

PRIVATHOSPITALER HAR SPARET DET OFFENTLIGE FOR OP TIL 1,5 MIA. KR. DE SENESTE 10 ÅR

11-01-2019

AF MIA AMALIE HOLSTEIN 53557177

RESUMÉ

I perioden 2008 til 2017 brugte det offentlige 8,7 mia. kr. (2017-priser) på at sende patienter til behandling på private hospitaler og klinikker. Omregnet til DRG-produktionsværdi svarer udgiften til 10,7 mia. kr. Det vil sige, at hvis disse behandlinger havde været udført på offentlige hospitaler til DRG-taksten¹ havde det offentlige haft en merudgift på 2,0 mia. kr. de seneste 10 år. Tager man højde for forskelle i rammevilkår ligger den potentielle besparelse på 0,5-1,5 mia. kr., svarende til 4-14 pct. af DRG-produktionsværdien.

Dette indikerer, at de offentlige hospitaler alt andet lige vil kunne høste store gevinster ved at øge arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet. Fx ved at lade private overtage dele af kapaciteten på udvalgte områder eller ved at lade flere af de lette behandlingstyper udføres på privathospitalerne, mens de offentlige hospitaler selv udfører de mere komplekse behandlinger. Det ville også være oplagt at invitere privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler.

Regionerne – som anser sig selv som sygehusejere – mangler dog incitament til at gøre dette. For regionerne er først og fremmest ejere af de offentlige sygehuse og ønsker først at anvende privathospitalerne, når de har opbrugt kapaciteten på egne hospitaler. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv er det ikke hensigtsmæssigt.

Det anbefales derfor, at regeringen i den bebudede sundhedsreform, adskiller kommunernes roller i den forstand, at der er behov for at sikre, et regionalt led, som ikke ejer sygehuse, men alene er bestillere af sygehusydelse. Man skal lade 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. Dette vil sikre, at skatteyderne får mest mulig sundhed for skattekrone, dvs. at flest muligt kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.

¹ DRG-taksten er den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandling på et gennemsnitligt offentligt hospital.

TO VEJE TIL PRIVAT BEHANDLING

Der er grundlæggende to måder, hvorpå patienter kan modtage offentligt finansieret behandling på private hospitaler og klinikker.

Enten kan regionen sende patienterne videre til et privathospital eller klinik (et såkaldt samarbejdssygehus), som regionen har indgået aftale med, typisk via et udbud. Det vil regionen i nogle tilfælde gøre, hvis de ikke selv har mulighed for at tilbyde patienten hurtig behandling, og de bør gøre det, hvis det handler om kapacitetsproblemer til udredning af patienter².

Alternativt kan patienten selv efter 30 dage vælge at benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg (DUF), hvorved patienten frit kan vælge at blive udredt eller behandlet på et privathospital eller klinik (aftalesygehus), som Danske Regioner har indgået aftale med.

BRUGEN AF UDBUD VOKSER

Som det fremgår af tabel 1, har regionerne i stigende grad valgt at gøre brug af udbud.

Tabel 1 Regionernes faktiske køb på private hospitaler og klinikker fordelt på udbud og det udvidede frie sygehusvalg (DUF)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)	93%	81%	78%	78%	81%	71%	61%	48%	48%	56%
Udbud	7%	19%	22%	22%	19%	29%	39%	52%	52%	44%

Kilde: Danske Regioner.

Det hænger sammen med, at udbudstaksten er markant lavere end taksten under det udvidede frie sygehusvalg, jf. tabel 2. Dette er også tidligere påpeget af Produktivitetskommissionen³ og Danske Regioner⁴.

² Regionerne er i Sundhedsloven forpligtet til at have kapacitet til at kunne udrede alle patienter inden for 30 dage.

³ Produktivitetskommissionen (2014): Offentlig-Privat samarbejde om velfærd – casesamling.

⁴ Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse.

Tabel 2. Private hospitaler og klinikers takster											
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DUF-taksten som andel af DRG-taksten	105-110	105-110	91***	88	80*	85*	-	-	-	-	-
Udbudstaksten som andel af DRG-taksten	****	-	-	-	48**	43	-	-	-	-	-
Samlet privat takst som andel af DRG-taksten	123	107	90	84	74	73	64	69	73	77	78

Kilde: Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse, CEPOS (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser og CEPOS (2014): Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten.

Anm: *) Beregningerne er foretaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Danske Regioner. Tallene er usikre, da der ifølge Danske Regioner ikke er taget højde for den øgede brug af forløbstakster, og derved ikke korrigeret for forundersøgelser, kontroller etc. CEPOS har tidligere beregnet DUF-taksten over mængden af udbudsftaler indgået i efteråret 2010 og foråret 2011 samt i året 2012. I disse tal er der korrigeret for forundersøgelser og kontroller. Her ligger DUF-taksterne på hhv. 81 pct. og 80,9-84,2 pct. (intervallet afspejler den minimale og maksimale DUF-takst). **) Taksten dækker over aftaler indgået i efteråret 2010 og foråret 2011. ***) Tabellen viser et tydeligt fald i DUF-taksten, hvilket er forklaret ved, at Rigsrevisionen i 2009 startede en debat om, hvorvidt der var sket en overbetaling, når patienterne gennem det udvidede frie sygehusvalg (DUF) fik behandling på et privathospital⁵. På daværende tidspunkt kom det ikke frem, at regionerne hele tiden har haft mulighed for at indgå billigere udbudsftaler med de private hospitaler og klinikker. Og det fremgår også hvorfor, privathospitalerne i 2013 meldte, at de havde ondt i økonomien. I perioden 2011-2013 var hvert fjerde privathospital gået konkurs. ****) Det kan være fristende at bruge data fra tabel 1 og 2 til at beregne udbudstaksten i årene 2007-2012. Desværre er beregningen for usikker at foretage. Det skyldes blandt andet forskelle i de data der ligger til grund for beregningen af posten 'samlet privat takst som andel af DRG', jf. afsnittet 'Forbehold' nedenfor men også at Sundhedsministeriets beregning af DUF-taksten ikke sikker nok. Blandt andet fordi der ikke er taget højde for, at flere og flere behandlinger laves som forløbstakster, hvorfor de i deres beregninger burde have korrigeret for forundersøgelser, kontroller mv.⁶

⁵ Rigsrevisionen (2009): Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse.

⁶ Oplyst af Danske Regioner.

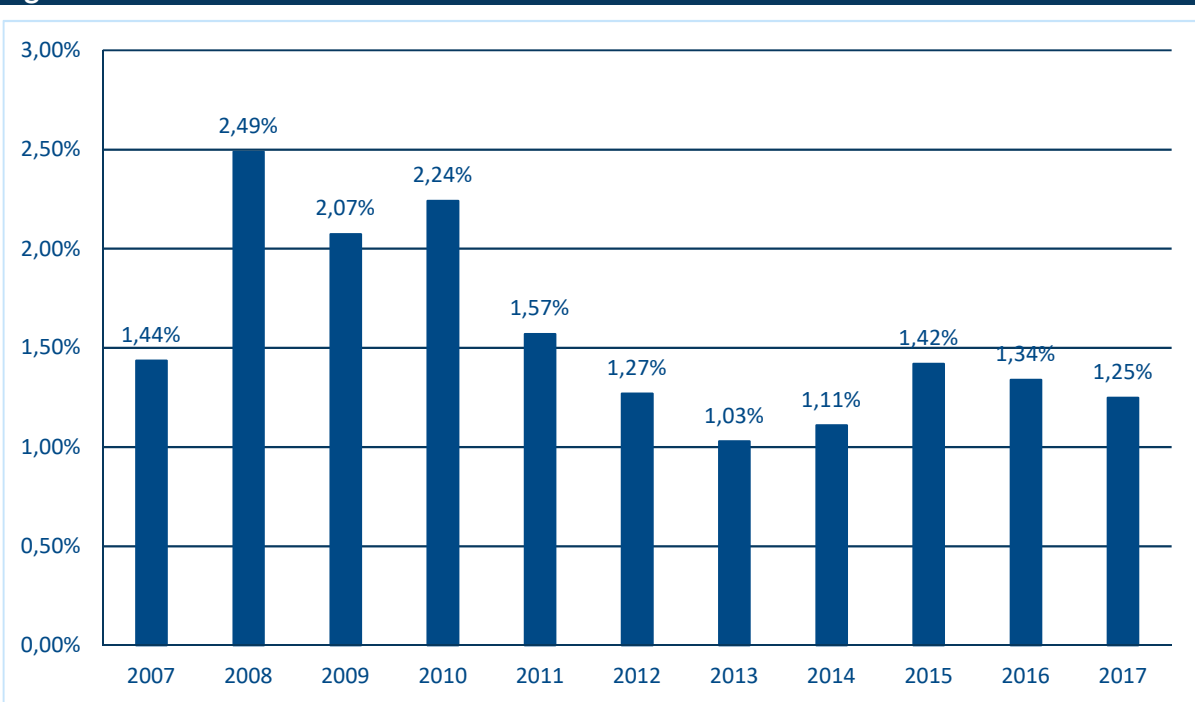
LAVERE PRISER OG LAVERE MARKEDSANDEL

De lavere priser – særligt udbudstaksterne – har dog ikke fået regionerne til at købe mere fra private hospitaler og klinikker.

Til trods for, at regionerne har hentet besparelser ved at omlægge deres køb hos private hospitaler og klinikker til udbudsaftaler, er markedsandelen (opgjort i DRG-produktion, dvs. korrigeret for udviklingen i privathospitalernes priser) også faldet, jf. figur 1.

Faldet i markedsandelen er korrigeret for udviklingen i private hospitaler og klinikkers priser og kan ikke henføres til et fald i antallet af patienter, som i 2017 ligger på 2009-niveau, men skyldes formentlig en ændret patientsammensætning mod mindre pristunge behandlinger.

Figur 1. Privathospitalernes markedsandel på det somatiske område som andel af al offentligt finansieret aktivitet



Kilde: Data tilsendt af Sundhedsministeriet

Anm.: På grund af sundhedsministeriets opgørelsesmetode, hvor markedsandelen måles ved DRG-produktionsværdien, så illustrerer ovenstående fald alene et fald i patienter, en ændret patientsammensætning og udviklingen i DRG-værdi. Det afspejler ikke udviklingen i privathospitalernes priser.

Fertilitetsbehandling og psykiatri indgår ikke i data. Speciallægebehandling og patienter behandlet på privathospitaler i udlandet indgår ikke i data.

POTENTIEL BESPARELSE VED BRUG AF PRIVATHOSPITALER

Det er muligt på baggrund af tal fra Danske Regioner og Sundhedsministeriet at beregne den potentielle besparelse ved at bruge private hospitaler og klinikker. Grunden til at besparelsen er 'potentiel' er, at det afhænger af, om regionerne reelt har realiseret besparelsen eller ej. Regionerne har kun realiseret besparelsen, hvis de på kort sigt har opbrugt deres egen (og nabohospitalers) kapacitet og marginalomkostningen ved at oprette ny kapacitet er DRG-taksten (eller derover, hvorved besparelsen vil være endnu større). Og på længere sigt har de kun realiseret besparelsen, hvis de har tilpasset deres egen kapacitet i forhold til, at der er tilkøbt ekstra kapacitet på private hospitaler og klinikker. Hvis de fortsat har valgt at være dimensioneret til samme kapacitetsbehov som tidligere – selvom nogle behandlinger er sendt videre til privathospitalerne – men har valgt at arbejde ventelisten af eller flytte ressourcerne hen et andet sted på hospitalet, hvor der er behov, så er der ikke tale om en besparelse, men om en effektivisering. Selv oplyser regionerne, at de anvender udbudsaftaler, når de har opbrugt kapaciteten på regionens hospitaler, jf. appendiks 1.

Besparelsespotentialitet beregnes på følgende måde. Mens Danske Regioner opgør deres køb fra private hospitaler og klinikker i faktiske udgifter (regnskabstal), så opgør Sundhedsministeriet produktionen på private hospitaler og klinikker i DRG-værdi. (DRG-taksten er den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandling på et gennemsnitligt offentligt hospital). Trækkes de to tal fra hinanden fås det besparelsespotentiale, regionerne kan have hentet, givet at behandlingerne havde været udført på et gennemsnitligt offentligt hospital og til DRG-taksten. Når der er taget højde for forskelle i rammevilkår på 2-12 pct. (se afsnittet forbehold) og i øvrigt tager de mest konservative forbehold i beregningen ligger estimatet for besparelsespotentialitet i 2017-priser på 0,5 - 1,5 mia. kr., svarende til 4-14 pct. af DRG-produktionsværdien, jf. tabel 3.

Tabel 3. Besparelses- og effektiviseringspotentiale (mio. kr., 2017-priser)											
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2008-2017
Regionernes produktion i DRG-værdi	1.493	1.321	1.522	1.101	880	751	837	996	916	861	10.678
Korrektion for forskning, uddannelse og akut på 25%	1.120	991	1.142	826	660	563	628	747	687	646	8.009
Korrektion for forskning, uddannelse og akut på 15%	1.269	1.123	1.294	936	748	638	712	847	779	732	9.076
Regionernes faktiske offentlige udgifter	1.592	1.195	1.281	813	641	480	574	728	707	671	8.680
Korrektion for købsmoms, lønsumsafgift og forrentning og afskrivning på 13% ⁷	1.385	1.039	1.115	707	558	418	499	633	615	584	7.552
Forskel, nedre interval	-116	83	179	229	190	220	212	214	164	148	1.525
Forskel, øver interval	-265	-49	27	119	102	145	128	114	73	62	457

Anm.: Korrektionen på 13 pct. bygger på, at behandlingerne handles til DRG-taksten. De 13 pct. burde derfor sættes i forhold til den private takst, se tabel 2. Dog er tallene i tabel 2 behæftet med en vis usikkerhed, hvorfor det ikke er gjort her. Desuden korrektionen ikke flytter resultatet særligt meget. Besparelspotentialet ville ende på 0,3 og 1,3 mia. kr.

Kilde: Danske Regioner (se appendiks 2), Sundhedsministeriet (se appendiks 3) og CEPOS' egne beregninger.

⁷ Danske Regioner har til Berlinske givet udtryk for, at de ikke anerkender korrektionen på 13 pct., fordi de ikke "anerkender gevinsten af de afgifter [købsmoms og lønsumsafgift], som regionen betaler for behandlinger på privathospitalerne", idet pengene ender i statskassen og ikke i regionens kasse (Berlinske den 23/12-2018). Hertil er det relevant at nævne, at Danske Regioner både i en rapport fra 2007 og i en rapport fra 2013 har anerkendt, at dette er den rigtige måde at korrigere for rammevilkår. Kilde: Danske Regioner m.fl. (2013): Afregning med private sygehuse og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

FORBEHOLD

Til denne beregning er knyttet en række forbehold:

Forskelle i grunddata

I Sundhedsministeriets tal for DRG-produktionsværdien indgår posterne psykiatri, sterilisationer med aktionsdiagnose DZ302 og alternativ og eksperimentel behandling på private hospitaler og klinikker ikke. Det er mindre poster⁸. De indgår imidlertid i Danske Regioners tal og trækker derfor samlet set estimatet for besparelsen i *konservativ retning*.

Forskelle i rammevilkår

Når man sammenligner privat og offentlig produktion af sundhedsydelser, skal man tage højde for, 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.⁹

Omvendt så har private hospitaler og klinikker også omkostninger, som de offentlige hospitaler ikke har. Fx skal de private hospitaler og klinikker selv stå for afskrivninger og investeringer mv., som ikke er medtaget i beregningen af de offentlige DRG-takster, og private hospitaler og klinikker kan ikke få refunderet deres købsmoms eller lønsumsafgift. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 13 pct. af DRG-taksten.¹⁰

Det vil sige, at korrektionen bør ligge i intervallet 2-12 pct.¹¹

⁸ Danske Regioner oplyser, at psykiatri udført på privathospitalerne fylder omkring 4 mio. kr.

⁹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

¹⁰ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

¹¹ I Indenrigs- og Sundhedsministeriets tal er der ikke taget højde for, at klage- og erstatningsloven blev ændret den 1. juli 2013 således, at de private hospitaler og klinikker siden selv har skullet forsikringsdække patientskader, som opstår i forbindelse med behandling, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg. Dermed introduceres en yderligere forskel i rammevilkår mellem offentlige og private sygehuse, der yderligere trækker skønnet på 12 pct. i konservativ retning. Behandlingskader som sker på baggrund af behandlinger på private sygehuse, klinikker m.v., som er en del af regionernes planlagte behandlingsskapacitet, f.eks. udbud, vil fortsat være dækket af regionernes forsikringspligt.

DRG-takstens usikkerhed

I relation til sammenligningen mellem private hospitaler og klinikers udbudstakster og de offentlige hospitalers DRG-takst vil sammenligningen være behæftet med en vis usikkerhed. Det skyldes, at DRG-taksten er en gennemsnitsomkostning, som er beregnet over alle de procedurer (behandlinger), der indgår i den pågældende DRG-gruppe, på et gennemsnitligt offentligt hospital, mens udbudstaksten er en egentlig markedspris for en given behandling, se mere om DRG-taksten i boks 1.

Boks 1. Produktionsværdien opgjort ved DRG

DRG - Diagnose Relaterede Grupper - er et casemix-system. Det anvendes til at systematisere beskrivelsen af de mange forskellige sygdomstilfælde, der karakteriserer sygehusenes patienter. Casemix er betegnelsen for sammensætningen af patienterne, og de metoder, som patienterne grupperes efter, udgør det samlede casemix-system.

Grupperne i et casemix-system skal være klinisk meningsfulde. Det betyder, at patienterne i den samme casemix-gruppe i videst muligt omfang skal have ensartede sygdoms- og behandlingsmønstre, således at det er meningsfuldt at betragte dem under ét ud fra et medicinsk synspunkt.

Hertil kommer, at grupperne skal være ressourcehomogene. Dvs. at patienter i samme gruppe forventes at påføre sygehusene nogenlunde samme økonomiske belastning i form af udgifter til pleje, medicin, operative indgreb, laboratorieprøver, røntgenydelser mv.

I praksis håndteres et casemix-system som DRG ved at gruppere patienterne på grundlag af oplysninger om blandt andet de diagnoser og eventuelle operationer, som er knyttet til beskrivelsen af behandlingen af den enkelte patient. Dermed dannes den kliniske beskrivelse af patienterne.

Efterfølgende foretages en beregning af de samlede omkostninger, der er forbundet med behandlingen af patienterne i de enkelte grupper for at få en vurdering af patienternes ressourcetræk. Dette træk anvendes som udtryk for patienternes relative tyngde. Summen af en sygehusenheds samlede relative tyngde udgør derfor et meget nuanceret mål for aktiviteten ved sygehuset.

DRG-taksten er den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandling på et gennemsnitligt offentligt hospital.

Kilde: Strukturkommissionens betænkning, bilag - sektorkapitel 31

Hertil kan knyttes to kommentarer:

For det første vil denne usikkerhed reduceres betragteligt ved, at vi i beregningen medtager alle somatiske behandlinger udført på private hospitaler og klinikker og ikke blot betragter enkelte behandlinger. For selvom DRG-taksten nogle gange er lidt for høj og andre gange lidt for lav, så vil DRG-taksten i gennemsnit være retvisende.

For det andet er der intet i litteraturen¹² som tyder på, at private hospitaler og klinikker cream-skimmer, dvs. forsøger kun at behandle profitable patienter indenfor DRG-gruppen. En analyse fra Dansk Sundhedsinstitut fra 2007 viser, at privathospitalerne ikke "selekterer 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".¹³ Dette taler for, at den beregnede besparelse rent faktisk afspejler det middelrette skøn.¹⁴

For andre overvejelser om sammenligningen mellem offentlige og private hospitaler, herunder transaktionsomkostninger, private hospitaler og klinikkers faste omkostninger, DRG-takstens udvikling ved øget arbejdsdeling mv. henvises til CEPOS-notatet: Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten.

De private priser er ikke retvisende

En anden indvending er: Hvad hvis private hospitaler og klinikkers priser ikke afspejler de gennemsnitlige totalomkostninger? Hvad hvis de private krydssubsidierer mellem forskellige patientgrupper fx fra privatbetaler og forsikringspatienter til de offentlige hospitalers patienter? Typisk er det den lave udbudspris, der er i tankerne.

I ovenstående regnestykke vil det være ligegyldigt. Hvis private hospitaler og klinikker har ønsket at understøtte den offentlige sektor økonomisk, så er det deres sag. Samfundsøkonomisk vil vi stadig have hentet en besparelse. Hvis vi havde kigget fremad og diskuteret, hvor en større andel af behandlinger burde placeres, så er det relevant.

CEPOS har tidligere lavet en modelberegning som viser, at hvis man antager, 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 private hospitaler og klinikker vil kunne behandle

¹² Et working paper fra Syddansk Universitet påpeger, at både privathospitaler og offentlige hospitaler i teorien har incitamenter til at cream-skimme. Privathospitaler har et incitament til at forsøge kun at behandle profitable patienter, hvor den forventede betaling overstiger den forventede omkostning ved behandling. Og de offentlige hospitaler har incitament til kun at sende de komplicerede tilfælde (og dermed de uprofitable patienter) videre til den private sektor. Studiet foreslår endvidere, at de offentlige hospitalers og privathospitalernes forsøg på cream-skimming "can cancel each other at least to some extent". 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. Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

¹³ Kilde: 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.

¹⁴ Det bør også tilføjes, at det udelukkende enten er regionerne, der sender patienter videre til privathospitalerne – fx via udbud – eller patienterne der tilvæger det private tilbud – fx via DUF – hvorfor de private hospitaler og klinikker stort set ingen mulighed har for at påvirke disse valg.

patienterne for. Da de faste omkostninger (ekskl. løn) for et gennemsnitligt privathospital eller klinik på lang sigt udgør omkring 25 pct. af alle omkostninger¹⁵, 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.

Sammenligningen med DRG-taksten er ikke rimelig

En almindelig indvending mod denne type beregninger er, at regionerne på egne hospitaler kan behandle patienterne væsentligt billigere end DRG-taksten, hvorfor det ikke er rimeligt at sammenligne de private priser med en produktion opgjort i DRG-værdi. De private priser bør opholdes mod de offentlige hospitalers marginale omkostninger.

Hertil kan knyttes følgende kommentar.

Det er grundlæggende vigtigt at skelne mellem to forskellige perspektiver: Sygehusledelsens perspektiv og perspektivet for den politiske planlægger.

Fra sygehusledelsens perspektiv er marginalomkostningsbetragtningen relevant, fordi han tænker kortsigtet og dermed anser størstedelen af sine omkostninger som faste. Hvis en sygehusledelse på kort sigt skal vurdere, om det kan betale sig at behandle en ekstra patient 'inhouse' eller lægge behandlingen ud til private hospitaler og klinikker, vil han opveje det offentlige hospitals egen marginalomkostningen ved at udvide med en ekstra behandling mod de privates priser. Hvis det ikke er muligt at udvide produktionen på eget hospital (eller et offentligt nabohospital¹⁶) på en billig måde, vil han undersøge, om det er muligt at tilkøbe billig kapacitet på private hospitaler og klinikker.

Denne tilgang er dog ikke nødvendigvis den bedste for samfundsøkonomien. For det offentlige hospitals marginalomkostninger er ikke nødvendigvis retvisende. Det offentlige hospitals marginalomkostninger er kun retvisende, hvis det offentlige hospital opererer på efficiensgrænsen. Det er der ikke meget, der tyder på.

Fx fortæller private hospitaler og klinikker, at fraværet af overenskomstfastsatte faggrænser muliggør en anden logistik og opstilling af arbejdet på private hospitaler og klinikker end på de

¹⁵ Dette skøn er baseret på en beregning baseret på 5 privathospitaler og klinikkens regnskabsoplysninger samt et interview med 5 andre private hospitaler og klinikker af forskellig størrelse. Faste omkostninger er defineret som omkostninger til bygninger, maskiner, og administration (ekskl. lønninger).

¹⁶ Dvs. når et hospital fx har nået sin kapacitetsgrænse, så vil de som udgangspunkt have muligheder for at købe behandlinger på andre offentlige hospitaler til en afregning som svarer til gennemsnitsomkostningerne (DRG-taksten) for almindelige patientvandringer. Regionerne har dog indgået en hensigtserklæring som betyder, at de 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. I forlængelse af den fællesregionale hensigtserklæring er der indgået bilaterale aftaler mellem regionerne om den konkrete takstfastsættelse for langt hovedparten af patientvandringer på tværs af regionsgrænser, hvilket har resulteret i mellemregionale afregningstakster på mellem 70 pct. og 90 pct. af DRG-taksten.

offentlige hospitaler. Fx vil en radiolog ikke behøve at skifte anatomi hele tiden, men kan skanne enten skuldre eller knæ hele dagen. Radiologer kan godt lave både sekretærarbejde og portørarbejde, da private hospitaler og klinikker ikke er fastlåste i fagforeningsaftaler. Og mens en scanning tidsfastsættes til 45 minutter i det offentlige, vil man typisk lave individuelle tidsintervaller for behandlingen i det private afhængigt af, hvilken kropsdel der skal undersøges. Desuden ringer private hospitaler og klinikker i højere grad patienter ind, hvis nogle skulle melde afbud.

Hvis det offentlige hospital ikke opererer på efficiensgrænsen og der er ledig kapacitet i det offentlige system, fx at scanneren ikke er i brug døgnet rundt eller ikke alle operationsstuer er i brug, vil de offentlige hospitalers marginalomkostning være misvisende og ikke kunne bruges i vurderingen af, hvor en produktion på kort sigt bør placeres.

Som tankeeksperiment kan man fx forestille sig et hospital, fyldt med mandskab og maskiner men uden en eneste patient. I det tilfælde, vil marginalomkostningen ved at behandle en ekstra patient være tæt på nul. Det betyder dog ikke, at det fra et samfundsøkonomisk perspektiv vil være det bedste sted at udføre behandlingen. Tværtimod.

Endeligt er sygehusledelsens perspektiv også kendetegnet ved kassetænkning. Dvs. at de ofte ikke medregner hele den samfundsøkonomiske effekt, når de skal vurdere, hvor en behandling skal udføres. Fx tager de i deres regnestykker sjældent højde for, at omkring ca. 8 pct. af de penge de bruger, når de køber behandlinger på privathospitalerne, går til købsmoms og lønsums-afgift, som ender tilbage i statskassen. Og at de i sammenligningen med privathospitalerne bør korrigere for yderligere ca. 5 pct. grundet forrentning og afskrivninger, idet forretning og afskrivning ikke indgår i deres egne DRG-takster.¹⁷

Fra den politiske planlæggeres perspektiv er ovenstående marginalomkostningsbetragtning ikke relevant. For hvis man ønsker at forholde sig til arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet som helhed, skal man som politisk beslutningstager bestemme, hvor en given produktion udføres billigst alt i alt, så skal man optimalt set sammenligne de gennemsnitlige totale omkostninger. Dvs. konkret skal de 100 pct. af DRG-taksten opholdes mod private hospitaler og klinikkers priser¹⁸. Det kan derfor sagtens være, at det kan betale sig for regionen at nedskalere den offentlige produktion (og sælge maskiner der ikke bliver brugt) og købe mere fra private hospitaler og klinikker eller invitere de private leverandører indenfor som private wings på de offentlige hospitaler. For på lang sigt kan selv de offentlige hospitalers faste udgifter som fx bygninger og maskiner finde alternativ anvendelse.

Det er således ikke mærkeligt, at regionerne – som anser sig selv som ejere af de offentlige hospitaler – eller sygehusdirektørerne ikke reagerer på private hospitaler og klinikkers lave priser. For i deres mikroperspektiv vil brug af private hospitaler og klinikker altid være dyrere end

¹⁷ Procentsatserne stammer fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og er opgjort ud fra at behandlingerne købes til DRG-takst. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

¹⁸ Da private hospitaler og klinikkers gennemsnitlige totalomkostning ikke er kendt bør man forsøge sig frem og kun bruge private hospitaler og klinikker så længe, at de er billigere end de offentlige.

deres marginalomkostninger. Ligesom at brugen af private hospitaler og klinikker konkret betyder, at de skal reducere i deres egen kapacitet, hvilket ikke er eftertragtet. I Sundhedsministeriet og på Christiansborg burde logikken dog være en anden. Her bør man vurdere, om det alt i alt kan betale sig at lægge behandlinger ud til private hospitaler og klinikker.

I dette papir anlægges perspektivet fra den politiske planlægger.

KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Dette notat viser, at Danmark i perioden 2008 til 2017 har sparet op til 1,5 mia. kr. ved at bruge de private hospitaler og klinikker. Dette er ikke mærkeligt. Alle privathospitalernes priser har ligger betydeligt under priserne på de offentlige hospitaler. Dette indikerer, at de offentlige hospitaler alt andet lige kunne høste store gevinster ved at øge arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet. Fx ved at lade private overtage dele af kapaciteten på udvalgte områder eller ved at lade flere af de lette behandlingstyper udføres på privathospitalerne, mens de offentlige hospitaler selv udfører de mere komplekse behandlinger. Det ville også være oplagt at invitere privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler.

Regionerne – som anser sig selv som sygehusejere – mangler dog incitament til at gøre dette. Som det fremgår af notatets appendiks 1, ønsker regionerne først at anvende privathospitalerne, når de har opbrugt kapaciteten på egne hospitaler. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv er det ikke hensigtsmæssigt.

Det anbefales derfor, at regeringen i den bebudede sundhedsreform, adskiller kommunernes roller i den forstand, at der er behov for at sikre, et regionalt led, som ikke ejer sygehuse, men alene er bestillere af sygehusedydelser. Man skal lade privathospitalerne og de offentlige hospitaler kædes 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. Dette vil sikre, at skatteyderne får mest mulig sundhed for skattekrone, dvs. at flest muligt kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.

APPENDIKS 1: REGIONERNE BRUGER PRIVATE SOM BUFFERKAPACITET

Boks A1.1 Regionerne indgår udbudsaftaler ved kapacitetsbegrænsninger

Region Hovedstaden, Dorte Feldborg

"Region Hovedstaden vil ofte lave udbud på sundhedsydelse, hvor der er kapacitetsmæssige udfordringer, som bevirker at patienter ikke kan udredes eller behandles inden for rammerne af lovgivningen og patientens rettigheder. Dertil kommer naturligvis en vurdering af om den ønskede ekspertise er tilgængelig hos private aktører.

Der skal være en vis forventet patientvolumen, før Region Hovedstaden laver et udbud. I den forbindelse vurderes om der kan opnås gevinster i forhold til de aftaler, som Danske Regioner og privathospitalernes brancheforening har indgået, samt om det er billigere at lade et privathospital varetage en behandling end at udvide regionens egen kapacitet. Dette forudsætter i hvert tilfælde en konkret analyse. I vurderingen af, om hvorvidt det samlede set er fordelagtigt at udbyde undersøgelser og behandlinger, tages hensyn til det sammenhængende patientforløb, uddannelse af sundhedspersonale mm."

Region Sjælland, Karin Råe Sroczynski

"Region Sjælland anvender privatsygehuse, når regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan overholde udredningsretten på 30 dage og ved ventetider til behandling på mere end 30, der udløser en udvidet ret til at vælge et privat sygehus. Det følger af Budgetaftalen for 2019, at Region Sjælland via udbud skal forsøge at indgå en stor rammeaftale med en eller flere private leverandører, for at kunne sikre udredningsretten og det udvidede frie sygehusvalg til behandling. Regionens sygehuse er rammestyrte og ved opfølgning på driftsaftalerne er bl.a. overholdelse af udredningsretten et væsentligt styringsparameter sammen med en række kvalitetsparametre."

Region Syddanmark, Eva Gad Søndergaard (29201853)

"Regionen vil typisk overveje udbud om sundhedsydelser ved kapacitetsudfordringer. Særligt fokus er på de områder, hvor regionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan udrede eller behandle patienterne inden for rammerne af lovgivningen og patientens rettigheder (ret til hurtigt udredning, udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider). Forud for overvejelsen om udbud vil der typisk være afsøgt andre løsninger inden for ledelsesmæssige mekanismer og tiltag – eksempelvis forbedrings-/effektiviseringsinitiativer, omlægning af opgaver, FEA aftaler mm.

Der er adskillige faktorer, som overvejes i vurderingen af, hvorvidt regionen vælger at udføre et udbud.

- Ydelsen skal kunne defineres og specificeres
- Flere udbydere skal kunne levere ydelsen
- Regionens forpligtelse til opretholdelse af uddannelse, forskning og akutfunktion
- Udførelsen og gennemførelsen af et udbud er ressourcekrævende. Således bør prisgevinsten dække transaktionsomkostningerne ved at udbuddet laves
- Patienternes villighed til at tage imod et sådan udbud – her spiller geografien muligvis en rolle
- Der skal være tilstrækkelig volumen
- Der er en risiko for, at privatsygehuset trækker på samme lægeressourcer som regions sygehuse og evt. kan tilbyde mere fordelagtige ansættelsesvilkår
- Idet der er tale om udredningspatienter, kan de være berettiget til befordringsgodtgørelse. Således skal der i overvejelserne tages højde for eventuelle udgifter til befordring."

Region Midtjylland, Line Grann Overby

"Vi indgår udbudsaftaler på de områder, hvor regionens hospitaler har vanskeligt ved at overholde de lovgivningsmæssige frister for udredning og behandling (ret til hurtig udredning og udvidet frit sygehusvalg), og hvor der derfor er mange patienter, som vælger at benytte muligheden for at komme på privathospital. Det vil sige, at der skal være en vis forventet patientvolumen, før vi laver et udbud, fordi vi bruger de aftaler, som Danske Regioner og privathospitalernes brancheforening har indgået, på de områder hvor vi ikke har et udbud."

Region Nordjylland, May-Britt Madsen

"Vi laver typisk en udbudsaftale med privathospitalerne] når regionens hospitalerne ikke kan udrede eller behandle inden for 30 dage pga. kapacitetsmæssige udfordringer får patienterne tider som ligger ud over de 30 dage. Det betyder, at de får ret til at søge andet sted hen fx til det private. Derfor vil Region Nordjylland ofte lave udbud på bestemte sundhedsydelser på baggrund af kapacitetsmæssige udfordringer."

Kilde: De frem regioner

Anm: CEPOS' egen fremhævelse

APPENDIKS 2: GRUNDDATA: PRODUKTION I DRG-VÆRDI UDFØRT PÅ PRIVATE HOSPITALER OG KLINIKKER

Sundhedsministeriet opgør årligt ved den statslige aktivitetspulje, hvor meget private hospitaler og klinikker producerer opgjort i DRG-værdi. Dvs. private hospitaler og klinikers aktivitet opgøres ud fra hvad det ville have kostet, hvis behandlingerne var udført på et gennemsnitligt offentligt hospital, jf. tabel A2.1.

Tabel A2.1 Regionernes produktionen i DRG-værdi udført på private hospitaler og klinikker (mio. kr., årets priser)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Private sygehuse, stationære behandlinger	747	601	692	451	275	196	208	248	217	223
Private sygehuse, ambulante behandlinger	535	575	702	584	564	533	616	740	695	638
Total	1.282	1.175	1.394	1.035	839	729	824	987	912	861

Kilde: Sundhedsministeriet.

Anm: 579 hospitaler og hospitaler med særftale indgår ikke i data. Data dækker kun de offentlige udgifter til behandling. Psykiatri indgår ikke i data. Det samme gælder sterilisationer med aktionsdiagnose DZ302, alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse og klinikker mv. Sundhedsministeriets tal indeholder udgifter til implantater, forundersøgelser, kontroller etc.

APPENDIKS 3: GRUNDDATA: FAKTISKE OFFENTLIGE UDGIFTER TIL PRIVATE HOSPITALER OG KLINIKKER

Danske Regioner opgør årligt de faktiske udgifter til private hospitaler og klinikker, jf. tabel A3.1.

Tabel A3.1 Regionernes faktiske offentlige udgifter til private hospitaler og klinikker (mio. kr., årets priser)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)	778	1.273	864	915	596	495	332	345	346	336
Udbud	73	94	199	258	168	116	134	220	375	367
Total	1367	1063	1173	764	611	466	565	721	703	671

Kilde: Danske Regioner.

Anm: 579 hospitaler og hospitaler med særaftale indgår ikke i data. Data dækker kun de offentlige udgifter til behandling. Omvendt indgår psykiatri indgår i regionernes regnskabstal. Danske Regioner oplyser, at det er en mindre post på omkring 4 mio. kr. Det er ikke muligt at rense data for dette. Danske Regioners tal indeholder udgifter til implantater, forundersøgelser, kontroller etc.