

Indhold

Indhold	1
1. Indledning og sammenfatning	3
1.1 Rapportens baggrund og opbygning.....	3
1.2. Sammenfatning.....	3
1.2.1 Offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet (kapitel 2).....	3
1.2.2 Aftaler og takster (Kapitel 3).....	4
1.2.3 Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse (Kapitel 4).....	4
1.2.4 Grundlaget for fastsættelse af afregningstakster med private sygehuse (Kapitel 5).....	5
1.2.5 Model for privat DRG (Kapitel 6).....	7
1.2.6. Øget brug af udbud (Kapitel 7).....	7
1.3. Rapportens anbefalinger.....	8
2. Offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet	10
2.1 Sammenfatning.....	10
2.2 Det udvidede frie sygehusvalg.....	10
2.2.1 Aftaleindgåelse under det udvidede frie sygehusvalg.....	13
2.2.2 Afregning under det udvidede frie sygehusvalg.....	13
2.3. Kvalitetssikring på private sygehuse.....	14
2.3.1. Sikring af fagligt bæredygtige enheder.....	14
2.3.2. Krav til private sygehuse i forbindelse med varetagelse af specialiserede opgaver.....	15
2.4 Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.....	15
2.4.1. Aftaleindgåelse under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.....	16
2.4.2. Afregning i suspensionsperioden.....	17
2.5 Sygehusopgaver hos privatpraktiserende speciallæger.....	17
3. Patienter, aftaler og takster	18
3.1 Sammenfatning.....	18
3.2. Brugen af private sygehuse - antal patienter.....	18
3.3. Aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.....	20
3.3.1. Antal aftaler fordelt på typer af behandling.....	20
3.3.2. Geografisk placering og patientmobilitet.....	21
3.4. Takster under det udvidede frie sygehusvalg.....	24
3.4.2. Takstniveauer under det udvidede frie sygehusvalg.....	26
3.4.3. Takster under sygesikringen.....	29
4. Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.1. Sammenfatning.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.2. Samlet offentlig finansieret aktivitet i privat regi.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.3. Regional fordeling af aktiviteten.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.4. Aktiviteten fordelt på kommuner.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.5. Aktivitet og ventetider.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4.6. Aktiviteten fordelt på de private sygehuse.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Bilag.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
5. Grundlag for fastsættelse af afregningstakster med private sygehuse	63
5.1 Sammenfatning.....	63

5.2. Overvejelser om grundlaget for takstfastsættelse	64
5.2.1 Et sammenligneligt udgangspunktet for takstfastsættelsen	65
5.2.2 Forskelle i offentlige og private sygehuses forpligtelser og rammevilkår	66
6. Model for privat DRG	70
6.1 Sammenfatning.....	70
6.2 Stabilt beregningsgrundlag	71
6.2.3 Valg af fraktilniveau.....	74
6.3 Forhandlingsmodel i forhold til model med centralt fastsatte takster.....	77
6.3.1. Opfølgning	79
6.3.2. Takstfastsættelse ved manglende enighed mellem parterne	80
7. Øget brug af udbud.....	82
7.1. Indledning og sammenfatning	82
7.2.1 Regler for udbud	83
7.3 Betingelser for effektiv konkurrence og anvendelse af udbud på sygehusydelse	84
7.3.1. Betingelser for effektiv konkurrence vedr. sygehusydelse - tre kriterier	85
7.3.2. Effektiv anvendelse af udbud af sygehusydelse – udbudsrelevante behandlingsområder	86
7.3.3. Antallet af private leverandører	88
7.3.4. Offentlige sygehuse med tilbudsret	89
7.4. Praktisk udmøntning af øget anvendelse af udbud	89
7.5. Modeller for øget anvendelse af udbud.....	91
7.5.1 Model 1 - mål for øget anvendelse af strategisk udbud	93
7.5.2 Model 2 - Modning af markedet via gensidig hensigtserklæring for øget konkurrenceudsættelse af konkurrenceegnede sygehusopgaver	94

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Rapportens opbygning

Rapporten indledes i kapitel 2 med en gennemgang af det nuværende offentlig-private samarbejde i sundhedsvæsenet, herunder som følge af det udvidede frie sygehusvalg. I kapitel 3 og 4 analyseres den offentligt finansierede aktivitet hos private leverandører, som disse former for samarbejde medfører.

I kapitel 5 vurderes forskellene mellem private og offentlige sygehuse med hensyn til rammevilkår og forpligtelser i form af f.eks. behandling af akutte patienter, uddannelse, forskning, moms mv. med henblik på at vurdere forskellenes betydning for afregningen med de private sygehuse.

Kapitlerne 6 og 7 behandler herefter mulighederne for at ændre de nuværende offentlig-private samarbejdsformer. I kapitel 6 opstilles modeller for afregning med private sygehuse, der tager udgangspunkt i at sikre den bedst mulige anvendelse af kapaciteten i sundhedsvæsenet via en forudsætning om, at afregning bør ske med udgangspunkt i omkostningsniveauet hos de mest effektive offentlige sygehuse. I kapitel 7 beskrives og diskuteres forudsætningerne og mulighederne for øget anvendelse af udbud af sygehuseydelse, og der opstilles modeller herfor.

1.2. Sammenfatning

[Nedenfor er gengivet en sammenfatning for de enkelte kapitler i rapporten – gennemskrivning heraf udestår.]

1.2.1 Offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet (kapitel 2)

For at sikre patienterne retten til frit valg til behandling indenfor 2 måneder på private og udenlandske sygehuse blev der med virkning fra 1. juli 2002 indført et udvidet frit sygehusvalg, der giver frit valg til private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med, jf. § 87 i sundhedsloven. Med virkning fra 1. oktober 2007 blev fristen på 2 måneder nedsat til 1 måned.

Afregningstaksterne med de private og udenlandske sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg fastsættes ved forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse - efter anmodning fra aftalesygehuse - fastsætte vilkårene for aftalen.

Som følge af konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008 og den deraf opståede ventetidspukkel besluttede Folketinget den 6. november 2008 at suspendere det udvidede frie sygehusvalg til og med den 30. juni 2009, hvorefter det automatisk genindføres. I suspensionsperioden har regionerne forpligtet sig til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle aftalesygehuse i perioden 1. oktober 2007 til 31. marts 2008. Ifølge Danske Regioner har regionerne i vid udstrækning valgt at gøre dette gennem udbudsrunder. Herigennem har man opnået priser, der ligger 10 til 50 pct. under de priser, der var fastsat i aftalerne under det udvidede frie sygehusvalg.

Det offentlige sygehusvæsen inddrager desuden privatpraktiserende speciallæger som en del af det samlede offentlige sundhedstilbud. Dette kan skabe udfordringer i det omfang, speciallæger udfører opgaver,

der både er underlagt en sygesikringstakst og en DRG-takst, da lægen derved kan få tilskyndelse til at behandle patienten under det mest favorable aftalesystem.

1.2.2 Patienter, aftaler og takster (Kapitel 3)

Ved suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i november 2008 var der indgået 1.142 aftaler om behandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Over 800 eller ca. 70 pct. af disse aftaler vedrører operationer.

Der er forholdsvis mange aftalesygehuse og -klinikker i Nordsjælland samt i enkelte områder af Jylland set i forhold til indbyggertallet. Hverken på regions- eller kommuneniveau kan der dog umiddelbart konstateres en sammenhæng mellem adgangen - defineret som afstand til behandlingstilbud under det udvidede frie sygehusvalg - og borgernes anvendelse af offentligt finansieret behandling på private sygehuse. Således er brugen af ordningen størst i Region Nordjylland, hvor antallet af aftaler samtidig er lavest i forhold til indbyggertallet.

Der er begrænset patientmobilitet henover regionsgrænserne og kun 2 pct. af den private aktivitet vedrører patienter, der søger over Storebælt for at blive behandlet.

Taksterne under det udvidede frie sygehusvalg tager udgangspunkt i DRG-systemet. For hovedparten af aftalerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse er taksten aftalt på baggrund af procedurekoder og dermed et mere finmasket klassifikationssystem end DRG-systemets godt 600 forskellige behandlingstyper. Det skønnes med usikkerhed, at taksterne under det udvidede frie sygehusvalg i 2008 udgjorde 98 pct. af DRG-taksten.

For 2008 var der aftalt priser for mere end 3500 forskellige ydelser. Det overstiger i høj grad antallet af DRG-grupper (600), der afregnes efter i det offentlige system. Det kan i praksis umiddelbart være svært at gennemskue, hvilke ydelser og priser, der reelt indgås aftale om. Det nuværende system er ikke sammenligneligt med afregningssystemet for de offentlige sygehuse, hvilket gør det vanskeligt og ugenomsageligt at analysere og opgøre, hvad regionerne reelt har betalt for en given behandling og således vurdere, hvor meget sundhed, der fås for pengene.

1.2.3 Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse (Kapitel 4)

De private sygehuse stod i 2008 for ca. 2,5 pct. af den samlede offentligt finansierede sygehusaktivitet mod 2,0 pct. i 2007. Værdien af den aktivitet, der udføres af private sygehuse, men er offentligt finansieret udgjorde ca. 1 mia. kr. i 2008. 2008-tallene er foreløbige og opgjort pr. 10. november 2008. Den endelige opgørelse for 2008 ventes at vise en stigning på mere end 30 pct. set i forhold til 2007.

Den private sygehusaktivitet finansieret af det offentlige indeholder både aktivitet under det udvidede frie valg og privat aktivitet, der er resultatet af udbud eller andre aftaler i de enkelte regioner. Det er ikke uden videre muligt at se, hvor meget af den private aktivitet, der vedrører aktivitet under det udvidede frie valg. Det kan bl.a. konstateres, at omkring 20 pct. af den private aktivitet dækker relativt tunge behandlingsformer på hjerteområdet, som formentlig ikke er en del af behandlingsaktiviteten under det udvidede frie valg.

Der er betydelige forskelle regionerne imellem i forhold til såvel de private sygehuses andel af den offentligt finansierede aktivitet samlet set – varierende mellem 1,6 pct. i Syddanmark og 3,5 pct. i Nordjylland – som i forhold til hvilke behandlinger, der fylder meget i de enkelte regioner.

Ser man på behandlingssammensætningen i privat regi er det karakteristisk, at det er få behandlinger, der tegner sig for langt hovedparten af den private aktivitet. De 20 største behandlinger udført af privatsygehuse dækker samlet omkring 80 pct. af den samlede aktivitet i privat regi. Stigningen i de nye behandlinger i 2008 har dog medført et lille fald i koncentrationsgraden fra ca. 85 pct. i 2007. Men langt de fleste behand-

linger udføres fortsat i et begrænset omfang. 60 pct. af væksten fra 2007 til 2008 er sket på kun 4 behandlingstyper.

En belysning af ventetider underbygger det statiske billede af en tilsyneladende mangel på anvendelse af ledig kapacitet regionerne imellem som den meget begrænsede patientmobilitet. Ventetiderne på de 17 mest udbredte behandlinger i privat regi varierer således betydeligt mellem regionerne. Det er umiddelbart vanskeligt at påvise nogen klar sammenhæng mellem de gennemsnitlige maksimale ventetider i den enkelte region og størrelsen af den relative private aktivitet.

Derimod er der indikation af, at det ofte er geografi og de faktiske lokale udbud, der har betydning for patienternes valg af sygehus. Patientmobiliteten er forholdsvis beskeden, hvilket også gør sig gældende, når der ses på anvendelsen af det almindelige frie sygehusvalg til offentlige sygehuse på tværs af regionsgrænser, jf. kapitel 3. Manglende information og det forhold, at patienten tidligere aktivt skulle henvende sig i forhold til anvendelse af rettigheden kan også have spillet ind på anvendelsen generelt. Der er dog de senere år sket ændringer af lovgivningen, der har skærpet regionernes informationspligt vedr. udvidet frit valg, jf. kapitel 2.

Ser man på de private aktører, er der sket en forøgelse fra 159 til 177 sygehuse/klinikker mv. fra 2007 til 2008 – hvoraf langt hovedparten er relativ små, mens nogle få enheder er relativt store. Knap 90 pct. af de private sygehuse producerer for mindre end 10 mio.kr. De 20 største sygehuse står for omkring 75 pct. af den samlede aktivitet. De to største private sygehuse (Hjertecenter Varde og Hamlet) leverer knap 30 pct. af den private aktivitet, som finansieres af det offentlige og har en størrelse, der modsvarer et lille offentligt sygehus. På det ambulante område er der et relativt bredt udsnit af leverandører inden for de 20 DRG-grupper, der fylder mest inden for det udvidede frie sygehusvalg, mens der for 6 behandlingstyper under den stationære aktivitet er aktører, der besidder 100 pct. af det private marked. Set under ét er de private sygehuse meget specialiserede inden for et eller relativt få behandlingsområder. De største private sygehuse udbyder generelt en række forskellige behandlinger, men de er væsentligt mere specialiserede end offentlige sygehuse af sammenlignelig størrelse.

Strukturen med mange helt små enheder på nogle behandlingsområder indikerer et potentiale for at indhøste yderligere stordriftsfordele samt forbedre behandlingskvaliteten. Det kan tilsvarende være et problem i forhold til prisdannelsen, at en række behandlinger reelt kun udføres på ét eller få behandlingssteder i privat regi, og at der dermed ikke på disse behandlinger er et konkurrencepres på prisen.

1.2.4. Grundlaget for fastsættelse af afregningstakster med private sygehuse (Kapitel 5).

Ved fastsættelsen af grundlaget for det offentliges afregning med de private sygehuse skal der tages højde for forskellige rammevilkår mellem den offentlige og private sektor, og der skal samtidig tages højde for, at der inden for den offentlige produktion er betydelige forskelle i omkostninger, bl.a. som følge af forskellige produktionsbetingelser.

På et etableret og velfungerende marked vil der gælde en markedspris, som kan danne grundlag for afregningen med private leverandører. Det er ikke tilfældet på sygehusområdet, hvor produktionen stort set ikke er konkurrenceudsat, og hvor væsentlige dele af produktionen ikke er egnet til konkurrenceudsættelse.

Derfor må man basere afregningen med private aktører med udgangspunkt i de offentlige omkostninger, som registreres løbende via DRG-systemet (og den tilknyttede omkostningsbase).

DRG-taksten for en behandling, som opgøres som et gennemsnit for alle offentlige sygehuses omkostninger til den pågældende behandling, og som i dag i henhold til lovgivningen danner udgangspunkt for den private afregning, vurderes ikke som et hensigtsmæssigt udgangsniveau.

Det skyldes, at DRG-taksterne er en gennemsnitlig beregning af omkostningerne ved behandling af en bestemt diagnose på alle offentlige sygehuse, og som derfor dækker over en betydelig variation mellem de offentlige sygehuse. DRG-taksterne afspejler således et gennemsnit af de omkostningsforskelle, der er mellem de offentlige sygehuse som følge af forskelle i rammevilkår og produktionsvilkår mellem de offentlige sygehuse som specialiseringsgrad, akutandel, forskning/uddannelse, patienttyngde osv. Endvidere kan forskellene mellem de offentlige sygehuse afspejle forskelle i effektivitet.

Hertil kommer, at tværgående udgifter til de ovenfor beskrevne offentlige forpligtelser samt en række øvrige tværgående funktioner [eksempler] på tværs af diagnoser ikke kan fordeles præcist på den enkelte patient, men i stedet fordeles skønsmæssigt på de enkelte diagnoser.

Det har mindre betydning, når der er tale om et mellem-offentligt afregningssystem, hvor det offentlige sygehus typisk tilbyder mange forskellige behandlinger, og hvor regionerne har det overordnede ansvar for at fordele de konkrete bevillinger til sygehusene. Skævheder bliver så og sige udjævnet ved de store tals lov og via den konkrete økonomistyring i regionerne. Det er imidlertid nødvendigt med højere grad af præcision og sammenlignelighed, når grundlaget skal bruges som udgangspunkt for afregning med private sygehuse for enkelte typer af behandling, hvor skævheden vil aflejre sig i den private indtjening.

Herudover skal der tages højde for generelle forskelle i rammevilkår mellem det offentlige og det private på sygehusområdet. Det offentlige har en række merforpligtelser i forhold til private, herunder uddannelse, forskning og vagtberedskab, og har samtidig generelt ikke samme specialiseringsmuligheder som det private, ligesom alle patienter skal behandles. Det private har omvendt merudgifter vedrørende købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift. Det er vanskeligt at sætte præcise tal på forskellen, men ud fra en helhedsbetragtning vurderes forskellen isoleret set at indebære en fordel for de private leverandører.

Det vurderes dog samtidig, at der med et udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse til en vis grad er taget højde for nogle af de fordele, som det private har på rammevilkår, idet de billigste offentlige sygehuse alt andet lige 'ligner' de private aktører mere i forhold til parametre som specialisering og planlægning. Akutandelen hos de billige offentlige sygehuse adskiller sig dog ikke nævneværdigt fra gennemsnittet af alle sygehuse. Samtidig vil de offentlige sygehuse med lave omkostninger fortsat have uddannelse og forskning, og har samtidig en mere udstrakt forsyningsforpligtelse i forhold til at tilbyde behandling af tunge/komplicerede patienter. Omvendt har de private fortsat omkostningerne ved købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift.

Derfor peges på, at udgangspunktet for afregningen i stedet bør være omkostningerne for de billigste og mest omkostningseffektive blandt de offentlige sygehuse. Det giver et billede af, hvad ydelsen faktisk kan produceres til, hvis man indretter sig effektivt. Det flugter samtidig med et princip om, at det offentlige ikke skal betale mere for en produktion, end hvad det selv kan producere ydelsen til, hvis det flyttede den hen til de enheder, som har de laveste omkostninger. Afregningen af de private leverandører bør således som minimum kunne matche den billigste del af de offentlige sygehuse.

Omkostningerne hos de billigste offentlige sygehuse kan anvendes som udgangspunkt for forhandlingerne med henblik på at sikre den bedst mulige anvendelse af kapaciteten i sundhedsvæsenet, herunder de knappe personaleresressourcer. Samlet vurderes dog at der ikke overordnet set ses at være grundlag for at foretage væsentlige, yderligere korrektioner som følge af forskelle i rammevilkår.

1.2.5 Model for privat DRG (Kapitel 6)

Afregningen af de private leverandører bør som minimum kunne matche den billigste del af de offentlige sygehuse. Det understøtter også et bærende princip for en model for privat-DRG, at det medvirker til en så effektiv anvendelse af de ressourcer, der politisk prioriteres til det offentligt finansierede sundhedstilbud, som muligt.

Ved fastlæggelsen af beregningsgrundlaget for taksterne peges på, at der bør vælges et relativt solidt grundlag, dvs. som omfatter en vis andel af de billigste offentlige sygehuse. Årsagen til, at det foreslås at tage et udsnit af de billigste sygehuse, og ikke bare det billigste af de offentlige sygehuse i hver DRG-gruppe, skyldes at der kan være betydelige forskelle på, hvor stor en del af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen det billigste sygehus i den enkelte gruppe dækker, samt at der kan være usikkerhed knyttet til omkostningsopgørelsen, hvis den alene baseres på en eller meget få observationer.

Det vurderes på denne baggrund, at referencetaksten bør dannes ud fra en model, hvor taksten fastsættes på baggrund af gennemsnitsudgiften for samtlige patienter behandlet på sygehuse med enhedsudgifter under en bestemt fraktil. Samtidig medgår sygehuse, der bidrager til fastsættelsen af referencetaksten, med forskellig vægt alt efter størrelsen af deres aktivitet. Jo større sygehusets aktivitet er, jo større vægt tillægges sygehuset i fastlæggelsen af referencetaksten.

På baggrund heraf peges på, at der sikres den fornødne tyngde i takstfastsættelsen ved at anvende 25-35 pct.-fraktilen, dvs. ved at beregne taksten svarende til gennemsnittet for de 25-35 pct. billigste offentlige enheder. De resulterende takster vil, hvis de ses i forhold til den gennemsnitlige DRG-takst, udgøre 65-72 pct. heraf. Med dette niveau vurderes der i tilstrækkelig grad taget højde for forskelle i rammevilkår mv.

Samtidig vurderes det hensigtsmæssigt, at den nuværende forhandlingsmodel fastholdes, hvor referencetaksterne danner udgangspunkt for forhandlinger om taksterne mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Det giver en decentral fleksibilitet, idet referencetaksterne samtidig overordnet bliver normerende for det generelle takstniveau.

I tilfælde af, at parterne ikke kan nå til enighed om taksterne, da vil ministeren for sundhed og forebyggelses fastsættelse af taksterne ske med udgangspunkt i de udmeldte referencetakster for forhandlingerne. Herved signaleres det, at risikoen ved at kræve for høje priser i forbindelse med en forhandling vil være, at taksterne fastsættes på referencetakstniveauet.

Forskellen ift. i dag vil være, at der i forhandlingerne ikke tages udgangspunkt i DRG-taksterne, men en andel af DRG-taksterne svarende til referencetaksterne, som tilsvarende er tilbagefaldspunktet, hvis der ikke kan opnås en forhandlingsløsning.

En ny model for afregning baseret på udmelding af referencetakster må forventes at føre til en reduktion af det gennemsnitlige takstniveau. Den ændrede afregning bør også tilknyttes en modsvarende lavere afregning fra staten. Dermed fastholdes overordnet set en sammenhæng med, hvad regionen betaler, og hvad den modtager fra staten.

1.2.6. Øget brug af udbud (Kapitel 7)

Det overordnede sigte med at anvende udbud som instrument til fastlæggelse af priser er det samme som i forhold til modellerne for privat DRG, nemlig at sikre mest mulig sundhed for de penge, der politisk prioriteres til det offentligt finansierede sundhedstilbud. Det er vurderingen, at der på konkurrenceegnede behandlingsområder er potentiale for at høste økonomiske gevinster ved udbud, jf. også de konkrete eksempler på regionale udbud, som er omtalt i kapitel 2. Mulighederne for at høste økonomiske gevinster vurderes særligt at gælde i forhold til områder, hvor der er mange potentielle leverandører, og hvor ydelserne er

lette at specificere mv. Det vil formentlig især gælde væsentlige dele af den planlagte kirurgi på basisniveau.

Udgangspunktet er, at regionernes erhvervede resultater vedr. udbud i suspensionsperioden taler for, at der eventuelt ligger et uudnyttet potentiale ved udbud på sygehusområdet. Øget udbud på udvalgte og strategisk "kloge" områder kan derfor bidrage til en forbedret anvendelse af ressourcerne. Det er dog vigtigt i forbindelse med konkurrenceudsættelse i sygehussektoren, at der tages højde for markedets sammensætning og specielle karakter. Det er centralt, at regionerne ved øget brug af udbud tænker strategisk og langsigtet for ikke at ende i en situation uden et reelt marked og dermed for høje priser. Det vil bidrage til et mere efficient marked og dermed undgås, at vinderen/vinderne af udbuddet opnår en dominerende rolle, der på sigt svækker konkurrenceevnen på markedet og forøger priserne.

Én model kan være at fastsætte en andel af den samlede omsætning på sygehusene, der skal konkurrenceudsættes gennem udbud. Med fastsættelse af et konkret krav til konkurrenceudsættelse af en bestemt andel af sygehusopgaverne, sendes et klart signal om, at konkurrencen på sygehusområdet skal styrkes. Kravet vil løbende kunne tilpasses i takt med, at grundlaget for at konkurrenceudsætte en større eller mindre del af opgaverne ændres, f.eks. på grund af udvikling i behandlingsteknologien eller et stigende antal aktører på markedet. Kravet kan fastsættes som et samlet krav til regionerne eller som et krav, som regionerne enkeltvist skal leve op til. Med denne model vil det fortsat som i dag være regionerne, der selvstændigt beslutter, hvilke behandlinger, der skal sendes i udbud. Den eneste forskel i forhold til i dag vil være, at der opstilles et politisk krav til, hvor meget de skal konkurrenceudsætte.

Én anden model kan være, at der i forbindelse med økonomiaftalen med regionerne angives en gensidig hensigtserklæring om øget brug af strategiske udbud på sygehusområdet generelt. En sådan hensigtserklæring med tilhørende specifikke elementer til brug for etableringen af øget udbud vil således kunne følges op i fremtidige økonomiaftaler. I forbindelse med en hensigtserklæring for øget udbud kan regionerne som krav og som en del af udbudspolitikken selv opstille specifikke mål for konkurrenceudsættelsen og udarbejde en strategi for opnåelsen heraf. Med en hensigtserklæring og krav om indarbejdelse af en specifik udbudspolitik er det hensigten at forankre regionerne og skabe en mere struktureret ramme om regionernes udbudsanvendelse.

[1.3. Rapportens anbefalinger]

Rapporten indeholder en række anbefalinger, som falder i tre hovedgrupper:

- Anbefalinger vedr. referencetakstmodel, jf. boks 1.1.
- Anbefalinger vedr. øget brug af udbud, jf. boks 1.2.
- Generelle anbefalinger, jf. boks 1.3.

Boks 1.1. Anbefalinger vedr. referencetakstmodel

1. Ud fra princippet om, at de private sygehuse skal måles op mod de offentlige sygehuse, der har de laveste omkostninger, anbefales det, at der fastsættes referencetakster på baggrund af det offentlige DRG-takster.
2. Det anbefales, at taksterne fastsættes på baggrund af et gennemsnit af omkostningerne på de 25-33 pct. billigste offentlige sygehuse
3. Det anbefales, at referencetaksterne fastlægges på et niveau svarende til 65-72 pct. af den offentlige DRG-takst.
4. Det anbefales, at forhandlingsmodellen fastholdes, så referencetaksten fremover vil fungere som *udgangspunkt* for forhandlingerne om aftaler under det udvidede frie sygehusvalg mellem Danske Regioner og de private sygehuse.
5. Det anbefales, manglende enighed om taksterne mellem parterne vil føre til, at referencetakster-

ne vil blive brugt fra centralt hold til fastsættelsen af taksten.

6. Det anbefales, at den forudsatte lavere afregning pr. behandling mellem regionerne og de private sygehuse tilknyttes en modsvarende lavere afregning fra staten til regionerne.
7. Det anbefales, at der som fast rutine tages initiativ til at gennemføre ABC-analyser på områder, hvor der er mistanke om, at DRG-systemet og dermed også referencetaksterne kan indebære en væsentlig skævhed i forhold til de faktiske omkostninger for bestemte typer af behandlinger

Boks 1.2. Anbefalinger vedr. øget brug af udbud

- Det anbefales, at regionerne øger anvendelsen af udbud på konkurrenceegnede områder, men at det sker gradvist og at der tages højde for markedets sammensætning og specielle karakterer.
- Det anbefales, at ambitionsniveauet om en øget anvendelse af udbud afpasses i forhold til, hvad der er realistisk givet markedssituationen. De særlige forhold på sygehusområdet betyder, at potentialet for udbud særligt skal findes inden for den planlagte kirurgi, herunder især den ambulante del.
- Det anbefales, at en øget anvendelse af udbud sker på baggrund af aftale med Danske Regioner. Aftalen kan have form af en konkret målsætning eller en hensigtserklæring

Boks 1.3 Generelle anbefalinger

- Det anbefales, at der fremover arbejdes for, at sygesikringstaksterne og taksterne i DRG-systemet ensrettes, så eventuelle incitamenter til at skifte mellem de to afregningssystemer reduceres. Der bør sigtes mod at eliminere evt. skævheder i takststrukturen og understøtte, at behandlinger sker i henhold til LEON-princippet, og der bør ved forhandlinger af aftaletakster som minimum tages højde herfor.
- Det anbefales, at det som minimum sikres, at det registreres, hvor mange læger med overenskomst under sygesikringen, der samtidig oppebærer indtægt eller har aftale under det udvidede frie sygehusvalg, herunder skal det kunne ses, om der er tale om samme ydelse, der afregnes til en anden (formentlig højere) takst end sygesikringstaksten.
- De private sygehuse har ved indberetning af aktivitet til Sundhedsstyrelsen mulighed for at angive, at der er tale om behandling af en fritvalgspatient, men det er i dag frivilligt. Det anbefales, at dette ændres, så de private sygehuse fremover er forpligtet til at angive, at der er tale om offentligt finansieret aktivitet som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Det bør desuden overvejes, hvordan det ved de private sygehuses indberetning kan sikres en højere grad af sammenlignelighed med de offentlige sygehuses indberetning af aktivitet.
- Det anbefales, at der autoriseres en selvstændig art i det regionale budget- og regnskabssystem, som er reserveret regionernes køb af sygehusydelser, der følger af reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

2. Offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet

2.1 Sammenfatning

For at sikre patienterne retten til frit valg til behandling indenfor 2 måneder på private og udenlandske sygehuse blev der med virkning fra 1. juli 2002 indført et udvidet frit sygehusvalg, der giver frit valg til private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med, jf. § 87 i sundhedsloven. Med virkning fra 1. oktober 2007 blev fristen på 2 måneder nedsat til 1 måned.

Afregningstaksterne med de private og udenlandske sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg fastsættes ved forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse - efter anmodning fra aftalesygehusene - fastsætte vilkårene for aftalen.

Som følge af konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008 og den deraf opståede ventetidspudder besluttede Folketinget den 6. november 2008 at suspendere det udvidede frie sygehusvalg til og med den 30. juni 2009, hvorefter det automatisk genindføres. I suspensionsperioden har regionerne forpligtet sig til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle aftalesygehuse i perioden 1. oktober 2007 til 31. marts 2008. Regionerne har i vid udstrækning valgt at gøre dette gennem udbudsrunder. Herigennem har man opnået priser, der ligger 10 til 50 pct. under de priser, der var fastsat i aftalerne under det udvidede frie sygehusvalg.

Det offentlige sygehusvæsen inddrager desuden privatpraktiserende speciallæger som en del af det samlede offentlige sundhedstilbud. Dette kan skabe udfordringer i det omfang speciallæger udfører opgaver, der både kan afregnes under sygesikringen eller under andre aftalesystemer, herunder det udvidede frie sygehusvalg, da lægen derved kan få tilskyndelse til at behandle patienten under det mest favorable aftalesystem.

2.2 Det udvidede frie sygehusvalg

For at sikre patienterne frit valg til private og udenlandske sygehuse og nedbringe ventetiderne til sygehusbehandling blev der med virkning fra 1. juli 2002 indført et udvidet frit sygehusvalg, der giver frit valg til private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med, jf. § 87 i sundhedsloven. Med virkning fra 1. oktober 2007 blev fristen på 2 måneder nedsat til 1 måned.

Det udvidede frie sygehusvalg giver en person, som er henvist til sygehusbehandling, ret til at vælge behandling på ét af de private sygehuse, som Danske Regioner har aftale med (dvs. et aftalesygehus), hvis patientens bopælsregion ikke inden for 1 måned, efter at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved bopælsregionens egne sygehuse eller ét af de sygehuse, som regionen samarbejder med, jf. boks 2.1.

Patienten kan benytte denne ret helt eller delvist. Helt hvis patienten ønsker behandlingen, herunder undersøgelsesforløbet på et aftalesygehus - delvist, hvis patienten kun ønsker en eller flere planlagte diag-

nostiske delundersøgelser, som fx scanninger på et aftalesygehus, men behandling på bopælsregionens sygehus. Det sidste kan fx være relevant for patienten, hvis der er lang ventetid til en bestemt delundersøgelse, fx. en scanning, på bopælsregionens sygehus.

Retten til at benytte det udvidede frie sygehusvalg til at blive behandlet, herunder undersøgt på et aftalesygehus, bortfalder, hvis ventetiden på behandling på aftalesygehuset overstiger ventetiden på bopælsregionens sygehuse eller samarbejdssygehuse.

Boks 2.1. Samarbejdsaftaler mellem de offentlige sygehuse

Et samarbejdssygehus under det udvidede frie sygehusvalg er et offentligt eller privat sygehus, sygehusafdeling eller klinik, som regionen samarbejder med efter konkret aftale eller fast praksis. Samarbejdssygehuse skal ligge inden for rimelig afstand set i forhold til patienterne. Regionerne skal offentliggøre, hvilke sygehuse de samarbejder med.

- Region Nordjylland: Alle offentlige sygehuse i Region Midtjylland.
- Region Midtjylland: Alle offentlige sygehuse i Region Nordjylland og Region Syddanmark.
- Region Syddanmark: 4 mindre offentlige sygehuse i Region Midtjylland, samt et antal private klinikker beliggende i regionen (specifikke ydelser på de enkelte klinikker) samt to tyske sygehuse (strålebehandling og fødsler).
- Region Sjælland: En del patienter dækkes af Region Hovedstaden fsva. specialiseret behandling.
- Region Hovedstaden: [Udestår]

I opgørelsen af den samlede venteperiode medregnes ikke perioder, hvor undersøgelse eller behandling må udsættes på grund af patientens ønske eller helbredstilstand. Helbredstilstanden omfatter i denne forbindelse såvel den enkelte patients samlede helbred som den aktuelle sygdoms karakter, jf. boks 2.2.

Boks 2.2. Opgørelse af ventetid

Venteperioden beregnes fra den dato, sygehuset har modtaget en henvisning, til den dato behandlingen påbegyndes. Ved beregningen kan fratrækkes den tid, som medgår - dog højst 2 uger - til hver diagnostisk delundersøgelse i forundersøgelserforløbet. Den tid, der kan fratrækkes, er således den samlede "produktionstid" for den enkelte diagnostiske delundersøgelse i forundersøgelserforløbet, dvs. den tid der går, fra delundersøgelsen er rekvireret, til resultatet af delundersøgelsen foreligger. Overstiger den samlede venteperiode herefter 1 måned (= 30 dage), har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg.

Den udvidede fritvalgsordning omfatter patienter, der er henvist til behandling, herunder undersøgelse på en sygehusafdeling. Ordningen omfatter derimod ikke patienter, som er henvist af en praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge til en diagnostisk undersøgelse, fx røntgenundersøgelse, til brug for denne læges egen diagnostik og stillingtagen til behandling mv.

Det udvidede frie sygehusvalg gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk operation, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling mv. Ordningen giver heller ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimental eller alternativ behandling.

Reglerne for det udvidede frie sygehusvalg indebærer bl.a., at det offentlige sygehusvæsen senest 8 hverdage efter, at et af regionens sygehuse har modtaget henvisning til en patient, skal oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse eller behandling, om patienten kan tilbydes behandling inden for 1 måned efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg, og om retten til at vælge sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg, jf. boks 2.3.

Boks 2.3. Det udvidede frie sygehusvalg i praksis

Rettigheden til udvidet frit sygehusvalg udløses, når det offentlige ikke kan tilbyde behandling på ét af bopælsregionens sygehuse eller samarbejdssygehuse inden for 1 måned. I praksis udløser rettigheden typisk følgende proces:

- Det regionale sygehus modtager en henvisning af en patient fra en praktiserende læge eller speciallæge til undersøgelse og behandling. Henvisningen fordeles til den relevante afdeling, fx gennem regionens visitationscenter.
- Afdelingen/visitationscentret sender et informationsbrev, som skal være patienten i hænde senest 8 dage efter sygehusets modtagelse af henvisningen. Informationsbrevet skal indeholde oplysning om dato for undersøgelse eller behandling.
- Det oplyses desuden, at patienten kan benytte det udvidede frie sygehusvalg til at få foretaget undersøgelse eller behandling på et privat sygehus med aftale med Danske Regioner, såfremt det - bl.a. på baggrund af patientens behov og afdelingens ventelister og kapacitet - vurderes, at patienten ikke kan tilbydes behandling inden for 1 måned på afdelingen eller på ét af regionens øvrige sygehuse eller samarbejdssygehuse.
- Vurderingen af, om der kan tilbydes behandling på andre af regionens sygehuse eller samarbejdssygehuse sker typisk via de offentliggjorte maksimale, forventede ventetider på hoved DRG-grupper på sundhed.dk. Da rettigheden er gældende for patienter på regionens egne sygehuse og samarbejdssygehuse, sker vurderingen af behandlingsmuligheder og ventetider i forhold til disse konkrete sygehuse. Der er ikke fastsat noget klart krav til afstand til samarbejdssygehuset, men det er forudsat, at det er beliggende inden for en rimelig geografisk afstand.
- I de tilfælde, hvor patienthenvisningen er baseret på en upræcis diagnose, vil der blive foretaget en vurdering af det samlede tidsforløb for forundersøgelse og behandling i fht. 1 måneds garantien. Der kan dog fratrækkes højst 2 uger for diagnostiske delundersøgelser. Rettigheden til behandling på et privat sygehus vil i dette tilfælde også kunne omfatte forundersøgelse.
- Informationsbrevet skal indeholde en oversigt over ventetiden på regionens egne og andre regioners sygehuse samt på de relevante private sygehuse. Herudover indeholder brevet information om, hvor patienten skal henvende sig - typisk på en central visitationsenhed i regionen - hvis patienten vil benytte sine valgmuligheder.
- Har patienten valgt behandling på et privat sygehus, sender dette sygehus efter afsluttet behandling en regning til regionen - fx visitationsenheden – der forud for betaling kontrollerer behandling og pris mv., herunder om privatsygehuse har foretaget den obligatoriske indberetning til Landspatientregistret.
- Sygehuset/afdelingen, der "udløste" patientens valg, påvirkes ikke direkte økonomisk heraf, da regningen sendes direkte til regionen.

Regelsæt for det udvidede frie sygehusvalg

De nærmere regler om den udvidede fritvalgsordning har været fastlagt i bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling mv. jf. §§ 15-18 og 32-35, der er ophævet som følge af suspensionen.

Foruden at give den enkelte patient en ny og væsentlig rettighed samt at nedbringe ventetiderne til sygehusbehandling, er formålet med det udvidede frie sygehusvalg ligeledes et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske incitamenter, således at det offentlige sygehusvæsen får yderligere incitamenter til at afkorte ventetiderne til et acceptabelt niveau, jf. bemærkninger til Sygehusloven af 2002 (L64).

2.2.1 Aftaleindgåelse under det udvidede frie sygehusvalg

Frem til suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg fremgik det af sundhedslovens § 87, at regionerne i forening, dvs. i praksis Danske Regioner, indgår aftale med de private sygehuse og -klinikker mv. her i landet og sygehuse mv. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Alle private sygehuse og klinikker, som ønsker en aftale, kan således få det.

En aftale mellem Danske Regioner og et aftalesygehus består af en standardaftale, der regulerer de overordnede vilkår for aftalen, og et bilag med en specificering af de behandlinger og undersøgelser, som er omfattet af aftalen. Endvidere er det specificeret, på hvilke vilkår den enkelte behandling gives, og den pris patientens bopælsregion skal betale herfor. Der er tale om vilkår, som ikke er lovregulerede, men aftalefastsatte.

Der er i standardaftalen fastsat, at en aftale kan opsiges af parterne med 6 måneders varsel, eller hvis parterne er enige om at opsige den med kortere varsel. Ydelsessortimentet i en aftale kan ændres med 2 måneders varsel eller uden varsel, såfremt Danske Regioner og aftalesygehuset er enige herom.

Lovgivningen fastsætter ikke med hvilke intervaller Danske Regioner skal genforhandle aftaler med de private udbydere. Frem til suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg er aftalerne blevet opsagt og genforhandlet ved hvert årsskifte.

Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan ministeren for sundhed og forebyggelse efter anmodning fra aftalesygehusene fastsætte vilkårene for aftalen, jf. sundhedsloven (§87, stk. 4). Regionerne er forpligtet til at indgå aftale på de af ministeren fastsatte vilkår. De private sygehuse er derimod ikke forpligtet til at indgå aftale eller modtage patienter. I 2006 blev den daværende indenrigs- og sundhedsminister anmodet af de private sygehuse om at fastsætte taksterne.

Når suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg, jf. afsnit 2.4, ophører med virkning fra 1. juli 2009, bliver den her beskrevne aftalemodel automatisk genindført.

Informationskrav til aftalesygehuse

De aftalesygehuse, der har fået henvist en patient til behandling skal til brug for en eventuel fortsat behandling og for afregning for udført behandling give alle relevante oplysninger om behandlingen til det sygehus, som har henvist patienten. Aftalesygehusene her i landet skal til statistiske formål indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Aftalesygehusene i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist patienten dertil. Bestemmelserne herom er fastlagt i den nu ophævede bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv., jf. §§ 32-35.

2.2.2 Afregning under det udvidede frie sygehusvalg

Afregning i forhold til aftalesygehusene efter den udvidede fritvalgsordning sker på baggrund af de aftaler, som Danske Regioner har indgået med de enkelte sygehuse eller en standardaftale for medlemmerne af Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD). Aftalesygehusene bliver således honoreret for de konkrete patienter, de behandler efter de i aftalerne fastsatte takster, jf. kapitel 3.

Regningen for behandlingen sendes af det private sygehus til den pågældende patients hjemregion. Henvisen af patienten til privat behandling har derfor som udgangspunkt ingen direkte økonomiske konsekvenser for det sygehus eller afdeling, hvorfra patienten blev tilbudt muligheden for at benytte fritvalgsordningen.

Boks 2.4. Incitamenter og styringsmuligheder

Niveauet for afregningen af de private sygehuse har i sig selv betydning for de regionale incitamenter. Afregningen af de private er endvidere en del af et samlet afregningssystem mellem stat og regioner samt regionerne imellem.

I dag sker afregningen af sygehusaktivitet fra staten til regionerne omfattet af DRG-systemet i princippet med 100 pct. af DRG-taksten – set ift. det foregående års takst er niveauet 98 pct. pga. produktivetskravet på 2 pct. Afregningen mellem regionerne for behandlinger er tilsvarende 100 (98) pct. – og afregningen er identisk uanset om behandlingen på et offentligt sygehus i den anden region sker som følge af reglerne for frit sygehusvalg eller via henvisning som samarbejdssygehus for regionen.

Behandlingen på private sygehuse varierer derimod, afhængigt af hvilke (pris)aftaler der ligger til grund. Afdækningen i denne rapport indikerer, at afregningen udgør gennemsnitligt ca. 98 pct. af DRG-taksten i 2008, jf. kapitel 3.3.2. Det gennemsnit dækker imidlertid over afregning af behandling som følge af udbud eller afregning som følge af status som aftalesygehus under reglerne for udvidet frit valg.

Uanset hvilken pris den enkelte region har aftalt med den private leverandør, sker afregningen mellem staten og regionen reelt med 100 (98) pct. af DRG. Der sker dermed i praksis en lille (gennemsnitlig) over-kompensation af regionerne for aktivitet, der overlades til private aktører, herunder som følge af udvidet frit valg. Generelt vurderes det imidlertid, at den regionale marginalomkostning er lavere end 98 pct. af DRG-taksten, og at det regionale incitament dermed samlet set er at holde aktiviteten "in-house".

Samlet peger den økonomiske konstruktion på en incitamentsstruktur, hvor regionerne har et incitament til at holde aktiviteten "in-house", mens incitamentet for at afsøge andre offentlige muligheder uden for regionen, herunder via etablering af en samarbejdsaftale, frem for en privat aktør er fraværende. Det skal dog ses ud fra en gennemsnitsbetragtning. Afregningen med 100 pct. DRG mellem stat og region åbner mulighed for en økonomisk fordel, hvis der fx via udbud kan sikres lave priser på bestemte diagnoser hos de private aktører.

2.3. Kvalitetssikring på private sygehuse

2.3.1. Sikring af fagligt bæredygtige enheder

Sikring af kvalitet i behandlingen er blandt andet betinget af, at der sikres en faglig bæredygtighed. En væsentlig forudsætning for at sikre den nødvendige kvalitet er således, at den enkelte læge og organisatoriske enhed opbygger et tilstrækkeligt patientunderlag og -volumen for, at personalet kan opnå og fastholde en ekspertise og rutine inden for det pågældende område, der kan bidrage til at sikre kvalitet i behandlingen.

De private sygehuse er i dag kendetegnet ved mange forholdsvis små enheder med en beskeden aktivitet og omsætning, jf. kapitel 4. Samtidig er disse typer af private sygehuse og -klinikker karakteriseret ved, at de udfører en række forholdsvis enkle opgaver på basisniveau. Derved falder opgaverne uden for de krav, der af Sundhedsstyrelsen stilles til de sygehuse – offentlige såvel som private – der udfører specialiserede sygehusopgaver, jf. afsnit 2.3.2. Det indebærer, at det private sygehus ved behandlinger på basisniveau alene er bundet af de basiskrav, der fastsættes til sygehusets læger, dels af Sundhedsstyrelsen og dels gennem autorisationsloven. Der stilles typisk ikke krav om eksempelvis en vis patientvolumen som forudsætning for, at det pågældende private sygehus kan varetage opgaver for det offentlige.

Dette kan skabe en potentiel risiko for, at de kvalitetsmæssige fordele ved specialisering ikke indhøstes tilstrækkeligt i det omfang, der ikke opbygges den nødvendige volumen for de enkelte behandlinger på de

private sygehuse. En styrkelse af den faglige bæredygtighed vil derfor kunne ske ved, at den private behandling samles på færre og større enheder, hvorved den enkelte enheds patientunderlag styrkes. Ved indretningen af en ny model for fastsættelse af vilkår for afregning mv. for de private sygehuse kan der derfor lægges vægt på, at en øget volumen kan styrke de private sygehuses faglige bæredygtighed i tilfælde med begrænset patientunderlag.

2.3.2. Krav til private sygehuse i forbindelse med varetagelse af specialiserede opgaver

Sundhedsstyrelsen fastsætter, hvilke funktioner der i sygehusvæsenet betegnes specialfunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) samt krav til varetagelsen af specialfunktioner, og hvilke konkrete sygehuse, der må varetage funktionerne, både hvad angår offentlige og private sygehuse.

I forhold til offentligt finansieret aktivitet forekommer det naturligt, at det kvalitetsniveau, der tilbydes af de private sygehuse, som det offentlige har indgået aftale med og betaler behandling på, i det væsentlige lever op til de samme kvalitetsstandarder som de offentlige sygehuse – ikke mindst, når det gælder de specialiserede funktioner, der er karakteriseret ved deres kompleksitet, sjældenhed og/eller ressourceforbrug.

Det kræver *ikke*, at alle de krav og forpligtelser, der stilles til det offentlige sygehus, også skal opfyldes af de private sygehuse. Det vil fx. ikke i alle tilfælde være rimeligt at stille samme krav vedr. uddannelsesaktivitet, udvikling og forskning mv. Derimod bør det kræves, at de private sygehuse, som det offentlige indgår aftale med under det udvidede frie valg, skal opfylde samme krav, som de offentlige vedr. "kernen af de sundhedsfaglige kvalitetskrav".

Dette indebærer, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med Danske Regioners indgåelse af aftaler om udvidet frit valg til en specialiseret funktion på et privat sygehus bør specificere, hvilke af de krav, der stilles til de offentlige sygehuse, som også skal gælde for de private, og vurdere om de er opfyldt i de konkrete tilfælde. Det vil være krav, der *direkte* knytter sig til den kliniske kvalitet, fx. at den ansvarlige kirurg og behandlingsteams ved bestemte operationer skal have en nærmere defineret ekspertise eller erfaring, herunder ifbm. anæstesi på et specificeret niveau og, at der er adgang på stedet til behandling på et specificeret niveau. Derimod vil fx. håndfaste krav til et bestemt antal behandlede patienter pr. år pr. privat sygehus normalt ikke stilles under det udvidede frie valg. Det kan evt. erstattes af andre relevante krav til teamet, fx. den ansvarlige operatørs og andre nøglepersoners behandlingserfaring. Nogle af kravene kan eventuelt – ligesom på offentlige sygehuse – opfyldes gennem aftalt samarbejde med et offentligt sygehus.

2.4 Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg

Den 6. november 2008 besluttede Folketinget at suspendere det udvidede frie sygehusvalg frem til og med den 30. juni 2009, hvorefter det automatisk genindføres.

Formålet med suspensionen er at følge op på regeringens aftale med Danske Regioner om regionernes økonomi for 2009, hvor der er opnået enighed om at afvikle den pukkel af ventetidspatienter, der er opstået som følge af overenskomstkonflikten på sygehusområdet fra april til juni 2008, så hurtigt som muligt og på en økonomisk ansvarlig måde. I den forbindelse skal det sikres, at de patienter, der er mest syge og har ventet længst, kommer først i behandling.

Hver region har med det formål forpligtet sig til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker i suspensionsperioden svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle aftalesygehuse i perioden 1. oktober 2007 til 31. marts 2008.

Samarbejde under suspensionen

Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD), Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har igangsat en række initiativer til at nyttiggøre den samlede behandlingskapacitet på de offentlige sygehuse og aftalesygehuse bedst muligt og sikre, at de ventetidspatienter, som ud fra en lægefaglig vurdering har mest behov for det, visiteres til behandling først.

Initiativerne er fastlagt i retningslinjer for prioritering og visitation af ventetidspatienter efter overenskomstkonflikten på sygehusområdet. Initiativerne omfatter oprettelse af et samarbejdsudvalg i hver af de 5 regioner med repræsentanter for regionsrådet og SPPD, hvor også repræsentanter for sygehuse uden for SPPD kan indgå. Udvalgene koordinerer deres arbejde på tværs af regionerne efter behov, fx. øst og vest for Storebælt.

Med det formål at nyttiggøre den samlede behandlingskapacitet bedst muligt udarbejder udvalgene retningslinjer for prioriteringen og visitationen af ventetidspatienter fra regionen inden for de enkelte specialer, således at de patienter, som ud fra en lægefaglig vurdering har mest behov for det, visiteres til behandling først.

Der udarbejdes også månedsvise oversigter over den samlede behandlingskapacitet af forskellige patientkategorier inden for de enkelte specialer på regionens sygehuse, samarbejdssygehuse samt private aftalesygehuse og -klinikker. Disse oversigter opgøres af de respektive parter. Herudover udarbejdes oversigter over eventuel overskudskapacitet på disse sygehuse og klinikker, som udveksles med samarbejdsudvalgene i de andre regioner med henblik på tværregional koordination af overskudskapacitet. Samarbejdsudvalget tager i deres arbejde udgangspunkt i disse oversigter.

De private sygehuse og klinikker under SPPD har givet tilsagn om i videst muligt omfang at prioritere patienter i henhold til samarbejdsudvalgets anvisninger.

Der er endvidere oprettet et landsdækkende samarbejdsudvalg med repræsentanter fra Danske Regioner, SPPD og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som skal sikre national koordinering af behandlingskapaciteten, bl.a. ved at følge udviklingen og monitorere aktiviteten. Udvalget bistår også med at løse eventuelle uenigheder om gennemførelsen af de nævnte opfølgingsinitiativer.

2.4.1. Aftaleindgåelse under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg

Regionerne ville i suspensionsperioden principielt kunne indgå aftaler med privathospitaler efter samme model, som de efter sundhedsloven har været forpligtet til at benytte i forbindelse med den udvidede fritvalgsordning, jf. ovenfor.

Som nævnt har hver region i aftalen vedr. suspensionen forpligtet sig til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker i suspensionsperioden svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle aftalesygehuse i perioden 1. oktober 2007 til 31. marts 2008.

Regionerne har i vid udstrækning valgt at løse denne opgave ved at sende sygehusbehandling i udbud blandt de private sygehuse. Ifølge Danske Regioner er det ved hjælp af dette instrument lykkedes regionerne at indgå aftaler med de private sygehuse til priser, der ligger 10 - 50 pct. under de takster, der var gældende i aftalerne under det udvidede frie sygehusvalg.

Som eksempler giver Danske Regioner, at Region Hovedstaden og Region Syddanmark gennem afholdelsen af udbudsrunder har opnået besparelser på MR-scanninger på 50 pct. i forhold til taksterne under det udvidede frie sygehusvalg. Ved tilsvarende fremgangsmåde har Region Nordjylland opnået besparelser på rykkirurgi i samme størrelsesorden.

2.4.2. Afregning i suspensionsperioden

Afregning for behandling af patienter, der ikke er omfattet af ovenstående udbudsordninger, og som af regionen henvises til behandling på private sygehuse i suspensionsperioden, sker til den takst, der er fastsat i aftalen mellem det private sygehus og den enkelte region. Afregningen sker mellem det private sygehus og pågældende patients hjemregion. Taksterne baseres på de procedurekoder, der hidtil har været benyttet i aftaler under det udvidede frie sygehusvalg, jf. kapital 3.

2.5 Sygehusopgaver hos privatpraktiserende speciallæger

Regionerne køber ligeledes sundhedsydelse hos privatpraktiserende speciallæger. Praksissektoren er således med til at aflaste sygehusvæsenet. Dette kan skabe udfordringer i det omfang speciallæger udfører opgaver, der både kan afregnes under sygesikringen eller under andre aftalesystemer, herunder det udvidede frie sygehusvalg, da lægen derved kan få tilskyndelse til at behandle patienten under det mest favorable aftalesystem.

Overlappet mellem praktiserende speciallæger og sygehussektoren betyder, at der er blevet udarbejdet etiske retningslinjer for praktiserende speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomsten. De er rettet mod at sikre, at overlappet mellem sygehussektoren og praksissektoren ikke fører til uhensigtsmæssigheder for borgerne eller det offentlige, jf. boks 2.5.

Boks 2.5 Uddrag af etiske retningslinjer for praktiserende speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomsten (2004)

1. Fuldtidspraktiserende speciallæger har som udgangspunkt deres primære beskæftigelse inden for sygesikringsoverenskomsten.
2. En specifik ydelse bør som udgangspunkt, såfremt den findes inden for sygesikringsoverenskomsten, leveres inden for overenskomsten.
3. Fuldtidspraktiserende speciallæger skal som udgangspunkt levere en mængde og en bredde af ydelser i sygesikringsregi, der sikrer optimal speciallægebetjening og lever op til normal sygesikringsomsætning defineret i relation til gennemsnittet inden for det pågældende speciale.
4. Speciallægens beskæftigelse ved siden af sygesikringsopgaverne bør således hverken have tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver i sygesikringsregi.
5. Speciallægen og dennes personale bør ved vejledning og informering af patienter sikre, at der ikke opstår en interessekonflikt mellem på den ene side arbejdet i sygesikringsregi og på den anden side speciallægens eventuelle økonomiske interesser og beskæftigelse uden for sygesikringsregi.
6. ...

Af punkt 2 i retningslinjerne fremgår, at speciallæger som udgangspunkt skal levere en ydelse inden for overenskomsten, hvis den findes der. Hermed søges det at undgå, at speciallægen 'shopper' mellem flere sektorer og vælger at levere en given ydelse, hvor ydelsen honoreres bedst.

I den forbindelse er der et generelt princip om, at beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaven ikke bør have tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for arbejdet under overenskomsten. I forlængelse af punkt 4 i retningslinjerne er det således anført i overenskomstens § 56:

"Speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne bør ikke have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver under overenskomsten. Der henvises i den forbindelse til de Etiske retningslinjer, og det skal understreges, at fuldtidspraktiserende speciallæger har deres primære beskæftigelse inden for overenskomst om speciallægehjælp."

3. Patienter, aftaler og takster

3.1 Sammenfatning

Fra 2002 til 2008 er ca. 280.000 patienter blevet henvist til offentligt finansieret behandling på et privat sygehus, heraf langt hovedparten som følge af det udvidede frie sygehusvalg.

Ved suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i november 2008 var der indgået 1.142 aftaler om behandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Over 800 eller ca. 70 pct. af disse aftaler vedrører operationer.

Der er især forholdsvis mange aftalesygehuse og -klinikker i Nordsjælland samt i enkelte områder af Jylland set i forhold til indbyggertallet. Hverken på regions- eller kommuneniveau kan der dog umiddelbart konstateres en sammenhæng mellem adgangen - defineret som afstand til behandlingstilbud under det udvidede frie sygehusvalg - og borgernes anvendelse af offentligt finansieret behandling på private sygehuse. Således er brugen af ordningen størst i Region Nordjylland, hvor antallet af aftaler samtidig er lavest i forhold til indbyggertallet.

Der er begrænset patientmobilitet henover regionsgrænserne og kun 2 pct. af den private aktivitet vedrører patienter, der søger over Storebælt for at blive behandlet.

Taksterne under det udvidede frie sygehusvalg tager udgangspunkt i DRG-systemet. For hovedparten af aftalerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse er taksten aftalt på baggrund af procedurekoder og dermed et mere finmasket klassifikationssystem end DRG-systemets godt 600 forskellige behandlingstyper. Det skønnes med usikkerhed, at taksterne under det udvidede frie sygehusvalg i 2008 udgjorde 98 pct. af DRG-taksten.

For 2008 var der aftalt priser for mere end 3500 forskellige ydelser. Det er uklart, hvem der har fordel af et så stort og omfangsrigt takstkatalog, der betydeligt overstiger antallet af DRG-grupper (600), der afregnes efter i det offentlige system. Set fra statslig side betyder det, at det i praksis umiddelbart kan være svært at gennemskue, hvilke ydelser og priser, der reelt indgås aftale om. Det nuværende system er ikke sammenligneligt med afregningssystemet for de offentlige sygehuse, hvilket gør det vanskeligt og ugenomsommeligt at analysere og opgøre, hvad regionerne reelt har betalt for en given behandling og således vurdere, hvor meget sundhed, der fås for pengene.

3.2 Brugen af private sygehuse - antal patienter

Til og med 2008 er ca. 280.000 blevet henvist til offentligt finansieret behandling på et privat sygehus, heraf langt hovedparten som følge af det udvidede frie sygehusvalg, *jf. tabel 3.1*. Tallene dækker imidlertid også personer behandlet på et privat sygehus som følge af regionernes køb af "almindelig" kapacitet på disse sygehuse, *jf. boks 4.1*.

Tabel 3.1. Antal patienter henvist til offentligt finansieret behandling på et privat sygehus.

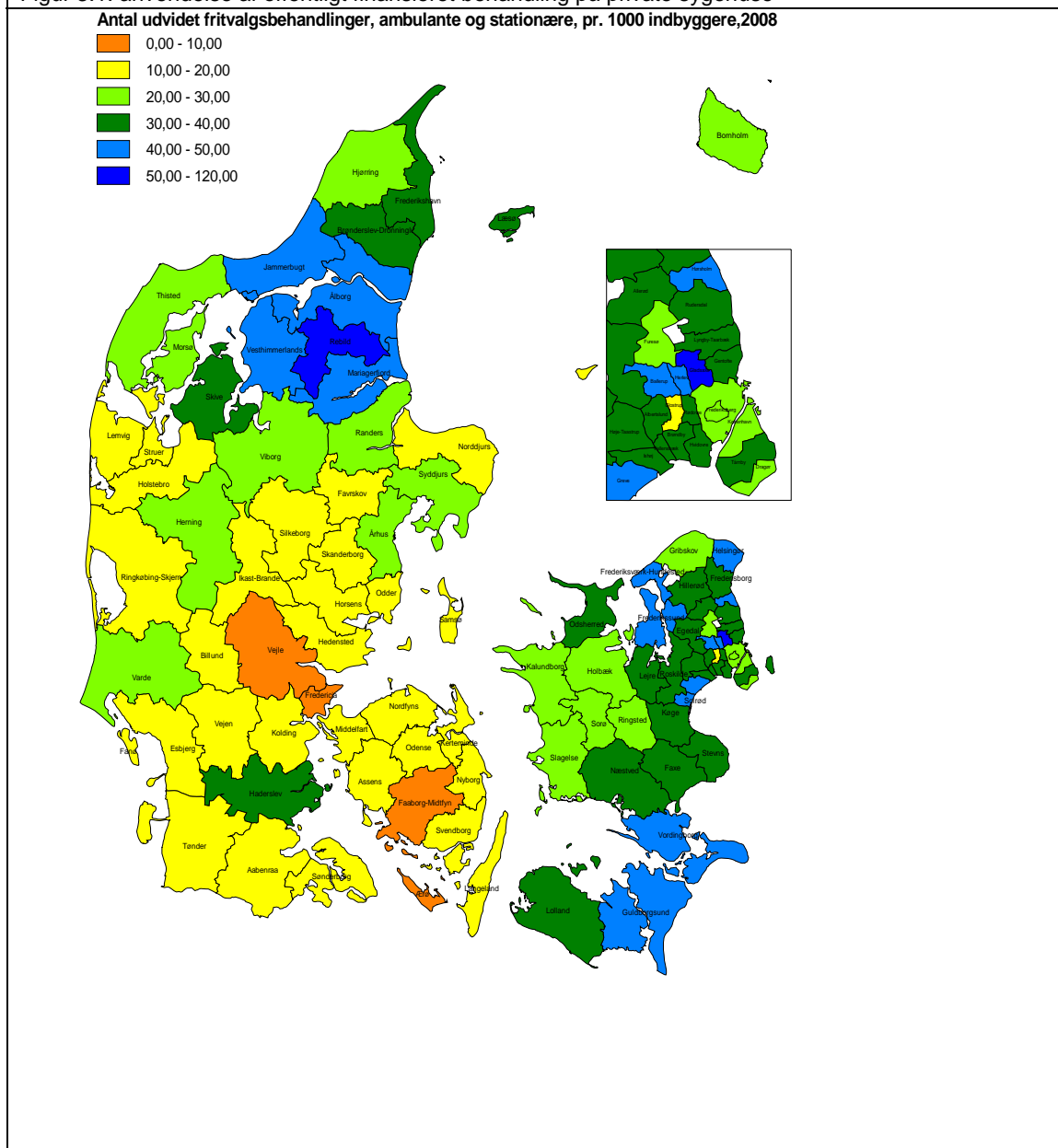
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	I alt
Patienter	5.693	19.656	23.452	31.152	38.187	51.698	110.211	280.049

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner

Anm.: 2008-tal er baseret på en foreløbig opgørelse.

På landsplan kan der konstateres variation i antallet af borgere, der henvises til behandling på et privat sygehus. I 2008 blev muligheden oftest anvendt i de nordjyske kommuner, samt i Nordsjælland. Brugen af ordningen var lavest i kommunerne på Fyn og Midt-, Syd- og Sønderjylland, jf. figur 3.1

Figur 3.1. anvendelse af offentligt finansieret behandling på private sygehuse



3.3. Aftaler under det udvidede frie sygehusvalg

3.3.1 Antal aftaler fordelt på typer af behandling

Antallet af aftaler mellem Danske Regioner og de private sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg er fra 2007 til november 2008 steget fra 854 til 1.142, *jf. tabel 3.2*. Dette svarer til en stigning i perioden på 33,7 pct. Stigningen har især fundet sted for aftaler indenfor kategorien behandling og pleje, hvor der fra 2007 til 2008 er indgået aftaler på 15 nye områder, herunder 47 aftaler vedrørende bevægeapparatet og 21 aftaler vedrørende hud og underhud, der omfatter en række plastik-kirurgiske operationer.

Tabel 3.2. Aftaler under det udvidede frie sygehusvalg	2007	2008	Ændring, pct.
Klassifikation af operationer			
KA - Operationer på nervesystemet	49	60	22,4
KB - Operationer på endokrine organer	8	9	12,5
KC - Operationer på øje og øjenomgivelser	82	83	1,2
KD - Operationer på øre, næse og strubehoved	51	56	9,8
KE - Op. på læber, tænder, kæber, mund og svælg	41	50	22,0
KF - Op. på hjerte og store intrator. kar	1	2	100,0
KG - Op. på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastinum, diafragma	0	3	
KH - Operationer på bryst	39	42	7,7
KJ - Op. på fordøjelsesorganer og milt	45	48	6,7
KK - Op. på urinveje, mandlige kønsorganer og retroper. væv	46	50	8,7
KL - Operationer på kvindelige kønsorganer	23	33	43,5
KM - Obstetriske operationer	0	1	-
KN - Operationer på bevægeapparatet	58	72	24,1
KP - Op. på perifere kar og lymfesystem	49	48	-2,0
KQ - Operationer på hud og underhud	73	84	15,1
KT - Mindre kirurgiske procedurer	72	85	18,1
KU - Endoskopier genn. naturlige og kunstige legemsåbninger	54	67	24,1
KY - Udtagninger af væv til transplantation	7	10	42,9
KZ - Tillægskoder til specifikation af op.	0	12	-
B - Behandlings- og plejeklassifikation			
BA – Nervesystemet	8	12	50,0
BB - Det endokrine system og metaboliske lidelser	3	2	-33,3
BC - Øje og øjenomgivelser	0	4	
BD - Øre, næse, hals, strube og ansigt	8	9	12,5
BE - Mundhule og svælg	30	5	-83,3
BF - Hjerte og store kar	10	6	-40,0
BG - Brysthule, lunger og respiration	0	10	-
BH – Mamma	0	0	-
BI - Mave-tarmkanal	0	2	-
BJ - Nyrer, urinveje og kønsorganer	0	18	-
BK - Graviditet og fødsel	0	0	-
BL – Bevægeapparatet	0	47	-
BM - Perifere kredsløb og lymfesystem	0	2	-
BN - Hud og underhud	0	21	-
BO - Blod, blodl. organer, lymfatisk væv, væskebalance, kredsløb	0	3	-
BP - Medikamentel beh. af infektionssygdomme, immunisering mm.	0	3	-
BT - Daglig livsførelse	0	2	-

BU - Kost og ernæring	0	2	-
BV - Kommunikation og generelle pædagogiske interventioner	0	18	-
BW - Behandling og andre procedurer af generel karakter	0	8	-
BX - Interventioner uden specifikation	0	1	-
BZ - Tillægskoder til Behandlings- og Plejeklassifikationen	0	1	-
U - Klassifikation af undersøgelser			
UX - Radiologiske procedurer	69	99	43,5
UC - Elektroneuronografi (ENG) og elektromyografi (EMG)	0	9	-
UWW - Andre procedurer i forbindelse med undersøgelsesmateriale	0	1	-
Danske Regioners forløbskoder			
XY	28	42	50,0
Aftaler i alt	854	1142	33,7

Kilde: Sundhedsstyrelsen, www.sygehusvalg.dk

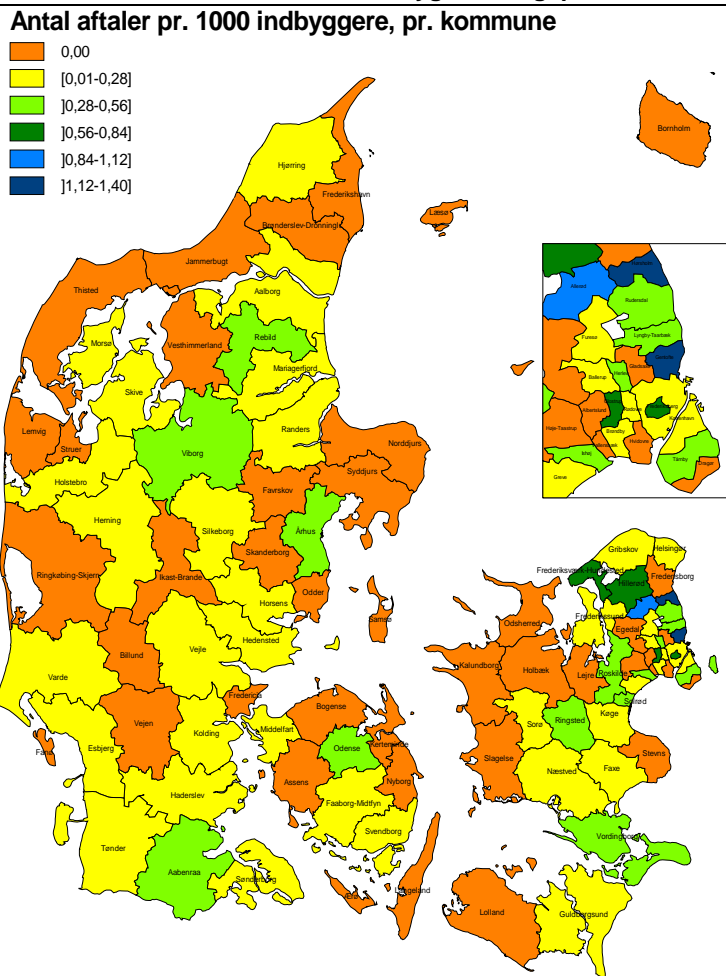
Anm.: Antallet af aftaler i 2008 er opgjort ved suspensionsperiodens ikrafttræden pr. 7. november 2008

3.3.2. Geografisk placering og patientmobilitet

Geografisk koncentrerer aftalerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse sig især til Nordsjælland samt enkelte områder i Jylland, jf. figur 3.2. Borgerne har i disse områder dermed relativt kortere til aftalesygehuse og dermed umiddelbart lettere adgang til at modtage flere typer af behandlinger under det udvidede frie sygehusvalg.

Modsat forholder det sig for borgere i især Vestsjælland og i Vest- og Nordjylland, hvor der er relativt færre aftaler med de private sygehuse i forhold til indbyggertallet.

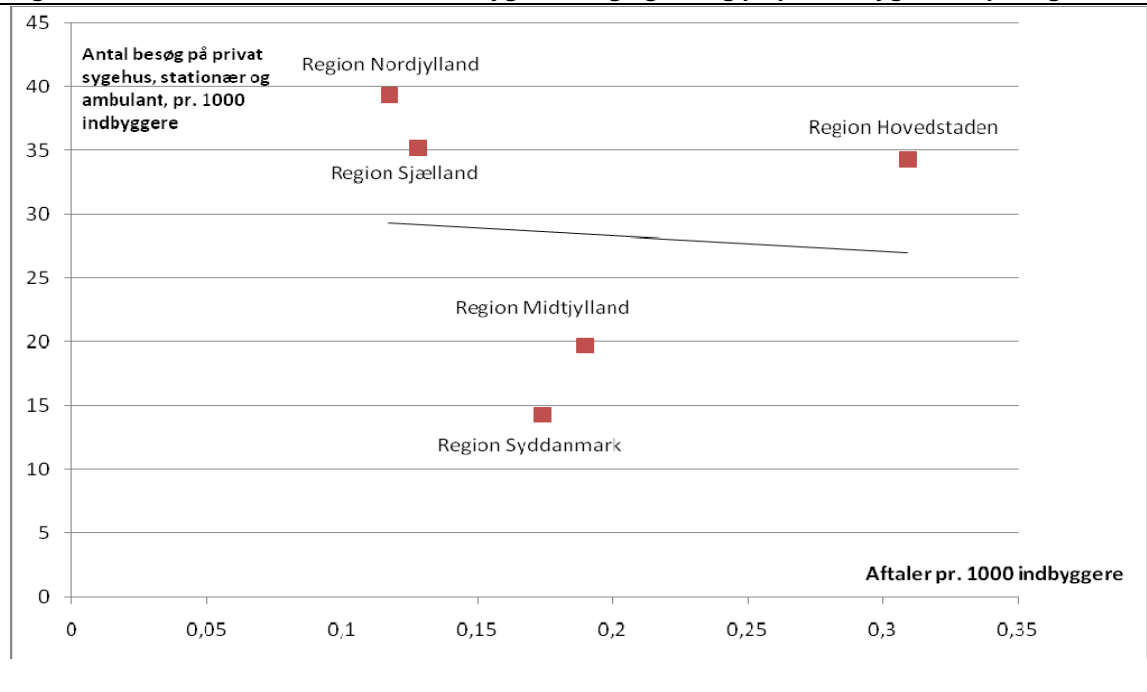
Figur 3.2. Aftaler under det udvidede frie sygehusvalg, pr. kommune



Kilde: www.fritsygehusvalg.dk, Danmarks Statistik

Der kan ikke umiddelbart konstateres en sammenhæng mellem adgangen - defineret som afstand til behandlingstilbud under til udvidede frie sygehusvalg – og borgernes anvendelse af private sygehuse med offentlig finansiering. På regionsniveau er borgernes anvendelse af private sygehuse størst i region Nordjylland og Sjælland, hvor antallet af aftaler pr. indbygger samtidig er lavest, *jf. figur 3.3.*

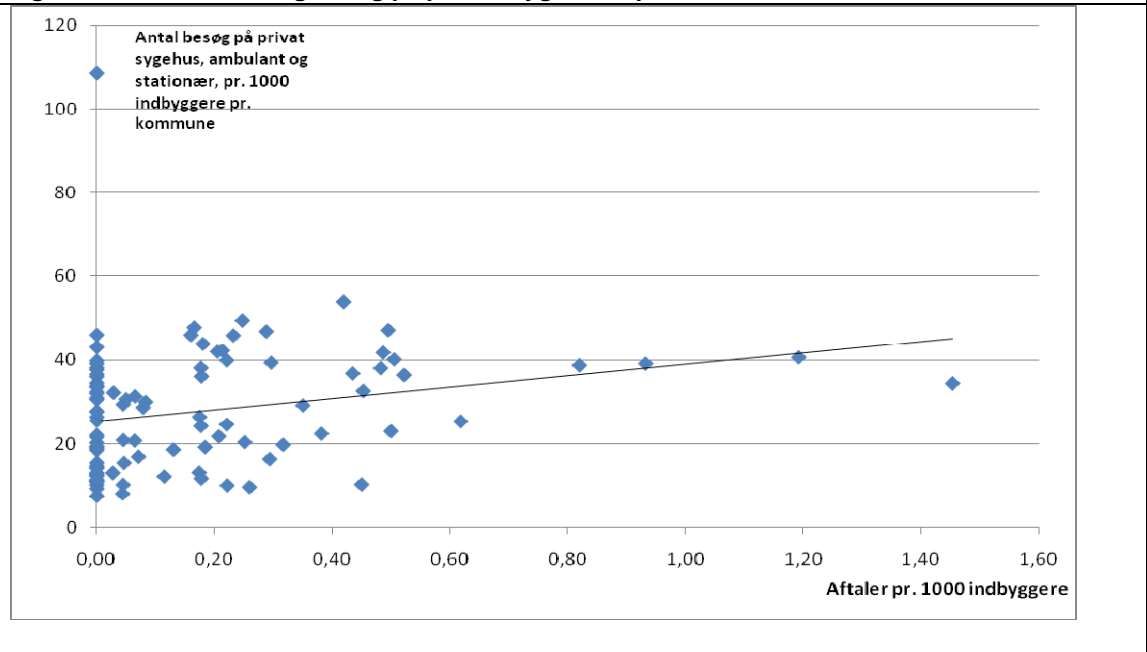
Figur 3.3. Aftaler under det udvidede frie sygehusvalg og besøg på private sygehuse, pr. region



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

Tilsvarende kan der heller ikke på kommuneniveau umiddelbart konstateres en sammenhæng mellem antallet af aftaler og borgernes af anvendelse af private sygehuse med offentlig finansiering. Brugen af ordningen er således ikke højere i de fire kommuner, der har det højeste antal aftaler pr. indbygger i forhold til en række af kommuner, hvor der er færre aftaler i forhold til indbyggertallet. Samtidig kan der konstateres relativ stor variation i brugen af ordningen i de kommuner, hvor der ikke er placeret et aftalesygehus, jf. figur 3.4.

Figur 3.4. Aftaler under og besøg på private sygehuse, pr. kommune



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

Patientmobilitet

Langt hovedparten af patienterne, der benytter det udvidede frie sygehusvalg eller af anden vej behandles på et privat sygehus med offentlig finansiering, benytter et tilbud, der udbydes i samme landsdel. Således har kun 2 pct. af dem, der anvendte det udvidede frie sygehusvalg i 2008 krydset Storebælt, *jf. tabel 3.3*. Dvs. mobiliteten er meget begrænset trods relativt korte behandlingsafstande i international sammenhæng.

Tabel 3.3. Patientvandring mellem landsdelene, pct. af forbrug i alt.

Bopælskommune	Placering af private sygehuse	
	Øst for Storebælt	Vest for Storebælt
Øst for Storebælt	98	2
Vest for Storebælt	2	98

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Til sammenligning behandles 9 pct. af patienterne (inkl. højt specialiseret behandling) på det offentlige sygehuse i en anden region end den, de er bosat i. En betydelig andel af de patienter, der krydser regionsgrænserne, søger højt specialiserede behandling i den anden region. Dette er således ikke et udtryk for et valg fra patientens side, men en konsekvens af bl.a. placeringen af højt specialiserede sygehuse og dermed placeringen af de enkelte specialer. Derudover er der almindelige fritvalgspatienter, der som hovedregel bliver afregnet til de almindelige DRG-takster.

3.4. Takster under det udvidede frie sygehusvalg

3.4.1 Takstsystemer

Der anvendes en række forskellige takstsystemer til afregning af aktivitet på de offentlige og private sygehuse, *jf. boks 3.1*.

Boks 3.1. Afregningssystemer mellem det offentlige og de private leverandører

DRG-takster

DRG-systemet er en inddeling af patienterne på de offentlige sygehuse i Diagnose Relaterede Grupper. Ca. 12.000 forskellige diagnoser samles i ca. 600 DRG-grupper. Til hver gruppe hører en DRG-takst, der er et udtryk for, hvad en behandling på et offentligt sygehus koster. Inddelingen af patienter i én gruppe foretages, fordi behandlingerne af diagnoserne i de enkelte grupper i gennemsnit koster nogenlunde det samme.

Taksterne anvendes til finansiering af offentlige sygehuse, til produktivitetsopgørelser, til mellemregional afregning for patienter, der benytter det almindelige frie sygehusvalg, og som udgangspunkt for forhandlinger om takstfastsættelsen ved afregning med de private sygehuse. DRG-systemet og tilhørende takster tager afsæt i, hvad "problemet" /diagnosen er, og taksten udtrykker, hvad det typisk koster at behandle samme patient med samme "problem". DRG-systemet er således et prospektivt afregningssystem, dvs. at taksten som hovedregel kan fastsættes inden behandlingen igangsættes.

Oplysningerne der anvendes til at fastsætte hvilken DRG-gruppe, som en given behandling skal henføres til, omfatter den givne diagnose, evt. bidiagnose, ydelse og behandling samt i visse tilfælde patientens alder.

Sygesikringstakster

Dette takstsystem anvendes til afregning med alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger mv., der har indgået kontrakt med det offentlige under overenskomsten mellem Danske Regioner og PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og FAS (Foreningen af Speciallæger). Takstniveauet fastlægges på

baggrund af forhandling. Der afregnes for samtlige ydelser, og systemet er et retrospektivt afregningssystem, dvs. taksten som hovedregel først kan fastsættes efter afsluttet behandling, og afregningen afhænger således af, hvad der reelt er blevet foretaget i forbindelse med behandlingen.

Sygesikringstaksterne og DRG-taksterne vil have overlappende dækningsområde i de tilfælde, hvor de privatpraktiserende læger udfører opgaver, der også udføres på sygehuset. Sygesikringstakster og DRG-taksterne er dog ikke umiddelbart sammenlignelige, idet der ikke anvendes samme klassifikationssystemer. DRG-systemet anvender en række klassifikationssystemer, som følger internationale standarder for dokumentation af diagnoser (hvad er "problemet") og procedurer ("hvad" er blevet gjort) hvorimod sygesikringssystem alene er et afregningssystem, hvor der til formålet er oprettet et codesystem. Der findes for nærværende ikke en udtømmende oversættelsesliste, således at den samme type ydelse umiddelbart kan knyttes mellem de to systemer. I den konkrete situation kan der dog knyttes bro mellem sygesikringstaksten og ydelseskoder i sygehusregi. Eksempelvis har taksterne under udvidet frit valg typisk på øjenområdet taget udgangspunkt i sygesikringstaksterne.

Aftaletakster under det udvidede frie sygehusvalg

Taksterne under det udvidede frie sygehusvalg fastsættes på baggrund af forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse, jf. kapitel 2.

Taksterne under det udvidede frie sygehusvalg tager udgangspunkt i DRG systemet. For hovedparten af aftalerne er taksten aftalt på baggrund af procedurekoder og dermed et mere finmasket klassifikationssystem end DRG systemets godt 600 forskellige behandlingstyper. For 2008 var der aftalt priser for mere end 3.500 forskellige procedurer. Denne afregningsform gør, at det ikke umiddelbart er muligt at sammenligne aftaletaksterne med de DRG-takster, der anvendes som afregningsgrundlag i det offentlige sygehusvæsen. Det er dog muligt at forsøge at "oversætte" de aftalte procedurer til diagnoser i DRG-systemet. Dette er forbundet med stor usikkerhed, men forsøgt gjort nedenfor.

De aftalte takster er til forskel for DRG-systemet endimensionale, idet prisen kun afhænger af den leverede ydelse og er uafhængigt af diagnose, bidiagnose mv.

Nedenfor er vist fordelingen af 1.387 indlæggelser, som i DRG-systemet alle ville blive prisfast til DRG-gruppen "Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret" som bl.a. omfatter operationer for diskosprolaps. DRG-taksten for 2008 udgjorde 40.160 kr. Som det fremgår af tabellen, var der indgået aftale om 13 forskellige ydelser, hvor der for hver ydelseskode var en fastsat aftaletakst. I flere tilfælde er der dog tale om samme takst, således at der reelt kun var fem forskellige takster i spil. Den faktiske afregningspris varierer således mellem 37.700 og 73.079 kr. og det vægtede gennemsnit udgjorde 50.056 kr. for behandlinger som alle ifølge DRG-systemet i gennemsnit ville koste 40.160 kr. ved de offentlige sygehuse, svarende til en udvidet fritvalgs-takst på 25 pct. over DRG taksten. Det bemærkes, at denne "oversættelse" af procedure-koderne er behæftet med en betydelig usikkerhed.

Tabel 3.4. Ydelsesafregning i under det udvidede frie valg – behandlinger tilhørende DRG-gruppen "Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret"

Ydelseskode	Aftaletakst (1000.kr.)	Antal
KABC16	41,127	105
KABC21	41,127	106
KABC26	41,127	199
KABC36	54,224	139
KABC56	54,224	601
KABC60	37,7	9

KABC99	37,7	1
KNAG30	73,079	1
KNAG40	48,35	183
KNAG46	73,079	2
KNAG66	73,079	2
KNAG70	73,079	1
KNAG76	73,079	38
I alt		1387

Øvrige takster i aftaler mellem regioner og private leverandører, herunder takster pba. udbud

Regionerne og de private sygehuse kan indgå andre aftaler om henvisning af "ikke fritvalgs-patienter" til private sygehuse. Taksterne i disse aftaler kan adskille sig fra taksterne under det udvidede frie valg og/eller fra DRG-taksterne bl.a. som følge af, at aftalerne er indgået på andre vilkår eller som følge af, at der i aftalerne kan være opnået lavere priser, eksempelvis som følge af mængderabat, såfremt der i aftalen er indgået aftale om et antal behandlinger/ydelser.

Fordelen ved at afregne efter procedurer – betaling efter regning – er, at der kun skal betales for den ydelse, der er udført, og som patienten som udgangspunkt er visiteret til. Det kan være en fordel for betaleren, hvis ydelsesprisen er lavere end tilsvarende DRG-takst. Omvendt kan risikoen være – jf. det viste eksempel – at det offentlige kommer til at betale for meget, hvis der afregnes for procedurer dyrere end denne. Samtidig kan afregningen af mange koder gøre systemet uigennemskueligt og der er risiko for, at den private aftalepart kan udnytte informationsasymmetrien til at aftale takster, der er højere end DRG-taksten.

3.4.2 Takstniveauer under det udvidede frie sygehusvalg

De private sygehuse indberetter på samme vis som de offentlige sygehuse udført aktivitet til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR). På baggrund heraf er det muligt at foretage et skøn over, hvad udvidet fritvalgstaksten i 2008 har været for de 20 ambulante og 20 stationære behandlingsområder, hvor der har været størst offentligt finansieret aktivitet.

Foreløbige opgørelser baseret på aktivitet og procedurekoder viser, at taksterne under det udvidede frie valg på det ambulante område i gennemsnit udgør 129 pct. af de offentlige DRG-takster og på det stationære område 96 pct, svarende til et samlet gennemsnit på ca. 112 pct. af DRG-taksterne.

De tilgængelige oplysninger gør det dog ikke muligt at fastsætte taksterne under det udvidede frie valg for hele DRG-grupper. Et eksempel herpå er, at ud af knap 30.000 ambulante besøg, som ville blive grupperet til DRG-gruppen "ambulant besøg" har det kun været muligt at fastsætte en udvidet fritvalgstakst for 935 af besøgene svarende til ca. 3 pct. af alle behandlinger under udvidet frit valg. Den konkrete sammenligning med DRG-taksten er derfor foretaget ud fra forudsætningen om, at den fundne takst for en given behandling inden for den pågældende DRG-gruppe er repræsentativ for hele DRG-gruppen. Det er dog forbundet med stor usikkerhed, at antage at samtlige knap 30.000 har haft den samme pris som de 3 pct., hvor det er muligt at fastsætte udvidet fritvalgstaksten.

At det ikke er muligt at fastsætte DRG-takster for hele DRG-grupper kan bl.a. henføres til, at samtlige aftaler under det udvidede frie valg inden for gruppen ikke har været tilgængelige. Det kan desuden skyldes, at behandlingerne ikke er et udvidet fritvalgsområde, men i stedet skyldes andre henvisningsaftaler mellem regioner og private sygehuse, som det eksempelvis er tilfældet på hjerteområdet.

Som følge af den betydelige usikkerhed ved beregningsmetoden er der nedenfor desuden foretaget en korrigeret beregning, hvor det forudsættes, at den fundne dækningsgrad, hvortil der kan fastsættes udvidet

fritvalgstakster, skal udgøre mere end 10 pct. Dette indebærer, at gruppen af ambulante besøg ikke medtages, hvilket påvirker den gennemsnitlige ambulante takst i nedadgående retning, da de identificerede ambulante besøg afregnes til 271 pct. af DRG-taksten. Den korrigerede opgørelse giver herefter en ambulant andel af taksten under det udvidede frie valg på 103 pct. af DRG-taksten og 93 pct. af DRG-taksten på det indlagte område. Dette giver en samlet udvidet fritvalgsandel på ca. 98 pct. af de offentlige DRG takster, jf. tabel 3.5 og 3.6.

Tabel 3.5. Takstniveau under det udvidede frie valg for de 20 DRG-grupper med højest privat aktivitet (ambulant), 2008

	Anslået udvidet fritvalgstakst, andel af DRG takst i pct.	Andel aktivitet med skønnet udvidet fritvalgsfastsættelse
Reumatologi	97	2
Andre operationer i knæ eller underben	96	90
Ambulant besøg	271	3
MR-scanning, ukompliceret	97	98
Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tåre-vejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplatat, PDT-behand	96	99
Andre operationer i skulder eller overarm	137	95
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1		
Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjenlidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum		
Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi		
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret		
Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	114	19
Andre operationer i ankel eller fod	107	53
Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede		
Andre operationer i hånd eller håndled		
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1		
Øjenlåsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi	101	32
Alm. røntgenundersøgelser, ukompliceret	42	97
UL-scanning, kompliceret	93	70
Operationer for ingvinal- og femoralbrok	113	98

Samlet andel	129
Samlet andel (korrigeret ud fra 10 pct.-grænse)	103
Kilde: DRG-systemet samt aftaletakster mellem Danske Regioner og SPPD.	
Anm: Opgørelsen er foretaget på baggrund af den faktisk udførte aktivitet via indberetningerne til LPR fra de private sygehuse. Den registrerede aktivitet er herefter blevet værdifastsat vha. DRG-systemet. Den samme aktivitet er ligeledes blevet værdifast på baggrund af de aftalte fritvalgstakster. Værdifastsættelsen er således ikke nødvendigvis i overensstemmelse med den faktiske afregning for den enkelte patient. Det har for en række behandlinger ikke været muligt at identificere taksten under det udvidede frie valg.	

Tablet 3.6. Takstniveau under det udvidede frie valg for de 20 DRG-grupper med højest privat aktivitet (stationær) 2008

	Anslået udvidet fritvalgstakst, andel af DRG takst i pct.	Andel aktivitet med skønnet udvidet fritvalgsfastsættelse
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	74	100
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	125	98
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	78	100
Operationer for adipositas		
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	80	100
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	78	97
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	54	100
Standard gynækologisk indgreb	108	86
Andre operationer i knæ eller underben	165	2
Operationer på næse, kategori 1	101	53
Operationer gennem urinrør på prostata	105	99
Operationer på øre, kategori 1	75	96
Andre operationer i skulder eller overarm	219	12
Andre operationer i hånd eller håndled	149	1
Incision på/og laser behandling af prostata	141	85
Fjernelse af galdeblære (laparoskopi)	130	100
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	67	97
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	67	97
Operationer på hoved og hals, kategori 3	145	16
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	102	100
Samlet andel	96	
Samlet andel (korrigeret ud fra 10 pct.-grænse)	93	

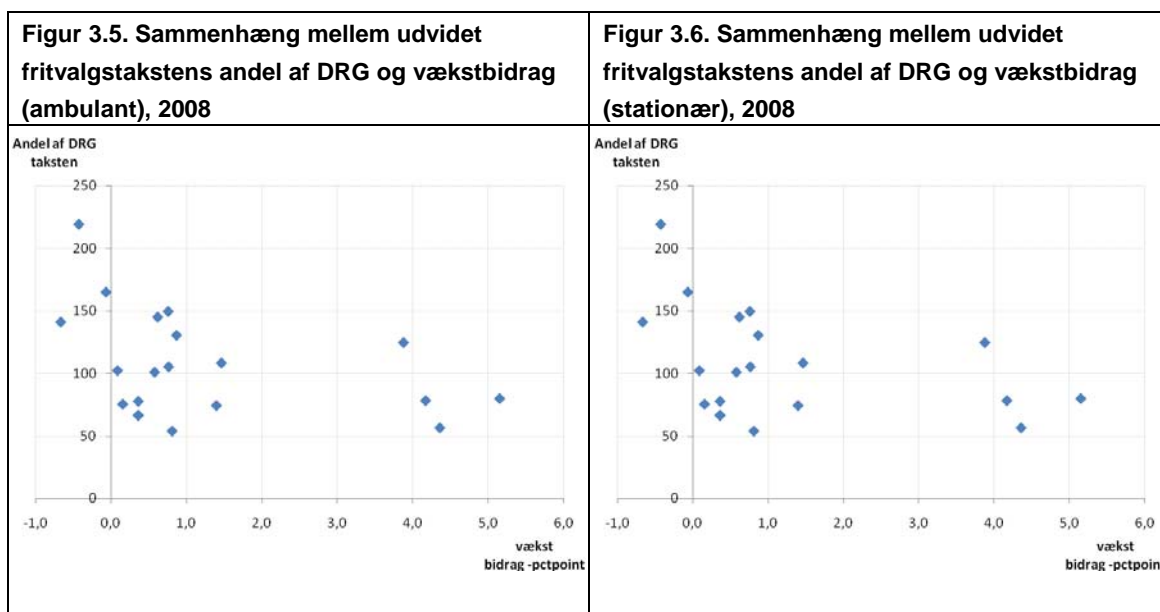
Kilde: DRG-systemet samt aftaletakster mellem Danske regioner og SPPD

Anm: Se anmærkning til tabel 3.4.

Ovenstående understreger behovet for at sikre et mere gennemskueligt system, hvor det sikres, at de private sygehuse skal indberette de afregnede takster, så det er sammenligneligt med det offentlige DRG-system.

Takstniveauet og vækst i udgifter til det udvidede frie sygehusvalg

Nedenfor undersøges sammenhængen mellem niveauet for aftalerne under det udvidede frie sygehusvalg og væksten i den private aktivitet på de pågældende områder. Der kan ikke umiddelbart konstateres en sammenhæng mellem niveauet for aftaletaksterne og vækstbidraget fra de forskellige behandlingsområder. Der kan således findes behandlingsområder med betydelige vækstbidrag i 2008, hvor taksten ligger væsentligt under den offentlige DRG-takst, og modsat kan der inden for de stationære behandlinger identificeres behandlingsområder, hvor aftaletaksten ligger betydeligt over DRG-taksten, og hvor behandlingsområdet alligevel bidrager til at reducere væksten fra 2007 til 2008, jf. figur 3.5. og 3.6.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

3.4.3. Takster under sygesikringen

Regionerne køber ligeledes sundhedsydelse hos speciallæger i praksissektoren, jf. kapitel 2.

[Liste/tabel med substitutionsydelse mellem sygehuse og speciallæger udestår.]

Overenskomster under sygesikringen

Praksissektoren består af private erhvervsdrivende, som driver virksomhed efter en overenskomst med det offentlige (Regionernes Lønnings- og Takstnævn). Overenskomsten fungerer som en rammekontrakt, der fastlægger en række krav og regler, herunder for honorering og ydelsessortiment. Den seneste overenskomst om speciallægehjælp mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger trådte i kraft den 1. april 2008.

Der er i overenskomsten fastsat en såkaldt knækgrænse for fuldtidspraktiserende speciallægers omsætning. Såfremt omsætningen overskrider denne knækgrænse inden for et år, reduceres lægens honorering med 40 pct. af det overskydende.

Knækgrænserne tager udgangspunkt i en betragtning om, at de marginale omkostninger ved produktion af en given ydelse er lavere end den gennemsnitlige omkostning ved at producere ydelsen. Det skyldes, at praksis har en række udgifter, der er uafhængige af antallet af ydelser, der produceres. Der er således en grad af stordriftsfordele i praksis, og gevinsterne deles med det offentlige ved, at praksis kun modtager 60 pct. af honoraret for ydelser, når omsætningen overstiger knækgrænsen. Speciallægenes incitament til at producere ydelser ud over knækgrænsen afhænger således af de konkrete marginale omkostninger ved at producere en given ydelse.

I 2008 varierede knækgrænserne for praktiserende speciallæger fra 2,7 mio. kr. for læger med speciale i neurologi og biokemi og godt 4 mio. kr. for læger med speciale i kirurgi, *jf. tabel 3.7.*

Tabel 3.7. Praktiserende speciallægers knækgrænser per 1. oktober 2008

Speciale	Knækgrænse
Anæstesiologi	3.608.846 kr.
Børne- og ungdomspsykiatri	2.669.561 kr.
Dermato-venerologi	3.941.695 kr.
Gynækologi og obstetrik	3.403.083 kr.
Intern Medicin	3.135.842 kr.
Kirurgi	4.047.681 kr.
Klinisk biokemi	2.669.561 kr.
Neurologi	2.669.561 kr.
Ortopædisk kirurgi	3.968.162 kr.
Plastikkirurgi	3.477.436 kr.
Psykiatri	2.973.307 kr.
Pædiatri	2.777.588 kr.
Reumatologi	2.861.907 kr.
Øjenlægehjælp	3.403.083 kr.
Ørelægehjælp	3.812.026 kr.

Kilde: Forening af Speciallæger.

Anm.: Der er ikke fastsat knækgrænser for specialerne diagnostisk radiologi og patologi.

Ved udbud af sygehusydelse, som også foretages af praktiserede speciallæger, bør det sikres, at der ikke gives incitament til, at speciallægen bevidst undlader at levere den som en ydelse i praksis (dvs. via sygesikringen) for i stedet at levere den under en aftale under det udvidede frie sygehusvalg eller anden aftale, der sikrer en bedre honorering.

Sygesikringstakster

Der anvendes sygesikringstakster til afregning med praktiserende speciallæger, der har indgået kontrakt med det offentlige under overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger. Takstniveauet fastlægges på baggrund af forhandling.

Speciallæger under Sygesikringen har samtidig mulighed for at tilbyde ydelser under det udvidede frie sygehusvalg, dog begrænset af de etiske retningslinjer, *jf. kapitel 2.* Der har kunnet konstateres et vist sammenfald mellem sygehusydelse under det udvidede frie valg. Det indikerer, at der kan være tilfælde, hvor ydelser formentlig lige såvel kunne udføres direkte i sygesikringsregi.

Sygesikrings- og DRG-taksterne vil derfor have overlappende dækningsområde i de tilfælde, hvor de privatpraktiserende læger udfører opgaver, der også udføres på sygehuset. Sygesikrings- og DRG-takster er dog ikke umiddelbart sammenlignelige, idet der ikke anvendes samme klassifikationssystemer. DRG-

systemet anvender en række klassifikationssystemer, som følger internationale standarder for dokumentation af diagnoser (hvad er "problemet") og procedurer ("hvad" er blevet gjort), hvorimod sygesikringsssystem alene er et afregningssystem, hvor der til formålet er oprettet et kodesystem.

Der findes for nærværende ikke en udtømmende oversættelsesliste, således at den samme type ydelse umiddelbart kan knyttes mellem de to systemer. I den konkrete situation kan der dog knyttes bro mellem sygesikringstaksten og ydelseskoder i sygehusregi. Eksempelvis har taksterne under det udvidede frie sygehusvalg typisk på øjenområdet taget udgangspunkt i sygesikringstaksterne.

For ydelser, der lige såvel kunne udføres i regi af sygesikringen som på sygehuse, kan der argumenteres for, at det er u hensigtsmæssigt, at der afregnes efter et andet takstsystem, blot fordi aktiviteten sker i regi af det udvidede frie valg.

Det kunne tale for, at de private leverandører i disse tilfælde generelt bør afregnes med sygesikringstaksten i stedet for DRG-taksten. Det vil samtidig sikre en afregning, som understøtter LEON-princippet, dvs. at ydelser bør udføres på det Laveste Effektive OmkostningsNiveau, og dermed en effektiv ressourceanvendelse.

Sygesikringstaksterne er fastsat ved forhandling og er generelt lavere end de "modsvarende" DRG-takster. Og i det omfang lignende aktivitet i dag udføres under speciallægenes overenskomst med sygesikringen, afspejler det, at det reelt er muligt at levere ydelserne til den pris, der betales af Sygesikringen.

Der er fastsat en omsætningsgrænse (knækgrænsen), som indebærer, at speciallægen får betaling med den fulde takst, indtil omsætningsgrænsen er nået, hvorefter honorarudbetalingen reduceres med 40 pct. Der skal tages stilling til, om afregningen skal ske med den fulde takst eller med den reducerede takst, hvis man skulle afregne med sygesikringstaksten under det udvidede frie valg.

En generel afregning med den fulde sygesikringstakst vil give speciallægerne størst incitament i forhold til at udføre aktivitet under det udvidede frie valg. En ulempe er imidlertid, at det kan sætte knækgrænsen i speciallægenes overenskomst under pres, fordi speciallægerne får mulighed for at omgå knækgrænsen ved i stedet for at udføre aktiviteten under det udvidede frie valg.

Afregnes der i stedet med honoraret efter omsætningsgrænsen vil speciallægerne som udgangspunkt ikke have noget selvstændigt incitament til at indgå aftaler under det udvidede frie valg. Denne form for afregning kan derfor risikere at føre til en begrænsning af patienternes valgfrihed.

Det er vanskeligt at pege på en entydig løsning på denne problemstilling, herunder også henset til, at det er vanskeligt at afgrænse entydigt, hvilke patienter, der lige såvel kunne behandles i speciallægepraksis som på sygehus. Overordnet bør der dog sigtes mod at eliminere evt. skævheder i takststrukturen og understøtte, at behandlinger sker i henhold til LEON-princippet, og der bør ved forhandlinger af aftaletakster som minimum tages højde herfor.

Det anbefales, at der fremover arbejdes for, at sygesikringstaksterne og taksterne i DRG-systemet ensrettes, så eventuelle incitamenter til at skifte mellem de to afregningssystemer reduceres. Som minimum bør det sikres, at det registreres, hvor mange læger med overenskomst under sygesikringen, der samtidig oppebærer indtægt eller har aftale under det udvidede frie sygehusvalg, herunder skal det kunne ses, om der er tale om samme ydelse, der afregnes til en anden (formentlig højere) takst end sygesikringstaksten.

[Matrikelanalyse udestår.]

4. Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse

4.1. Sammenfatning

De private sygehuse stod i 2008 for ca. 2,5 pct. af den samlede offentligt finansierede sygehusaktivitet mod 2,0 pct. i 2007. Værdien af den aktivitet, der udføres af private sygehuse med offentligt aktivitet udgjorde ca. 1 mia. kr. i 2008. 2008-tallene er foreløbige og opgjort pr. 10. november 2008. Den endelige opgørelse for 2008 ventes at vise en stigning på mere end 30 pct. set i forhold til 2007.

Væksten fra 2007 og 2008 kan forklares formentlig af især to forhold, der isoleret set har betydet, at flere patienter har haft mulighed for at gøre brug af det udvidede frie valg i 2008:

- Konflikten i foråret 2008 indebar en kraftig forøgelse af antal patienter, der kunne benytte retten til udvidet frit valg.
- Fremrykningen af det udvidede frie valg pr. 1. oktober 2007 fra 2 til 1 måneders ventetid

Den private sygehusaktivitet finansieret af det offentlige indeholder både aktivitet under det udvidede frie valg og privat aktivitet, der er resultatet af udbud eller andre aftaler i de enkelte regioner. Det er ikke uden videre muligt at se, hvor meget af den private aktivitet, der vedrører aktivitet under det udvidede frie valg. Det kan bl.a. konstateres, at omkring 20 pct. af den private aktivitet dækker relativt tunge behandlingsformer på hjerteområdet, som formentlig ikke er en del af behandlingsaktiviteten under det udvidede frie valg.

Der er betydelige forskelle regionerne imellem i forhold til såvel de private sygehuses andel af den offentligt finansierede aktivitet samlet set – varierende mellem 1,6 pct. i Syddanmark og 3,5 pct. i Nordjylland – som i forhold til hvilke behandlinger, der fylder meget i de enkelte regioner. I 6 af de 20 mest udbredte behandlinger er forskellen mellem den højeste og laveste regionale markedsandel mere end 50 pct. enheder. For yderligere 7 grupper er forskellen mellem 25 og 50 pct. enheder. Derudover er betydelig spredning i, fra hvilken region patienterne kommer fra indenfor en given behandling udført i privat regi. For eksempel er private næseoperationer et hovedstadsfænomen med 66 pct. af den samlede private aktivitet, mens andelen fra Syddanmark kun er lige over 0 pct. Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ behandles typisk i privat regi for patienter fra Region Sjælland, hvor andelen udgør 40 pct., mod 2 pct. af patienterne kommer fra Region Midtjylland. Al privat rehabilitering sker for patienter fra Region Syddanmark.

Ser man på behandlingssammensætningen i privat regi er det karakteristisk, at det er få behandlinger, der tegner sig for langt hovedparten af den private aktivitet. De 20 største behandlinger udført af privatsygehuse dækker samlet omkring 80 pct. af den samlede aktivitet i privat regi. Stigningen i de nye behandlinger i 2008 har dog medført et lille fald i koncentrationsgraden fra ca. 85 pct. i 2007. Men langt de fleste behandlinger udføres fortsat i et begrænset omfang. 60 pct. af væksten fra 2007 til 2008 er sket på kun 4 behandlingstyper.

En belysning af ventetider underbygger det statiske billede af en tilsyneladende mangel på anvendelse af ledig kapacitet regionerne imellem som den meget begrænsede patientmobilitet. Ventetiderne på de 17 mest udbredte behandlinger i privat regi varierer således betydeligt mellem regionerne. Det er umiddelbart

vanskeligt at påvise nogen klar sammenhæng mellem de gennemsnitlige erfarede ventetider i den enkelte region og størrelsen af den relative private aktivitet.

Derimod er der indikation af, at det ofte er geografi og de faktiske lokale udbud, der betyder noget for patienternes valg af sygehus. Patientmobiliteten er forholdsvis beskeden, hvilket også gør sig gældende, når der ses på anvendelsen af det almindelige frie sygehusvalg til offentlige sygehuse på tværs af regionsgrænser, jf. kapitel 3. Manglende information og det forhold, at patienten tidligere aktivt skulle henvende sig i forhold til anvendelse af rettigheden kan også have spillet ind på anvendelsen generelt. Der er dog de senere år sket ændringer af lovgivningen, der har skærpet regionernes informationspligt vedr. udvidet frit valg, jf. kapitel 2.

Ser man på de private aktører, er der sket en forøgelse fra 159 til 177 sygehuse/klinikker mv. fra 2007 til 2008 – hvoraf langt hovedparten er relativ små, mens nogle få enheder er relativt store. Knap 90 pct. af de private sygehuse producerer for mindre end 10 mio.kr. De 20 største sygehuse står for omkring 75 pct. af den samlede aktivitet. De to største private sygehuse (Hjertecenter Varde og Hamlet) leverer knap 30 pct. af den private aktivitet, som finansieres af det offentlige og har en størrelse, der modsvarer et lille offentligt sygehus. På det ambulante område er der et relativt bredt udsnit af leverandører inden for de 20 DRG-grupper, der fylder mest inden for det udvidede frie sygehusvalg, mens der for 6 behandlingstyper under den stationære aktivitet er aktører, der besidder 100 pct. af det private marked. Set under ét er de private sygehuse meget specialiserede inden for et eller relativt få behandlingsområder. De største private sygehuse udbyder generelt en række forskellige behandlinger, men de er væsentligt mere specialiserede end offentlige sygehuse af sammenlignelig størrelse.

Strukturen med mange helt små enheder på nogle behandlingsområder indikerer et potentiale for at indhøste yderligere stordriftsfordele, samt forbedre behandlingskvaliteten ved at øge patientunderlaget for de private sygehuse. Det kan tilsvarende være et problem i forhold til prisdannelsen, at en række behandlinger reelt kun udføres på ét eller få behandlingssteder i privat regi, og at der dermed ikke på disse behandlinger er et konkurrencepres på prisen.

4.2 Samlet offentlig finansieret aktivitet i privat regi

Den offentligt finansierede aktivitet på de private sygehuse kan pr. 10. november 2008 opgøres til 965,1 mio. kr. mod knap ¾ mia. kr. i 2007, svarende til en stigning på 32 pct.

Trods den kraftige stigningstakt i aktiviteten står de private sygehuse fortsat for en beskeden andel af den samlede aktivitet i sygehusvæsenet. I den foreløbige opgørelse for 2008 udgør den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse ca. 2,5 pct. af den registrerede produktionsværdi i det offentligt finansierede sygehusvæsen, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1. Samlet privat aktivitet finansieret af det offentlige, 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Udgifter (samlet) mio.kr. (årets priser)	78,9	296,2	281,7	429,8	442,0	730,9	965,1
Andel af DRG-produktionsværdi, pct.	0,2	0,8	0,7	0,9	1,0	1,5	2,5

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm.: Tal for 2008 er baseret på en foreløbig opgørelse.

Da opgørelsen for 2008 ikke omfatter hele året vil den reelle stigning dog være noget større. Stigningen skal bl.a. ses i sammenhæng med konflikten på sundhedsområdet i foråret 2008, og fremrykningen af det udvidede frie valg fra to til en måned har haft virkning i en større del af 2008 end i 2007. Begge kan have haft en virkning isoleret set således, at flere har gjort brug af det udvidede frie sygehusvalg, jf. boks 4.1.

Boks 4.1. Opgørelser af offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse

De private sygehuse er forpligtet til at indberette deres aktivitet til de centrale registre i Sundhedsstyrelsen. Oplysninger om de enkelte ydelsers finansiering gør det muligt at opgøre den offentligt finansierede aktivitet på de private sygehuse på baggrund af de centrale registre. Som følge af indberetningssystemets indretning er sådanne opgørelse dog forbundet med usikkerheder.

For det første gør indberetningssystemet det ikke muligt at adskille udgifter og aktivitet, der kan henføres til det udvidede frie sygehusvalg fra udgifter og aktivitet, der skyldes øvrige aftaler om køb af "almindelig" kapacitet hos de private sygehuse. Det kan eksempelvis nævnes, at Region Syddanmark har videreført en tidligere aftale mellem Ribe Amt og Hjertecenter Varde om varetagelse af en del af aktiviteten på hjer-teområdet. Aktivitet som følge af aftalen optræder derfor i denne rapport, som en del af den offentlige finansierede aktivitet ved private sygehuse.

For det andet er den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse i de centrale registre opgjort som produktionsværdien af ydelser leveret til det offentlige sygehusvæsen opgjort ved de offentlige DRG-takster. Den anførte aktivitet for de private sygehuse vil således afvige fra de private sygehuses faktiske salg i det omfang afregningspriserne afviger fra DRG-taksten.

Der må derfor tages forbehold for disse usikkerheder i rapportens konklusioner.

De private sygehuse har ved indberetning af aktivitet til Sundhedsstyrelsen mulighed for at angive, at der er tale om behandling af en fritvalgspatient, men det er i dag frivilligt.

På denne baggrund anbefales det, at:

- De private sygehuse fremover er *forpligtet* til at angive, at der er tale om offentligt finansieret aktivitet som følge af det udvidede frie sygehusvalg. Det bør desuden overvejes, hvordan det ved de private sygehuses indberetning kan sikres en højere grad af sammenlignelighed med de offentlige sygehuses indberetning af aktivitet.
- Der autoriseres en selvstændig art i det regionale budget- og regnskabssystem, som er reserveret regionernes køb af sygehusydelse, der følger af reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Aktivitet på MDC-niveau

Der kan dannes et overordnet billede af, hvilke typer af behandlinger, som primært udføres af private sygehuse ved at se på den private aktivitet opdelt på de 27 hovedgrupper af diagnoser – de såkaldte MDC-grupper – som er "overliggeren" til de godt 600 DRG-grupper.¹

Andelen af den samlede offentlige finansierede sygehusaktivitet indenfor hver af de overordnede hovedgrupper af aktiviteten, som udføres af de private sygehuse, varierer mellem 0 og 7 pct.

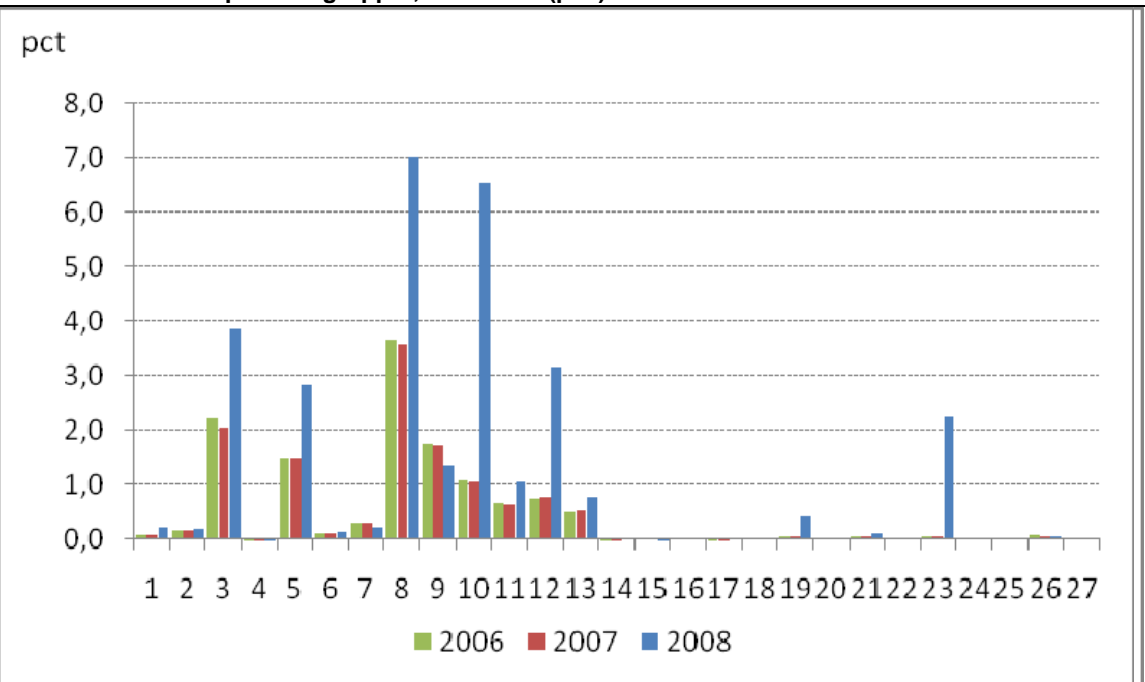
De private sygehuses andel er størst inden for behandlingsgruppe MDC 8 "Sygdomme i muskelskeletsystemet og bindevæv" samt i MDC 10 "Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme" (hvor bl.a.

¹ De 27 MDC-grupper er en overinddeling af de ca. 600 DRG-grupper. DRG står for diagnose relaterede grupper, som inddeler alt sygehusaktivitet i ca. 600 klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper. Hver DRG-gruppe kan kun tilhøre én MDC-gruppe. I takstsystemet for 2009 er der 604 DRG-grupper som den indlagte aktivitet kunne grupperes til og 241 DRG-grupper (DAGS-grupper) som den ambulante aktivitet kan grupperes til.

fedme operationer kan henføres) og udgjorde godt 5 pct. i begge grupper i 2006 og 2007. I 2008 steg andelen, som blev udført på de private sygehuse i MDC 8, til 7 pct. og andelen indenfor MDC 10 steg til 6,6 pct. Den private andel indenfor MDC 3 (øre-, næse- og halssygdomme), MDC 5 (Sygdomme i kredsløbsorganerne) og MDC 12 (sygdomme i mandlige kønsorganer) udgør mellem 2 og 4 pct. og har for alle grupper været stigende fra 2006 til 2008, jf. figur 4.1.

Af den tre-årige periode ses, at det for hvert år i store træk er aktiviteten under de samme ca. 6 MDC-grupper, der udføres af private leverandører.

Figur 4.1. Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse som andel af samlet offentlig finansieret aktivitet fordelt på MDC-grupper, 2006-2008 (pct.)



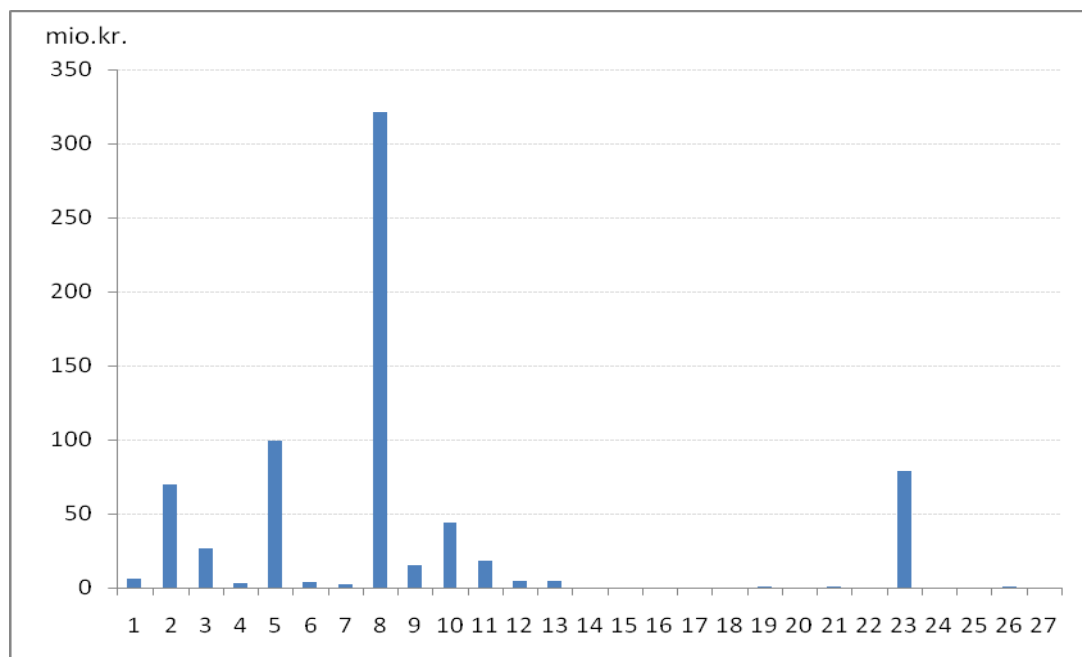
1	Sygdomme i nervesystemet	2	Øjensygdomme
3	Øre-, næse- og halssygdomme	4	Sygdomme i åndedrætsorganerne
5	Sygdomme i kredsløbsorganerne	6	Sygdomme i fordøjelsesorganerne
7	Sygd. i lever, galdeveje og bugspytkirtel	8	Sygd. i muskel-skeletsystemet og bindevæv
9	Sygdomme i hud, underhud og mamma	10	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
11	Nyre- og urinvejssygdomme	12	Sygdomme i mandlige kønsorganer
13	Sygdomme i kvindelige kønsorganer	14	Fødsel, barsel og sygd. under svangerskab
15	Sygdomme i perinatalperioden	16	Sygdomme i blod og bloddannende organer
17	Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	18	Infektionssygdomme og parasitære sygdomme.
19	Psykiatriske sygdomme	20	Misbrug
21	Ulykkestilfælde og forgiftninger	22	Forbrændinger
23	Øvrige	24	Signifikant multitraume
25	HIV infektion	26	Udenfor MDC
27	Onkologiske behandlingsgrupper	28	Samlet

I 20 af de 27 MDC-grupper er den private andel mindre end 1 pct. af den samlede offentligt finansierede aktivitet. Og i 15 af disse 20 MDC-grupper udgør den private andel mindre end 0,2 pct. af den samlede offentlige finansierede aktivitet.

I 2007 faldt ca. 320 mio.kr. af den offentlige finansierede produktionsværdi inden for "Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv" (MDC 8) og dermed blev ca. 45 pct. af den samlede aktivitet udført på priva-

te sygehuse på dette behandlingsområde. Sygdomme i kredsløbsorganerne (MDC 5) trak ca. 100 mio.kr. og ca. 70 mio.kr. blev anvendt på øjensygdomme (MDC 2), jf. figur 4.2.

Figur 4.2. Privat omsætning fordelt på MDC-grupper, 2007 (mio. kr.)



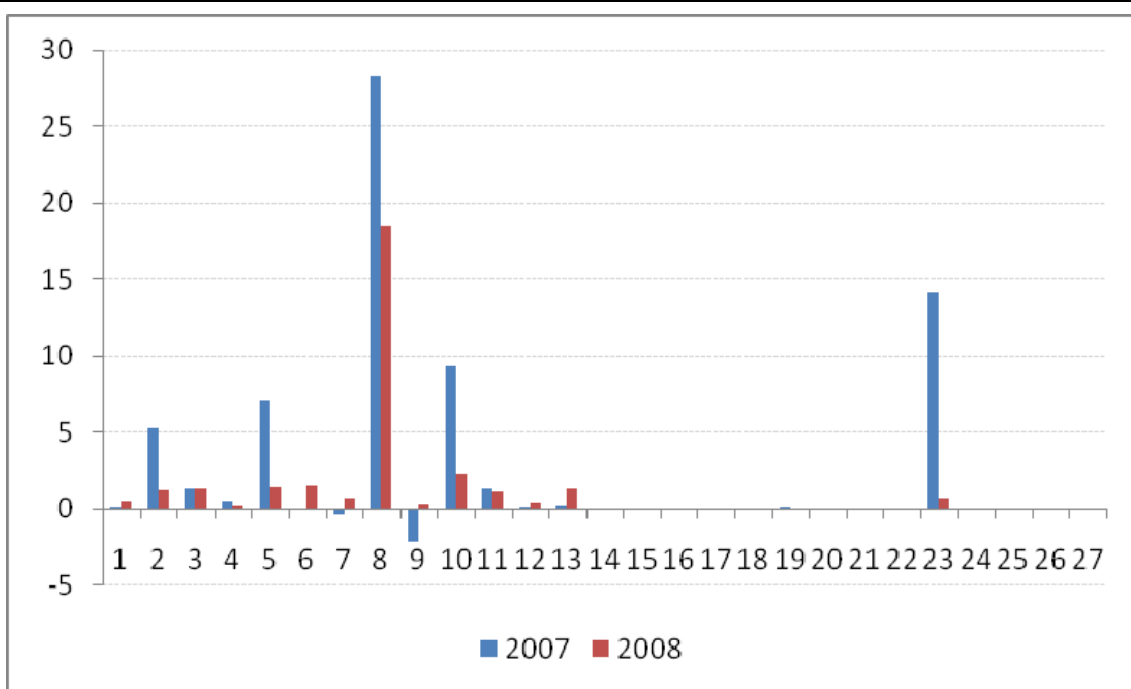
Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm: Aksemærke forklaring – se figur 4.1

Ca. halvdelen af den samlede vækst fra 2006 til 2007 og fra 2007 til 2008 er forekommet indenfor behandlinger i hovedgruppen "Sygdomme i muskel-skeletsystemet mv." (MDC 8). Vækstbidraget til den offentlige finansierede stationære aktivitet på de private sygehuse på dette behandlingsområde udgjorde således 28,3 procentpoint ud af 65 pct. vækst på i alt fra 2006 til 2007 og 18,2 procentpoint ud af den samlede vækst på 32 pct. fra 2007 til 2008. Til væksten i 2007 udgjorde bl.a. Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme (MDC 10), herunder bl.a. fedmeoperationer med et bidrag på ca. 10 procentpoint i 2007, MDC gruppen "øvrige" som bl.a. indeholder rehabilitering samt kredsløbs sygdomme og øjensygdomme bidrog med 7 hhv. procentpoint jf. figur 4.3.

Ca. halvdelen af den samlede vækst fra 2007 til 2008 er forekommet indenfor behandlinger i hovedgruppen "Sygdomme i muskel-skeletsystemet mv." (MDC 8). Dertil kommer et relativt stort vækstbidrag i 2007 fra bl.a. Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme (MDC 10), herunder bl.a. fedmeoperationer og gruppen "øvrige" (MDC23), som bl.a. indeholder rehabilitering, samt kredsløbs sygdomme (MDC 5) og øjensygdomme (MDC 2), jf. figur 4.3.

Figur 4.3. Vækstbidrag fordelt på MDC-grupper, 2007 og 2008



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm.: Aksemærke forklaring – se figur 4.1

Aktivitet på DRG-niveau

DRG-systemet indeholder som nævnt godt 600 DRG-grupper, men det gælder imidlertid både for stationær og ambulant behandling, at langt størstedelen af den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse mv. falder indenfor ca. 20 DRG-grupper. I 2007 var 85,9 pct. af den offentligt finansierede aktivitet på de private sygehuse mv. indenfor disse 20 DRG-grupper. De foreløbige opgørelser for 2008 viser, at de 20 DRG-grupper udgjorde 79,2 pct. af den samlede aktivitet, dvs. en lavere andel end i 2007, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2. Andel af privat produktionsværdi i de 20 DRG-grupper med størst privat produktionsværdi, pct.

	2007	2008
Stationær	89,3	81,6
Ambulant	81,4	76,2
I alt	85,9	79,2

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm: Foreløbig opgørelse for 2008.

Ses der på de 20 DRG-grupper, hvor de private leverede mest ambulant aktivitet i 2007, udgjorde den private markedsandel i 11 af de 20 DRG-grupper² 10 pct. eller mere af den samlede offentligt finansierede aktivitet. I tre af DRG-grupperne³ var markedsandelen større end 50 pct. Det drejer sig om hornhinde-

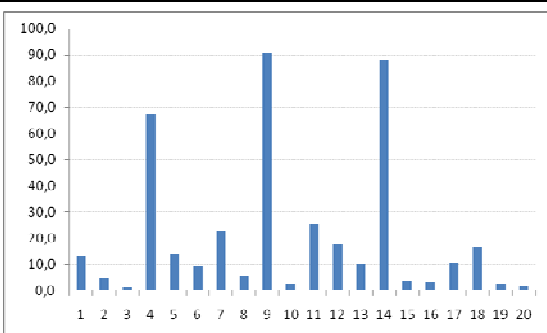
² For ambulant behandling hedder DRG-grupper formelt DAGS-grupper.

³ De 27 MDC-grupper er en overinddeling af de ca. 600 DRG-grupper. DRG står for diagnose relaterede grupper, som inddeler alt sygehus aktivitet i ca. 600 klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper. Hver DRG gruppe kan kun tilhøre én MDC-gruppe. I takstsy-

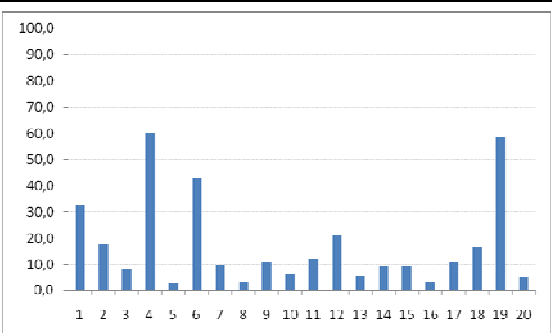
transplantationer m.v. (DAGS 4), enkeltsgid indsættelse af ledproteser i knæ og underben hhv. hofte og lår (DAGS 9 og 14), jf. figur 4.4a.

For så vidt angår stationær behandling er den private markedsandel på 10 pct. eller mere i 11 af de 20 DRG-grupper, hvor de private leverer mest stationær aktivitet. I to af DRG-grupperne, fedmeoperationer (DRG 4) samt enkeltsgidige indsættelser af ledproteser i ryg eller hals (DRG 19), leverer de private mere end halvdelen af den stationære aktivitet, jf. figur 4.4b.

Figur 4.4a. Privat markedsandel, ambulante behandling, 2007, pct.



Figur 4.4b. Privat markedsandel, stationær behandling, 2007, pct.



Nr.	MCD-gruppe	Dagsnavn
1	-	MR-scanning, ukompliceret
2	-	Reumatologi
3	-	Ambulant besøg
4	02	Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand
5	02	Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi
6	08	Andre operationer i knæ eller underben
7	08	Andre operationer i skulder eller overarm
8	02	Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum
9	08	Enkeltsgid indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1
10	-	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret
11	-	Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede
12	08	Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret
13	08	Andre operationer i ankel eller fod
14	08	Enkeltsgid indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1
15	-	Kardiologisk proceduregruppe A-C
16	08	Andre operationer i hånd eller håndled
17	02	Øjenlågoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi
18	03	Operationer på øre, kategori 1
19	11	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation
20	-	MR-scanning, kompliceret

nr.	MDC-gruppe	DRG_navn
1	08	Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer
2	08	Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret
3	08	Enkeltsgid indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1
4	10	Operationer for adipositas
5	23	Rehabilitering
6	05	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C
7	05	By-pass-operation
8	08	Enkeltsgid indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1
9	05	Hjerteklap-operation
10	05	Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C
11	09	Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma
12	11	Incision på/og laser behandling af prostata
13	08	Andre operationer i knæ eller underben
14	08	Andre operationer i skulder eller overarm
15	08	Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret
16	05	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B
17	03	Operationer på øre, kategori 1
18	03	Operationer på næse, kategori 1
19	08	Enkeltsgid indsættelse af ledprotese i ryg eller hals
20	11	Operationer gennem urinrør på prostata

Anm.: Ambulante DAGS-grupper, som udføres både ambulante og stationært, er fremhævet med kursiv. Der henvises desuden til bilagstabel 4.1.

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

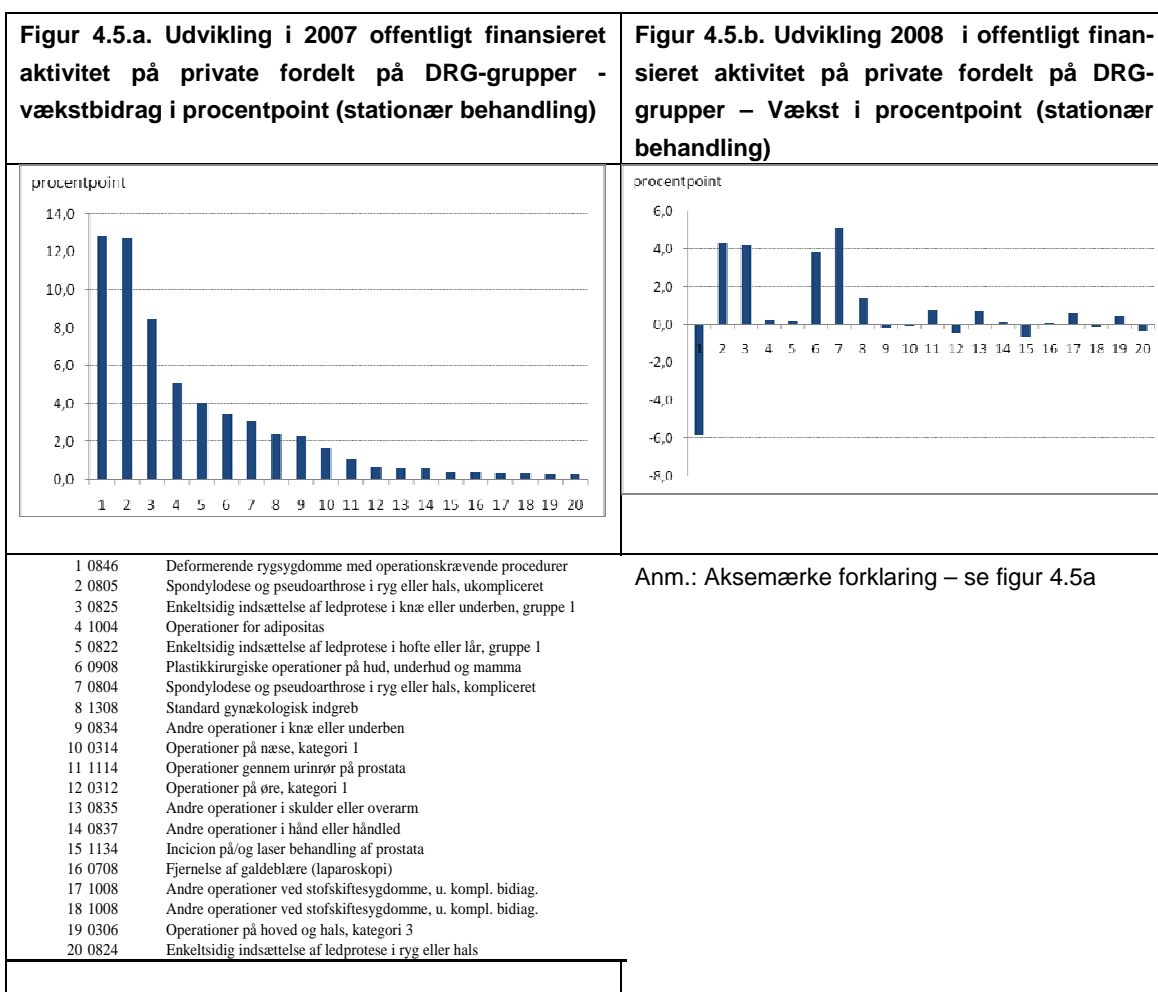
stemet for 2009 er der 604 DRG-grupper som den indlagte aktivitet kunne grupperes til og 241 DRG-grupper (DAGS-grupper) som den ambulante aktivitet kan grupperes til.

Udvikling 2006 til 2007

De tre største behandlingsområder bidrog i 2007 med mere en 34 procentpoint af den samlede vækst på ca. 65 pct., jf. figur 4.5a. Dvs. knap halvdelen af væksten fra 2006 til 2007 kunne tilskrives disse tre behandlingsområder, som alle kan henføres til sygdomme i muskel-skeletsystemet mv.

Udvikling 2007 til 2008

Bidraget fra disse tre behandlingsområder er fortsat i 2008. Aktiviteten i de 3 DRG-grupper som bidrager 13,7 procentpoint af den samlede vækst på 30 pct., jf. figur 4.5.b. Der henvises i øvrigt til bilagstabel 4.3.

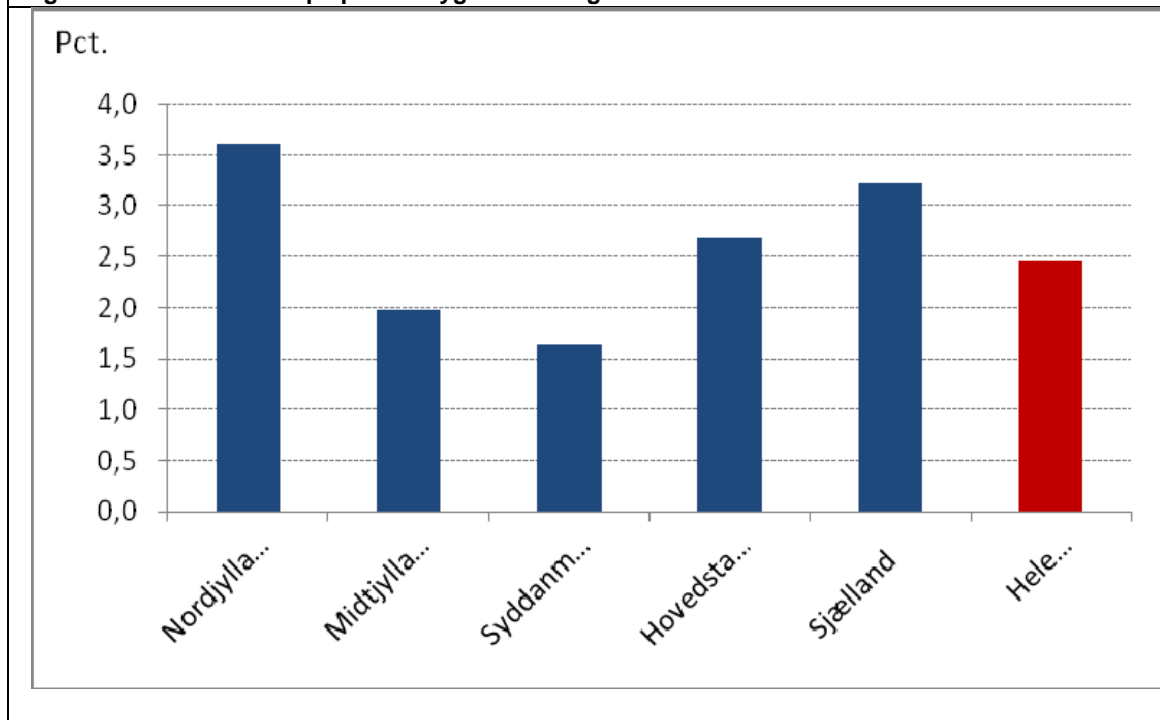


Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

4.3. Regional fordeling af aktiviteten

På tværs af regionerne er der stor forskel på omfanget af den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse mv. Region Nordjylland ligger højest med godt 3,5 pct., mens Region Syddanmark ligger lavest med en andel på godt 1,5 pct., jf. figur 4.6. Tre regioner ligger således over landsgennemsnittet (Region Nordjylland, Hovedstaden og Sjælland) og to ligger under gennemsnittet (Region Midtjylland og Syddanmark).

Figur 4.6. Andel aktivitet på private sygehuse – regionsfordelt

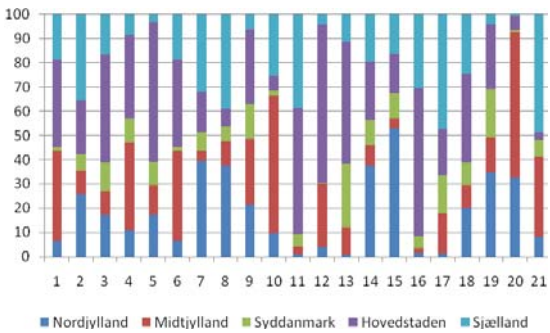


Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

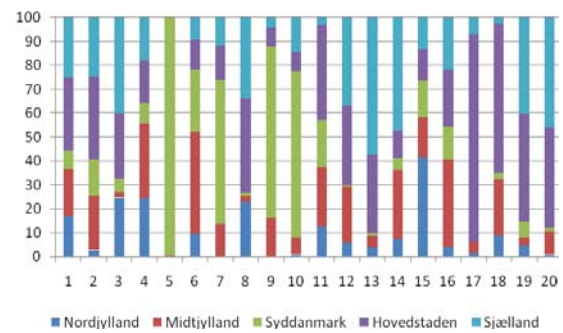
Regional fordeling på behandlingsniveau

Både i forhold til den ambulante og den stationære behandling gælder, at der på tværs af de 20 DRG-grupper er betydelige forskelle på de enkelte regioners andel af aktiviteten på de private sygehuse mv., jf. figur 4.7a.-b. F.eks. vedrører 100 pct. af den stationære rehabiliteringsaktivitet på private sygehuse mv. borgere fra Region Syddanmark, hvor godt 1/5 af landets befolkning bor. Dette skal ses i sammenhæng med placeringen af et privat rehabiliteringscenter i Syddanmark. Det ses ligeledes, at region Syddanmark står for størstedelen af den private aktivitet på hjerteområdet (DRG 9), som skal ses i sammenhæng med Hjertecenter Varde og placeringen heraf, jf. nedenstående.

Figur 4.7.a. Regionsfordeling af offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse mv. opdelt på 20 DRG-grupper med størst privat aktivitet, ambulant behandling, 2007 (pct.)



Figur 4.7.b. Regionsfordeling af offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse mv. opdelt på 20 DRG-grupper med størst privat aktivitet, stationær behandling, 2007 (pct.)



- 1 Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer
- 2 Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret
- 3 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1
- 4 Operationer for adipositas
- 5 Rehabilitering
- 6 Hjerterytmie og synkope, proceduregrp. C
- 7 By-pass-operation
- 8 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1
- 9 Hjerterklap-operation
- 10 Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C
- 11 Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma
- 12 Incision på/og laser behandling af prostata
- 13 Andre operationer i knæ eller underben
- 14 Andre operationer i skulder eller overarm
- 15 Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret
- 16 Hjerterytmie og synkope, proceduregrp. B
- 17 Operationer på øre, kategori 1
- 18 Operationer på næse, kategori 1
- 19 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i ryg eller hals
- 20 Operationer gennem urinrør på prostata

- 1 MR-scanning, ukompliceret
- 2 Reumatologi
- 3 Ambulant besøg
- Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anælgelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større
- 4 plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand Grå stær operation: sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste
- 5 glaslegeme mm. u. generel anæstesi
- 6 MR-scanning, ukompliceret
- 7 Andre operationer i knæ eller underben
- 8 Andre operationer i skulder eller overarm
- Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller
- 9 laserrum
- 10 MR-scanning, ukompliceret
- 11 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1
- 12 Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret
- 13 Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede
- Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet,
- 14 ukompliceret
- 15 Andre operationer i ankel eller fod
- 16 Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1
- 17 Kardiologisk proceduregruppe A-C
- 18 Andre operationer i hånd eller håndled
- Øjenlåsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for
- 19 grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi
- 20 Operationer på øre, kategori 1

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

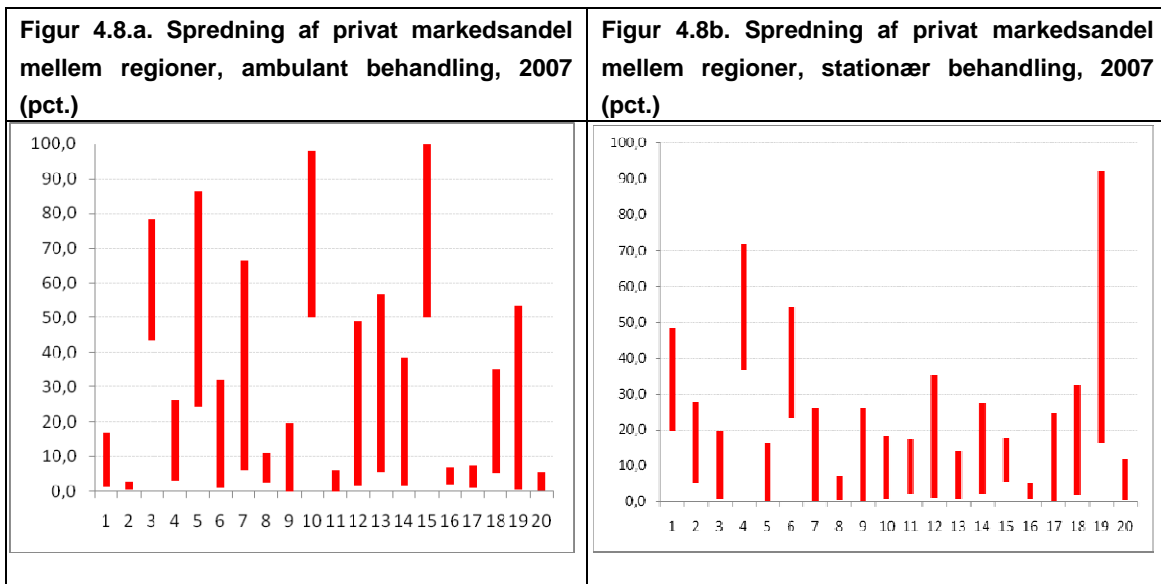
Et andet eksempel er, at godt 68 pct. af den ambulante aktivitet på de private sygehuse mv. vedrørende grå stær operationer kan henføres til borgere fra Region Hovedstaden, hvor ca. 30 pct. af landets indbyggere bor. Region Hovedstaden vægter dog også højt i flere andre behandlingstyper f.eks. øreoperationer (DRG 17). Fsva. Region Nordjylland og Sjælland ses, at den private aktivitet er spredt mere ud over mange behandlingstyper.

Ud fra ovenstående analyse er det således nærliggende at konkludere, at en stor del af den offentligt finansieret private aktivitet, herunder konkrete behandlingstyper, skyldes en skæv geografisk fordeling af leverandører.

Regionalfordelt privat markedsandel for hver af de 20 DRG-grupper

I figur 4.8.a. og 4.8.b ses spredningen i den private markedsandel mellem de fem regioner inden for hver enkelt DRG-gruppe. Længden af hver enkelt rød søjle er bestemt af den henholdsvis højeste og laveste private markedsandel i de fem regioner inden for den pågældende behandlingsgruppe.

I 6 af de 20 DRG-grupper, hvor de private leverede mest ambulante aktivitet i 2007 udgjorde forskellen mellem den højeste regionale og laveste regionale private markedsandel mere end 50 procentpoint. I syv af DRG-grupperne var forskellen mellem højeste og lavest regionale private markedsandel mindre end 25 procentpoint. For de resterende syv DRG-grupper udgjorde forskellen mellem højeste og lavest regionale private markedsandel mellem 25 og 50 procentpoint. jf. figur 4.8.a. I 5 af de 20 DRG-grupper med højeste privat aktivitet, udgjorde den private markedsandel i mindst én region mindre end 2 pct. samtidig med, at den private markedsandel for mindst én anden region udgjorde mere end 20 pct.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm.: Der henvises desuden til bilagstabel 4.4 og 4.5.

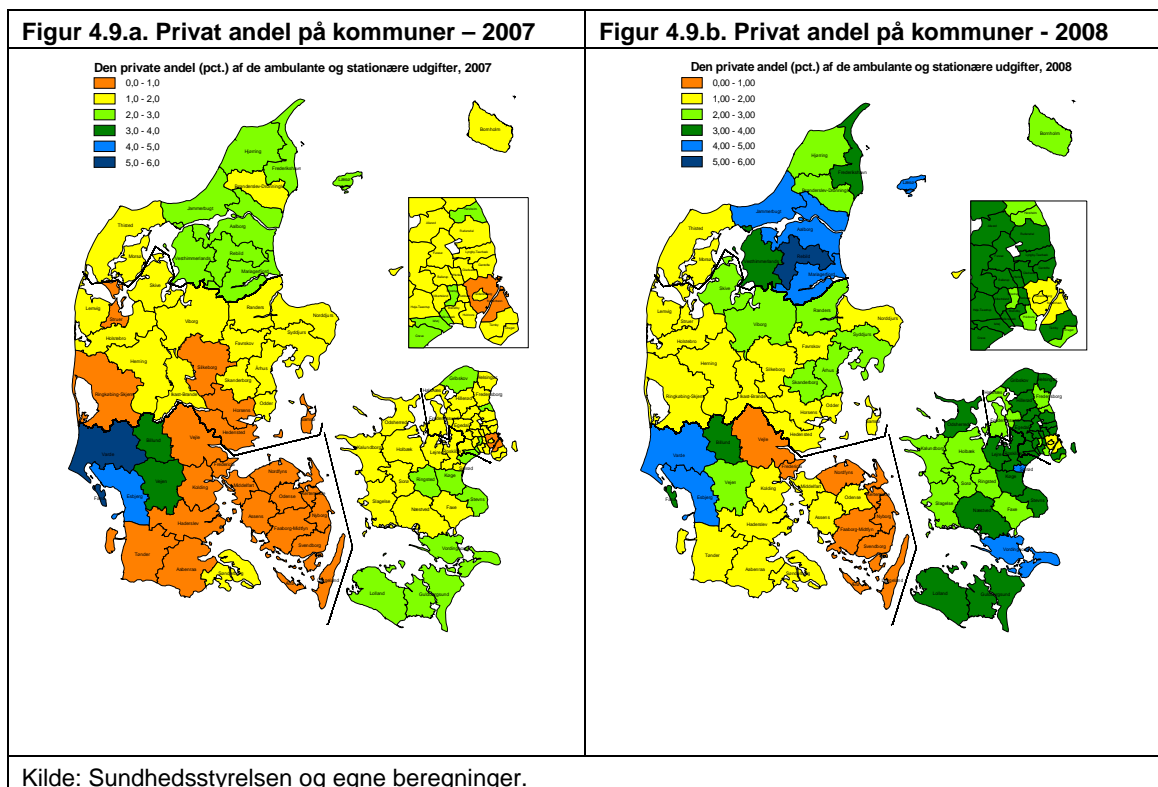
Variationen mellem højeste og laveste private markedsandel i hver af de 20 DRG-grupper på det stationære område er i forhold til det ambulante område betydeligt mindre, men dog fortsat markant. I 11 af de 20 DRG-grupper varierer markedsandelen mellem regioner med under 25 procentpoint og heraf varierer 2 DRG-grupper med under 10 procentpoint. I otte DRG-grupper varierer den private markedsandel mellem de fem regioner med mellem 25 og 50 pct. point. Endelig er der én DRG-gruppe (enkeltstående indsættelse af ledprotese i ryg el. hals (DRG 19)), hvor den private markedsandel varierer med mere end 50 procentpoint mellem den region, hvor den private markedsandel udgør den højeste andel, og den region hvor den private markedsandel er lavest. I 10 DRG-grupper udgør den laveste private markedsandel i en region under 2 pct. samtidigt med at den tilsvarende markedsandel i en anden region er højere end 10 pct. jf. figur 4.8b.

Ovenstående bekræfter det tidligere billede af, at der er stor variation mellem regionerne i forhold til brugen af de private sygehuse, herunder ligeledes på typen af behandlinger, der sendes i privat regi.

4.4. Aktiviteten fordelt på kommuner

På kommuneniveau er der ligeledes, endog endnu større variation i omfanget af den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse mv. I 2007 blev mere end 5 pct. af den samlede sygehusaktivitet for borgerne fra Varde Kommune dækket af private sygehuse, jf. videreført aftale mellem Region Syddanmark og Hjer-tecenter Varde varetagelse af visse hjertebehandlinger. Hvorimod de private sygehuse dækkede under 1 pct. af det samlede sygehusforbrug fra en lang række kommuner, jf. figur 4.9.a.

Et generelt træk er, at den private aktivitet i overvejende grad er steget "ligeligt" fordelt over kommunerne fra 2007 til 2008, dvs. de fleste enkelte kommuner er blot gået op i "farve kategori". Det bemærkes, at den private andel af forbruget for en lang række kommuner i Hovedstadsområdet steg med mere end ét procentpoint fra 2007 til 2008, jf. figur 4.9a og 4.9b.



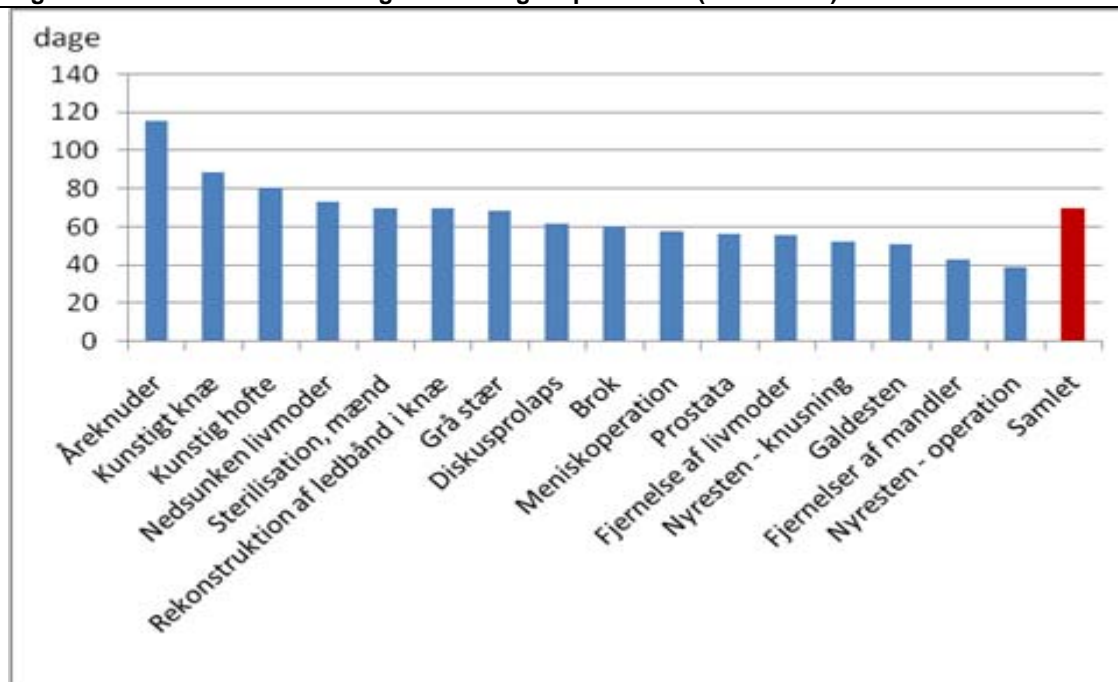
4.5. Aktivitet og ventetider

I det følgende sammenstilles aktiviteten under det udvidede frie valg og erfarede ventetider til 17 udvalgte operationer. Den gennemsnitlige erfarede ventetid til de 17 operationer udgjorde 70 dage for patienter, som blev færdigbehandlet i marts 2007.

Ventetiderne var kortest til nyrestensoperationer og fjernelse af mandler, hvor den gennemsnitlige ventetid udgjorde henholdsvis 39 og 43 dage. For så vidt angår ventetider for kunstig hofte og knæ var den henholdsvis 81 og 89 dage. Den længste ventetid blandt de 17 udvalgte var til operation for åreknuder, hvor ventetiden var 116 dage.

Ventetiderne er opgjort for alle offentlige finansierede patienter, hvilket indebærer at ventetiden for patienter, der anvender det udvidede frie sygehusvalg, også indgår i opgørelsen, jf. figur 4.10.

Figur 4.10. Ventetid til behandling – 17 udvalgte operationer (marts 2007)



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

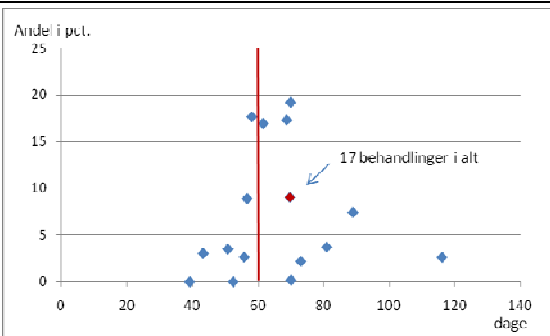
Anm: De 17 udvalgte behandlinger svarer til de såkaldte 18 behandlinger, som indgår i opgørelsen af de fremadrettede ventetider. Den 18. behandling, som ikke indgår, er udlevering af hørerapparat, idet der ikke opgøres erfaret ventetid hertil. De 17 operationer udgør ca. 16 pct. af samtlige operationer udført i såvel offentligt som i privat regi og ca. 36 pct. af alle operationer udført i privat regi.

Ventetid opgøres som erfaret ventetid og som fremadrettet ventetid. Den erfarede ventetid opgøres som gennemsnittet af den ventetid, den enkelte patient reelt har oplevet. Den fremadrettede ventetid er en forventet maksimal ventetid opgjort på afdelings/sygehusniveau. Et skøn for den fremadrettede ventetid er således omtrentligt sammenfaldende med den ventetid, som de længst ventende patienter har erfaret.

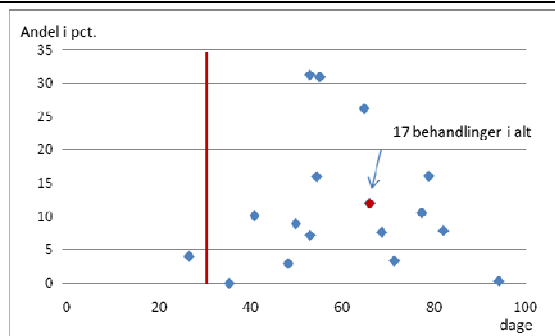
Inden for de 17 behandlingsformer er den private aktivitet størst for de behandlinger, hvor ventetiden er mellem 40 og 80 dage. Dette indikerer, at brugen af det udvidede frie sygehusvalg er størst, når ventetiden på behandling ligger inden for dette interval. For de behandlinger, hvor ventetiderne er kortere, træder udvidet frit valg ikke i kræft, og andelen af operationerne, som udføres i privat regi, er således alt andet lige mindre. At den private markedsandel derimod er begrænset for en række behandlinger med relativt lange ventetider som kunstig hofte og knæ, følger ikke umiddelbart af fritvalgsordningens konstruktion. Det skal endvidere bemærkes, at sterilisation af mænd, som indgår i listen af de 17 behandlinger, ikke er omfattet af retten til det udvidede frie sygehus valg – og samtidig har særlig lang ventetid. Ventetiderne og den private andel for åreknuder er ligeledes ikke retvisende, idet hovedparten af behandlinger foregår i speciallægepraksis, hvorfor der ikke opgøres ventetid.

Ændringen af vilkårene for ordningen pr. 1. oktober 2007 således, at rettigheden til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft efter 4 uger, har ikke ændret betydeligt på mønstret blandt de 17 udvalgte operationer. Den største private andel findes fortsat blandt behandlinger med ventetider på 50-60 dage, jf. figur 4.11a og 4.11b.

Figur 4.11.a. Ventetid og privat markedsandel – marts 2007 (17 udvalgte operationer)



Figur 4.11.b. Ventetid og privat markedsandel – marts 2008 (17 udvalgte operationer)

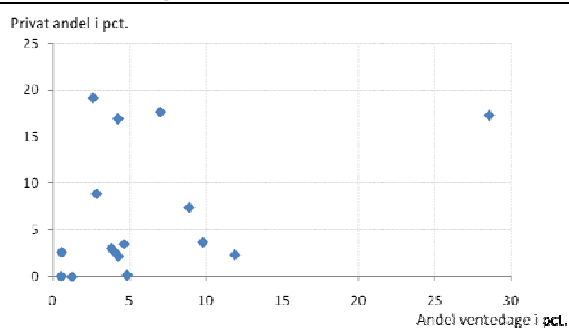


Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

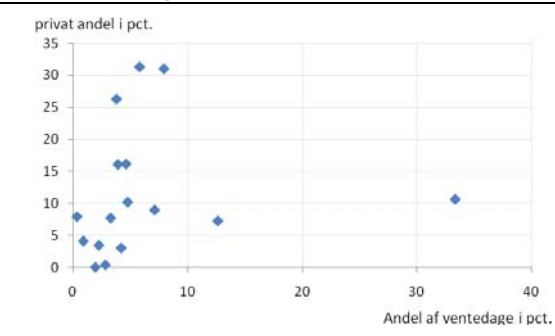
Anm: Gennemsnitlige erfarede ventetider betyder, at den enkelte patient kan have ventet såvel kortere og længere tid end gennemsnittet. Behandlingsområder med en ventetid på mere end 60 dage kan således godt være omfattet af ordningen til udvidet frit sygehus valg. Den lodrette røde linje angiver ventetiden, som giver patienterne ret til udvidet frit sygehus valg.

Opgørelserne i figur 4.11a og 4.11b er ikke vægtet, således at lang ventetid for få patienter vejer ligeså meget som en kortere ventetid for mange patienter. Sammenhængen mellem antallet af ventedage, hvor der har været en ventende patient og andelen, der udføres i privat regi, er derfor undersøgt i figur 4.12a og 4.12b. Andelen af ventedage er opgjort som summen af ventedage – antal ventende multipliceret med den gennemsnitlige ventetid – for den enkelte behandling i forhold til det samlede antal ventedage for alle 17 behandlinger under ét. Behandlinger med en stor privat andel er således ikke kendetegnet ved samtidig at være de behandlinger, der ventes meget på – dette er gældende såvel i marts 2007 som i marts 2008, *jf. figur 4.12a og 4.12b.*

Figur 4.12.a. Privat markedsandel – ventedage pr. behandling, 2007.



Figur 4.12.b. Privat markedsandel – ventedage pr. behandling, 2008.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Samme ventetidsniveau i to eller flere forskellige regioner for den samme behandling medfører ikke nødvendigvis samme anvendelsesgrad af det udvidede frie sygehusvalg i regionerne. F.eks. ventede patienter fra Nordjylland i gennemsnit i 50 dage for en meniskoperation, mens patienter i Region Midtjylland i gennemsnit ventede 58 dage. 26 pct. af patienterne i Nordjylland blev behandlet på privat sygehus, mens det i Region Midtjylland var 10 pct. af meniskoperationerne, der blev udført på privat sygehus, *jf. tabel 4.3.a.* En anden interessant observation på forskelle regionerne imellem er grå stær, hvor ventetiden i Hovedstaden er 44 dage mod 101 dage i Syddanmark, medens den private andel på denne behandlingstype var hhv. 28 og 9 pct. i de to regioner.

Behandling	mar-07 Nordjylland		Midtjylland		Syddanmark		Hovedstaden		Sjælland		Hele landet	
	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct
Brok	42	1	64	2	49	1	78	4	59	3	61	2
Galdesten	34	0	59	3	51	2	59	6	46	6	51	4
Nyresten - operation	32	0	49	0	36	0	39	0	30	0	39	0
Nyresten - knusning	57	0	27	0	31	0	39	0	87	0	53	0
Prostata	57	6	66	9	36	4	55	10	68	15	57	9
Sterilisation, mænd	151	0	45	0	103	0	88	0	259	4	70	0
Kunstig hofte	72	3	82	1	63	4	90	5	93	5	81	4
Kunstigt knæ	76	8	93	1	85	3	91	10	94	14	89	7
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	64	11	76	16	85	15	61	29	63	24	70	19
Meniskoperation	50	26	58	10	67	22	54	17	68	24	58	18
Åreknuder	118	0	77	17	119	0	165	0	166	0	116	3
Diskusprolaps	41	4	64	22	45	18	68	14	69	16	62	17
Nedsunken livmoder	95	9	70	1	56	3	94	2	57	2	73	2
Fjernelse af livmoder	87	5	60	1	51	1	50	5	42	1	56	3
Grå stær	80	31	69	12	101	9	44	28	83	3	69	17
Fjernelser af mandler	44	5	44	1	47	0	41	7	42	2	43	3
Samlet	73	13	65	6	72	6	67	14	79	7	70	9

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger. Ventetid er opgjørt som erfaret ventetider for patienter behandlet såvel i privat som i offentligt regi.

Den samme forskel i anvendelse af det udvidede frie sygehusvalg genfindes i 2008. Eksempelvis var ventetiden i Region Nordjylland på operation for et kunstigt knæ 75 dage og andelen af udførte behandlinger i privat regi finansieret af det offentlige udgjorde 30 pct. I Region Midtjylland ventede man i gennemsnit 82 dage på samme behandling og 2 pct. blev behandlet i privat regi.

Det er ikke ud af denne analyse muligt at fastlægge hvad der skyldes hvad, dvs. om ventetiderne til denne behandling netop er korte, fordi en stor andel bliver behandlet på privat sygehus eller tilsvarende om ventetiderne er længere i region Midtjylland, bl.a. fordi patienterne her ikke anvender retten til det udvidede frie sygehusvalg på samme vis som patienterne fra Region Nordjylland, *jf. tabel 4.3 b.*

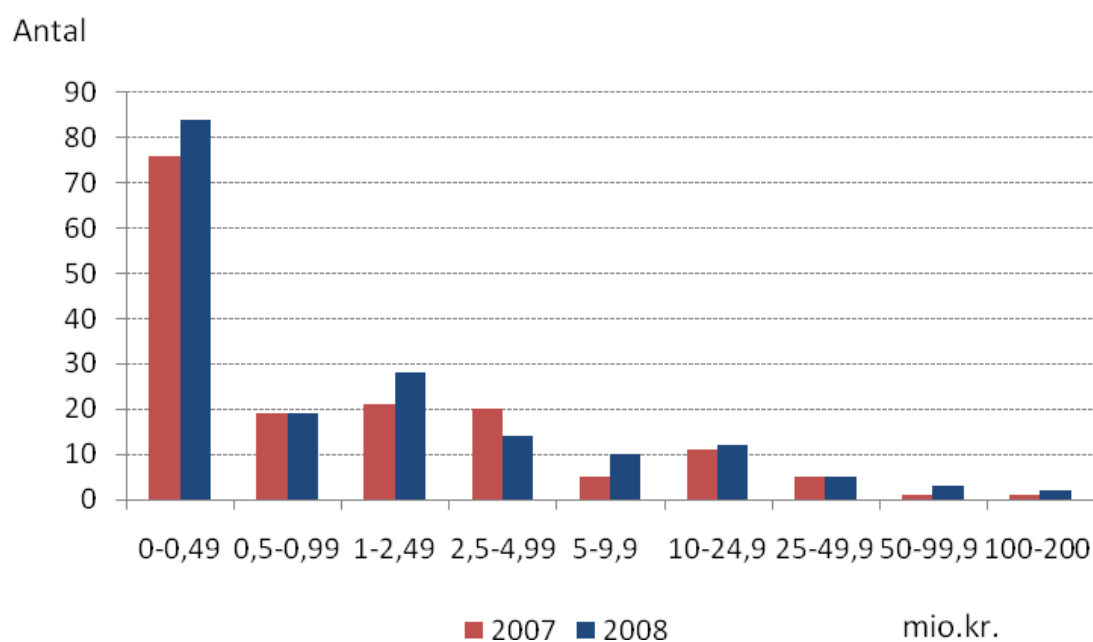
tabel 4.3.b. Privat aktivitet og erfaret ventetid, pr. region marts 2008												
Behandling	mar-08 Nordjylland		Midtjylland		Syddanmark		Hovedstaden		Sjælland		Hele landet	
	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct	Ventetid dage	Andel privat pct
Brok	38	5	51	7	47	3	67	12	52	7	53	7
Galdesten	26	4	41	13	30	6	57	14	48	14	41	10
Nyresten - operation	37	0	30	0	22	0	30	10	20	6	27	4
Nyresten - knusning	45	0	65	0	35	0	25	0	32	0	35	0
Prostata	54	0	56	0	56	5	57	36	50	26	54	16
Sterilisation, mænd	105	0	73	1	71	0	125	0	326	0	94	0
Kunstig hofte	72	11	58	0	53	2	93	14	54	11	69	8
Kunstigt knæ	75	30	82	2	59	1	85	24	83	20	79	16
Rekonstruktion af ledbånd i knæ	67	48	62	18	85	10	52	39	69	28	65	26
Meniskoperation	51	62	54	13	61	17	58	35	50	45	55	31
Åreknuder	64	0	93	14	71	0	83	0	120	0	82	8
Diskusprolaps	23	4	72	25	37	11	59	44	64	56	53	31
Nedsunken livmoder	83	6	66	2	77	3	63	5	80	0	71	3
Fjernelse af livmoder	69	14	49	0	58	0	40	7	30	0	48	3
Grå stær	70	13	88	2	95	2	63	22	94	6	77	11
Fjernelser af mandler	115	23	45	0	37	0	52	16	37	10	50	9
Samlet	61	19	68	5	66	4	65	21	69	15	66	12

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger. Ventetid er opgjort som erfaret ventetider for patienter behandlet såvel i privat som i offentligt regi.

4.6. Aktiviteten fordelt på de private sygehuse

I både 2007 og 2008 var der hhv. 159 og 177 private sygehuse, klinikker mv., der havde udført aktivitet for det offentlige sygehusvæsen. Langt størstedelen af disse leverandører er dog relativt små. I 2007 og 2008 var det således kun hhv. 18 og 22 af sygehusene, klinikkerne mv., der leverede aktivitet svarende til en produktionsværdi på mindst 10 mio. kr. Knap halvdelen af disse sygehuse/ klinikker mv. havde en offentligt finansieret produktionsværdi på under 0,5 mio.kr. Ét privat sygehus havde i 2007 (Hamlet) offentligt finansieret aktivitet for mere end 100 mio.kr. og i 2008 var der to (Hamlet og Hjertecenter Varde), jf. figur 4.13 og tabel 4.4.

Figur 4.13. Antal private sygehuse fordelt efter omfanget af offentlig finansieret aktivitet (mio. kr.)



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Den skæve fordeling af aktiviteten på de private sygehuse mv. betyder, at de 20 største private sygehuse mv. stod for over 71 pct. af aktiviteten i 2007. I 2008 viser de foreløbige tal, at andelen er øget til godt 77 pct., jf. tabel 4.4.

Tabel 4.4. Offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse mv. i 2007 og 2008.

	2007	2008	Vækst (pct.)	Aktivitet i antal DRG grupper	Vigtigste MDC-gruppe	Aktivitet i antal DAGS grupper
	DRG-produktionsværdi i mio.kr.					
Privathosp. Hamlet	104,4	164,8	57,8	126	08	88
Hjertecenter Varde	96,6	105,8	9,6	22	05	14
Danske Privathospitaler	22,4	56,7	153,2	73	09	95
Center for Rygkirurgi A/S	45,8	56,2	22,7	8	08	15
Skørping Privathospital	41,6	51,9	24,8	26	08	27
Privathospitalet Mølholm	34,4	41,8	21,5	43	10	36
Erichsens Privathospital A/S	20,0	30,4	51,7	58	08	71
Parkens Privathospital	15,2	30,1	97,5	0		31
eira Privathospitalet Skejby	2,8	28,2	921,6	39	08	53
Kysthospitalet, Skodsborg	17,0	27,2	59,9	4		42
Privathospitalet Kollund	12,8	23,1	80,3	21	08	58
Thava Hamlet (en del af Privathospitalet Hamlet)	13,8	20,7	50,0	0	08	11
Ortopædisk Hospital Aarhus a/s	22,2	18,6	-16,5	29	08	13
Memira ApS	18,6	18,3	-1,6	0		8
Ciconia, Århus Privathospital	11,5	16,5	43,8	43	03	45
ARTROS - Aalborg Privathospital A/S	17,7	13,6	-22,7	12		26
Ortopædkirurgisk Klinik, Syd-himmerland	4,0	11,6	185,6	0		11
Århus Speciallægecenter	3,9	11,1	184,1	22	08	28

MR Scanner Viborg	9,8	11,0	12,0	0	5
Nørmark Ortopædkirurgisk Klinik	5,9	10,4	77,0	0	24
I alt, 20 private sygehuse mv. med størst omsætning	520,3	747,8	43,7		
Øvrige sygehuse mv.	210,6	217,3	3,2		
I alt, alle private sygehuse mv.	730,9	965,1	32,0		
Andel af aktivitet på 20 private sygehuse mv. med størst omsætning, pct.	71,2	77,5			
Andel af omsætning på to private sygehus med størst omsætning, pct.	27,5	28,0			

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Alene de to største private sygehuse, Privathospitalet Hamlet og Hjertecenter Varde, står i 2008 for en omsætning på ca. 270 mio. kr. eller godt 28 pct. af den offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse mv.

De 20 private sygehuse har haft en vidt forskellig udvikling fra 2007 til 2008 mht. omfanget af offentligt finansieret aktivitet. Tre private sygehuse har haft faldende omsætning, mens fire private sygehuse har mere end fordoblet deres omsætning.

De private sygehuse har meget begrænset produktmiks. Således indeholder listen over sygehuse, der alene tilbyder ambulante behandling indenfor et begrænset behandlings-casemiks. Kun tre private sygehuse tilbyder behandlinger i mere end 50 forskellige stationære og 50 ambulante DRG-grupper.

Privathospitalet Hamlet udgør med 209 ansatte (259 inkl. Thava-Hamlet) og en bruttofortjeneste på 143,1 mio.kr. (161 mio. kr. inkl. Thava-Hamlet), og udgør dermed det største private sygehus i Danmark, *jf. tabel 4.5.*

Tabel 4.5. Nøgletal for de 20 private sygehuse med mest offentlig finansieret aktivitet, 2007

Hospital	Antal beskæftigede	Bruttofor-tjeneste, mio.kr	Overskud efter skat, mio.kr.	Forrentning af egenkapital, pct.	Afkastnings grad, pct.
Privathospitalet Hamlet	209	143,1	17,0	26,70	12,80
Hjertecenter Varde	46	30,4	10,1	50,00	74,00
De Danske Privathospitaler	56	41,4	4,2	27,11	10,46
Center for Rygkirurgi A/S	38	28,2	3,2	43,60	12,40
Skørping Privathospital	2	0,4	0,6	32,40	34,70
Privathospitalet Mølholm	90	95,3	12,5	31,20	18,20
Erichsens Privathospital A/S	38	32,4	5,1	47,37	36,46
Parkens Privathospital	27	13,5	1,6	93,84	129,83
Eira Privathospitalet Skejby	39	1,8	-6,3	-1,37	0,28
Kysthospitalet, Skodsborg	-	-	-	-	-
Privathospitalet Kollund	20	17,7	0,1	1,01	3,51
Thava Hamlet (en del af Hamlet)	50	18,1	6,5	87,38	62,15
Ortopædisk Hospital Aarhus a/s	16	28,6	0,0	0	-142,98
Memira ApS	-	8,9	3,6	44,3	36,5

Ciconia, Århus Privathospital	30	35,1	1,5	64,80	15,76
ARTROS - Aalborg Privathospital A/S	16	29,6	4,8	197,67	26,58
Ortopædkirurgisk Klinik, Sydhimmerland	-	-	-	-	-
Århus Speciallægecenter	-	1,3	1,3	29,21	15,80
MR Scanner Viborg	-	-	-	-	-
Nørmark Ortopædkirurgisk Klinik	-	-	-	-	-

Kilde: CVR-registret.

Anm: Det har ikke været muligt at identificere samtlige 20 sygehuse på listen, hvorfor der mangler oplysninger for 4 sygehuse.

Specialisering på privatsygehuse

Omsætningsmæssigt svarer DRG-produktionsværdien ved det største private sygehus til aktiviteten ved nogle af de mindste offentlige sygehuse, f.eks. Himmerlands sygehus og Regionshospitalet på Bornholm. Aktiviteten på Regionshospitalet Bornholm har aktivitet i 290 stationære DRG-grupper og 127 DAGS-grupper *jf. tabel 4.6*. Dette tyder således på en vis specialisering på privatsygehuse, *jf. nedenstående*.

Tabel 4.6. Produktionsværdi mv. på udvalgte mindre offentlige sygehuse, 2007

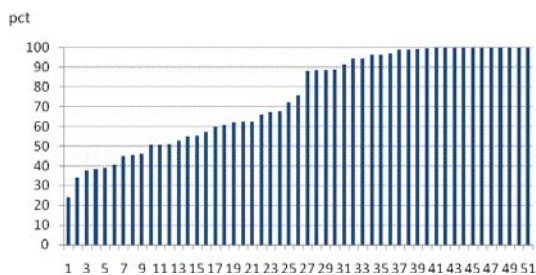
	DRG-produktionsværdi i mio.kr.	Aktivitet i DAGS grupper	Aktivitet i DRG grupper
Bornholms Hospital	296	127	290
Sygehus Himmerland	160	69	180
Regionshospitalet Grenaa	56	63	47
Regionshospitalet Hammel Neurocenter	46	7	8
Sygehus Sønderjylland, Tønder	41	46	100
Samsø Sygehus, Samsø	19	44	107

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

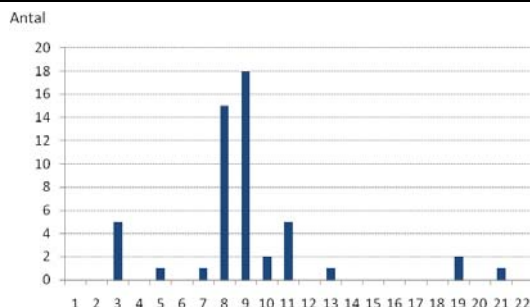
Ca. halvdelen af de private sygehuse med stationær aktivitet har en specialiseringsgrad på mere end 90 pct. Specialisering er i den sammenhæng defineret som andelen af den samlede aktivitet, som falder i én og samme MDC-gruppe. De private sygehuse er således ofte meget specialiseret indenfor et begrænset behandlingsområde, *jf. figur 4.14.a*.

Af de samtlige 52 private sygehuse, som har offentlig finansieret stationær aktivitet, har 18 sygehuse har MDC 9 ("sygdomme i hud, underhus og mamma") som vigtigste behandlingsområde, og 16 sygehuse har MDC 8 ("Sygdomme i muskel-skeletsystemet mv."). som vigtigste MDC gruppe, *jf. figur 4.14b*.

Figur 4.14.a. Specialiseringsgrad på de private sygehuse – andel af samlet aktivitet på vigtigste MDC-gruppe, stationær behandling, 2007



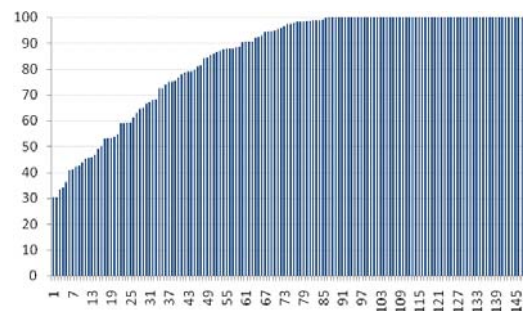
Figur 4.14.b. Vigtigste MDC-gruppe, stationær behandling, 2007



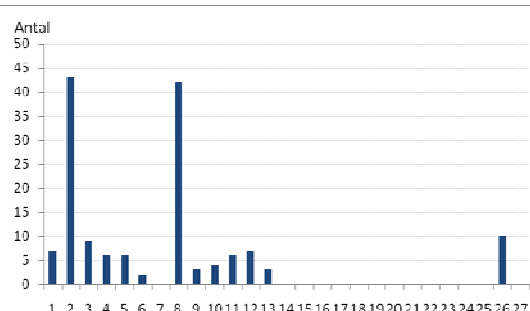
Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Det samme billede genfinder man på det ambulante område. Langt hovedparten af de private sygehuse har den offentlige finansierede aktivitet samlet inden for samme behandlingsområde. Af områder, hvor der typisk er opnået specialisering er sygdomme i muskel-skeletsystemet mv. samt inden for øjensygdomme. Sidstnævnte er til forskel fra det stationære område, hvor det ikke vejer tungt, jf. 4.15. a og b.

Figur 4.15.a. Specialiseringsgrad på de private sygehuse – andel af samlet aktivitet på vigtigste MDC-gruppe, ambulante behandling, 2007

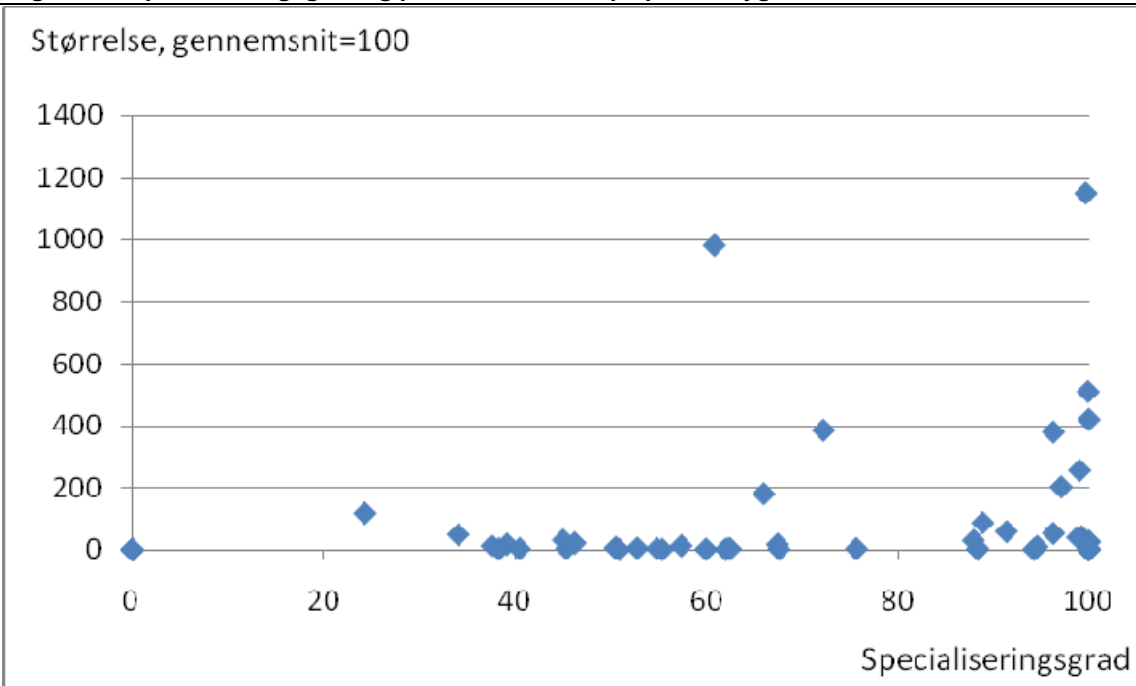


Figur 4.15.b. Vigtigste MDC-gruppe, ambulante behandling, 2007.



Sammenholdes størrelsen – opgjort som den samlede værdi af den offentlige finansierede aktivitet – og specialiseringsgrad fremkommer der en positiv sammenhæng. Det er således særligt blandt de større private sygehuse, at der er en høj grad af specialisering. Et eksempel herpå er bl.a. Hjertecenter Varde, hvor al aktivitet falder i MDC-gruppe 5 (Sygdomme i kredsløbsorganer dvs. hjerter), jf. figur 4.16.

Figur 4.16 Specialiseringsgrad og produktionsværdi på private sygehuse, stationær aktivitet

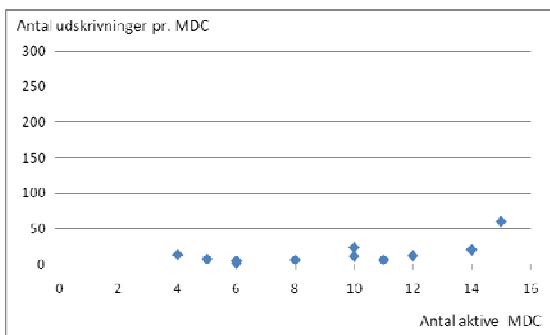


Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

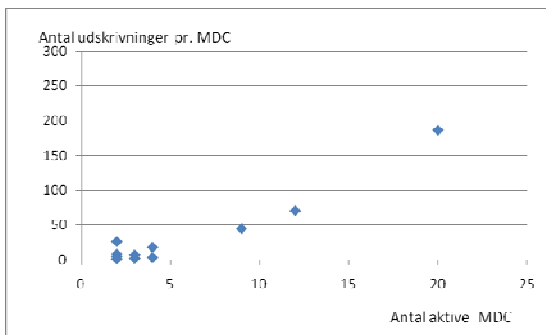
Anm.: Specialiseringsgrad er defineret som andel af sygehusets samlede produktionsværdi, der kan henføres til den MDC-gruppe, som vejer tungest i den samlede produktion.

Fordeles observationerne i figur 4.16., på private sygehuse med en lav, mellem og høj specialiseringsgrad, fremgår det, at særligt blandt de private sygehuse med en lav specialiseringsgrad, er aktiviteten spredt på mange MDC-grupper og med yderst begrænsede antal udskrivinger i hver MDC-gruppe – ofte ikke mere end 20 udskrivinger pr. år i hver gruppe. Blandt de øvrige grupper findes der både sygehuse, som udfører mange behandlinger pr. MDC-gruppe, og sygehuse med et yderst begrænset antal udskrivinger pr. MDC-gruppe, jf. figur 4.17.a-c.

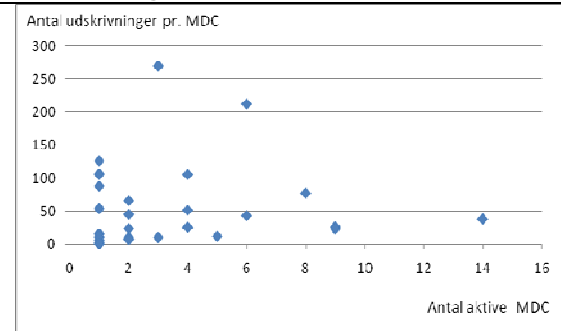
Figur 4.17a. Specialiseringsgrad på de private sygehuse – Antal udskrivninger pr. MDC og spredning på MDC grupper – Sygehuse med lav specialisering (< 50 pct.)



Figur 4.17b. Specialiseringsgrad på de private sygehuse – Antal udskrivninger pr. MDC og spredning på MDC grupper – Sygehuse med mellem specialisering (50-75 pct.)



Figur 4.17c. Specialiseringsgrad på de private sygehuse – Antal udskrivninger pr. MDC og spredning på MDC grupper – Sygehuse med høj specialisering (> 75 pct.)



Antal private leverandører fordelt på DRG-grupper

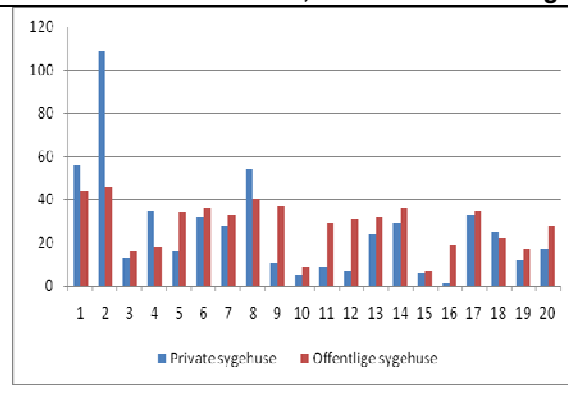
I 15 af de 20 største DRG-grupper med privat aktivitet var der mindst ti private sygehuse mv., som har registreret aktivitet i enten 2007 eller 2008 og kun i én DRG-gruppe⁴ var antallet af private sygehuse mv. mindre end fem. I fem DRG-grupper⁵ var antallet af private leverandører af ambulans behandling større end antallet af offentlige leverandører, mens der i flere af de øvrige grupper var næsten lige så mange private leverandører som offentlige, jf. figur 4.18a.

Vedr. den stationære behandling gælder, at der i otte ud af de 20 DRG-grupper, kun er blevet leveret aktivitet af ét eller to private sygehuse mv. I otte af de resterende tolv DRG-grupper er der mindst ti leverandører af aktivitet indenfor den enkelte DRG-gruppe, jf. 4.18b.

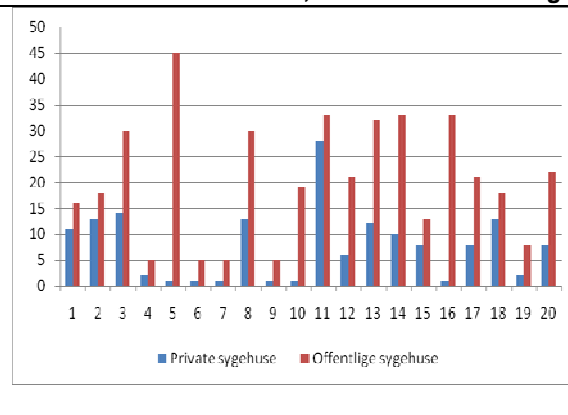
⁴ DAGS-gruppe 15 - kardiologisk analyse

⁵ Der er DAGS-grupperne 1 (MR-scanning), 2 (Reumatologi), 4 (Hornhindetransplantation), 8 (Kliniske undersøgelser) og 18 (operationer på øre).

Figur 4.18.a. Antal offentlige og private leverandører, der har udført offentligt finansieret aktivitet i 2007, ambulært behandling



Figur 4.18.b. Antal offentlige og private leverandører, der har udført offentligt finansieret aktivitet i 2007, stationær behandling



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

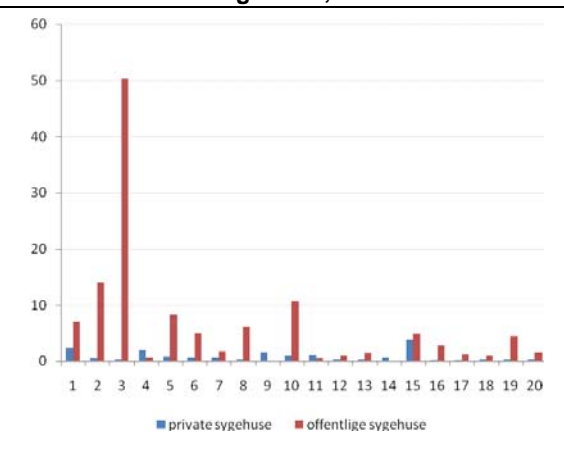
Gennemsnitlig aktivitet på offentlige og private sygehuse mv.

Ovenstående sammenligning af antallet af offentlige og private leverandører i hver DRG-gruppe tager ikke højde for størrelsesmæssige forskelle mellem offentlige og private sygehuse mv. Betydningen heraf umiddelbart ses ved at sammenligne den offentligt finansierede aktivitet pr. leverandør i den enkelte DRG-gruppe for henholdsvis offentlige og private sygehuse mv.

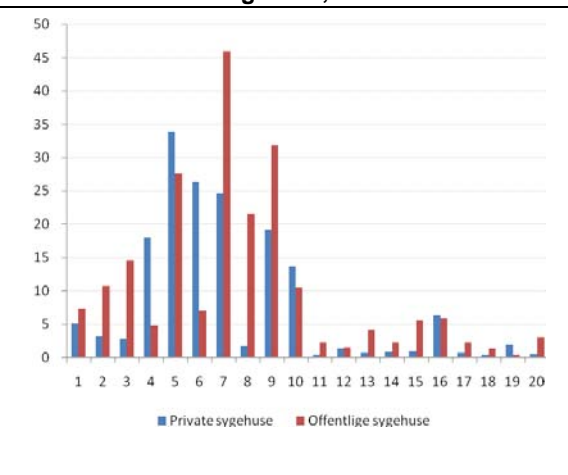
For den ambulante behandling gælder det, at den gennemsnitlige aktivitet pr. leverandør på private sygehuse mv. er markant lavere end aktiviteten pr. leverandør på de offentlige ejede sygehuse, jf. figur 4.19a. I 14 ud af de 20 DRG-grupper er den gennemsnitlige aktivitet pr. privat leverandør 1 mio. kr. eller derunder. Kun i én DRG-gruppe⁶ er den gennemsnitlige aktivitet pr. leverandør højere end 2 mio. kr., og i denne gruppe er der kun Hjertecenter Varde der er leverandør

⁶ DRG-gruppe 18 - operationer på øre.

Figur 4.19.a. Produktionsværdi pr. leverandør, ambulant behandling i 2007, mio. kr.



Figur 4.19.b. Produktionsværdi pr. leverandør, stationær behandling i 2007, mio. kr.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

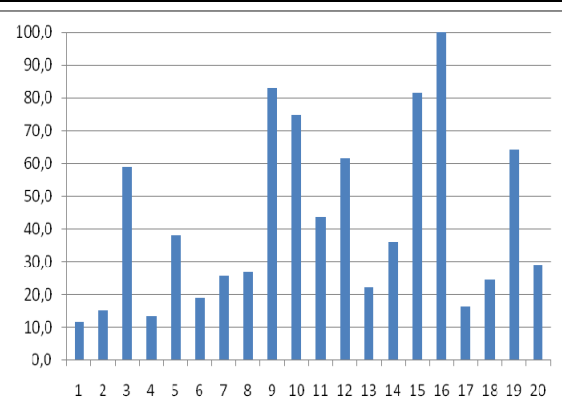
For så vidt angår den stationære behandling er der 6 ud af de 20 DRG-grupper, hvor den gennemsnitlige aktivitet pr. leverandør udgør mere end 10 mio. kr., jf. figur 4.19b.⁷ Det gælder imidlertid for alle disse grupper, at der kun er én eller højst to private leverandører. Ser man f.eks. på nr. 6, 7, 9 og 10 udføres hele den private aktivitet på Hjertecenter Varde, mens hele den private aktivitet under nr. 5 leveres af et rehabiliteringscenter i Region Syddanmark, som er drevet af Falck. Endelig er nr. 4 (fedmeoperationer), hvor der kun er to leverandører - Mølholm og Hamlet.

Ved at se på, hvor stor en andel af den offentligt finansierede aktivitet i privat regi, der leveres af den største private leverandør i hver behandlingsgruppe ses, hvorvidt aktiviteten indenfor den enkelte DRG-gruppe domineres af denne leverandør. I 7 ud af de 20 DRG-grupper vedr. ambulant behandling står den største private leverandør i DRG-gruppen for mere end halvdelen af aktiviteten i DRG-gruppen, jf. figur 4.12a. For de stationære behandlinger gælder, at den største leverandør for 10 ud af de 20 DRG-grupper står for halvdelen eller derover af aktiviteten. For 6⁸ af de 10 behandlingstyper besidder den største leverandør hele markedet, jf. figur 4.20b.

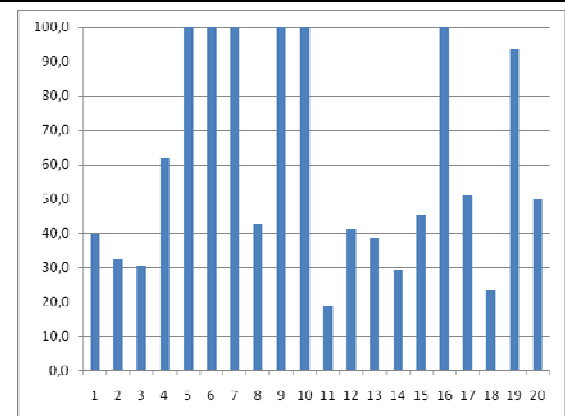
⁷ Der er DRG-grupperne: 4 (fedme operationer), 5 (rehabilitering), 6 (hjertearytmi), 7 (by-pass-operationer), 9 (hjerteklap operationer) og 10 (stabil iskæmisk hjertesygdom).

⁸ Det er DRG grupperne: 5 (rehabilitering), 5 og 16 (hjertearytmi gr. c og b) 7 (by-pass operationer), 9 (hjerteklap operationer) og 10 (stabil iskæmisk hjertesygdom).

Figur 4.20a. Andel af privat aktivitet, som udføres af den største private leverandør i gruppen, ambulans behandling, 2007



Figur 4.20b. Andel af privat aktivitet, som udføres af den største private leverandør i gruppen, stationær behandling, 2007



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Bilag

Bilagstabel 4.1. Privat produktion, ambulant og stationær behandling, 2007.					
MDC	DRG_navn	Produktionsv ærdi private (mio.kr)	Andel af privat produktionsv ærdi (pct.)	Produktionsv ærdi off. (mio.kr)	Privat markedsandel (pct.)
08	Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	56.238	7,7	115.809	32,7
08	Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	46.312	6,3	437.136	9,6
08	Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	40.768	5,5	192.877	17,4
-	MR-scanning, ukompliceret	36.647	5,0	239.772	13,3
10	Operationer for adipositas	35.835	4,9	23.857	60,0
23	Rehabilitering	33.815	4,6	1.240.160	2,7
-	Reumatologi	30.405	4,1	619.486	4,7
-	Ambulant besøg	29.791	4,1	2.315.106	1,3
08	Andre operationer i knæ eller underben	27.544	3,7	312.259	8,1
05	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	26.306	3,6	34.545	43,2
08	Andre operationer i skulder eller overarm	24.961	3,4	131.273	16,0
02	Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand	24.874	3,4	17.658	58,5
08	Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	24.853	3,4	645.276	3,7
05	By-pass-operation	24.563	3,3	229.546	9,7
02	Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi	24.371	3,3	150.290	14,0
05	Hjerteklap-operation	19.051	2,6	159.325	10,7
02	Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjenlidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum	14.283	1,9	254.019	5,3
05	Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	13.708	1,9	198.920	6,4
09	Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	9.987	1,4	72.452	12,1
03	Operationer på øre, kategori 1	8.908	1,2	61.912	12,6
08	Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret	8.272	1,1	54.297	13,2
11	Incision på/og laser behandling af prostata	7.933	1,1	29.637	21,1
08	Andre operationer i ankel eller fod	7.668	1,0	102.578	7,0
-	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	7.639	1,0	310.957	2,4
08	Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	7.182	1,0	71.414	9,1
-	Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede	7.007	1,0	20.433	25,5
05	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	6.279	0,9	194.246	3,1
03	Operationer på øre, kategori 1	5.559	0,8	45.256	10,9
08	Andre operationer i hånd eller håndled	5.556	0,8	135.802	3,9
03	Operationer på næse, kategori 1	4.552	0,6	23.123	16,4
-	Kardiologisk proceduregruppe A-C	3.814	0,5	92.362	4,0
08	Enkelttidig indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	3.683	0,5	2.585	58,8
11	Operationer gennem urinrør på prostata	3.639	0,5	66.411	5,2
02	Øjenlåsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi	3.356	0,5	30.986	9,8
11	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	3.113	0,4	142.855	2,1
-	MR-scanning, kompliceret	1.172	0,2	59.464	1,9
	Samlet udvalgte	639.642	87,1	6.705.050	8,7
	Øvrige	44.956	6,1	23.048.724	0,2
	I alt	734.761	100	47.436.723	1,5

Bilagstabel 4.2. Privat produktion, ambulant behandling, 2006-2008.

DAGS gruppe	Produktionsværdi private (mio.kr)			Vækstbidrag (procentpoint)	
	2006	2007	2008	2007	2008
MR-scanning, ukompliceret	31.454	36.647	45.765	17,2	14,6
Reumatologi	18.863	30.405	40.705	14,3	13,0
Ambulant besøg	17.014	29.791	37.125	14,0	11,9
<i>Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand</i>	15.043	24.756	26.503	11,6	8,5
<i>Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi</i>	18.013	24.371	12.485	11,5	4,0
<i>Andre operationer i knæ eller underben</i>	8.050	19.808	39.202	9,3	12,5
<i>Andre operationer i skulder eller overarm</i>	11.759	17.646	26.296	8,3	8,4
<i>Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum</i>	9.793	14.282	14.248	6,7	4,6
<i>Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1</i>	2.406	7.953	14.435	3,7	4,6
<i>Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret</i>	5.786	7.639	8.495	3,6	2,7
<i>Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede</i>	1.399	7.007	7.138	3,3	2,3
<i>Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret</i>	2.508	6.617	8.846	3,1	2,8
<i>Andre operationer i ankel eller fod</i>	3.776	6.272	8.026	3,0	2,6
<i>Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1</i>	1.084	3.995	6.230	1,9	2,0
<i>MR-scanning, kompliceret</i>	3.081	3.855	4.148	1,8	1,3
<i>Kardiologisk proceduregruppe A-C</i>	5.870	3.814	3.731	1,8	1,2
<i>Andre operationer i hånd eller håndled</i>	4.258	3.496	6.564	1,6	2,1
<i>Øjenlåsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi</i>	5.752	3.356	4.810	1,6	1,5
<i>Operationer på øre, kategori 1</i>	2.612	3.349	3.237	1,6	1,0
<i>Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation</i>	2.117	3.094	4.845	1,5	1,6
Top 20	170.636	258.152	322.836	82,6	76,6
Øvrige	41.878	54.431	98.618	17,4	23,4
i alt	212.514	312.584	421.454	100	100

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Anm: Dags grupper i kursiv er gråzone behandling.

Bilagsstabel 4.3. Privat produktion, stationær behandling, 2006-2008.

DRG gruppe	Produktionsværdi private (mio.kr)			Vækstbidrag (procentpoint)	
	2006	2007	2008	2007	2008
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	49.954	56.238	62.080	2	1
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	31.695	40.768	56.990	3	4
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	16.118	38.360	55.809	8	4
Operationer for adipositas	2.426	35.835	54.076	13	4
Rehabilitering	0	33.815	9.550	13	-6
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	12.906	26.306	27.230	5	0
By-pass-operation	14.036	24.563	25.292	4	0
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	12.799	20.857	42.415	3	5
Hjerteklap-operation	13.085	19.051	18.482	2	0
Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	13.040	13.708	11.808	0	0
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	15.890	9.987	11.495	-2	0
Incision på/og laser behandling af prostata	6.835	7.933	5.142	0	-1
Andre operationer i knæ eller underben	3.339	7.737	7.456	2	0
Andre operationer i skulder eller overarm	5.542	7.316	5.526	1	0
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	4.238	7.182	10.570	1	1
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	5.570	6.279	4.858	0	0
Operationer på øre, kategori 1	3.986	5.559	6.207	1	0
Operationer på næse, kategori 1	4.384	4.552	6.968	0	1
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	2.613	3.683	4.039	0	0
Operationer gennem urinrør på prostata	2.012	3.639	6.830	1	1
Top 20	220.470	373.365	432.823	58	14
Øvrige	41.629	44.956	110.793	1	16
i alt	262099	418.322	543.616	60	30

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Bilagstabel 4.4. Privat markedsandel pr. region, stationær behandling, 2007

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
	pct.					
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	33	38	22	20	38	48
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	17	5	18	10	22	28
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	8	17	1	2	7	20
Operationer for adipositas	60	72	69	37	50	63
Rehabilitering	3	0	0	17	0	0
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	43	45	54	52	23	34
By-pass-operation	10	0	5	26	5	7
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	3	6	0	0	5	7
Hjerteklap-operation	11	0	7	26	3	4
Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	6	0	2	18	3	7
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	12	14	14	11	17	2
Incision på/og laser behandling af prostata	21	12	20	1	28	35
Andre operationer i knæ eller underben	6	3	2	0	5	14
Andre operationer i skulder eller overarm	9	6	12	2	4	27
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	9	18	8	5	6	10
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	3	1	5	2	3	5
Operationer på øre, kategori 1	11	2	3	0	25	4
Operationer på næse, kategori 1	16	16	20	2	32	2
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	59	29	39	16	73	92
Operationer gennem urinrør på prostata	5	0	2	0	10	12

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Bilagstabel 4.5. Fordeling af privat marked på regioner, stationær behandling, 2007

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
	pct.				
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	17	19	8	30	25
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	3	23	15	35	25
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	25	2	6	27	40
Operationer for adipositas	24	31	9	18	18
Rehabilitering	0	0	100	0	0
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	10	43	26	13	9
By-pass-operation	0	14	60	14	12
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	23	3	1	39	34
Hjerteklap-operation	0	16	72	8	4
Stabil Iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	1	7	70	8	14
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	12	25	19	40	3
Incision på/og laser behandling af prostata	6	23	1	33	37
Andre operationer i knæ eller underben	4	5	1	33	57
Andre operationer i skulder eller overarm	7	29	5	12	47
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	42	17	15	13	13
Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	4	37	14	24	22
Operationer på øre, kategori 1	2	4	0	87	7
Operationer på næse, kategori 1	8	24	2	63	2
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	5	3	6	45	40
Operationer gennem urinrør på prostata	1	10	2	42	46

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Bilagstabel 4.6. Privat markedsandel pr. region, ambulant behandling, 2007

	Hele landet	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
	pct.					
MR-scanning, ukompliceret	13	17	31	1	22	33
Reumatologi	5	17	2	1	4	13
Ambulant besøg	1	3	1	1	2	1
Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand	67	72	78	46	75	44
Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi	14	26	8	6	26	3
MR-scanning, ukompliceret	72	82	86	25	76	87
Andre operationer i knæ eller underben	10	25	1	3	11	32
Andre operationer i skulder eller overarm	23	66	6	7	12	51
Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum	5	11	7	4	5	2
MR-scanning, ukompliceret	5	9	19	1	3	20
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	91	50	67	86	90	98
Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	2	1	3	0	6	0
Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede	26	1	25	49	38	10
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret	18	57	5	7	21	26
Andre operationer i ankel eller fod	10	39	1	4	10	15
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	88	50	50	100	88	95
Kardiologisk proceduregruppe A-C	4	2	2	2	6	7
Andre operationer i hånd eller håndled	3	7	1	1	7	7
Øjenlåsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi	11	35	7	7	10	5
Operationer på øre, kategori 1	17	53	47	0	5	0
Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	52	57	72	29	7	78

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

Bilagstabel 4.7. Fordeling af privat marked på regioner, ambulans behandling, 2007

	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
	pct.				
MR-scanning, ukompliceret	7	37	1	36	19
Reumatologi	26	10	7	22	35
Ambulant besøg	17	10	12	45	17
Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand	11	36	10	34	8
Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi	17	12	10	58	3
MR-scanning, ukompliceret	7	37	1	36	19
Andre operationer i knæ eller underben	39	4	8	16	32
Andre operationer i skulder eller overarm	38	10	6	8	39
Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum	21	27	14	31	6
MR-scanning, ukompliceret	10	57	2	6	26
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	1	3	5	52	39
Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	4	26	0	66	4
Kroniske maligne eller non-maligne smertetilstande, ukomplicerede	1	11	26	51	11
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret	38	8	11	24	19
Andre operationer i ankel eller fod	53	4	11	16	16
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	2	2	5	61	31
Kardiologisk proceduregruppe A-C	1	17	16	19	47
Andre operationer i hånd eller håndled	20	10	10	37	25
Øjnelågsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi	35	15	20	27	4
Operationer på øre, kategori 1	33	60	1	6	1
Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	8	33	7	3	48

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger.

5. Grundlag for fastsættelse af afregningstakster med private sygehuse

5.1 Sammenfatning

Ved fastsættelsen af grundlaget for det offentlige afregning med de private sygehuse skal der tages højde for forskellige rammevilkår mellem den offentlige og private sektor, og der skal samtidig tages højde for, at der inden for den offentlige produktion er betydelige forskelle i omkostninger, bl.a. som følge af forskellige produktionsbetingelser.

På et etableret og velfungerende marked vil der gælde en markedspris, som kan danne grundlag for afregningen med private leverandører. Det er ikke tilfældet på sygehusområdet, hvor produktionen stort set ikke er konkurrenceudsat, og hvor væsentlige dele af produktionen ikke er egnet til konkurrenceudsættelse.

Derfor må man udlede den private afregning med udgangspunkt i de offentlige omkostninger, som registreres løbende via det såkaldte DRG-system (og den tilknyttede omkostningsbase).

DRG-taksten for en behandling, som opgøres som et gennemsnit for alle offentlige sygehuses omkostninger til den pågældende behandling, og som i dag i henhold til lovgivningen danner udgangspunkt for den private afregning, vurderes ikke som et hensigtsmæssigt grundlag.

Det skyldes, at DRG-taksterne er en gennemsnitlig beregning af omkostningerne ved behandling af en bestemt diagnose på alle offentlige sygehuse, og dækker derfor over en betydelig variation mellem sygehuse. DRG-taksterne afspejler således et gennemsnit af de omkostningsforskelle, der er mellem de offentlige sygehuse som følge af forskelle i rammevilkår og produktionsvilkår mellem de offentlige sygehuse som specialiseringsgrad, akutandel, forskning/uddannelse, patienttyngde osv. Endvidere kan forskelle mellem de offentlige sygehuse afspejle forskelle i effektivitet.

Hertil kommer, at tværgående udgifter til de ovenfor beskrevne offentlige forpligtelser samt en række øvrige tværgående funktioner [eksempler] på tværs af diagnoser ikke kan fordeles præcist på den enkelte patient, men i stedet fordeles skønsmæssigt på de enkelte diagnoser.

Det har mindre betydning, når der er tale om et mellem-offentligt afregningssystem, hvor det offentlige sygehus typisk tilbyder mange forskellige behandlinger, og hvor regionerne har det overordnede ansvar for at fordele de konkrete bevillinger til sygehuse. Skævheder bliver så og sige udjævnet ved de store tals lov og via den konkrete økonomistyring i regionerne. Det er imidlertid nødvendigt med højere grad af præcision og sammenlignelighed, når grundlaget skal bruges som udgangspunkt for enkelt-afregning med private sygehuse, hvor skævheden vil afleje sig i den private indtjening.

Herudover skal der tages højde for generelle forskelle i rammevilkår mellem det offentlige og det private på sygehusområdet. Det offentlige har en række merforpligtelser i forhold til private, herunder uddannelse, forskning og vagtberedskab, og har samtidig generelt ikke samme specialiseringsmuligheder som det private, ligesom man skal behandle alle patienter. Det private har omvendt merudgifter vedrørende købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift. Det er vanskeligt at sætte præcise tal på forskellen, men ud fra en helhedsbetragtning vurderes forskellen isoleret set at indebære en fordel for de private leverandører.

Det vurderes dog samtidig, at der med et udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse til en vis grad er taget højde for nogle af de fordele, som det private har på rammevilkår, idet de billigste offentlige sygehuse alt andet lige 'ligner' de private aktører mere i forhold til parametre som specialisering og planlægning. Akutandelen hos de billigste offentlige sygehuse adskiller sig dog ikke nævneværdigt fra gennemsnittet af alle sygehuse. Samtidig vil de offentlige sygehuse med lave omkostninger fortsat have uddannelse og forskning, og har samtidig en mere udstrakt forsyningsforpligtelse i forhold til at tilbyde behandling af tunge/komplicerede patienter. Omvendt har de private fortsat omkostningerne ved købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift.

Derfor peges på, at udgangspunktet for afregningen i stedet bør være omkostningerne for de billigste og mest omkostningseffektive blandt de offentlige sygehuse. Det giver et billede af, hvad ydelsen faktisk kan produceres til, hvis man indretter sig effektivt. Det flugter samtidig med et princip om, at det offentlige ikke skal betale mere for en produktion, end hvad det selv kunne producere ydelsen til, hvis det flyttede den hen til de enheder, som har de laveste omkostninger. Afregningen af de private leverandører bør således som minimum kunne matche den billigste del af de offentlige sygehuse.

Samlet vurderes, at der, såfremt der ved takstfastsættelsen tages udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse, ikke overordnet set ses at være grundlag for at foretage væsentlige, yderligere korrektioner som følge af forskelle i rammevilkår.

5.2. Overvejelser om grundlaget for takstfastsættelse

Afregningstaksterne med de private sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg fastsættes som udgangspunkt ved forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse, jf. kapitel 2. Af bemærkninger til sundhedsloven fremgår, at "Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere".

Af rapporten fra udvalget om vilkår for det udvidede frie sygehusvalg (2007) fremgår, at taksterne udgør en blanding af forhandlede takster og DRG-takster svarende til, at de private sygehuse i gennemsnit har et finansieringsgrundlag svarende til 95 pct. af den offentlige DRG-takst. Afdækningen i denne rapport indikerer med usikkerhed et niveau i 2008 svarende til gennemsnitligt 98 pct. af DRG-taksten.

Ved fastsættelsen af grundlaget for det offentliges afregning med de private sygehuse skal der tages højde for forskellige rammevilkår mellem den offentlige og private sektor, og der skal samtidig tages højde for, at der inden for den offentlige produktion er forskelle i omkostninger, bl.a. som følge af forskellige produktionsbetingelser.

5.2.1 Et sammenligneligt udgangspunktet for takstfastsættelsen

Det økonomisk fornuftige i at købe ydelser fra private udbydere er betinget af, hvilken omkostning offentlige sygehuse selv kan levere ydelserne til. Det er nøjagtig den samme overvejelse som en privat virksomhed selv ville stå med, hvis den skulle beslutte, om den ville fortsætte med at udføre bestemte opgaver selv eller at købe opgaveløsningen fra andre. I den situation ville den private virksomhed sammenligne omkostningerne ved egenproduktion med omkostningen ved at købe opgaveløsningen fra en anden leverandør. For at træffe denne beslutning behøver virksomheden kun at kende sine egne omkostninger og den anden leverandørs pris. Der er som udgangspunkt ikke noget behov for at kende omkostningerne, der ligger til grund for den anden leverandørs pristilbud for at kunne træffe afgørelsen, da det ikke har indflydelse på virksomhedens optimale valg.

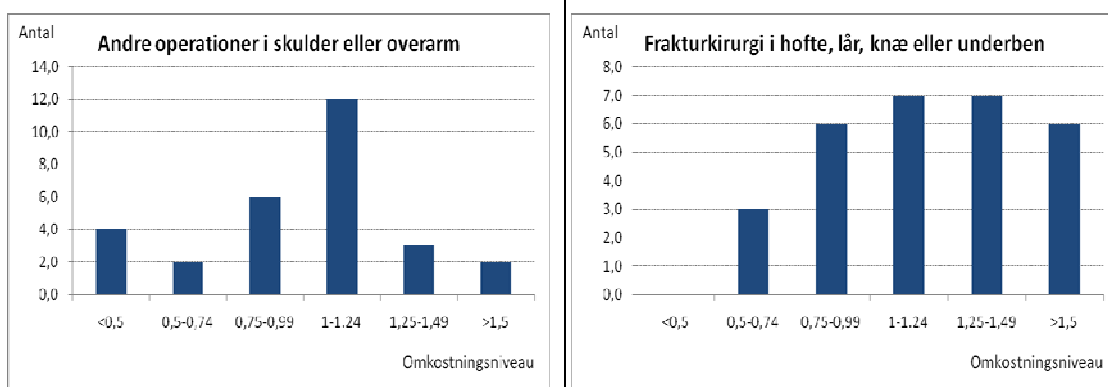
DRG-taksten, som i dag anvendes til de fleste former for afregning, styring mv. i det offentlige sygehusvæsen, udtrykker et gennemsnit for, hvad det vil koste at få udført aktiviteten på offentlige sygehuse. Taksten afspejler dermed de store omkostningsforskelle, der er mellem de offentlige sygehuse, begrundet i forskellige ramme- og produktionsvilkår mv. mellem de offentlige sygehuse.

Dels kan der være forskel i tyngden af de patienter, der behandles på de forskellige sygehuse. De private sygehuse har endvidere mulighed for at specialisere sig inden for enkelte behandlingstilbud. Hertil kommer mulige forskelle i akutandel og forskning/uddannelse. Endvidere kan forskellene mellem de offentlige sygehuse afspejle forskelle i effektivitet. Hertil kommer, at tværgående udgifter på tværs af diagnoser ikke kan fordeles præcist på den enkelte patient, men i stedet fordeles skønsmæssigt på de enkelte diagnoser.

Da den offentlige DRG-takst er et udtryk for en gennemsnitsbetragtning vil der være en række tilfælde, hvor de offentlige sygehuse leverer ydelser til en noget lavere omkostning end 100 pct. af DRG-taksten.

Dette kan illustreres med følgende eksempler på fordeling af gennemsnitsomkostningerne for to forskellige behandlinger på de enkelte sygehuse. Fastsættelsen af taksten for DRG-gruppen "Andre operationer i skulder eller overarm" bliver bestemt på baggrund af omkostningsoplysninger fra 29 offentlige sygehuse. Gennemsnitsomkostninger for det enkelte sygehus fordeler sig i et interval med 4 sygehuse med et omkostningsniveau på 50 pct. under det landsgennemsnitlige niveau til 2 sygehuse på over 50 pct. over landsgennemsnittet. På 6 af de offentlige sygehuse udgør omkostningsniveauet mindre end 75 pct. af DRG-taksten. På mere end hvert femte sygehus udgør omkostninger ved denne type behandling mindre end 75 pct. af landsgennemsnittet og det mest effektive sygehus skal findes blandt disse sygehuse, jf. figur 5.1.

Figur 5.1. Omkostningsniveau på sygehusniveau – udvalgte behandlinger



Kilde: Omkostningsdatabasen for takstsystem 2009, Sundhedsstyrelsen

For DRG-gruppen "Frakturkirurgi i hofte, lår, knæ eller underben" indgår der ligeledes 29 sygehuse i fastsættelsen af den landsgennemsnitlige DRG-takst. I forhold til behandling på skulder og overarm er omkostningsfordelingen mere ligelig. 3 sygehuse har et omkostningsniveau på mellem 50 og 75 pct. af landsgennemsnittet i alle de øvrige intervaller er der mellem 6 og 7 sygehuse.

Ovenstående omkostningsforskelle i forhold til DRG-taksten har mindre betydning, når der er tale om et mellem-offentligt afregningssystem, hvor det offentlige sygehus typisk tilbyder mange forskellige behandlinger, og hvor regionerne har det overordnede ansvar for at fordele de konkrete bevillinger til sygehusene. Skævheder bliver så og sige udjævnet ved de store tals lov og via den konkrete økonomistyring i regionerne.

Det er imidlertid nødvendigt med højere grad af præcision og sammenlignelighed, når grundlaget skal bruges som udgangspunkt for enkelt-afregning med private sygehuse, hvor skævheden vil afleje sig i den private indtjening.

Konkret indebærer en afregning med udgangspunkt i DRG-taksten bl.a., at enheder med de færreste forpligtelser overkompenseres, mens enheder med største forpligtelser underkompenseres. Overkompensationen vil især gælde for private sygehuse, da de adskiller sig fra de offentlige sygehuse ved at have færre forpligtelser inden for disse områder. Samtidig vil der også i en vis udstrækning kunne ske en "overkompensation" af mindre, ikke-akutte offentlige sygehuse, i det omfang de blev afregnet til DRG-taksten.

Et mere retvisende udgangspunkt for en afregning af de private sygehuse vil i stedet være omkostningerne for de billigste og mest omkostningseffektive blandt de offentlige sygehuse. Det giver et billede af, hvad ydelsen faktisk kan produceres til. Det vil endvidere være i overensstemmelse med et princip om, at det offentlige ikke skal betale mere for en produktion, end hvad det selv kan producere ydelsen til, hvis det flyttede den hen til de enheder, som har de laveste omkostninger. Afregningen af de private leverandører bør således som minimum kunne matche den billigste del af de offentlige sygehuse.

5.2.2 Forskelle i offentlige og private sygehuses forpligtelser og rammevilkår

Uanset forudsætningen om at tage udgangspunkt i omkostningerne i de billigste offentlige sygehuse ift. takstfastsættelsen for de private sygehuse, jf. afsnit 5.2.1 ovenfor, skal der i afregningen principielt også tages højde for forskelle i rammevilkår, der påvirker omkostningerne for produktionen.

De offentlige sygehuse har forpligtelser i forbindelse med vagtberedskab, uddannelse og forskning og har samtidig generelt ikke samme specialiseringsmuligheder som det private, ligesom man skal behandle alle

patienter. De private sygehuse har ikke forpligtelser af samme karakter på disse områder. Omvendt har de private sygehuse udgifter vedrørende købsmoms, lønsumsafgift, forrentning, afskrivning mv..

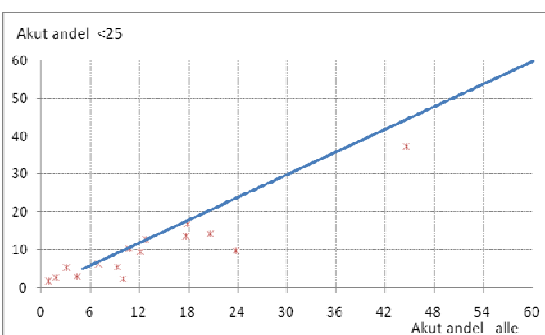
Vagtberedskab, uddannelse og forskning

De offentlige sygehuse varetager som en integreret del af deres opgaver en række vagtforpligtelser i forhold til at kunne håndtere akut opstået sygdom hos patienter. Forpligtelserne (og udgifterne hertil) vedrører såvel akutte vagtfunktioner, hvor sygehuset skal være i stand til at modtage og behandle uplanlagte patienter både i og udenfor normal dagarbejdstid, som ikke-akutte funktioner, hvor afdelingerne primært har en beredskabsfunktion over for deres allerede indlagte patienter. Forpligtelserne varierer dels mellem sygehuse og afdelinger og dels hen over døgnet (dag/nat) og ugen (hverdag/weekend).

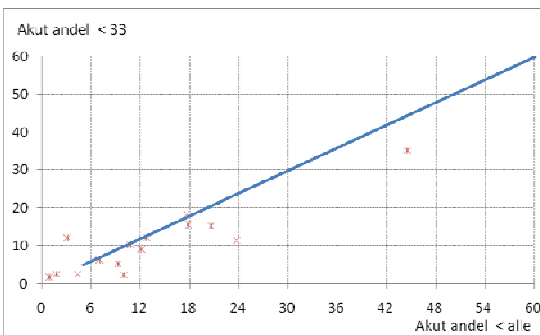
De private sygehuse/klinikker er ikke på samme måde pålagt forpligtelser og udgifter til vagtberedskaber i forhold til akut aktivitet mv. På nogle af de større sengebærende privatsygehuse kan der dog i begrænset omfang være beredskabsopgaver i forhold til indlagte, ikke-akutte patienter, på linje med de offentlige forpligtelser med denne type patienter.

En opgørelse for de 32 behandlinger⁹, som de private sygehuse primært producerer indenfor, viser, at 16 pct. af den offentlige produktion vedr. de pågældende behandlinger er akut. At akutandelen ikke forsvinder, uanset at der tages udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse illustreres af, at akutandelen i de pågældende behandlinger stort set ikke ændres, hvis den alene opgøres på baggrund af de 25 pct. eller 35 pct. billigste offentlige sygehuse, jf. figur 5.7.b.

Figur 5.7.a. Akut andel i DRG gruppe vs. Akut andel i referencesygehuse for de 25 pct. billigste sygehuse.



Figur 5.7.b. Akut andel i DRG gruppe vs. Akut andel i referencesygehuse for de 35 pct. billigste sygehuse



Kilde: Sundhedsstyrelsen

De offentlige sygehuse har en generel forpligtelse til at uddanne og videreudanne deres personale, så deres kvalifikationer løbende modsvarer de faglige mv. krav, som opgaverne på sygehuse indebærer. Udgifterne til uddannelse består dels af direkte lønudgifter til personalet under uddannelse, direkte lønudgifter til vejledning, driftsudgifter til og investering i apparatur samt indirekte omkostninger på grund af oplæring, fx. i form af, at der kan opereres færre patienter pr. dag, hvis den opererende læge er mindre erfaren og skal sidemandsoplæres. De største udgifter forbundet med den offentlige uddannelsesforpligtelse vedrører den lægelige videreuddannelse, herunder speciallægeuddannelsen, hvortil rammer og krav fastsættes af Sundhedsstyrelsen. Omfanget af uddannelsesforpligtelsen i det offentlige varierer dog ligele-

⁹ De 32 behandlinger er udvalgt blandt top 20 ambulante og stationære behandlinger, hvortil der umiddelbart henføres referencetakster til i DRG systemet.

des mellem sygehuse og afdelinger alt afhængig af aktuelle behov for speciallæger indenfor de specifikke specialer.

De private sygehuse bærer ikke det samme ansvar i forhold til den lægelige efteruddannelse. Det bemærkes dog, at de private på linje med de offentlige sygehuse (og erhvervsdrivende generelt) har visse løbende forpligtelser overfor deres ansatte i forbindelse med kursus- og videreuddannelse. Det vedrører dog oftest uddannelse af "lettere" og dermed mindre udgiftstung karakter som fx. IT.

Intern forskning er en integreret del af det offentlige sundhedsvæsen, men det specifikke niveau og udgifter hertil varierer betydeligt mellem sygehuse og afdelinger. De offentlige sygehuse har således udgifter til den forskning, der finansieres internt og som dermed afspejler sig i de omkostningsstrukturer, som er indeholdt i DRG-systemet. De private sygehuse har ikke tilsvarende udgifter til forskning.

Købsmoms af driftsudgifter

Sygehusbehandling på såvel offentlige som private sygehuse er i Danmark fritaget for moms. I et sygehus' produktion indgår imidlertid indkøb mv., som er momsbelagt. Det gælder fx. fødevarer, brændsel og drivmidler, anskaffelser, øvrige varekøb, entreprenør- og håndværkerydelser samt øvrige, momsbelagte tjenesteydelser mv.

På det offentlige område betaler regionerne denne købsmoms via det mellemregionale momsrefusionssystem. Det betyder, at den enkelte regions udgifter til købsmoms ved produktion af sygehusydelser ikke afhænger (væsentligt) af dets egne dispositioner, idet de udlignes mellem regionerne indbyrdes. Private sygehuse har ikke samme afløftningsmulighed, hvorfor der i deres takster indgår en skjult købsmoms, som sygehuset har betalt sine leverandører.

Lønsumsafgift

Lønsumsafgiften omfatter virksomheder, der leverer ydelser fritaget for momspligt, og opkræves alene fra private virksomheder (fx. finansiel virksomhed, administration af fast ejendom, sundhedspleje, undervisning, kultur og indenrigs personbefordring).

Forrentning og afskrivninger

Udgifter vedr. forrentning og afskrivning indgår ikke i omkostningerne i DRG-systemet. Det skyldes, at det ikke har været hensigten at give sygehusejerne incitament til at tilpasse deres kapitalapparat med det formål bevidst at tiltrække patienter på basisniveau fra andre regioner.

Muligheden for specialisering

De private sygehuse vælger i høj grad at specialisere sig inden for enkelte behandlingstilbud, jf. kapitel 3. Specialiseringen indebærer, at store dele af deres aktivitet koncentrerer på ganske få behandlingsformer, hvorved der kan opnås bedre muligheder for planlægning og mere rationelle arbejdsgange.

Samtidig betyder specialiseringen, at de private sygehuse potentielt har mulighed for at udbyde behandling inden for de DRG-grupper eller procedurer, hvor der kan opnås en relativt høj indtjening. Tilsvarende vil de private sygehuse have mulighed for at fravælge at tilbyde behandling inden for områder, hvor det vil være relativt vanskeligere at opnå rentabel forretning.

Specialisering er generelt at betragte som en fordel i forhold til at sikre en effektiv anvendelse af ressourcerne. På et frit marked med en velfungerende konkurrence ville en specialiseringsfordel således afspejle sig i en lavere pris. En del af forskellen vurderes at blive udlignet i det omfang, der tages udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse som grundlag for afregningen af de private sygehuse.

Patienttyngde og bi-diagnoser

Det offentlige har en forpligtelse til at behandle alle patienter, uanset kompleksitet mv. De private sygehuse vil i lighed med (især de mindre specialiserede) offentlige sygehuse skulle afvise patienter, såfremt den nødvendige ekspertise ikke er tilstede til at foretage en kompliceret behandling, eksempelvis som følge af det private sygehuse' manglende adgang til faglig ekspertise eller faglig back-up inden for øvrige behandlingsområder eller rette udstyr.

Dette medfører, at de private sygehuse alt andet lige behandler patienter med færre komplikationer mv. end det gennemsnitlige offentlige sygehus.

Samlet vurdering

Som udgangspunkt vil udgiftsbegrebet være det samme, om man betragter billigste eller dyreste offentlige sygehus. Dvs. at principielt vil referencetakster, fastsat på baggrund af et systematisk udsnit af offentlige sygehuse udvalgt alene på baggrund af et lavt omkostningsniveau, fortsat indeholde udgifter for akutberedskab, forskning og uddannelse mv., samt afspejle forskelle vedr. specialisering og patienttyngde – samt omvendt have mindre udgifter ift. private sygehuse vedr. købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift.

Det vurderes dog samlet, at der med et udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse til en vis grad er taget højde for nogle af de fordele, som det private har på rammevilkår, idet de billigste offentlige sygehuse alt andet lige 'ligner' de private aktører mere i forhold til parametre som specialisering og planlægning.

Akutandelen hos de billigste offentlige sygehuse adskiller sig dog ikke nævneværdigt fra gennemsnittet af alle offentlige sygehuse. Samtidig vil de offentlige sygehuse med lavest omkostninger fortsat have uddannelse og forskning, ligesom deres specialiseringsmuligheder og muligheder for at frasortere tunge/komplicerede patienter alt andet lige er mindre, end hvad der vil gælde de private sygehuse. Omvendt har de private meromkostningerne ved købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift.

Samlet vurderes, at der, såfremt der ved takstfastsættelsen tages udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse, ikke overordnet set ses at være grundlag for at foretage væsentlige yderligere korrektioner som følge af forskelle i rammevilkår.

6. Model for privat DRG

6.1 Sammenfatning

Gennemgangen i kapitel 5 peger på, at udgangspunktet for afregningen af de private sygehuse bør være omkostningerne for de billigste og mest omkostningseffektive blandt de offentlige sygehuse.

Det giver et billede af, hvad ydelsen faktisk kan produceres til, hvis man indretter sig effektivt. Det er endvidere i overensstemmelse med et princip om, at det offentlige ikke skal betale mere for en produktion, end hvad det selv kan producere ydelsen til, hvis det flyttede den hen til de enheder, som har de laveste omkostninger. Afregningen af de private leverandører bør således som minimum kunne matche den billigste del af de offentlige sygehuse. Det understøtter også et bærende princip for en model for privat-DRG, at det medvirker til en så effektiv anvendelse af de ressourcer, der politisk prioriteres til det offentligt finansierede sundhedstilbud, som muligt.

Ved fastlæggelsen af beregningsgrundlaget for taksterne peges på, at der bør vælges et relativt solidt grundlag, dvs. som omfatter en vis andel af de billigste offentlige sygehuse. Årsagen til, at det foreslås at tage et udsnit af de billigste sygehuse, og ikke bare det billigste af de offentlige sygehuse i hver DRG-gruppe, skyldes at der kan være betydelige forskelle på, hvor stor en del af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen det billigste sygehus i den enkelte gruppe dækker, samt at der kan være usikkerhed knyttet til omkostningsopgørelsen, hvis den alene baseres på en eller meget få observationer.

Det vurderes på denne baggrund, at referencetaksten bør dannes ud fra en model, hvor taksten fastsættes på baggrund af gennemsnitsudgiften for samtlige patienter behandlet på sygehuse med enhedsudgifter under en bestemt fraktil. Samtidig medgår sygehusene, der bidrager til fastsættelsen af referencetaksten, med forskellig vægt alt efter størrelsen af deres aktivitet. Jo større sygehusets aktivitet er, jo større vægt tillægges sygehuset i fastlæggelsen af referencetaksten.

På baggrund heraf peges på, at der sikres den fornødne tyngde i takstfastsættelsen ved at anvende 25-35 pct.-fraktilen, dvs. ved at beregne taksten svarende til gennemsnittet for de 25-35 pct. billigste offentlige enheder. De resulterende takster vil, hvis de ses i forhold til den gennemsnitlige DRG-takst, udgøre 65-72 pct. heraf. Med dette niveau vurderes der i tilstrækkelig grad taget højde for forskelle i rammevilkår mv.

Samtidig vurderes det hensigtsmæssigt, at den nuværende forhandlingsmodel fastholdes, hvor referencetaksterne danner udgangspunkt for forhandlinger om taksterne mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Det giver en decentral fleksibilitet, idet referencetaksterne samtidig overordnet bliver normerende for det generelle takstniveau.

I tilfælde af, at parterne ikke kan nå til enighed om taksterne, da vil ministeren for sundhed og forebyggelse fastsættelse af taksterne ske i overensstemmelse med de udmeldte referencetakster for forhandlingerne. Herved signaleres det, at risikoen ved at kræve for høje priser i forbindelse med en forhandling vil være, at taksterne fastsættes på referencetakstniveauet.

Forskellen ift. i dag vil være, at der i forhandlingerne ikke tages udgangspunkt i DRG-taksterne, men en andel af DRG-taksterne svarende til referencetaksterne, som tilsvarende er tilbagefaldspunktet, hvis der ikke kan opnås en forhandlingsløsning.

En ny model for afregning baseret på udmelding af referencetakster må forventes at føre til en reduktion af det gennemsnitlige takstniveau. Den ændrede afregning bør også tilknyttes en modsvarende lavere afregning fra staten. Dermed fastholdes overordnet set en sammenhæng med, hvad regionen betaler, og hvad den modtager fra staten.

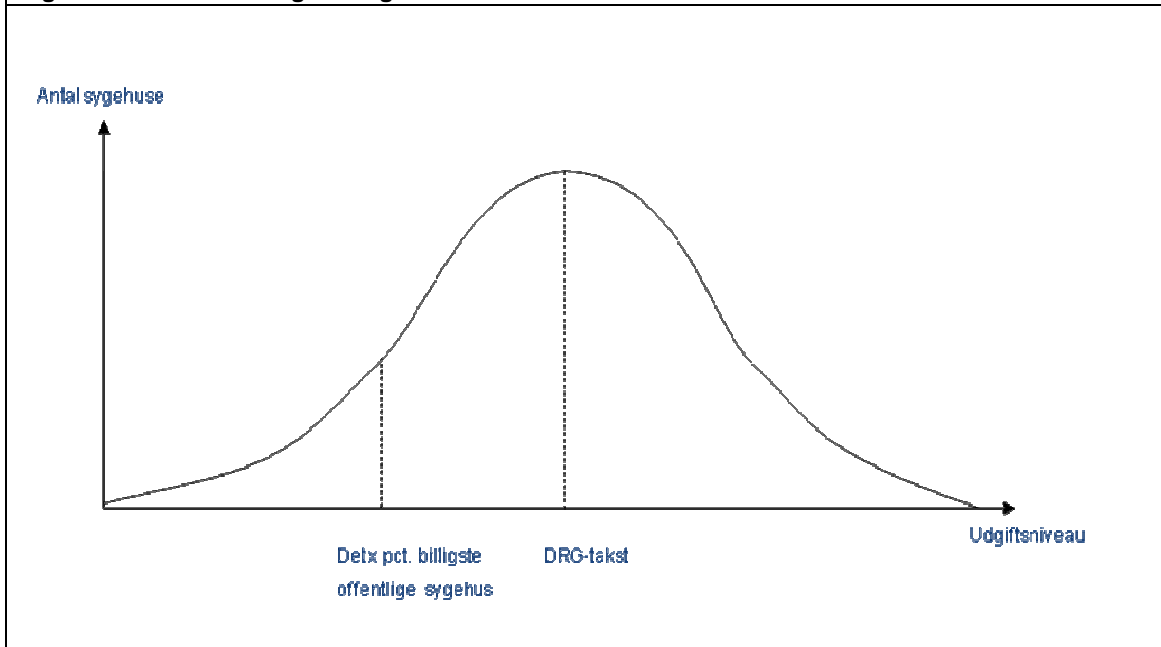
6.2 Stabilt beregningsgrundlag

Årsagen til, at det foreslås at tage et udsnit af de billigste sygehuse, og ikke bare det billigste af de offentlige sygehuse i hver DRG-gruppe, fremgår af følgende hensyn.

For det første vil der på tværs af DRG-grupper kunne være betydelige forskelle på, hvor stor en del af omsætningen i det offentlige sygehusvæsen det billigste sygehus i den enkelte gruppe dækker. Det kan fx. nævnes, at blandt de 20 DRG-grupper, hvor der er den største offentligt finansierede aktivitet på private sygehuse, spænder det billigste sygehus i hver DRG-gruppe fra at dække x pct. af aktiviteten på de offentlige sygehuse til y pct. af aktiviteten. Det illustrerer, at en model, hvor man alene tog udgangspunkt i det billigste af de offentlige sygehuse i den enkelte DRG-gruppe ville føre til, at grundlaget for fastsættelse af referencetakster ville blive meget uensartet på tværs af DRG-grupper.

Dette forhold trækker i retning af, at man bør vælge et ensartet sammenligningsgrundlag på tværs af DRG-grupperne. Det kan fx. enten være i form af, at man ser på de x pct. billigste sygehuse eller et gennemsnit af de x pct. billigste sygehuse, *jf. figur 6.2*

Figur 6.2. Illustration af grundlaget for fastsættelse af referencetaksten.



For det andet er der en række usikkerheder knyttet til den omkostningsfordeling, som er grundlaget for DRG-systemet. Dette forhold trækker i retning af, at der ud fra et hensyn til præcision i referencetaksterne bør vælges et relativt solidt grundlag for fastsættelsen. Hvis man vælger et gennemsnit af de x pct. billigste sygehuse, vil det betyde, at det billigste sygehus kommer til at veje med ind i resultatet, uanset at deres

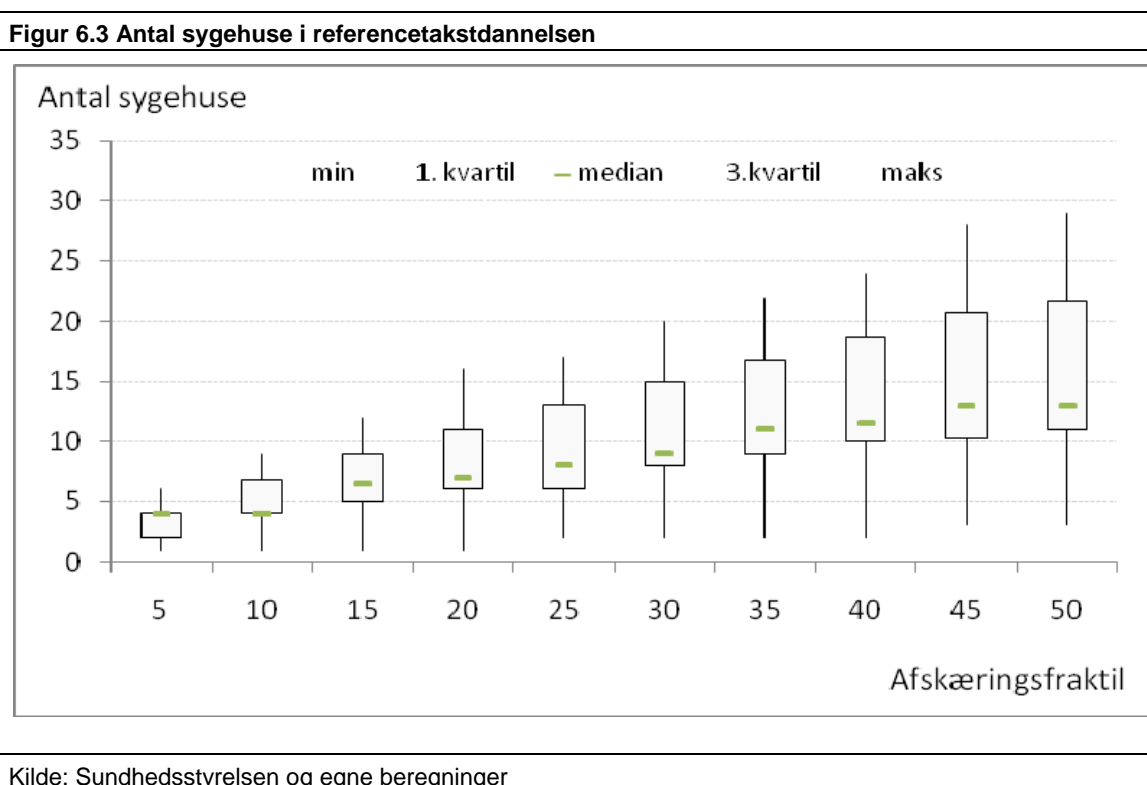
DRG-pris kan være resultatet af en upræcis fordeling af omkostningerne. Det kan umiddelbart tale imod at bruge et gennemsnit af DRG-omkostningen for de x pct. af de billigste sygehuse i tilfælde, hvor enkelte sygehuse har en DRG-omkostning, der afviger markant fra de øvrige sygehuse og har væsentlig indflydelse. I så fald kan man i stedet vælge at fastlægge referencetaksten, som det x pct. billigste sygehus.

Det skal nævnes, at der på baggrund af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2009 pågår et arbejde vedrørende DRG-systemet, der bl.a. har til formål at sikre bedre registreringer af omkostningerne på de offentlige sygehuse, hvilket vil forbedre DRG-systemets præcision.

Samlet vurderes dette at tale for en model baseret på et ensartet sammenligningsgrundlag på tværs af DRG-grupperne, som omfatter en vis andel af de offentlige sygehuse blandt de billigste offentlige sygehuse inden for hver enkelt DRG-gruppe. Ser man eksempelvis på antallet af sygehuse, der indgår i en beregning af gennemsnittet af de offentlige sygehuse, der hører til den tredjedel hhv. fjerdedel med de laveste enhedsudgifter i hver af de 20 DRG-grupper, er der i de fleste grupper ingen eller kun lille forskel mht. antallet af sygehuse, der indgår i grundlaget, *jf. figur 6.3*.

Det vurderes på denne baggrund, at referencetaksten bør dannes ud fra en model, hvor taksten fastsættes på baggrund af gennemsnitsudgiften for samtlige patienter behandlet på sygehuse med enhedsudgifter under den fastsatte fraktile. Jo lavere fraktile der anvendes, jo færre sygehuse og dermed færre patienter indgår i fastsættelsen af referencetaksten, og jo lavere en andel af DRG-taksten vil referencetaksten derfor udgøre. Samtidig medgår sygehusene, der bidrager til fastsættelsen af referencetaksten, med forskellig vægt alt efter størrelsen af deres aktivitet. Jo større sygehusets aktivitet er, jo større vægt tillægges sygehuset i fastlæggelsen af referencetaksten.

Et solidt datagrundlag sikres ved at anvende en tilstrækkelig høj fraktile som udvælgelses kriterium. Det varierer fra DRG-gruppe til DRG-gruppe hvor mange sygehuse, der tilbyder behandling og dermed hvor mange sygehuse, der deltager i fastlæggelsen af DRG taksten. Jo lavere afskæringsfraktile jo færre sygehuse deltager, *jf. figur 6.3*.



Det må derudover tillægges vægt, at referencetaksterne udviser betydelig stabilitet fra den ene aftaleperiode til den næste. Kravet til graden af stabilitet afhænger af den konkrete prisfastsættelsesprocedure, der kommer til at gælde i fremtiden. Kravet til stabilitet skal ses i sammenhæng med, at det kan bidrage til en højere grad af forsyningsikkerhed, idet en større sikkerhed om de økonomiske vilkår for udbydere under det udvidede frie sygehusvalg alt andet lige vil gøre det mere attraktivt at fungere som leverandør under ordningen. Udviklingen i DRG taksterne fremgår af *tabel 6.1*.

Tabel 6.1. Takstudvikling i udvalgte DRG-grupper i 2007-2008

	Indeks 2007=100		
	2007	2008	2009
Deformerende rygsygdomme med operation	100,0	201,8	229,2
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	100,0	83,1	79,0
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i skulder eller overarm	100,0	102,7	92,1
Operationer for adipositas	100,0	61,9	61,3
Primær indsættelse af protese eller delvise revision af protese i hofte eller underkøben	100,0	99,0	103,0
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	100,0	87,8	85,1
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	100,0	83,6	98,2
Standard gynækologisk indgreb	100,0	109,5	111,1
Andre operationer i knæ eller underben	100,0	119,0	92,8
Operationer på næse, kategori 1	100,0	102,1	106,3
Operationer gennem urinrør på prostata	100,0	121,3	100,6
Operationer på øre, kategori 1	100,0	128,8	134,0
Andre operationer i skulder eller overarm	100,0	100,6	89,1
Reposition, resektion, excision og biopsi i hånd eller håndled	100,0	105,4	135,2
Incision på/og laser behandling af prostata	100,0	100,0	104,7
Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	100,0	104,2	112,4
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	100,0	94,4	86,3
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	100,0	94,4	86,3
Operationer på hoved og hals, kategori 3	100,0	92,3	99,6
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	100,0	98,5	95,9
Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand, u/g.a.	100,0	103,1	107,3
Andre operationer i skulder eller overarm	100,0	93,3	107,3
Primær indsættelse af protese eller delvise revision af protese i hofte eller underkøben	100,0	99,0	103,0
Øvrige kliniske undersøgelser og behandlinger af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader.	100,0	103,1	107,3
Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi	100,0	103,1	107,3
Operation på sene, brusk eller knogle i fod, ankel, underben, knæ eller overkøben, ukompliceret	100,0	101,5	118,0
Konservativt behandlet brud i bækken og lår	100,0	66,6	66,0
Andre procedurer i fod eller ankel	100,0	85,5	92,6
Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	100,0	112,5	158,0
Øjenlågoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi	100,0	103,1	107,3

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

6.2.3 Valg af fraktilniveau

En række faktorer kan bidrage til at skabe et grundlag for vurderingen af et hensigtsmæssigt niveau for fastlæggelsen af den konkrete fraktil for beregning af referencetaksten.

Forskelle i sengedage og ydelser

Patienter indlagt på private sygehuse har i gennemsnit en kortere liggetid end patienter inden for den samme DRG-gruppe behandlet på offentlige sygehuse. Dette indikerer, at de private sygehuse enten er mere effektive eller udfører behandlinger inden for et afgrænset område af DRG-gruppen.

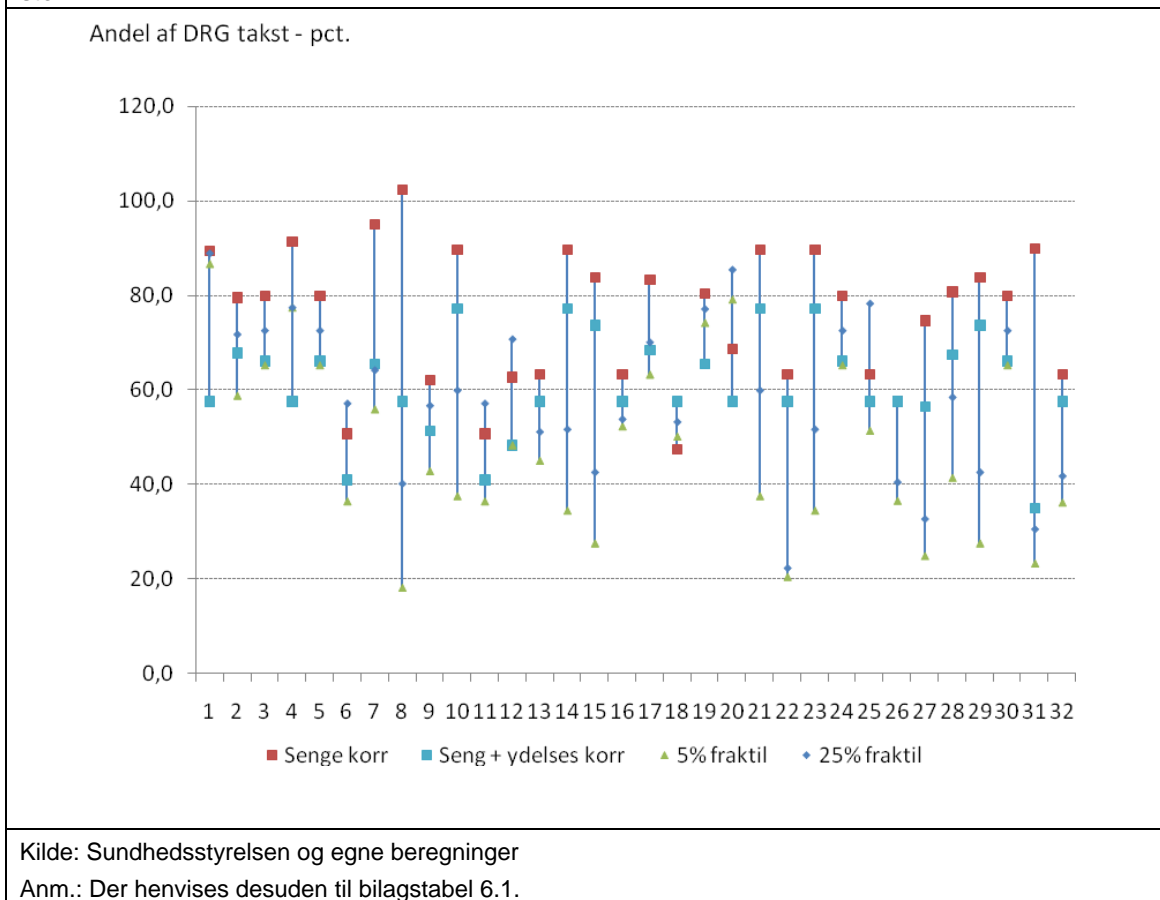
Det kan på den baggrund beregnes, hvad udgifterne på de offentlige sygehuse ville have været, såfremt patienterne havde samme liggetid som på de private sygehuse. I gennemsnit ville udgiften ved de offentlige sygehuse reduceres med 15,6 pct. såfremt de alene kunne nedbringe liggetiden svarende til niveauet på de private sygehuse. Reduktionen spænder fra 60,0 pct. til 5,0 pct. af DRG-taksten på de forskellige behandlinger.

Forudsættes det endvidere, at den kortere liggetid medfører en tilsvarende reduktion i antal prøver, test mv., øges reduktionen i udgifterne ved af de offentlige sygehuse ved at behandle tilsvarende patienter som bliver behandlet ved de private sygehuse til 36,7 pct., svarende til et udgiftsniveau på 63,3 pct. af den offentlige DRG takst.

Denne tilgang kan bruges til at illustrere niveauet for referencetaksten. Alene vurderet på baggrund af, hvad tilsvarende patienter ville have kostet ved offentlige sygehuse, indikerer beregninger således et referencetakstniveau i størrelsesordenen 63-85 pct. af DRG taksten.

Gennemsnitsomkostninger fastlagt på baggrund af en 5 pct. fraktilmodel, vil således i ingen tilfælde være større end den rene sengetakst reduktion og i fire tilfælde af de her 32 udvalgte behandlinger, som er de behandlinger i top 20 for hhv. den ambulante og stationære behandling for hvilke, der forefindes DRG-takster. Opgøres omkostningerne på baggrund af en 25 pct. fraktilmodel, vil den i 5 tilfælde være højere end udgiftsniveauet ved den rene liggetidsreduktion. I 15 tilfælde vil omkostningen være højere end udgiftsniveauet, hvor der er korrigeret for både liggetid og færre ydelser, *jf. figur 6.4.*

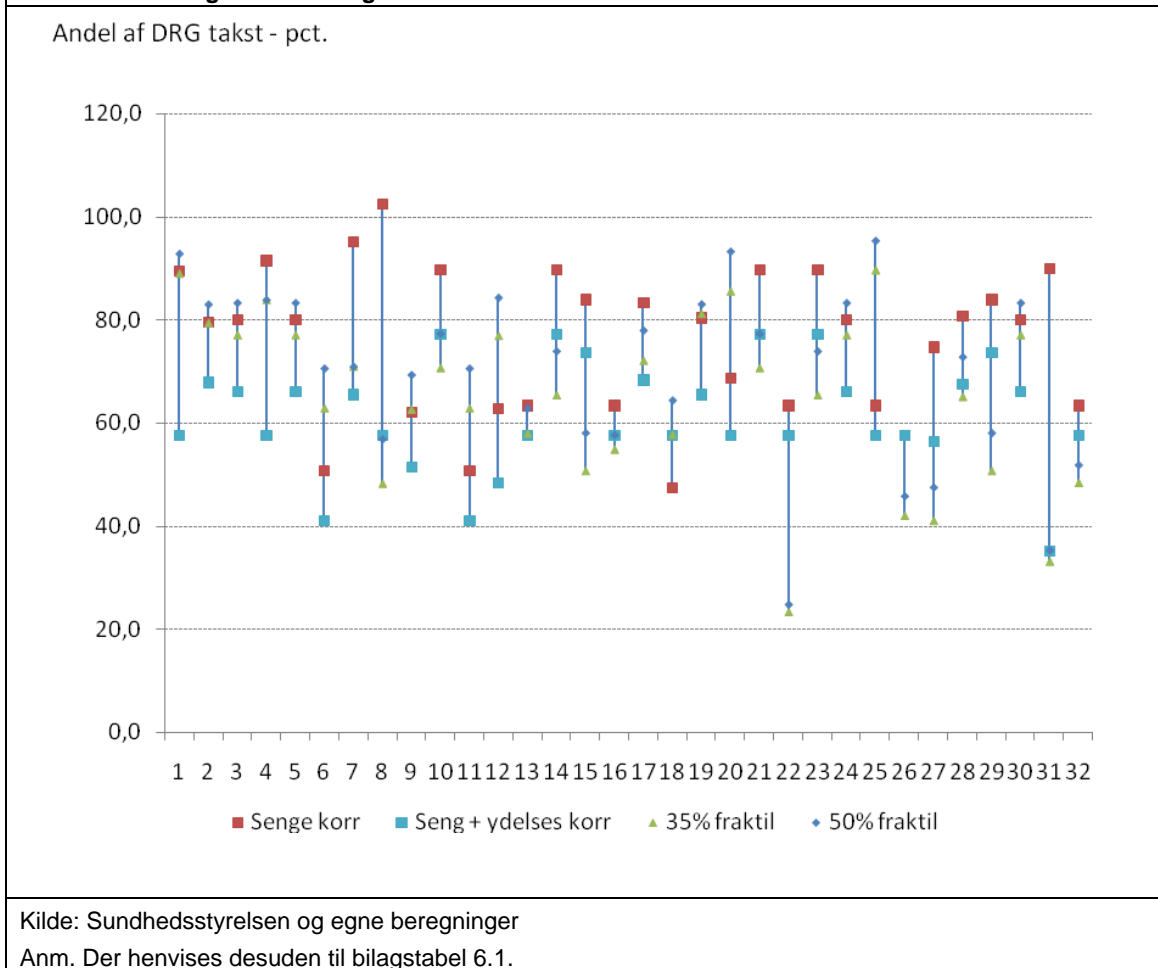
Figur 6.4. Udvalgte fraktile modeller i forhold til senge- og ydelseskorrektion af offentlige DRG takster



Omkostninger fastlagt på baggrund af en 35 pct. fraktilemodel, vil i 6 tilfælde fastlægge et niveau, der er større end den rene sengetakstreduktion, og i 15 af de her 32 udvalgte behandlinger, vil niveauet være højere end i opgørelsen, hvor der er korrigeret for såvel liggetid og færre ydelser. Der er således ikke væsentlig forskel mellem omkostninger fastlagt på baggrund af en 25 og en 35 pct. fraktilemodel.

Sammenlignes omkostninger fastlagt på baggrund af en 50 pct. fraktilemodel, vil omkostningerne i 14 tilfælde være højere end udgiftsniveauet ved den rene liggetidsreduktion. I 19 tilfælde vil omkostningen være højere end udgiftsniveauet, hvor der er korrigeret for såvel liggetid og færre ydelser, *jf. figur 6.5.*

Figur 6.5. Udvalgte fraktil modeller i forhold til senge- og ydelseskorrektion af offentlige DRG takster for 32 udvalgte behandlinger

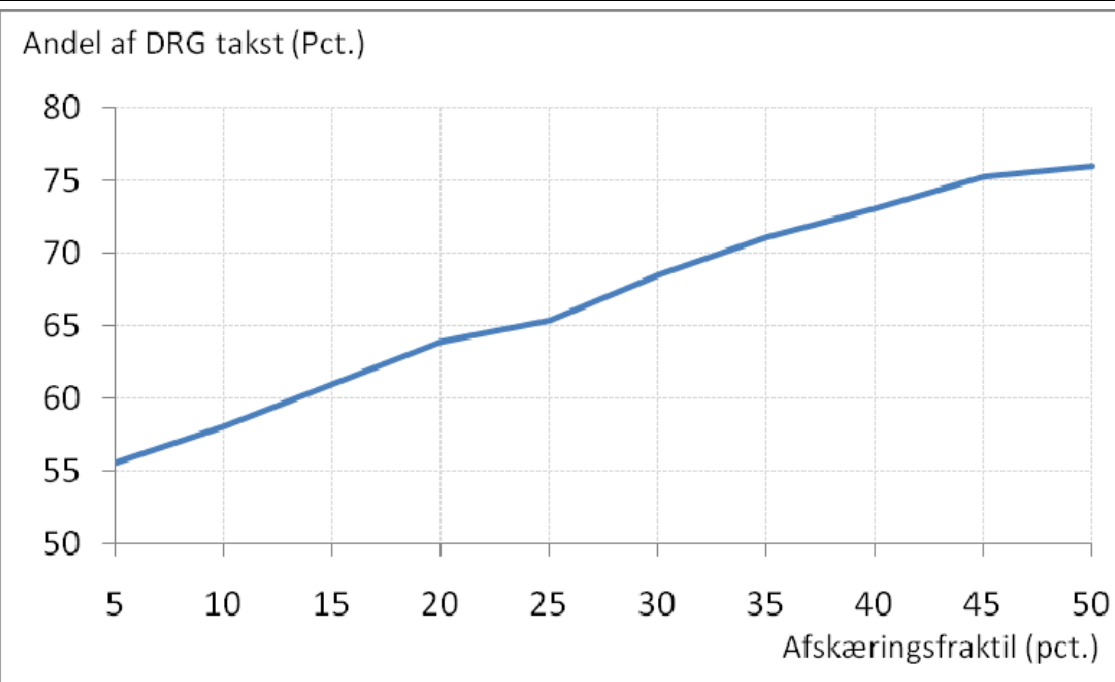


Dette indikerer samlet, at fraktilmodeller i intervallet 25-35 pct. i overvejende grad producerer omkostningsniveauer, der på den ene side er lavere end udgiftsniveauet, hvor der korrigeres for kortere liggetid og på den anden side giver det omkostningsniveauer, der i halvdelen af tilfældene er højere end udgiftsniveauet, hvor der såvel korrigeres for liggetid og ydelsesreduktion.

Samlet vurdering

Samlet vurderes, at der sikres den fornødne tyngde i takstfastsættelsen ved at anvende 25-35 pct.-fraktilen. Den gennemsnitlige referencetakst er godt 55 pct. af DRG taksten ved en beregning baseret på de 5 pct. billigste offentlige sygehuse, og er omtrentlig lineært stigende frem mod en referencetakst på ca. 76 pct. af den offentlige DRG, takst baseret på gennemsnittet af de 50 pct. billigste offentlige sygehuse. Det foreslåede interval på 25-35 pct. af de billigste offentlige sygehuse giver referencetakster på gennemsnitligt 65 til 72 pct. af DRG taksten, *jf. figur 6.8.*

Tabel 6.8. Afskæringsfraktilens betydning for referencetakstens andel af DRG.



Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

Med dette niveau svarende til gennemsnitligt 65-72 pct. af DRG-taksten vurderes der i tilstrækkelig grad taget højde for forskelle i rammevilkår mv., jf. også kapitel 5. Der er således med fokus på de billigste offentlige sygehuse til en vis grad er taget højde for nogle af de fordele, som det private har på rammevilkår, idet de billigste offentlige sygehuse alt andet lige 'ligner' de private aktører mere i forhold til parametre som specialisering og planlægning. Akutandelen hos de billige offentlige sygehuse adskiller sig dog ikke nævneværdigt fra gennemsnittet af alle sygehuse. Samtidig vil de offentlige sygehuse med lavste omkostninger fortsat have uddannelse og forskning, ligesom deres specialiseringsmuligheder og muligheder for at frasortere tunge/komplicerede patienter alt andet lige er mindre, end hvad der vil gælde de private sygehuse, jf. kapitel 5. Omvendt har de private meromkostningerne ved købsmoms, kapitalomkostninger og lønsumsafgift.

En ny model for afregning baseret på udmeldingen af referencetakster må forventes at føre til en reduktion af det gennemsnitlige takstniveau. Såfremt taksterne reduceres med 30-35 pct. i forhold til 2008-niveauet, da vil det skønsmæssigt frigøre i størrelsesordenen 300-350 mio. kr. årligt ved uændret aktivitetsniveau under det udvidede frie valg. Dette bør der tages højde for i afregningen mellem staten og regionerne, således at der fastholdes en overordnet sammenhæng mellem, hvad regionen betaler, og det finansieringsgrundlag, som staten stiller til rådighed for regionerne. Den ændrede afregning bør således tilknyttes en modsvarende lavere afregning fra staten. Dermed fastholdes overordnet set en sammenhæng med, hvad regionen betaler, og hvad den modtager fra staten.

6.3 Forhandlingsmodel i forhold til model med centralt fastsatte takster

Referencetakstmodellerne kan både benyttes som centralt fastsatte takster eller i en model, hvor referencetaksterne danner baggrund for forhandlinger om de endelige takster mellem Danske Regioner og de private sygehuse.

Centralt fastsatte takster

Centralt fastsatte referencetakster vil indebære, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse – i realiteten Sundhedsstyrelsen – melder taksterne ud på baggrund af beregninger af referencetaksterne, jf. kapitel 5. De private sygehuse har derfor mulighed for at indgå aftaler, hvor afregningsprisen vil være de udmeldte takster.

Centralt fastsatte takster forudsætter lovændring, da en central fastlæggelse ikke er forenelig med den nugældende lovgivnings krav om, at taksterne fastsættes ved en forhandling mellem Danske Regioner og de private sygehuse.

Fordelen ved centralt fastsatte takster vil være, at der fås et fuldt gennemsigtigt grundlag for vilkårene under det udvidede frie sygehusvalg.

Omvendt vil det fjerne muligheden for, at Danske Regioner og de private sygehuse via forhandling kan tage hensyn til særlige forhold, der i konkrete situationer kan begrunde fravigelse fra referencetaksterne.

Forhandlede takster

En model baseret på en forhandlet takst vil indebære, at referencetaksterne anvendes som udgangspunkt for forhandlinger mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Dette svarer til det nu (suspendede) aftalesystem, hvor udgangspunktet for forhandlingerne har været DRG-taksterne.

En sådan model vil være simpelt administrativt og lovgivningsmæssigt at implementere, idet den ikke forudsætter en lovændring.

Samtidig kan en forhandlingsbaseret model have den fordel, at systemet fortsat indeholder en fleksibilitet, der muliggør tilpasning til særlige forhold vedr. enkelte behandlingstyper eller andre forhold, der nødvendiggør, at der sker en særlig takstfastsættelse på et givent område.

Boks 6.2. Forhandlingsprocessens betydning for udmelding af referencetakster

Ved udmelding af referencetaksterne skal det sikres, at disse på bedst mulig måde inddrages i forhandlingerne om aftaler under det udvidede frie sygehusvalg mellem Danske Regioner og de private sygehuse.

Det suspendede aftaleregime under det udvidede frie sygehusvalg har hidtil været baseret på et-årige aftaler, der løber i kalenderåret. De seneste aftaler blev indgået i oktober 2007 med virkning fra 1. januar 2008 og med udløb den 31. december 2008. Forhandlingerne tager dermed udgangspunkt i DRG-takster, der er meldt ud i foråret 2007.

Et forhandlingsforløb for aftaler under det udvidede frie sygehusvalg for 2010 med inddragelse af referencetakster vil kunne forløbe som vist i nedenstående tabel:

Foråret 2009	Udmelding af DRG-takster for 2009 på baggrund af omkostningsopgørelser for 2007 og 2008
Efteråret 2009	Beregning og udmelding af referencetakst for 2010. Forhandlinger om DUF-aftaler på baggrund heraf.
1. januar 2010	DUF-aftaler for 2010 træder i kraft.
Forår 2010	Udmelding af DRG-takster for 2010 på baggrund af omkostningsopgørelser for 2008 og 2009

Efteråret 2010	Udmelding af referencetakster for 2011. Forhandling om DUF-aftaler for 2011 på baggrund heraf.
31. december 2010	DUF-aftaler for 2010 udløber
1. januar 2011	DUF-aftaler for 2011 træder i kraft.

Det præcise udmeldingstidspunkt for referencetaksterne vil afhænge af, hvornår DUF-aftalerne forhandles. Danske Regioner har meddelt, at forhandlingerne med de private sygehuse genoptages omkring påske med henblik på, at nye aftaler kan indgås inden suspensionsperiodens udløb den 31. juni 2009. Det er uklart, hvorvidt dette tidspunkt vil danne præcedens for de efterfølgende år.

Samtidig er længden af de indgåede aftaler afgørende for forhandlingsforløbet og –tidspunktet. Det er endnu uklart, hvorvidt der fortsat vil blive indgået et-årige aftaler, idet de hidtidige aftaler kan være af for kort varighed i forhold til det arbejde, forhandlingsprocessen medfører. Såfremt der indgås længerevarende aftaler vil det have betydning for udmeldingen af referencetaksterne, idet to-årige aftaler ikke gør det muligt at tilpasse de årlige ændringer i referencetaksterne. Ved to-årige aftaler vil der dermed være en risiko for, at aftaletaksten og referencetaksten ikke stemmer overens. Det kan derfor overvejes, om der i aftalerne kan indføres en ventil, der sikrer en genforhandling eller ophævelse af aftalen såfremt der sker væsentlige ændringer i referencetaksten.

Ulempen ved modellen vil være en manglende sikkerhed for en reduktion af taksterne, der aftales mellem Danske Regioner og de private sygehuse. Forhandlingsmodellen indebærer dermed et vist tab af kontrol over takstfastsættelsen i forhold til centralt fastsatte takster, hvilket skaber en usikkerhed omkring reduktionen af taksterne i forhold til de hidtidige takster under det udvidede frie sygehusvalg.

Desuden kan det lavere takst-udgangspunkt for forhandlingerne indebære en reduktion af de private sygehuses incitament til at indgå aftaler, da udgangspunktet for forhandlingerne alt andet lige vil være, at der skal indgås aftaler til lavere takster end dem, der har været gældende inden suspensionsperiodens ikrafttræden. Dette kan medføre en reduktion i antallet aftaler, idet nogle af de private sygehuse kan få vanskeligheder ved at drive en lønsom forretning.

Samlet vurderes det, at opretholdelsen af den nuværende forhandlingsmodel er den mest hensigtsmæssige løsning, både i forhold til lovgivning og fleksibilitet i takstfastsættelsen.

6.3.1. Opfølgning

En væsentlig forudsætning for, at der kan opnås bedre forhandlingsresultater end under det hidtidige forhandlingsregime, vil være, at regionerne anvender den information, som referencetaksterne indeholder, aktivt i forhandlingerne med de private sygehuse, med henblik på at fastholde nogle af de gevinster, der er opnået under suspensionsperioden.

Når regionerne har indgået aftaler med de private sygehuse og således fastlagt takstniveauerne, vil det være væsentligt med en løbende opfølgning på de indgåede aftaler for at samle op på situationer, hvor der senere måtte vise sig eventuelle skævheder i de aftalte takster. Dette behov vil være større, jo længere aftaleperioden er. Hvis aftaleperioden fx er af 2-3 års varighed, da kan der opstå en skævhed i taksterne, hvis de underliggende omkostninger ændrer sig fx. pga. ny produktionsteknologi og dermed slår igennem som en lavere DRG-takst på den pågældende behandling i de(t) følgende år.

Det samme vil gøre sig gældende, hvis DRG-taksterne ændrer sig kraftigt mellem to år, fordi DRG-taksten i udgangspunktet har været sat for højt på grund af en ukorrekt fordeling af omkostningerne. Denne problemstilling svarer fx til det eksempel med fedmekirurgi.

Baggrunden for denne problemstilling var en upræcis fordeling af omkostningerne i DRG-systemet, som i udgangspunktet tillagde fedmekirurgien en for høj pris. Denne problemstilling løses kun delvist med anvendelsen af referencetaksterne, idet referencetaksterne er fastlagt på baggrund af DRG-systemet og således også vil blive påvirket af en skæv fordeling, som det er tilfældet med den nuværende model. Alt andet lige vil det dog være således, at de eventuelle problemer i udgangspunktet vil blive nedskaleret, fordi referencetaksterne er en del lavere end DRG-taksten.

Som led i økonomiaftalen 2009 mellem regeringen og Danske Regioner pågår der et serviceeftersyn af det offentlige DRG-system, som kan forventes at munde ud i initiativer til forbedringer af DRG-systemet, som kan mindske risikoen for store skævheder i DRG-systemet og således give mere præcise DRG-takster end i dag.

Uanset ovennævnte vil der fortsat være en risiko for eventuelle skævheder i DRG-taksterne. Denne risiko kan eksempelvis imødegås ved at indbygge "sikkerhedsventiler" i aftalerne, fx. knæktakster, således at afregningstaksten reduceres, hvis aktiviteten overstiger et vist niveau, eller en mulighed for at opsige aftalen med forkortet varsel, hvis der sker væsentlige forskydninger i forhold til det udgangspunkt aftalen er indgået på. Regionerne kan også sigte efter, at der som fast rutine tages initiativ til at gennemføre ABC-analyser på områder, hvor der er mistanke om, at DRG-systemet og dermed også referencetaksterne kan indebære en væsentlig skævhed i forhold til de faktiske omkostninger for bestemte typer af behandlinger.

Det er i den forbindelse tidligere fremhævet som et problem at opsige enkeltaftaler, fordi aftalerne er indgået som et samlet hele, således at opsigelse af én problematisk delaftale ville føre til automatisk opsigelse af øvrige delaftaler, hvor taksterne var på et hensigtsmæssigt niveau. Det bør i fremtidige aftaler undgås at indbygge en sådan gensidig afhængighed med øvrige aftaler på den måde, som det hidtil har været tilfældet. Det kan fx. ske ved at indbygge forbehold i aftalerne, der i tilfælde af væsentlige omsætningsstigninger samt fejl og/eller væsentlige forskydninger i DRG-taksterne fra ét år til et andet giver mulighed for at opsige og genforhandle enkeltaftaler, uden at det samtidig får den afledte konsekvens, at øvrige aftaler opsiges.

6.3.2. Takstfastsættelse ved manglende enighed mellem parterne

Såfremt der ikke kan opnås enighed mellem Danske Regioner og de private sygehuse vil det efter gældende lovgivning være således, at ministeren for sundhed og forebyggelse kan anmodes om at fastsætte vilkårene, såfremt de private sygehuse anmoder herom.

Dette giver mulighed for, at det signaleres til parterne, at manglende enighed om taksterne vil føre til, at referencetaksterne vil blive brugt fra centralt hold til fastsættelsen af taksten.

Konkret kan dette ske ved, at ministeren for sundhed og forebyggelse skriver til Folketingets Sundhedsudvalg og orienterer om, at Sundhedsstyrelsen vil offentliggøre referencetakster baseret på DRG-systemet med henblik på, at referencetaksterne skal udgøre udgangspunktet for forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse.

Det kan i den forbindelse slås fast, at der i tilfælde af, at parterne ikke kan nå til enighed om taksterne, da vil ministerens fastsættelse af taksterne ske med udgangspunkt i de udmeldte referencetakster for forhandlingerne. Herved kan det tydeligt signaleres over for de private sygehuse, at risikoen ved at kræve for høje priser i forbindelse med en forhandling vil være, at taksterne fastsættes på referencetakstniveauet.

Bilagstabel 6.1. Referencetakster for udvalgte behandlinger

DRG_navn	Fraktil afskæring						
	off DRG takst	25		30		35	
		Takst	Andel	Takst	Andel	Takst	Andel
Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand *	15.413	3.427	22%	3.439	22%	3.588	23%
Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi *	5.079	2.053	40%	2.053	40%	2.130	42%
Øjenlægsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi *	5.803	2.421	42%	2.482	43%	2.804	48%
Kliniske undersøgelser og behandling af medicinsk/neurologiske øjnelidelser og øjenskader, der ikke involverer operationsstue eller laserrum *	1.611	1.261	78%	1.399	87%	1.443	90%
Operationer på hoved og hals, kategori 3	10.309	7.949	77%	8.109	79%	8.356	81%
Operationer på øre, kategori 1 *	23.242	11.875	51%	12.788	55%	13.457	58%
Operationer på næse, kategori 1 *	32.467	18.540	57%	19.492	60%	20.381	63%
Fjernelse af galdeblære (laparoskopi)	22.009	15.420	70%	15.791	72%	15.843	72%
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, kompliceret	159.228	102.159	64%	102.159	64%	112.859	71%
Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret	38.176	27.387	72%	29.705	78%	30.275	79%
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet, ukompliceret *	20.242	6.604	33%	8.191	40%	8.290	41%
Enkeltsidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	70.447	51.107	73%	52.709	75%	54.219	77%
Enkeltsidig indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	57.857	49.433	85%	49.433	85%	49.433	85%
Andre operationer i knæ eller underben	10.076	6.033	60%	6.380	63%	7.110	71%
Andre operationer i skulder eller overarm	13.900	7.175	52%	7.652	55%	9.077	65%
Andre operationer i hånd eller håndled	13.755	5.849	43%	6.261	46%	6.964	51%
Andre operationer i ankel eller fod	13.866	8.099	58%	8.652	62%	9.012	65%
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	110.969	98.651	89%	98.651	89%	98.651	89%
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	32.467	18.540	57%	19.492	60%	20.381	63%
Operationer for adipositas	49.030	37.956	77%	40.738	83%	41.086	84%
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	38.306	20.378	53%	22.088	58%	22.088	58%
Operationer gennem urinrør på prostata	23.501	16.621	71%	18.050	77%	18.050	77%
Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	8.851	2.698	30%	2.819	32%	2.926	33%
Incision på/og laser behandling af prostata *	23.004	12.370	54%	12.489	54%	12.602	55%
Standard gynækologisk indgreb	26.764	15.161	57%	15.903	59%	16.743	63%
Rehabilitering	97.245	39.013	40%	44.554	46%	46.847	48%

*) Der tages forbehold for endelig validering og fastlæggelse af Sundhedsstyrelsen

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

7. Øget brug af udbud

7.1. Indledning og sammenfatning

Kapitlet fokuserer på mulighederne for at øge brugen af strategisk udbud i sygehusvæsenet generelt.

Det overordnede sigte med at anvende udbud som instrument til fastlæggelse af priser er det samme som i forhold til modellerne for privat DRG, nemlig at sikre mest mulig sundhed for de penge, der politisk prioriteres til det offentligt finansierede sundhedstilbud. Det er vurderingen, at der på konkurrenceegnede behandlingsområder er potentiale for at høste økonomiske gevinster ved udbud. Mulighederne for at høste økonomiske gevinster vurderes særligt at gælde i forhold til områder, hvor der er mange potentielle leverandører, og hvor ydelserne er lette at specificere mv. Det vil formentlig især gælde væsentlige dele af den planlagte kirurgi på basisniveau.

Udgangspunktet er, at regionernes erhvervede resultater vedr. udbud i suspensionsperioden taler for, at der eventuelt ligger et uudnyttet potentiale ved udbud på sygehusområdet. Øget udbud på udvalgte og strategisk "kloge" områder kan derfor bidrage til en forbedret anvendelse af ressourcerne. Det er dog vigtigt i forbindelse med konkurrenceudsættelse i sygehussektoren, at der tages højde for markedets sammensætning og specielle karakter. Det er centralt, at regionerne ved øget brug af udbud tænker strategisk og langsigtet for ikke at ende i en situation uden et reelt marked og dermed for høje priser. Det vil bidrage til et mere efficient marked og dermed undgås, at vinderen/vinderne af udbuddet opnår en dominerende rolle, der på sigt svækker konkurrenceevnen på markedet og forøger priserne.

Én model kan være at fastsætte en andel af den samlede omsætning på sygehusene, der skal konkurrenceudsættes gennem udbud. Med fastsættelse af et konkret krav til konkurrenceudsættelse af en bestemt andel af sygehusopgaverne, sendes et klart signal om, at konkurrencen på sygehusområdet skal styrkes. Kravet vil løbende kunne tilpasses i takt med, at grundlaget for at konkurrenceudsætte en større eller mindre del af opgaverne ændres, f.eks. på grund af udvikling i behandlingsteknologien eller et stigende antal aktører på markedet. Kravet kan fastsættes som et samlet krav til regionerne eller som et krav, som regionerne enkeltvist skal leve op til. Med denne model vil det fortsat som i dag være regionerne, der selvstændigt beslutter, hvilke behandlinger, der skal sendes i udbud. Den eneste forskel i forhold til i dag vil være, at der opstilles et politisk krav til, hvor meget de skal konkurrenceudsætte.

Én anden model kan være, at der i forbindelse med økonomiaftalen med regionerne angives en gensidig hensigtserklæring om øget brug af strategiske udbud på sygehusområdet generelt. En sådan hensigtserklæring med tilhørende specifikke elementer til brug for etableringen af øget udbud vil således kunne følges op i fremtidige økonomiaftaler. I forbindelse med en hensigtserklæring for øget udbud kan regionerne som krav og som en del af udbudspolitikken selv opstille specifikke mål for konkurrenceudsættelsen og udarbejde en strategi for opnåelsen heraf. Med en hensigtserklæring og krav om indarbejdelse af en specifik udbudspolitik er det hensigten at forankre regionerne og skabe en mere struktureret ramme om regionernes udbudsanvendelse.

7.2. Udbud af sygehusbehandling

Sundhedslovgivningen begrænser ikke regionernes mulighed for at indgå aftaler med private leverandører om levering af sygehusbehandling, herunder også for aktivitet, der ikke er omfattet af reglerne for det udvidede frie sygehusvalg eller reglerne for inddragelsen af private sygehuse under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg.

Indgåelse af aftale mellem en offentlig bestiller og en privat leverandør kan ske efter afholdelsen af en udbudsrunde. Dette indebærer, at den finansierende tredjepart sætter en behandlingskontrakt i udbud. De private sygehuse kan herefter konkurrere om at vinde kontrakten. Dette kan eksempelvis indebære en garanti for en given mængde aktivitet eller forpligtelsen til at varetage den pågældende behandlingsform i en nærmere fastsat tidsperiode. Via udbud kan der opnås en markedsfastsat pris, der afspejler de forpligtelser, der knytter sig til den udbudte opgave.

7.2.1 Regler for udbud

En region kan som nævnt indgå overenskomst med eller på anden måde benytte private institutioner som led i løsningen af sine sygehusopgaver, jf. sundhedsloven § 75, stk. 2. En region kan således indgå aftaler om køb af sygehusbehandling hos private sygehuse, klinikker m.v. i ind- og udland. To eller flere regioner vil også kunne gå sammen om at indgå sådanne aftaler. Aftaler med private sygehuse må imidlertid i alle tilfælde ske under iagttagelse af udbudsreglerne.

Regionernes indkøb af sygehusbehandlinger er omfattet af udbudsdirektivets bilag II B (jf. nedenfor), hvilket betyder, at de ikke skal i egentlige udbud, men at udgangspunktet er, at alene udbudsdirektivets artikel 23 om tekniske specifikationer og artikel 35, stk. 4, om offentliggørelse af kontraktens indgåelse skal iagttages.

Bilag B ydelser

Sundhedsydelser hører til de såkaldte Bilag B-ydelser, som offentlige myndigheder ikke er forpligtet til at sætte i udbud, jf. bilag II b til udbudsdirektivet. Ved udbud af Bilag B ydelser skal den offentlige myndighed dog selvsagt respektere EF-traktatens principper. Myndigheden skal endvidere følge direktivernes bestemmelser om, hvordan en udbudt opgave skal beskrives og foretage indberetning vedr. indgåede kontrakter.

Tilbudsgivere skal alene bedømmes på baggrund af de på forhånd fastsatte objektive kriterier og have lige adgang til information, herunder skal alle spørgsmål og svar mellem udbyder og tilbudsgiver være i skriftlig form og sendes til alle tilbudsgivere.

Der gælder annonceringspligt for udbud, men det er uklart, hvor vidtrækkende denne pligt er, f.eks. i forhold til at annoncere eventuelle udbud i udlandet, jf. boks 7.1

Boks 7.1. Regler om udbud af Bilag B ydelser.

Bilag B-ydelser er de ydelser, der er opført i bilag II b til udbudsdirektivet.

Bilaget omfatter ydelser som: hotel- og restaurationsvirksomhed, jernbanetransport, juridiske tjenesteydelser, personaleudvælgelse, efterforsknings og sikkerhedstjenesteydelser, undervisning, sundheds- og sociale ydelser, fritids-, sports- og kulturelle aktiviteter. I bilaget henvises til ydelsernes præcise CPV koder (dvs. nomenklaturer, som er udviklet med henblik på at kunne identificere varer og ydelser).

Udbud af bilag B-ydelser er undtaget fra udbudsdirektivets detaljerede procedureforskrifter. Det betyder navnlig, at en udbyder ikke vil være forpligtet til at anvende en bestemt udbudsform, til at offentliggøre

udbuddet i EU-Tidende eller til at iagttage bestemte frister.

Udbud af en bilag B-ydelse skal respektere EF-traktatens principper, navnlig principperne om gennemsigtighed, ligebehandling og proportionalitet (jf. bilag). Derudover gælder for ydelser af denne karakter direktivernes bestemmelser om, hvorledes en udbud opgave skal beskrives i form af tekniske specifikationer, og om indberetning af indgåede kontrakter.

Det er endnu ikke afklaret i praksis, hvilke præcise forpligtelser EF-Traktatens gennemsigtighedsprincip indebærer i forhold til offentlige kontrakter. Det er navnlig uklart, om der eksisterer en forpligtelse til forudgående at annoncere – det være sig internationalt, nationalt eller lokalt - med henblik på en form for udbud af opgaven, eller om en offentlig ordregiver i nogle tilfælde kan indgå aftale ved blot at henvende sig til enkelte eller en enkelt aktør på markedet. Disse spørgsmål er rejst for EF-Domstolen i en række sager, som verserer for øjeblikket.

Konkurrencestyrelsen anbefaler, at udbud af bilag B-ydelser annonceres i et eller flere medier, der dækker markedet, eksempelvis i UdbudsAvisen.

Kilde: Konkurrencestyrelsen: <http://www.ks.dk/udbudsomradet/spoergsmaal-amp-svar/>

Det vil i forbindelse med udbuddet f.eks. være muligt at stille krav om, at sygehusydelserne skal produceres i Danmark eller sikre borgerne behandling indenfor en vis maksimal afstand fra deres bopæl. Disse krav må dog ikke være udformet på en sådan måde, at de sigter på at forhindre udenlandske leverandører i at få fodfæste på det danske marked.

Eksempler på generelle udbud

Regionerne har kun i begrænset omfang benyttet sig af muligheden for at sende den generelle sygehusaktivitet i udbud. Et eksempel er dog Region Midtjyllands aftale med det svenske firma Capio om leveringen af op til 25.000 mammografiscreeninger, jf. boks 7.2.

Boks 7.2. Udbud af generel sygehusaktivitet i Region Midtjylland

Region Midtjylland indgik i januar 2008 aftale med det svenske selskab Capio Diagnostik om leveringen af op til 25.000 mammografiscreeninger. Aftalen blev indgået efter afholdelsen af et EU-udbud.

Kontrakten indebærer, at Capio Diagnostik etablerer en screeningsenhed med 3 mammografiapparater ved det nedlagte Kjellerup Sygehus i Region Midtjylland. Samtidig står Capio for at sikre tilstrækkeligt personale til løsningen af opgaven.

Ifølge regionen har man gennem udbuddet opnået en pris pr. undersøgelse svarende til halvdelen af den offentlige DRG-takst.

Kilde: Region Midtjylland

7.3 Betingelser for effektiv konkurrence og anvendelse af udbud på sygehusydelser

Et marked med fri konkurrence og uden markedsfejl sikrer normalt en effektiv anvendelse af ressourcerne. Den økonomiske fordel ved udbud består dels af den direkte besparelse, der opnås på den udbudte aktivitet, dels af den potentielle gevinst, der fremkommer ved, at de offentlige sygehuse forbedrer sig for at ruste sig bedre til konkurrenceudsættelse og til selv at indgå som eventuel leverandør i anden region. En væsentlig fordel ved udbud er desuden, at det kan medvirke til en større grad af gennemsigtighed omkring priserne, hvilket bl.a. kan nyttiggøres i forhold til forhandlingerne om taksterne under det udvidede frie valg.

Sundhedsområdet er imidlertid karakteriseret ved en række særlige forhold, herunder markedsbrister, som for store dele af sygehusvæsenets ydelser udelukker fri konkurrence. For visse af sygehusvæsenets ydelser er markedsfejlene dog af mere begrænset omfang, og for disse ydelser kan der potentielt opnås gevinster ved et etablere konkurrence mellem forskellige udbydere gennem markedslignende mekanismer, f.eks. udbud.

Formålet med at øge anvendelsen af udbud i sundhedsvæsenet vil dermed være, at der i højere grad indhøstes de fordele, som udbud kan medføre via konkurrenceudsættelsen af offentlige sygehuse på udvalgte områder. Suspensionsperiodens erfaringer med udbud af sygehusbehandlinger viser, at det under de rette forudsætninger og vilkår er muligt at opnå afregningspriser, der ligger en del under taksterne i aftalerne under det udvidede frie sygehusvalg, jf. kapitel 2 og 3.

I det følgende søges det at indkredse områder, hvor markedslignende mekanismer kan overvejes for derefter gennem at opnå bedre ressourceanvendelse.

7.3.1. Betingelser for effektiv konkurrence vedr. sygehusydelser - tre kriterier

Det Rådgivende Udvalg på sundhedsområdet skitserede i sin endelige rapport fra 2003 tre forskellige kriterier for, hvornår en sundhedsydelse kan overvejes konkurrenceudsat.

Det første kriterium er, at det er muligt at specificere ydelsen kontraktligt. I en kontrakt mellem bestiller og leverandør skal det således nøje kunne beskrives, hvad der skal leveres, og hvornår leverancen skal finde sted. Dette taler for, at mulighederne for og således også gevinsterne ved konkurrenceudsættelse vil være størst på behandlingsområder med klart definerede ydelser og med en begrænset risiko for indikations-skred. Vanskeligheder ved at definere og specificere en ydelse vil stille større krav til overvågning og dokumentation, hvilket vil øge omkostningerne ved at gennemføre et udbud.

I kravet om, at ydelsen skal kunne specificeres kontraktligt ligger også en forudsætning om, at der sker en specifikation af den ønskede kvalitet af ydelser, og at køberen i øvrigt sikrer sig, at leverandøren lever op til de krav herom, der fastsættes i kontrakten. Det vil normalt også indebære, at køberen skal specificere, hvad der sker, hvis der ikke leveres som forudsat. Dette indebærer, at der skal være sanktionsmuligheder, såfremt kvaliteten af leverancerne ikke lever op til det aftalte.

Det andet kriterium er, at der skal være tilstrækkeligt mange leverandører til at skabe en reel konkurrencesituation. Det Rådgivende Udvalg pegede på, at antallet af potentielle leverandører potentielt vil være betinget af:

- Hvorvidt der er høje eller lave kapitalomkostninger forbundet med produktionen. Hvis der er høje kapitalomkostninger vil nye leverandører have vanskeligt ved at komme ind på markedet, hvilket gør det vanskeligere at opnå konkurrence.
- Om ydelserne er forbundet med entydige stordriftsfordele, da det vil føre til en koncentration af opgaverne hos få leverandører.
- Hvor hyppigt forekommende behandlingen er, da en tilstrækkelig kvalitet forudsætter et vist patientunderlag for hver leverandør.

Udbud indebærer, at løsningen af de udbudte opgaver koncentrerer hos få udbydere i en periode. I forbindelse med udbud vil det derfor være af væsentlig betydning at sikre sig, at udbuddet af opgaven ikke fører til, at vinderen/vinderne af udbuddet mere langsigtet opnår en dominerende position på markedet, der fremadrettet svækker konkurrencen. Dette problem kan f.eks. gøre sig gældende, hvis der er væsentlige adgangsbarrierer for nye leverandører pga. høje kapitalkrav. Det må forventes, at det potentielle antal leverandører vil være størst ved mindre komplicerede typer af behandlinger, da dette i mindre omfang

stiller krav til investeringer i apparatur og til specialistviden. Omvendt vil det være sådan, at jo mere kompliceret en behandling er, jo større vil investeringen i bl.a. uddannelse og behovet for produktionsspecifik viden være, og desto færre aktører vil der være basis for.

Store dele af sygehusproduktionen er netop karakteriseret ved produktionsspecifik viden, som vanskeliggør effektiv konkurrence mellem udbydere. Det må forventes, at det potentielle antal leverandører vil være størst ved mindre komplicerede typer af behandlinger, da dette i mindre omfang stiller krav til investeringer i apparatur og til specialistviden.

Det tredje kriterium vedrører forsyningssikkerhed overfor at der skal være en lukningstrussel eller i hvert fald en omkostning for de leverandører, der ikke klarer sig godt, dvs. konkurrencen skal være effektiv nok til at sortere virksomheder fra, der ikke anstrenger sig.

Herudover kan der peges på, at et udbud vil være mest effektivt i de tilfælde, hvor leverandøren kan garanteres betaling for en vis mængde af behandlinger. Her må det igen forventes, at "forsyningssikkerheden" vil være mest stabil ved relativt enkle behandlingstyper, da patientgrundlaget her vil være størst.

I overvejelserne af konkurrenceudsætning og gevinsterne heraf er det afgørende, at disse tre kriterier adresseres. De ovenstående centrale forhold *skal* være til stede i sundhedsvæsenet for, at øget konkurrence mellem leverandører er hensigtsmæssig.

7.3.2. Effektiv anvendelse af udbud af sygehusedydelser – udbudsrelevante behandlingsområder

Anvendelse af udbud kan under de rigtige betingelser og i de rette rammer bidrage til en styrket konkurrence og dermed effektiv ressourceanvendelse.

Relevante områder med mulighed for konkurrenceudsættelse

Det rådgivende udvalg på sundhedsområdet pegede i sin rapport fra 2003 bl.a. på, at anvendelse af udbud *ikke* vil være velegnet i forhold til komplicerede ydelser med få leverandører, da det kunne føre til en fastlåsnings af markedet, herunder fordi store investeringer i produktionsapparat m.v. gør det omkostningsfuldt for bestilleren at skifte leverandør. Det rådgivende udvalg pegede samtidig på, at store dele af sygehusenes aktivitet er karakteriseret ved betydelige krav til samling af kapital og viden, hvilket trækker i retning af, at der kun vil være få leverandører, der kan rejse den fornødne kapital og viden til at varetage et bredt udsnit af sygehusopgaver. Det gælder f.eks. i forhold til den højtspecialiserede behandling. Få leverandører vil resultere i markedssvigt med hensyn til både udbud og pris.

De tre kriterier, som er beskrevet i afsnit 7.3.1., indebærer, at mulighederne for konkurrence må vurderes som større på det kirurgiske område end det medicinske område, idet indholdet af den kirurgiske behandling ofte vil kunne specificeres mere entydigt på forhånd end behandlingen af en medicinsk patient. Samtidig er det objektivt set ofte lettere at følge op på, om den forudsatte behandling i det konkrete tilfælde er leveret end i forhold til en medicinsk patient. Det ligger desuden i sagens natur, at kriteriet om at kunne specificere ydelserne i højere grad vil være opfyldt i forhold til planlagte end akutte patienter. I fremtidens sygehusstruktur vil modtagelsen af akutte patienter på specialiseret niveau blive samlet på ca. 20 fælles akutmodtagelser på offentlige sygehuse af hensyn til sikring af kvaliteten og et tilstrækkeligt patientunderlag. Det taler i retning af, at det vil være vanskeligt at foretage udbud af denne del af aktiviteten.

Disse overvejelser fører frem til, at mulighederne for at sikre en effektiv konkurrence især vil være til stede i forhold til den planlagte kirurgi på basisniveau, hvilket stemmer overens med Det Rådgivende Udvalgs konklusion. Udvalget opgjorde samtidig den planlagte kirurgiske aktivitet til ca. 13 pct. af den totale sygehusudgift i 2001 uden at dette dog skulle ses som en præcis angivelse af potentialet for konkurrenceud-

sættelse, men nærmere ment til at kvalificere diskussionen af konkurrenceudsættelse på området samt give et realistisk billede af den del, der kunne tænkes egnet hertil, jf. boks 7.3.

Boks 7.3. Det rådgivende udvalg på sundhedsområdet - vurdering af potentiale for udbud.

"Betingelser for konkurrence vil umiddelbart være mest tilstede for de planlagte, kirurgiske (basis)operationer, som er mindre udstyrskrævende, og hvor der er et tilpas stort antal behandlinger. Lave kapitalomkostninger vil desuden gøre det relativt let for nye udbydere at få adgang til markedet. Samtidig vil der ofte være tale om ydelser, som er lette at afgrænse, og derfor velegnede at lægge ud i konkurrence mellem forskellige udbydere.

På hovedparten af de offentlige sygehuse skal akut og elektiv kirurgi dog ses i sammenhæng. Områderne kan godt organiseres adskilt, men hensynet til den samlede udnyttelse af (især) speciallægerne og uddannelsesforpligtelser gør, at det ofte alligevel skal ses i sammenhæng.

Af den planlagte aktivitet udgør den kirurgiske del 37 pct. svarende til ca. 13 pct. af den totale sygehusudgift. Denne opdeling er ikke et facit for at opgøre konkurrencepotentialet og alene ment til at kvalificere diskussionen samt give et realistisk billede af, hvor stor en del af aktiviteten på sygehuse, der kunne tænkes egnet til konkurrenceudsættelse.

Der er imidlertid ikke tale om en fast opdeling, og der er formentlig en række "objektive" tendenser – f.eks. billigere teknologi, udvikling af leverandørmarkeder, bedre overvågningssystemer (DRG) mv. – der vil reducere transaktionsomkostningerne og øge mulighederne for konkurrence mellem sygehuse...

Operationer på hjerteområdet og for grå stær er eksempler på områder, hvor den teknologiske udvikling mv. har givet grundlag for behandling af flere patienter og dermed for flere udbydere.

Udviklingen af nye, billigere og mere skånsomme behandlingsmetoder for grå stær har over de seneste godt ti år medført en betydelig stigning i behandlingsomfanget. Samtidig er kapitalomkostningerne reduceret til et niveau, som har skabt rum til mange små udbydere. Grå stær operationer udføres således i dag i stort omfang hos privatpraktiserende privatlæger. Mangfoldigheden af udbydere indebærer samtidig en mere reel lukningstrussel, idet lokal forsyningsikkerhed er mindre vigtig på et område som dette, hvor behandlingerne generelt ikke foretages akut."

Kilde: Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg: "Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer", p. 77, januar 2003.

Aktivitet i 2008

I 2008 kan produktionsværdien vedr. planlagt kirurgi (højtspecialiseret og specialiseret) opgøres til ca. 10,6 mia. kr. svarende til 23,9 pct. af de samlede sygehusudgifter. Den planlagte ambulante kirurgi udgjorde 5,6 mia. kr., dvs. at godt halvdelen af den planlagte kirurgiske aktivitet foregår ambulant. jf. tabel 7.1. Det vurderes primært at være inden for disse dele af sygehusenes aktiviteter, at udbud er relevant, jf. ovenfor.

Tabel 7.1. Fordeling af ambulans og stationær behandling i 2008

	Mia. kr.			Pct.		
	Ambulant	Stationær	i alt	Ambulant	Stationær	i alt
Akut	1,5	19,5	21,0	3,4	44,0	47,4
Kirurgisk	0,8	7,4	8,3	1,8	16,7	18,7
Medicinsk	0,1	10,3	10,4	0,2	23,3	23,5
Øvrige	0,6	1,8	2,4	1,4	4,1	5,4
Ikke akut	15,4	7,9	23,3	34,8	17,8	52,6
Kirurgisk	5,6	5,0	10,6	12,6	11,3	23,9
Medicinsk	8,1	1,9	10,0	18,3	4,3	22,6
Øvrige	1,7	1,0	2,8	3,8	2,3	6,3
I alt	16,9	27,4	44,3	38,1	61,9	100,0

Kilde: Sundhedsstyrelsen og egne beregninger

Dertil kommer, at konkurrenceudsættelse indenfor enkelte plejekrævende behandlingstyper på linje med f.eks. eksisterende ordninger vedr. selvejende hospicer, ligeledes kan være relevant, idet kompliceret eller dyr teknologi ikke nødvendigvis er forbundet hermed. Plejekrævende behandling efterspørges dog ofte i lokalområdet, hvilket betyder, at konkurrenceudsættelsen på området er mest relevant i koncentrerede befolkningsområder.

7.3.3. Antallet af private leverandører

Analyserne i kapitel 4 viser, at der for 15 af de 20 ambulante behandlinger med størst offentlig finansieret aktivitet hos private leverandører, var mindst 10 private leverandører for hver behandling. For 7 ud af disse 20 behandlinger stod den største private leverandør dog for 50-90 pct. af den offentligt finansierede private aktivitet. Flere af disse leverandører leverer tilmed ambulans behandling på områder med en privat markedsandel på over 70 pct. samlet set (f.eks. operationer i hånd og håndled), jf. kapitel 4.3.

Konkurrencesituationen er dog ikke alene betinget af antallet af private leverandører, men også af antallet af offentlige leverandører. Ser man på offentlige og private leverandører som helhed kan det konstateres, at der inden for hver af de 20 DRG-grupper mindst er 12 leverandører, jf. kapitel 4. På det ambulante område er der således et bredt udsnit af leverandører inden for de 20 DRG-grupper, hvor den offentligt finansieret private aktivitet er størst.

For de stationære behandlinger gælder, at der i otte ud af de 20 DRG-grupper med størst offentlig finansieret aktivitet på private sygehuse kun er én eller to leverandører. I otte af de resterende tolv DRG-grupper er der mindst ti leverandører af aktivitet indenfor den enkelte DRG-gruppe. For 6 behandlingstyper under stationære aktivitet er der aktører, der besidder 100 pct. af det private marked (f.eks. næse- og hjerteoperationer), jf. kapitel 4.3. Ser man imidlertid på offentlige og private leverandører som helhed, gælder det, at der inden for hver af de 20 DRG-grupper er mindst 6 leverandører.

Analysen i kapitel 4 viser således at der på nogle områder er få udbydere. Det er derfor centralt, at en øget konkurrenceudsættelse i givet fald rettes mod de områder, hvor der er det bedste grundlag for et fungerende marked og flest eksisterende udbydere, herunder ligeledes offentlige udbydere. Ambitioner om en øget anvendelse af udbud må derfor afpasses i forhold til, hvad der er realistisk i givet markedssituationen.

På lang sigt er det dog vanskeligt at vurdere potentialet for konkurrenceudsættelse, idet udviklingen i behandlingsteknologien bl.a. i form af billigere og mere skånsomme behandlingsmetoder betyder, at behand-

lingstilbuddet kan breddes ud til flere patienter og dermed evt. kan give såvel tilstrækkeligt patientunderlag til og et fagligt grundlag for, at opgaverne kan breddes ud til flere udbydere.

7.3.4. Offentlige sygehuse med tilbudsret

Der er mulighed for at sikre et større marked på området ved at lade det offentlige sundhedssystem indgå i konkurrencen på lige fod med de private sygehuse. Med offentlig tilbudsret sikres så mange udbydere som muligt og dermed et så effektivt marked som muligt. Det vil sige, at de offentlige sygehuse bør opnå retten til at byde ind på både regionens egne opgaver samt andre regioners opgaver.

Formålet med at gennemføre udbud er at sikre, at sygehusopgaverne løses af de(t) sygehus(e), som kan løse opgaven bedst og billigst, uanset om det er offentligt eller privat ejet. Dette taler som udgangspunkt for, at regionerne selv skal have mulighed for at byde ind på opgaverne.

Risiko for krydssubsidiering

I forbindelse med udbud af offentlige opgaver vil det skulle sikres, at offentlige tilbudsgivere ikke benytter sig af krydssubsidiering, dvs. at de udnytter den offentlige driftsbevilling til at byde en kunstig lav pris på de opgaver, som lægges ud i udbud for at fastholde opgaverne på egne hænder. Dette taler for, at der bør være gennemsigtighed omkring grundlaget for de offentlige tilbudsgiveres prisforudsætninger.

Offentligt incitament til at indgå i udbud

For så vidt angår en eventuel mulighed for at byde ind på at løse andre regioners opgaver kan bemærkes, at naboregioner ikke nødvendigvis har en stærk tilskyndelse til at byde ind. Det skal ses i sammenhæng med, at den enkelte region ville tjene 100 pct. af DRG ved at modtage en patient fra en anden region under fritvalgsordningen. Omvendt kan der argumenteres for, at et offentligt sygehus ved ledig kapacitet på specialiserede afdelinger vil have en tilskyndelse til at byde ind på opgaven andre steder i landet, for derigennem at opnå en afregning/indtjening over det, der ville være tilfældet, hvis kapaciteten blot "går til spilde".

7.4. Praktisk udmøntning af øget anvendelse af udbud

Ved en øget anvendelse af udbud i forhold til udbudsegnete opgaver, jf. afsnit 7.3., vil der være behov for at overveje en række forskellige spørgsmål vedr. den praktiske udmøntning heraf. Det drejer sig bl.a. om,

- Hvilken type af udbud skal der være tale om?
- Hvilke krav kan der stilles i forbindelse med udbud?
- Skal udbud foretages af regionerne enkeltvist eller samlet?
- Timing og modning af marked.
- Omkostninger ved udbud.

Typen af udbud

Udbud kan udformes på forskellige måder bl.a. ved, at der udpeges én leverandør, som vinder hele den udbudte opgave ("Winner takes it all") eller flere vindere udpeges i form af rammeaftaler.

Modellen, hvor vinderen af udbuddet får eneretten til at løse opgaven for det offentligt finansierede sygehusvæsen i en vis periode, vil give vinderen af udbuddet sikkerhed for et stort volumen. Værdien af at vinde et udbud er således stor og kan dermed umiddelbart føre til bedre priser end rammeaftaler på kort sigt. "Winner takes it all"-modellen" indebærer dog en risiko for fastlåsning af markedet på længere sigt, hvis det er vanskeligt for nye aktører at komme ind på markedet på grund af bl.a. store kapitalkrav m.v. Det skal dog bemærkes, at det vil være vanskeligt for en privat leverandør at udnytte en sådan situation, så længe det er et reelt alternativ, at regionerne kan hjemtage produktionen til egne sygehuse, hvis prisen i senere udbudsrunder bliver for høj. Det vil som udgangspunkt være muligt, medmindre der er tale om produktion af ydelser, der vurderes ikke at være økonomisk hensigtsmæssigt.

En anden mulighed kan være en model med rammeaftaler, hvor private sygehuse får ret til at indgå aftale med regionerne på baggrund af fastsatte betingelser vedr. pris, mængde eller kvalitet. En rammeaftale er en aftale med én eller flere leverandører, der har til formål at fastlægge betingelserne, herunder pris, mængde og kvalitet, for aftaler, der skal indgås i løbet af en given periode.

En rammeaftale har karakter af et stående tilbud fra en eller flere leverandører, som myndigheden i rammeaftalens løbetid kan acceptere eller undlade at gøre brug af. En myndighed, som har haft en rammeaftale i udbud, kan efterfølgende købe varer og tjenester, der er omfattet af rammeaftalen, uden særskilt udbud. Myndigheden undgår altså at offentliggøre en udbudsannonce og gennemføre en sædvanlig udbudsprocedure, når det konkrete indkøbsbehov opstår. Med erfaring fra forskellige statslige områder vil rammeaftaler kunne understøtte markedet og dermed i højere grad sikre, at der også på sigt høstes positive gevinster ved udbud.

Ulempen ved rammeaftaler er som nævnt ovenfor risikoen for, at prisen – i hvert fald på kort sigt - bliver højere end ved "winner takes it all" modellen. Dertil kommer, at "Winner takes it all"-modellen indebærer færre valgmuligheder for patienterne end anvendelse af rammeaftaler.

Hvilken af disse modeller, der vælges, må bero på en afvejning mellem hensynene til størrelsen af de økonomiske gevinster ved de to modeller på kort og langt sigt samt sikringen af patienternes valgfrihed.

Krav i forbindelse med udbud

I forbindelse med et udbud vil det være muligt at stille saglige og objektive krav, som leverandørerne skal leve op til for at komme i betragtning som leverandør, jf. bl.a. *Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet (2007)*. Som eksempler på sådanne saglige og objektive krav kan f.eks. nævnes krav om en maksimal ventetid på behandling efter henvisning og konkrete kvalitetskrav. Der kan også sættes krav om, at patienterne skal have adgang til behandling forskellige steder i landet af hensyn til at sikre patienterne let tilgængelighed til tilbuddene.

Ekstra krav til potentielle leverandører kan dog have den effekt på prisen. Det kan enten være tilfældet i det omfang det ekstra krav vil indebære ekstraomkostninger for de potentielle leverandører og/eller hvis kravene medvirker til at begrænse antallet af mulige leverandører og dermed konkurrencepresset.

Hvis regionerne sikrede tilbud med en reel adgang til behandling efter maksimalt én måneds ventetid via udbud og dermed som en del af regionernes almindelige sygehusstilbud, da ville der i princippet ikke være nogen patienter, der ville have behov eller mulighed for at gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg. Det skal dog bemærkes, at efterlevelse af et sådant generelt krav på alle behandlinger ville stille væsentligt større kapacitetskrav end det udvidede frie sygehusvalg, da det udvidede frie sygehusvalg netop ikke er en garanti for behandling efter én måneds ventetid, men derimod en ret til at vælge et privat alternativ, hvis de offentlige sygehuse ikke kan levere behandlingen inden for én måned. Denne ret implicerer dog ingen garanti for, at ventetiden hos den private leverandør maksimalt er én måned. Hertil kommer, at det kun er en relativt begrænset andel af de patienter, der potentielt kunne have gjort brug af det udvidede frie valg, der rent faktisk gør brug af denne ret.

Udbud i regionerne enkeltvist eller samlet

Der vil skulle tages stilling til, om der skal ske udbud på landsplan eller om den enkelte region skal gennemføre egne udbud. Regionerne har mulighed for begge dele inden for gældende lovgivning.

En mulig fordel ved et samlet udbud på landsplan af planlagte behandlinger vil være, at en større samlet aktivitet udsættes for konkurrence, hvilket alt andet lige kan ventes at give mulighed for lavere priser. For-

delene vil formentlig særligt gøre sig gældende i forhold til mindre komplicerede operationer. Såfremt der stilles krav om repræsentation af én eller flere udbydere i hver region eller landsdel kan det begrænse muligheden for at opnå gevinsterne ved udbud. Omvendt kan det uden et sådant krav være vanskeligt at undgå, at nogle borgere kan få længere til sygehuset.

En anden mulighed er, at regionerne hver især foretager udbud, men at hver region foretager udbud således, at de øvrige regioner kan slutte sig til en eller flere af de aftaler, som én region indgår på baggrund af udbuddet. Det princip kendes f.eks. fra statens indkøbsaftaler, hvor regionerne og kommunerne har fået mulighed for at tilslutte sig aftalerne. Fordelen ved, at regionerne foretager udbud separat, er, at der opnås flere udbud. Flere leverandører er således "i spil", hvilket understøtter markedet og markedsudviklingen.

Det skal dog bemærkes, at det altid er en mulighed for én region eller regionerne under ét at annullere et udbud, hvis der er en saglig grund hertil. Det kan fx være, at tilbuddene er for dyre, jf. Konkurrencestyrelsen¹⁰. Selv om udbuddet annulleres på grund af, at de indkomne priser ikke har været tilstrækkeligt gunstige, må selve gennemførelsen af et udbud betragtes som en konkurrenceudsættelse.

Modning af marked og timing af regionernes udbud

Det er væsentligt at øget brug af udbud i regionerne implementeres gradvist i et afpasset tempo af hensyn til at sikre den fornødne forsyningssikkerhed, herunder give mulighed for yderligere "modning" af markedet. Der vil være en risiko ved at lave store omfattende udbud på de samme behandlinger på tværs af regionerne, hvis der i udgangspunktet er ganske få leverandører, der kan løfte den udbudte opgave. Det illustreres eksempelvis af erfaringerne fra regionernes udbud af ambulancekørslen, hvor det svenske selskab Samariten vandt udbudsforretningerne i tre forskellige regioner på samme tid og i sidste ende ikke formåede at løfte nogen af opgaverne, bl.a. fordi der ikke kunne rejses den nødvendige kapital samt problemer med personalerekruttering. Eksemplet med det svenske ambulanceselskab Samariten illustrerer imidlertid også, at en øget anvendelse af udbud bør ske på strategisk vis og med en vis koordination regionerne imellem, så man går frem i et mere moderat tempo på områder, der ikke i forvejen er modnet.

Omkostninger ved udbud

Når man overvejer udbud, bør der tages hensyn til, at der knytter sig en række omkostninger til gennemførelsen af udbuddet. Der vil være omkostninger til at udarbejde et udbudsmateriale med specifikation af de ydelser, der ønskes leveret og de krav, der skal stilles til leverandørerne. Det vil som udgangspunkt være lettere at specificere ydelser og kvalitetskrav, jo mere standardiserede ydelserne er. Der vil endvidere skulle ske en opfølgning på, at ydelserne lever op til de forudsatte kvalitetskrav. Der kan dog argumenteres for, at en tilsvarende kontrol også ville finde sted i forbindelse med en fortsat intern produktion på det offentlige, hvorfor den reelle meromkostning på dette punkt formentlig er relativt begrænset.

7.5. Modeller for øget anvendelse af udbud

Regionernes erhvervede resultater vedr. udbud i suspensionsperioden kan tale for, at der eventuelt ligger et uudnyttet potentiale ved udbud på sygehusområdet i regionerne. Øget udbud på udvalgte og strategisk "kloge" områder kan derfor bidrage til en forbedret anvendelse af ressourcerne. Som anført i det ovenstående er det dog vigtigt i forbindelse med konkurrenceudsættelse i sygehussektoren, at der tages højde for markedets sammensætning og specielle karakter. Det er centralt, at regionerne ved øget brug af udbud tænker strategisk og langsigtet for ikke at ende i en situation uden et reelt marked og dermed for høje priser. Det vil bidrage til et mere efficient marked og dermed undgås, at vinderen/vinderne af udbuddet opnår en dominerende rolle, der på sigt svækker konkurrenceevnen på markedet og forøger priserne.

¹⁰ <http://www.ks.dk/udbudsomraadet/spoergsmaal-amp-svar/>

Med henblik på at realisere en øget grad af konkurrenceudsættelse, f.eks. via (ramme)udbud, vil der skulle opstilles nogle overordnede rammer, som kan sikre, at de ovennævnte hensyn og betingelser tilgodeses. I den forbindelse kan der eksempelvis peges på følgende mulige elementer, som kunne afstikke disse rammer:

- Regionerne skal foretage en konkret vurdering af markedet, herunder typen og mængden af de behandlinger, der mest hensigtsmæssigt kan omfattes af udbud, herunder standardiserede sundhedsydelser vedr. primært den planlagte kirurgi, som fungerer isoleret i forhold til andre sygehusedelser og støttefunktioner.
- Regionernes udbud skal foretages på baggrund af en tilbundsående analyse vedr. markedet for den relevante behandling, herunder af "egnheden", antal leverandører, leverandørernes kapacitet mv. samt hvilke vilkår og krav til udførelsen af opgaven, der ellers ønskes sikret.
- Et præcist og dækkende udbudsmateriale med beskrivelse af indhold af ydelserne og krav til leverandørerne er nødvendigt.
- "Loft" for prisen med henblik på at undgå, at udbud bliver fordyrende, f.eks. referencepris på mest effektive offentlige sygehus eller den gældende referencetakst under udvidet frit valg (jf. kapitel 6).
- Konkrete krav, herunder eksempelvis krav til kvalitet og ventetider. Sidstnævnte vil kunne bruges strategisk på udvalgte behandlinger, hvor presset historisk og dermed udfordringen mht. patienternes rettighed synes stort.
- Hvor der kan være reel risiko for fastlåsning af markedet på sigt på grund af adgangsbarrierer til markedet, kan det være en mulighed at opstille udbudsmodeller med flere leverandører som vindere på ulige vilkår vedr. volumen og pris. F.eks. vil modellen kunne opsættes således at den billigste leverandør opnår 40-50 pct. af samlede mængde samtidig med, at 4-6 andre leverandører tildeles det resterende marked, enten på samme eller også her forskellige vilkår. Denne model vil kunne sikre, at der efter 1. udbudsperiode stadig er et reelt marked med et antal leverandører og derved modne markedet for yderligere udbud og faldende priser på sigt.
- Regionerne skal afpasse omfanget og timingen af udbuddene ud fra et hensyn til markedssituationen, således at risiko for evt. leverandørsvigt vedr. kapacitet, kapital mv. mindskes. Det kan f.eks. ske ved, at regionerne foretager udbud inden for de samme behandlingsområder med en vis tidsforskydning og/eller går gradvist frem med hensyn til at øge de udbudte mængder.
- Der skal fastlægges krav vedr. opfølgning og monitorering af aktivitet, kvalitet mv. Monitoreringen bør foretages jævnlige.
- Ved indgåelse af kontrakter med leverandører skal der indarbejdes bestemmelser, der sikrer adgang til at kunne sanktionere tilfælde, hvor leverandøren ikke lever op til de forudsatte krav, herunder at opsiges kontrakten. Evt. sanktioner bør fremgå af udbudsmateriale.
- Periodeafgrænsning på udbud er vigtigt i forhold til sikring af markedet samt modningen heraf. Relativt korte udbudsperioder bør tilsigtes. Det skal dog tages i betragtning, at der vil være en balance, idet kortere udbudsperioder alt andet lige fører til højere priser i hvert fald på kort sigt. Denne merpris på kort sigt skal sættes i forhold til risikoen for og konsekvenserne af en fastlåsning af markedet og effekten heraf på lang sigt.
- Regionerne bør også indtænke muligheder for samarbejde på tværs af landegrænser.

De ovennævnte punkter er eksempler på elementer, der kan indgå i en samlet overordnet ramme for øget konkurrenceudsættelse af sygehussektoren. Denne har relevans i forhold til de to nedenstående modeller.

- Model 1: Konkret målsætning for øget anvendelse af strategisk udbud.
- Model 2: Gensidig hensigtserklæring for øget konkurrenceudsættelse af konkurrenceegnede sygehusopgaver.

7.5.1 Model 1 - mål for øget anvendelse af strategisk udbud

En model kan være at fastsætte en andel af den samlede omsætning på sygehusene, der skal sendes i udbud. Denne procentandel kan regionerne leve op til via øget anvendelse af traditionelt udbud og/eller øget anvendelse af rammeudbud/-aftaler.

Denne procentdel kan fastsættes i en aftale mellem regeringen og Danske Regioner, hvori der fastlægges et generelt krav om, at regionerne skal foretage udbud af en vis procentdel af deres samlede sygehusaktivitet. Kravet kan eksempelvis fastlægges som en procentandel af den samlede sygehusaktivitet (akut og planlagt aktivitet). Der vil være behov for at indsamle information om regionernes samlede anvendelse af udbud med henblik på at følge op på regionernes efterlevelse af en aftale. Ved at aftale et generelt krav, som regionerne skal leve op til, vil det være op til regionerne at tilrettelægge udbuddene på den måde, som de finder bedst.

Det generelle krav kan enten fastlægges som et krav, som regionerne samlet set skal leve op til eller som et krav, som regionerne hver især skal leve op til (jf. ovenstående). Det vil være mest forpligtende for regionerne, hvis målet skal gælde for hver enkelt region. Hvis efterlevelsen af kravet i stedet måles i forhold til regionerne under et, da vil nogle regioner kunne lægge sig i læ af regioner, der måtte overopfylde kravet.

En aftale med Danske Regioner om en konkret målsætning vil f.eks. være parallelt med, hvad der gælder på det kommunale område, hvor der er aftalt krav om, at en vis procentdel af kommunernes udgifter skal konkurrenceudsættes gennem udbud. Det er dog væsentligt at notere sig, at de procentdele, der er fastsat i aftalerne med kommunerne, ikke kan overføres til det regionale niveau, da der er tale om helt andre typer af ydelser, hvor betingelserne for en effektiv anvendelse af udbud er til stede i et andet omfang end for sygehusydelser generelt set. Det kan nævnes, at der pågår et arbejde med opgørelser af indeks for inddragelse af private leverandører hhv. konkurrenceudsættelse i forhold til regionale ydelser generelt, som før årsskiftet 2008/2009 blev iværksat af Økonomi- og Erhvervsministeriet/Konkurrencestyrelsen med henblik på at udarbejde lignende opgørelser på det regionale niveau.

Fastsættelsen af en konkret målsætning må tage udgangspunkt i, hvor stor en andel af den samlede offentlige sygehusproduktion, der er velegnet til konkurrenceudsættelse, jf. afsnit 7.4. Samtidig må der ved fastlæggelsen af grænsen tages hensyn til, at målsætningen fastsættes på et niveau, der er realistisk at realisere. Med en konkret målsætning vil det objektivt kunne fastslås, om regionerne har levet op hertil eller ej.

Der vil forud for en fastsættelse af en målsætning være et behov for at kvalificere niveauet for den konkrete målsætning af hensyn til at sikre, at målsætningen sættes på et realistisk niveau givet markedssituationen. Regionerne har hidtil kun i begrænset omfang gjort brug af mulighederne for at konkurrenceudsætte sygehusenes produktion, selv om sundhedslovgivningen ikke begrænser regionernes mulighed for at indgå aftaler med private leverandører om levering af sygehusbehandling. Målsætningen vil løbende kunne tilpasses i takt med, at grundlaget for at konkurrenceudsætte en større eller mindre del af opgaverne ændres, f.eks. på grund af udvikling i behandlingsteknologien eller et stigende antal aktører på markedet.

Med denne model vil det fortsat som i dag være regionerne, der selvstændigt beslutter, hvilke behandlinger, der skal sendes i udbud. Den eneste forskel i forhold til i dag vil være, at der opstilles et politisk krav til, hvor meget der skal konkurrenceudsættes.

Sandsynligheden for at realisere målsætningen må formodes at ville hænge nøje sammen med de konsekvenser, der vil være for regionerne ved ikke at leve op til målsætningen. Og der vil derfor være behov for at overveje, hvorledes en manglende opfyldelse af kravet i givet fald skal sanktioneres fra statslig side.

Lovgivning

Som et alternativ til at aftale en målsætning som led i en økonomiaftale kunne tilsvarende overvejes muligheden for at fastlægge kravet direkte i sundhedslovgivningen. En fastsættelse af andelen via lovgivning er imidlertid mindre fleksibel og vil desuden afvige fra den aftalemodel, der kendes på det kommunale område. Ved en fastsættelse af andelen via lovgivning påtager ministeren sig samtidig et formelt ansvar for at tilse, at kravet efterleves.

7.5.2 Model 2 - Modning af markedet via gensidig hensigtserklæring for øget konkurrenceudsættelse af konkurrenceegnede sygehusopgaver

Sygehussektoren har særlige karakteristika med mange barrierer og er stort set ikke konkurrenceudsat i dag. Det kan tale for at afpasse ambitionsniveauet om en øget anvendelse af udbud i forhold til, hvad der er realistisk givet markedssituationen.

For at forankre regionerne i processen og modne markedet kan overvejelser gå i retning af, at der i en økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner indarbejdes en gensidig hensigtserklæring om øget brug af strategiske udbud på sygehusområdet generelt. En sådan hensigtserklæring vil kunne følges op i fremtidige økonomiaftaler med henblik på, at der senere fastsættes en konkret målsætning.

I forbindelse med en hensigtserklæring for øget udbud bør regionerne som krav og som en del af udbudspolitikken selv opstille specifikke mål for konkurrenceudsættelsen og udarbejde en strategi for opnåelsen heraf. Krav til indholdet af udbudspolitikken kan bl.a. være:

- Valg af leverandører, kravspecifikationer og betingelser ved udbud
- Kontroludbud, herunder omkostningskalkuler
- Kvalitetsopfølgning
- Beslutningsproceduren i forbindelse med udbud
- Inddragelse af relevant sundhedspersonale
- Konkrete mål for konkurrenceudsættelse

Med en hensigtserklæring og krav om indarbejdelse af en specifik udbudspolitik er det hensigten at skabe en mere struktureret ramme om regionernes udbudsanvendelse i forhold til i dag. En hensigtserklæring vil være mindre bindende end en konkret målsætning for anvendelsen af udbud, og giver ikke nødvendigvis samme klare grundlag for at vurdere aftaleoverholdelse. Omvendt vil hensigtserklæringen give mulighed for at engagere regionerne i processen mod øget konkurrenceudsættelse med henblik på at styrke regionernes fokus på at foretage udbud på hensigtsmæssig vis mhp. gode resultater, herunder en bedre resourceanvendelse.

Bilag

Gennemsigtighedskrav ved udbud

A) Såfremt der er tale om ydelser, hvis værdi er under kr. 500.000,-, og som ikke har en klar grænseoverskridende interesse, gælder hverken tilbudsloven eller det af EF-Domstolen udviklede princip om gennemsigtighed/konkurrenceudsættelse.

Regionerne er dog i sådanne situationer - som enhver anden forvaltningsmyndighed - underlagt grundlæggende nationale forvaltningsprincipper, herunder en pligt til ligebehandling, en pligt til forsvarlig økonomisk forvaltning samt forbuddet mod magtfordrejning.

B) Såfremt indkøbets værdi overstiger kr. 500.000,-, men ikke har en klar grænseoverskridende interesse skal tilbudslovens regler om annoncering m.v. følges.

C) Hvis ydelsen har en klar grænseoverskridende interesse - uanset værdien af indkøbet - følger det af EF-Domstolens praksis om gennemsigtighedsforpligtelsen, at en virksomhed i en anden medlemsstat skal have adgang til de nødvendige oplysninger vedrørende kontrakten, før denne tildes, således at den har mulighed for at tilkendegive sin interesse i at opnå tildeling af kontrakten, jf. sag C-231/03, Coname. Med andre ord skal ydelsen konkurrenceudsættes, ligesom EF-Traktatens almindelige principper om gennemsigtighed, ikke-diskrimination, ligebehandling og proportionalitet skal iagttages. Der henvises endvidere her til Kommissionens fortolkningsmeddelelse af 1. august 2006. Såfremt ydelsen også har en værdi over kr. 500.000,-, skal tilbudslovens regler tillige overholdes.

Hvorvidt den pågældende ydelse har en klar grænseoverskridende interesse må bero på en konkret vurdering, som det påhviler den enkelte region at foretage.