

CEPOS

Henrik Christoffersen og Karsten Bo Larsen

Omkostningsniveauet i offentlig og privat produktion af sygehusydelse

Fakta og fremtidsperspektiver

CEPOS arbejdspapir nr. 3



CEPOS' publikationer er gratis tilgængelige for alle online på www.cepos.dk, men kan også bestilles i trykt form gennem CEPOS forlaget,

Landgreven 3, 3. sal, 1301 København K

Telefon: 33 45 60 30 eller fax: 33 45 60 45

E-mail: info@cepos.dk

© Copyright: 2009 CEPOS, Henrik Christoffersen og Karsten Bo Larsen

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til CEPOS.

© Copyright omslag: 2009 CEPOS

© Omslagslayout: CEPOS

Tryk: CEPOS Forlaget

Forlag: CEPOS Forlaget

Oplag: 75

ISBN nr.: 978-87-92581-02-0

September 2009

Omkostningsniveauet i offentlig og privat produktion af sundhedsydelser

Fakta og fremtidsperspektiver

Henrik Christoffersen
Karsten Bo Larsen

CEPOS Arbejdspapir nr. 3
September 2009

Indhold

1. Sammenfatning	7
2. Betydelige besparelser ved udbud blandt private leverandører af sundhedsydelser	8
3. Fakta om priser på sundhedsydelser i den offentlige og private sektor	9
4. Frit valg, udbud og omkostningseffektivitet – mål, midler og incitamenter	13
5. Fremtidige udfordringer og muligheder	16
6. Referencer.....	19
7. Bilag – citater	21

1. Sammenfatning

Regionerne har i efteråret 2008 og foråret 2009 opnået markante besparelser ved udbud af sundhedsydelser til private leverandører. Dette notat analyserer perspektiverne ved den nye viden omkring omkostningsniveauet i sygehussektoren, som disse udbud af en række sygehuseydelser til private leverandører har frembragt.

Det er ikke umiddelbart muligt at opgøre sammenlignelige priser for de enkelte behandlingstyper på henholdsvis offentlige og private sygehuse, hvilket hovedsagelig skyldes den valgte opbygning af regionernes regnskaber. I dag må enhver sammenligning af omkostningsniveauet i den private og den offentlige sygehussektor således baseres på skøn på baggrund af de ufuldstændige fakta, der på nuværende tidspunkt er adgang til¹. Hvis man imidlertid sammenholder de fakta, der kan hentes fra regeringsrapporter, forskningsrapporter mv., så tyder alt på, at de private sygehuse er mere effektive end de offentlige sygehuse.

Ved sammenstilling af information fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Rigsrevisionen samt Dansk Sundhedsinstitut kan det således direkte fastslås, at stykomkostningerne i det offentlige sygehusvæsen overgår stykomkostningerne i det private sygehusvæsen med cirka 5-44 pct. målt i forhold til et udgangspunkt i Sundhedsministeriets DRG-takster.

På baggrund af denne analyse findes det helt afgørende at få tilvejebragt valide opgørelser af omkostningerne i det offentlige sygehusvæsen, der kan anvendes til at fremme konkurrencen både mellem offentlige og private leverandører og internt mellem de offentlige sygehuse. Endvidere vil et forbedret datagrundlag kunne identificere de områder, hvor der kan opnås en gevinst ved at sende opgaverne i udbud hos private leverandører. Endelig vil et forbedret datagrundlag forhåbentlig kunne bidrage til at kvalificere debatten om anvendelse af private leverandører af sygehuseydelser, der i dag er meget ideologisk og dogmatisk. Sidst i dette arbejdsrapport skitseres kort, hvordan dette kan opnås.

¹ Problemet med utilstrækkelige data er beskrevet nærmere i Kristensen, T., K. R. Olsen, J. T. Lauridsen, K. M. Pedersen. En undersøgelse af stordrifts- og samdriftsfordele i det danske sygehusvæsen. Nationaløkonomisk Tidsskrift 147 (2009)

2. Betydelige besparelser ved udbud blandt private leverandører af sundhedsydelser

I den senere tid har der været en intens offentlig debat vedrørende anvendelsen af private leverandører af sundhedsydelser. Debatten blev i første omgang i høj grad sat i gang af udmeldinger i marts 2009 fra Danske Regioner om, at man i forbindelse med den runde af *udbud*, som blev gennemført ultimo 2008 og primo 2009, har opnået en reduktion på 20-50 pct. i prisen på sundhedsydelser hos de private leverandører². Prisreduktionen er opnået i forhold til de priser, der tidligere var blevet fastsat ved *forhandlinger* mellem Danske Regioner og de private leverandører til brug for afregning til de private leverandører i forbindelse med det udvidede frie sygehus valg.

Det er bemærkelsesværdigt, at debatten næsten udelukkende har drejet sig om, hvorvidt privathospitalerne tidligere har fået en overkompensation, fordi priserne for behandlinger hos de private leverandører blev lavere, når regionerne anvendte udbud af ydelserne i stedet for forhandling af prisniveauet.

Debatten har således fokuseret på priserne hos de private leverandører. Regionernes udbud af sundhedsydelser giver dog væsentlig ny viden om omkostningsniveauet i den private sundhedssektor, der kan anvendes til at vurdere omkostningsniveauet i den offentlige sektor og de mulige gevinster ved udbud af sundhedsydelser til private leverandører. Dette arbejdspapir vil således fokusere på en sammenligning af priserne på produktion af sundhedsydelser hos private og offentlige leverandører.

² Nyhed fra Danske Regioner offentliggjort på foreningens hjemmeside www.regioner.dk den 25. marts 2009 (se citat 1 i bilag)

3. Fakta om priser på sundhedsydelse i den offentlige og private sektor

En opgørelse af omkostningsniveauet på de offentlige sygehuse må tage udgangspunkt i de såkaldte DRG-takster. DRG-taksterne bliver opgjort af Sundhedsministeriet på baggrund af regionernes egne opgørelser af omkostningerne, der bliver fordelt på de enkelte behandlingsforløb. Disse takster kan anvendes som *udgangspunkt* for beregningen af et mål for enhedsomkostningerne på de offentlige sygehuse, og de kan dermed også tages som et udgangspunkt for forsøg på at sammenholde omkostningerne i den offentlige produktion med prisen hos de private leverandører.

Beregningen af DRG-taksterne indeholder imidlertid en række omkostningselementer, der ikke er direkte patientrelaterede. Det gælder omkostninger til forskning, uddannelse og vagtberedskab. Derimod indeholder DRG-taksterne ikke forrentning og afskrivning, indgående moms og visse forskningsaktiviteter mv.

DRG-taksten indeholder altså *ikke* en række af de omkostninger, som en privat leverandør skal afholde (renter, afskrivninger mv.), derimod indeholder DRG-taksten en række omkostninger, som en privat leverandør ikke skal afholde (uddannelse, vagtberedskab mv.).

Umiddelbart burde det med udgangspunkt i regionernes regnskaber være muligt præcist at kvantificere eksempelvis udgifter til uddannelse, vagtberedskab mv., men den nuværende regnskabspraksis giver desværre ikke mulighed for at foretage en præcis opgørelse af disse omkostninger. I en rapport fra udvalget³ om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 skønnes, at såfremt afregningsprisen til de private leverandører fastsættes til DRG-taksterne, vil den pågældende afregningspris *isoleret set* yde en overkompensation til de private sygehuse som følge af opgaverne vedrørende forskning, uddannelse og vagtberedskaber på i størrelsesordenen 15-25 pct.⁴

³ Udvalget bestod af repræsentanter fra Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark, Dansk Handel og Service (senere Dansk Erhverv), Amtsrådsforeningen (senere Danske Regioner), Hoved-stadens Sygehusfællesskab, Sundhedsstyrelsen, Økonomi- og Erhvervsministeriet, KL, Finansministeriet, en uvildig sagkyndig og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (se citat 2 i bilag).

⁴ Jf. side 53 i rapporten (se citat 3 i bilag).

I rapporten "Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet" fra Dansk Sundhedsinstitut anføres, at udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet har skønnet, at såfremt afregningsprisen til de private leverandører fastsættes til DRG-taksterne vil den pågældende afregningspris *isoleret set* yde en underkompensation til de private sygehuse som følge af moms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivning på i størrelsesordenen 13 pct.⁵ I rapporten fra Dansk Sundhedsinstitut argumenteres for, at underkompensationen muligvis kun er 6 pct., hvilket også beror på et skøn. Derfor anvendes i det følgende 6 pct. som et forsigtigt skøn for underkompensationen til de private leverandører, der isoleret set følger af at moms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivninger ikke er indregnet i DRG-taksten.

Afregningstaksterne til de private leverandører har hidtil været fastlagt ved forhandling mellem Danske Regioner og de private udbydere af sundhedsydelser. I rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 konkluderes, at taksterne samlet set er blevet aftalt til et niveau, der ligger under de offentlige DRG-takster. Af Rigsrevisionens beretning fremgår, at taksterne i 2007 lå på 95 pct. af DRG-taksterne⁶. Når regionerne ved at anvende udbud i stedet for aftalte takster kan opnå en besparelse på 20-50 pct. i forhold til de hidtidige priser, så er besparelsen i forhold til DRG-taksten altså endnu større.

På baggrund af ovenstående oplysninger vil et forsigtigt skøn være, at besparelsen ved at inddrage private leverandører for de enkelte behandlinger ligger på mellem 5 og 44 pct. af DRG-taksten i forhold til sammenlignelige omkostninger i den offentlige sektor.

⁵ Jf. side 53 i rapporten (se citat 3 i bilag).

⁶ Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" (juni 2009) side 11 (se citat 4 i bilag).

Tabel 1. Skøn for forskel mellem stykomkostninger på offentlige og private sygehuse

Stykomkostning i den offentlige sygehusektor		
1	Udgangspunkt	DRG-taksten
2	Korrektion særlige opgaver (uddannelse, vagtberedskab mv.) i den offentlige sektor ⁷	ca. 15-25 pct. af DRG-taksten
3	Sammenlignelig stykomkostning i den offentlige sektor (1)-(2)	ca. 75-85 pct. af DRG-taksten
Stykomkostning i den private sygehusektor		
4	Udgangspunkt	DRG-taksten
5	Forskel på DRG-taksten og aftaletaksten ⁸	ca. 5 pct. af DRG-taksten
6	Aftaletakst (4)-(5)	ca. 95 pct. af DRG-taksten
7	Besparelse ved udbud ⁹	ca. 19-48 pct. af DRG-taksten ¹⁰
8	Udbudspris (6)-(7)	ca. 47-76 pct. af DRG-taksten
9	Korrektion særlige opgaver (moms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivninger) i den private sektor ¹¹	ca. 6 pct. af DRG-taksten
10	Sammenlignelig stykomkostning i den private sektor (8)-(9)	ca. 41-70 pct. af DRG-taksten
Sammenligning af stykomkostning		
11	Skøn for forskel på stykomkostningerne i den offentlige og den private sektor (3)-(10)	ca. 5-44 pct. af DRG-taksten

⁷ Jf. Rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007 (side 53 - se også bilag citat 3).

⁸ Jf. Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse, juni 2009 (side 11 - se også bilag citat 4).

⁹ Jf. Nyhed fra Danske Regioners hjemmeside, 25 marts 2009 (se også bilag citat 1).

¹⁰ Regionerne opnåede 20-50 pct. besparelse af aftaletaksten, der var 95 pct. af DRG-taksten. En ren matematisk beregning giver en besparelse på 19,0-47,5 pct. af DRG-taksten.

¹¹ Jf. Andreasen, M. N., J. Søgaard, J. Kjellberg og M. B. Jensen. Privat/Offentligt samspil i sundhedsvæsenet, Dansk Sundhedsinstitut april 2009 (side 48-52).

Tidligere nævnte tal er i høj grad udtryk for gennemsnitsbetragtninger¹². Besparelspotentialer ved at anvende private leverandører varierer meget mellem de enkelte behandlingstyper, hvilket fremgår af nedenstående tabel fra Rigsrevisionens beretning.

Tabel 2. Eksempler på besparelse ved regionernes udbud	
Behandling	Besparelse
Operation for diskusprolaps	34%
Rygoperation	30%
Rygkirugisk basisbehandling	35-49%
Knæoperation	44%
Undersøgelse og behandling af lænderyggen	58%
MR-skanning	45-62%
Skulderoperation	14-34%
Primær total hoftealloplastic	11-31%
Kirugisk behandling for svær overvægt	15%

Kilde: Indberetninger til Rigsrevisionen fra regionerne (tilbud og indgåede aftaler) – tallene er offentliggjort i Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse", juni 2009

Besparelspotentialerne i tabel 1 og tabel 2 stemmer fint overens med de potentialer, der kan dokumenteres på andre områder, hvor man har valgt at anvende private frem for offentlige leverandører¹³.

Det har været fremført, at privathospitaler systematisk afviser de omkostningstunge patienter (dumping) og forsøger at tiltrække de lette

¹² Skønnet er baseret på de angivne intervaller. Cepos har gennem Danske Regioner forsøgt at få adgang til de prisaftaler, der er indgået i forbindelse med de gennemførte udbud, men det har ikke været muligt at få adgang til dette materiale.

¹³ Jf. bl.a.:

Blom-Hansen, J. 2003. Is Private delivery og public services really cheaper? Evidence from public road maintenance in Denmark. *Public Choice*, 115, pp. 419-438.

Christoffersen, H., M. Paldam og A. Würtz 2007. Public versus Private Production and Economics of Scale. *Public Choice* 130, pp. 311-328.

Christoffersen, H., A. Mihøj og T. Westergaard-Kabelmann. Det økonomiske potentiale ved øget udlicitering i de danske kommuner. *Nationaløkonomisk Tidsskrift* 147 (2009).

patienter indenfor de enkelte behandlingskategorier (creaming), og at dette kan bidrage til at gøre privathospitalernes stykomkostninger lavere end de offentlige hospitaler. Det har i de hidtil gennemførte danske undersøgelser ikke været muligt at dokumentere, at de danske privathospitaler foretager creaming og dumping¹⁴. Det skal i den forbindelse endvidere understreges, at ovenstående sammenligning af omkostninger i den private og den offentlige sygehussektor tager udgangspunkt i priser, der er opnået ved udbud. I forbindelse med udbud vil være vanskeligt at foretage creaming og dumping, da privathospitalerne i forbindelse med udbud kan forpligtes til at stille en given kapacitet til rådighed, og dermed kan de ikke umiddelbart afvise de patienter, som den pågældende region anviser til behandling. Endelig skal det bemærkes, at såfremt privathospitalerne er forpligtet til at tage imod alle de patienter, som regionen henviser, så findes der også et incitament til creaming og dumping i regionerne, der også vil kunne reducere deres omkostninger ved at henvise de mest omkostningstunge patienter inden for de enkelte behandlingskategorier til privathospitalerne.

4. Frit valg, udbud og omkostningseffektivitet - mål, midler og incitamenter

Med henblik på at reducere ventetiderne til sygehusbehandling og sikre patienterne frit valg til private og udenlandske sygehuse gennemførte regeringen med virkning fra den 1. juli 2002 et udvidet, frit sygehusvalg. Ordningen indebærer, at en person, som er henvist til sygehusbehandling, har ret til at vælge behandling på et af de private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Danske Regioner har indgået en prisaftale med, hvis patientens bopælsregion ikke inden for 2 måneder (fra oktober 2007 blev fristen nedsat til 1 måned) efter henvisningen til behandling har tilbudt borgeren behandling i regionens eget sygehusvæsen, dvs. at regionen ikke har tilbudt borgeren behandling på et af sine egne sygehuse eller hos en af regionen udpeget leverandør. Regionerne er forpligtet til at indgå prisaftale med alle danske og udenlandske private leverandører, der ønsker at tilbyde borgerne sundhedsydelser under det udvidede frie sygehusvalg¹⁵.

¹⁴ Jf. Andreasen, M. N., J. Søgaard, J. Kjellberg og M. B. Jensen. Privat/Offentligt samspil i sundhedsvæsenet, Dansk Sundhedsinstitut april 2009 (eksempelvis side 51-52)

¹⁵ Fremgår af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (afsnit 4.1 – se bilag citat 5)

Fritvalgsordningen er således udformet med henblik på at reducere ventetiden på behandling ved at åbne for adgangen til, at borgeren kan vælge mellem så mange private leverandører som muligt, når det offentlige sygehussystem ikke har kunnet tilbyde behandling senest en måned efter henvisningen. Dette giver borgeren større sikkerhed for hurtigst muligt at kunne opnå behandling. Jo flere leverandører borgeren kan vælge imellem jo større sandsynlighed er der alt andet lige for at finde en leverandør med ledig kapacitet, der hurtigt kan tilbyde borgeren behandling. Desuden giver ordningen regionerne incitament til at få borgeren i behandling inden ventetidens udløb, da det ellers kan have den konsekvens, at borgeren vælger en privat leverandør, hvilket indebærer, at regionen "går glip af" et beløb, der svarer til aftaletaksten. Ordningen er således meget velegnet til at opnå hurtigere behandling af borgerne.

Sikkerhed omkring antallet af ydelser, der skal leveres, er afgørende for, hvilken pris de private leverandører kan tilbyde at udføre sundhedsydelserne for, da antallet af behandlinger er afgørende for skaleringen af produktionsapparatet. Derfor er modellen med aftaletakster som udgangspunkt ikke velegnet til at opnå de lavest mulige priser, da der vil være relativt stor usikkerhed omkring, hvor mange patienter den enkelte private leverandør skal behandle. Det skyldes at leverandøren ikke ved, hvor mange patienter regionerne ikke når at behandle inden 1 måned, og hvilken privat leverandør, frit-valg-patienterne i givet fald vil vælge. Udbudsmodellen er bedre til at opnå lave priser end aftalemodellen. Ved et udbud vælges én eller nogle få leverandører, som i en given periode skal levere et givet antal af den pågældende sundhedsydelse. Udbudsformen øger konkurrencen mellem de private leverandører – bl.a. fordi den enkelte leverandør risikerer helt at miste muligheden for at kunne afsætte sine ydelser i en periode, såfremt virksomheden ikke vinder udbuddet. Desuden får vinderne af udbuddet større sikkerhed for, hvor mange ydelser de i givet fald skal levere i den givne periode. Dette gør det nemmere at skalere produktionsapparatet, hvilket igen bidrager til at reducere kapacitetsomkostningerne og indhente eventuelle stordriftsfordele. De lavere omkostninger giver mulighed for, at prisen også kan reduceres.

Når lovgivningen om frit sygehusvalg er udformet, så regionerne forpligtes til at indgå aftaler med de private leverandører om priser, beror det på hensynet til at sikre borgeren en hurtig behandling. Såfremt man skulle anvende udbud i relation til fritvalgsmodellen, vil borgeren i givet fald som udgangspunkt kun få mulighed for at vælge mellem de leverandører, der har vundet udbuddet. Derfor forekommer det umiddelbart vanskeligt at anvende udbudsmodellen, hvis man ønsker, at borgeren efter udløbet af behandlingsgarantien på 1 måned frit skal kunne vælge mellem *et betydeligt antal* private leverandører på markedet, fordi det vil sikre borgeren de bedste muligheder for hurtigt at komme i behandling, når det offentlige sygehussystem ikke har kunnet overholde behandlingsgarantien på 1 måned.

Forpligtelsen til at indgå aftaler om priser er ikke til hinder for, at regionerne anvender udbudsformen for derved at opnå de lavest opnåelige priser. Regionerne har blot ikke i større omfang anvendt denne mulighed forud for 2008, hvor arbejdsnedlæggelser og den deraf afledte suspendering af det udvidede frie sygehusvalg gav en særlig anledning¹⁶. Sådan som det frie sygehusvalg er udformet, består regionernes mulighed for at anvende udbud i, at de kan gennemføre udbud og indgå særlige aftaler med én eller nogle få private leverandører, som de således kunne henvise deres borgere til inden udløbet af behandlingsgarantien på 1 måned. Denne mulighed beror på, at det kun er i de tilfælde, hvor regionen ikke har kunnet tilbyde borgeren behandling på et offentligt eller et privat hospital inden 1 måned, at borgeren frit kan vælge mellem alle de private leverandører, der har en prisaftale under det udvidede frie sygehusvalg. Derimod kan regionerne ikke uden en lovændring gennemføre udbud af de behandlinger, der gennemføres under det udvidede frie sygehusvalg¹⁷, hvilket kan begrundes i hensynet til at sikre borgerne en hurtig behandling, jf. ovenstående.

Konkurrencestyrelsen ("Konkurrenceredegørelse 2003") vurderede allerede i 2003, at der er en potentiel konkurrencegevinst på planlagte operationer på

¹⁶ Fremgår af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (afsnit 2.1.3) og Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" (se citat 6 i bilag). Fremgår også af Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" side 1, pkt. 5 (se citat 7 i bilag)

¹⁷ Jf. Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" side 18, pkt. 59 (se citat 8 i bilag).

ca. 250 mio. kr. ud fra styrelsens erfaringer med konkurrenceudsættelse af andre offentlige ydelser. Styrelsen konkluderede på det tidspunkt, at såfremt der kan realiseres en gevinst af denne størrelsesorden, vil der kunne ske en aktivitetsudvidelse af den planlagte sygehusaktivitet på over 10 pct. for en uændret offentlig udgift¹⁸.

På den baggrund kan det undre, at regionerne ikke tidligere og i langt større omfang har anvendt udbud til private leverandører. En mulig forklaring på dette kan være, at produktion af sygehusydelser både økonomisk og politisk er regionernes eneste betydelige aktivitet. En øget anvendelse af private leverandører af sundhedsydelser kan således på længere sigt undergrave regionernes betydning og måske blive en trussel mod regionernes eksistens.

5. Fremtidige udfordringer og muligheder

Samlet set kan det konkluderes, at de tilgængelige oplysninger om omkostningerne i den offentlige og den private sundhedssektor klart tyder på, at der på en række områder er et betydeligt potentiale for forbedringer af effektiviteten i sundhedssektoren gennem en øget anvendelse af private leverandører.

Det er dog ikke nogen simpel sag at få skabt et velfungerende marked for sundhedsydelser, da dette marked på en række områder indeholder betydelige markedsfejl. Det indebærer, at der i en række situationer kan være behov for en omfattende markedsregulering, som kan sikre etableringen og opretholdelsen af et marked med tilstrækkelig konkurrence. Det er formentlig ikke i alle tilfælde muligt at opnå en tilstrækkelig markeds konkurrence. Det skal dog i den forbindelse understreges, at markeds løsningen altid skal vurderes i forhold til et offentligt politisk styret system, hvor politikfejl og bureaukratifejl også kan indebære, at produktionen af ydelserne i regi af den offentlige sektor ikke giver mere optimale langsigtede beslutninger for samfundet som helhed¹⁹. Grænserne for en øget anvendelse af private leverandører, kan ikke klart fastlægges ud fra teoretiske overvejelser. Derfor

¹⁸ Fremgår af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (afsnit 2.1.3) (se citat 9 i bilag).

¹⁹ For en oversigt over forskning i beslutningsfejl i politiske systemer kan eksempelvis henvises til Mueller, D. C. "Perspectives on Public Choice", Cambridge University Press (1997) eller Mueller, D. C. "Public Choice III", Cambridge University Press (2003).

bør grænserne i høj grad afsøges ved i praksis at udsætte så stor en del af de offentlige sundhedsydelse som muligt for markedskonkurrence.

Det er således vigtigt, at få designet modeller for, hvordan inddragelsen af private leverandører i praksis kan øges med henblik på at styrke konkurrencen og dermed forøge effektiviteten i sundhedssektoren. På andre lignende områder med markedsfejl – el-markedet, telekommunikation mv. – har man gennem længere tid løbende arbejdet med at skabe øget markedskonkurrence. For at komme videre med dette arbejde i relation til sundhedssektoren er det helt afgørende, at forskere og andre i offentligheden får adgang til alle relevante data.

For de private leverandører er det muligt at anvende markedet til at afdække prisen/produktionsomkostningerne. For de offentlige leverandører af sygehusydelse må beregningen af omkostninger pr. behandling baseres på regnskabsdata. Der eksisterer i dag et system med DRG-takster, men disse takster afspejler ikke direkte de samlede omkostninger forbundet med fremstillingen af en given sundhedsydelse, og de er ikke umiddelbart sammenlignelige med priserne hos de private leverandører. Denne sammenlignelighed bør etableres hurtigst muligt, da det er forudsætningen for at kunne vurdere potentialerne og eventuelle grænser for anvendelsen af private leverandører.

Det vil forde en omfattende indsats at få tilpasset regionernes regnskabssystemer og øvrige ressource- og resultatopgørelser. Her skal peges på, at etableringen af valide data for produktionsprisen for sundhedsydelse i den offentlige sygehussektor bl.a. vil kræve, at regionerne udarbejder et omkostningsregnskab, hvor også alle omkostningerne til forrentning og afskrivning opgøres. Ligeledes er det nødvendigt, at regionerne opgør stykomkostningerne (priser) for alle aktiviteter herunder også uddannelse, vagtberedskab mv. samt at regionerne fordeler samtlige omkostninger på sundhedsområdet ud på de pågældende aktiviteter. Kontoplaner, principper for omkostningsfordeling osv. skal fremgå af centralt fastsatte regler, og der bør gennemføres en centralt forankret opfølgning (revision) på overholdelsen af disse regler. I dag vanskeliggøres analyser af regionernes og kommunernes ressourceanvendelse i høj grad af et utidssvarende budget- og

regnskabssystem, hvor der er plads til alt for store forskelle i konteringspraksis mellem de enkelte kommuner og regioner.

Regeringen og Danske Regioner indgik den 1. april 2009 en aftale om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse²⁰, hvoraf det fremgår, at de fra 2010 og frem som grundlag for de årlige økonomiforhandlinger vil forudsætte et forventet niveau for det offentliges samlede køb af aktivitet på de private sygehuse i budgetåret, herunder gennem det udvidede frie sygehusvalg og funktionsdygtige strategiske udbud af sygehusedydelser generelt. Det er i den forbindelse vigtigt, at være opmærksom på, at regionerne selv er producenter af sundhedsydelser, hvilket faktisk reelt set udgør hele deres eksistensberettigelse. Derfor kan regionerne have incitament til at begrænse mængden af sundhedsydelser, der overlades til den private sektor. Det er derfor væsentligt, at der som ovenfor nævnt bliver skabt gennemsigtighed vedrørende priserne i både den offentlige og den private sektor. I den forbindelse er endvidere vigtigt, at det ikke bliver overladt til regionerne alene at fastlægge udbudsmodeller, sætte grænser for inddragelse af private leverandører, fastlægge indsamlingen af data, gennemføre analyser af omkostningsstrukturen mv. På eksempelvis el-området hvor aktørerne i legal henseende er private, har det været naturligt at etablere en tilsynsmyndighed og lade den få indsigt i disse forhold. Der er tilsvarende grund til at underlægge regionerne, som aktører på et marked, et egentligt tilsyn.

²⁰ Aftaleteksten fremgår af citat 10 i bilag.

6. Referencer

Andreasen, M. N., J. Søgaard, J. Kjellberg og M. B. Jensen. Privat/Offentligt samspil i sundhedsvæsenet, Dansk Sundhedsinstitut april 2009

Blom-Hansen, J. 2003. Is Private delivery og public services really cheaper? Evidence from public road maintenance in Denmark. Public Choice 115, pp. 419-438

Christoffersen, H., M. Paldam og A. Würtz 2007. Public versus Private Production and Economics of Scale. Public Choice 130, pp. 311-328

Christoffersen, H., A. Mihøj og T. Westergaard-Kabelmann. Det økonomiske potentiale ved øget udlicitering i de danske kommuner. Nationaløkonomisk Tidsskrift 147 (2009)

Danske Regioner, Nyhed fra foreningens hjemmeside www.regioner.dk den 25. marts 2009

Danske Regioner og regeringen. Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse, april 2009

Danske Regioner og BPK/SPPD, Hensigtserklæring mellem Danske Regioner og BPK/SPPD om fremtidigt samarbejde, juni 2009

Kristensen, T., K. R. Olsen, J. T. Lauridsen, K. M. Pedersen. En undersøgelse af stordrifts- og samdriftsfordele i det danske sygehusvæsen. Nationaløkonomisk Tidsskrift 147 (2009)

Mueller, D. C. "Perspectives on Public Choice", Cambridge University Press (1997)

Mueller, D. C. "Public Choice III", Cambridge University Press (2003)

Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2007

Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse", juni 2009

7. Bilag - citater

I dette bilag gengives en række helt centrale uddrag fra de rapporter, pressemeddelelser mv., der henvises til.

Citat 1 (fodnote 2 og 8) – fra Danske Regioners hjemmeside

Nyhed Danske regioner 25/3-09

Siden det udvidede frie sygehusvalg blev suspenderet i november 2008 har regionerne gennemført store udbud af operationer og behandlinger. Det har ført til besparelser i udgifterne til de private sygehuse på mellem 20 og 50 procent i forhold til de nuværende afregningstakster

- Der er tale om meget store besparelser, som viser, at det kan betale sig at gennemføre udbud i forhold til de private sygehuse, siger Bent Hansen, formand for Danske Regioner.

Han peger på, at der naturligvis er tale om en variation i besparelserne fra den ene behandling til den anden.

Bent Hansen har tidligere foreslået, at der indføres en differentieret ventetid på en og tre måneder samt muligheden for egentlige udbud, når suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg ophører til sommer.

- Men hvis regeringen genindfører det udvidede frie sygehusvalg med en én-månedes ventetidsgaranti uden mulighed for udbud, så går vi naturligvis til forhandlingerne med de private sygehuse for at forhandle om, hvor høje taksterne skal være, siger Bent Hansen og tilføjer:

- Lene Espersens udmelding for nylig om at sænke betalingen til de private sygehuse med 25 procent er et godt men lidt forsigtigt udgangspunkt. For som sagt kan der opnås yderligere besparelser på store områder, siger Bent Hansen.

Han peger endvidere på, at Danske Regioner netop nu arbejder på at opbygge en ny og mere slagkraftig forhandlingsenhed, som vil være på plads lige så snart regeringen melder sin model ud.

Citat 2 (fodnote 3) – Uddrag af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (side 7-8)

Udvalget består af repræsentanter fra Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark, Dansk Handel og Service (senere Dansk Erhverv), Amtsrådsforeningen (senere Danske Regioner), Hoved-stadens Sygehusfællesskab, Sundhedsstyrelsen, Økonomi- og Erhvervsministeriet, KL, Finansministeriet, en uvildig sagkyndig og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet varetager formandskabet i udvalget og yder sekretariatsbistand til udvalget. Udvalget har følgende medlemmer:

- *Koncernchef Allan Søgaard Larsen (uvildig sagkyndig), Falck Danmark A/S.*
- *Specialkonsulent Betina Sand Christensen, Konkurrencestyrelsen*
- *Kontorchef Poul Erik Hansen, Sundhedsstyrelsen (har erstattet chefkonsulent Eva Bartels, Sundhedsstyrelsen)*
- *Speciallæge Gerner Fly, Endoskopiklinikken*
- *Konsulent Martin Koch Pedersen, Dansk Erhverv (har erstattet Markedschef Heidi Schütt Larsen, Dansk Handel & Service)*
- *Konsulent Maj-Britt Winther, KL*
- *Hospitalschef Nis Alstrup, Esbjerg Privathospital*
- *Kontorchef Peder Ring, Danske Regioner*
- *Vicedirektør Per Østergaard Jensen, Region Midtjylland (tidligere Ringkøbing Amt)*
- *Fuldmægtig Charlotte Hougaard Møller, Finansministeriet (har erstattet chefkonsulent Søren Aage-sen, Finansministeriet)*
- *Adm. direktør Tina Schmidt Madsen, Privathospitalet Dalgas*
- *Kst. sekretariatschef Ulrik Meyer, Region Hovedstaden (tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab)*
- *Afdelingschef Vagn Nielsen (formand), Indenrigs- og Sundhedsministeriet*
- *Adm. direktør Vinni Breuning, Privathospitalet Hamlet*

Sekretariatet er blevet varetaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet ved specialkonsulent Claus Bager Jensen og fuldmægtig Thomas Pihl samt chefkonsulent Jakob Krogh og fuldmægtig Anders Bager Jensen.

Udvalget har afholdt i alt 5 møder, heraf det seneste den 12. juni 2007.

Citat 3 (fodnote 4 og 6) – Uddrag af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (side 53)

Sammenfattende peger ovenstående analyser og vurderinger i retning af, at de nuværende DRG-takster yder en overkompensation til de private sygehuse som følge af opgaverne vedrørende forskning, uddannelse og vagtberedskaber på i størrelsesordenen 15-25 pct. Tallet er vurderet med betydelig usikkerhed.

Citat 4 (fodnote 5 og 7) Uddrag af Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" (juni 2009) –(side 11)

Prisen blev fastsat til et niveau, der lå ca. 8 mio. kr. lavere end det udspil, som SPPD frem-lagde ved seneste forhandling, og ca. 12 mio. kr. højere end det, som Amtsrådsforeningen var villig til at acceptere. Taksterne for 2006 kom derved til at ligge på ca. 95 % af niveauet for de offentlige DRG-takster

Citat 5 (fodnote 14) – Uddrag af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (afsnit 4.1)

4.1. Procedurer for indgåelse af aftaler

Efter sundhedslovens § 87, stk. 4, 1. pkt. (som erstatter sygehuslovens § 5 g, stk. 2) indgår regionsrådene i forening (Danske Regioner) aftale med private sygehuse og klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i ud-landet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Alle private sygehuse og klinikker, som ønsker en aftale, kan derfor få det.

Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan indenrigs- og sundhedsministeren efter an-modning fra den ene part - aftalesygehuse – fastsætte vilkårene for aftalen. Der er dermed ikke tale om, at ministeren forhandler vilkårene, men fastsætter dem. Regionerne (tidligere amterne) er herefter forpligtet til at indgå aftaler på de således fastsatte vilkår. De private

er derimod ikke forpligtet til at indgå aftale. De private aftalesygehuse er endvidere ikke forpligtet til at modtage patienter.

Indenrigs- og sundhedsministeren efter sundhedslovens § 87, stk. 4, (tidligere sygehusloven § 5 g, stk. 2) be-myndiget til at fastsætte nærmere bestemmelser om krav til dokumentation fra m.v. fra de private udbydere, der indgår aftale, hvilket er sket i bekendtgørelse nr. 109 af 21. februar 2006 om ret til sygehusbehandling og befordring m.v. (tidligere bekendtgørelse nr. 1193 om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.).

Citat 6 (fodnote 15) Uddrag af Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" (juni 2009) –(side 1 pkt. 5)

5. Regionerne kan desuden indgå aftaler med private sygehuse uden for den udvidede fritvalgsordning om tilkøb af ekstra behandlingskapacitet, fx om knæ- og hofteoperationer. Regionerne kan i sådanne situationer anvende udbud strategisk med henblik på at sikre patienterne en hurtigere behandling.

Citat 7 (fodnote 15) – Uddrag af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (side 14)

Regionerne kan og anvender allerede i dag i et vist omfang udbud som aftaleprincip, som led i den almindelige, løbende opgavevaretagelse, hvor der kan indgås aftaler med privatsygehuse om tilkøb af ekstra kapacitet.

Citat 8 (fodnote 16) Uddrag af Rigsrevisionens beretning om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" (juni 2009) –(side 18 pkt. 59)

59. I 2006 vurderede Sundhedsministeriet og Konkurrencestyrelsen, at markedet var modent til, at hovedparten af behandlingerne kunne sendes i udbud. Det er ikke muligt at anvende udbud i prisfastsættelsen under den udvidede fritvalgsordning uden en lovændring.

Citat 9 (fodnote 17) – Uddrag af rapporten fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet fra 2007 (side 14)

Både indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg ("Sundhedsvæsenets organisering", 2003) samt Konkurrencestyrelsen ("Konkurrenceredegørelse 2003") konstaterede, at der er en række væsentlige markedsproblemer på markedet for sundhedsydelser, der indebærer, at der for en stor del af sygehusvæsenets ydelser ikke kan opnås effektiv konkurrence. Begge rapporter peger dog samtidig på, at der er et potentiale for konkurrence for planlagte operationer på basisniveau.

Konkurrencestyrelsen (2003) anførte samtidig en potentiel konkurrencegevinst på planlagte operationer på ca. 250 mio. kr. ud fra styrelsens erfaringer med konkurrenceudsættelse af andre offentlige ydelser. Såfremt der kan realiseres en gevinst af denne størrelsesorden vil der kunne ske en aktivitetsudvidelse af den planlagte sygehusaktivitet på over 10 pct. for en uændret offentlig udgift. En sådan forøgelse af de "ordinære" tilbud vil alt andet lige være til fordel for patienterne, fordi der sikres hurtigere adgang til behandling. Samtidig vil det mindske patienternes behov for at gøre brug af det udvidede frie valg, fordi det offentlige sygehusvæsen kan tilbyde hurtigere behandling end ellers.

Citat 10 (fodnote 19) Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse - 1. april 2009

Patienter med et konstateret behandlingsbehov har via det udvidede frie sygehusvalg en valgfrihed i forhold til behandling, såfremt ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger én måned med henblik på at sikre den kortest mulige ventetid for den enkelte patient.

I lyset af overenskomstkonflikten på sygehusområdet i foråret 2008 og den deraf følgende ventetidspukkel er det udvidede frie sygehusvalg suspenderet fra 7. november 2008 for at sikre afviklingen af ventetidspuklen så hurtigt som muligt og på en økonomisk ansvarlig måde.

Den 1. juli 2009 ophører suspensionen, og i henhold til Sundhedsloven genindføres det udvidede frie sygehusvalg automatisk og dermed patientens ret til behandling efter én måned.

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.

Siden 2002 har over en kvart million patienter benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg, og antallet samt størrelsen af de private sygehuse og klinikker er steget betydeligt over perioden. Denne udvikling har givet grundlag for, at der nu kan indhøstes stordriftsgevinster. Sammen med regionernes seneste erfaringer med prisreduktioner på det private marked afspejler det også et potentiale i samarbejdet mellem regionerne og private sygehuse generelt. Hovedsigtet er at forkorte ventetiderne på sygehusområdet og sikre optimal ressourceanvendelse.

Danske Regioner tager regeringens beslutninger til efterretning. På den baggrund har regeringen og Danske Regioner aftalt at justere samarbejdet mellem regionerne og den private sygesektor efter følgende tostrengede proces.

Fase 1: Fra 1. juli til og med 31. december 2009

- *Aftalegrundlaget for det udvidede frie sygehusvalg, herunder afregningstakster, forhandles snarest således, at aftalegrundlaget er på plads mellem Danske Regioner og de private sygehuse og klinikker, når patientrettigheden genindføres fra 1. juli 2009. Forhandlingerne tilstræbes afsluttet 1. juni 2009.*
- *Udgangspunktet for aftalegrundlaget er bl.a. de indhøstede erfaringer i suspensionsperioden, hvor der er opnået aftaler om køb af aktivitet på private sygehuse og klinikker til lavere priser.*
- *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner vil monitorere ordningen med inddragelse af de private aftaleparter.*

Fase 2: Perioden efter 1. januar 2010

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der fra 1. januar 2010 justeres yderligere i samarbejdet mellem regionerne og de private sygehuse i forhold til følgende:

- *Afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg, vil fremover ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster.*
- *Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejder referencetaksterne.*
- *Regeringen og Danske Regioner vil som grundlag for de årlige økonomiforhandlinger forudsætte et forventet niveau for det offentliges samlede køb af aktivitet på de private sygehuse i budgetåret, herunder gennem det udvidede frie sygehusvalg og funktionsdygtige strategiske*
- *udbud af sygehusydelser generelt.*
- *De private sygehuse, der indgår aftale med, skal omfattes af kvalitets- og dokumentationskrav, der modsvarer de offentlige sygehuses krav.*
- *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner vil monitorere ordningen med inddragelse af de private aftaleparter.*
- *Regeringen vil søge tilslutning til at ændre konstruktionen ved uenighed mellem regionerne og de private sygehuse og klinikker i Sundhedsloven. I tilfælde af uenighed i konkrete sager etableres et uafhængigt voldgiftsinstitut ved, at parterne hver udpeger én repræsentant, og ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger en opmand. Udpegningen vil ske på baggrund af en sundhedsfaglig og økonomisk indsigt.*

Grundlaget for fase 2, herunder referencetakster og voldgiftskonstruktionen, vil blive drøftet med Danske Regioner.

Tidligere udgivne CEPOS arbejdspapirer:

1. Udgiftsbehov og udgifter i kommunerne - Henrik Christoffersen og Karsten Bo Larsen, maj 2009.
2. Sammenhængen mellem kommuners udgifter til skole drift og skolens undervisningsresultater – Geert Laier Christensen, august 2009.

Center for politiske studier

CEPOS er en uafhængig tænketank, der fremmer et Danmark baseret på frihed, ansvar, privat initiativ og en begrænset statsmagt.

CEPOS er stiftet af fremtrædende danske erhvervsfolk, tænkere og kulturpersonligheder og indledte sit arbejde den 10. marts 2005.

CEPOS ønsker at bidrage til mere personlig og økonomisk frihed, retsstat og demokrati samt sunde borgerlige institutioner som familie, foreninger og kulturliv.

CEPOS vil omlægge og begrænse direkte og indirekte støtte fra det offentlige til befolkningen. Støtten skal komme de svage til gavn og afskaffes for personer, der kan klare sig selv.

CEPOS går ind for fri konkurrence og frie markeder, og er tilhænger af global frihandel og imod statsstøtte til erhvervslivet.

CEPOS udfører ikke opgaver på begæring af noget politisk parti, nogen myndighed, erhvervsvirksomhed, organisation eller privatperson.

CEPOS

CEPOS Forlaget – Landgreven 3, 3. sal - 1301 København K – www.cepos.dk

