerer umiddelbart, at der kunne være et uudnyttet potentiale ved at øge udbud på sygehusområdet. Det ser vi nærmere på i næste afsnit.

Til beregningerne knyttes følgende tre kommentarer.

Generelt synes det indsamlede udbudsdata at afspejle de behandlinger, privathospitalerne almindeligvis foretager. Beregnes DUF-taksten som andel af DRG-taksten på baggrund af det foreliggende udbudsdata, så ligger det uvægtede gennemsnit på 78,1-81,5 pct. af DRG-taksten⁵³,

⁵¹ SKS-koder er Sundhedsvæsnets officielle KlassifikationsSystem, som bruges til at beskrive sundhedsydelse og anvendes ved registrering af patientdata. SKS-koderne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

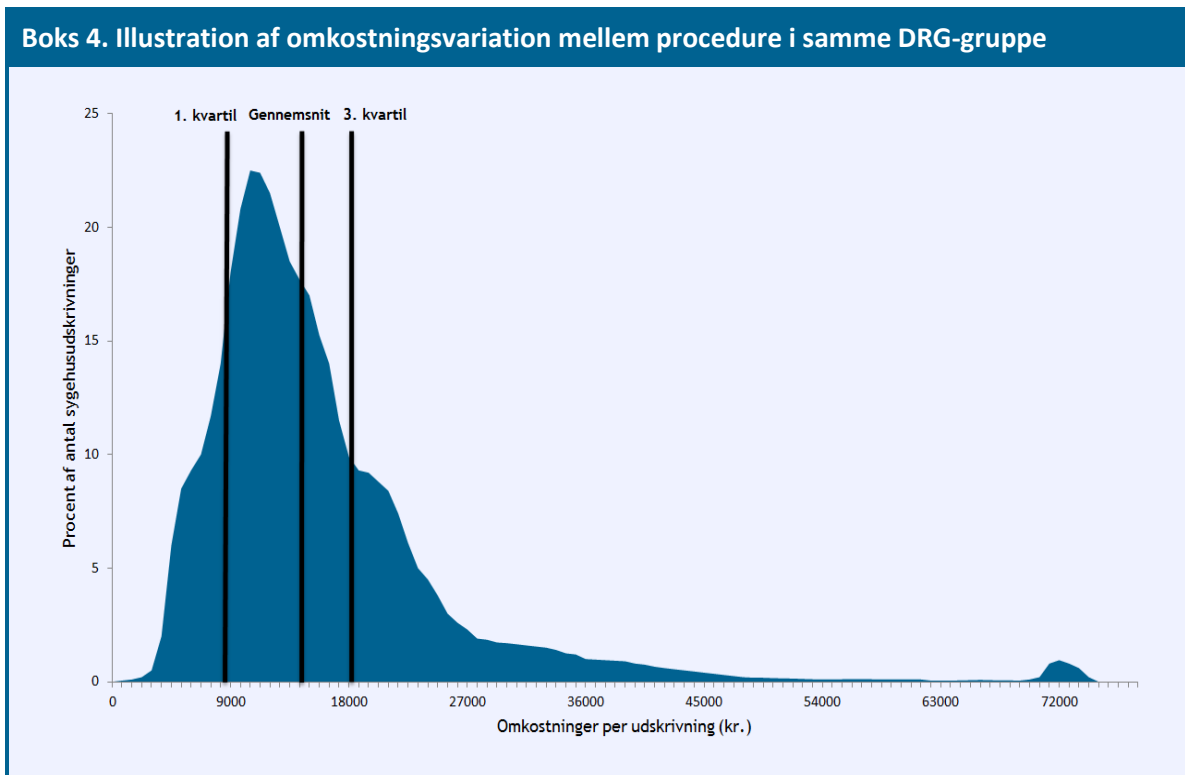
⁵² CEPOS har dog udeladt enkelte behandlinger, herunder urologiske lidelser, søvnapnø og §3 aftaler.

⁵³ Gennemsnittet er opgjort som et interval mellem den minimale eller maksimale DUF-takst er benyttet, dvs. alt efter om DUF-taksternes +-priser og /-priser mv. er medtaget.

mens det vægtede gennemsnit ligger på 80,9-84,2 pct. af DRG-taksten. Til sammenligning lå DUF-taksten som andel af DRG-taksten på alle offentligt finansierede behandlinger udført på privathospital, dvs. både behandlinger udført under udbud og under det frie udvidede sygehusvalg, ifølge beregninger fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på 85 pct. af DRG-taksten.⁵⁴

I de antagelser, der ligger til grund for beregningen af den gennemsnitlige udbudstakst, er de mest konservative skøn konsekvent benyttet, så den potentielle besparelse ved at benytte et privathospital ikke overdrives pga. beregningsmetoderne. For en detaljeret beskrivelse af dette se da appendiks.

I relation til sammenligningen mellem privathospitalernes udbudstakster og de offentlige hospitalers DRG-takst bør det fremhæves, at sammenligningen er behæftet med en vis usikkerhed. Det skyldes, at DRG-taksten er en gennemsnitsomkostning, som er beregnet over alle de procedure (behandlinger), der indgår i den pågældende DRG-gruppe, mens udbudstaksten er en egentlig markedspris for en given behandling. Nedenfor illustreres den omkostningsvariation der kan forekomme mellem procedure i samme DRG-gruppe, jf. boks 4.



Kilde: CEPOS.

Hvis privathospitalerne cream-skimmede, dvs. forsøgte udelukkende at behandle patienter, hvor den forventede betaling oversteg den forventede omkostning ved behandling (dvs. at privathospitalerne alene forsøgte at behandle patienter hvis omkostning lå under gennemsnittet), så skulle der tages højde for dette i takstsammenligningen idet de offentlige hospitalers og privathospitalers gennemsnitlige patient ville have en forskellig gennemsnitsomkostning. Et studie fra DSI konkluderer dog⁵⁵, at privathospitalerne fokuserer på de gennemsnitlige patienter, dvs. at de 'dumper' de omkostningstunge patienter, men stort set aldrig creamer de lettere patienter, hvorfor privathospitalernes gennemsnitsomkostninger svarer til de offentlige hospitalers gennemsnitsomkostninger indenfor DRG-taksten, jf. boks 5. Dette

⁵⁴ Kilde: Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse.

⁵⁵ Kilde: DSI(2007): Fritvalgsordning og lighed.

studie understøtter, at det er rimeligt at foretage en sammenligning mellem udbudstaksten og DRG-taksten.

Boks 5. DSI's analyse af om privathospitalerne cream-skimmer

En analyse fra DSI viser, at:

- Der er tilstrækkelig omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne til, at der er grundlag for en selekteringsstrategi. Variationen er dog stor mellem grupperne. I nogle grupper er der rig mulighed for selektering. I andre er der så godt som ingen åbning for en sådan utilsigtet adfærd.
- Privathospitalerne har en lavere variation i de forventelige omkostninger inden for hver af grupperne. Privathospitalerne koncentrerer sig om færre procedurer i de enkelte grupper end de offentlige sygehuse og de udvalgte procedurer er ydermere kendetegnet ved en ensartet omkostningstygde. Dette kan delvis forklares ved at privathospitalerne er mindre enheder og har en lavere produktionsmæssig volumen end de offentlige sygehuse.
- Ud af 22 undersøgte DRG- og DAGS- grupper var der i 9 grupper omtrent ingen forskel på de offentlige og de private sygehuses forventelige gennemsnitsomkostninger. For 5 grupper var de forventelige omkostninger ved privathospitalerne lavere end på de offentlige hospitaler. Og i 8 tilfælde var de forventelige omkostninger på de offentlige hospitaler højere end på privathospitalerne. Dette får DSI til at konkludere, at der ikke er grundlag for en generel konklusion om, at aftalesygehusene selekterer, dvs. at aktiviteten på aftalesygehusene i de undersøgte DRG- og DAGS-grupper er forbundet med lavere forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse.

På den baggrund konkluderer DSI, at privathospitalerne og de offentlige sygehuses "aktivitet i de 22 DRG- og DAGS-grupper indikerer, at aftalesygehusene [privathospitalerne] ofte dumper patienter, som kræver tungere procedurer, hvorimod de stort set aldrig creamer de lettere patienter. Der tegner sig således et billede på tværs af grupperne af, at de private sygehuse i de tilfælde, hvor de adskiller sig fra de offentlige, har en under-andel af patienter i både den letteste og den tungeste ende af omkostningsspektret."

Og de tilføjer. "Dette mønster resulterer nogle gange i, at de forventelige omkostninger på aftalesygehusene bliver lavere på de offentlige sygehuse. Oftere resulterer det i det modsatte." Privathospitalerne fokuserer altså på de gennemsnitlige patienter.

Kilde: DSI(2007): Fritvalgsordning og lighed.

Desuden bør det fremhæves, at udbudstaksterne ikke blot ligger under DRG-taksten. Faktisk ligger 80 pct. af udbudstaksterne også under 1. kvartil i den omkostningsfordeling, der danner grundlag for beregning af DRG-taksten.⁵⁶ Dette indikerer, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster - selv når man tager højde for, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er underlagt forskellige rammevilkår.

⁵⁶ Og 14 pct. af udbudstaksterne ligger under minimumsprisen for DRG-taksterne.

4. POTENTIALT VED ØGET BRUG AF UDBUD

I dette afsnit belyses potentialet ved øget brug af udbud på sundhedsområdet. Afsnittet falder i tre dele. Først beskrives brugen af udbud i dag. Dernæst beskrives den potentielle gevinst ved at sende flere patienter i udbud. Endeligt beskrives mulige forklaringer på, hvorfor udbud ikke bruges mere i dag.

4.1 Udbud bruges som bufferkapacitet

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

"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.

I Frankrig har man valgt en helt anden tilgang til privathospitalerne, jf. boks 6.

Boks 6. 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 typisk af mindre kirurgiske indgreb.

Til forskel fra Danmark, så er det franske sundhedsvæsen forsikringsbaseret. Endvidere har man opbygget 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. Mens andelen i Danmark er omkring 1 pct. af sygehuskapaciteten, er andelen af privat kommerciel drift i Frankrig omkring 24 pct.

I Frankrig er udgifterne pr. patient dog generelt højere end i Danmark. 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 og Drees(2012): Le panorama des établissements de santé.

4.2 Gevinst ved at sende flere patienter i udbud

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

4.2.1 DUF-patienterne

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, så koster patienter, der sendes ud via det udvidede frie sygehusvalg til en af regionens aftalehospitalet, i gennemsnit 85 pct. af DRG-taksten⁵⁷ (2012-data). Dette er typisk patienter, som det offentlige ikke selv har kapacitet til at behandle indenfor 1 til 2 måneder.

Alternativt kunne regionerne allerede i det øjeblik, de indser, at de ikke har mulighed for at behandle den pågældende patient indenfor 1 til 2 måneder, vælge at tilbyde patienten behandling på en af regionens samarbejdssygehuse, som regionen har indgået en udbudsaftale med. I det tilfælde ville de første mange patienter i gennemsnit koste regionen 43 pct. af DRG-taksten.

Boks 7 angiver et eksempel på de besparelser, regionerne kan hente via udbudsaftaler.

Boks 7. Region Midtjylland henter store besparelser på udbudsaftale.

Ifølge Produktivitetskommissionen har man i Region Midtjylland hentet store besparelser ved at lade den private klinik MR Scanner Viborg overtage godt 10.000 scanninger årligt til en pris, der svarer til mellem 30-40 pct. af DUF-taksten. Samtidig er MR Scanner Viborg forpligtet til at foretage scanningerne inden for otte hverdage.

Aftalen blev indgået i 2011 og løb oprindelig i to år med et årligt forventet antal scanninger på 6.500, men i 2013 blev kontrakten forlænget i yderligere 2 år, alt imens at antallet af scanninger blevet justeret op til 10.500.

Kilde: Produktivitetskommissionen (2014): Offentlig-privat samarbejde om velfærd, casesamling.

Det bør her bemærkes, at det er uvist om privathospitalerne kan fastholde en pris på 43 pct. af DRG-taksten, hvis fx samtlige DUF-patienter i stedet sendes ud til privathospitalerne via udbudsaftaler. Det skyldes, at de 43 pct. af DRG-taksten muligvis kun dækker privathospitalernes variable omkostninger. Hvis dette er tilfældet, så betyder det, at privathospitalerne får dækket alle deres faste omkostninger (fx udgifter til bygninger og maskiner) gennem behandlinger af de øvrige patienttyper (fx private patienter, forsikringspatienter og patienter henvist via det udvidede frie sygehusvalg). 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. Isoleret set vil dette betyde, at udbudstaksten på 43 pct. af DRG-taksten langsomt vil øges.

Denne effekt vil dog blive modvirket af, at en stigning i antallet af patienter vil styrke privathospitalernes stordriftsfordele, hvorved de vil kunne effektivisere både deres indkøb og produktion, hvilket isoleret set vil reducere udbudstaksten yderligere. Antager man, at den

⁵⁷ 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?).

første effekt er størst, må man samlet set forvente, at udbudstaksten på længere sigt vil ende et sted mellem 43 og 85 pct. af DRG-taksten.

Antages det, at udbudstaksten på 43 pct. alene dækker de variable omkostninger, da skal man tillægge de faste omkostninger for at få et langsigtet estimat for, hvilken takst privathospitalerne vil kunne behandle patienterne for. Da de faste omkostninger (ekskl. løn) for et gennemsnitligt privathospital på lang sigt udgør omkring 25 pct. af alle omkostninger⁵⁸, da vil et kvalificeret skøn være, at den langsigtede DRG-takst lander på omkring 57 pct. af DRG-taksten ((43/75 pct.)*100 pct., dvs. udbudstaksten inkl. de faste omkostninger). Dette synes stadig væsentligt lavere end den gennemsnitlige takst på de offentlige hospitaler.

I 2012 blev knap 74.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg⁵⁹ til en takst, der ligger på omkring 85 pct. af DRG-taksten. Det kostede samlet set samfundet ca. 500 mio. kr. (jf. tabel 4). Var alle disse patienter - i det omfang det er muligt - blevet behandlet via udbudsftaler til en gennemsnitlig takst på 57 pct. af DRG-taksten, havde det kostet samfundet godt 340 mio. kr. Der er således en potentiel besparelse på ca. 170 mio. kr. ved at øge brugen af udbud.

Det skal bemærkes, at der er en vis modstrid mellem udbudsftalerne og det udvidede frie sygehusvalg. Årsagen er, at patienten ved udbud de facto fratages muligheden for frit at vælge privat leverandør.⁶⁰

4.2.2 De almindelige offentlige patienter

En anden måde, hvorpå regionerne muligvis kan spare penge, er ved på sigt at sende flere almindelige offentlige patienter ud til privathospitalerne via udbudsftaler.

For når man på lang sigt skal planlægge, hvor en given produktion udføres mest effektivt, så skal man sammenligne gennemsnitsomkostninger. På de offentlige hospitaler koster en behandling i gennemsnit 100 pct. af DRG-taksten. Til sammenligning koster en tilsvarende behandling under udbud i gennemsnit maksimalt 57 pct. af DRG-taksten.

I denne sammenligning skal man selvfølgelig tage højde for, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er underlagt forskellige rammevilkår. Fx har de offentlige hospitaler modsat privathospitalerne også akutfunktion, forskning og uddannelse. Hvorimod privathospitalerne fx har udgifter til købsmoms, lønsumsafgift og forrentning og afgifter. Som redegjort for i afsnit 2.1.3 svarer forskellen til omkring 13 pct. af DRG-taksten i de offentlige hospitalers favør.⁶¹ Og selv når man tager højde for disse forskelle, synes prisforskellen markant. Dette indikerer, at der på sigt kan være betydelige besparelser at hente, hvis de offentlige hospitaler nedskalerer den offentlige produktion og i stedet øger brugen af udbud på sundhedsområdet eller inviterer privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler.⁶²

⁵⁸ Dette skøn er baseret på en beregning baseret på 5 privathospitalers regnskabsoplysninger samt et interview med 5 andre privathospitaler af forskellig størrelse. Faste omkostninger er defineret som omkostninger til bygninger, maskiner, og administration (ekskl. lønninger).

⁵⁹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Tal på sundhed. I 2010 blev 116.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg.

⁶⁰ Kilde: Kjeld Møller Pedersen og Mickael Beck (2003): Konkurrence er et middel, ikke et mål - en kommentar til kapitel 7 i Konkurrenceredegørelsen.

⁶¹ Kilde: Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

⁶² Lægges flere af de gennemsnitlige og simple operationer ud til privathospitalerne, vil det endvidere bevirke, at opdelingen af de simple og de komplicerede operationer i sundhedssektoren bliver endnu mere markant. Når man opdeler de simple og komplicerede behandlinger, kan man forvente, at det har en positiv effekt på effektiviteten. Det bliver i endnu højere grad muligt at forsimple arbejdsgangene, således at vi kan bruge de eksisterende ressourcer mere effektivt samt frigøre ressourcer til at skabe værditilførende aktivitet andetsteds. Ved bedre lederskab og samarbejde, kan vi få mere output for de samme ressourcer.

Hvis man på kort sigt skal vurdere, om det kan betale sig at lægge flere behandlinger ud til privathospitalerne skal man sammenligne marginalomkostninger. Hverken de offentlige gennemsnitlige marginalomkostninger eller privathospitalernes marginalomkostninger er dog umiddelbart tilgængelige. For mere om dette se da afsnit 4.3.1.

4.2.3 Effekten på de offentlige hospitaler

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

Det første, der vil ske er, at DRG-taksten stiger. Dette skyldes, at DRG-taksten pr. definition er bestemt 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 lettere, elektive (og dermed også billigere) operationer vil blive flyttet ud til privathospitalerne, så vil en gennemsnitlig omkostning for en operation på det offentlige hospital blive dyrere. Det skyldes, at de faste omkostninger til fx forskning, uddannelse og akutfunktion⁶³ ikke vil blive fjernet fra takstgrundlaget. I stedet vil disse omkostninger blive spredt over færre operationer. DRG-taksten vil derfor stige. Det behøver dog ikke at være negativt. Det tyder bare på, at det er de komplicerede (og dermed dyrere) operationer, der er tilbage på de offentlige hospitaler. Specialiseringen er således også øget i sygehusvæsenet.

Som parentetisk indskud bør det her bemærkes, at det er centralt, at regionerne ikke (som de nogle gange gør) bør indgå aftaler med privathospitalerne, i hvilke afregningen er defineret som en andel af DRG-taksten. Gør de det, da vil der ikke være noget sparet, idet DRG-taksten vil stige, som flere operationer lægges ud.

At DRG-taksten stiger, påvirker dog ikke i sig selv omkostningen for en given operation. Den koster det samme, som den hele tiden har gjort. Fx vil en kompliceret rygoperation koste fuldstændigt det samme som tidligere, selvom en simpel rygoperation flyttes ud til privathospitalerne.

Hvis mange flere behandlinger med tiden sendes videre til privathospitalerne, vil de offentlige hospitaler fx opleve et tab af stordriftsfordele, som formentligt vil påvirke operationsomkostningen. Dvs. i det øjeblik, hvor der flyttes så mange patienter, at gevinsten vundet ved arbejdsdelingen opvejes af ulemperne (som fx tab af stordriftsfordele ved indkøb af implantater eller personaleudnyttelse), bør man formentligt ikke flytte flere operationer ud til privathospitalerne.⁶⁴ Denne risiko for tab af stordriftsfordele kan dog delvist imødegås ved at tillade, at privathospitaler opretter sig som "afdelinger" på de offentlige hospitaler (private wings). Man vil således stadig have gevinsten ved stordriftsfordele samtidigt med en lean produktion.

Endeligt er det helt oplagt, at man fx i forbindelse med de nye sygehusbyggerier (men også i forbindelse med de eksisterende sygehuse) overvejer, om man med fordel kan lade private aktører etablere sig som 'private wings'. Fx kunne man lade offentlige og private aktører via udbud kappes om, hvem der bedst og billigst kan levere de helt simple offentlige finansierede sundhedsydelsler.

⁶³ 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.

⁶⁴ Man kan også argumentere for, at der er behov for at beholde et vist antal behandlinger på de offentlige hospitaler af hensyn til hospitalets uddannelsesforpligtelse, og for at de offentlige læger kan fastholde en vis rutine. Dog kan man ikke afvise, at privathospitalerne ville kunne overtage dele af uddannelsesforpligtelsen, hvis de får en passende kompensation herfor, og at man ville kunne opretholde muligheden for, at det offentlige hospitals læger kan fastholde en vis rutine, hvis behandlingerne med tiden blev samlet på færre offentlige hospitaler end i dag.

4.2.4 Ekstra gevinst: Øget konkurrencepres i hele sundhedsvæsenet

Som tidligere nævnt 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, så sikrer vi, at vi får mest sundhed for skattekroneerne. Hvis det er de private aktører, som kan udføre disse behandlinger bedst og billigst, så er det de private aktører, der bør have 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 dette 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 bidrage til effektivitetsgevinster i hele sundhedsvæsenet.

På linje med konkurrenceredegørelsen fra 2003 er det derfor vores vurdering, at der er et potentiale for højere effektivitet og øget besparelse gennem en mere udbredt brug af udbud. Potentialet er størst for standardiserede sygehusydelser.

4.3 Hvorfor sendes der ikke mere i udbud?

Som anført ovenfor, så er der potentielt store økonomiske gevinster ved at sende flere patienter i udbud. Af nedenstående tabel fremgår det, at taksten for de offentlige hospitaler ved selv at behandle patienterne er omkring 100 pct. af DRG-taksten. Taksten ved at sende patienter ud via det udvidede frie sygehusvalg er 85 pct. af DRG-taksten, mens prisen ved at sende patienter ud via udbud er 43 pct. Jf. tabel 6 nedenfor.

Tabel 6. Prissammenligning (2012)		
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		
	85 pct. af DRG-taksten	For alle patienter
Udbud	43 pct. af DRG-taksten	For alle patienter, givet at alle omkostninger er dækket. Hvis kun de variable omkostninger er dækket, vil taksten med tiden stige til 57 pct.

Kilde: CEPOS.

Der er dog ikke særlig mange operationer, der sendes i udbud. Sammenlignet med alle offentlige behandlinger, der sendes til privathospitalerne, er det kun omkring 34 pct., der sendes via udbud, og holdt op mod alle de offentlige patienter er det langt under 1 pct., der sendes til privathospitalerne via udbud. Det kan der være flere årsager til.

4.3.1 Regionerne kan behandle billigere på marginalen

Som det er i dag, så sker afregningen af sygehusaktiviteten fra staten til regionerne med 100 pct. af DRG-taksten under baseline og op til 70 pct. af DRG-taksten for meraktivitet. Afregningen mellem regionens hospitaler sker som udgangspunkt til gennemsnitsomkostningerne (100 pct. af DRG-taksten) for almindelige patientvandringer⁶⁵. Regionerne har dog indgået en hensigtserklæring, der betyder, at regionerne ved forbigående problemer på hoved- og regionsfunktionsniveau hjælper hinanden i det omfang, det er muligt, og at afregningen for disse patienter efter konkret aftale reduceres til 70 pct. af DRG-taksten.⁶⁶ Dvs. uanset hvilken pris, som regionen har aftalt med den private leverandør, så 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, så 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.⁶⁷

Denne sammenligning mellem udbudstaksten og marginalomkostningerne er dog ikke nødvendigvis rimelig. For det første kan regionernes lave marginalomkostninger afspejle, at der er for meget kapacitet på de offentlige hospitaler. Dette taler for, at regionerne bør byde privathospitalerne indenfor og fx oprettet sig som "private wings" - præcis som Region Sjælland har gjort. For det andet benyttes den sammenligning af marginalomkostninger kun, når man skal planlægge produktion på kort sigt, ligesom det er uvist, om udbudstaksten er en marginalomkostning. Når man på lang sigt skal planlægge en produktion, så skal man sammenligne gennemsnitsomkostninger. Dvs. de 100 pct. af DRG-taksten med udbudstaksten på maksimalt 57 pct. - korrigeret for forskelle i rammevilkår naturligvis. Det kan derfor sagtens være, at det kan betale sig for regionen at nedskalere den offentlige produktion og købe mere fra privathospitalerne eller invitere privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler.

4.3.2 Regionernes forsyningspligt

Som det er i dag, er det regionerne, der i sidste ende 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, så vil regionen ikke kunne opfylde sin forsyningspligt. Derfor er der behov for, at regionen holder en vis mængde i eget regi. Dog er der lang vej til, at man står i denne situation. Husk på, at privathospitalernes markedsandel i dag kun samlet set udgør 1 pct. af alt offentligt finansieret aktivitet.⁶⁸

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

En anden årsag til ikke at sende mere i udbud kunne baseres 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, så 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

⁶⁵ For patienter på højt specialiseret niveau er taksten fastsat til de faktiske omkostninger inkl. forrentning og afskrivning af den faste kapital på den konkrete udførende afdeling.

⁶⁶ Kilde: Danske Regioner m.fl. (2013): Mellemlig regional afregning på sundhedsområdet og Danske Regioner(2011): Patientforløb mellem regionerne - hensigtserklæring.

⁶⁷ Kilde: Sundhedsministeriets interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010.

⁶⁸ Indenfor enkelte områder har privathospitalerne dog en betydelig større markedsandel. Indenfor sygdomme i øje og øjenomgivelser udgjorde privathospitalernes markedsandel i 2011 10,3 pct. Og inden for sygdomme i knogler, muskler og bindevæv samt indenfor endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme fyldte de 5,9 pct.

argument, hvis man tillader en ikke effektiv brug af sundhedsressourcerne med henvisning til, at bygningerne er en sunk cost⁶⁹.

4.3.4 Stærekasseeffekten

Muligvis så 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 udbudsftaler. 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.⁷⁰ Dog har vi længe haft udbud på de offentlige hospitaler, når det kommer til rengøring, IT og ambulancekørsel.

Endeligt kan det være, at det skyldes politiske hensyn, at behandlingerne ganske enkelt ikke sendes i udbud. Denne forklaring har CEPOS fået fra flere af regionerne.

⁶⁹ 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 maskine er det, man vil kalde sunk.

⁷⁰ Kilde: Konkurrenceredegørelsen 2003.

4. KONKLUSION OG POLITIKANBEFALING

I denne analyse beregnes privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst under regionernes udbudsaftaler for 2012. Resultatet af analysen er, at regionerne i gennemsnit betaler 43 pct. af DRG-taksten for en behandling foretaget på et privathospital. Og selv når man tager højde for forskellen i offentlige hospitalers og privathospitalers rammevilkår, synes ovenstående tal at indikere, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster. Således kunne regionerne måske med fordel sende lidt flere behandlinger ud til privathospitalerne.

En udbudstakst i 2012 på 43 pct. af DRG-taksten markerer et prisfald sammenlignet med en tidligere CEPOS-opgørelse, hvor udbudstaksten i 2011 lå på 48 pct. af DRG-taksten. Til trods for dette prisfald bruges udbudsaftaler med privathospitalerne mindre og mindre, og i dag er privathospitalernes samlede markedsandel faldet til 1 pct. Dette kunne indikere, at det kunne skyldes ideologiske årsager, når regionerne trækker behandlinger tilbage på offentlige hænder.

I lyset af at udbudstaksten er faldet til 43 pct. af DRG-taksten og i lyset af, at privathospitalerne trods dette bruges mindre og mindre, anbefales det, at man indfører en udbudspligt på standardiserede behandlinger, dvs. lader privathospitalerne og de offentlige hospitaler kappes om at levere behandlinger bedst og billigst. Hvis de offentlige hospitaler viser sig at være bedst og billigst, skal de udføre behandlingerne. Hvis privathospitalerne viser sig at være bedst og billigst, skal behandlingerne udføres på privathospitalerne. Det anbefales endvidere, at Konkurrencestyrelsen overvåger markedet og udsteder bøder, hvis denne udbudspligt ikke overholdes eller hvis privathospitaler eller offentlige hospitaler skulle sætte kunstigt lave priser for at vinde markedet. Dette vil sikre, at skatteyderne får mest mulig sundhed for skattekroneerne, dvs. at flest muligt kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.

APPENDIKS

For at kunne lave en retvisende sammenligning mellem udbudstakster, DUF-takster og DRG-takster, er det nødvendigt at korrigere for, at taksterne indeholder forskellige udgifter. I analysen er der hele vejen igennem lagt en konservativ linje i forhold til beregningen af udbudstaksternes andel af hhv. DUF-taksterne og DRG-taksterne. Dvs. at der gennemgående i alle udregninger er valgt de højest mulige udbudstakster og de lavest mulige DUF- og DRG-takster, så den fundne besparelse ved at benytte sig af udbud bliver mindst mulig.

Sammenligning mellem udbuds- og DUF-takster

Fælles aftalerne indgået om udbud og under det frie udvidede sygehusvalg er, at de er indgået på SKS-kodeniveau. Derfor er udbuds- og DUF-taksterne lette at koble til hinanden. Da udbuds- og DUF-takster både kan være behandlingstakster (hvor forundersøgelse og/eller efterbehandling *ikke* er inkluderet i prisen) og forløbstakster (hvor forundersøgelse og/eller efterbehandling er inkluderet i prisen) har det i beregningen af udbudstaksternes andel af DUF-taksterne været nødvendigt at foretage en korrektion, så de to typer takster er sammenlignelige. Dvs. så behandlingstakster sammenlignes med behandlingstakster og forløbstakster sammenlignes med forløbstakster. I de tilfælde, hvor der ikke har været overensstemmelse mellem, hvorvidt begge takster enten var behandlingstakster eller forløbstakster, er den takst, der var en behandlingstakst, blevet korrigeret til en forløbstakst. Årsagen til, at alle takster ikke er gjort til enten behandlingstakster eller forløbstakster er, at der ud fra et forsigtighedsprincip ønskes at påvirke det originale datasæt så lidt som muligt.

Særligt for DUF-taksterne er, at de i nogle tilfælde indeholder en ekstra takst, det kan fx være en +-takst, som bruges, når der har været speciallæger involveret. I beregningerne har vi derfor hhv. regnet med en minimums DUF-takst og en maksimums DUF-takst. Da vi er interesseret i at foretage konservative besparelsesberegninger, benyttes minimum DUF-taksterne, når vi sammenligner hvor meget lavere udbudstaksterne er i forhold til DUF-taksterne. Omvendt benytter vi os af maksimum DUF-taksterne til, når vi ser på hvor meget lavere DUF-taksterne er sammenlignet med DRG-taksterne. Beløbene er dog så små at det ikke gør den store forskel.

Sammenligning mellem udbuds- og DRG-takster

Mens DUF-aftalerne og udbuds-aftalerne indgås på SKS-kodeniveau, er DRG-systemet baseret på DRG-koder. Det specielle ved dette er, at en DRG-gruppe består af flere forskellige SKS-koder. Derfor kræver en sammenligning mellem DRG-systemet og de to andre takstsystemer, at man kobler SKS-koderne med DRG-koderne. I dette notat er koblingen mellem SKS-koder og DRG-koder blevet kvalitetskontrolleret af seniorrådgiver og Ph.D. i sundhedsøkonomi Marie Kruse fra IVØ Analyse, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi på Syddansk.

Hvad angår DRG-taksterne er alle taksterne behandlingstakster, så de er ikke inklusive forundersøgelse og/eller efterbehandling, og det er derfor også nødvendigt at korrigere DRG-taksterne i de tilfælde udbudstaksten er en forløbstakst, så DRG-taksten også bliver en forløbstakst. Det sker i beregningerne ved, at de tillægges taksten for forundersøgelse og efterbehandling. Ud fra et forsigtighedsprincip tillægges højest 1 forundersøgelse og 1 efterbehandling til DRG-taksten. Også selvom der blev udført flere forundersøgelser og efterbehandlinger på privathospitalerne.

Endvidere indeholder DRG-taksterne omkostninger til implantater. For at gøre data sammenligneligt tillægges implantatprisen til udbudstaksten i de tilfælde, hvor den afregnes særskilt. Derfor er der indhentet oplysninger fra alle privathospitalerne om, hvor meget udgifterne til proteser og implantater beløber sig til ved hver enkelt ydelse, og hvorvidt disse afregnes særskilt.