



Notat

9. december 2010

Kommentarer til Finansministeriets notits/skitse fra 2009

Notitsen er udarbejdet i forbindelse med udredningsarbejdet om den fremtidige afregning med de private sygehuse. Udredningsarbejdet havde til formål at komme med et bud på, hvorledes taksterne for de private sygehuse skulle fastlægges, når det udvidede frie sygehusvalg blev genindført 1. juli 2009 efter suspensionsperioden.

Det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at patienten har ret til behandling på private sygehuse, såfremt det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en måned (pr. 1. oktober 2007).

Denne patientrettighed betyder, at Danske Regioner skal indgå aftaler med private sygehuse, således de patienter de offentlige sygehuse ikke kan tilbyde behandlingen inden for en måned, får mulighed for behandling på et privat sygehus.

Prisforhandlingerne med de private sygehuse vanskeliggøres i sagens natur af, at man ikke på forhånd ved, hvor mange patienter det drejer sig om. Man køber således ikke et bestemt antal behandlinger (som senere under suspensionsperioden), men en mulighed for at kunne få behandlet et ukendt antal patienter, dvs. uden sikkerhed for den faktiske omsætning for de private sygehuse.

Det var Amtsrådsforeningen og senere Danske Regioner som havde ansvaret for forhandlingerne med de private sygehuse. De aftalte takster har vist sig at udgøre en blanding af forhandlede takster og såkaldte DRG-takster, som også anvendes ved betalinger af de offentlige sygehuse, og som afspejler gennemsnitsomkostninger på de offentlige sygehuse.

For taksterne gældende fra 1. januar 2010 blev der - bl.a. som resultat af udredningsarbejdet - i stedet taget udgangspunkt i såkaldte referencetakster, som afspejler omkostningerne i de mest effektive offentlige sygehuse - og dermed et noget lavere udgangspunkt.

Notitsen er en mellemregning i udredningsarbejdet og indeholder bl.a. overvejelser om modellen for en fremtidig afregning af de private sygehuse. I notatet vurderes, om DRG-taksten - som altså afspejler de gennemsnitlige offentlige omkostninger for en given behandling - fortsat skal være udgangspunktet for afregningen.

Og her er overvejslen, at en afregning med udgangspunkt i DRG-taksten alt andet lige vil indebære, at sygehuse med de færreste forpligtelser overkompenseres, mens sygehuse med de største forpligtelser underkompenseres. Og at en sådan overkompensation, som det også fremgår af udredningsarbejdet især vil kunne argumenteres at gælde for private sygehuse, da de adskiller sig fra de offentlige sygehuse ved at have færre forpligtelser inden for disse områder.

Notatet omtaler i den forbindelse de resultater fra regionernes udbud i suspensionsperioden, som forelå ultimo 2008/primus 2009, og som iflg. regionerne viste relativt store besparelser, og som dermed iht. notatet underbygger, at et udgangspunkt i DRG-taksten ikke bør anvendes fremadrettet.

Disse udbud kom sig af, at det i forbindelse med suspensionen var aftalt mellem regeringen og Danske Regioner, at regionerne skulle forpligte sig til at købe privat behandlingskapacitet på de private sygehuse. De enkelte regioner adresserede denne aftale ved at lade dele af behandlingen på udvalgte sygdomsområder indgå i udbud. Regionernes erfaringer med disse udbud ultimo 2008 var betydelige besparelser på op mod 20-50 pct. af de aftalte takster inden suspensionsperioden.

Suspensionsperioden og besparelserne opnået i den forbindelse er dog ikke repræsentative for en situation under det udvidede frie sygehusvalg. De private leverandører konkurrerede under suspensionen om patienter i en begrænset periode. Regionerne kunne derfor udbyde én bestemt mængde, hvilket muliggør betydeligt lavere priser end under de tidligere aftalte priser for det udvidede frie sygehusvalg.

Regionernes erfaringer under suspensionsperioden indikerede imidlertid, at markedet var et andet ultimo 2008 sammenholdt med 2002. Der var nu bedre mulighed for indhøstning af specialiserings- og stordriftsgevinster.

Som udgangspunkt for en mere 'fair pris' (ikke mindst givet markedssituationen) peger notatet på en model, hvor der i stedet for de offentlige gennemsnitsomkostninger (DRG-taksten) tages udgangspunkt i de faktiske omkostninger i de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse.

Det vil sige, at det offentlige ikke skal betale mere for en behandling, end hvad det selv kan producere behandlingen til, hvis det flyttede den hen til de offentlige sygehuse, som har de laveste omkostninger. Udredningsarbejdet pegede konkret på en model, hvor der blev taget udgangspunkt i den 1/3 eller 1/4 del af de offentlige sygehuse, som havde de laveste omkostninger.

De i pressen citerede passager fra notitsen afspejler dermed nogle principielle overvejelser som led i arbejdet med en fremadrettet model for afregningen af de private sygehuse. Formuleringen om takster over et fair niveau er en modelbetragtning ud fra private sygehuses forpligtelser mv., som blev sandsynliggjort af de netop afholdte udbud i regionerne. Derimod siger det intet om, til hvilken pris der kunne være indgået aftaler om med private sygehuse i perioden fra 2002 til 2008.

Resultatet af overvejelserne og udredningsarbejdet var en aftale med Danske Regioner 1. april 2009, der indeholdt en ny afregningsmodel, og som afspejlede den konstaterede markedssituation – altså at markedet var et andet ultimo 2008 sammenholdt med 2002.