

RAPPORT FRA UDVALGET OM VILKÅR FOR DEN UDVI- DEDE FRITVALGSORDNING PÅ SYGGEHUSOMRÅDET

Udgivet af:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: im@im.dk
Hjemmeside: www.im.dk

Indhold

1. Indledning	7
1.1. Kommissorium og sammensætning af udvalg	7
1.2. Afgrænsning af kommissorium	8
2. Resumé og udvalgets konklusioner og anbefalinger	10
2.1. Fremtidig takstfastsættelse og procedure for aftaleindgåelse	10
2.1.1. Privat DRG	11
2.1.2. Forhandling	12
2.1.3. Udbud	14
2.2. Kvalitet	15
2.3. Højt specialiseret behandling	15
2.4. Takstdifferentiering	16
2.5. Information til patienterne om det udvidede, frie sygehusvalg	16
2.6. Udvalgets forslag til en samlet model vedr. takstfastsættelse	18
3. Det udvidede, frie sygehusvalg	19
3.1. Regler og rammer for det udvidede, frie sygehusvalg	19
3.2. Udvikling i behandlingstilbud, aktivitet og udgifter	19
3.2.1 Behandlingstilbud	19
3.2.2. Aktivitet	22
3.2.3. Udgifter	29
4. Det nuværende aftalesystem	32
4.1. Procedurer for indgåelse af aftaler	32
4.2. Nuværende takstmodel	33
4.2.1. Regler og aftalegrundlag for takstfastsættelsen	33
4.2.2. Udviklingen i taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg	35
4.2.3. Principper for de hidtidige fritvalgsaftaler	37
5. Problemstillinger i det nuværende aftalesystem	41
5.1 Procedurer for aftaleindgåelse	41
5.2. Problemer vedr. takstfastlæggelsen - kort om rammevilkårene for de privates takster	42
5.2.1. Relevant omkostningsbegreb	43
5.2.2. Sammensætning af de offentlige DRG-takster	44
5.2.3. Privatsygehusenes størrelse og behandlingsudbud	44
5.2.4. Efterspørgselssikkerhed	44
5.2.5. Forskelle mht. produktionsmålsætning	45
5.2.6. Vilkår for forhandlinger	45
5.2.7. Sammenfatning om rammevilkår	45
6. Modeller for fremtidig takstfastlæggelse	46
6.1. Generelle overvejelser om valg af afregningsmodel	46
6.1.1. Indledning	46
6.1.2. Hensyn i afregningsmodellen	47

6.1.3. Generelt om stabilitet/fleksibilitet i taksterne	48
6.1.4. Kvalitet i behandlingen	48
6.2. Konkrete korrektioner af de offentlige DRG-takster.....	49
6.2.1. Indledning.....	49
6.2.2. Forskning, uddannelse og vagtberedskaber	50
6.2.3. Patienttyngde ("cream-skimming")	53
6.2.4. Købsmoms af driftsudgifter	55
6.2.5. Lønsumsafgift.....	56
6.2.6. Forrentning og afskrivninger.....	57
6.2.7. Dyre særydelser og komplikationer	58
6.2.8. Genoptræning under indlæggelse.....	60
6.2.9. Speciallægeområdet	61
6.2.10. Mængderabat i aftalerne	61
6.2.11. Forløbstakster	62
6.2.12. Takstdifferentiering for særlige forpligtelser	63
6.2.13. Sammenfatning	64
6.3. To takstmodeller.....	65
6.4. Privat DRG	66
6.5. Fortsat takstfastsættelse ved forhandling, herunder evt. indgåelse af flerårige aftaler m/årliche justeringer på enkeltområder	68
6.5.1. Kort om den hidtidige forhandlingsproces	68
6.5.2. Model baseret på forhandling.....	69
6.5.3. Model baseret på længere aftaleperioder med mulighed for årlige justeringer.....	70
6.6 Udbud.....	71
7. Modeller for fremtidig aftaleindgåelse	75
7.1. Privat DRG	75
7.2. Forhandling	75
7.2.1. Lønnings- og Takstnævnet.....	76
7.2.2. Voldgift	77
7.3. Opsummering af modelforslag	78
8. Aftaler om højt specialiseret behandling.....	80
8.1. Gældende krav til højt specialiseret behandling.....	80
8.2. Forslag til fremtidige kvalitetskrav	81
Bilag 1	83
Bilag 2	84

1. Indledning

Indenrigs- og sundhedsministeren besluttede i foråret 2006 at nedsætte et udvalg, som skal fremlægge forslag til nye vilkår for private sygehuse og klinikkers samarbejde med det offentlige efter den udvidede fritvalgsordning.

Formålet med udvalgsarbejdet er at fremlægge forslag, der kan danne grundlag for stillingtagen til, om der er behov for ændringer i den nuværende model for fastlæggelse af takster og procedure for indgåelse af aftaler med private sygehuse og klinikker.

Udvalgets nedsættelse er foranlediget af, at det ikke lykkedes Amtsrådsforeningen og Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD) at nå til enighed om takstniveauet for 2006. Det bevirkede, at indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af sygehuslovens § 5 g, stk. 2, 2. pkt. (som videreført i sundhedslovens § 87, stk. 4, 2. pkt.) ved afgørelse af 2. februar 2006 fastsatte taksterne for de områder, som Amtsrådsforeningen og SPPD ikke kunne blive enige om. På baggrund af denne afgørelse indgik Amtsrådsforeningen for 2006 aftale med de sygehuse og klinikker, som SPPD har forhandlet aftaler for.

Nedsættelsen af udvalget skal endvidere ses i lyset af, at regeringen med virkning fra 1. oktober 2007 vil forbedre den udvidede fritvalgsordning, så patienterne får ret til frit valg, såfremt det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 1 måned. Udvidelsen af ordningen øger betydningen af, at der er hensigtsmæssige rammer for udviklingen af tilbuddene i det private på områder, hvor de under sammenlignelige vilkår kan matche det offentlige sygehusvæsen på produktionsomkostninger og kvalitet.

1.1. Kommissorium og sammensætning af udvalg

Efter sit kommissorium, der er optrykt som bilag 1, skal udvalget fremlægge forslag til vilkår for de private sygehuses samarbejde med det offentlige, der styrker kvaliteten og patienternes frie valg, herunder forslag til vilkår for godkendelse af de private.

Udvalget skal i det lys fremlægge forslag til takststrukturer, der skaber de rigtige rammer og incitament for udviklingen af behandlingstilbuddene på privathospitalerne og –klinikkerne, herunder en takststruktur, der giver mulighed for at differentiere taksterne ud fra hvilke forpligtelser, de private sygehuse/klinikker påtager sig i forhold til fx uddannelse, efterbehandling, certificering (kvalitetsstandarder).

Udvalgets forslag må ikke indebære offentlige merudgifter.

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet varetager formandskabet i udvalget og yder sekretariatsbistand til udvalget.

Udvalget har følgende medlemmer:

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

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

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

1.2. Afgrænsning af kommissorium

Som led i kommissoriet, om at udvalget *"skal fremlægge forslag til vilkår for de private sygehuses samarbejde med det offentlige, der styrker kvaliteten og patienternes frie valg, herunder forslag til vilkår for godkendelse af de private"* har udvalget besluttet at behandle spørgsmålet om vilkår for private udbyderes udførelse af højt specialiserede behandlinger. Baggrunden herfor er, at det tidligere har været drøftet, på hvilke vilkår de private udbydere har ret til aftaler om højt specialiseret behandling, og hvilke kvalitetsmæssige krav der bør stilles til de private udbydere.

Dansk Handel & Service (nu Dansk Erhverv) og SPPD finder det relevant, at udvalget endvidere behandler spørgsmålet om, hvordan patienterne sikres den nødvendige information fra det offentlige sygehusvæsen om retten til udvidet, frit sygehusvalg. Spørgsmålet om information til patienterne er tidligere behandlet i en rapport om evaluering af det udvidede, frie sygehusvalg fra 2004, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemførte sammen med Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Finansministeriet¹.

Udvalget er enig i, at det er en vigtig opgave for det offentlige sygehusvæsen at give den nødvendige og korrekte information om det udvidede, frie sygehusvalg med det mål at give patienterne reelle valgmuligheder.

Udvalget har noteret sig, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gennemført en særskilt evaluering af erfaringerne med den udvidede informationspligt, der trådte i kraft den 1. januar 2005. Den udvidede informationspligt indebærer en pligt for regionerne (tidligere amterne) - i henhold til reglerne i sundhedsloven § 90, (tid-

¹ Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg (Februar 2004).

ligere sygehuslovens § 5 g, stk. 5 og 6,) til at give patienterne klar og hurtig besked om tid og sted for behandling mv.

Sigtet med ministeriets evaluering af den udvidede informationspligt er at etablere et grundlag for en stillingtagen til, om der er behov for ændringer i den måde reglerne bliver administreret under hensyntagen til formålet med indførelsen af den skærpede informationspligt – at styrke patienternes grundlag for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg.

2. Resumé og udvalgets konklusioner og anbefalinger

2.1. Fremtidig takstfastsættelse og procedure for aftaleindgåelse

Drøftelserne i udvalget har på takstområdet taget udgangspunkt i en konstatering af, at de private sygehuse på en række områder har rammevilkår for deres produktion, der er forskellige fra de offentlige sygehuses, og som bidrager til at give de private sygehuse/klinikker bedre eller dårligere muligheder for at tilbyde behandling til de offentlige DRG-takster.

Udvalget har i det lys i rapporten foretaget en uddybning og kvantificering af en række af de forhold, hvor grundlaget for de offentlige DRG-takster afviger fra de private sygehuses omkostningsstruktur. Nogle af elementerne (moms og lønsumsafgift) kan kvantificeres relativt præcist, mens andre på nuværende tidspunkt på grund af manglende data kun kan vurderes med en betydelig usikkerhed.

Det har samtidig været overvejet, om der fremadrettet kan findes en afregningsmodel, der bidrager til en højere grad af stabilitet i fritvalgstaksterne fra det ene år til det andet end de nuværende takster, uden dog at takstrukturen i de kommende års aftaler låses helt fast.

Med henblik på at fremlægge forslag til taksstrukturer, der bidrager til at skabe de rigtige rammer og incitamenter for udviklingen af behandlingstilbuddene på de private sygehuse og klinikker, jf. kommissoriet, har udvalget formuleret to forskellige modeller og i relation hertil mulige procedurer for aftaleindgåelse:

- Privat DRG
- Fortsat takstfastlæggelse ved forhandling, herunder evt. indgåelse af flerårige aftaler m/årliche justeringer på udvalgte behandlingsområder

Formuleringen af de to modeller er sket under hensyntagen til, at en afregningsmodel skal sikre borgerne reelle valgmuligheder, effektivitet og konkurrence og bør sikre en hensigtsmæssig udgiftsstyring og målretning af de offentlige midler.

Formuleringen af modellerne er endvidere sket under hensyntagen til kommissoriets forudsætning om, at udvalgets forslag ikke må indebære offentlige merudgifter. Udvalget har forstået det således, at udvalget ikke må pege på anbefalinger, som kan imødeses i sig selv at indebære en forøgelse af den nuværende, gennemsnitlige afregning i forhold til de private sygehuse.

Begge modeller åbner i princippet mulighed for hvert år at genberegne/genforhandle alle taksterne, at genberegne taksterne på udvalgte behandlingsområder, eller at låse taksterne helt fast i en periode.

De enkelte modeller for fastsættelse af takster, eller delelementer heraf, kan i princippet kombineres forskelligt, ligesom det er muligt over tid at ændre den relative vægt, som de enkelte modeller spiller under det udviklede, frie sygehusvalg.

Udvalget har i afsnit 2.6 peget på et konkret forslag til model for takstfastsættelse på henholdsvis kort og lidt længere sigt.

Udvalget har i forbindelse med arbejdet med modeller tillige drøftet forslag til en udbudsmodel i relation til det udvidede frie sygehusvalg.

Udvalget med undtagelse af Danske Regioner finder ikke, at overvejelserne vedr. udbud bør afgrænses til kun at omfatte de behandlinger - svarende til ca. 1 pct. af aktiviteten i sygehusvæsenet - der foretages under det udvidede frie valg. Regeringens målsætning er at sikre, at ventetiderne er de kortest mulige, jf. regeringsgrundlaget. Det afgørende er således at pege på instrumenter, der kan bidrage til, at patienterne samlet set kan tilbydes hurtig behandling til den bedst mulige pris, og ikke om behandlingen foretages på et offentligt eller et privat sygehus. Udvalget peger i forlængelse heraf på, at udbud og konkurrenceudsættelse bør anvendes mere strategisk i forhold til den samlede sygehusaktivitet, og at der kan arbejdes med mere forpligtende målsætninger for udbud – fx i form af fastlæggelse af en konkret målsætning for regionernes udbud af udbudsegnete behandlinger, jf. afsnit 2.1.3.

Danske Regioner har fremsat mindretalsudtalelse herom, jf. afsnit 2.1.3.

2.1.1. Privat DRG

Denne model indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren – i praksis Sundhedsstyrelsen - fastsætter taksterne i et "takstkatalog", der bliver lagt til grund for takstberegningen under det udvidede, frie sygehusvalg.

Formålet er overordnet at etablere et takstsystem, der i højere grad end de nuværende DRG-takster afspejler de private udbydernes faktiske omkostninger eller sikrer mere ens konkurrenceforhold mellem de offentlige og private sygehuse.

Gennemførelsen af modellen vil kræve en ændring af sundhedsloven, da den indebærer en ændring i forhold til det nuværende aftalesystem, hvor aftalevilkårene fastlægges på baggrund af forhandlinger.

De private udbydere vil på baggrund af de fastsatte takster have ret til at indgå aftale, men vil ikke være forpligtet hertil. Selve aftaleindgåelsen på baggrund af de af Sundhedsstyrelsen fastsatte takster og den efterfølgende administration af aftalerne foreslås i denne model placeret i Danske Regioner.

Udvalget bemærker, at et PrivatDRG ikke i sig selv sikrer, at der vil blive indgået aftaler med de private sygehuse, idet man, hvis de private sygehuse ikke finder de fastsatte takster attraktive, kan risikere, at der kun vil blive indgået meget få – eller evt. slet ingen – aftaler under fritvalgsordningen.

Et Privat DRG kan efter udvalgets opfattelse principielt opstilles og beregnes ud fra to metoder: Enten "fuld omkostningsdækningsmetode" for de private sygehuse eller "sektortilpassede takster".

- Udvalget anbefaler, at etableringen af et evt. PrivatDRG-system i givet fald tager udgangspunkt i sektortilpassede takster, der baserer sig på de offentlige DRG-takster, men korrigeres (i det omfang det er praktisk muligt) på de områder, hvor omkostningsstrukturen og rammevilkårene for de private sygehuse objektivt afviger fra de offentlige. Korrektionerne udformes som generelle tillæg eller fradrag i forhold til de offentlige DRG-takster.

De sektortilpassede takster vil ikke afspejle den reelle omkostningsstruktur hos de private sygehuse, men vil principielt understøtte ens konkurrenceforhold mellem de offentlige og private sygehuse, idet der ikke systematisk er indbygget særlige ulemper (moms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivning) eller fordele (ingen forpligtelse til forskning, uddannelse og vagtberedskaber m.v.) i taksterne.

Udvalget bemærker, at et Privat DRG ikke i sig selv sikrer udgiftsneutralitet, idet taksterne principielt vil blive dannet (og løbende justeret) rent mekanisk under hensyn til en række objektive faktorer på sygehusområdet. Det vil efter udvalgets opfattelse være muligt at udforme en generel korrektion af taksterne, som afspejler det krav til udgiftsniveau, der (politisk) kan opnås enighed om.

Et PrivatDRG baseret på sektortilpassede takster er principielt enkelt at opstille, men i praksis vil det forudsætte en nærmere kvantificering af en række af de korrektionsfaktorer, som skal lægges til grund for taksterne. Det vil under alle omstændigheder kun være muligt at opgøre nogle af faktorerne (f.eks. uddannelse og vagtberedskaber) med usikkerhed.

Udvalget finder, at et PrivatDRG må opfattes som et udviklingsprojekt og vil således ikke kunne lægges til grund for aftalerne på kort sigt. Der vil dog nu, hvis der er politisk ønske herom, kunne træffes beslutning om at igangsætte udviklingen af et PrivatDRG.

2.1.2. Forhandling

Modellen indebærer en videreførelse af princippet om, at aftalevilkårene, herunder taksterne, fastsættes ud fra en forhandling mellem sygehusejerne (Danske Regioner) og de private udbydere, som har ret til indgå aftaler på dette grundlag. Selve aftaleindgåelsen og administrationen af aftalerne foreslås varetaget af Danske Regioner. Udgangspunktet for forhandlingerne foreslås som i dag at være de offentlige DRG-takster kombineret med regeringens økonomiske aftaler med sygehusejerne.

En række hensyn taler efter udvalgets opfattelse for at bevare et element af forhandling i takstfastsættelsen, bl.a. vil det alt andet lige give en bedre mulighed for, at der bliver indgået aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg end et PrivatDRG.

Modellen bør dog indrettes, så den håndterer de problemstillinger, der kendetegner det nuværende aftalesystem, og som har ført til nedsættelsen af udvalget. Det vil i praksis sige, at de kommende aftalefornyelser i 2007 og frem, i det omfang de skal baseres på forhandlinger, bør ske under en anden institutionel ramme end nu, hvor aftalevilkårene i tilfælde af manglende enighed mellem Danske Regioner og de private udbydere fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Udvalget har på den baggrund overvejet to alternative *konfliktløsningsmodeller*, der begge vil kræve en ændring af sundhedsloven:

En mulighed vil være at lade det nye Lønnings- og Takstnævn, der er oprettet som led i kommunalreformen, varetage opgaven.

En fordel ved, at Lønnings- og Takstnævnet fastsætter taksterne under det udvidede frie sygehusvalg, er bl.a., at de relevante offentlige aktører - regionsrådene, kommunerne, og staten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet) – alle er repræsenteret i nævnet. Nævnet må derfor anses at have den nødvendige faglige ekspertise til at fastsætte takster for behandlinger under det udvidede frie valg. Imod at placere takstfastsættelsen i Lønnings- og Takstnævnet kan imidlertid anføres, at den ikke vil blive opfattet som uvildig af de private udbydere.

En anden mulighed vil være, at de private udbydere, såfremt der ikke på baggrund af forhandling med Danske Regioner kan opnå enighed om aftalevilkårene, har mulighed for at indbringe sagen for en voldgift, der fastsætter vilkårene inden for en fastsat frist. De private udbydere vil herefter, som det gælder i dag have en ret – men ikke pligt - til at indgå aftaler på dette grundlag.

For at sikre, at de af voldgiften fastsatte takster er i overensstemmelse med regeringens sundheds- og udgiftspolitiske målsætninger, vil det kunne fastsættes, at den udpegede voldgiftsformand skal forhandle og fastsætte taksterne inden for rammerne af et mandat givet af indenrigs- og sundhedsministeren og finansministeren. Formanden for voldgiften udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren.

Som anført har udvalget overvejet, hvordan aftalemodellen kan udformes, så den fremover sikrer en vis *stabilitet i aftaletaksterne* over tid - uden dog at takststrukturen i de kommende år låses helt fast.

En variant kunne være fortsat at lade fastlæggelsen af takster og øvrige bero på forhandling mellem regionerne og de private sygehuse – men at aftalerne indgås for mere end ét år ad gangen, som det hidtil har været praksis.

Intervallerne for aftaleindgåelse er ikke reguleret i sundhedsloven.

Hvis det prioriteres fremover at aftale taksterne for længere perioder ad gangen, anbefaler udvalget i givet fald, at taksterne årligt reguleres med:

- Den generelle p/l-regulering i det offentlige DRG-system, og
- De generelle produktivitetskrav på sygehusområdet, der ligger til grund for de årlige, økonomiske aftaler mellem regeringen og regionerne.

Udvalget foreslår dog samtidigt, at der indbygges en mekanisme i modellen, som sikrer:

- At væsentlige, tekniske justeringer af de offentlige DRG-takster årligt genspejles i aftaletaksterne med de private.
- At parterne årligt – på samme måde som i dag - efter en konkret faglig gennemgang kan genforhandle taksterne for et begrænset antal ydelser, ligesom der kan aftales takster for væsentlige nye undersøgelser- og behandlingsformer eller for undersøgelser og behandlinger, der ikke tidligere har været omfattet af aftalerne med de private sygehuse.

Mekanismen udformes symmetrisk, så de ændringer, som på denne måde indarbejdes i taksterne, ikke giver en systematisk sænkning eller forøgelse af de privates takster over tid i forhold til den generelle p/l-fremskrivning og korrektion for produktivitetskrav.

Modellen vurderes samlet at kunne sikre udgiftsneutralitet for det offentlige i forhold til det nuværende aftalegrundlag for 2006 (forlænget for en del af 2007).

Udvalget konstaterer, at der med den nuværende 2006-aftale er etableret et afsæt, som principielt vil kunne danne udgangspunkt for en aftale, der fra 2007 gælder for en længere aftaleperiode (f.eks. 3 år), hvis der er politisk ønske herom. En flerårig aftale fra 2007 kan enten udformes som en teknisk forlængelse af hele den nuværende (forlængede) 2006-aftale eller tage udgangspunkt i 2006-aftalen med mulighed for fra 2006 til 2007 at genforhandle et antal af fritvalgstaksterne.

2.1.3. Udbud

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

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

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

Det vil i forbindelse med et udbud være muligt at specificere

- Et konkret antal operationer, som skal leveres af den enkelte leverandør eller
- At angive et mindstevolumen for antal operationer, som leverandøren får til opgave at levere og forpligte leverandøren til at tage imod ekstra patienter.
- At angive et forventet volumen med en vis udsvingsmargen.

I udbuddet kan der desuden stilles saglige og objektive krav som f.eks. en maksimal ventetid efter henvisning eller konkrete kvalitetskrav, som tilbudsgivere skal leve op til for at komme i betragtning til at vinde udbuddet.

Det vil med andre ord være muligt at formulere udbud på en måde, der sikrer forenelighed med ordningen om det udvidede frie valg, uden at udbuddet retter sig specifikt mod patienter under det udvidede frie valg, der alene dækker ca. 1 pct. af aktiviteten i sygehusvæsenet. Der vil dog givet være en række behandlinger, hvor antallet af udbydere er for begrænset til, at der kan skabes en effektiv priskonkurrence. I disse tilfælde vil udbud ikke være en hensigtsmæssig løsning, da markedet i givet fald fastlåses, hvilket kan forhindre nye leverandører i at komme ind på markedet i kontraktperioden.

Udbud af planlagte operationer m.v. fører ikke i sig selv til ændringer af selve processen omkring takstfastsættelse i forbindelse med det udvidede frie valg. Markedsafprøvningen af omkostningerne ved at gennemføre sygehusbehandlingerne kan dog potentielt give et yderligere grundlag for fastsættelse af takster i forbindelse med en forhandlingsmodel, jf. afsnit 2.1.2.

- Udvalget med undtagelse af Danske Regioner anbefaler, at der arbejdes med udbud som et strategisk instrument for at sikre patienterne en så hurtig adgang til behandling som muligt og en så effektiv drift af sygehusene som muligt. Udbud og konkurrenceudsættelse bør anvendes strategisk i forhold til den samlede sygehusaktivitet, og det anbefales, at der i de enkelte regioner arbejdes med forpligtende målsætninger for en øget anvendelse af udbud. På nationalt plan kan fremme af konkurrenceudsættelse og udbud fx ske ved at fastlægge en national målsætning for regionernes gennemførelse af udbud af planlagte operationer m.v. En sådan målsætning kan f.eks. aftales mellem Regeringen og Danske Regioner i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger og kan f.eks. bestå i, at

regionerne forpligter sig til løbende at udbyde en nærmere fastsat procentdel af deres samlede sygehusaktivitet.

Danske Regioner finder, at udvalgets generelle anbefaling om brug af udbud i forbindelse med driften af det offentlige sundhedsvæsen ligger uden for dette udvalgs kommissorium, som handler om vilkår for den udvidede fritvalgsordning.

Danske Regioner ønsker, at patienterne skal have mulighed for valgfrihed.

Aftalerne om afregning med private sygehuse og -klinikker under det udvidede frie valg giver imidlertid i dag ikke noget stærkt incitament til en høj kvalitet og rationel drift, og de mulige gevinster af det private marked kommer derfor ikke i tilstrækkelig grad samfundet til gode. Danske Regioner mener derfor, at reel konkurrence mellem de private udbydere bør fremmes gennem udbud, så der kan drages nytte af de gevinster, markedet giver.

Danske Regioner ønsker derfor, at op mod halvdelen af de behandlinger, der udføres under udvidet frit valg, gradvist bringes i rammeudbud i løbet af en 3-årig periode efter den rammeudbudsmodel, som Konkurrencestyrelsen har fremlagt under udvalgsarbejdet.

Kvalitet og sikkerhed for patienterne er vigtig, eftersom behandlingen sker for offentlige midler og derfor af patienterne opfattes som godkendt af regionerne. Derfor ønsker Danske Regioner, at der skal stilles ensartede kvalitetskrav, uanset om patienten behandles i offentligt eller privat regi. Dette kan bl.a. understøttes via rammeudbudsmodellen. Danske Regioner ønsker med rammeudbudsmodellen at tage hensyn til tilgængeligheden for patienterne. Samtidig skal der ved udvælgelsen af de behandlinger, der skal sendes i udbud, ske en vurdering af, om der er forudsætning for et privat marked.

Danske Regioner støtter i øvrigt, at taksterne for de behandlinger, der ikke bringes i udbud, fastfrysnes i den samme periode under hensyn til produktivitet og pris- og lønudvikling, jævnfør de i økonomiaftalerne for regionerne aftalte procentsatser.

2.2. Kvalitet

Udvalget finder det naturligt, at de private sygehuse kommer til at efterleve de samme krav til måling og dokumentation af den organisatoriske kvalitet, som via Den Danske Kvalitetsmodel i de kommende år vil blive stillet til de offentlige sygehuse.

Det skal ses i lyset af, at alle private sygehuse og klinikker under det udvidede, frie sygehusvalg principielt bør leve op til de samme krav til kvaliteten af den direkte patientbehandling, som de, der stilles til de offentlige sygehuse. Det indebærer, at et privat hospital, der ikke lever op til de samme krav til den kliniske kvalitet, som gælder i det offentlige sygehusvæsen, vil kunne afvises som aftalepartner.

Udgangspunktet bør således være, at der - uanset hvilken model for takstfastsættelse, som fremover kommer til at gælde for det udvidede, frie sygehusvalg - stilles samme krav til den kliniske og organisatoriske kvalitet på aftalesygehuse, som gælder for de offentlige sygehuse.

2.3. Højt specialiseret behandling

Det er udvalgets vurdering, at de nuværende krav til private sygehuse, der vil udføre højt specialiseret behandling, kombinerer hensynet til kvalitetssikring og de særlige forhold, der nødvendigvis er for private sygehuse, på en hensigtsmæssig måde. De krav, der stilles til de offentlige sygehuse, omfatter flere forhold end

kvaliteten af den umiddelbare patientbehandling og vil ikke i alle tilfælde være relevante at stille til private sygehuse. Der er efter udvalgets opfattelse behov for et eller flere kriterier, som kan udtrykke, at kvaliteten af den direkte patientbehandling og relevante kliniske støttefunktioner under det udvidede, frie sygehusvalg skal være ligeværdig med de offentlige sygehuse.

- Sammenfattende er det udvalgets anbefaling, at kravene til den faglige kvalitet af aftalesygehusenes specialiserede funktioner knyttes til de direkte patientbehandlingsrelaterede standarder og krav, som fremover vil blive stillet under Den Danske Kvalitetsmodel.

2.4. Takstdifferentiering

Udvalget skal fremlægge forslag til takststrukturer, der giver mulighed for at differentiere fritvalgstaksterne ud fra hvilke forpligtelser, som de private sygehuse og klinikker evt. ønsker at påtage sig udover de rene behandlingsopgaver.

Udvalget har i denne forbindelse særligt overvejet forpligtelser vedrørende forskning, uddannelse og vagtberedskaber.

Det er opgaver, som de private sygehuse ikke er pålagt i samme omfang som de offentlige, men som i princippet udmærket vil kunne løses af de private sygehuse efter nærmere aftale med regionerne.

F.eks. har de private sygehuse under udvalgsarbejdet tilkendegivet en intention om på sigt at blive yderligere integreret i uddannelsessystemet på sygehusområdet. Et andet eksempel kunne være, at udvalgte privatsygehuse påtager sig opgaver i forhold til vagtplanlægningen på et eller flere specialer i de enkelte regioner, hvis det hensigtsmæssigt og naturligt kan indpasses i sygehusplanlægningen.

Af hensyn til at sikre ens behandlingsmuligheder for alle patienter uanset deres bopæl vil det enkelte privatsygehus skulle indgå sådanne aftaler med sygehusejerne under ét – dvs. på samme måde som de generelle fritvalgsaftaler.

2.5. Information til patienterne om det udvidede, frie sygehusvalg

Det har i forbindelse med udvalgsarbejdet været drøftet, hvordan patienterne sikres den nødvendige information fra det offentlige sygehusvæsen om retten til udvidet, frit sygehusvalg. Udvalget har noteret sig, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gennemført en særskilt evaluering af erfaringerne med den udvidede informationspligt, der trådte i kraft den 1. januar 2005.

Den udvidede informationspligt for sygehusene er indført med henblik på at styrke patienternes grundlag for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg. Den udvidede informationspligt indebærer, at sygehusene senest 8 hverdage efter modtaget henvisning af en patient skal oplyse patienten:

- 1) om dato og sted for undersøgelse eller behandling.
- 2) om patienten kan tilbydes behandling inden for 2 måneder efter reglerne om udvidet frit sygehusvalg.
- 3) om retten til at vælge sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.
- 4) om ventetiden på behandling ved regionernes egne og andre regioners sygehuse samt ved de i loven nævnte specialsygehuse m.fl.
- 5) om at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 4 nævnte sygehuse.
- 6) om at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.

Den af Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemførte evaluering viser bl.a. følgende resultater:

Mange patienter (84 pct.) har kendskab til det frie sygehusvalg, mens færre (58 pct.) har kendskab til det udvidede frie sygehusvalg. Kendskabet til det frie sygehusvalg mellem offentlige sygehuse er steget markant siden 2004-undersøgelsen, hvor kun 65 pct. angav at kende til det frie sygehusvalg. Kendskabet til det udvidede frie sygehusvalg er derimod stort set uændret siden 2004-undersøgelsen, hvor 55 pct. angav at kende til ordningen.

Der er stor forskel på de offentlige sygehuses og aftalesygehusenes opfattelse af, om de offentlige sygehuse lever op til deres udvidede informationspligt. 92 pct. af de offentlige sygehuse mener, at de i høj grad eller meget høj grad lever op til kravene, mens 71 pct. af de private aftalesygehuse mener, at de offentlige sygehuse kun lever op til kravene i nogen grad eller mindre grad.

Der er markant forskel på patienternes og de offentlige sygehuses svar mht. overholdelse af lovens frist på 8 dage. 90 pct. af de offentlige sygehuse angiver, at de informerer inden for 8 dage. 62 pct. af patienterne angiver derimod, at der gik 1-2 uger eller mere, inden de modtog information fra sygehuset.

Kun 28 pct. af alle patienter, som enten har fået besked på, at de ikke kan blive behandlet inden for 2 måneder, eller patienter, som har en uafklaret diagnose angiver, at de har modtaget information om det udvidede frie sygehusvalg. Det er en lavere andel end i 2004-undersøgelsen, hvor 36 pct. angav at have modtaget information om det udvidede frie sygehusvalg.

De patienter, som kan behandles inden for 2 måneder i det offentlige sygehusvæsen, er bedst informerede om deres valgmuligheder m.v., mens de patienter, som ikke har fået besked på, om de kan blive behandlet inden for 2 måneder, generelt er dårligst informeret om deres valgmuligheder.

Der er enighed om, at det foreliggende resultat efterfølgende drøftes mellem de relevante parter. Udvalget har i den forbindelse noteret sig, at indenrigs- og sundhedsministeren har sendt evalueringsrapporten til regionsrådsformændene og bedt dem tage initiativer til at forbedre patientinformationen og melde tilbage om, hvilke konkrete initiativer de vil tage.

På baggrund af tilbagemeldingerne, vil ministeren tage stilling til om og i givet fald hvilke øvrige initiativer, der er behov for.

Der vil herudover blive iværksat en monitorering af overholdelse af sygehusenes udvidede informationspligt gennem den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, og ministeriet udvikler en indikator for overholdelse af informationspligten, som kan indgå i opgørelserne, herunder stjernetildelingen på www.sundhedskvalitet.dk.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen om at opdatere sin skrivelse til landets sygehuse om administration af udvidet frit sygehusvalg. Her er behov for pædagogiske eksempler på beregning af 2 måneders fristen, bl.a. i forbindelse med henvisning til diagnostiske undersøgelser. Ligeledes er der behov for, at præcisere, hvornår patienter har en uklar diagnose, som først skal afklares, før patienten kan henvises til et aftalesygehus. Ministeriet vil også opdatere og præcisere sin vejledning om regionernes oplysningspligt og patientinformation.

2.6. Udvalgets forslag til en samlet model vedr. takstfastsættelse

Parterne har forlænget de eksisterende aftalevilkår for 2006 først frem til 1. april 2007 og derefter til 1. oktober 2007 med henblik på at fastholde behandlingstilbud og fritvalgsmuligheder til patienterne på det nuværende niveau.

På baggrund af rapportens analyser og overvejelser anbefaler udvalget, at en revision af den nuværende model for aftalevilkår under det udvidede, frie sygehusvalg tilrettelægges med sigte på en justering, som kan gennemføres på henholdsvis kort og lidt længere sigt.

På kort sigt – dvs. så hurtigt som muligt i den resterende del af 2007 og hele 2008 samt evt. 2009 – anbefaler udvalget en model, hvor taksterne og øvrige vilkår grundlæggende baseres på en forhandling mellem parterne (forhandlingsmodel). Med henblik på at skabe en øget stabilitet i det økonomiske grundlag for de private aftalesygehuse over tid anbefaler udvalget, at modellen udformes således, at takster og vilkår for den resterende del af 2007 baseres på en forlængelse af de nuværende, forlængede 2006-aftaler – dog justeret for p/l og produktivitet samt med mulighed for genforhandling på udvalgte behandlingsområder efter den metode, der er peget på i afsnit 6.5.3. Aftalerne for 2008 baseres tilsvarende på en forlængelse af aftalerne for den resterende del af 2007 – med de anførte korrektioner og justeringsmuligheder.

Udvalget anbefaler, at overvejelserne i rapporten om mere grundlæggende at få fastlagt et niveau for taksterne, som såvel regionerne og de private sygehuse opfatter som rimeligt, giver grundlag for at forsøge at udvikle et PrivatDRG baseret på sektortilpassede takster, der på lidt længere sigt kan danne udgangspunkt for fastlæggelsen af taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg. Modellen svarer til udvalgets forslag i afsnit 6.4.

Etableringen af et PrivatDRG må som anført opfattes som et udviklingsprojekt. Udviklingsarbejdet kan f.eks. ske i form af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af regionerne og de private sygehuse.

Hvis der ikke kan opnås enighed mellem parterne om udformningen af et samlet PrivatDRG-system, herunder det samlede niveau for taksterne og udgiftsvirkningerne heraf, skal udvalget anbefale, at takster og vilkår baseres på forhandling (årlig forlængelse med korrektioner for p/l og produktivitet samt mulighed for justeringer på udvalgte behandlingsområder), svarende til den skitserede løsning på kort sigt.

Udvalget skal derudover anbefale, at der til håndtering af evt. konflikter vedrørende den del af aktiviteten under fritvalgsordningen, der er genstand for forhandling, aftales en voldgiftsordning svarende til modellen i rapportens afsnit 7.2.2.

Vedrørende spørgsmålet om udbud henvises til kapitel 2.1.

3. Det udvidede, frie sygehusvalg

3.1. Regler og rammer for det udvidede, frie sygehusvalg

For at nedbringe ventetiderne til sygehusbehandling og sikre patienterne frit valg til private og udenlandske sygehuse gennemførte regeringen med virkning fra den 1. juli 2002 et udvidet, frit sygehusvalg, der giver frit valg til private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som Danske regioner (før 1. januar 2007 Amtsrådsforeningen) har indgået aftale med (aftalesygehuse).

Fritvalgsordningen giver en person, som er henvist til sygehusbehandling, ret til at vælge behandling på et af de private aftalesygehuse, hvis patientens bopælsregion ikke inden for 2 måneder efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde behandling ved regionens egne sygehuse eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Den udvidede fritvalgsordning gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk operation, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling m.v. Ordningen gælder heller ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling. Ordningen vedrører alene behandling på sygehus og omfatter således ikke henvisninger til speciallægepraksis.

For at skabe reelle valgmuligheder og styrke patienternes ret til frit sygehusvalg har de offentlige sygehuse ved en ændring af sygehusloven med virkning fra 1. januar 2005 fået en udvidet informationspligt, jf. sygehusloven § 5 g, stk. 5 og 6, som er videreført i sundhedslovens § 90.

Reglerne indebærer bl.a., at det offentlige sygehusvæsen senest 8 hverdage efter, at et af regionens sygehuse har modtaget henvisning af en patient, skal oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse eller behandling, om patienten kan tilbydes behandling inden for 2 måneder efter reglerne om udvidet, frit sygehusvalg, og om retten til at vælge sygehus efter reglerne om frit og udvidet, frit sygehusvalg.

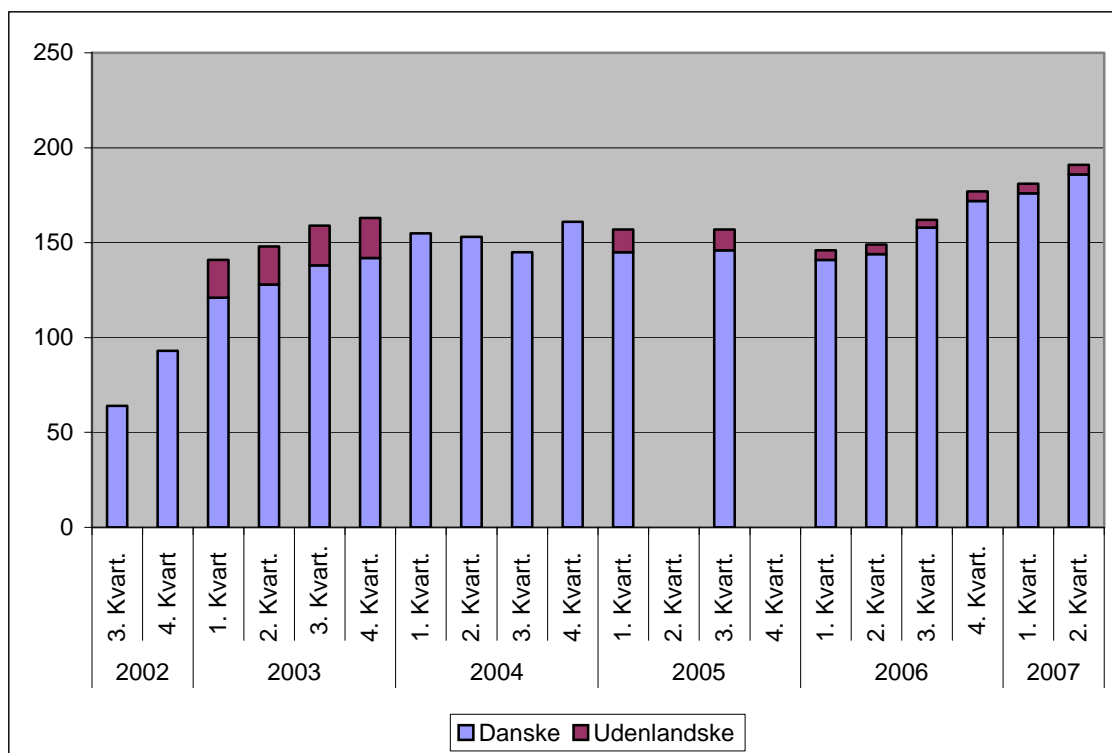
For patienter henvist til behandling efter reglerne om udvidet, frit sygehusvalg påhviler det patientens bopælsregion at afholde befordringsudgifter for patienten selv og eventuel nødvendig ledsager svarende til afstanden til det sygehus, hvor behandling m.v. ville have fundet sted efter regionens visitationspraksis. Dette forudsat i øvrigt, at patienten og eventuel ledsager opfylder gældende regler om befordringsgodtgørelse.

3.2. Udvikling i behandlingstilbud, aktivitet og udgifter

3.2.1 Behandlingstilbud

I 2. kvartal 2007 havde Danske Regioner aftaler med 191 private sygehuse og klinikker i Danmark og udlandet. Heraf var 5 af aftalerne indgået med private i udlandet.

Figur 3.1. Antal aftaler med private udbydere ¹⁾



Kilde: Danske Regioner.

- 1) Der var i 2004 10 aftaler med udenlandske sygehuse, men der findes ingen kvartalsvis opgørelse for 2004.

Det kan konstateres, at antallet af aftaler med private udbydere, efter at være steget de første par år efter ordningens indførelse, siden 2003 har ligget på ca. 140-190, hvor aftalerne for den sidste del af perioden ligger i den øvre del af intervallet. Danske regioner offentliggør til brug for både patienter, myndigheder og private udbydere de indgåede aftaler på hjemmesiden www.sygehusvalg.dk.

En oversigt over andelen af specialer, der er dækket af aftaler, kan give et indtryk af omfanget af tilbuddene til patienterne. I nedenstående er opgjøret, hvor mange aftaler der er indgået i forhold til de overordnede operations-/behandlingsgrupper. Opgørelsen er udarbejdet med udgangspunkt i kapitlerne i Klassifikation af operationer, Klassifikation af undersøgelser, Behandlings- og Plejeklassifikationen og Danske Regioners forløbskoder. En oversigt over, hvilke behandlinger som er dækket af aftalerne, kan give et indtryk af omfanget af tilbuddene til patienterne. Det skal understreges, at det ikke nødvendigvis er alle behandlinger/operationer inden for grupperne, der er dækket af aftalerne.

Tabel 3.1. Klassifikation af operationer fordelt på aftaler pr. 21. juni 2007

KA	Operationer på nervesystemet	49
KB	Operationer på endokrine organer	8
KC	Operationer på øjet og dets omgivelser	82
KD	Operationer på øre, næse, hals og strubehoved	51
KE	Operationer på tænder, kæber, mund og svælg	41
KF	Operationer på hjerte og store intrathoracale kar	1
KG	Operation på brystvæg, pleura, mediastinum, diafragma, trachea, bronchier og lunger	0
KH	Operationer på mammae	39
KJ	Operationer på fordøjelsesorganer og milt	45
KK	Operation på urinveje, mandlige genitalia og retroperitonealt væv	46
KL	Operationer på kvindelige genitalier	23
KN	Operationer på bevægeapparatet	58
KP	Operationer på perifere kar og lymfesystemet	49
KQ	Operationer på hud og subkutant væv	73
KT	Punkturer, punktionsbiopsier og mindre kirurg. Operationer	72
KU	Endoskopi gennem naturlige åbninger	54
KY	Udtagning af væv til transplantation	7

Klassifikation af undersøgelser

UX	Radiologiske procedurer	69
----	-------------------------	----

Behandlings- og plejeklassifikationen

BA	Nervesystemet	8
BF	Hjerte og store kar	3
BI	Mave-tarmkanal	0
BJ	Nyrer, urinveje og kønsorganer	8
BL	Bevægeapparatet	30
BN	Hud og underhud	10

Danske regioners forløbskoder

XY	Søvnapnø Smertebehandling Lungefunktion, spirometri m.m.	28 i alt
----	--	----------

Kilde: Danske Regioner.

Der har siden det udvidede, frie valgs indførelse været en generel udvikling mod, at aftalesygehusene ønsker at udføre flere større operationer og højt specialiseret behandling. Der kan generelt identificeres en nedgang med hensyn til mindre kirurgiske operationer, som foretages i de små private klinikker som eksempelvis grå stær. I de sidste år er der indgået flere aftaler om radiologiske undersøgelser, herunder især røntgen og scanning.

Omfanget af ydelsessortimentet hos de private udbydere kan endvidere vurderes i forhold til geografi. Amtsrådsforeningen - nu Danske Regioner - har indgået aftaler med alle private, der har ønsket det. Nedenstående tabel 3.2 viser, at der ikke er en jævn fordeling af de private udbyders placering. Det generelle billede siden indførelsen af fritvalgsordningen er, at der er indgået flere aftaler Øst for Storebælt og omkring de store byer. Det kan forklares ved både befolkningens størrelse og antallet af speciallæger i forskellige områder af landet.

Tabel 3.2. Oversigt over antallet af aftaler fordelt på regioner

Region Midtjylland	45
Region Nordjylland	22
Region Syddanmark	32
Region Hovedstaden	77
Region Sjælland	15

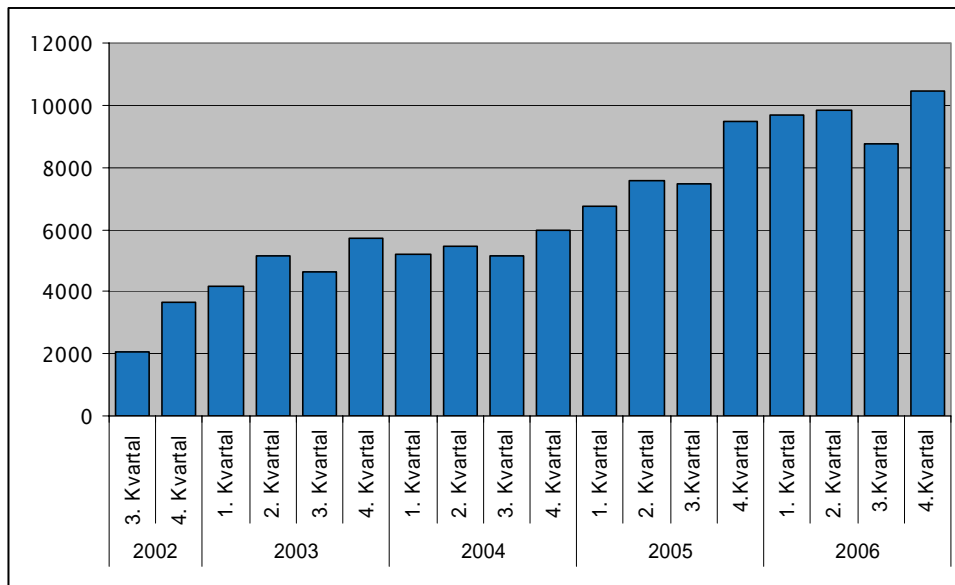
Kilde: www.sygehusvalg.dk (pr. 21. juni 2007).

3.2.2. Aktivitet

Fra juli 2002 og frem til 2004 har Amtsrådsforeningen kvartalsvist opgjort aktiviteten for den udvidede fritvalgssordning på baggrund af indberetning fra amterne. Fra 2005 og frem er aktiviteten opgjort på baggrund af de private sygehuse og klinikkens indberetning til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

Anvendelsen af det udvidede, frie sygehusvalg har været stigende siden indførelsen pr. 1. juli 2002. Med udgangen af 2006 havde i alt knap 118.000 personer benyttet sig af ordningen.

Figur 3.2. Antal patienter der har benyttet det udvidede, frie sygehusvalg (3.kvartal 2002 til 4. kvartal 2006) ¹⁾.



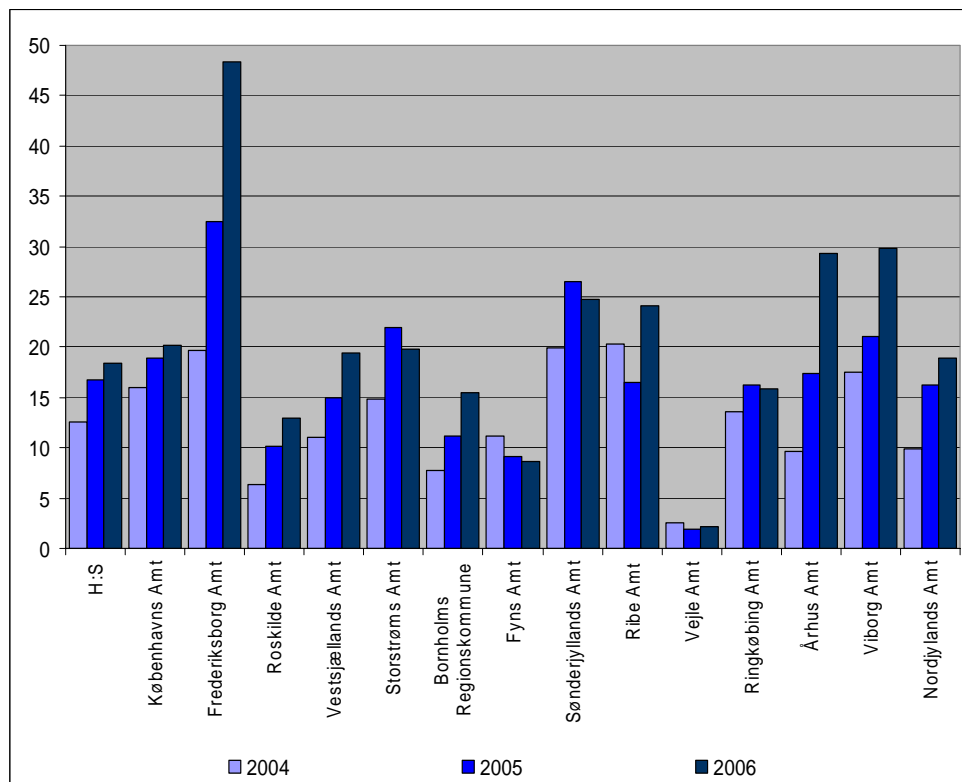
Kilde: Danske Regioner.

1. Fra og med 1.kvartal 2005 er opgørelsesmetoden ændret. Tallene fra og med 2005 er fra Landspatientregisteret.

I 2006 benyttede knap 39.000 personer det udvidede, frie sygehusvalg, hvilket er en stigning på 24 pct. i forhold til 2005, hvor godt 32.000 benyttede sig af ordningen. Til sammenligning kan endvidere fremhæves, at der i ordningens første halvanden år – dvs. i perioden 1. juli 2002 til 31. december 2003, var 25.349 personer, som benyttede sig af det udvidede, frie sygehusvalg.

I nedenstående figur 3.3 er antallet af personer, der har benyttet sig af det udvidede, frie sygehusvalg i 2004 - 2005, illustreret. Antallet af fritvalgspatienter er sat i forhold til det samlede antal personer, der har modtaget behandling i det pågældende år.

Figur 3.3. Antal personer behandlet efter det udvidede, frie sygehusvalg pr. 1000 behandlede personer efter bopælsamt, 2004 - 2006²³



Anm.: Behandlede personer er summen af behandlet ikke-akut på offentlige sygehuse eller personer i medfør af den udvidede fritvalgsordning.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, juni 2007

I 2004 udgjorde antallet af personer behandlet efter det udvidede, frie sygehusvalg på landsplan 12,8 personer pr. 1.000 behandlede personer, svarende til 1,3 pct. af alle behandlede. I 2006 er andelen vokset til 2,0 pct. af alle behandlede. Figuren viser, at der er ganske betydelige forskelle på tværs af amterne vedrørende anvendelsen af det udvidede, frie sygehusvalg.

Nedenstående tabel 3.3. viser anvendelsen af det udvidede, frie sygehusvalg i 2005 på en række behandlingstyper i forhold til den samlede anvendelse i samme behandlingskategori. Der er sammenlignet med samtlige ikke-akutte behandlede og dermed også patienter, som er blevet behandlet med en ventetid på under to måneder. Skønsmæssigt vurderes det, at ca. en tredjedel af alle ventende patienter har en ventetid på mere end to måneder. Dette indikerer, at ud af samtlige personer, som har fået udført f.eks. en operation på øjet, kan den opgjorte andel på 11,6 pct. skønsmæssigt vurderes reelt at udgøre omtrent 33 pct. alle potentielle brugere.

Samlet vurderes det, at skønsmæssigt godt 5 pct. af de patienter, der har en ventetid på mere end to måneder, anvender ordningen.

² Det bemærkes, at i tallene, som er årsopgjorte, tæller den samme person kun med én gang i året.

³ Tallene for 2006 er foreløbige.

Tabel 3.3. Andel af behandlinger som udføres under det udvidede frie sygehusvalg.

Pct.	Behandling/operation	Andel produktionsværdi	Andel personer	
Behandling og pleje				
Operationer	Nervesystemet	0,1	0,5	
	Hjerte og store kar	3,9	4,9	
	Brysthule, lunger og respiration	0,1	1,1	
	Urinveje og kønsorganer	0,0	0,1	
	Bevægeapparatet	0,2	0,5	
	Hud og underhud	0,1	0,3	
	Psykosociale behov og funktioner	0,1	0,9	
	Kommunikation og generelle pædagogiske interventioner	0,3	1,0	
	På nervesystem	5,6	6,9	
	På endokrine organer	0,2	0,3	
	På øjet og øjenomgivelser	6,2	11,6	
	På øre, næse, hals og strubehoved	5,8	5,8	
	På tænder, kæber, mund og svælg	1,5	1,8	
	På hjerte og store intrathoracale kar	4,6	5,6	
	På brystvæg, pleura, mediastinum, diafragmatrachea, bronchier og lunger	0,0	0,0	
	På mammae	3,6	5,0	
	På fordøjelsesorganer og milt	0,6	1,1	
	På urinveje, mandlige genitalier og retroperitonealt væv	1,4	1,9	
	På kvindelige genitalier	0,3	0,2	
	På bevægeapparatet	6,2	5,7	
	På perifere kar og lymfesystemet	1,2	4,6	
	På hud og subkutant væv	2,3	3,4	
	Punkturer, punktionsbiopsier og mindre operationer	0,1	0,3	
	Endoskopi gennem naturlige åbninger	0,4	0,8	
	Udtagning af væv til transplantation	0,5	0,6	
	Undersøgelser	Radiologiske procedurer	0,9	1,2

Kilde: Landspatientregisteret 2005

Tabel 3.4. nedenfor viser fordelingen i anvendelsen af det udvidede, frie valg opgjort på en række behandlingstyper. Det har af datamæssige årsager ikke været muligt at lave en konsistent tidsserie for hele perioden 2002-2005 under ét. Tabel 3.4.a. viser derfor perioden 2002-2004, mens tabel 3.4.b. viser perioden 2004-2006.

Tabel 3.4.a. Det udvidede, frie sygehusvalg 2002-2004 fordelt på behandlingstype ¹⁾

Indgreb/behandling (Antal)	2002 ²⁾	2003	2004
Ortopædkirurgi – hånd /håndled	223	835	812
Ortopædkirurgi – albue/underarm	35	116	155
Ortopædkirurgi – skulder/overarm	235	870	1.086
Ortopædkirurgi – hofte/hofteled	84	218	333
<i>Heraf hofte alloplastikker</i>	67	165	212
Ortopædkirurgi – knæ/knæled	659	2.076	2.230
<i>Heraf knæ alloplastikker</i>	29	132	163
<i>Heraf korsbåndsoperationer</i>	73	327	337
Ortopædkirurgi – fod/fodled	182	694	796
Rygkirurgi	122	838	682
<i>Heraf operation for diskusprolaps</i>	47	422	155
Bryst	1	3	2
Øre, næse, hals	450	2.766	3.428
<i>Heraf behandling for søvnapnø</i>	256	1.091	1.824
Kirurgi – perifere kar	247	1.170	1.465
<i>Heraf operationer af varicer</i>	239	1.165	1.429
Øjenkirurgi	2.269	4.899	3.327
<i>Heraf operation for grå stær</i>	2.103	4.639	2.077
Mave/tarm	189	669	512
<i>Heraf operationer for brok</i>	108	279	291
<i>Heraf galdeblæreoperationer</i>	59	247	99
Urinveje og mandlige kønsorganer	30	333	444

Gynækologi	29	193	197
Hjerte/kar	84	357	255
<i>Heraf by-pass operationer</i>	<i>17</i>	<i>47</i>	<i>19</i>
<i>Heraf ballonudvidelser</i>	<i>4</i>	<i>44</i>	<i>36</i>
<i>Heraf KAG</i>	<i>21</i>	<i>213</i>	<i>140</i>
Plastikkirurgi	588	1.265	1.054
<i>Heraf indgreb på bryst</i>	<i>278</i>	<i>668</i>	<i>555</i>
<i>Heraf operation for abdomen pændens</i>	<i>154</i>	<i>296</i>	<i>214</i>
<i>Heraf brystrekonstruktion</i>	<i>2</i>	<i>45</i>	<i>52</i>
Børnekirurgi	-	24	2
Røntgenundersøgelser og scanninger	161	608	2.690
Endoskopi	-	40	99
Ikke oplyst / andet	95	914	1.949
Ambulante besøg hudkirurgi	-	-	-
I alt	5.693	19.656	21.759

Kilde: Danske Regioner.

1. Tallene er opgjort af de enkelte amter ved summering af kvartalstal. Hvis samme person har haft flere kontakter i ét kvartal, tælles personen kun med én gang for kvartalet.
2. 2. halvår.

Tablet 3.4.b. Det udvidede, frie sygehusvalg 2004-2006 fordelt på behandlingstype ¹⁾

Indgreb/behandling (antal)	2004	2005	2006
Operationskoder	13.512	15.949	13.885
Operationer på nervesystemet	456	856	875
Operationer på endokrine organer	4	5	2
Operationer på øje og øjenomgivelse	3.255	4.398	3828
Operationer på øre, næse og strubehoved	728	717	544
Operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg	441	273	154

Operationer på hjerte og store intrathoracale kar	396	519	501
Operationer på brystvæg, pleura, mediastinum, diafragma, trachea, bronchier og lunger	1	1	1
Operationer på mammae	515	448	493
Operationer på fordøjelsesorganer og milt	327	438	366
Operationer på urinveje, mandlige genitalia og retroperitonealt væv	289	504	701
Operationer på kvindelige genitalia	131	95	145
Obstetriske operationer	1		0
Operationer på bevægeapparatet	3.586	4.596	3545
Operationer på perifere kar og lymfesystem	986	685	291
Operationer på hud og subkutant væv	1.264	1.188	1231
Punkturer, punktionsbiopsier og mindre operationer	121	111	160
Endoskopi gennem naturlige åbninger	1.011	1.114	1048
Udtagning af væv til transplantation		1	0
Behandlingskoder	487	1.205	1754
Undersøgelseskoder	4.159	8.449	15.507
Ikke oplyst	7.290	7.233	9.162
I alt	25.448	32.836	40.308

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

1. Tallene er opgjort på baggrund af amternes aktivitetsregistreringer i Landspatientregisteret.

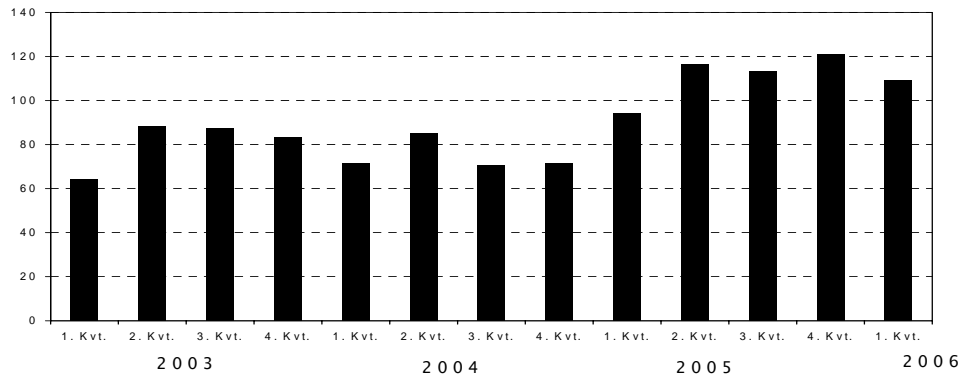
Tabel 3.4.a. og tabel 3.4.b. viser sammenfattende, at der foretages flest behandlinger inden for kirurgiske operationer. Der kan ses en tendens mod, at aftalesygehusene vælger at foretage store kirurgiske indgreb inden for rykirurgien. Der kan endvidere konstateres en betydelig vækst inden for røntgenundersøgelser og scanninger. Der kan derimod observeres et fald inden for bl.a. operation for grå stær.

Aktivitetsopgørelsen viser endvidere bl.a., at aftalesygehusene vælger at udføre andre former for behandlinger end de oplyste. Derfor stiger posten for andet/ikke oplyst. Da de oplyste behandlinger typisk har forhandlede takster mellem Danske Regioner og SPPD, betyder denne udvikling, at aftalesygehusene generelt foretager flere behandlinger til den gældende DRG takst.

3.2.3. Udgifter

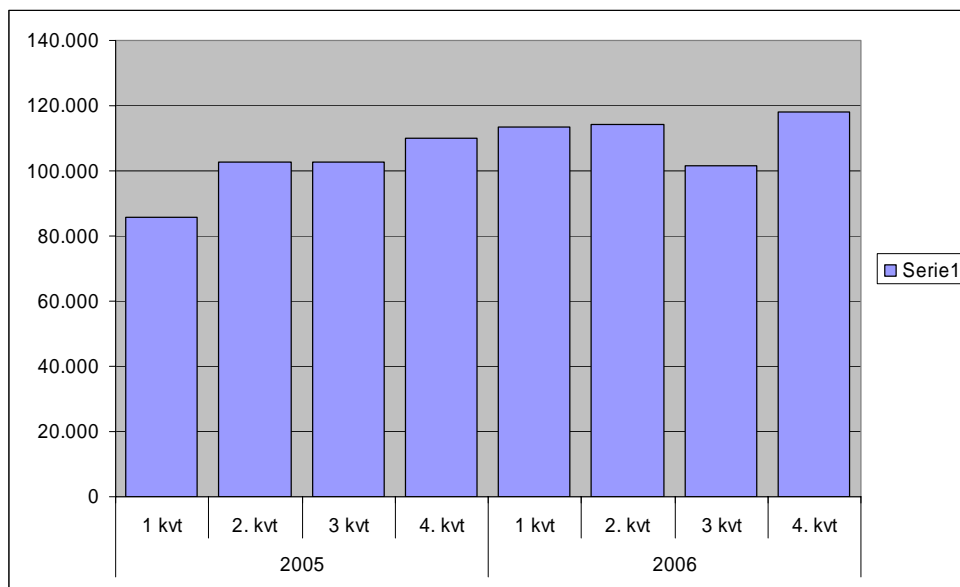
I følge Danske Regioner var omsætningen efter den udvidede fritvalgsordning i 3. og 4. kvartal 2002 ca. 89 mio. kr., i 2003 ca. 323 mio. kr., i 2004 ca. 298 mio. kr., i 2005 ca. 444 mio. kr. og 447 i 2006⁴

Figur 3.4. Omsætning for det udvidede, frie sygehusvalg, 2002-2006 (i 2006 pris- og lønniveau)



Kilde: Danske Regioner.

Figur 3.4.b Omsætning for det udvidede, frie sygehusvalg, 2005-2006 (i 2006 pris- og lønniveau)



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Samlet set har det udvidede, frie sygehusvalg betydet, at der til og med 4. kvartal 2006 skønsmæssigt er blevet afregnet for ca. 1.598 mio. kr. på private sygehuse og klinikker svarende til en gennemsnitlig kvartalsvis omsætning på det private marked for sundhedsydelser på ca. 84 mio. kr., jf. figur 3.4. og 3.4.b Til sammenligning er den gennemsnitlige kvartalsvise omsætning for den elektive aktivitet på de offentlige sygehuse ca. 5.800 mio. kr. målt i DRG produktionsværdi.

⁴ 2006-pris og lønniveau. Tallene er opgjort på baggrund af de offentlige DRG-takster og indeholder al aktivitet registreret i Landspatientregisteret for private sygehuse finansieret af det offentlige, herunder amtsbetalt aktivitet udenom det udvidede, frie sygehusvalg.

Tabel 3.6 rangordner privatsygehuse efter deres omsætning i forhold til fritvalgsordningen, opgjort i DRG-værdi.

Tabel 3.6. Antal fritvalgssygehuse fordelt på DRG-omsætning, 2006

	antal sygehuse
mindre end 1 mio.	94
mellem 1 og 2 mio.	15
mellem 2 og 4 mio.	17
mellem 4 og 10 mio.	9
mellem 10 og 50 mio.	11
mellem 50 og 100 mio.	2
I alt antal sygehuse	148

Note: Værdien er opgjort i takstsystem 2006 for patienter indberettet til LPR. Værdien er dermed højere end det faktisk afregnede.

Hovedparten af de privatsygehuse og klinikker, som har haft en aftale med amterne under det udvidede, frie sygehusvalg, har haft en forholdsvis lille fritvalgsaktivitet. Af de 148 sygehuse, der i 2006 har registreret aktivitet i Landspatientregisteret, har således 94 sygehuse en DRG-omsætning på under 1 mio. kr. Kun 2 privatsygehuse har en omsætning på over 50 mio. kr.

Tallene siger ikke nødvendigvis noget om den absolutte størrelse af de private sygehuse, idet sygehuse typisk vil have aktivitet vedrørende selvbetalende patienter ved siden af de opgaver, de løser i relation til den udvidede fritvalgsordning.

I tabel 3.7 er fordelingen af privatsygehuse i stedet illustreret via det antal patienter, der har modtaget behandling i 2006.

Tabel 3.7. Antal patienter behandlet ambulant eller stationært på et privat sygehus under det udvidede frie sygehus valg, 2006

	antal sygehuse
færre end 50	61
mellem 50 og 100	19
mellem 100 og 200	16
mellem 200 og 400	15
mellem 400 og 600	12
mellem 600 og 800	9
mellem 800 og 1000	4
mellem 1000 og 1500	7
mellem 1500 og 2000	5
over 2000	0
I alt antal sygehuse	148

Som anført i afsnit 3.2.2 blev der i 2006 behandlet ca. 40.000 personer på de private sygehuse under det udvidede frie sygehusvalg. Tabellen viser, at 61 af de i alt 148 aftalesygehuse hver behandlede mindre end 50 forskellige, offentlige patienter i løbet af året. Fem sygehuse modtog mellem 1500 og 2000 patienter via ordningen.

Endelig viser tabel 3.8 den samlede DRG-værdi for 2006 af de behandlinger, som er gennemført under det udvidede, frie sygehusvalg, fordelt på bopælsamter.

Tabel 3.8. DRG-værdi for det udvidede frie sygehusvalg 2006. ¹⁾

1.000 kr.	DRG-værdi
H:S	33.956
Københavns Amt	51.554
Frederiksborg Amt	34.688
Roskilde Amt	14.493
Vestsjællands Amt	27.294
Storstrøms Amt	20.790
Bornholms Regionskommune	3.811
Fyns Amt	17.774
Sønderjyllands Amt	25.425
Ribe Amt	57.101
Vejle Amt	5.780
Ringkøbing Amt	25.477
Århus Amt	58.255
Viborg Amt	22.683
Nordjyllands Amt	46.317
I alt	445.399

Kilde: Landspatientregisteret 2006, opgjort i 2006 pris- og lønniveau.

1. Værdien er opgjort på baggrund af de offentlige DRG-takster og indeholder al aktivitet registreret i Landspatientregisteret for private sygehuse finansieret af det offentlige. Der er således ikke taget højde for de særlige takster, der gælder under det udvidede frie sygehusvalg, ligesom amtsbetalt aktivitet udenom det udvidede, frie sygehusvalg indgår i tallene.

4. Det nuværende aftalesystem

4.1. Procedurer for indgåelse af aftaler

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

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

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

En aftale mellem Danske Regioner (før 1. januar 2007 Amtsrådsforeningen) 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 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.

Det 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. Ændringer i aftalerne mellem forhandlingsperioder foretages i allonger. Ydelsessortimentet i en aftale kan ændres med 2 måneders varsel eller uden varsel, såfremt Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) og aftalesygehuset er enige herom.

Det har ikke i lovgivningen været fastsat, med hvilke intervaller Danske Regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) skal genforhandle aftaler med de private udbydere. Det nuværende system med at opsige og genforhandle aftalerne ved årsskiftet følger af, at Amtsrådsforeningen har tolket det sådan, at aftalerne skal følge DRG-taksterne, som ændres hvert år.

Efter § 45 i bekendtgørelse nr. 109 af 21. februar 2006 om ret til sygehusbehandling og befordring m.v. (§ 27 i tidligere bekendtgørelse nr. 1193 af 7. december 2004 om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v.) skal de private udbydere her i landet og i udlandet, der ønsker at indgå aftale efter den udvidede fritvalgsordning med regionerne, på anmodning fra Danske regioner (tidligere Amtsrådsforeningen) eller indenrigs- og sundhedsministeren fremlægge dokumentation vedrørende: behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper og lignende, ventetid til behandling og patientrettigheder.

Som det nærmere er beskrevet i kapitel 8, har det i forbindelse med indgåelse af aftaler med private udbydere om højt specialiseret behandling været praksis, at Amtsrådsforeningen – nu Danske Regioner - forinden aftaleindgåelse indhenter faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Der er i bilag til standardaftalen angivet, hvilken dokumentation de private udbydere er forpligtet til at fremlægge, bl.a. oplysninger om lægelig kompetence samt oplysninger om kapacitet og dimensionering. Danske Regioner anmoder på baggrund heraf Sundhedsstyrelsen om at vurdere, om den pågældende behandling vil kun foregå lægeligt forsvarligt på det private sygehus.

Danske Regioner har i øvrigt mulighed for, hvor der er tvivl om det faglige grundlag, eller hvis der ikke tidligere har været indgået aftale om en behandling, at rådføre sig med Sundhedsstyrelsen.

Efter bekendtgørelsens § 47 (tidligere bekendtgørelses § 28) skal de private sygehuse og klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, der har fået henvist en patient til behandling i henhold til en aftale med regionerne, til brug for en fortsat behandling og for afregning for udført behandling give alle de relevante oplysninger om behandlingen til det sygehus, som har henvist patienten.

De private udbydere er endvidere forpligtet til løbende at indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Landspatientregisteret. Indberetningen til Landspatientregisteret er en forudsætning for, at der kan foretages en afregning med patientens bopælsregion.

4.2. Nuværende takstmodel

4.2.1. Regler og aftalegrundlag for takstfastsættelsen

Lovgrundlag

Der er som udgangspunkt ingen nærmere, formelle regler for, hvilke takster der skal aftales mellem regionerne og de private sygehuse m.v. under det udvidede, frie sygehusvalg.

Det indebærer, at taksterne grundlæggende beror på en forhandling mellem de private sygehuse og regionerne, hvor parterne har mulighed for konkret at aftale, hvilke takster der skal gælde for de enkelte behandlinger.

Kan parterne ikke blive enige, kan det private sygehus indbringe spørgsmålet for Indenrigs- og Sundhedsministeriet, jf. afsnit 4.1.

Det er imidlertid en helt grundlæggende politisk forudsætning for det udvidede, frie sygehusvalg, at der skal skabes reelle muligheder for patienterne for at kunne vælge et privat sygehus, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 2 måneder. En betingelse herfor er bl.a., at takstafregningen mellem regionerne og de private sygehuse ikke giver væsentlige økonomiske barrierer for patientudvekslingen.

Der er på denne baggrund i sundhedsloven (tidligere sygehusloven) fastlagt en overordnet ramme for takstfastlæggelsen. Det fremgår således af bemærkningerne til sygehusloven (L64 af 29. januar 2002), at "*Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere*". Forudsætningen om at tage udgangspunkt i DRG-taksterne skyldes en forventning om, at der derudover på alle væsentlige behandlingsområder kan skabes en hensigtsmæssig og tilstrækkelig kapacitet under ordningen.

Taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg har hidtil fra 2002 til 2006 i praksis været baseret på en kombination af forhandling og udgangspunktet om DRG-takster.

Det er herudover i bemærkningerne til L64 præciseret, at de indgåede fritvalgsaftaler er fællesaftaler, som giver frit valg for patienter fra hele landet. Regionerne kan – sideløbende med aftalerne under det udvidede, frie sygehusvalg – indgå aftale på andre vilkår og takster med private sygehuse og klinikker m.v. for patienter, som regionerne selv henviser.

De offentlige DRG-takster

De offentlige DRG-takster anvendes i den mellemregionale afregning af fritvalgspatienter på basisniveau og udmeldes én gang årligt af Sundhedsstyrelsen. Reglerne for de mellemregionale betalinger, herunder princippet om afregning via DRG-takster, er fastlagt i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 13 af 10. januar 2006 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen ("takstbekendtgørelsen"). Reglerne gælder, hvor der ikke foreligger anden aftale mellem regionerne.

DRG-taksterne består principielt af alle variable samt en række faste omkostninger, der er forbundet med de enkelte behandlinger i det offentlige sygehusvæsen. Taksterne udregnes på grundlag af den udgift, som i gennemsnit på de offentlige sygehuse medgår til at gennemføre en given behandling.

I DRG-taksterne indgår udgifter til bl.a. akutforpligtelser, forskning og uddannelse af personale, der ikke i samme omfang indgår i de private sygehuses omkostninger, mens DRG-taksterne omvendt ikke medregner forrentning og afskrivning samt udgifter til købsmoms og lønsumsafgift, som en privat udbyder nødvendigvis skal have dækket.

Der er udviklet takster for såvel stationære (DRG-takster) som ambulante patienter (DAGS-takster). Hertil kommer en række gråzonetakster for patientgrupper, der har modtaget en behandling, som både kan foretages under indlæggelse og ved et ambulant besøg. Gråzonetaksterne er beregnet som et vejte gennemsnit af de ambulante og stationære takster for den pågældende behandling. Endelig kan der i den mellemregionale afregning opkræves (tillægs)betaling for visse særydelser (behandlingshjælpemidler og medicin), som fastsættes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

DRG-taksterne beregnes på baggrund af sygehusenes omkostninger og aktivitetsregistreringer, hvor det i videst muligt omfang forsøges at fordele alle omkostninger i de enkelte patientforløb så detaljeret som muligt. Tabel 4.1 viser et eksempel på en sådan omkostningsfordeling af taksterne for hhv. åreknuder (varicer) samt hofte- og knæoperationer.

Tabel 4.1. Omkostningsfordeling for tre DRG-grupper ¹⁾

Pct.	Varicer	Hofteoperation, ucementeret	Knæoperation
DRG-takst 2005, kr.	6.910	74.308	9.679
Sengedagsforbrug	43	49	51
Ydelsesforbrug	57	51	49
I alt	100	100	100
Opsplitning af ydelsesforbrug			
-operation, anæstesi og intensiv	37	42	46
-radiologiske undersøgelser	0	1	1
-klinisk, mikrobiologiske undersøgelser	0	1	0
-øvrige ydelsessteder	21	8	3
I alt	57	51	49

Kilde: Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase.

1. Tallene i tabellen er afrundede. De indeholder de samlede driftsudgifter for behandlingen af de somatiske patienter, inkl. vagt, uddannelse og internt finansieret forskning. Kapitalomkostninger i form af forrentning og afskrivning m.v. er ikke medtaget

Sengedagsomkostningerne består primært af løn til personalet, og svarer til hvad det koster at have en patient indlagt under et gennemsnitligt indlæggelsesforløb. Ydelsesomkostningerne består bl.a. af omkostninger til implantater, anæstesi og øvrige operationsomkostninger. Det fremgår, at knap 50 pct. af omkostningerne til de viste DRG-grupper er udløst af sengedagsforbrug og 50 pct. via omkostninger fra konkrete ydelser i forhold til den enkelte patient.

4.2.2. Udviklingen i taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg

Med udgangspunkt i de lovgivnings- og aftalemæssige rammer har amterne og de private sygehuse hvert år siden 2002 drøftet og opnået enighed om et antal konkrete justeringer af taksterne på udvalgte behandlingsområder, der afviger fra de offentlige DRG-takster.

Formålet med justeringerne er, at de aftalte takster gradvist kommer til at afspejle den konkrete patientsammensætning i aftalerne, antallet af patienter på de enkelte behandlingsområder samt evt. kapacitets- og andre forpligtelser for de private sygehuse. Taksterne er på denne måde løbende tilpasset til parternes præferencer og en vurdering af privatsygehusenes faktiske omkostninger for ydelserne.

Antallet af takster, der afviger fra DRG-taksterne, er gradvist øget over tid, og har ikke mindst vedrørt nogle af de større behandlingsområder. De seneste to år har takster svarende til 60 pct. af den samlede omsætning været forhandlet. Drøftelserne har årligt vedrørt op til 35 af de godt 500 gældende DRG-takster.

Der er i et vist omfang aftalt forskellige takster med forskellige grupper af privatsygehuse for de samme typer behandlinger. Det illustrerer, at der som en del af forhandlingerne mellem parterne også har indgået et element af konkurrence mellem de private sygehuse indbyrdes om at få aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg. Udviklingen er dog gået i retning af en øget ensretning af taksterne.

Udover at taksterne gradvist er justeret og tilpasset, er de også samlet set blevet aftalt til et niveau, der ligger under de offentlige DRG-takster.

Tabel 4.2 viser aftalernes DRG-andel fra 2002 til 2006, opgjort som et vægtet gennemsnit af taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg i forhold til de offentlige DRG- og DAGS-takster. Desuden vises udviklingen i antallet af områder, hvor aftaletaksterne afviger fra DRG- og DAGS-taksterne.

Tabel 4.2. Udvikling i taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg, 2002-2006 ¹⁾

	Aftaletaksternes gennemsnitlige DRG-andel, pct.	Antal takster der ligger under DRG-taksten	Antal takster der ligger over DRG-taksten
2002	Ca. 100 ²⁾		0
2003	- ²⁾	1	0
2004	- ²⁾	7 ³⁾	2
2005	90	26 ⁴⁾	7
2006	95	28 ⁴⁾	40

Kilde: Danske Regioner

1. Taksternes DRG-andel er skønnet på det tidspunkt, hvor de årlige aftaler er fastlagt. De endelige andele kan afvige herfra som følge af den faktiske efterspørgsel efter fritvalgsydelse.
2. Forhandlingerne for 2002-2004 tog ikke eksplicit udgangspunkt i et mål for aftalernes gennemsnitlige DRG-andel. I 2002 fulgte taksterne overvejende DRG-takstniveauet. I 2003 besluttede man midt på året at genforhandle taksten for grå stær. Det anslås, at denne genforhandling resulterede i et samlet gennemsnitligt DRG niveau på under 100 pct. I 2004 forhandlede man 9 takster særskilt.
3. Der blev i 2004 oprettet forløbstakster og dobbeltoperationstakster, der umiddelbart ligger over DRG-taksten. Disse er dog medregnet som liggende under DRG-taksten, idet de forhandlede forløbstakster også inkluderer forundersøgelser og kontrol.
4. Inkl. forløbstakster, jf. note 3.

Aftaletaksternes samlede DRG-andel er fra 2002 til 2006 faldet fra ca. 100 pct. DRG til 95 pct. DRG. Der er i 2006 nu 68 takster, som afviger fra DRG-taksten, mod 0 i 2002 og 1 i 2003 (grå stær).

De behandlinger, hvor taksterne pr. 2006 afviger mest fra DRG-taksterne i nedadgående retning er følgende (tallet i parentes er DRG-taksten samt den faktiske aftaletakst): Tunge øjenlåg (8.090,-/2.262,-), stritører (13.788,-/4.877,-), rekonstruktion af trommehinde (13.788,-/3.352,-) samt fjernelse af negl (4.509,-/1.455,-). Følgende behandlinger afviger i opadgående retning: Diskusprolapsoperation (37.438,-/53.981,-), stivgørende rygoperation uden fiksation (62.756,-/72.750,-), CT-scanning (1.571,-/2.607,-), mammografi (618,-/2.423,-), EEG (1.401,-/3.917,-), brokoperation (14.288,-/26.481,-) og laparoskopisk galdeblæreoperation (9.181,-/27.788,-).

Tabel 4.3 viser til illustration udviklingen over tid i aftaletaksterne på seks af de behandlingsområder, der benyttes meget under det udvidede, frie sygehusvalg. Takterne er hvert år sammenlignet med de offentlige DRG-takster. Tabellen viser operationer for grå stær, tunge øjenlåg, åreknuder, diskusprolapsoperation, rekonstruktion af trommehinde og meniskoperation.

Tabel 4.3. Udviklingen 2004-2006 i seks udvalgte aftaletakster, årets priser.

Kr.	DRG 2004	Aftaletakst 2004	DRG 2005	Aftaletakst 2005	DRG 2006	Aftaletakst 2006
Grå stær ^{1), 2)}	8.135	5.200/5.600	8.120	5.600	7.430	5.704
Tunge øjenlåg ^{1), 2)}	6.673	6.673	8.823	4.270	8.090	2.262
Varicer ¹⁾	7.476	7.476	6.910	6.910	11.474	10.670
Diskusoperation	77.110	77.110	40.198	53.000	37.438	53.847
Rekonstruktion af trommehinde	11.818	11.818	11.717	11.717	13.788	3.352
Meniskoperation	17.409	17.409	9.676	9.676	9.065	9.834

Kilde: Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

1. Fra 2004 er der indført forløbsbaserede aftaletakster for grå stær, fra 2005 for tunge øjenlåg og fra 2006 for varicer. For bedre at kunne sammenligne aftaletaksterne med den offentlige DRG-takst er der de pågældende år tillagt DRG-taksten værdien af 2 almindelige ambulante besøg.
2. Uden generel anæstesi.

Omvendt har parterne ikke mere overordnet – trods gennemførelsen af 5 aftalerunder – kunnet nå til enighed om, hvorvidt de aftalte takster overordnet er for høje eller for lave. Det skyldes, at de private sygehuse på en række områder har rammevilkår for deres produktion, der er forskellige fra de offentlige sygehuses, og som det ikke har været muligt hverken at kvantificere nærmere eller opnå principiel enighed om.

Det kan konstateres, at et stigende antal private sygehuse over tid – trods den principielle uenighed med amterne om taksternes niveau – rent faktisk har valgt at indgå aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg.

Det peger i retning af, at de gældende aftaler (og rammevilkår) generelt indebærer et positivt økonomisk afkast for de private sygehuse.

Spørgsmålet om, hvilke takster der bør gælde for behandlinger udført på privatsygehus eller i speciallægepraksis under det udvidede, frie sygehusvalg, er behandlet i Indenrigs- og Sundhedsministeriets evalueringsrapport fra 2004. Det fremgår her, at *”Overordnet er det de offentlige sygehusejeres vurdering, at [de aftalte] takster er for høje. Omtrent halvdelen af aftalesygehuse synes derimod, at den aftalte pris er for lav. Den anden halvdel af aftalesygehuse synes i store træk, at prisniveauet er passende.”*

De områder, der ifølge rapporten på daværende tidspunkt især skilte parterne, var ortopædkirurgiske (minus alloplastikker) og plastikkirurgiske operationer samt operationer for åreknuder og behandling for søvnapnø, hvor amterne mente, at taksterne var for høje, og operationer for åreknuder og grå stær operationer, hvor de private sygehuse fandt taksterne for lave. Uenighederne bundede i et vist omfang i, at de offentlige sygehusejere vurderede taksterne i forhold til de lette – og billigere - patienter, mens de private aftalesygehuse tog udgangspunkt i de sværere patienter.

4.2.3. Principper for de hidtidige fritvalgsaftaler

I sammenhæng med de gradvise justeringer af taksternes niveau og struktur har parterne årligt fastlagt et antal forhandlingstemaer og principper, hvor aftalerne rent indholdsmæssigt er blevet justeret og tilpasset.

Aftalerne for 2002 blev indgået i oktober måned⁵ og omfattede 73 privatsygehuse og klinikker. Aftalerne dækkede en lang række specialer, dog særligt indenfor øjenområdet, ortopædkirurgi og bløddelskirurgi. Det blev indgået 7 aftaler om udskiftning af hofter og 5 aftaler om udskiftning af knæ. Det økonomiske udgangspunkt for forhandlingerne var de offentlige DRG-takster.

I 2003 blev alle taksterne principielt genforhandlet, idet amterne opsagde aftalerne for 2002 mhp. at fritvalgstaksterne kunne komme til at afspejle Sundhedsstyrelsens nye, genbereggede DRG-takster for 2003. I praksis indebar 2003-aftalerne primært en selvstændig forhandling af taksten for grå stær, som på daværende tidspunkt dækkede 1/3 af fritvalgsbehandlingerne, til et niveau under DRG.

Aftalerne for 2004 blev først indgået pr. 1. juni 2004, idet parterne afventede Indenrigs- og Sundhedsministeriets evalueringsrapport fra februar måned. Parterne drøftede for første gang, i hvilket omfang aftaletaksterne mere generelt burde afvige fra de offentlige DRG-takster. Forhandlingerne indebar en lavere honorering af ambulante kontrolbesøg, jf. afsnit 4.2.3.3, samt et tillæg ved anvendelse af generel anæstesi i ambulante behandling som en kompensation for, at en del af disse patienter indlægges i det offentlige. Herudover blev der udvalgt 7 behandlinger, hvor taksten blev forhandlet uden om DRG-taksten, fordi der var en stor aktivitet eller en stor forskel i forhold til sygesikringstaksten (grå stær, åreknudeoperation, hofte- og knæalloplastik, operation for brok, rekonstruktion af bryst og laserbehandling af hud). Sammenslutningen af Privathospitaler godkendte ikke forhandlingsresultatet, men fortsatte på 2003-aftalen, hvorimod de mindre klinikker under Brancheforeningen godkendte 2004-aftalen.

Evalueringsrapporten fra 2004 samler i øvrigt op på en række af de konkrete temaer og uenighedspunkter, som det på daværende tidspunkt ikke havde været muligt at afklare nærmere. Temaerne har efterfølgende været drøftet videre mellem parterne i aftalerne for 2004, 2005 og 2006 og er for en dels vedkommende kommet nærmere en afklaring, mens andre fortsat udestår.

Nedenfor beskrives kort status for de anførte punkter:

4.2.3.1. Honorering af komplikationer og implantater m.v.

Enkelte aftalesygehuse bemærker i rapporten, at de fastsatte takster ikke giver råderum for behandling i forbindelse med komplikationer. I øvrigt konstaterer parterne mere generelt, at der kun er indgået få aftaler om behandlinger, som kræver udgifter til implantater og operationsudstyr m.v., da der ikke er aftalt særskilt honorering heraf i taksterne.

Status: Punktet er ikke afklaret mere generelt, men parterne indgik i 2005 aftale om konkret afregning for proteser vedr. knæ- og hoftealloplastikker. Samlet indeholder aftalerne på nuværende tidspunkt afregning for proteser på i alt 7 områder.

Punktet er i øvrigt nærmere behandlet i afsnit 6.2.7.

4.2.3.2. Fordeling af lette/komplicerede patienter ("cream-skimming")

Punktet er nærmere behandlet i afsnit 6.2.3.

4.2.3.3. Antal forundersøgelser/kontroller på de private sygehuse

Amterne anfører i evalueringsrapporten, at der foretages flere forundersøgelser og kontroller af patienterne på de private sygehuse end af tilsvarende patienter, som behandles i offentligt regi.

⁵ Tidspunktet på året skal ses i lyset af, det udvidede, frie sygehusvalg først indførtes pr. 1. juli 2002.

Status: Der er i 2004 opnået enighed om som hovedregel kun at afregne kontrolundersøgelser indtil 4 måneder efter behandlingen, ligesom taksten blev reduceret til 70 pct. af den ambulante DAGS-takst.

Punktet er i øvrigt nærmere behandlet i afsnit 6.2.11.

4.2.3.4. Incitamentter til at samle behandlinger

Fritvalgstaksterne indebærer, ligesom DRG-taksterne, at de private sygehuse kun får honorering for den dyreste behandling, hvis der udføres flere operationer under samme indlæggelse eller besøg. Sygehusene har således ikke noget økonomisk incitament til at samle flere behandlinger i samme besøg/indlæggelse, selv om det ville være forsvarligt og mest hensigtsmæssigt for patienten. Amterne efterlyser derfor i evalueringsrapporten et instrument til at få samlet og udført flere indgreb samtidigt i de tilfælde, hvor det rent fagligt er hensigtsmæssigt.

Status: Punktet er ikke afklaret mere generelt, men der er i 2005 indført forløbstakster (i modsætning til de kontaktbaserede DRG-takster) for 3 ekstra områder i forhold til tidligere. Samlet indeholder aftalerne på nuværende tidspunkt forløbstakster på 17 områder – typisk for de mest almindelige fritvalgsbehandlinger. Der er desuden for 2006 fastlagt "dobbelt operationstakst" på 2 områder (åreknuder og brokoperationer). Det betyder, at hvis der udføres dobbeltsidet operation eller operation på begge ben i forbindelse med samme indgreb, vil andet indgreb blive honoreret med 50 pct. af den aftalte takst – uanset de generelle regler i DRG-systemet.

Amterne finder aktuelt, at incitamentsproblemet, bortset fra dobbeltsidige operationer, er af mindre omfang, idet det offentlige sygehus i sin henvisning har mulighed for konkret at tage stilling til, hvad patienten skal behandles for.

Punktet er i øvrigt nærmere behandlet i afsnit 6.2.11.

4.2.3.5. Definition af indlagte og ambulante patienter

Amterne anfører i rapporten, at der er en tendens til, at flere patienter takseres som indlagte i privat regi, mens de i det offentlige regi ville blive betragtet som ambulante patienter. Uoverensstemmelserne skyldes ikke mindst, at der normalt er en stor forskel i honoreringen.

Status: Der er i aftalen for 2004 sket en præcisering af definitionen af "indlæggelse" og "ambulant behandling" for patienter, der hhv. hjemsendes samme dag, som behandlingen har fundet sted, eller indlægges natten over. Som følge af ændringen af definitionen af indlæggelse har Amtsrådsforeningen i 2004 givet et anæstesi-tillæg på 3.000 kr. ved anvendelse af generel anæstesi i ambulant behandling. Kompensationen dækker over, at en del af den slags patienter vil blive betragtet som indlagte i det offentlige.

4.2.3.6. Gråzone mellem fritvalgsaftalerne og sygesikringen

Taksterne på sygesikringsområdet fastlægges efter forhandling mellem de faglige organisationer og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Der er således tale om en forhandlingstakst, som gælder for samtlige medlemmer, der ønsker at arbejde under den offentlige sygesikring

Amterne har under det udvidede, frie sygehusvalg indgået mange aftaler med private klinikker/speciallæger, der også har overenskomst med sygesikringen. Sygesikringstaksterne er generelt betydeligt lavere end DRG- og DAGS-taksterne, som aftalerne under det udvidede, frie sygehusvalg tager udgangspunkt i.

Amterne finder på denne baggrund i evalueringsrapporten, at det er uheldigt, at det offentlige på en række områder betaler den samme speciallæge to vidt forskellige honorarer for den samme behandling afhængig af, hvilken aftale patienten behandles i henhold til.

Rapporten anfører, at en evt. udjævning af taksterne dog bør foretages under hensyn til, at de private klinikker, som ikke har overenskomst med sygesikringen, kan have en anden omkostningsstruktur end sygesikringspraksis.

Status: Parterne har gradvist opnået enighed om at tilnærme en række af taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg i forhold til taksterne under sygesikringsoverenskomsten. Tabel 4.4 viser status pr. 2006 på nogle af de områder, hvor der foretages flest fritvalgsbehandlinger.

Tabel 4.4. 2006-takster på udvalgte, ambulante fritvalgsbehandlinger ¹⁾

	Aftaletakst 2006	DRG/DAGS 2006	Sygesikring 2006
Grå stær ²⁾	5.690	7.430	5.600
Tunge øjenlåg ²⁾	2.332	8.090	2.332
Tunge øjenlåg (G.A.) ²⁾	4.655	14.311	4.655
Stritører ²⁾	5.028	14.590	5.028
Rekonstruktion af trommehinde	3.352	13.788	3.352
Varicer ²⁾	10.000	11.474	4.528
Dupytren	4.838	11.889	2.497
Fjernelse af negl	1.411	4.509	1.411
Karpaltunnel	4.838	8.565	2.135

Kilde: Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen.

1. Aftaletaksten på udvalgte, betydelige behandlingsområder, hvor der samtidig eksisterer en sygesikringstakst.
2. Der er indført forløbsbaserede aftaletakster for operationer vedr. grå stær, tunge øjenlåg, tunge øjenlåg (GA), stritører samt varicer. For bedre at kunne sammenligne aftaletaksterne med den offentlige DRG-takst er der de pågældende år tillagt DRG-taksten værdien af 2 almindelige ambulante besøg.

4.2.3.7. Andre temaer

Der er i aftalerne for 2004 og 2005 opnået enighed om at præcisere reglerne for visitation til genoptræning efter endt behandling på privatsygehus, ligesom parterne har foretaget nogle indholdsmæssige aftaleændringer vedrørende tekniske krav til fremsendelse af fakturaer, henvisninger og udskrivningsbreve.

For røntgenundersøgelser, MR- og CT-skanninger samt angiografi af brystet er taksterne aktuelt fastsat pr. patient uanset antal undersøgte regioner. Der kan ikke tillægges en konsultationstakst. For ultralydsscanning gælder, at ultralydsundersøgelsen honoreres særskilt, hvis den foretages samme dag som en behandling/undersøgelse eller ved en konsultation i forbindelse med en behandling. Hvis der alene foretages en ultralydsscanning, kan der ikke tillægges en konsultationstakst. Taksten for mammografi omfatter røntgen, ultralyd og klinisk undersøgelse. Røntgen- og ultralydsundersøgelser forudsætter en forudgående speciallægevurdering.

Amterne har pr. 2006 indgået 2 aftaler om smertebehandling på basisniveau.

5. Problemstillinger i det nuværende aftalesystem

5.1 Procedurer for aftaleindgåelse

Det udvidede, frie sygehusvalg adskiller sig på en række punkter fra en almindelig markedssituation. Som anført i afsnit 4.1, har alle private udbydere ret til at få en aftale under det udvidede, frie sygehusvalg. Formålet hermed er at sikre et tilstrækkeligt udbud af sundhedsydelser i det private og således give patienterne reelle valgmuligheder, hvis der er mere end 2 måneders ventetid på behandling i det offentlige sygehusvæsen. Udgangspunktet for aftalesituationen er, at regionerne (tidligere amterne) er forpligtet til at købe på baggrund af de aftalte takster, mens de private udbydere har ret til at sælge. I stedet for den generelle prismekanisme på et almindeligt marked er der i sundhedsloven fastsat en særlig konfliktløsningsmodel, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren på anmodning fra de private udbydere kan fastsætte aftalevilkårene, såfremt de ikke kan blive enige med Danske Regioner herom.

Generelt om det udvidede, frie sygehusvalg gælder således, at det ikke, som ordningen aktuelt er etableret, synes muligt gennem konkurrence at skabe en markedsfastsat pris. I stedet for har takstfastsættelsen taget udgangspunkt i en tilpasning af de offentlige DRG-takster på baggrund af forhandling mellem Amtsrådsforeningen og de private udbydere med henblik på udvikling af et relevant prisniveau. Det nuværende aftalesystem har været et fleksibelt system, som generelt har fungeret. Det gælder både i forhold til fastsættelsen af taksterne og den efterfølgende administration af aftalerne, hvor eventuelle problemer er blevet løst i dialog mellem Amtsrådsforeningen, de private udbydere og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. For hovedparten af behandlingerne har det mellem Amtsrådsforeningen og de private udbydere på baggrund af forhandlinger været muligt at opnå enighed om takstniveauet.

Aftalesygehusene har tidligere i evalueringen af det udvidede, frie sygehusvalg fra 2004 tilkendegivet, at der ved indgåelse af takstafalterne ikke er tale om en reel forhandlingssituation, men at DRG-taksterne af aftalesygehusene opleves som et diktat. De private udbydere synes således ikke, at de indgår i en reel forhandlingssituation i forbindelse med prisfastsættelsen. Det er hertil i rapporten bemærket, at de private udbydere har mulighed for at rette henvendelse til indenrigs- og sundhedsministeren, hvis der ikke kan opnås enighed med amterne om aftalevilkårene.

I evalueringsrapporten anbefales det sammenfattende, at der - med henblik på at opnå rimelige aftaler for begge parter - inden for visse rammer bør foregå en reel forhandling af aftalerne mellem amterne og de private sygehuse.

Siden indførelsen af det udvidede, frie sygehusvalg i 2002 er de private udbydere blevet stærkere organiseret, i og med at SPPD⁶, som blev dannet i 2005, samlet forhandler takstniveauet på vegne af en række private

⁶ Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD) er en brancheforening under Dansk Handel & Service. Medlemmerne af SPPD er også medlem af Dansk Handel & Service. SPPD blev dannet i marts 2005 på baggrund af en sammenlægning af bran-

udbydere, herunder de store privathospitaler. SPPD's knap 50 medlemmer repræsenterer 70-80 pct. af omsætningen for den udvidede fritvalgsordning. De private udbydere, som er medlem af SPPD, står dermed i en stærkere forhandlingsposition.

Amtsrådsforeningen har i forbindelse med indenrigs- og sundhedsministerens fastsættelse af 2006-taksterne for SPPD's medlemmer peget på, at foreningen er nødsaget til at give de samme takster til private udbydere uden for SPPD. Det skyldes en forventning om, at ministeriet vil fastsætte de samme takster, som SPPD har fået i forhold til alle private udbydere, der henvender sig til ministeriet med henblik på at få fastsat taksterne. Efter Amtsrådsforeningens opfattelse betyder det, at man reelt er nødsaget til at lade ministeriets takster danne grundlag for fremtidige aftaler, der indgås, og dermed er det ikke muligt at forhandle priserne ned. Amtsrådsforeningen anfører, at man i efteråret 2005, inden indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte taksterne for SPPD's medlemmer, allerede havde indgået aftale med 100 klinikker, som har haft ret til at opsigte de indgåede aftaler med henblik på genforhandling af taksterne.

5.2. Problemer vedr. takstfastlæggelsen - kort om rammevilkårene for de privates takster

Som anført i afsnit 4.2.1. er det en helt grundlæggende forudsætning for det udvidede, frie sygehusvalg, at der via ordningens takster og øvrige vilkår bliver skabt reelle muligheder for, at patienterne kan vælge et privat sygehus, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 2 måneder (fra 1. oktober 2007 én måned).

Det indebærer, at takstfastsættelsen under det udvidede, frie sygehusvalg i henhold til sundhedsloven beror på en kombination af dels forhandling mellem regionerne og de private sygehuse og dels en præcisering af, at udgangspunktet for disse forhandlinger er Sundhedsstyrelsens DRG-takster.

Forudsætningen i lovgivningen om at tage udgangspunkt i DRG-taksterne skyldes en forventning om, at der dermed sikres en vis kapacitet under det udvidede, frie sygehusvalg. Der indgår heri indirekte en forventning om, at DRG-taksterne er økonomisk attraktiv for aftalesygehuse og således vil give dem et vist overskud.

På samme måde var det i 2000 ved den ændrede mellemamtslige afregning af fritvalgspatienter på basisniveau en væsentlig præmis at sikre reelle valgmuligheder for patienterne ved at yde det modtagende amt fuld omkostningsdækning for det samlede, gennemsnitlige ressourcetræk på dets sygehuse, der følger af patientudvekslingen over amtsgrænserne. Ved overgangen erstattedes således de tidligere sengedagstakster, der bevidst var fastsat lavt (marginalt), af de niveaumæssigt højere (gennemsnitlige) DRG-takster.

Omvendt blev det ved valget af DRG-takster som udgangspunkt for såvel det udvidede, frie sygehusvalg som den mellemamtslige afregning lagt til grund, at de anvendte takster ikke i sig selv måtte være væsentligt udgiftsdrivende for det offentlige. Således bidrager udgangspunktet om at benytte de DRG-takster, der er baseret på de offentlige sygehuses udgifter, til, at amterne har mulighed for at tilrettelægge en hensigtsmæssig styring af deres økonomi og kapacitet trods de krav på ekstra valgmuligheder, som de to fritvalgsordninger giver de enkelte patienter.

I forhold til den enkelte fritvalgsbehandling og det enkelte private sygehus er DRG-taksten imidlertid ikke nødvendigvis udtryk for en hensigtsmæssig takst. Det skyldes, at de underliggende omkostningsstrukturer hos de offentlige og private sygehuse i et vist omfang er forskellige. Disse forskelle bidrager til at give de private sygehuse/klinikker bedre eller dårligere muligheder for at tilbyde behandling til de offentlige takster.

cheforeningen Sammenslutningen af Privathospitaler i Danmark (SPD) og Brancheforeningen for Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (BPPD). SPD blev oprettet i 1999 og BPPD i 2004.

Dette uddybes i det følgende.

5.2.1. Relevant omkostningsbegreb

For det første udtrykker DRG-taksten, hvad det *i gennemsnit* koster at behandle en patient i det offentlige sundhedsvæsen. Når en patient på grund af det udvidede, frie sygehusvalg fravælger behandling på et offentligt sygehus, vil sygehuset imidlertid umiddelbart lægge til grund, at det kun udløser en marginal omkostningsbesparelse, som typisk – så længe sygehuset arbejder indenfor dets kapacitetsgrænse – vil svare til eller være lavere takst end DRG-taksten.

Det private sygehus vil omvendt i mange situationer være nødt til at afholde kapacitetsomkostninger for at kunne imødekomme en ekstra efterspørgsel via det udvidede, frie sygehusvalg. Det kræver i givet fald dækning i taksten for forrentning og afskrivning, der ikke indgår i de offentlige DRG-takster.

Der kan således være forskel med hensyn til, hvilket omkostningsbegreb det er relevant at lægge til grund for taksterne mellem de offentlige og private udbydere.

Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg har i sin rapport ("Sundhedsvæsenets organisering", 2003) opstillet i alt fire modeller over relevante omkostningsmodeller for afregningstakster i forhold til forskellige typer operatører på sygehusområdet, jf. tabel 5.1.

Tabel 5.1. Oversigt over forskellige omkostningsbegreber

"Marginale" marginalomkostninger ¹⁾	Marginalomkostninger ²⁾	Gennemsnitlige variable omkostninger ³⁾	Gennemsnitlige totale omkostninger ⁴⁾
Variable omkostninger ekskl. lønninger ved produktion af én ekstra enhed	Variable omkostninger ved produktion af én ekstra enhed	Variable omkostninger pr. produceret enhed	Alle variable og faste omkostninger pr. produceret enhed

1. Implantater, medicin m.v., dvs. "det der forlader sygehuset med patienten", samt træk på tværgående afdelinger som røntgen og laboratorier.
2. Alle udgifter, der medgår til at behandle én ekstra patient, herunder variable lønomkostninger og variable udgifter til vare- og tjenestekøb.
3. Alle udgifter, der varierer med aktivitetsniveauet.
4. Alle variable og faste omkostninger, der medgår til produktionen, herunder faste lønomkostninger, udgifter til forskning, uddannelse og vagtforpligtelser, faste udgifter til vare- og tjenestekøb samt forrentning og afskrivning ("kapitalomkostninger") på bygninger og apparatur.

Det Rådgivende Udvalg vurderer, at de "gennemsnitlige totale" omkostninger, dvs. det omkostningsbegreb, der omfatter forrentning og afskrivning, principielt er det mest velegnede til afregningsformål i forhold til private eller selvejende sygehuse. Årsagen er, at de kun på denne måde får dækket deres langsigtede kapitaludgifter.

Afregning af ydelser baseret på de gennemsnitlige, totale omkostninger vil desuden svare til den pris, som de pågældende ydelser vil blive leveret til på et marked med konkurrence og ligevægt.

I de nuværende DRG-takster indgår ikke udgifter til forrentning og afskrivning, indgående moms, tjenestemandspensioner og visse forskningsaktiviteter m.v. Det skyldes bl.a. et hensyn om ikke at give amterne incitament til at tilpasse deres kapitalapparat med det formål bevidst at tiltrække patienter fra andre amter. DRG-taksterne indbefatter dog, uanset dette, en række ikke direkte patientrelaterede omkostningselementer på af-

delingen og sygehuset. Det gælder f.eks. omkostninger til intern undervisning af sygehuspersonale, administration, IT, køkken- og andre fællesfaciliteter, apotekervæsen m.v.

Det Rådgivende Udvalg konstaterer, at de nuværende DRG-takster placerer sig et sted mellem "gennemsnitlige variable" og "gennemsnitlige totale" omkostninger og således ikke umiddelbart afspejler de private sygehuses omkostningsstruktur.

De konkrete muligheder for at korrigere for de private sygehuses kapitaludgifter i forhold til taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg er nærmere beskrevet i 5.2.6.

5.2.2. Sammensætning af de offentlige DRG-takster

Manglende indregning af forrentning og afskrivning er imidlertid ikke den eneste måde, hvorpå beregningsgrundlaget for DRG-taksterne afviger fra de underliggende omkostningsstrukturer og rammevilkår hos de private sygehuse.

Rimelige og hensigtsmæssige takster under det udvidede, frie sygehusvalg bør derfor korrigeres for flere faktorer i forhold til de nuværende DRG-takster end alene de private sygehuses kapitalomkostninger.

Således afviger grundlaget for de offentlige DRG-takster på en række andre områder (som f.eks. udgifter til akutforpligtelser, forskning og uddannelse af personale samt moms og lønsumsafgift), helt eller delvist fra de private sygehuses omkostningsstruktur, hvilket det også kan være relevant at korrigere afregningstaksten for. De konkrete overvejelser herom er uddybet i afsnit 6.2.

Blandingen af variable og faste omkostningselementer i DRG-taksten – samt komponenter der ikke fuldt ud afspejler de forskellige rammevilkår i det offentlige og private sygehusvæsen - er allerede påpeget i bemærkningerne til sundhedsloven. Det fremgår hér, at *"DRG-taksterne medregner ikke forrentning og afskrivning eller indgående moms, som en privat udbyder nødvendigvis skal have dækket. Til gengæld har de private sygehuse ingen akutforpligtelser eller udgifter til uddannelse af personale."*

5.2.3. Privatsygehusenes størrelse og behandlingsudbud

For det tredje er hovedparten af de private sygehuse relativt små og tilbyder en forholdsvis smal vifte af behandlinger. De private sygehuse er derfor alt andet lige mere sårbare end de (større) offentlige enheder, hvis DRG-taksten på enkelte områder ikke præcist afspejler den faktiske omkostningsstruktur, idet de offentlige sygehuse typisk vil være i stand til at dække tab på én behandlingstype med gevinster fra en anden behandlingstype. Herudover vil de private sygehuse/klinikker ofte være for små til (fuldt ud) at realiserede stordriftsfordele i deres produktion og derfor, alt andet lige, have højere enhedsomkostninger.

Omvendt har de private sygehuse i praksis mulighed for at specialisere og målrette deres produktion i forhold til et mindre udvalg af konkrete behandlinger, der giver overskud alene som følge af "for høje" takster. De kan på denne måde (helt eller delvist) udnytte skævheder i DRG-systemet og kompensere for deres manglende stordriftsfordele – såkaldt "cream-skimming", jf. uddybende i afsnit 6.2.3.

5.2.4. Efterspørgselssikkerhed

For det fjerde har de private sygehuse, som er tilknyttet det udvidede, frie sygehusvalg, ikke nogen fast garanti for eller aftale om, konkret hvor mange patienter der vil blive henvist fra de offentlige sygehuse. Det afhænger af produktions- og kapacitetsbeslutninger i det offentlige sundhedssystem, som de private sygehuse ikke umiddelbart har mulighed for at påvirke.

De private sygehuse kan således opleve, at regionerne benytter den private kapacitet under det udvidede, frie sygehusvalg som en "buffer" under indtryk af egne produktions- og kapacitetsforhold, hvor antallet af henviste patienter til de private enheder kan variere over tid.

Selvom tallene for den faktiske benyttelse af 2-månedersordningen de senere år har vist en høj grad af stabilitet, kan dette forhold, ikke mindst for den enkelte private enhed, bidrage til at give højere marginalomkostninger pr. behandlet patient end på de offentlige sygehuse, som principielt har en mere stabil og sikker efterspørgsel.

Hertil kommer, at det enkelte aftalesygehus i nogen grad selv har mulighed for at påvirke antallet af fritvalgspatienter, som søger til det pågældende sygehus, ved at gøre sig attraktiv i forhold til ventetid, kvalitet og service.

5.2.5. Forskelle mht. produktionsmålsætning

For de femte er private sygehuse, i modsætning til de offentlige, principielt organiseret ud fra en målsætning om at skabe et økonomisk overskud.

Det betyder, at de private sygehuses aktiviteter, og dermed deres omkostningsstrukturer, alt andet lige vil være rettet mod ekstra parametre, der måske ikke i sig selv har betydning for den grundlæggende kvalitet af behandlingen, men som patienter i et vist omfang er villige til at betale for (f.eks. ekstra service), og som kan sikre de private sygehuse et patientunderlag trods de gratis, offentlige behandlingstilbud.

5.2.6. Vilkår for forhandlinger

Endelig kan der peges på det forhold, at regionerne og de private sygehuse ikke kender hinandens omkostningsstrukturer og således gensidigt ikke har indsigt i hinandens økonomiske udgangspunkt og de deraf afledte forhandlingspositioner i forhold til de takster, som forhandles og aftales.

De private sygehuse har under de tidligere års forhandlinger anført, at de typisk opfatter amternes takstudspil som et diktat, som det er vanskeligt at ændre afgørende. Det kan pege i retning af, at amterne har udøvet en vis grad af "købermagt" overfor aftalesygehusene, hvilket kan bidrage til at presse taksterne nedad.

Det kan konstateres, at et stigende antal private sygehuse over tid – trods den principielle uenighed og usikkerhed om taksternes niveau – rent faktisk har valgt at indgå aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg. Det tyder på, at de gældende aftaler (og rammevilkår) generelt indebærer et positivt økonomisk afkast for de private sygehuse.

5.2.7. Sammenfatning om rammevilkår

Sammenfattende indebærer de særlige rammevilkår for de private sygehuse, at fastlæggelse af en fritvalgstakst, der er lavere end DRG-taksten, ikke i sig selv er ensbetydende med, at de private sygehuse ikke får omkostningsdækning. Omvendt kan det på nogle områder være relevant at aftale en takst, som overstiger den offentlige DRG-takst.

6. Modeller for fremtidig takstfastlæggelse

6.1. Generelle overvejelser om valg af afregningsmodel

6.1.1. Indledning

Udvalget skal i henhold til kommissoriet ”*fremlægge forslag til takststrukturer, der skaber de rigtige rammer og incitamenter for udviklingen af behandlingstilbuddene på privathospitalerne og –klinikkerne, herunder en takststruktur, der giver mulighed for at differentiere taksterne ud fra hvilke forpligtelser, de private sygehuse/klinikker påtager sig i forhold til fx uddannelse, efterbehandling, certificering (kvalitetsstandarder). Udvalgets forslag må ikke indebære offentlige merudgifter.*”

Afsnit 5.2. konstaterer, at de private sygehuse på en række områder har rammevilkår for deres produktion, der er forskellige fra de offentlige sygehuses, og som bidrager til at give de private sygehuse/klinikker bedre eller dårligere muligheder for at tilbyde behandling til de offentlige DRG-takster.

Forskellene betyder, at fastlæggelse af en fritvalgstakst, der er lavere end DRG-taksten, ikke i sig selv er ensbetydende med, at de private sygehuse ikke får omkostningsdækning. Omvendt kan det på nogle områder være relevant at aftale en takst, som overstiger den offentlige DRG-takst.

Det har indtil videre ikke været muligt at opnå principiel enighed om disse forskelle, herunder at få kvantificeret dem nærmere. Parterne er af denne grund – trods gennemførelsen af 5 aftalerunder – fortsat overordnet uenige om, hvorvidt de aftalte takster er for høje eller for lave.

Det rejser naturligt spørgsmålet om, hvorvidt der kan findes en bedre måde at håndtere takstfastsættelsen under det udvidede, frie sygehusvalg end ved at tage udgangspunkt i de offentlige DRG-takster.

Udvalget forstår kommissoriets forudsætninger om, at rapportens forslag ikke må give offentlige merudgifter, sådan, at udvalget ikke må pege på anbefalinger, som kan imødeses i sig selv at indebære en forøgelse af den nuværende, gennemsnitlige afregning i forhold til de private sygehuse. Det er i denne forbindelse udgangspunktet, at udvalgets forslag isoleret set ikke må bidrage til offentlige merudgifter i forhold til det aktuelle niveau i 2006.

Udvalget har i forbindelse med hvert forslag til takstmodel, jf. nedenfor, foretaget en vurdering af, hvordan udgiftsforudsætningen kan sikres. Kommissoriet udelukker ikke en generel sænkning af taksterne.

Der vil – uanset udvalgets forslag – i sagens natur i de kommende år kunne forekomme højere eller lavere udgifter til det udvidede, frie sygehusvalg som følge af en ændret patienttilgang, generelle ændringer i udgifterne til behandling, ændringer i fritvalgsbehandlingernes sammensætning m.v. Spørgsmål herom vil efter normal procedure skulle drøftes som led i de årlige forhandlinger mellem regeringen og de kommunale parter om sygehusejernes økonomi for det kommende år.

6.1.2. Hensyn i afregningsmodellen

Arbejdsgruppen om Frit valg og Kvalitet under Finansministeriet afgav i maj 2003 en rapport ("Frit valg og kvalitet – afregningsmodeller på de kommunale serviceområder"). Der er heri opstillet i alt tre overordnede politiske og økonomiske hensyn

- Reelle valgmuligheder for borgerne,
- Effektiv konkurrence mellem udbydere og
- En hensigtsmæssig offentlig udgiftsstyring

som en afregningsmodel til håndtering af leverancer af offentlige serviceydelser fra private udbydere bør iagttage. I forbindelse med det udvidede, frie sygehusvalg kan de tre hensyn konkret omsættes således:

Valgmuligheder:

Taksterne skal udformes sådan, at de sikrer borgerne reelle valgmuligheder – dvs. så der tilvejebringes behandlingskapacitet på de mest almindelige sygdomsområder, hvor der er et privat udbud.

Det kræver f.eks., at der sikres en rimelig grad af omkostningsdækning for de private sygehuse – jf. overvejelserne i afsnit 5.2 om at basere taksterne for det udvidede, frie sygehusvalg på DRG-takster.

Effektivitet og konkurrence:

Taksterne skal skabe effektivitet og konkurrence mellem leverandørerne. Eksempelvis bør takster mellem offentlige og private aktører generelt indeholde et incitament til effektiviseringer. Det betyder konkret, at de produktivetskrav, som de offentlige sygehuse via økonomiaftaler og DRG-takster m.v. stilles overfor, som udgangspunkt også bør afspejles i taksterne i forhold til de private sygehuse.

Taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg bør desuden kun overstige det niveau, som ydelserne tilsvarende kan produceres til i det offentlige, hvis de afspejler erkendte og dokumenterede forskelle i de private sygehuses rammevilkår i forhold til de offentlige sygehuse.

Udgiftsstyring:

Taksterne skal sikre en hensigtsmæssig udgiftsstyring og målretning af de offentlige midler. Det betyder, at taksterne bør være nogenlunde i overensstemmelse med den besparelse, som regionerne opnår, når borgerne bruger det udvidede, frie sygehusvalg. Konkret er det i kommissoriet forudsat, at udvalgets forslag til den fremtidige fastlæggelse af takster og vilkår ikke må indebære offentlige merudgifter.

Tilsvarende blev det ved valget af DRG-takster som udgangspunkt for såvel det udvidede, frie sygehusvalg (i 2000) som den mellemamtslige afregning (i 2002) lagt til grund, at de anvendte takster ikke i sig selv måtte være væsentligt udgiftsdrivende for det offentlige.

En anden implikation kan være at overveje, om afregningen i et vist omfang kan baseres på takster, der ligger et sted mellem de marginale DRG-omkostninger og de gennemsnitlige, totale omkostninger. Det vil være tilfældet, hvis der er viden om, at de private sygehuse er mere effektive end de offentlige på de områder, der er omfattet af det udvidede, frie sygehusvalg. Afregning på et sådant niveau vil dels begrænse de offentlige udgifter, dels sikre de private sygehuse et overskud.

Muligheden for at afregne de private sygehuse i forhold til deres marginale omkostninger, herunder indregne mængderabatter i taksterne, er uddybet i afsnit 6.2.10.

6.1.3. Generelt om stabilitet/fleksibilitet i taksterne

Som anført i afsnit 4.1 har det hidtil været praksis, at amterne og de private sygehuse har genforhandlet deres aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg hvert år. Det skyldes, at de DRG-takster, som ligger til grund for mange af aftaletaksterne, tilsvarende justeres hvert år.

Amterne og de private sygehuse har som led i de årlige aftalefornyelser opnået enighed om et antal konkrete justeringer af taksterne på udvalgte behandlingsområder. Parterne har primært fokuseret på nogle af de større områder, da det i sagens natur hverken har været praktisk muligt eller fagligt relevant hvert år at genforhandle samtlige de godt 500 DRG-takster, der er udmeldt af Sundhedsstyrelsen.

De takster, der bruges i forhold til det udvidede, frie sygehusvalg, har på flere behandlingsområder varieret en del fra år til år – primært som følge af skift i de underliggende DRG-takster.

Udvalget finder, at det kan overvejes fremadrettet at finde en metode, der bidrager til en højere grad af stabilitet i fritvalgstaksterne.

For det første er der, som anført, i dag ikke noget præcist kendskab til de faktiske marginalomkostninger til behandling på de offentlige og private sygehuse. Store reduktioner af taksterne, der ikke er bundet op på konkret kendskab til omkostningsstrukturen på det enkelte behandlingsområde, kan derfor risikere at efterlade en eller flere behandlingstyper uden omkostningsdækning og således gøre dem uattraktive for de private sygehuse. Omvendt kan takstforhøjelser på områder, hvor de private sygehuse i forvejen indtjener et positivt dækningsbidrag, give aftalesygehuse et endnu større overskud.

En vis stabilitet i aftaletaksterne vil for det andet være en fordel for aftalesygehuse, da det bliver lettere at foretage mere langsigtede økonomiske dispositioner. Dette vil ud fra en risikobetragtning alt andet lige give mulighed for lavere aftaletakster i forhold til i dag.

Omvendt bør takststrukturen i de kommende års aftaler ikke låses helt fast.

Det skyldes, at der stadig ikke på alle punkter er fuld enighed mellem parterne herom (f.eks. på sygesikringsområdet), ligesom der som følge af nye behandlinger m.v. løbende sker tilpasninger i de relative priser mellem behandlingerne. Endvidere udløser Sundhedsstyrelsens årlige opdateringer og faglige kvalificeringer af omkostningsgrundlaget på de enkelte behandlingsområder ofte (betydelige) ændringer af taksterne i DRG-systemet. Ændringerne afspejler typisk ny, faktuel viden og et bedre beregningsgrundlag for taksterne. Endvidere bør den produktivitetsudvikling, der løbende finder sted i de offentlige sygehusvæsen, også afspejles i de takster, som anvendes i forhold til aftalesygehuse. Endelig taler hensynet til at fastholde et vist konkurrencepres i takstfastlæggelsen for, at der bør være mulighed for med passende intervaller at kunne genforhandle nogle af de betydelige behandlingsområder.

Det vil således være forkert helt at låse de privates takster fast gennem en længere periode, da de derved løsriver fra den kliniske virkelighed og fra det vidensgrundlag, der ligger bag takstberegningerne.

6.1.4. Kvalitet i behandlingen

Udvalget finder det naturligt, at de private sygehuse kommer til at efterleve de samme krav til måling og dokumentation af den "organisatoriske kvalitet", som via Den Danske Kvalitetsmodel i de kommende år vil blive stillet til de offentlige sygehuse.

Det skal ses i sammenhæng med, at alle private sygehuse og klinikker under det udvidede, frie sygehusvalg principielt bør leve op til de samme krav til kvaliteten af den direkte patientbehandling, som de, der stilles til de offentlige sygehuse. Det indebærer, at et privat hospital, der ikke lever op til de samme krav til den kliniske kvalitet, som gælder i det offentlige sygehusvæsen, vil kunne afvises som aftalepartner.

Den Danske Kvalitetsmodel, som er udviklet af de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne i fællesskab, har til formål at fremme og synliggøre kvaliteten med henblik på at fremme gode patientforløb. Det vil ske ved at stille krav om en jævnlige tilbagevendende, systematisk dokumentation og måling af en række konkrete kvalitetsparametre på sygehusene (akkreditering). Med en fuldt udviklet kvalitetsmodel bliver der skabt et fælles grundlag for systematisk offentliggørelse af data for kvaliteten af strategisk vigtige aspekter af sundhedsvæsenets virksomhed.

Det forventes, at samtlige offentlige sygehuse skal være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel ved udgangen af 2008. Når modellen er fuldt udmøntet i det offentlige sygehusvæsen, vil den tilsvarende indgå som et beregningsmæssigt udgangspunkt for de offentlige DRG-takster.

Det fremgår af samarbejdsaftalen om etablering af en fælles model for kvalitetsvurdering, at Den Danske Kvalitetsmodel skal være obligatorisk og principielt omfatte alle udbydere og leverandører af offentligt finansierede sundhedsydelser. Det betyder, at private sygehuse og klinikker, der efter det udvidede, frie sygehusvalg har en særlig aftale med regionerne, også vil blive omfattet.

De private sygehuse forventer som udgangspunkt at kunne blive akkrediteret i samme omfang som de offentlige.

Udgangspunktet bør således være, at der - uanset hvilken model for takstfastsættelse, som fremover kommer til at gælde for det udvidede, frie sygehusvalg - stilles samme krav til den kliniske og organisatoriske kvalitet på aftalesygehusene, som gælder for de offentlige sygehuse. De overvejelser om korrektioner af de offentlige DRG-takster og valg af afregningsmodel, som anføres i de nedenstående afsnit 6.2 – 6.6, har således ikke indvirkning på den kvalitet af patientbehandlingen, som vil kunne opnås under fritvalgsordningen.

6.2. Konkrete korrektioner af de offentlige DRG-takster

6.2.1. Indledning

Udvalget har på baggrund af overvejelserne om rammevilkår foretaget en nærmere uddybning og kvantificering af en række af de forhold, hvor grundlaget for de offentlige DRG-takster afviger fra de private sygehuses omkostningsstruktur, og som det derfor kan være relevant at inddrage ved fremtidige drøftelser af fritvalgstaksternes størrelse:

- Forskning, uddannelse og vagtberedskaber
- Patienttyngde (cream-skimming)
- Moms
- Lønsumsafgift
- Forrentning og afskrivninger
- Dyre særydelser og komplikationer
- Genoptræning under indlæggelse
- Sygesikringsområdet

Punkterne er uddybet i nedenstående afsnit 6.2.2 - 6.2.9.

Der er for hvert forhold tale om en skønsmæssig kvantificering. Metoden og størrelsen af de enkelte korrektioner vil skulle kvalificeres nærmere, hvis det som led i kommende aftaler beslutes konkret at korrigere fritvalgstaksterne for en eller flere af forholdene.

Endelig beskriver afsnit 6.2.10 mulighederne for at anvende mængderabatter i fritvalgsaftalerne, mens afsnit 6.2.11 beskriver mulighederne for på sigt at basere takstafregningen på forløbstakster i stedet for de nuværende kontaktbaserede DRG-takster. Afsnit 6.2.12 omhandler muligheden for at differentiere taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg, hvis et eller flere private sygehuse påtager sig særlige forpligtelser ud over, hvad der indgår i de generelle aftaler og vilkår.

6.2.2. Forskning, uddannelse og vagtberedskaber

De offentlige sygehuse varetager (i varierende omfang) en række forpligtelser til forskning, uddannelse og vagtberedskaber, hvilket tilsvarende indgår i DRG-taksterne.

DRG-taksterne medtager således sygehusenes udgifter til intern undervisning af sygehuspersonale, vagtberedskaber og deres internt finansierede forskningsaktiviteter. Udgifterne indregnes ud fra en landsdækkende gennemsnitsbetragtning.

For så vidt angår behandlinger på lands- og landsdelsniveau, der for nuværende ikke i væsentligt omfang er i konkurrence med de private sygehuse, afregnes ikke med DRG-takster, men på baggrund af omkostningsbestemte takster. Taksterne opgøres af de enkelte afdelinger selv og medtager afdelingernes konkrete udgifter på området. De omkostningsbestemte takster skal ses i lyset af, at det i sygehusplanlægningen er hensigten, at funktionerne i forhold til særligt behandlingstunge og komplicerede patienter permanent varetages af lands- og landsdelsafdelinger, hvorfor der ikke i forbindelse med patientbehandlingen bør kunne opstå problemer med underfinansiering af særligt dyre patientgrupper for de pågældende sygehuse/afdelinger.

De private sygehuse er ikke på samme måde pålagt opgaver vedrørende forskning, uddannelse og vagtberedskaber. Det indebærer, at den offentlige DRG-takst overkompenserer de private sygehuse.

De private sygehuse skal dog på linje med det offentlige sundhedsvæsen selv løbende efteruddanne deres personale, ligesom de har vagtopgaver i forhold til deres allerede indlagte, ikke-akutte patienter.

Det kan på denne baggrund overvejes i en fremtidig takstafte at udforme en generel korrektion (fradrag) af DRG-taksterne, så de modsvarer forskellen i de to sektors opgaveløsning.

Forskning

Sundhedsstyrelsens opgørelser af den internt finansierede forskning på de offentlige sygehuse baserer sig på en undersøgelse fra Dansk Center for Forskningsanalyse fra 2002 (Forsknings- og udviklingsstatistik for Sundhedssektoren). Undersøgelsen, der er behæftet med en vis usikkerhed, indeholder opgørelser over antallet af personer/årsværk beskæftiget med forskning samt udgifter til bl.a. drift i forbindelse med forskningsarbejdet.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af Forskningsanalysen udarbejdet en oversigt over forskningsomfanget på basis- og lands- og landsdelssygehuse. Tabel 6.1 viser, at de samlede interne forskningsudgifter på sygehuse (lønsum og andel af fællesudgifter) i 2002 kan opgøres til 467 mio. kr. Fremskrevet til 2005-niveau (knap 480 mio. kr.) og fordelt på hhv. basis- og lands- og landsdelssygehuse, giver det interne forskningsudgifter på 22 mio. kr. på basissygehuse og 457 mio. kr. på lands- og landsdelssygehuse.

Tabel 6.1. Internt finansierede udgifter til F&U (inklusive andel af internt finansierede fællesudgifter til F&U) på de offentlige sygehuse, 2002

1.000 kr. og pct.	Internt finansierede F&U-udgifter	Internt finansierede udgifter i pct. af sum
Basissygehuse	21.473	4,6
LL-sygehuse	446.152	95,4
I alt	467.625	100,0

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Det samlede udgiftsgrundlag for DRG-taksterne (de tilrettede driftsudgifter) er for 2005 på i alt 20 mia. kr. vedrørende basissygehuse. Heraf udgør de 22 mio. kr. til internt finansieret forskning i alt 0,1 pct. Tallet peger i retning af, at de nuværende DRG-takster – for så vidt angår forskningsopgaven – ikke indebærer nogen væsentlig overkompensation af de private sygehuse.

Uddannelse

De offentlige sygehuse har helt generelt en forpligtelse til at uddanne og efteruddanne deres personale, så deres kvalifikationer løbende modsvarer de faglige m.v. 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 - og endelig ikke mindst indirekte omkostninger pga. af oplæring, f.eks. i form af, at der kan opereres færre patienter pr. dag, hvis operatøren er mindre erfaren og skal sidemandsoplæres.

Den udgiftsmæssigt set mest betydende uddannelsesforpligtelse vedrører den lægelige videreuddannelse. Regionerne får således – på lige fod med amterne og H:S - i dag ansvaret for, at speciallægeuddannelsen tilrettelægges i overensstemmelse med de bestemmelser for uddannelsen, som Sundhedsstyrelsen har fastsat.

Sundhedsstyrelsen fastsætter én gang årligt rammer for dimensionering af turnusforløb samt introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i hver uddannelsesregion og for hvert speciale. De tre regionale uddannelsesråd træffer på den baggrund afgørelse om fordeling af uddannelsesforløbene på de sygehuse inden for regionen.

Uddannelsesforpligtelsen omfatter bl.a. udarbejdelse af en individuel uddannelsesplan for den enkelte læge, sikring af rammerne for den uddannelsessøgende læges tilegnelse af kompetencer og stigende selvstændighed i opgavevaretagelsen under ansættelsen samt deltagelse i en inspektorordning, der har til formål at evaluere uddannelsesstederne.

Omfanget af uddannelsesforpligtelsen varierer mellem sygehuse og afdelingerne bl.a. afhængig af det aktuelle behov for uddannelse af læger inden for de forskellige specialer.

Sygehuses udgifter forbundet med uddannelsesforpligtelsen vedrører først og fremmest løn til de læger, der er under videreuddannelse i specialet, samt en andel af den uddannelsesansvarlige overlæges løn ("mesterlære"). Det skal i denne forbindelse bemærkes, at lægerne under deres uddannelse udgør en væsentlig arbejdskraft på uddannelsesstedet, som dog ikke fuldt effektiv, da de dels ikke er færdiguddannede og dels har fravær grundet kursusaktivitet m.v.

Ud over udgifterne til den lægelige videreuddannelse afholder de offentlige sygehuse udgifter til generel kursus- og efteruddannelsesvirksomhed i forhold til alle personalegrupper (læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, administrativt personale m.v.).

De private sygehuse skal på linje med det offentlige sundhedsvæsen selv løbende efteruddanne deres personale.

Det fremgår endvidere af Lov om Autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, at indenrigs- og sundhedsministeren, såfremt der er nødvendigt for at skaffe læger adgang til en turnusuddannelse kort efter aflagt eksamen, kan pålægge regionernes sygehuse og de private sygehuse, der modtager offentlig støtte eller på hvilke patienter indlægges for offentlig regning, at modtage læger i forhold til deres behov for færdiguddannet personale. Ansættelse i speciallægepraksis indgår desuden som en del af hoveduddannelsen inden for specialerne dermato-venerologi, oftalmologi samt oto-rhino-laryngologi.

De private sygehuse har i forbindelse med udvalgsarbejdet tilkendegivet en intention om på sigt at blive yderligere integreret i uddannelsessystemet på sygehusområdet.

Der foreligger ikke registerbaserede data eller aktuelle, kvalitative undersøgelser, der gør det muligt med sikkerhed at opgøre størrelsen af de udgifter, som samlet medgår til at varetage de offentlige sygehuses uddannelsesforpligtelser. Det kan dog med en vis usikkerhed skønsmæssigt vurderes, at udgifterne udgør i størrelsesordenen 5-10 pct. af de samlede driftsudgifter i det offentlige sygehusvæsen.

Københavns Amt har for 2005 lavet en undersøgelse af de direkte og indirekte omkostninger til uddannelse af sundhedspersonale på amtets tre store sygehuse. Undersøgelsen viser, at både de direkte og indirekte udgifter til uddannelse af personale på amtets sygehuse udgør mellem 7 og 10 pct. af sygehusenes tilrettede driftsudgifter (DRG-takstgrundlaget).

Vagtberedskaber

De offentlige sygehuse varetager som en integreret del af deres opgaver også en række vagtforpligtelser i forhold til at kunne håndtere akut opstået sygdom hos patienterne.

Omfanget af forpligtelserne (og udgifterne hertil) varierer mellem afdelingerne og sygehusene afhængig af den konkrete sygehusplanlægning i amtet og det faglige behov i de enkelte specialer. Der kan være vagtopgaver på såvel sengeafdelinger, skadestuer, akutte modtageafdelinger som tværgående undersøgelsesafdelinger (røntgen- og laboratorieafdelinger) m.v.

Forpligtelserne kan vedrøre 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 hen over døgnet (dag/nat) og ugen (hverdag/weekend).

Sygehusenes udgifter til at opretholde vagtdækning vedrører lønudgifter til læger, plejepersonale og andet sundhedsfagligt personale, herunder f.eks. operations-, anæstesi- og intensivsygeplejersker og jordemødre m.v., ligesom der i et vist omfang er ekstra kapacitetsomkostninger i form af udstyr, bygninger m.v. Et lægeligt vagtberedskab består af overlæger eller afdelingslæger/1. reservelæger, der sidder i bagvagt (vagt fra hjemmet, tilkaldevagt eller i tilstedeværelsesvagt), og yngre læger i forvagt (dvs. tilstedeværelsesvagt, på sygehusets vagtværelser).

De private sygehuse/klinikker er ikke på samme måde pålagt forpligtelser og udgifter til vagtberedskaber. Dog har de større sengebærende privatsygehuse beredskabsopgaver i forhold til deres allerede indlagte, ikke-akutte patienter.

Der foreligger ikke registerbaserede data eller aktuelle, kvalitative undersøgelser, der gør det muligt med sikkerhed at opgøre de samlede udgifter til vagtforpligtelser på de offentlige sygehuse. Det kan dog med en vis usikkerhed skønsmæssigt vurderes, at udgifterne udgør i størrelsesordenen 10-15 pct. af de samlede drifts-udgifter i det offentlige sygehusvæsen.⁷

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

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe til vurdering af lands- og landsdelstakster har i april 2003 foretaget en vurdering af mulighederne for at afregne lands- og landsdelsydelse med udgangspunkt i DRG-takster. Der er i den forbindelse peget på muligheden for at overgå til et tostrengt takstsystem, baseret på de landsdækkende takster for basisbehandlinger med et landsdækkende sæt takster, som giver et tillæg for de særlige opgaver på lands- og landsdelsniveauet samt en DRG-afhængig langliggertakst.

Arbejdsgruppen har som led i dette arbejde helt overordnet opgjort, at taksterne på lands- og landsdelsniveau med det nugældende takstregime ligger i størrelsesordenen 21 pct. over DRG-værdien (dvs. taksten på basisniveau), idet der dog på sygehusniveau er betydelige afvigelser.

Analysen vedrører ikke sygehusenes opgaver på basisniveau, men kan i et vist omfang illustrere selve størrelsesordenen på de opgaver vedrørende forskning, uddannelse og vagtforpligtelser, som løses på de offentlige sygehuse.

Udvalget finder, at der under alle omstændigheder bør foretages en nærmere analyse heraf, hvis det besluttes i en fremtidig takstaftale at inddrage spørgsmålet om forskning, uddannelse og vagtberedskaber og betydningen heraf for de nuværende DRG-takster.

6.2.3. Patienttyngde ("cream-skimming")

De offentlige DRG-takster er gennemsnitstakster for relativt brede patient-grupper og tager som udgangspunkt ikke hensyn til den enkelte patients tyngde. Nogle patienter vil således medføre omkostninger, som ligger over taksten, mens andre patienter vil ligge under taksten.

Da 2-månedersaftalerne er baseret på DRG-taksterne, er det indirekte forudsat, at aftalesygehusene over tid har nogenlunde samme fordeling af lette og svære patienter som de offentlige sygehuse.

Amterne har i Indenrigs- og Sundhedsministeriets evalueringsrapport fra 2004 anført, at aftalesygehusene foretager såkaldt cream-skimming af patienterne og systematisk vælger at behandle de lette patienter indenfor hver DRG-gruppe.

Der kan sondres mellem to forskellige former for cream-skimming, som tilsvarende hver især kan håndteres gennem to forskellige sæt af løsninger. For det første kan de private sygehuse ved indgåelsen af fritvalgsaftalerne vælge at specialisere og målrette deres produktion i forhold til bestemte behandlinger inden for en DRG-

⁷ "Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning", Sundhedsministeriet 1999

gruppe og på denne måde udnytte skævheder i DRG-systemet. Regionerne og aftalesygehusene kan søge at begrænse denne type af problemstillinger gennem præcise udformninger af takstafalterne og de generelle vilkår.

En anden type kan være, at patienter, der henvises indenfor de indgåede aftaler, men som ved henvisningen synes komplicerede, afvises af det private sygehus og tilbagevisiteres til det offentlige sundhedsvæsen. Denne form for cream-skimming kan søges håndteret gennem bl.a. overvågning af aftalepatienterne tyngde samt ved øget kvalitetssikring og udmelding af faglige standarder m.v.

Det skal bemærkes, at aktivitetsafregning via DRG-takster principielt kan føre til cream-skimming i såvel det offentlige som i det private sygehusvæsen. Mere generelle muligheder for at håndtere cream-skimming – både i forhold til de offentlige sygehuse og i forhold til aftalerne under det udvidede, frie sygehusvalg – kan derfor være enten at nuancere det nuværende DRG-system (etablere flere DRG-grupper m.v.) eller ved på længere sigt at justere DRG-afregningen, så den, udover aktivitet, også kommer til at afhænge af kvalitetsmål.

De private sygehuse anfører, at der under det udvidede, frie sygehusvalg ikke fravælges komplicerede operationer hos i øvrigt raske patienter. Dog må sygehusene/klinikkerne i et vist omfang fravælge behandling af patienter med flere, konkurrerende sygdomme, som det ikke er muligt at tilbyde behandling i privat regi.

Der foreligger kun få danske undersøgelser, som nærmere kvantificerer problemet med cream-skimming, jf. nedenfor. I et internationalt perspektiv har det rådgivende organ under den amerikanske kongres, MedPAC, i en rapport fra marts 2005 ("Report to the Congress: Physician-Owned Specialty Hospitals") fundet solid dokumentation for, at private, lægeejede specialsygehuse foretager cream-skimming i forhold til det amerikanske DRG-system.

Sundhedsstyrelsen har til brug for udvalgets rapport gennemført en analyse af, hvorvidt der er tegn på cream-skimming under det udvidede, frie sygehusvalg. Undersøgelsen belyser, om de private sygehuse indenfor udvalgte DRG-grupper foretager en mindre ressourcekrævende behandling end tilsvarende på offentlige sygehuse. Det kan enten være af årsager, der er bestemt af, hvilke behandlingstilbud de private sygehuse rent faglig har mulighed for at tilbyde, eller fordi de private sygehuse som en konsekvens af aftalesystemet under fritvalgsordningen specialiserer deres produktion i forhold til de behandlinger, der giver et økonomisk overskud. Det skal understreges, at der ikke er noget odiøst i sådanne former for cream-skimming, og at analysen ikke omfatter adfærd i forbindelse med konkrete patienthenvisninger eller behandlinger.

Undersøgelsen er foretaget på basis af aktiviteten under det udvidede, frie sygehusvalg i 2005 i 11 DRG-grupper indenfor MDC-grupperne "Øre-, Næse- og halssygdomme" (MDC03) og "Sygdomme i muskelskeletsystemet og bindevæv" (MDC 08) samt DRG-data og oplysninger fra Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase for 2004. Undersøgelsen vedrører 10 pct. af den samlede fritvalgsaktivitet i 2005.

Undersøgelsen viser sammenfattende, at behandlingerne indenfor de 11 udvalgte DRG-grupper på de private sygehuse blev udført med i gennemsnit 51 pct. af gennemsnitsomkostningen for de offentlige sygehuse, når der ses på de aktionsdiagnoser, der blev behandlet på de private sygehuse.

I 7 af de 11 DRG-grupper bevirkede patientsammensætningen på aktionsdiagnose, at gennemsnitsomkostningen på private sygehuse lå under gennemsnitsomkostningen på offentlige sygehuse. Med andre ord blev der i disse grupper primært udført behandling af mindre ressourcekrævende patienter end gennemsnitligt.

Den lavere omkostning pr. behandling på de private sygehuse dækker over, at fritvalgspatienterne i gennemsnit modtog en mindre ressourcekrævende behandling indenfor DRG-gruppen, ligesom patientsammensætningen i den enkelte gruppe generelt var "lettere" på de private sygehuse end på de offentlige. Hvis der korrigeres for forskelle i patientsammensætningen, var gennemsnitsomkostningen pr. patient på de private sygehuse samlet set 74 pct.

Tallet på 74 pct. er en følge af, at de private sygehuse indenfor hver enkelt DRG-gruppe i gennemsnit udførte mindre ressourcekrævende behandlinger end de offentlige, ligesom aftalesygehuse i stor udstrækning udførte behandlinger indenfor netop de DRG-grupper, hvor gennemsnitsomkostningen var særlig lav i forhold til de offentlige sygehuse, dvs. dér hvor de private sygehuse var særligt konkurrencedygtige.

Undersøgelsens metode og resultater fremgår uddybende af bilag 2.

Dansk Sundhedsinstitut – DSI – har i maj 2007 offentliggjort undersøgelsen "Fritvalgsordning og lighed. Konsekvenser af den udvidede fritvalgsordning for ligheden i patienternes behandlingsadgang". Konklusionen i undersøgelsen er, at der på det foreliggende grundlag ikke er tegn på, at aftalesygehuse selekterer på baggrund af omkostningsvariation i DRG og DAGS-grupperne. Undersøgelsen kan findes på www.dsi.dk.

Det kan overvejes som led i en fremtidig takstafale at foretage en kortlægning af aftalepatienternes tyngde og betydningen heraf for aftaletaksternes niveau. Hvis nærmere analyser viser, at aftalepatienternes patienttyngde afviger fra de offentlige sygehuses patientprofil, kan der indarbejdes en korrektion (tillæg/fradrag) i aftaletaksterne. En sådan korrektion kan enten udformes generelt, eller målrettes mod større behandlingsområder.

6.2.4. Købsmoms af driftsudgifter

Spørgsmålet om konkurrenceforvriddning mellem offentlige og private udbydere af serviceydelser m.v. har de senere år været behandlet af en række arbejdsgrupper og udvalg under bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Skatteministeriet, senest i rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejdsgruppe om konkurrence, moms og frit valg fra efteråret 2005. Rapporten vedrører, udover evt. forvriddning via reglerne om moms, også problematikken om lønsumsafgifter, jf. afsnit 6.2.5 nedenfor.

Sygehusbehandling på såvel offentlige som private sygehuse er i Danmark fritaget for moms. I et sygehus' produktion indgår imidlertid indkøb m.v., som er momsbelagt. Det gælder f.eks. fødevarer, brændsel og drivmidler, anskaffelser, øvrige varekøb, entreprenør- og håndværkerydelser samt øvrige, momsbelagte tjenesteydelser m.v. Udgifterne til varekøb udgør ca. 1/4 af sygehusenes driftsudgifter, mens resten vedrører løn. 25 pct. af varekøbsudgifterne svarer til, at sygehusenes udgifter til købsmoms ligger i størrelsesordenen 5 pct.⁸

På det offentlige område betaler regionerne denne købsmoms via det mellemamtskommunale 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. Udgifterne til købsmoms indgår derfor heller ikke i grundlaget for beregningen af DRG-taksterne.

Private sygehuse har ikke samme afløftningsmulighed, hvorfor der i deres takster indgår en skjult købsmoms på ca. 5 pct., som sygehuset har betalt sine leverandører.

⁸ De samlede varekøbsudgifter udgør ca. ¼ af driftsudgifterne. Heraf udgør værdien af moms 20 pct. $((25/(100+25))*100 \text{ pct.} = 20 \text{ pct.})$. Udgifterne til moms udgør derfor ca. 5 pct. (25 pct. af 20) af driftsudgifterne.

Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning har i denne forbindelse vurderet, om det giver anledning til konkurrenceforvridning i forhold til de offentlige sygehuse, og om der på den baggrund bør udformes en generel korrektion af DRG-taksterne til brug ved det udvidede, frie sygehusvalg.

Private sygehuse har to forskellige slags patienter: Private patienter, som selv betaler (direkte eller gennem en forsikring), og offentlige patienter, der betales af patientens bopælsamt.

For de *private* patienters vedkommende foreligger der ikke nogen konkurrence med de offentlige sygehuse på prisen, idet de offentlige sygehuse er gratis for patienterne. Når en patient overvejer at benytte et privat betalingshospital frem for det gratis, offentlige sygehusvæsen, sammenlignes prisen derfor primært med de andre varer og tjenester, der kunne købes for de samme penge, og som næsten alle vil være fuldt momsbelagte. De private sygehuse har altså på dette område – i overensstemmelse med de politiske hensigter med momsfrigørelsen af lægelige o.l. ydelser - en konkurrencefordel.

Når private sygehuse derimod behandler offentlige patienter, vil deres takster af det betalende amt blive sammenlignet med de offentlige sygehuses udgifter og takster ekskl. moms, idet de offentlige takster er beregnet uden den afløftede købsmoms.

For at undgå at udsætte de private sygehuse og klinikker, som ikke har samme afløftningsmulighed, for konkurrenceforvridning, er der imidlertid i forbindelse med den kommunale momsudligningsordning generelt oprettet en såkaldt "positivliste", hvor kommuner og regioner får refunderet den moms, der indirekte betales ved køb hos ikke-momsregistrerede leverandører. På positivlisten er det anslået, hvor stor en del af de enkelte typer indkøb, som momsandelen i gennemsnit udgør. Herudfra refunderes de indirekte betalte momsbeløb. Når regioner således køber ydelser hos de private sygehuse – enten via det udvidede, frie sygehusvalg eller gennem rammeaftaler m.v. – modtager regionerne derfor refusion svarende til den skjulte indkøbsmoms i de private ydelser.

Samlet sikrer udligningsordningen, at der generelt skabes en situation, som er momsmæssigt konkurrence-neutral - uanset om regionen vælger at producere en sundhedsydelse selv eller at købe den hos en anden region eller hos en privat udbyder.

Ved egenproduktion afløfter regionen direkte indgående moms i udligningsordningen. Ved køb hos en privat yder bliver den skjulte moms ligeledes afløftet hos køberregionen via positivlisten. Ved afregning med en anden region – f.eks. til DRG-takst – er regningen i forvejen uden skjult købsmoms, fordi momsen er afløftet af den producerende region i udligningsordningen og betales af regionerne i fællesskab. For en region gør det derfor ingen forskel, om man bruger 100 kr. (inkl. købsmoms) på egenproduktion, betaler 100 kr. (inkl. skjult købsmoms) til et privat sygehus eller betaler 95 kr. (= DRG) til en anden region.

DRG-taksten dækker således i gennemsnit ca. 95 pct. af driftsudgifterne inkl. moms i det offentlige. Hvis de private sygehuse har de samme udgifter som de offentlige, mangler de derfor alt andet lige 5 pct. i at få dem dækket, når de leverer ydelser til DRG-takst.

6.2.5. Lønsumsafgift

Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejdsgruppe om konkurrence, moms og frit valg, jf. afsnit 6.2.4, har i sin rapport fra efteråret 2005 også kort berørt spørgsmålet om lønsumsafgifter.

Lønsumsafgiften omfatter virksomheder, der leverer ydelser fritaget for momspligt, og opkræves alene fra private virksomheder (f.eks. finansiel virksomhed, administration af fast ejendom, sundhedspleje, undervis-

ning, kultur og indenrigs personbefordring). Begrundelsen er ikke mindst, at en evt. afgift af lønsummen i den offentlige sektor i praksis alene ville virke som en omflytning af penge mellem forskellige offentlige kasser.

Da de offentlige sygehuse ikke betaler lønsumsafgift, opgøres DRG-taksterne ekskl. denne afgift. For de private er afgiften derfor alt andet lige konkurrenceforvridende i forhold til de offentligt producerede sundhedsydelse, hvad enten der er tale om egenproduktion eller køb hos anden region. Afgiften udgør på sundhedsområdet, herunder for private sygehuse og klinikker, 3,08 pct. af lønsummen + overskud/underskud.

Arbejdsgruppen anfører i sin rapport, at der evt. kan argumenteres for lønsumsafgiftsfrihed af 1) nationale konkurrencemæssige hensyn (f.eks. konkurrerer fertilitetsklinikker i et vist omfang med de offentlige hospitaler og i særdeleshed med private hospitaler), 2) ud fra en overvejelse om konkurrencefordrejninger i forhold til udenlandske udbydere, som ikke betaler lønsumsafgift eller 3) af sundhedspolitiske hensyn (det bør være så billigt som muligt at blive behandlet i sundhedsvæsenet).

Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejdsgruppe har ikke nærmere drøftet forslag til løsning af de konkurrenceforvridende effekter, men refererer alene til en række overvejelser, der er foretaget i en tværministeriel gruppe i 2003-2004. Denne tværministerielle arbejdsgruppe identificerede to mulige løsninger på denne ulige konkurrence:

- Pålæggelse af lønsumsafgift på lønsumsafgiftsfrie myndigheder/virksomheder eller
- Fritagelse for lønsumsafgift.

Udvalget konstaterer på baggrund af det nuværende regelsæt for lønsumsafgiften, at de private sygehuse - hvis de har samme udgifter som de offentlige - som følge af lønsumsafgiften alt andet lige mangler ca. 3 pct. i at få deres udgifter dækket, når de leverer ydelser til DRG-takst.

6.2.6. Forrentning og afskrivninger

Som anført i afsnit 5.2.1, bør taksterne imellem det offentlige og de private eller selvejende sygehuse principielt indeholde et bidrag til forrentning og afskrivning af de private sygehuses udgifter (inkl. moms) til apparatur og bygninger m.v., da sygehusene ellers ikke får dækket deres langsigtede kapitaludgifter.

Det giver som led i en fremtidig fritvalgsaftale anledning til at overveje at indarbejde et generelt tillæg til taksterne til honorering af de private sygehuses kapitaludgifter (inkl. moms) vedr. behandling af de offentlige fritvalgspatienter.

De nuværende DRG-takster opgøres ekskl. forrentning og afskrivning. Det skyldes, at det ikke har været hensigten at give sygehusejerne incitament til at tilpasse deres kapitalapparatet med det formål bevidst at tiltrække patienter på basisniveau fra andre regioner. Dette i modsætning til højt specialiseret behandling (lands- og landsdelsbehandling), hvor det er hensigten, at funktionerne permanent varetages af lands- og landsdelsafdelinger, der er planlagt hertil, og hvor der derfor indgår kapitalomkostninger i taksterne.

Kapitalomkostningerne på lands- og landsdelsafdelingerne skal i henhold til takstbekendtgørelsen beregnes efter følgende principper:

- Forrentning af bygninger, investeringer, apparatur og inventar mv. opgøres med den for statsvirksomheder gældende forrentningsprocent af statusværdien primo året.
- Bygning afskrives lineært over 30 år med 3,33 pct. p.a. startende året efter ibrugtagelsen.
- Apparatur, inventar m.v. afskrives lineært over 10 år med 10 pct. p.a.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af oplysninger indberettet fra lands- og landsdelsygehuse beregnet andelen af forrentning og afskrivningerne i forhold til de tilrettede driftsudgifter (takstgrundlaget for DRG-taksterne). Opgørelserne viser, at forrentning og afskrivning i 2004 i gennemsnit udgør 4,1 pct. af de tilrettede driftsudgifter, men at der er store variationer mellem de enkelte sygehuse. Disse variationer bunder i væsentligt omfang i, at der er forskelle i den regnskabstekniske alder af sygehuses aktiver. Opgjort inkl. moms af investeringer, apparatur m.v. kan forrentning og afskrivning skønnes til 5,1 pct. af de tilrettede driftsudgifter.

For 2004 er det muligt at udtrække afskrivninger for somatiske sygehuse på amtsniveau af det Kommunale Budget- og Regnskabssystem⁹. Tallene vedrører alle offentlige sygehuse inklusiv lands- og landsdelsygehuse. Ifølge denne opgørelsesmetode udgør afskrivningerne i gennemsnit 3,8 pct. af de tilrettede driftsudgifter. Der er hér ikke nogen systematiske afvigelser mellem amter med og uden lands- og landsdelsfunktioner.

Regeringen og de kommunale parter er som en del af statens finansieringsreform enige om gradvist at omlægge de kommunale budgetter og regnskaber fra udgiftsfinansiering til omkostningsfinansiering. Der er således i 2007-økonomaftalen mellem regeringen og regionerne enighed om for 2007 at indføre omkostningsbevillinger på udviklingsområdet og social- og undervisningsområderne, mens det f.s.v.a. sundhedsområdet m.v. er aftalt at igangsætte et analysearbejde m.h.p. at vurdere mulighederne for at overgå til omkostningsbaserede bevillinger i regionerne fra 2009. Det er dog allerede fra 2005 obligatorisk at opføre forrentning, afskrivninger, lagerforskydninger, samt øvrige beregnede og overførte udgifter/indtægter på sygehusniveau. Reformen betyder, at det fremover vil blive muligt at indregne omkostninger til forrentning og afskrivning i DRG-takstsystemet, således at alle omkostninger, forbundet med patientbehandlingen, finansieres af taksterne.

Udvalget finder, at en evt. generel korrektion af aftaletaksternes niveau til honorering af de private sygehuses kapitaludgifter principielt bør tage udgangspunkt i de faktiske omkostninger, der er medgået til at producere de ydelser, som leveres under det udvidede, frie sygehusvalg. Udformningen af en sådan korrektion forudsætter derfor, at der skabes et mere systematisk overblik over kapitalomkostningerne på de private sygehuse end i dag.

Der vil i den forbindelse skulle tages stilling til, om den relevante afskrivningshastighed for de private sygehuse er forskellig fra de offentlige sygehuses, hvilket forrentningsniveau der skal lægges til grund for beregningerne, ligesom der skal indhentes oplysninger om størrelsen af sygehuses goodwill. En yderligere problemstilling er, at nogle aftalesygehuse i kraft af deres størrelse typisk vil have lave kapitaludgifter (f.eks. praktiserende speciallæger, der både arbejder under den offentlige sygesikring og under det udvidede frie sygehusvalg), mens det ofte for de især større privatsygehuse er en forudsætning for at kunne etablere sig i markedet, at de afholder høje opstartsomkostninger, hvilket ikke genfindes på et offentligt finansieret sygehus.

Hvis det ikke er muligt at indhente de pågældende oplysninger, kan korrektionen udformes skønsmæssigt på baggrund af kapitaludgifterne på de offentlige sygehuse.

6.2.7. Dyre særydelser og komplikationer

Som anført i afsnit 4.2.3.1, anfører nogle af aftalesygehuse i Indenrigs- og Sundhedsministeriets evalueringsrapport fra 2004, at de fastsatte fritvalgstakster ikke giver råderum for behandling i forbindelse med komplikationer, ligesom det generelt konstateres, at der kun er indgået få aftaler om behandlinger, som kræver udgifter til implantater og operationsudstyr m.v., da der ikke er aftalt særskilt honorering heraf i taksterne.

⁹ <http://statistikbanken.dk/>

Regionerne og de private sygehuse har på nuværende tidspunkt aftalt særskilt honorering for proteser m.v. på i alt 7 områder, men har ikke i øvrigt afklaret takstproblemstillingen mere generelt.

Udvalget har overvejet, om der som led i en fremtidig takstafte bør åbnes mulighed for at give et tillæg til taksterne for særlige ydelser i forbindelse med behandlingen m.v. – f.eks. i form af et særydelsestakstkatalog til honorering af dyre særydelser og komplikationer.

Særydelser:

I henhold til takstbekendtgørelsen er det i det nuværende DRG-system ikke muligt at afregne særskilt for særydelser udover DRG-taksten. Dog kan der for ambulante uden-regions-patienter opkræves særydelser vedrørende hhv. behandlingshjælpemidler, høreapparater og medicin (kostpriser, dog maksimalt 660 kr. pr. dag).

For så vidt angår de stationære DRG-takster, indeholder Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase ikke tilstrækkelige oplysninger til korrekt at fordele ressourcetrækket ned på de patientforløb, som har særligt dyre særydelser (medicin og implantater m.v.). Disse omkostninger er derfor jævnt fordelt udover alle patientforløb ud fra en gennemsnitsberegning.

Takstberegningen for de ambulante patienter sker ved direkte at beregne gennemsnitsomkostninger for DAGS-grupperne. Udgifterne til særydelser indgår i sygehusenes fordelingsregnskaber sammen med sygehusenes øvrige udgifter og indgår dermed også i omkostningsdatabase (takstberegningsgrundlaget). Oplysninger om, hvilke patienter der har modtaget særydelser er generelt mangelfulde, og mange af udgifterne til særydelser fordeles derfor jævnt over alle patienter. Herved hæves det generelle niveau for taksterne.

Selv om det samlede niveau for taksterne i gennemsnit afspejler forbruget af særydelser, bliver de sygehuse, som har et stort forbrug af særydelser, aktuelt ikke tilstrækkelig tilgodeset ved afregningen med DRG- og DAGS-takster. Omvendt bliver sygehuse med et lille forbrug overkompenseret.

Etablering af muligheder for at opkræve særydelser kan derfor – såvel i den offentlige afregning som i forhold til de private sygehuse - betragtes som en måde at kompensere for, at udgifterne til særydelser ikke fuldt ud knyttes til de rigtige patienter i DRG- og DAGS-systemet. Samtidig kan der kompenseres for de store prisstigninger, der ofte er gældende på medicinområdet.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, der skal overveje, om særydelserne fremover i højere grad skal indarbejdes i de ambulante DAGS-takster. Arbejdsgruppen drøfter alene medicin, da de to andre områder er relativt små, og høreapparaterne overgår til kommunerne fra 2007.

Regionerne finder, at implantater og proteser principielt bør indregnes i fritvalgstaksterne, dog under den forudsætning, at der gøres brug af materialer/fabrikater, der er aftalte og anerkendte, og som bruges i det offentlige sygehusvæsen.

Udvalget finder, at en endelig afklaring af spørgsmålet om evt. yderligere konkret honorering af de private sygehuse for særydelser bør afvente overvejelserne i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe.

Komplikationer:

I forbindelse med den indbyrdes, mellemregionale afregning af fritvalgspatienter på basisniveau lægger regionerne principielt til grund, at der bør honoreres for komplikationsbehandling.

Der afregnes i dag på to måder herfor i DRG-systemet.

For det første er der i en række tilfælde indbygget ekstra afregning for patienter med komplicerende bidiagnoser, således at den takst, der afregnes med, er højere end for patienter uden komplicerende bidiagnose. I de tilfælde, hvor der er komplicerende forhold omkring patienten, udløses således en højere DRG-takst.

På udvalgte områder, eksempelvis det ortopædkirurgiske, er DRG-systemet er opbygget således, at det er den udførte procedure, der er takstudløsende. En højere honorering i fritvalgsaftalerne på disse områder vil derfor kræve, at der mellem regionerne og de private sygehuse aftales en udvidelse af intervallet af operationsprocedurer.

6.2.8. Genoptræning under indlæggelse

I forbindelse med kommunalreformen, hvor kommunerne fra 2007 skal medfinansiere genoptræning under indlæggelse samt overtage ansvar og finansiering af den ambulante genoptræning, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet takster for genoptræningen.

I takstsystemet for 2007 er der således etableret 5 genoptræningsgrupper for indlagte patienter og 3 besøgstakster for ambulante patienter. Etablering af genoptræningsgrupperne betyder, at der ikke længere indgår omkostninger ved genoptræning i taksterne for indlagte og ambulante patienter. Der er endvidere beregnet særlige vejledende takster for afregning af genoptræningsydelser mellem kommunerne. Disse takster er baseret på de ambulante genoptræningstakster fratrukket omkostninger til forskning og uddannelse af studerende mv.

De nye DRG-grupper for de indlagte patienter og DAGS-grupperne for de ambulante patienter betyder, at afregningen i forbindelse med en fremtidig takstaf tale vil kunne baseres på de nye takster, hvis de private sygehuse også varetager genoptræningen under indlæggelse.

Tabel 6.2 viser genoptræningstaksterne for indlagte og ambulante patienter i 2007.

Tabel 6.2. Genoptræningstakster for 2007, 2007-priser

Genoptræningsgruppe	Navn	Takst for 2007
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	750
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.591
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.068
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	4.241
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	10.861
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	640
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	855
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.381
Vejledende takster for mellemkommunal afregning		
A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	573
B	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	765
C	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.236

Kilde: Sundhedsstyrelsen: Takstsystem 2007, Vejledning.

6.2.9. Speciallægeområdet

Som anført i afsnit 4.2.3.6, har regionerne og de private sygehuse indgået aftaler om en lang række behandlinger, der også er omfattet af overenskomster under sygesikringen, ligesom mange af aftalesygehuse er private klinikker/speciallæger, som også har overenskomst med sygesikringen.

Sygesikringstaksterne er generelt betydeligt lavere end DRG- og DAGS- taksterne, som aftalerne under det udvidede, frie sygehusvalg tager udgangspunkt i.

Det indebærer, at taksterne under den udvidede frie sygehusvalgsordning kan skabe en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur, hvis de alene baseres på de gældende DRG- og DAGS-takster.

Parterne har allerede helt eller delvist tilnærmet en række af de aftaletakster, hvor der samtidig eksisterer en sygesikringstakst, til det niveau, som er aftalt i sygesikringsoverenskomsten, f.eks. grå stær, operation for tunge øjenlåg, stritører, rekonstruktion af trommehinde og fjernelse af negle.

Udvalget finder, at det i forbindelse med en fremtidig takstafte under det udvidede, frie sygehusvalg kan være relevant at overveje, om der er mulighed for en yderligere tilnærkning af fritvalgstaksterne til taksterne i speciallægeoverenskomsten under sygesikringen.

Som anført i Indenrigs- og Sundhedsministeriets evalueringsrapport fra 2004 bør en evt. udjævning af taksterne dog ske under hensyn til, at de private klinikker, som ikke har overenskomst med sygesikringen, kan have en anden omkostningsstruktur end sygesikringspraksis. Forskellene kan f.eks. vedrøre graden af sikkerhed for det forventede antal patienter under hhv. sygesikringsoverenskomst og det udvidede, frie sygehusvalg, forskellige krav til lokaler og udstyr m.v.

6.2.10. Mængderabat i aftalerne

Arbejdsgruppen om Frit valg og Kvalitet under Finansministeriet anfører i sin rapport fra maj 2003 ("Frit valg og kvalitet – afregningsmodeller på de kommunale serviceområder"), at det kan være relevant at overveje brug af mængderabatter (knæktakster) – dvs. en lavere afregning pr. ydelse, når antallet af leverede ydelser stiger.

Rapporten konstaterer, at der i en situation med konstante marginalomkostninger og betydelige faste omkostninger (som man kan argumentere for ofte vil være tilfældet på sygehusområdet) vil opstå et uudnyttet effektiviseringspotentiale, hvis afregningen i forhold til de private leverandører alene fastsættes til de gennemsnitlige, totale omkostninger, jf. afsnit 6.1.2. Det uudnyttede potentiale vil være stigende i takt med, at aktiviteten øges.

Det skyldes, at afregningen pr. patient i stigende grad vil være større end de totale omkostninger pr. patient. Rapporten anfører, at det derfor kan være hensigtsmæssigt at overveje rabatter, som aftrapper afregningsløbet i takt med antallet af patienter.

En afregning, der følger de private sygehuses gennemsnitlige, totale omkostninger nedad i takt med stigende aktivitet (men som ligger over de rene marginalomkostninger), vil sikre, at de private sygehuse på et givet aktivitetsniveau får dækket deres gennemsnitlige, totale omkostninger, uden der opstår et betydeligt uudnyttet effektiviseringspotentiale.

Regeringen og amterne har for både 2005 og 2006 i de årlige aftaler om amternes økonomi indarbejdet en formulering om taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg. Det fremgår, at der "*med hensyn til aftaler*

med private sygehuse/klinikker om behandling af fritvalgspatienter [...] bør tages højde for, at de faktiske omkostninger [ved de behandlinger, som de private sygehuse leverer,] kan variere og ofte vil være lavere end de gennemsnitlige [DRG]-omkostninger.”

Regeringen og amterne lægger således i aftalerne til grund, at der, trods den manglende indregning af kapitalomkostninger i DRG-taksterne, i praksis kan være et vist råderum for at bruge en takst på mindre end 100 pct. af DRG-taksten - uden at det af den grund er ensbetydende med, at der ikke er omkostningsdækning for det private sygehus.

Dette princip om betaling for ekstra aktivitet på marginalen ligger bl.a. til grund for den statslige meraktivitetspulje på sygehusområdet, hvor al ekstra aktivitet under ordningen kun honoreres med en andel (på 70 pct.) af den fulde DRG-takst. Tilsvarende udmønter regionerne i deres egen, interne økonomi- og aktivitetsstyring også selv typisk ekstra (marginale) ressourcer i form af procentandele af DRG-taksten, ligesom der på speciallægeområdet er aftalt lavere takster for aktivitet, som ligger ud over et vist på forhånd aftalt niveau.

Endelig er det delvist denne tilgang, som har været brugt ved de hidtidige aftaler om det udvidede, frie sygehusvalg, hvor omdrejningspunktet ofte har været en drøftelse af, hvor stor en andel som fritvalgstaksterne samlet har skullet udgøre af de offentlige DRG-takster. Det er sket ud fra en kombination af en lang række overvejelser om bl.a. honorering af marginal aktivitet, tilpasning af taksterne til de private sygehuses omkostninger m.v.

Det bemærkes, at der i dag endnu ikke er noget præcist kendskab til de marginale omkostninger ved sygehusproduktion – hverken på behandlings- eller på sygehusniveau. Det gælder både i det offentlige og det private sundhedsvæsen. Sammensætningen mellem hhv. rent marginale og gennemsnitlige behandlingsudgifter varierer i praksis desuden væsentligt mellem de forskellige DRG-grupper og behandlingstyper. Hertil kommer, at der er forskellige omkostningsstrukturer på de enkelte private sygehuse, og at marginaludgifterne varierer over tid i forhold til kapacitetsudnyttelsen.

En mere generel brug af mængderabatter, beregnet med udgangspunkt i sygehusene marginalomkostninger på et givent aktivitetsniveau, må derfor indgå i de mere langsigtede overvejelser om udviklingen af fritvalgstaksterne. Eksempelvis risikeres det, at de private sygehuse vil indstille deres produktion, når aktiviteten når over et vist niveau, hvis taksterne ikke er opgjort korrekt.

Det kan overvejes i en fremtidig takstafale konkret at udarbejde forslag til mængderabatter på ét eller flere af de store behandlingsområder.

6.2.11. Forløbstakster

I det nuværende DRG-system opgøres aktiviteten i antal kontakter, og der foretages ikke kobling mellem flere kontakter for samme patientforløb.

Systemet kan derfor – såvel på det offentlige som det private område - give incitament til at dele behandlingen af et givent behandlingsbehov op i flere kontakter frem for at koncentrere behandlingen på få effektive kontakter. Der er dermed hverken optimale incitament til at skabe en hensigtsmæssig sammenhæng mellem ydelserne eller til at etablere en effektiv arbejdstilrettelæggelse og ressourceudnyttelse. Samtidig giver DRG-systemet ikke incitament til at begrænse risikoen for genindlæggelser.

En metode til at fremme mere hensigtsmæssige incitament er de såkaldte forløbstakster, hvor alle patientforløb registreringsmæssigt samles i faste "pakker", og hvor hver pakke afregnes med én på forhånd fastlagt takst.

Forløbstakster kan på denne måde understøtte anvendelsen af "best practice-programmer" (behandlingsvejledninger) på sygehusene, herunder bidrage til at samle behandlinger og undgå unødige undersøgelser.

Som anført i afsnit 4.2.3.3 og 4.2.3.4 har regionerne og de private sygehuse allerede i et vist omfang i fritvalgsaftalerne aftalt takster, som har til hensigt at modvirke et unødigt antal forundersøgelser og kontroller i patientforløbene, samt at behandlingerne opdeles i unødigt mange kontakter.

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på at etablere en forløbsbaseret aktivitetsregistrering (F-LPR) på sygeområdet til erstatning for de nuværende kontaktbaserede registreringer (LPR), ligesom der er ved at blive udarbejdet tilhørende forløbstakster til afløsning af DRG-taksterne. Der er imidlertid tale om et udviklingsprojekt, som ikke vil kunne danne baggrund for reviderede DRG-takster allerede fra 2007.

Generel indarbejdning af forløbstakster i tilknytning til det udvidede, frie sygehusvalg, baseret på de offentlige DRG-takster, må derfor indgå i de mere langsigtede overvejelser om udviklingen af fritvalgstaksterne.

6.2.12. Takstdifferentiering for særlige forpligtelser

Udvalget skal i henhold til sit kommissorium fremlægge forslag til takststrukturer *"der skaber de rigtige rammer og incitament for udviklingen af behandlingstilbudene på privathospitalerne og –klinikkerne, herunder en taktstruktur, der giver mulighed for at differentiere taksterne ud fra hvilke forpligtelser, de private sygehuse/klinikker påtager sig i forhold til fx uddannelse, efterbehandling, certificering (kvalitetsstandarder)."*

Som det fremgår af afsnit 6.2.2, varetager de offentlige sygehuse en række forpligtelser til forskning, uddannelse og vagtberedskaber. Opgaverne indgår som en del af regionernes generelle sygehusforpligtelse og løses i varierende omfang af de enkelte sygehuse i henhold til regionernes samlede sundheds- og sygehusplanlægning.

Opgaverne løses dels på lands- og landsdelsafdelinger, hvor udgifterne indregnes i taksterne af afdelingerne selv på grundlag af en konkret omkostningsberegning, dels på basisafdelinger, hvor udgifterne er medtaget i DRG-taksterne ud fra en landsdækkende gennemsnitsbetragtning.

Da de private sygehuse ikke i samme omfang er pålagt forpligtelser på de tre områder, har udvalget i afsnit 6.2.2 foreslået, at det som led i en ny fritvalgsaftale kan være relevant at udforme et generelt fradrag i forhold til DRG-taksterne, da disse alt andet lige overkompenserer de private sygehuse.

Ovenstående udelukker dog ikke, at de enkelte private sygehuse, hvis de måtte have ønske herom, og hvis der kan opnås aftale med de offentlige sygehusejere, kan varetage konkrete opgaver på de anførte områder.

Et eksempel er aftaler om, at håndteringen af visse dele af den lægelige videreuddannelse på udvalgte specialer varetages af de private sygehuse. Som anført i afsnit 6.2.2 har de private sygehuse under udvalgsarbejdet tilkendegivet en intention om på sigt at blive yderligere integreret i uddannelsessystemet på sygehusområdet.

Aftaler på de tre områder vil, på samme måde som regionernes planlægning i øvrigt, skulle godkendes af Sundhedsstyrelsen i henhold til reglerne i sundhedsloven.

Af hensyn til at sikre ens behandlingsmuligheder for alle patienter uanset deres bopæl vil det enkelte privatsygehus skulle indgå sådanne aftaler med sygehusejerne under ét – dvs. på samme måde som de generelle fritvalgsaftaler.

Muligheden for at opnå godkendelse til at løse opgaver på de tre områder bør principielt stå åben for alle privatsygehuse, men beror i sagens natur på, i hvilket omfang de enkelte private leverandører kan efterleve de kriterier, som regionerne nærmere måtte opstille for opgaverne, da regionerne i sidste ende har det politiske ansvar på opgaveløsningens kvalitet (godkendelsesordning).

Aftaler om at løse én eller flere opgaver indenfor forskning, uddannelse eller vagtberedskaber kan evt. udformes som et tillæg (allonge) til den enkelte fritvalgsaftale, som specifikt gælder mellem det konkrete privatsygehus og det offentlige sundhedsvæsen.

Som en del af aftaleindgåelsen skal der også fastlægges en pris mellem regionerne og privatsygehuset.

Udvalget foreslår, at prisen aftales bilateralt mellem det enkelte privatsygehus og de offentlige sygehusejere, således at det bliver muligt i prisfastsættelsen at tage højde for, konkret hvilke opgaver der indgås aftale om, hvor mange patienter aftalerne forventes at omfatte m.v. Aftalen kan udformes som en fast pris uanset den faktiske benyttelse (rammeaftale) eller med en aktivitetsafhængig afregning pr. patient/forskningstime/-uddannelsestime m.v. (takstafregning).

Det kan umiddelbart ikke anbefales at basere prisfastsættelsen på landsgennemsnitlige takster el. lign., udmeldt centralt af Sundhedsstyrelsen, da der for så vidt angår forskning, uddannelse og vagtberedskaber formentlig ikke vil blive tale om ensartede aftaler og ydelser på samme måde som de behandlingsydelser, der i øvrigt leveres gennem det udvidede, frie sygehusvalg.

6.2.13. Sammenfatning

Udvalget har i afsnit 6.2 foretaget en nærmere uddybning og kvantificering af en række af de forhold, hvor grundlaget for de offentlige DRG-takster afviger fra de private sygehuses omkostningsstruktur, og som det derfor kan være relevant at inddrage ved fremtidige drøftelser af fritvalgstaksternes størrelse. Størrelsen af de enkelte elementer er sammenfattet i nedenstående oversigt. Nogle af elementerne (moms og lønsumsafgift) kan opgøres relativt præcist, mens andre på nuværende tidspunkt kun kan vurderes med en betydelig usikkerhed.

Listen er ikke udtømmende, hvorfor der kan inddrages andre forhold end de anførte.

Tabel 6.3. Forhold som det kan være relevant at inddrage ved fremtidige drøftelser af fritvalgstaksternes størrelse ¹⁾

	Ændring i forhold til de offentlige DRG-takster
Forskning, uddannelse og vagtberedskaber	Fradrag (formodentlig i størrelsesordenen 15-25 pct.)
Patienttyngde (cream-skimming)	Korrektionsfaktor der skal vurderes nærmere
Moms	Tillæg (ca. 5 pct.)
Lønsumsafgift	Tillæg (ca. 3 pct.)
Forrentning og afskrivninger	Tillæg (formodentlig i størrelsesordenen 5 pct.)
Dyre særydelser og komplikationer	Tillæg (afhænger af aftalerne i øvrigt)
Genoptræning under indlæggelse	Der kan indføres mere målrettede takster
Sygesikringsområdet	Fradrag (skal vurderes nærmere)
Mængderabatter	Fradrag (skal vurderes nærmere)
Forløbstakster	Der kan på sigt indføres mere målrettede takster
Aftale om løsning af særlige forpligtelser	Tillæg (Aftales konkret med det enkelte privatsygehus)

1. Nogle af elementerne (moms og lønsumsafgift) kan opgøres relativt præcist, mens andre på nuværende tidspunkt kun kan vurderes med en betydelig usikkerhed.

6.3. To takstmodeller

Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning har på baggrund af de ovenstående overvejelser sammenfattende formuleret to metoder ("modeller") for fremadrettet at håndtere takstfastlæggelsen under det udvidede, frie sygehusvalg.

Metoderne beskrives i det følgende.

Én mulighed kunne være at dekomponere de nuværende DRG-takster i en række elementer mhp. at vurdere, hvilke der kan have særlig relevans i forhold til netop den aktivitet, der i den konkrete situation skal indgås aftale om. Det kan føre frem til på sigt at *udvikle et særligt PrivatDRG-system*, der konkret og i detaljer kan tage højde for de rammevilkår og særlige omkostningsstrukturer, som adskiller de private sygehuse fra de offentlige.

PrivatDRG kan tænkes opstillet i dialog mellem staten, regionerne og de private sygehuse, men bør i sidste ende udmeldes centralt af Sundhedsstyrelsen på samme måde som de offentlige DRG-takster (takstkatalog).

En anden tilgang kan være at videreføre det nuværende udgangspunkt om, at *parterne selv forhandler* taksterne med udgangspunkt i DRG-taksterne samt regeringens økonomiske aftaler med regionerne. Udvalget har i den forbindelse overvejet modeller, hvor taksterne enten som nu aftales fra år til år, eller fastlægges for flere år ad gangen - men hvor der samtidig gives mulighed for årlige justeringer af nogle (relativt få) af taksterne under hensyn til indførelse af nye behandlingsformer, ny omkostningsinformation i DRG-systemet m.v.

Forhandlingerne kan tage afsæt i informationsmateriale og datagrundlag, der stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen – f.eks. et centralt udmeldt, vejledende takstkatalog (PrivatDRG).

Afsnit 6.4-6.5 uddyber de to metoder for en fremtidig fastsættelse af taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg:

- Udvikling af et særligt PrivatDRG-system (afsnit 6.4)
- Fortsat takstfastsættelse ved forhandling, herunder evt. indgåelse af flerårige aftaler m/årliche justeringer på enkeltområder (afsnit 6.5)

Begge metoder åbner i princippet mulighed for 1) hvert år at genberegne/genforhandle alle taksterne, 2) genberegne taksterne på udvalgte behandlingsområder, hvis der er tale om væsentlige ændringer i kendte undersøgelser- og behandlingsmetoder eller om helt nye undersøgelser og behandlinger, eller 3) helt at fastlåse taksterne i en periode (f.eks. 3 år).

Begge metoder kan, afhængig af den konkrete udformning, anvendes på en måde, så de er forenelige med de overordnede, politiske hensyn om såvel sikring af reelle valgmuligheder for patienterne, sikring af effektivitet og konkurrence på sygehusområdet samt sikring af en hensigtsmæssig udgiftsstyring for det offentlige sundhedsvæsen.

Det særlige hensyn i kommissoriet om udgiftsniveau er uddybet i de to modeller.

6.4. Privat DRG

Modellen indebærer, at der i Sundhedsstyrelsen etableres et særligt PrivatDRG-system, der bliver lagt til grund for takstafregningen under det udvidede, frie sygehusvalg.

Formålet er overordnet at etablere et takstsystem, der i højere grad end de nuværende DRG-takster afspejler de private sygehuses faktiske omkostningsstrukturer.

Taksterne udmeldes centralt af Sundhedsstyrelsen på samme måde som de offentlige DRG-takster (takstkatalog), men opstilles og vedligeholdes i dialog mellem staten, regionerne og de private sygehuse.

Der er principielt to måder, hvorpå et sådant PrivatDRG kan opstilles og beregnes:

Metode 1 (fuld omkostningsdækning for de private sygehuse): Aftaletaksterne tager udgangspunkt i de faktiske omkostningsstrukturer hos de private sygehuse, og hver takst beregnes, så den sikrer fuld omkostningsdækning for sygehusene, herunder med et tillæg for kapitaludgifter og dækningsbidrag/overskud. Metoden betyder, at der opnås en takst, som udtrykker det, som det private sygehus med et givet afkastkrav kan afhænde sine ydelser til.

Metoden skaber behov for at indhente en række meget detaljerede oplysninger om de private omkostningsstrukturer samt regnskaber for, hvad de offentlige midler, der tilgår de private sygehuse via det udvidede, frie sygehusvalg, anvendes til. Det kan på sigt lægge op til en relativt tæt, statslig regulering af de private sygehuses økonomiske vilkår, herunder af deres overskud.

Der må imødeses et relativt omfattende udviklingsarbejde i Sundhedsstyrelsen med at etablere et sådant system, herunder med at opnå enighed med regionerne og de private sygehuse om de relevante data. Metoden

forudsætter også enighed blandt de private sygehuse indbyrdes om den gennemsnitlige størrelse af de omkostningskomponenter, som skal indgå i aftaletaksterne. Der vil i den forbindelse formentlig være forskellige opfattelser, afhængig af de private sygehuses produktionssammensætning, kapacitetsudnyttelse og størrelse, hvorvidt de er nyetablerede på markedet m.v.

Metode 2 (sektortilpassede takster): Takstsystemet tager udgangspunkt i de offentlige DRG-takster, men korrigeres (i det omfang det er praktisk muligt) på de områder, hvor omkostningsstrukturene og rammevilkårene for de private sygehuse objektivt afviger fra de offentlige. Korrektionerne udformes som generelle tillæg eller fradrag i forhold til de offentlige DRG-takster.

Korrektionerne kan tage udgangspunkt i nogle af de faktorer, som udvalget har peget på i afsnit 6.2 – men kan også omfatte andre forhold, der måtte være enighed om at inddrage.

Metoden afspejler ikke den reelle omkostningsstruktur hos de private sygehuse, men sikrer principielt ens konkurrenceforhold mellem de offentlige og private sygehuse, idet der ikke systematisk er indbygget særlige ulemper (moms, lønsumsafgift, forrentning og afskrivning) eller fordele (ingen forpligtelse til forskning, uddannelse og vagtberedskaber m.v.) i taksterne.

I det omfang, der kan opnås enighed om størrelse af de enkelte korrektioner, vil der blive etableret en fælles "virkelighedsopfattelse" hos de offentlige og de private sygehusudbydere i forhold til fritvalgstaksterne.

Beregningsmetoden åbner mulighed for at operere med differentierede (marginal-)takster og/eller mængderabatter i fritvalgsaftalerne i takt med, at datagrundlaget herfor tilvejebringes i de offentlige DRG-takster.

Metoden skaber ikke på samme måde behov for at indhente oplysninger om de privates omkostningsstrukturer. Dog kan det overvejes at indsamle data om de private sygehuses kapitaludgifter, jf. afsnit 6.2.6.

Udvalget finder, at etableringen af et PrivatDRG-system i givet fald bør tage udgangspunkt i metode 2.

Udvalget bemærker, at et PrivatDRG, baseret på faste, centralt udmeldte takster, ikke i sig selv sikrer, at der vil blive indgået aftaler med de private sygehuse. Hvis de private sygehuse således ikke finder, at de takster, der er opstillet i takstkataloget, er attraktive, kan man risikere, at der kun vil blive indgået meget få – eller evt. slet ingen – aftaler under fritvalgsordningen. Problemet vil i princippet kunne håndteres ved at normere taksterne med en korrektionsfaktor (op eller ned), således at der opnås et niveau for taksterne, som sikrer et politisk tilfredsstillende udbud på alle væsentlige behandlingsområder.

Et PrivatDRG efter metode 1 sikrer ikke i sig selv, at der stilles krav til de private sygehuse om produktivetsforbedringer. Problemet kan dog i praksis løses ved at indarbejde en årlig, generel korrektion for produktivitet i fritvalgstaksterne. Hvis der tages udgangspunkt i de offentlige DRG-takster (metode 2), bliver de løbende produktivetsforbedringer indarbejdet i taksterne, jf. afsnit 6.5.

Modellen giver ikke umiddelbart mere stabile takster end i dag, da takstberegningen sker rent mekanisk på baggrund af en række objektive faktorer. Modellen kan dog evt. kombineres med et hensyn til de private sygehuses budgetsikkerhed ved kun fra det ene år til det andet at implementere nogle af de ændringer af taksterne, som Sundhedsstyrelsen indarbejder i det offentlige DRG-system, jf. afsnit 6.5.

Et PrivatDRG vil kunne bidrage til at løse den nuværende informationsasymmetri mellem regionerne og de private sygehuse, da systemet forudsætter, at der som minimum indhentes oplysninger fra de private sygehuse for så vidt deres kapitaludgifter.

Metoden sikrer ikke i sig selv den i kommissoriet forudsatte udgiftsneutralitet, idet taksterne principielt vil blive dannet (og løbende justeret) rent mekanisk under hensyn til en række objektive faktorer på sygehusområdet. Det vil dog være muligt at udforme en generel korrektion af taksterne, som afspejler det krav til udgiftsniveau, der (politisk) kan opnås enighed om.

Et PrivatDRG-system, baseret på omkostningsdækningsmetoden, vil som anført forudsætte et udviklingsarbejde, ligesom de data, der indsamles fra de private sygehuse, efterfølgende løbende skal vedligeholdes. Et PrivatDRG, baseret på sektortilpassede takster, er principielt enkelt at opstille, men vil, jf. afsnit 6.2, i praksis forudsætte en nærmere kvantificering af en række af de korrektionsfaktorer, som skal lægges til grund for taksterne. Det vil under alle omstændigheder kun være muligt at opgøre nogle af faktorerne (f.eks. uddannelse og vagtberedskaber) med usikkerhed.

Et PrivatDRG må under alle omstændigheder opfattes som et udviklingsprojekt og vil ikke kunne lægges til grund for aftalerne på kort sigt.

Der vil dog nu, hvis der er politisk ønske herom, kunne træffes beslutning om at igangsætte udviklingen af et PrivatDRG. Denne udvikling kunne i givet fald tilrettelægges således, at et PrivatDRG i første omgang blev testet på oplagte, konkrete områder bl.a. med henblik på at opnå metodiske erfaringer.

Der er i givet fald brug for at overveje to forhold:

- Principperne for et PrivatDRG: Hvilke komponenter bør der korrigeres for, og hvilke oplysninger fra de private sygehuse skal indhentes
- Størrelsen af de enkelte korrektioner (tillæg/fradrag) til DRG-taksterne, herunder de samlede udgiftsvirkninger af modellen

6.5. Fortsat takstfastsættelse ved forhandling, herunder evt. indgåelse af flerårige aftaler m/årliche justeringer på enkeltområder

6.5.1. Kort om den hidtidige forhandlingsproces

Som det fremgår af kapitel 3, har amterne - nu regionerne - og de private sygehuse siden 2002 i fællesskab etableret aftaler med ca. 150 privatsygehuse, omfattende en lang række af de mest almindelige behandlinger indenfor primært de kirurgiske specialer. Aktiviteten har været jævnt stigende over tid, således at i alt ca. 80.000 mennesker ved udgangen af 2005 havde benyttet det udvidede, frie sygehusvalg. Den kvartalsvise omsætning i ordningen ligger i størrelsesordenen 70-75 mio. kr.

Aftaleforhandlingerne har foregået under usikkerhed for begge parter. Det skyldes, at opgørelsen af DRG-taksterne principielt sker med en vis usikkerhed, ligesom de private sygehuses faktiske omkostninger ved at producere de enkelte fritvalgsydelse ikke kendes eksakt. Da DRG-taksterne dog omfatter alle somatiske behandlinger i det offentlige sygehusvæsen, følger det, at hvis taksterne på ét område er "for lave", må de logisk på andre områder være "for høje". Det er derfor på det foreliggende grundlag vanskeligt at opgøre, i hvilket omfang de private sygehuse i forhold til de enkelte (DRG-)takster opnår et overskud eller underskud i forhold til deres omkostninger, idet billedet vil variere mellem de enkelte sygehuse og inden for de enkelte behandlingstyper.

Amterne og de private sygehuse har gennem de løbende aftalefornyelser fået fastlagt et antal forhandlingstermer og principper, hvor aftalerne over tid rent indholdsmæssigt er blevet justeret og tilpasset, ligesom parterne siden 2002 gradvist har udviklet et sæt takster, som i højere grad end de offentlige DRG-takster afspejler parternes præferencer og en vurdering af de private sygehuses faktiske omkostninger i forhold til de patientgrupper, som er omfattet af aftalerne.

Et eksempel herpå er, at der siden 2004 har været mulighed for at sætte nogle takster op over DRG-værdien mod, at der omvendt er aftalt en reduktion af den udgiftsmæssigt tunge takst for konsultationer.

Taksterne har generelt kunnet fastsættes i enighed, og begge parter har hvert år haft mulighed for at forhandle de takster, man måtte ønske. De seneste to år har takster svarende til 60 pct. af den samlede omsætning således været forhandlet.

Grundlaget har – på samme måde som de almindelige frivillige rammeaftaler mellem amter og privatsygehuse – været bilaterale forhandlinger ("købmandskab"), dog for så vidt angår fritvalgsaftalerne med et udgangspunkt i de offentlige DRG-takster.

Der har således ad forhandlingens vej kunnet opnås betydelige resultater mellem amterne og de private sygehuse – om end parterne for 2006 ikke kunne nå til enighed om en aftale, ligesom der fortsat udestår en mere principiel uenighed om, hvorvidt de takster, som er aftalt, overordnet er for høje eller for lave.

6.5.2. Model baseret på forhandling

Ovenstående kan tale for som led i en fremtidig aftalemodel fortsat at fastholde et vist element af forhandling mellem parterne.

I en situation, hvor der (såvel hos staten som hos én eller begge aftalparter) er usikkerhed om det beregningsmæssige grundlag for taksterne, kan fastholdelse af et element af forhandling i takstfastsættelsen principielt bidrage til at sikre takster, der af parterne vil blive opfattet som mere korrekte og rimelige end centralt udmeldte takster (takstkatalog).

En model baseret på forhandling sikrer i sagens natur ikke i sig selv, at der vil blive indgået aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg, men giver dog alt andet lige bedre mulighed herfor end et PrivatDRG, da forhandlinger giver parterne mulighed for at afstemme indbyrdes præferencer i taksterne, indgå aftale om særlige termer m.v.

Også hensynet til omkostningseffektivitet i aftalerne taler for at bevare et vist element af forhandlinger i den fremtidige aftaleindgåelse, da der på denne måde kan ske en konkret "markeds-mæssig" afprøvning af priser og vilkår, ligesom parterne får lejlighed til at drøfte indregning af produktivitet m.v. i taksterne.

Modellen bør dog indrettes, så den håndterer de problemstillinger, der kendetegner det nuværende aftalesystem, og som har ført til nedsættelsen af udvalget.

Det vil i praksis sige, at de kommende aftalefornyelser fra og med 2007, i det omfang de skal baseres på forhandlinger, bør ske under en anden institutionel ramme end nu, jf. forslagene i kapitel 7.

Spørgsmålet om udgiftsstyring over tid vil i praksis skulle håndteres af det organ, som får mandat til at indgå de pågældende aftaler. Det vil i dag sige regionerne selv – men vil fremover bero på den eventuelle, nye institutionelle ramme for aftaleindgåelsen.

Modellen vil ikke bidrage til at stille parterne mere lige mht. information om den bagvedliggende omkostningsstruktur hos de private sygehuse, da den ikke i sig selv forudsætter indhentning af ekstra informationer i forhold til i dag.

6.5.3. Model baseret på længere aftaleperioder med mulighed for årlige justeringer

Som anført i afsnit 6.1.3 kan det overvejes at udforme aftalemodellen på en måde, som sikrer en vis stabilitet i aftaletaksterne over tid - uden dog at takststrukturen i de kommende år låses helt fast.

En variant af forhandling som den grundlæggende aftalemetode kunne derfor være en model, hvor aftalerne indgås for længere perioder ad gangen - dog med mulighed for en årlig genforhandling af taksterne på væsentlige behandlingsområder, hvis der sker afgørende ændringer af forudsætningerne for takstfastlæggelsen. Taksterne pristalsreguleres ud fra en mere "traditionel" metode end takstudviklingen i det offentlige DRG, hvor der ofte er store udsving fra det ene år til det andet.

Indholdet i en sådan model kan på sigt videreudbygges og nuanceres - eksempelvis ved at videreforshandle de principper, der er fastlagt i forbindelse med de tidligere aftaler, og tage de takster op, der særligt har været uenighed om. Når aftaleperioden udløber, vil der principielt skulle ske genforhandling af alle aftalens takster og vilkår.

Der er ikke i sundhedsloven noget til hinder for, at taksterne under det udvidede, frie sygehusvalg kan aftales for længere perioder end 1 år ad gangen.

Hvis det prioriteres fremover at aftale taksterne for længere perioder ad gangen, bør aftalerne suppleres med en årlig p/l-regulering for at fastholde taksterne realværdi over tid.

De offentlige DRG-takster reguleres årligt med en generel p/l-regulering, der fastlægges af Sundhedsstyrelsen. Herudover indregnes der fra år til år i de enkelte DRG-takster effekten af de produktivitetstigninger, som løbende finder sted i sygehusvæsenet. Denne produktivitetseffekt udløser (som hovedregel) relativt væsentlige, årlige reduktioner af taksterne. Produktivitetseffekten i taksterne skyldes, at der løbende indføres nye og mere effektive behandlingsmetoder m.v. i sundhedsvæsenet, ligesom de enkelte regioner og sygehuse arbejder med at sikre bedre arbejdsrutiner og organisering omkring de enkelte behandlinger.

For at understøtte produktivitetstudviklingen på sygehusene stiller regeringen via de årlige økonomaftaler et generelt krav til det offentlige sygehusvæsen om årlige produktivetsforbedringer. Virkningen af disse krav indgår i DRG-taksternes prisudvikling i takt med, at regionerne arbejder med at udmønte de statslige produktivetskrav.

Udvalget finder, at den årlige prisregulering som led i en evt. model med længere aftaleperioder bør indeholde den samlede effekt af Sundhedsstyrelsens p/l-regulering og de løbende produktivitetseffekter i taksterne.

Udvalget foreslår derfor i givet fald, at taksterne årligt korrigeres med

- Den generelle p/l-regulering i det offentlige DRG-system og
- De generelle produktivetskrav på sygehusområdet, der ligger til grund for de årlige, økonomiske aftaler mellem regeringen og regionerne.

Det kan af hensyn til parternes budgetsikkerhed overvejes kun fra det ene år til det andet at implementere en mindre del af de faglige og tekniske m.v. ændringer, som af forskellige årsager indarbejdes i DRG-systemet, i fritvalgstaksterne. Store årlige ændringer i taksterne bidrager således til usikkerhed om forretningsgrundlaget for de private udbydere, ligesom det alt andet lige gør det vanskeligere at budgettere for sygehusene.

Udvalget foreslår i den forbindelse, at der indbygges en mekanisme i modellen, som sikrer,

- At væsentlige, tekniske justeringer af de offentlige DRG-takster årligt genspejles i aftaletaksterne med de private
- At parterne årligt – på samme måde som i dag - efter en konkret faglig gennemgang kan genforhandle taksterne for et begrænset antal ydelser, ligesom der kan aftales takster for væsentlige nye undersøgelser- og behandlingsformer eller for undersøgelser og behandlinger, der ikke tidligere har været omfattet af aftalerne med de private sygehuse.

Mekanismen udformes symmetrisk, så de ændringer, som på denne måde indarbejdes i taksterne, ikke giver en systematisk sænkning eller forøgelse af de privates takster over tid i forhold til den generelle p/l-fremskrivning og korrektion for produktivetskrav.

Modellen vil samlet kunne sikre udgiftsneutralitet for det offentlige i forhold til det nuværende aftalegrundlag for 2006.

En model baseret på flerårige aftaler sikrer ikke i sig selv, at der vil blive indgået aftaler om takster under det udvidede, frie sygehusvalg – men giver dog alt andet lige bedre mulighed herfor end et PrivatDRG, da modellen indeholder et element af forhandling mellem parterne. Afklaringen af, hvilke takster, der skal genforhandles, og hvornår det skal ske, drøftes mellem parterne i det institutionelle forum, der generelt fremover skal varetage aftaleindgåelsen, jf. kapitel 7.

Udvalget konstaterer, at der med den nuværende 2006-aftale er etableret et afsæt, som principielt vil kunne danne udgangspunkt for en aftale, der fra og med 2007 gælder for en længere aftaleperiode (f.eks. 3 år), hvis der er politisk ønske herom. En flerårig aftale fra og med 2007 kan enten udformes som en teknisk forlængelse af hele den nuværende 2006-aftale eller tage udgangspunkt i 2006-aftalen med mulighed for fra 2006 til 2007 at genforhandle et antal af fritvalgstaksterne.

6.6 Udbud

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

Sundhedsydelser er undtaget fra udbudsreglerne i EU's tjenesteydelsesdirektiv. Der er således ikke pligt til at foretage udbud af sundhedsydelser som EU-udbud, dog indebærer de nye regler i udbudsloven, at der er pligt til at annoncere udbud til en værdi af over 500.000 kr. I forbindelse med et udbud skal EU's almindelige konkurrenceretlige principper om ligebehandling, gennemsigtighed og ikke-diskrimination efterleves. Det indebærer bl.a., at tilbudsgivere alene skal 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.

Det vil i forbindelse med et udbud f.eks. være muligt at

- Udbyde et konkret antal operationer, som skal leveres af de(n) enkelte leverandør(er) eller
- Fastsætte et mindstevolumen for antal operationer, som leverandøren får til opgave at levere, og samtidig forpligte leverandøren til at tage imod ekstra patienter eller.
- Angive et forventet volumen med en vis udsvingsmargen.

I udbuddet kan der desuden stilles saglige og objektive krav som f.eks. en maksimal ventetid efter henvisning eller konkrete kvalitetskrav, som tilbudsgivere skal leve op til for at komme i betragtning til at vinde udbuddet.

Udbud kan anvendes strategisk med henblik på at skaffe patienterne hurtigere behandling. Det vil i den sammenhæng være væsentligt, at udbuddet får en væsentlig volumen, jf. også nedenfor, og ikke blot rettes mod det udvidede frie valg, som kun udgør 1 pct. af den samlede sygehusproduktion.

Anvendelse af udbud kan under de rette betingelser bidrage til en styrket (pris)konkurrence og dermed bidrage til at sikre, at der fås et større udbytte af de midler, der prioriteres til sundhedsvæsenet. Udbud kan samtidig understøtte en gennemsigtig prisfastsættelse og øge det gensidige kendskab mellem regioner og private sygehuse til hinandens omkostningsstrukturer.

Hvor stor en prisbesparelse, der i givet fald kan opnås ved et udbud, vil i et vist omfang hænge sammen med, om udbuddet går på et bestemt antal behandlinger eller, om der er en usikkerhed om, hvor mange behandlinger tilbudsgiveren kan forvente at få til opgave at udføre. Jo større usikkerhed tilbudsgivere stilles over for med hensyn til antallet af behandlinger, som skal løftes, jo højere en pris vil udbuddet forventeligt resultere i. Det skyldes, at usikkerhed om omfanget af behandlinger kan gøre det nødvendigt for tilbudsgiver at operere med en vis overskudskapacitet for hurtigt at kunne reagere på ændringer i patienttilstrømningen. Dette er i sig selv et centralt argument for ikke blot at begrænse eventuelle udbud til at gælde behandling af patienter, der kan gøre brug af det udvidede frie valg.

Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg ("Sundhedsvæsenets organisering", 2003) og Konkurrencestyrelsen ("Konkurrenceredegørelse 2003") har i de respektive analyser konstateret, at

- Der er en række væsentlige markedssvigt på markedet for sundhedsydelser, der indebærer, at der for en stor del af sygehusvæsenets ydelser ikke kan opnås effektiv konkurrence.
- Der er et potentiale for konkurrence for planlagte operationer på basisniveau samt visse muligheder på områder med plejkrævende behandlinger.

I de to rapporter hedder det således, at:

"Udvalget vurderer, at der især vil være mulighed for konkurrence mellem sygehuse på planlagte kirurgiske operationer med et vist patientunderlag". Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg (2003) og

"Standardiserede sygehusydelser, der næsten fungerer isoleret i forhold til andre sygehusydelser og støttefunktioner, er mest egnede til at sende i udbud. Der er ingen saglige grunde til, at sygehusydelser, der stort set ikke er afhængige af andre sygehusydelser og støttefunktioner, fysisk er placeret på offentlige sygehuse." Konkurrencestyrelsen (2003)

"Også på områder med plejekrævende behandlinger, som det er muligt at specificere forløbet af, er det muligt at øge effektiviteten gennem udbud" Konkurrencestyrelsen (2003).

Konkurrencestyrelsen skønnede omkostningerne til planlagte operationer på basisniveau til at udgøre ca. 2,3 mia. kr. i 2002. Beløbet vurderes dog, at være et underkantsskøn for, hvor stor en del af de planlagte operationer, der vil kunne konkurrenceudsættes, idet også en del af lands- og landsdelsoperationerne ville være egnede for konkurrence.

Ud fra Konkurrencestyrelsens analyser og erfaringer med andre offentlige ydelser vurderedes den potentielle gevinst ved konkurrence at være ca. 10 pct. Konkurrencestyrelsen anførte på den baggrund en potentiel konkurrencegevinst på planlagte operationer på ca. 250 mio. kr., hvilket eksempelvis svarer til godt halvdelen af udgifterne til det udvidede frie valg i 2005. En indikation for at der er et potentiale for mere konkurrence, er de produktivetsforskelle, som kan konstateres mellem sygehusene.

En omkostningsreduktion på 10 pct. pr. planlagt operation på basisniveau vil betyde, at der for en uændret offentlig udgift kan ske en forøgelse af aktiviteten på godt 11 pct. svarende til 5½ ugers produktion. Dette vil alt andet lige kunne bidrage til en forkortelse af ventetiderne i det offentlige sygehusvæsen og dermed at relativt flere kan behandles inden for så kort tid, at anvendelse af det udvidede frie sygehusvalg ikke bliver relevant.

Udbud af planlagte operationer m.v. fører ikke i sig selv til ændringer af selve processen omkring takstfastsættelse i forbindelse med det udvidede frie valg. Markedsafprøvningen af omkostningerne ved at gennemføre sygehusbehandlingerne kan dog potentielt give et yderligere grundlag for fastsættelse af takster i forbindelse med en forhandlingsmodel, jf. afsnit 6.5.2.

Der vil givet være en række behandlinger, hvor antallet af udbydere er for begrænset til, at der kan skabes en effektiv priskonkurrence. I disse tilfælde vil udbud som oftest ikke at være en hensigtsmæssig løsning, og der vil fortsat være et behov for en procedure til fastlæggelse af takster under det udvidede frie valg, så patienterne kan sikres en adgang til hurtig behandling.

- Udvalget med undtagelse af Danske Regioner anbefaler, at der arbejdes med udbud som et strategisk instrument for at sikre patienterne en så hurtig adgang til behandling som muligt og en så effektiv drift af sygehusene som muligt. Udbud og konkurrenceudsættelse bør anvendes strategisk i forhold til den samlede sygehusaktivitet, og det anbefales, at der i de enkelte regioner arbejdes med forpligtende målsætninger for en øget anvendelse af udbud. På nationalt plan kan fremme af konkurrenceudsættelse og udbud fx ske ved at fastlægge en national målsætning for regionernes gennemførelse af udbud af planlagte operationer m.v. En sådan målsætning kan f.eks. aftales mellem Regeringen og Danske Regioner i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger og kan f.eks. bestå i, at regionerne forpligter sig til løbende at udbyde en nærmere fastsat procentdel af deres samlede sygehusaktivitet.

Danske Regioner finder, at udvalgets generelle anbefaling om brug af udbud i forbindelse med driften af det offentlige sundhedsvæsen ligger uden for dette udvalgs kommissorium, som handler om vilkår for den udvidede fritvalgsordning.

Danske Regioner ønsker, at patienterne skal have mulighed for valgfrihed.

Aftalerne om afregning med private sygehuse og -klinikker under det udvidede frie valg giver imidlertid i dag ikke noget stærkt incitament til en høj kvalitet og rationel drift, og de mulige gevinster af det private marked kommer derfor ikke i tilstrækkelig grad samfundet til gode. Danske Regioner mener derfor, at reel konkurrence mellem de private udbydere bør fremmes gennem udbud, så der kan drages nytte af de gevinster markedet giver.

Danske Regioner ønsker derfor, at op mod halvdelen af de behandlinger, der udføres under udvidet frit valg, gradvist bringes i rammeudbud i løbet af en 3-årig periode efter den rammeudbudsmodel, som Konkurrencestyrelsen har fremlagt under udvalgsarbejdet.

Kvalitet og sikkerhed for patienterne er vigtig, eftersom behandlingen sker for offentlige midler og derfor af patienterne opfattes som godkendt af regionerne. Derfor ønsker Danske Regioner, at der skal stilles ensartede kvalitetskrav, uanset om patienten behandles i offentligt eller privat regi. Dette kan bl.a. understøttes via rammeudbudsmodellen. Danske Regioner ønsker med rammeudbudsmodellen at tage hensyn til tilgængeligheden for patienterne. Samtidig skal der ved udvælgelsen af de behandlinger, der skal sendes i udbud, ske en vurdering af, om der er forudsætning for et privat marked.

Danske Regioner støtter i øvrigt, at taksterne for de behandlinger, der ikke bringes i udbud, fastfryses i den samme periode under hensyn til produktivitet og pris- og lønudvikling, jævnfør de i økonomaftalerne for regionerne aftalte procentsatser.

7. Modeller for fremtidig aftaleindgåelse

I det følgende opsummeres de i kapitel 6 foreslåede takstmodeller (Privat DRG eller forhandling) og det skitseres, hvordan modellerne organisatorisk vil kunne gennemføres, samt hvad de lovgivningsmæssige konsekvenser herved er. Overvejelserne om organiseringen af aftaleindgåelsen vedrører bl.a. hvem som skal forhandle eller fastsætte taksterne i forhold de private udbydere, hvem som skal indgå aftaler med de private udbydere på baggrund af de aftalte eller fastsatte takster, og hvem som skal forestå administrationen af de indgåede aftaler.

7.1. Privat DRG

Denne model indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren – i praksis Sundhedsstyrelsen - fastsætter taksterne i et "takstkatalog" på baggrund af én af de afsnit 6.4. beskrevne metoder (Privat DRG).

Gennemførelsen af modellen vil kræve en lovændring, da den indebærer en ændring i forhold til det nuværende aftalesystem.

Formålet er overordnet at etablere et takstsystem, der i højere grad end de nuværende DRG-takster afspejler de private udbyderes faktiske omkostninger eller sikrer mere ens konkurrenceforhold mellem de offentlige og private sygehuse.

Der kan fastsættes intervaller og kriterier for, hvor ofte styrelsen skal regulere taksterne. Takstfastsættelsen bør ske i dialog mellem regionerne, staten og de private udbydere, f.eks. i form af høring over Sundhedsstyrelsens takstudspil, men i den sidste ende vil det være styrelsen, som fastsætter taksterne på samme måde som de offentlige DRG-takster.

De private udbydere vil på baggrund af de fastsatte takster have ret til at indgå aftale, men vil ikke være forpligtet hertil. Potentielt kan der, såfremt de private ikke finder de fastsatte takster attraktive, opstå en situation, hvor de private ikke ønsker at indgå aftale.

Selve aftaleindgåelsen på baggrund af de af Sundhedsstyrelsen fastsatte takster og den efterfølgende administration af aftalerne foreslås i denne model placeret i Danske Regioner.

7.2. Forhandling

Modellen indebærer en videreførelse af princippet om, at aftalevilkårene, herunder taksterne fastsættes ud fra en forhandling mellem sygehusejerne (Danske Regioner) og de private udbydere, som har ret til indgå aftaler på dette grundlag. Selve aftaleindgåelsen og administrationen af aftalerne foreslås varetaget af Danske Regioner. Udgangspunktet for forhandlingerne vil være de offentlige DRG-takster kombineret med regeringens økonomiske aftaler med sygehusejerne.

Som anført i afsnit 6.5.3., vil det for at sikre en større takststabilitet kunne overvejes at fastlægge længere aftaleperioder end ét år ad gangen, som det er praksis i dag - dog således, at der er mulighed for genforhandling, hvis der sker afgørende ændringer i forudsætningerne for takstfastsættelsen.

Modellen kan gennemføres uden lovændring ved fortsat at lade forhandlingerne foregå mellem de private udbydere og sygehusejerne med mulighed for, at indenrigs- og sundhedsministeren ved manglende enighed mellem parterne fastsætter aftalevilkårene efter anmodning fra de private.

Udvalget har overvejet to alternativer i forhold til, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter taksterne i tilfælde af manglende enighed mellem Danske Regioner og de private udbydere om aftalevilkårene.

Begge alternativer forudsætter lovændring.

7.2.1. Lønnings- og Takstnævnet

En mulighed vil være at lade det nye Lønnings- og Takstnævn, der er oprettet som led i kommunalreformen¹⁰, varetage opgaven. Lønnings- og takstnævnet består af repræsentanter fra regionsrådene (5), kommunerne (2) og staten (Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet med hver 1 repræsentant).

Lønnings- og Takstnævnet har efter den gældende lovgivning til opgave at varetage de opgaver, som Sygesikringens Forhandlingsudvalg har varetaget, dvs. først og fremmest at afslutte overenskomster på praksisområdet mv. med organisationer af sundhedspersoner m.fl. Nævnet får endvidere til opgave at aftale og fastsætte bestemmelser om løn og øvrige ansættelsesforhold i regional tjeneste.

De statslige repræsentanters primære opgave i nævnet er at sikre, at de af nævnet forhandlede og indgåede bestemmelser om løn- og øvrige ansættelsesforhold i overenskomster og aftaler m.v. er i overensstemmelse med målsætningerne for udviklingen i de offentlige udgifter, og at overenskomster mv. ikke virker strukturelt forvridende under hensyn til den regionale finansieringsstruktur. Nævnets beslutninger træffes ved stemmeflerhed, men de statslige medlemmer kan efter regionslovens § 37, stk. 5 modsætte sig visse beslutninger i nævnet. Finansministeren fastsætter efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren nærmere regler om nævnets virksomhed

En fordel ved, at Lønnings- og Takstnævnet fastsætter taksterne under det udvidede frie sygehusvalg, er bl.a., at de relevante offentlige aktører - regionsrådene, kommunerne, og staten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Finansministeriet) – alle er repræsenteret i nævnet. Nævnet må derfor anses at have den nødvendige faglige ekspertise til at fastsætte takster for behandlinger under det udvidede frie valg. På den anden side kan det anføres, at Lønnings- og Takstnævnets fastsættelse af taksterne ikke vil blive opfattet som uvildig af de private udbydere.

Placeringen af takstfastsættelsen i regi af Lønnings- og Takstnævnet vil således kunne bidrage til at sikre sammenhæng mellem takstvilkårene efter det udvidede frie sygehusvalg og de generelle sundhedspolitiske og udgiftspolitiske målsætninger. Konkret vil der endvidere lettere kunne skabes større sammenhæng mellem taksterne i sygesikringsregi, og taksterne, der gælder under det udvidede frie sygehusvalg.

¹⁰ § 37 i Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven)

Samtidig vil det betyde, at kommunerne, der med kommunalreformen får en større rolle på sundhedsområdet, hvor de skal medfinansiere sundhedsvæsenet, også vil få indflydelse på fastlæggelse af taksterne for ydelserne, der udbydes under det udvidede frie sygehusvalg.

7.2.2. Voldgift

En anden mulighed vil være, at de private udbydere, såfremt der ikke på baggrund af forhandling med Danske Regioner kan opnås enighed om aftalevilkårene, har mulighed for at indbringe sagen for en voldgift, der fastsætter vilkårene inden for en fastsat frist. De private udbydere vil herefter, som det gælder i dag have en ret – men ikke pligt - til at indgå aftaler på dette grundlag.

For at sikre, at de af voldgiften fastsatte takster er i overensstemmelse med regeringens sundheds- og udgiftspolitiske målsætninger, vil det kunne fastsættes, at den udpegede voldgiftsformand skal forhandle og fastsætte taksterne inden for rammerne af et mandat givet af indenrigs- og sundhedsministeren og finansministeren. Formanden for voldgiften udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren.

Modellen forudsætter enighed om, hvordan udgifterne til voldgiften fordeles mellem parterne. En mulighed kunne være, at Danske Regioner og den eller de private udbydere, som har indbragt sagen for voldgiften, udover at afholde egne udgifter forbundet med sagen, endvidere hver betaler halvdelen af udgifterne forbundet med afholdelse af voldgiftforretningen, herunder til aflønning af voldgiftsformand og mødeafholdelse m.v.

7.3. Opsummering af modelforslag

Ovenstående gennemgang af modellerne i kapitel 6 og 7 er resumeret i tabel 7.1.

Tabel 7.1. Skematisk oversigt over udvalgets modelforslag

	Nuværende aftalemodel	PrivatDRG ¹⁾	Forhandling m/ flerårige aftaler
Kræver modellen lov-ændring	Nej	Ja	Ja/Nej ²⁾
Hvem fastlægger/-udmelder taksterne	Regionerne og de private sygehuse	Sundhedsstyrelsen	Regionerne og de private sygehuse
Hvem administrerer modellen	Danske Regioner	Danske Regioner	Danske Regioner
Udviklingsarbejde nødvendigt	Nej	Ja	Nej
Antallet af valgmuligheder for patienterne	Uændret	Afhænger af taksternes niveau ³⁾	Formodentlig uændret
Aftaleret for de private sygehuse	Ja	Ja	Ja
Sikring af produktivetskrav i taksterne	Parterne forhandler selv	Indregnes direkte i taksterne	Kan sikres via indregning i taksterne
Øget konkurrence mellem de private sygehuse	Nej	Nej	Nej
Priser på markedsvilkår	Nej	Nej	Nej
Løbende afspejling i aftaletaksterne af ændringer i de faktiske omkostninger/DRG-takster	Delvist (efter forhandling)	Ja, tilpasning til DRG-takster	Delvist (efter forhandling)
Mulighed for at fastholde udgiftsneutralitet	Parterne forhandler selv	Afhænger af taksternes niveau ³⁾	Ja
Øgede informationskrav om de privates omkostningsstruktur	Nej	Nej ⁴⁾	Nej
Øget budgetsikkerhed for de private sygehuse	Nej	-	Ja
Øgede administrationskrav til de private sygehuse	Nej	Nej	Nej
Sikring af behandlingskvaliteten	I de generelle aftalevilkår	I de generelle aftalevilkår	I de generelle aftalevilkår

1. PrivatDRG med sektortilpassede takster.
2. Afhænger af konflikthåndteringsmodellen ved uenighed mellem parterne.

3. Forudsætningerne om at indgå tilstrækkeligt mange aftaler med de private sygehuse og at opnå udgiftsneutralitet i fritvalgsordningen kan i princippet håndteres ved at normere taksterne under hensyn til de politiske målsætninger.
4. Der vil evt. være behov for oplysninger om afskrivning og forrentning.

8. Aftaler om højt specialiseret behandling

Som anført i afsnit 1.2. har udvalget som led i kommissoriet, om at udvalget "skal fremlægge forslag til vilkår for de private sygehuses samarbejde med det offentlige, der styrker kvaliteten og patienternes frie valg, herunder forslag til vilkår for godkendelse af de private" besluttet at behandle spørgsmålet om vilkår for private udbyderes udførelse af højt specialiserede behandlinger.

8.1. Gældende krav til højt specialiseret behandling

I lovgivningen om det udvidede, frie sygehusvalg sondres ikke mellem behandlinger på forskellige specialiseringsniveauer, f.eks. basisfunktioner over for lands- og landsdelsfunktioner. Det indebærer, at også de højt specialiserede funktioner principielt er omfattet af ordningen.

På den anden side er lands- og landsdelsfunktioner i det offentlige sygehusvæsen omfattet af en særlig central planlægningsindsats, som tilsigter at sikre effektivitet og kvalitet for de sjældne, komplicerede og særligt dyre behandlingsformer. I sundhedsloven, der på dette punkt er trådt i kraft 1. januar 2006, skal Sundhedsstyrelsen godkende lands- og landsdelsfunktioner uanset, om de ligger på offentlige eller private sygehuse¹¹.

Der har derfor en overgang været tvivl om, på hvilke vilkår de private sygehuse har ret til aftaler under ordningen, og det har været overvejet, hvilke kvalitetsmæssige krav der bør stilles til private sygehuse og klinikker, der ønsker aftale med Amtsrådsforeningen/Danske Regioner om udførelse af højt specialiseret behandling i medfør af det udvidede, frie sygehusvalg. Det har bl.a. været overvejet, om principperne i Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, som vedrører offentlige sygehuse, også bør finde anvendelse på de private udbydere i medfør af det udvidede, frie sygehusvalg.

De private sygehuse bør naturligvis af hensyn til patienterne have en betryggende faglig kvalitet. Der stilles derfor generelt – altså både vedr. basis- og specialiserede funktioner - en række kvalitetskrav til de private udbydere, som ønsker af indgå aftale i medfør af udvidet, frit sygehusvalg. Sådanne sygehuse og klinikker skal således på anmodning fra regionsrådene eller Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremlægge dokumentation om bl.a. behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparatur, behandlingsprincipper og patientrettigheder.

Sundhedspersonale på private sygehuse og klinikker, der indgår i det udvide, frie sygehusvalg, er - ligesom sundhedspersonale på de offentlige sygehuse og andre private sygehuse - omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsyn. Og sundhedspersonalet på de private sygehuse og klinikker er endvidere ligesom de offentlige sygehuse omfattet af Patientklagenævnets kompetence. Sundhedsstyrelsen vil kunne tage sager op af egen drift, hvis styrelsen mener, at der er behov for det.

¹¹ Terminologisk sondres der i praksis i den nye regionale sygehusstruktur mellem hovedfunktioner (i stedet for basisniveau) og specialfunktioner. Specialfunktioner omfatter regionsfunktioner, højt specialiserede funktioner (i stedet for lands- og landsdelsfunktioner) og udenlandsfunktioner.

I Danske Regioners standardaftale med de private sygehuse og klinikker om det udvidede, frie sygehusvalg er det præciseret, at det er en forudsætning, at de private sygehuse og klinikker overholder lov om virksomhedsansvarlige læger, og at der i medfør af lægeloven udvises omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med behandlingen, samt at de private sygehuse m.v. sikrer patienternes rettigheder i medfør af sundhedsloven.

Som nævnt har det imidlertid været drøftet, om der herudover skulle stilles særlige krav vedr. højt specialiserede funktioner. Planlægningen vedr. lands- og landsdelsfunktionerne på offentlige sygehuse sikrer imidlertid ikke alene den lægefaglige kvalitet i selve patientbehandlingen, men også hensyn til f.eks. effektiv ressourceudnyttelse m.v., ligesom de offentlige lands- og landsdelsafdelinger har pligt til at forske, udvikle og uddanne på deres områder.

Det ville ikke være rimeligt at stille disse krav til de private sygehuse under det udvidede, frie valg, idet der kun er adgang til dem med offentlig betaling i de tilfælde, hvor det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for en fastsat tidsfrist, p.t. to måneder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har derfor tilkendegivet, at private sygehuse og klinikker har ret til aftale i medfør af det udvidede, frie sygehusvalg, såfremt der foreligger en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen, som bekræfter, at styrelsen ikke har grundlag for at antage, at de højt specialiserede behandlinger, som den private udbyder ønsker at indgå aftale om, ikke vil kunne foregå lægeligt forsvarligt. På denne måde administreres spørgsmålet nu, men det har stadig været drøftet, og det er derfor besluttet, at det skal indgå i dette udvalgs arbejde.

8.2. Forslag til fremtidige kvalitetskrav

Det er udvalgets vurdering, at det nuværende krav til private sygehuse, der vil udføre højt specialiseret behandling, kombinerer hensynet til kvalitetssikring og de særlige forhold, der nødvendigvis er for private sygehuse, på en hensigtsmæssig måde. De krav, der stilles til de offentlige sygehuse, omfatter flere forhold end kvaliteten af den umiddelbare patientbehandling og vil ikke i alle tilfælde være relevante at stille til private sygehuse. Der er behov for et eller flere kriterier, som kan udtrykke, at kvaliteten af den direkte patientbehandling og relevante kliniske støttefunktioner under det udvidede, frie sygehusvalg skal være ligeværdig med de offentlige sygehuse.

To generelle udviklingstræk kan efter udvalgets opfattelse levere bidrag hertil.

For det første er Den Danske Kvalitetsmodel under indførelse på – i første omgang de offentlige – sygehuse. Den bør snarest derefter også omfatte private sygehuse. Det vil sikre både myndighederne, fagfolk og borgerne indblik i forskellige aspekter af kvaliteten og vil kunne danne grundlag for at formulere behandlingsspecifikke, direkte målelige krav til kvaliteten af bl.a. de højt specialiserede funktioner på både offentlige og private sygehuse.

Udvalget er endvidere opmærksomt på, at der via hjemmesiden Sundhedskvalitet.dk er mulighed for at sammenligne sygehuse, herunder offentlige og private, på en række kvalitetsindikatorer.

For det andet er Sundhedsstyrelsen efter sundhedsloven bemyndiget til at fastsætte bindende krav til afdelinger, der varetager lands- og landsdelsfunktioner. Der kan f.eks. være tale om krav til udstyr og ekspertise ved konkrete behandlinger, og der kan være tale om evidensbaserede krav til minimalt antal tilfælde pr. år pr. enhed og/eller pr. behandler/operatør. Det er udvalgets opfattelse, at sådanne krav til den direkte patientbehandling bør gælde for private sygehuse under fritvalgsordningen på lige fod med de offentlige sygehuse. Det er

derimod ikke i alle tilfælde givet, at samtlige videregående krav om forskning, uddannelse og udvikling bør gælde for de private, og det må i det enkelte tilfælde bero på en konkret vurdering i Sundhedsstyrelsen. Krav om økonomisk effektivitet vil i udgangspunktet ikke være relevant for private sygehuse.

Nogle af de krav, der kan forventes defineret af Sundhedsstyrelsen, er f.eks. krav til patientvolumen. I enkelte tilfælde kan det være tilstrækkeligt, at den pågældende speciallæge, der udfører en given behandling (operation) opfylder volumenkravet. Volumenkravet vil da kunne opfyldes ved speciallæges samlede øvelse og erfaring, herunder også på baggrund af virke i det offentlige sygehusvæsen. Som oftest er det afgørende dog ikke kun den enkelte speciallæges øvelse og erfaring, men også det samlede antal behandlinger på sygehuset (sygehusvolumen). Hvor et privat sygehus, der ønsker aftale under ordningen, ikke på forhånd kan godtgøre, at det opfylder volumenkravet, bør der i så fald kunne gives en frist på f.eks. to år til at opnå det krævede behandlingsvolumen, hvor Sundhedsstyrelsen ved udgangen af det første år vurderer, om det er realistisk, at det ønskede behandlingsvolumen kan opnås med udgangen af det andet år. Det kan endvidere bl.a. – alt afhængig af den pågældende behandling - være et krav, at der på det private sygehus er muligheder for backup i form af kliniske støttefunktioner til rådighed – f.eks. med døgnbemanding.

Det er sammenfattende udvalgets vurdering, at kravene til den faglige kvalitet af aftalesygehusenes specialiserede funktioner knyttes til de direkte patientbehandlingsrelaterede standarder og krav, som fremover vil blive stillet under Den Danske Kvalitetsmodel. Endvidere vil der være krav under Sundhedsstyrelsens nye beføjelser efter sundhedsloven, men med de nævnte forbehold vedrørende bl.a. videregående krav om forskning, uddannelse og udvikling, jf. ovenfor.

Bilag 1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

13. marts 2006

Kommissorium for udvalg vedrørende vilkår for den udvidede fritvalgsordning

Indenrigs- og sundhedsministeren har besluttet at nedsætte et udvalg, som skal fremlægge forslag til nye vilkår for privathospitalers og -klinikkers samarbejde med det offentlige efter den udvidede fritvalgsordning, jf. sygehuslovens § 5 g¹².

Af regeringsgrundlaget fremgår det, at "Regeringen vil med virkning fra 2007 forbedre ordningen, så patienterne får ret til frit valg, såfremt det offentlige sygehus ikke kan klare behandling inden for 1 måned. Regeringen vil samtidig være opmærksom på at styrke efterbehandlingsindsatsen."

Formålet er at styrke kvaliteten, forkorte ventetiderne og styrke patienternes frie valg.

Udvalget skal fremlægge forslag til vilkår for de private sygehuses samarbejde med det offentlige, der styrker kvaliteten og patienternes frie valg, herunder forslag til vilkår for godkendelse af de private. Udvalget skal i det lys fremlægge forslag til takststrukturer, der skaber de rigtige rammer og incitamenter for udviklingen af behandlingstilbuddene på privathospitalerne og -klinikkerne, herunder en takststruktur, der giver mulighed for at differentiere taksterne ud fra hvilke forpligtelser, de private sygehuse/klinikker påtager sig i forhold til fx uddannelse, efterbehandling, certificering (kvalitetsstandarder). Udvalgets forslag må ikke indebære offentlige merudgifter.

Udvalget består af repræsentanter fra Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark, Dansk Handel og Service, Amdrårdsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Sundhedsstyrelsen, Økonomi- og Erhvervsministeriet, KL, Finansministeriet, en uvildig sagkyndig og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet varetager formandskabet i udvalget og yder sekretariatsbistand til udvalget.

Udvalgets arbejde skal være færdigt så tidligt, at det kan danne grundlag for fastlæggelsen af privathospitalernes vilkår for 2007 og senest den 1. juli 2006.

¹² Bestemmelsen er videreført i sundhedslovens § 87.

Bilag 2

Undersøgelse af omfanget af cream-skimming på private sygehuse 2005

Indledning

DRG-metoden indebærer, at patienter grupperes på baggrund af kriterier om klinisk meningsfuldhed, omkostningshomogenitet og overskuelighed. Dette medfører, at forskellige patienttyper grupperes til de samme DRG-grupper, således at patienter indenfor samme DRG-gruppe ikke nødvendigvis er lige ressourcekrævende.

Denne iboende uensartethed i DRG-grupperne vil nødvendigvis eksistere i et system med et begrænset antal grupper. Samtidig åbner denne uensartethed dog i princippet også mulighed for at udnytte skævheder i DRG-systemet, såkaldt cream-skimming. For det første kan et sygehus vælge kun at indgå aftale om bestemte typer behandlinger inden for en DRG-gruppe, hvor de faktiske omkostninger er lavere end den gennemsnitlige omkostning i gruppen. En anden mulighed kan være, at patienter, der ved henvisningen synes komplicerede, afvises af sygehuset og viderevisiteres til andre dele af sundhedsvæsenet.

Det skal bemærkes, at der ikke behøver at ligge en bevidst strategi til grund for denne adfærd. Mindre enheder kan ikke nødvendigvis behandle alle patienter i en given DRG-gruppe. Henvisning til mere specialiseret behandling kan derfor være nødvendig for en tilfredsstillende behandling.

Denne undersøgelse forsøger at belyse omfanget af evt. cream-skimming under det udvidede, frie sygehusvalg.

Analysen belyser ikke de private sygehuses adfærd i forbindelse med konkrete patienthenvisninger eller behandlinger, men er alene udtryk for, om sygehuse indenfor udvalgte DRG-grupper vælger en mindre eller mere ressourcekrævende behandling end tilsvarende på offentlige sygehuse – dvs. i hvilket omfang de private sygehuse som en konsekvens af aftalesystemet under det udvidede, frie sygehusvalg specialiserer deres produktion i forhold til de behandlinger, der giver et økonomisk overskud.

Konklusion

For at belyse om der finder creamskimming sted er det undersøgt inden for udvalgte DRG-grupper om private sygehuse vælger en mindre ressourcekrævende behandling end tilsvarende på offentlige sygehuse. Undersøgelsen er foretaget på basis af den faktiske anvendelse af det udvidede, frie sygehusvalg i 2005 samt DRG-data og omkostningsdatabasen for 2004.

Undersøgelsen viser, at behandling indenfor 11 udvalgte DRG-grupper på de private sygehuse i 2005 blev udført med i gennemsnit 51 pct. af gennemsnitsomkostningen for de offentlige sygehuse, når der blev set på de aktionsdiagnoser, der blev behandlet på de private sygehuse. I 7 af de 11 udvalgte DRG-grupper bevirkede patientsammensætningen på aktionsdiagnose, at gennemsnitsomkostningen på private sygehuse lå under gennemsnitsomkostningen på offentlige sygehuse. Med andre ord blev der i disse grupper primært udført behandling af mindre ressourcekrævende patienter end gennemsnitligt.

Undersøgelsen viser endvidere, at tyngden i patientsammensætningen mellem de 11 udvalgte DRG-grupper lå i de 7 grupper, hvor gennemsnitsomkostningerne var særligt lave. Med andre ord udførtes primært behandling i de DRG-grupper, hvor de private sygehuse var særligt konkurrencedygtige.

Korrigeret for forskelle i patientsammensætningen er gennemsnitsomkostningen hos de private sygehuse i de 11 DRG-grupper i alt 74 pct. af omkostningerne for de offentlige sygehuse.

Undersøgelsen har i et første udkast været diskuteret i Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. Her var der enighed om at begrænse antallet af de DRG-grupper, der indgår i analysen, af hensyn til kun at medtage de grupper, der er særligt repræsentative for den aktivitet, som indgår i aftalerne om fritvalgsordningen. Undersøgelsen omfattede i første omgang 31 DRG-grupper og viste, at behandling på privatsygehuse i 2005 blev udført med i gennemsnit 70 pct. af gennemsnitsomkostningen på de offentlige sygehuse, når der blev set på de aktionsdiagnoser der blev behandlet på privatsygehuse. Undersøgelsen viste endvidere, at tyngden i patientsammensætningen mellem de 31 udvalgte DRG-grupper lå i de 21 grupper, hvor gennemsnitsomkostningerne var særligt lave. Korrigeret for forskelle i patientsammensætningen var gennemsnitsomkostningen hos de private sygehuse i de 31 DRG-grupper i alt 76 pct. af omkostningerne for de offentlige sygehuse.

Undersøgelsens resultater er således relativt stabile, også når antallet af DRG-grupper indskrænkes.

Metode

I DRG-data udtrækkes for samtlige indlagte patienter, der blev behandlet på private sygehuse, og hvor bopælsamtet betalte behandlingen i 2005 inden for følgende MDC-grupper:

- MDC 03, "Øre-, Næse- og halssygdomme" (11 pct. af udskrivningerne)
- MDC 05, "Sygdomme i kredsløbsorganerne"(11 pct. af udskrivningerne)
- MDC 08, "Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv" (40 pct. af udskrivningerne)

Der er udvalgt de tre MDC-grupper med flest udskrivninger under det udvidede, frie sygehusvalg, og de udgør tilsammen 62 pct. af den stationære produktion (registreret til LPR) på de private sygehuse, som har en aftale med det offentlige.

Herefter blev fordelingen indenfor hver DRG-gruppe i forhold til aktionsdiagnose bestemt, for at identificere den typiske patienttype, der behandles på private sygehuse.

Et estimat for omkostningen på private sygehuse beregnes ved at udtrække omkostninger for de identificerede patienttyper i omkostningsdatabasen.

Disse estimerede omkostninger på private sygehuse blev herefter sammenlignet med gennemsnitsomkostningen i den enkelte DRG-gruppe på offentlige sygehuse.

Endvidere er der set på patientsammensætningen på tværs af DRG-grupper på hhv. offentlige og private sygehuse. Denne patientsammensætning er ikke ens, og der er derfor foretaget standardberegning af konsekvenserne af denne forskel.

Resultater

I udtrækket af patienter, som er behandlet på private sygehuse, og som er betalt af bopælsamtet, blev der fundet patienter behandlet i 72 af i alt 149 DRG-grupper i de tre udvalgte MDC-grupper. Herudfra kunne 335 kombinationer mellem aktionsdiagnose og DRG-gruppe konstrueres.

Disse kombinationer blev udtrukket i omkostningsdatabasen, hvilket resulterede i, at der blev fundet matchende aktivitet i 31 DRG-grupper. For disse grupper kunne gennemsnitsomkostningen beregnes betinget af aktionsdiagnose. Herefter blev patientsammensætningen indenfor de 31 DRG-grupper på henholdsvis private og offentlige sygehuse anvendt til at beregne gennemsnitsomkostningen for en gennemsnitlig patient behandlet indenfor de 31 DRG-grupper på henholdsvis private og offentlige sygehuse.

Af disse 31 DRG-grupper er 11 grupper indenfor MDC 03 og MDC 08 udvalgt som repræsentative for aktiviteten hos de private udbydere under den udvidede fritvalgsordning. Grupperne er desuden udvalgt under hensyn til at indeholde en betydelig behandlingsaktivitet under ordningen, ligesom dataene i omkostningsdatabasen på de pågældende områder er af relativt høj kvalitet.

Det bemærkes, at de 11 DRG-grupper samlet repræsenterer i alt 10 pct. af aktiviteten (registreret i Landspati-entregisteret) under det udvidede, frie sygehusvalg i 2005.

Det har således ikke i analysen været muligt at inddrage hele det ortopædkirurgiske område (MDC 08), som udgør en væsentlig del af fritvalgsordningen. Det skyldes, at der hvert år i DRG-systemet oprettes og ændres grupperinger i systemet som følge af nye og ændrede DRG-koder. Omkostningsdatabasen for 2005, som DRG-grupperne i analysen er søgt genfundet i, bygger på sidste års til to års tilgængelige data, hvilket indebærer, at alle relevante DRG-grupper – svarende til de 62 pct. af aktiviteten – ikke kan genfindes i omkostningsdatabasen.

For 2005 var det især grupperne i MDC 08, som var genstand for omgruppering og oprettelse af nye operationskoder til dækning af området. Det har derfor ikke været muligt at genfinde alle grupper fra det ortopædkirurgiske område i fritvalgsordningen i omkostningsdatabasen.

Tabel 1. Gennemsnitsomkostning for patienter behandlet indenfor 11 DRG-grupper i MDC 03 og MDC 08, på hhv. private og offentlige sygehuse i 2005, Kr. og procent

	DRG Navn	Gennemsnitsomkostninger offentlige sygehuse	Gennemsnitsomkostninger, diagnoser som på private sygehuse
0306	Operationer på bihuler, øre og processus mastoideus	16.577	13.424
0307	Næseplastik	10.846	10.816
0310	Fjernelse af mandler med/uden polypper	17.283	16.121
0315	Andre operationer på øre, næse, mund og hals	13.919	13.995
0813	Operation i håndled og hånd, kat2	53.414	74.099
0814	Operation i håndled og hånd, kat3	23.429	23.082
0841	Medicinske sygdomme i ryggen	110.397	62.097
0844	Sene- og muskelbetændelse	16.655	12.843
0845	Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	11.216	16.374
0847	Brud, forvridding og leddskred i underarm, hånd og fod, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	26.241	26.256
0850	Brud, forvridding og leddskred i overarm og ben ekskl. fod, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	31.919	31.662
	Gennemsnitsomkostninger	35.787	18.231
	Pct.	100	51

I tabel 1 er omkostningerne forbundet med behandlinger indenfor de 11 DRG-grupper beregnet for henholdsvis offentlige og private sygehuse betinget af patienternes aktionsdiagnose.

Gennemsnitsomkostningen pr. patient er beregnet som det vægtede gennemsnit af gennemsnitsomkostningerne pr. DRG-gruppe, hvor vægtene er de relative andele af samtlige patienter behandlet i hver DRG-gruppe på hhv. offentlige og private sygehuse.

Tabellen viser, at hvis gennemsnitsomkostningen beregnes betinget af aktionsdiagnoserne udgør omkostningen på de private sygehuse 51 pct. af omkostningerne på de offentlige sygehuse.

Tabel 1 viser to forskelle mellem offentlige og private sygehuse. For det første er gennemsnitsomkostningen på de private sygehuse lavere, på grund af at patienterne modtager mindre ressourcekrævende behandlinger. For det andet er patientsammensætningen på DRG-grupper forskellig mellem de to sygehustyper, hvilket også har betydning for gennemsnitsomkostningens niveau.

I tabel 2 er en standardberegning af gennemsnitsomkostningen på private og offentlige sygehuse foretaget ved at antage, at patientsammensætningen på de private sygehuse er identisk med patientsammensætningen på DRG-grupper på de offentlige sygehuse.

Tabel 2. Standardiseret gennemsnitsomkostning for patienter behandlet indenfor 11 DRG-grupper i MDC 03 og MDC 08, på hhv. private og offentlige sygehuse i 2005, Kr. og procent

DRG	Patientsammensætning som på offentlige sygehuse	
	Gennemsnitsomkostninger offentlige sygehuse	Gennemsnitsomkostninger, diagnoser som på private sygehuse
Gennemsnitsomkostning pr. patient	35.787	26.655
Pct. af gennemsnitsomkostning pr. patient på offentlige sygehuse	100	74

Tabellen viser, at hvis det antages, at patientsammensætningen på private og offentlige sygehuse er identisk, så udgør gennemsnitsomkostningen per patient på de private sygehuse 74 pct., når der betinges med hensyn til aktionsdiagnose.

At gennemsnitsomkostningen pr. patient i de 11 DRG-grupper stiger, når der standardiseres for sammensætningen mellem grupperne, betyder at de private sygehuse dels udfører mindre ressourceintensive behandlinger end de offentlige indenfor hver enkelt DRG-gruppe. Dels at der i stor udstrækning behandles indenfor DRG-grupper, hvor gennemsnitsomkostningen er særlig lav i forhold til de offentlige sygehuse, mens behandling ikke foregår i så stort omfang i grupperne, hvor gennemsnitsomkostningen på de private sygehuse er højere end på de offentlige eksempelvis DRG-grupperne 0813 og 0845.

