



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 30. september 2014
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMANI
Sags nr.: 1404211
Dok nr.: 1533996

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 11. juli 2014 stillet følgende spørgsmål nr. 990 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 990:

"Hvad er de forventede besparelser/omkostninger, hvis Danmark indfører samme regler for frit valg for danske patienter i Danmark som i de øvrige EU-lande, dvs. frit hospitalsvalg på hovedparten af ambulante behandlinger fra dag ét?"

Svar:

Som det fremgår af min besvarelse af SUU-spørgsmål nr. 986, er det min opfattelse, at det samlede regelsæt, altså de danske regler om udredningsret, udvidet frit sygehusvalg m.v. sammen med bl.a. de europæiske rettigheder, sikrer et stærkt offentligt, dansk sygehusvæsen og understøtter ambitionen om et godt, effektivt og tidssvarende sundhedsvæsen med styring af offentlige, skattefinansierede udgifter.

Det vil være meget vanskeligt at udarbejde konkrete og præcise beregninger over de økonomiske konsekvenser, som et ubegrænset frit valg til udredning og behandling på privathospitaler i Danmark måtte medføre på kort og lang sigt. Bl.a. fordi det på langt sigt kan have store konsekvenser for organisering og styring af det samlede sundhedsvæsen.

Hvis der indføres ubegrænset udvidet frit valg til udredning og behandling vil det omfatte langt hovedparten¹ af den ambulante aktivitet, svarende til omkring 25 mia. kr., jf. tabel 1. Det skal yderligere ses i lyset af at sundhedsvæsenet konstant udvikler sig mod mere ambulante behandling, og retten vil på sigten omfatte en endnu større andel.

Tabel 1
Offentlige udgifter og aktivitet i sygehusvæsen, 2013

	Antal kontakter	Udgifter, mia. kr.
Sygehuse i alt	mio.	
Heraf:		
- Stationær aktivitet	1,4	39,8
- Ambulant aktivitet	7,6	27,3
90 pct. af den ambulante aktivitet	6,8	24,6

Anm.: Ambulante besøg ved røntgenafdelinger og klinisk biokemiske afdelinger indgår ikke i opgørelserne. Det bemærkes, at de specialiserede ambulante behandlinger er tungere og dermed dyrere i gennemsnit. Dermed vurderes de 24,6 mia. kr. at være et overkantsskøn.

¹ EU-rettingen gælder for ambulante ikke-specialiserede behandlinger. Sundhedsstyrelsen har en grov tommelfingerregel om, at omkring 10 pct. af al sygehusaktivitet er specialiseret. Dermed omfatter forslaget potentielt ca. 90 pct. af den samlede ambulante aktivitet.

Kilde: SSI

Dermed er der en risiko for, at markedet for private sygehuse over tid udvides betydeligt på bekostning af det offentlige sygehusvæsen, og dermed på sigt giver en helt anden sygehusstruktur end i dag.

En sådan omfordeling mellem offentlige og private hospitaler vil skabe en situation med meget vidtrækkende afledte effekter og potentielt væsentlige merudgifter. Det kan bl.a. ske, såfremt der opstår en:

- *Priseffekt.* Hvis den aftalte pris på de private sygehuse i gennemsnit svarer til 85 pct. af den gennemsnitlige DRG-takst², men den marginale pris ved at behandle én ekstra patient i det offentlige sygehuse er lavere, vil forslaget indebære offentlige merudgifter.
- *Tilpasningseffekt (substitution).* Forslaget indebærer merudgifter, såfremt det offentlige ikke formår at nedsætte egne sygehusomkostninger for den aktivitet og kapacitet, der flyttes til de private, krone for krone. Det kan være vanskeligt at opnå sådan en tilpasning fuldt ud, jf. generel træghed i kapacitetstilpasninger i sygehusvæsenet.
- *Risiko for indikationsskred.* Patienternes direkte ret til ambulante behandling i det private sundhedsvæsen kan indebære en potentiel risiko for indikationsskred, overbehandling mv., bl.a. fordi patienterne kan fastholdes til videre behandling i dette system. Det offentlige som betaler har således ikke den samme styringsmulighed som i dag på en forholdsmæssigt stor andel af den samlede sygehusaktivitet.
- *Volumeneffekt.* Betydningen af ovenfor nævnte forhold afhænger bl.a. af volumen af den ambulante aktivitet, der bliver flyttet til de private sygehuse. Flyttes en stor del af de offentlige behandlinger til de private sygehuse samtidigt med en negativ pris- og tilpasningseffekt, vil merudgifterne vokse sig til en betydelig størrelse.

Hvis rettigheden på sigt kommer til at blive anvendt i et større omfang, sådan så fx 20 pct. af den ambulante behandling flyttes til private sygehuse, vil det skønsmæssigt betyde, at omkring 4,2 mia. kr. bliver omfordelt fra det offentlige til de private hospitaler, jf. tabel 2. Dertil kommer eventuelle merudgifter som følge af ovenstående effekter.

Tabel 2

Grove skøn: Merudgifter ved ret til ambulante behandling og operation direkte efter henvisning

Andel ambulante behandlinger	5 pct.	10 pct.	20 pct.	30 pct.	40 pct.
Mia. kr., 2013-PL					
Omfordeling ml. offentlige og private hospitaler:	1,0	2,1	4,2	6,3	8,4

Anm.: Ambulante besøg ved røntgenafdelinger og klinisk biokemiske afdelinger indgår ikke i opgørelserne. Kilde: Egne beregninger pba. data fra SSI

² 85 pct. svarer til det niveau, DUF-taksterne er i dag.

Opbygning over tid af to parallelle sygehusvæsener kan dermed potentielt set skabe en væsentlig dødvægt og et øget udgiftspres. Hermed er der en fare for uhensigtsmæssig anvendelse af knappe både økonomiske og personalemæssige ressourcer og udfordringer ved at sikre behandling af høj kvalitet til *alle* patienter, også dem med komplicerede sygdomme.

Det er efter min opfattelse ikke den rette prioritering af vores fælles ressourcer. Jeg ønsker at fastholde et fælles stærkt, offentligt sygehusvæsen, hvor patienterne kan modtage hurtig udredning og behandling til tiden, og hvor patienterne – hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling til tiden – får mulighed for at anvende private sygehuse på de områder, hvor de strategisk giver mening via fx udbud mv.

Med venlig hilsen

Nick Hækkerup / Anna Skat Nielsen