

BEDRE BRUG AF SUNDHEDSRES- SOURCERNE

10. DECEMBER 2009

INFORMED DECISIONS



COPENHAGEN ECONOMICS

| KOLOFON

Forfatter: Partner Christian Jervelund, Managing Økonom Helge Sigurd Næss-Schmidt og Økonom Mia Amalie Holstein

Kunde: Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK)

Dato: 10. december 2009

Kontakt: SANKT ANNÆ PLADS 13, 2. SAL | 1250 KØBENHAVN
TELEFON: 7027 0740 | FAX: 7027 0741
WWW.COPENHAGENECONOMICS.COM

| INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord	4
Executive summary	5
Kapitel 1 Konklusioner	6
1.1. Stor usikkerhed om referencetaksterne	6
1.2. Lave takster svækker det udvidede frie sygehusvalg.....	9
1.3. Samlet set lille gevinst og store risici ved lave takster.....	11
Kapitel 2 Referencetaksterne	12
2.1. Sundhedsministeriets nye referencetakster	12
2.2. Meget usikre referencetakster	13
Kapitel 3 Privathospitalers samfundsøkonomiske rolle	21
3.1. Referencetaksterne og det udvidede frie sygehusvalg.....	21
3.2. Ressourceallokering og samfundsøkonomiske tab.....	22
3.3. Løsninger for at høste samfundsøkonomiske gevinster.....	25
Litteraturliste	26

| FORORD

Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) har bedt Copenhagen Economics vurdere, hvordan de danske privathospitaler kan bidrage til at løfte de samfundsøkonomiske udfordringer på sundhedsområdet, herunder betydningen af niveauet af referencetakster og DUF-takster. DUF-taksterne er den betaling, som privathospitalerne modtager for behandlinger udført under det udvidede frie sygehusvalg.

EXECUTIVE SUMMARY

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Sundhedsministeriet) har fremlagt et katalog over de såkaldte referencetakster for 2010. Det er tanken, at referencetaksterne skal danne udgangspunkt for forhandlingerne mellem Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) og Danske Regioner om de priser som privathospitalerne modtager for behandlinger, der udføres under det udvidede frie sygehusvalg, de såkaldte DUF-takster, fra 1. januar 2010.

Vi finder imidlertid, at der er stor sandsynlighed for at referencetaksterne i Sundhedsministeriets katalog, helt *systematisk* er blevet beregnet for lavt. Det skyldes, at Sundhedsministeriet er gået over til en ny metode til at beregne referencetakster. Et metodeskift, som på overfladen virker harmløst, men som har den alvorlige bivirkning, at diverse målefejl og fejlkategoriseringer af omkostninger og aktiviteter på de offentlige sygehuse (som udgør datagrundlaget for beregningerne), per automatik fører til referencetakster, der reelt er betydeligt lavere end omkostningerne på selv meget effektive private og offentlige hospitaler og klinikker.

Det betyder, at de forhandlinger om DUF-takster mellem BPK og Danske Regioner som foregår i skrivende stund, kan tage udgangspunkt i forkerte tal. Forkerte tal som – utilsigtet – kan føre til betydelige fald i indtjeningen hos privathospitalerne og færre privathospitaler, som vil vælge at behandle under det udvidede frie sygehusvalg. Det udhuler kvaliteten af det udvidede frie sygehusvalg: Færre privathospitaler reducerer patienternes muligheder for at vælge det privathospital, der opfylder lige akkurat deres ønsker.

Hertil kommer, at lavere DUF-takster under det udvidede frie sygehusvalg har et begrænset besparelespotential. Fx vil hele 10 procent lavere DUF-takster spare regionerne for 0,1 mia. kr. årligt svarende til blot 0,1 procent af de samlede sygehusudgifter. Samtidig kan lave DUF-takster reducere muligheden for at høste langt større samfundsøkonomiske gevinster, hvis de mindst effektive offentlige sygehuse bliver mere effektive.

Det skyldes, at et fald i DUF-taksterne, isoleret set, vil tendere at skubbe de mindst effektive privathospitaler ud af markedet, mens presset vil øges på de offentlige sygehuse, der imidlertid er mindre effektive i gennemsnit end de privathospitaler, der ikke længere er i markedet. Når mindre effektive enheder tager arbejde fra mere effektive enheder, er det med til at presse sundhedsudgifterne i vejret.

Nogle af referencetaksterne er muligvis så lave som følge af skiftet i metodevalg, at ingen private eller offentlige sygehuse kan producere til så lave omkostninger. Det betyder entydigt højere offentlige udgifter, fordi man presser selv det mest effektive privathospital ud af det udvidede frie sygehusvalg til fordel for offentlige sygehuse med højere omkostninger. En sådan udvikling går stik imod alle ønsker i en tid med øget pres på sundhedsudgifterne.

Øget arbejdsdeling mellem offentlige sygehuse og privathospitaler, kan høste samfundsøkonomiske gevinster ved, at de offentlige sygehuse 'outsourcer' flere egnede operationer til privathospitalerne, og drager nytte af deres høje ekspertise og effektivitet til at opnå en samlet effektivitetsgevinst.

Kapitel 1 | KONKLUSIONER

Med virkning fra den 1. juli 2002 blev der indført et udvidet frit sygehusvalg. Formålet var at sikre patienter frit valg til private og udenlandske sygehuse samt at nedbringe ventetiderne. Med virkning fra 1. oktober 2007 blev fristen på 2 måneder nedsat til 1 måned.

Det udvidede frie sygehusvalg giver patienterne ret til at vælge behandling på et privat sygehus (som Danske Regioner har aftale med), hvis det offentlige ikke kan tilbyde behandling på et sygehus i bopælsregionen eller på et samarbejdssygehus inden for 1 måned.

Med udvidet frit valg, hvor det offentlige sikrer lige og hurtig adgang for alle til privathospitalerne, er privathospitalerne blevet en naturlig del af dagligdagen. Med tanker på den nuværende og fremtidige byrde for samfundet som de høje og stigende sundhedsudgifter udgør¹, så er det nærliggende at overveje de private hospitalers rolle i forhold til denne udfordring. Der er umiddelbart to måder hvorpå privathospitalerne kan bidrage til at reducere sundhedsudgifterne. For det første gennem lavere priser som privathospitalerne modtager for behandlinger gennem det udvidede frie sygehusvalg (DUF-takster). Det behandler vi i kapitel 2. For det andet ved at bidrage til at øge effektiviteten i det samlede danske sygehusvæsen. Det behandler vi i kapitel 3.

1.1. STOR USIKKERHED OM REFERENCETAKSTERNE

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Sundhedsministeriet) fremlagde i oktober 2009 et katalog over de såkaldte referencetakster for 2010.

Det er tanken, at referencetaksterne skal danne udgangspunkt for forhandlingerne mellem Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) og Danske Regioner om de priser som privathospitalerne modtager for behandlinger, de udfører under det udvidede frie sygehusvalg, de såkaldte DUF-takster, fra 1. januar 2010.

Afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg, vil fremover ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. (Sundhedsministeriet (2009a))

Sundhedsministeriet har beregnet referencetaksterne for hver behandling ud fra omkostningerne til de samme behandlinger på en gruppe af de offentlige sygehuse med de laveste omkostninger.

Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejder referencetaksterne. (Sundhedsministeriet (2009a))

¹ Se fx seneste rapport DØRS (2009) fra de økonomiske vismænd, der understreger størrelsen af denne udfordring.

Der er tale om en ny metode, når Sundhedsministeriet lægger de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse til grund for referencetaksterne. Den hidtidige tilgang har været at se på omkostningerne i et gennemsnitligt effektivt offentligt sygehus korrigeret for de forpligtelser som offentlige sygehuse har, som privathospitalerne ikke har (fx akutforpligtelse).

Vi finder, at dette tilsyneladende uskyldige metodeskift med overvejende sandsynlighed fører til, at Sundhedsministeriet nu beregner referencetakster, der *systematisk* er for lave i forhold til de egentlige, sande referencetakster.

Det skyldes, at når referencetaksterne skal tage udgangspunkt i de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse frem for blot i et gennemsnitligt omkostningseffektivt sygehus, så stiger kravene til datamaterialet, det vil sige DRG-taksterne, ganske betydeligt. Men samtidig ved vi, at DRG-taksterne, som bør afspejle omkostningerne på de offentlige sygehuse behandling for behandling, er behæftet med betydelig usikkerhed.

DRG-taksterne beregnes med udgangspunkt i den såkaldte ABC-metode², som blandt andet har været anvendt i telesektoren i årevis. Her er antagelserne om fordeling af de faste omkostninger en evig kilde til diskussion, fordi antagelser om fordelingen og fejlallokering af omkostninger til forkerte aktiviteter, kan have stor betydning for resultaterne.

Konsistent fordeling af omkostninger på aktiviteter på tværs af de offentlige sygehuse er formentligt langt fra virkeligheden i dag. Det skal naturligvis ses i lyset af det oprindelige formål med DRG-taksterne, som ikke forudsatte meget stor præcision. DRG-taksterne blev oprindeligt udviklet til at afregne mellem offentlige sygehuse på tværs af de daværende amter under det almindelige frie sygehusvalg. Behovet for meget præcise DRG-takster er ikke så centralt for det formål: her bruges jo alene gennemsnittet af omkostninger på tværs af landet ikke fordelingen af omkostninger for en given operation på tværs af hospitaler og klinikker. Hertil kommer at analyser peger på, at brugen af det frie sygehusvalg, og dermed transfereringer mellem regionerne, er ganske beskedent.

Sat på spidsen. Hvor man hidtil har brugt gennemsnitsomkostninger til omfordeling af meget beskedne beløb relativt til størrelsen af de enkelte sygehusbudgetter, så bruger man nu fordelingen af omkostninger indenfor hver DRG-område til aflønning af privathospitaler for hvem dette er et hovedindtjeningsgrundlag, og ofte med forholdsvis få operationsområder. Der er altså tale om kvantespring i metodegrundlag, som i sig selv kan være udmærket, men det får alvorlige følger, når datagrundlaget er helt utilstrækkeligt som det er tilfældet i dag.

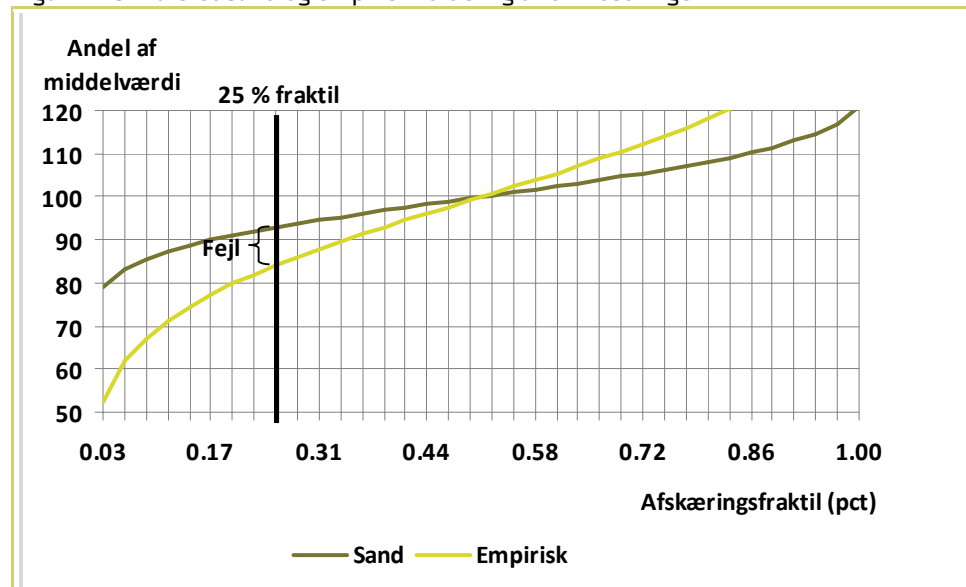
Vi har lavet et regneeksempel, der illustrerer, hvordan selv mindre fejl ved allokering af omkostninger eller skæv måling af omkostninger på de offentlige sygehuse, kan give systematisk for lave referencetakster, når man anvender de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse

² Activity Based Costing.

som udgangspunkt, i stedet for at anvende det gennemsnitligt omkostningseffektive offentlige sygehus.

Resultatet har vi illustreret i nedenstående figur. Figuren viser, at de sande omkostninger på det ”25 procent mest omkostningseffektive sygehus” (den såkaldte 25 procents fraktil), har omkostninger, der er omkring 8 procent højere end de omkostninger som man vil beregne ud fra Sundhedsministeriets metode, hvis de offentlige sygehuse ikke er ganske nøjagtige i deres allokering af omkostninger, jf. Figur 1.1.

Figur 1.1: Simuleret sand og empirisk fordeling af omkostninger



Note: Beregningerne bag figuren er baseret på et såkaldt simuleringstudie baseret på hypotetiske hospitaler der gennemfører behandlinger. Figuren illustrerer faren ved at benytte fraktiler som referencetakster, når der sker måle- og allokeringfejle, når de fordeler omkostninger på de offentlige sygehuse.

Kilde: Monte Carlo simulation. Se i kapitel 2 for mere detaljeret beskrivelse af simulationen.

Metodens følsomhed over for indberetninger kan muligvis også være med til at forklare den tilsyneladende betydelige forskel mellem referencetaksterne som Sundhedsministeriet beregnede dem i foråret 2009 som baserede sig på 2009-omkostninger og referencetaksterne i kataloget fra oktober 2009 som baserer sig på 2010-omkostninger, jf. Boks 1.1.

Boks 1.1: Forskellige udmeldinger om referencetakster

Sundhedsministeriet fastslår i sit katalog fra oktober 2009 (Sundhedsministeriet 2009a), at langt størstedelen af referencetaksterne ligger i intervallet 70-90 procent af DRG-taksten for 2010, mens gennemsnittet af referencetaksterne ligger på 79-81 procent af DRG-taksten, når man ser på de 25 pct. mest omkostningseffektive offentlige sygehuse (det er de 25 procent) henholdsvis de 33 procent mest omkostningseffektive offentlige sygehuse (det er de 33 procent).

I et baggrundspapir fra Sundhedsministeriet fra foråret 2009 (Sundhedsministeriet 2009b), der ligger til grund for kataloget, foreslår Sundhedsministeriet imidlertid, at forhandlingerne tager udgangspunkt i referencetakster på 65-72 procent af DRG-taksterne for 2009. Minimum og maksimum i dette spænd afspejler, ifølge Sundhedsministeriet, også de 25 procent mest effektive offentlige sygehuse, henholdsvis de 33 procent mest effektive offentlige sygehuse.

Det er umiddelbart svært at sammenligne referencetaksterne i kataloget med referencetaksterne i baggrundspapiret, da det er forholdsvis uigennemskueligt præcis hvilke antagelser, der ligger til grund for beregningerne. Og i hvilken grad forskellen alene afspejler forskellige antagelser og sammensætningseffekter (fx forskellige DRG-år), eller om forskellen i højere grad afspejler en ændring i Sundhedsministeriets opfattelse fra foråret 2009 til oktober 2009 af hvad, de korrekte referencetakster er.

Kilde: Sundhedsministeriet (2009a, b).

Som yderligere 'kvalitetstjek' på at Sundhedsministeriets metode ganske sandsynligt ikke giver de korrekte referencetakster, har vi vurderet, hvordan referencetaksterne ville se ud, hvis et af de mest effektive offentlige sygehuse Brædstrup Friklinik, alene skulle danne grundlag for referencetaksterne. Vi finder, at taksterne i det tilfælde bør ligge i spændet 75-86 procent af DRG-taksterne. Altså et ganske højt tal i forhold til Sundhedsministeriets referencetakster, som jo ydermere ikke skal baseres på det mest effektive offentlige sygehus alene.

Behandling for behandling er der også flere eksempler på, at Sundhedsministeriets beregningsmetode spytter helt usandsynlige referencetakster ud. Fx estimeres operative indgreb mod fedme (DRG-kode 1004) til at have en omkostning på 29.766 kr. Det virker meget lavt, og spørgsmålet er hvilke af de få offentlige sygehuse, der udfører denne operation, som har denne omkostning? Et andet eksempel er referencetaksterne på almindelige knæoperationer (DRG-koder 854 og 855) som på 25 procents-fraktilen ligger på 6.326 kr. henholdsvis 3.952 kr. i Kataloget. Det er meget lave omkostninger, også når de sammenholdes med gennemsnitsomkostningerne på 15.506 kr. henholdsvis 9.201 kr. Forståelsen bliver ikke gjort lettere af, at den langt større korsbåndoperation (DRG-kode 843) på 25 procents-fraktilen har en referencetakst på 4.273 kr., eller stort set det samme som den mest ukomplicerede af knæoperationerne til som nævnt 3.952 kr.

Eksemplet synes at understøtte vores vurdering af, at Sundhedsministeriets nye metode, som vi nu har set per automatik let fører til for lave referencetakster, kan være en betydelig årsag til de lave referencetakster.

Vi finder således, at reference-taksterne med stor sandsynlighed er for små, alene på grund af valget af metode. Samtidig finder vi, at for lave referencetakster, og i sidste ende DUF-takster, kan virke ganske bremsende for at høste potentielle samfundsøkonomiske effektivitetsgevinster. Det beskriver vi nedenfor.

1.2. LAVE TAKSTER SVÆKKER DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG

For lave referencetakster kan hæmme det udvidede frie sygehusvalg og bremse effektiviseringsgevinster.

Hæmmer udvidede frie sygehusvalg

Jo lavere DUF-takster, des mere udhules indholdet af det udvidede frie sygehusvalg. I det lys bør DUF-taksterne sættes ud fra holdningen til den ønskede kvalitet i behandlingen på pri-vathospitalerne. Fx at der er tilstrækkeligt mange hospitaler inden for en vis afstand og høj

ekspertise i behandlinger således, at patienterne har reel valgfrihed, og dermed tvinger hospitalerne til at konkurrere om deres gunst.

Hvis man vælger at basere DUF-taksterne på en gruppe af de mest effektive offentlige hospitaler, kan regionerne naturligvis sikre sig en lav pris, men de sikrer ikke, at vi fortsat har den ønskede kvalitet i det udvidede frie sygehusvalg. I et frit konkurrencemarked vil prisen på en operation være givet ved omkostningerne for det marginalt effektive privathospital. Det vil sige, det privathospital, der lige akkurat kan få det til at løbe rundt med den givne efterspørgsel. Vi har imidlertid ikke et marked, der selv sætter prisen under det udvidede frie sygehusvalg. Prisen, som er DUF-taksten, sættes omvendt fra centralt hold og bestemmer kvaliteten af det udvidede frie sygehusvalg.

Hvis holdningen er, at kvaliteten i dag er for høj, ja så kan man reducere DUF-taksterne. Det vil føre til lukning af visse operationer eller sygehuse og konkurrencen og kvaliteten vil falde. Hvis holdningen er, at patienterne i dag tilbydes for lav kvalitet, ja så bør DUF-taksten sættes op, således, at det bliver profitabelt for flere private aktører at gå ind på markedet og konkurrere.

Indikatorer såsom overskud på et privathospital, er ikke et bevis for, at DUF-taksten er for høj. Det viser blot, at man ikke har fat i det marginale privathospital, men i et mere effektivt et af slagsen.

Bremser effektiviseringsgevinster

Jo lavere DUF-takster, des mindre effektiv brug af de sundhedsfaglige ressourcer i hele landet. Vi skal udnytte privathospitalerne til at sikre, at vi benytter de samlede sundhedsfaglige ressourcer bedst muligt. Konsekvensen af lavere DUF-takster, er alt andet lige, at den private kapacitet bliver mindre fordi de mindst effektive (de marginale) privathospitaler lukker. Men vi finder, at disse er betydeligt mere effektive end mange af de offentlige sygehuse, som omvendt vil opleve større pres på deres kapacitet i takt med, at den private kapacitet bliver mindre. Det er samfundsøkonomisk ineffektiv allokering af de sundhedsfaglige ressourcer.

Bedre arbejdsdeling mellem privathospitaler og offentlige sygehuse kan høste samfundsøkonomiske gevinster gennem bedre allokering af ressourcerne. Det kan ske ved, at regionerne lader privathospitalerne udføre en større del af de operationer, som de er gode til. Det er præcis det regionerne har ønsket at gøre med oprettelsen af friklinikker, fx Brædstrup Friklinik. Brædstrup Friklinik drives for alle praktiske formål som et privathospital. Regionerne kan derfor lige så godt bruge privathospitalerne som værktøj til at høste effektivitetsgevinster.

Det er unødvendigt rent samfundsøkonomisk, at regionerne oparbejder ekspertise til at drive privathospitalenslignende friklinikker, og intet tyder på, at friklinikker drives mere effektivt og dermed er billigere end privathospitaler. Men de har en række fordele. Fx afholder de ikke omkostninger til nyt apparatur. Og de er stort set garanteret en fast strøm af patienter, hvilket betyder, at de kan bruge deres ressourcer meget effektivt; det gør det muligt at være billi-

gere. Privathospitalerne er omvendt ikke garanteret en fast strøm af patienter under det udvidede frie sygehusvalg. Men de kunne opnå samme effektivitetsgevinster, hvis de var. Og dermed, alt andet lige, kunne de også tilbyde lavere priser.

1.3. SAMLET SET LILLE GEVINST OG STORE RISICI VED LAVE TAKSTER

Regionerne kan selvfølgelig opnå besparelser her og nu ved at ende ud med lave DUF-takster, inspireret af for lave referencetakster. Men gevinsterne synes små set i forhold til de risici som lave takster indebærer.

Gevinsten ved fx 10 procent lavere DUF-takster beløber sig blot til en besparelse på 0,1 mia. kr. for regionerne, svarende til godt 0,1 procent af regionernes samlede udgifter til sygehuse i 2008 på 71,7 mia. kr.³. Samtidig indebærer det en række risici såsom reduceret kvalitet af det udvidede frie sygehusvalg og pres på de sundhedsfaglige ressourcer væk fra effektiv udnyttelse over imod mere ineffektiv udnyttelse. Det øger i sidste ende udgifterne i sundhedssektoren. Hvis vi i stedet for kunne hæve effektiviteten af de otte mindst effektive offentlige sygehuse til gennemsnittet, kunne regionerne spare ca. 1 mia. kr. Og potentialet er naturligvis større, hvis andre sygehuse også kan hæve effektiviteten. Vi bør kunne høste noget af denne gevinst ved at udnytte mulighederne for arbejdsdeling med privathospitalerne bedre.

Der eksisterer i dag en række barrierer, der modvirker denne arbejdsdeling. Fx betaler regionerne ofte kunstigt lave priser – det vil sige at de ikke afspejler omkostningerne – for at få udført ekstra operationer på egne hospitaler (udover hvad grundbevillingen omfatter). Derfor fremstår de offentlige sygehuse som 'billigere' end private hospitaler, når regionen står og skal vælge, hvor den skal lægge en ekstra operation. Men den prisforskel afspejler ikke de bagvedliggende omkostninger, hvilket medfører et samfundsøkonomisk tab.

Det samme sker ved oprettelse af friklinikker: betalingen afspejler ikke de rigtige omkostninger hvilket fører til forvriddning og velfærdstab. Når nogle aktører udtaler at friklinikkerne er billigere, så skyldes det formentligt, at de sammenligner friklinikkernes kunstigt lave takster med privathospitalernes takster.

En regulering, der giver Regionerne incitament til at se privathospitalerne som et stærkt instrument til bedre behandling og forbedret ressourceforbrug ville være hensigtsmæssigt. Fx at sætte marginale priser på offentlige hospitaler, der afspejler de egentlige omkostninger. Det vil også øge presset på de offentlige hospitaler til at blive mere effektive. I deres seneste rapport fra oktober 2009, går de økonomiske vismænd skridtet videre og nævner konkurrence om alle operationerne mellem offentlige og private, så de mest effektive vinder opgaven.

³ DØRS (2009).

Kapitel 2 REFERENCETAKSTERNE

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Sundhedsministeriet) fremlagde i oktober 2009 et katalog over de såkaldte referencetakster for 2010, der skal danne udgangspunkt for forhandlingerne mellem Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) og Danske Regioner om DUF-takster fra 1. januar 2010.

Der er nogen usikkerhed om hvad den gennemsnitlige DUF-takst i dag egentligt er. I Sundhedsministeriets udredningsarbejde⁴ skønnes det, at DUF-taksten i 2008 var 98 procent af DRG-taksten. DUF-taksterne er siden faldet med ca. 17 procent i forbindelse med aftalen gældende fra 1. juli 2009⁵. Det bringer således DUF-taksten ned på ca. 81 procent af 2008-DRG-taksterne.

Eftersom DRG-taksten har udviklet sig mellem 2008 og 2009 og igen vil være anderledes i 2010, så påvirker det den gennemsnitlige DUF-takst, når den sættes i forhold til DRG-taksterne.

Nedenfor gennemgår vi Sundhedsministeriets nyligt udmeldte referencetakster.

2.1. SUNDHEDSMINISTERIETS NYE REFERENCETAKSTER

Referencetaksterne tager udgangspunkt i DRG-taksterne, som altså bør afspejle omkostninger på de offentlige sygehuse. Sundhedsministeriet har beregnet referencetaksterne ud fra de mest effektivt drevne offentlige sygehuse. Således lægger Sundhedsministeriet op til, at compensationen skal tage udgangspunkt i de mest effektivt drevne offentlige sygehuse.

Det er en ny metode som regeringen og Danske Regioner begrundet med muligheden for at høste gevinster gennem privathospitalernes kompetenceopbygning og sikre optimal ressourceanvendelse.

”Siden 2002 har over en kvart million patienter benyttet sig af det udvidede frie sygehusvalg, og antallet samt størrelsen af de private sygehuse og klinikker er steget betydeligt over perioden. Denne udvikling har givet grundlag for, at der nu kan indhøstes stordriftsgevinster (...). Hovedsigtet er at forkorte ventetiderne på sygehusområdet og sikre optimal ressourceanvendelse.” (Katalog over referencetakster 2010, boks 1)

Sundhedsministeriet fastslår i sit katalog, at størstedelen af referencetaksterne ligger i intervallet 70-90 procent af DRG-taksten for 2010, mens gennemsnittet ligger på 79-81 procent af DRG-taksten, når man ser på de 25-33 procent mest effektive offentlige sygehuse.

I et baggrundspapir fra Sundhedsministeriet fra foråret 2009, der ligger til grund for kataloget⁶, foreslår Sundhedsministeriet, at forhandlingerne tager udgangspunkt i referencetakster

⁴ Sundhedsministeriet (2009b)

⁵ Danske Regioner, Regionernes betaling til privathospitalerne

⁶ Sundhedsministeriet (2009b).

på 65-72 procent af, hvad der formentligt er, DRG-takster for 2009. Minimum og maksimum i dette spænd afspejler, ifølge Sundhedsministeriet, de 25 procent mest effektive offentlige sygehuse, henholdsvis de 33 procent mest effektive offentlige sygehuse, jf. Tabel 2.1.

Tabel 2.1: Sammenligning af referencetaksterne

Notat	Referencetaksternes andel af DRG-taksterne, procent	Svarende til
Sundhedsministeriets 2010 katalog	70-90 (2010-DRG-takster)	Størstedelen af referencetaksterne
Sundhedsministeriets 2010 katalog	79-81 (2010-DRG-takster)	De 25-33 mest effektive offentlige sygehuse
Baggrundspapir fra foråret 2009	65-72 (2009-DRG-takster)	De 25-33 mest effektive offentlige sygehuse

Note: Det er umiddelbart svært at sammenligne referencetaksterne i kataloget med referencetaksterne i baggrundspapiret, da det er forholdsvist uigennemskueligt præcis, hvilke antagelser, der ligger til grund for beregningerne. Og i hvilken grad forskellen afspejler forskellige antagelser og sammensætnings effekter (fx forskellige DRG-år), eller om forskellen afspejler en ændring i Sundhedsministeriets opfattelse fra foråret 2009 til oktober 2009 af hvad der er korrekte referencetakster.

Kilde: Copenhagen Economics

Sundhedsministeriet har vurderet, at referencetakster baseret på en gruppe af de mest effektive offentlige hospitaler slår den rette balance mellem forskelle i rammevilkår for de offentlige sygehuse og privathospitalerne. Forskellene i rammevilkår består på den ene side af de offentlige sygehuses afholdelse af omkostninger til akutfunktion og uddannelse. På den anden side af privathospitalernes afholdelse af moms, lønsumsafgift og forrentning/afskrivning af kapital. Samlet vurderer Sundhedsministeriet:

..at der, såfremt der ved takstfastsættelsen tages udgangspunkt i de billigste offentlige sygehuse, ikke overordnet set ses at være grundlag for at foretage væsentlige yderligere korrektioner som følge af forskelle i rammevilkår. (Sundhedsministeriet (2009b, s. 69)

2.2. MEGET USIKRE REFERENCETAKSTER

Sundhedsministeriets metode forudsætter, at rammevilkårene rent faktisk er som ministeriet antager. Som fx at de offentlige sygehuse, der er blandt de mest effektive og som derfor indgår i referencetakster, har omkostninger til fx akutfunktion og uddannelse. Det er imidlertid ikke tilfældet for alle.

Det gælder fx ikke for Brødstrup Friklinik, som er et af de mest effektive offentlige sygehuse. Brødstrup Friklinik er udelukkende takstafønt med en takst svarende til 61,5 procent af DRG-taksten. Brødstrup har imidlertid hverken akutfunktion eller uddannelse som i litteraturen estimeres til at udgøre 15-25 procent af DRG-taksten, jf. Tabel 2.2.

Tabel 2.2: Brædstrup inkl. akutfunktion og uddannelse/forskning

	Procent af DRG-takst	Dækker
Aflønning	61,5	Løn og drift samt en eller anden form for kompensation for husleje
Korrektion	10-15	Akutberedskab og vagtberedskab
Korrektion	5-10	Uddannelse
TOTAL	76,5 - 86,5	

Kilde: DSI (2009), Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet

Ved at inkludere Brædstrup Friklinik i grundlaget for referencetaksterne uden at korrigerer for akutfunktion og uddannelse/forskning tæller disse omkostningselementer to gange. Korrigeres for disse elementer ender Brædstrup på 76,5-86,5 procent af DRG-taksten. Blandt de mest effektive offentlige sygehuse er Brædstrup Friklinik ikke det eneste offentlige hospital, der ikke har akutfunktion og uddannelse. Dette har Give Friklinik heller ikke⁷.

Alternativet til at basere referencetakster på de mest effektive offentlige sygehuse, ville være at estimere forskellene i rammevilkår. Altså de offentlige sygehuses omkostninger for akutfunktion og uddannelse på den ene side, og opveje det mod privathospitalernes byrder fra moms, lønsumsafgift og forretning/afskrivning af kapitalapparatet på den anden side.

Hvis vi sammenligner Brædstrup Friklinik direkte med et privathospital, skal vi som minimum korrigerer Brædstrup Friklinik for moms, forretning/afskrivning og lønsumsafgift. Det giver et minimums omkostningsniveau på 74,5 procent af DRG-taksten, jf. Tabel 2.3.

Tabel 2.3: Brædstrup inkl. forrentning/afskrivning, lønsumsafgift og moms

	Procent af DRG-takst	Dækker
Aflønning	61,5	Løn og drift samt en eller anden form for kompensation for husleje
Korrektion	5	Forrentning og afskrivning af fx apparatur som Brædstrup ikke betaler
Korrektion	3	Lønsumsafgift
Korrektion	5	Moms
Korrektion	-*	Usikkerhed om antal behandlinger
TOTAL	74,5	Sum

Note: Brædstrup Friklinik, i modsætning til privathospitaler, er stort set er garanteret et vist antal behandlinger om året. Det kan være en betydelig faktor, men vi kender ikke pt til estimerer over størrelsen af denne faktor

Kilde: DSI (2009), Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet

Det er et konservativt skøn. Det skyldes, at der udover de estimerede korrektioner bør lægges krav om fx vedligehold, lån af senge osv. Hertil kommer, at Brædstrup Friklinik, i modsætning til privathospitaler, stort set er garanteret et vist antal behandlinger om året. Det betyder, at kapaciteten kan benyttes mere effektivt end i et privathospital, hvilket alt andet lige reducerer omkostningerne. Det kan være en betydelig effektivitetsfremmer, når produktionsapparatet på den måde kan udnyttes mere effektivt. De samme effektivitetsgevinster, og dermed lavere priser, må man forvente, at privathospitaler kunne høste, hvis de i samme grad var garanteret et vist antal behandlinger om året.

⁷ Friklinikkerne i Brædstrup og Give indgår i et fællesskab under navnet 'De Vestdanske Friklinikker'.

Desuden tager regnestykket ikke højde for den allerede eksisterende og stigende uddannelsesindsats som privathospitalerne lægger. Det er fortsat kun offentlige hospitaler, der tilskrives udgifter til uddannelse, men i takt med, at privathospitalerne udvikler den højest tilgængelige ekspertise på en række områder ser vi også, at de bidrager med uddannelse, jf. Boks 2.1.

Boks 2.1: Privathospitalerne uddanner også

Uddannelsespilotprojekt

Det er vigtigt at uddanne speciallæger, der hvor der er mest viden om operationerne. Det er inden for visse operationer, på privathospitaler.

For at høste af denne udvikling har man indtil videre taget tiltag til to pilotprojekter, hvor man lader privathospitaler stå for en del af uddannelsesforløbet. Helt konkret er der tale om uddannelse i ortopædkirurgi på henholdsvis Eira og Hamlet. For at man kan få lov til at uddanne kræver det blandt andet, at hospitalet har et passende antal operationer, ikke ligger for spredt og at kvaliteten skal leve op til gældende standarder. Det er tilfældet for Eira og Hamlet.

Kilde: Ugeskrift for Læger 2009; 171(9):671

Fedmekirurgi på Hamlet

Hamlet har for nylig vundet et udbud fra Region Sjælland, der inkluderer uddannelse inden for fedmekirurgi. Fra foråret 2010 skal Hamlet oplære personalet (blandt andre kirurger, sygeplejersker og diætister) på Køge Sygehus i at udføre fedmeoperationer. Undervisningen vil foregå på et nyt fedmekirurgisk afsnit på Køge Sygehus. Ifølge Hamlets adm. direktør Vinni Breuning er det en helt naturlig udvikling, at privathospitalerne overtager noget af uddannelsen i takt med, at privathospitalernes ekspertise stiger. Fx udføres fedmeoperationer overvejende i privat regi.

Kilde: Interview med adm. direktør Vinni Breuning og <http://politiken.dk/indland/article741560.ece?cmpid=lokal>

Center for rykirurgi

Center for rykirurgi har også påtaget sig en uddannelsesopgave. Ryghospitalet har indtil videre haft 3-4 hold sygeplejerskestuderende, med to ad gangen. Ryghospitalet oplever en meget stor søgning fra de studerende. Ryghospitalet tilbyder en høj grad af specialisering og den lægefaglige kontakt er stærkere end andre steder.

Kilde: Interview med uddannelsesansvarlig sygeplejerske fra Center for rykirurgi

Kilde: Copenhagen Economics

Brødstrup-eksemplet kan give en fornemmelse af, at referencetaksterne er for lave. En række konkrete eksempler på referencetakster for specifikke behandlinger kan forstærke den fornemmelse.

Fx estimeres operative indgreb mod fedme (DRG-kode 1004) til at have en omkostning på 29.766 kr. Det virker meget lavt, og spørgsmålet er hvilke af de få offentlige sygehuse, der udfører denne operation, som har denne omkostning?

Et andet eksempel er behandlingen 'Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led' DRG-kode 0818 som i Sundhedsministeriets referencetakst-katalog har en omkostning på 64.641 kr. for det offentlige sygehus på 25 procent-fraktilen. Til sammenligning har 'Alloplastik, primær eller mindre revision, underekstremitet, store led' DRG-kode 0821 en omkostning på 57.519 kr. på det offentlige sygehus, der udgør 25 procent-fraktilen. En forskel på blot 7.000 kroner, men DRG-kode 0818 kræver cirka dobbelt så meget tid på operationsbordet og protesen kan også sagtens være dobbelt så dyr. Forskellen i omkostninger på 7.000 synes i det lys at være urealistisk lille.

Et tredje eksempel er referencetaksterne på almindelige knæoperationer (DRG-koder 854 og 855) som på 25 procent-fraktilen ligger på 6.326 kr. henholdsvis 3.952 kr. i referencetalekataloget. Det er meget lave omkostninger, også når de sammenholdes med gennemsnitsomkostningerne på 15.506 kr. henholdsvis 9.201 kr. Forståelsen bliver ikke gjort lettere af, at den langt større korsbåndoperation (DRG-kode 843) på 25 procent-fraktilen har en referencetakst på 4.273 kr., eller stort set det samme som den mest ukomplicerede af knæoperationerne til som nævnt 3.952 kr. Samme betragtninger kan gøres om visse rygoperationer.

Eksemplerne synes at understøtte vores vurdering af, at Sundhedsministeriets nye metode, der per automatik let fører til for lave referencetakster, kan være en betydelig årsag til lave referencetakster.

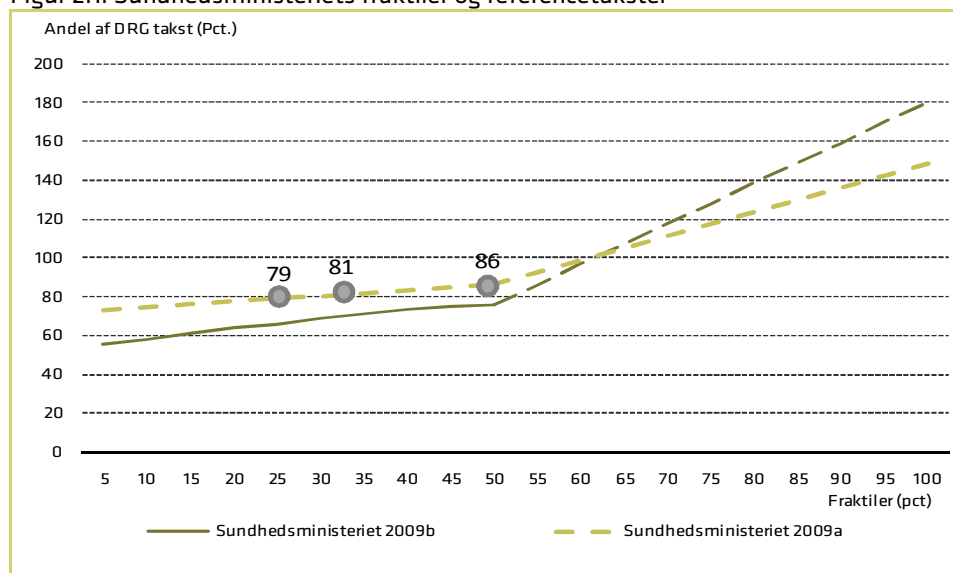
Nedenfor giver vi vores bud på hvordan det kan være, at referencetaksterne synes at være for lave. Vi finder, at selv mindre fejl ved allokering af omkostninger eller skæv måling af omkostninger på de offentlige sygehuse, giver systematisk for lave referencetakster, når man anvender de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse som udgangspunkt (som er Sundhedsministeriets nye metode for referencetaksterne). Det samme er ikke tilfældet, når man anvender det gennemsnitlige omkostningseffektive offentlige sygehus (som har været den hidtidige tilgang).

Metode giver systematisk for lave referencetakster

Sundhedsministeriet præsenterer omkostninger for de mest effektive offentlige sygehuse i sit katalog over referencetakster for 2010 (Sundhedsministeriet 2009a) og i sit forarbejde fra foråret 2009 (Sundhedsministeriet 2009b).

Tallene er forskellige og det er uklart hvori forskellen består. Ikke desto mindre implicerer tallene, at der findes offentlige sygehuse som er ganske ineffektive. Under simple antagelser implicerer Sundhedsministeriets tal, at der findes offentlige sygehuse som drives med dobbelt som ineffektivt som de mest effektive sygehuse, jf. Figur 2.1.

Figur 2.1: Sundhedsministeriets fraktiler og referencetakster



Note: I Sundhedsministeriet (2009b) præsenteres en graf over de offentlige sygehuses omkostninger, der er afskåret ved 50-fraktilen. Figuren viser, at sygehuset der ligger på 50-fraktilen kan udføre operationer til ca. 76 procent af DRG-taksten. Da DRG-taksterne er fastlagt på baggrund af et gennemsnit over de offentlige hospitaler, skal gennemsnittet over alle sygehuse være 100 procent af DRG-taksten. Sundhedsministeriet viser ikke fraktilkurven fra de 50 procent mindst effektive offentlige sygehuse. I figuren har vi antaget, at den er lineær. Det implicerer at kurven ender i 180 procent som umiddelbart betyder at det mest ineffektive sygehus drives med omkostninger der er 80 procent over gennemsnittet for offentlige sygehuse. Gør man det samme for referencetaksterne fra 2010 (Sundhedsministeriet 2009a) hvor vi dog kun har information om tre fraktiler (25 procent, 33 procent og 50 procent svarende til prikkerne i figuren), så drives det mest ineffektive offentlige sygehus til et sted mellem 40-50 procent over gennemsnittet for offentlige sygehuse.

Kilde: Copenhagen Economics baseret på Sundhedsministeriet (2009a, b).

En alternativ forklaring på dette billede af eksistensen af betydeligt ineffektive offentlige sygehuse, kunne være, at omkostningsfordelingen ikke er helt retvisende.

I hvert fald synes beregningen af DRG-taksterne, som er udgangspunktet for referencetaksterne, at være behæftet med nogen usikkerhed. Beregningerne tager udgangspunkt i den såkaldte ABC-metode (activity based costing). Det betyder, at alle omkostninger, også fællesomkostninger til fx portørtjenester, køkkentjenester, apparatur, administration og it-support skal fordeles på de enkelte operationer. ABC-metodens udfordringer er kendt og debatteret stof i andre sektorer. Inden for telesektoren har man i mange år, nationalt og på EU-niveau, diskuteret udfordringerne med at fordele (faste) omkostninger på aktiviteter, jf. Boks 2.2.

Boks 2.2: Telesektorens erfaringer med ABC-metoden

Activity-Based Costing (ABC) er en metode til at allokere direkte eller indirekte omkostninger til en service eller et produkt. ABC-metoden er et to-trins omkostningssystem. Det antager, at aktiviteter medfører omkostninger, og at produkter (eller tjenester) skaber efterspørgsel efter aktiviteter. Det første trin i ABC er en identifikation af aktiviteterne i virksomheden. Det næste trin er bestemmelsen af omkostningerne ved hver aktivitet.

Man har i mange år anvendt og diskuteret denne metode til at regulere priser på tjenester inden for telekommunikation. Erfaringerne fra telesektoren viser, at det ofte er svært at fordele omkostningerne rigtigt ud på services eller produkter gennem aktiviteter, fordi en relativt stor andel af omkostningerne er fællesomkostninger for de forskellige produkter og services. Det samme gør sig gældende på et sygehus. For at kunne fordele omkostningerne på aktiviteter kræves, at omkostningsdriveren for hver aktivitet identificeres. Omkostningsdriveren skal kunne forklare omkostningen ved den pågældende aktivitet og være kvantificerbar. I de senere år er man i stigende grad gået over til at beregne omkostninger for produkter eller tjenester ved hjælp af metoden om langsigtede (gennemsnitlige) marginalomkostninger.

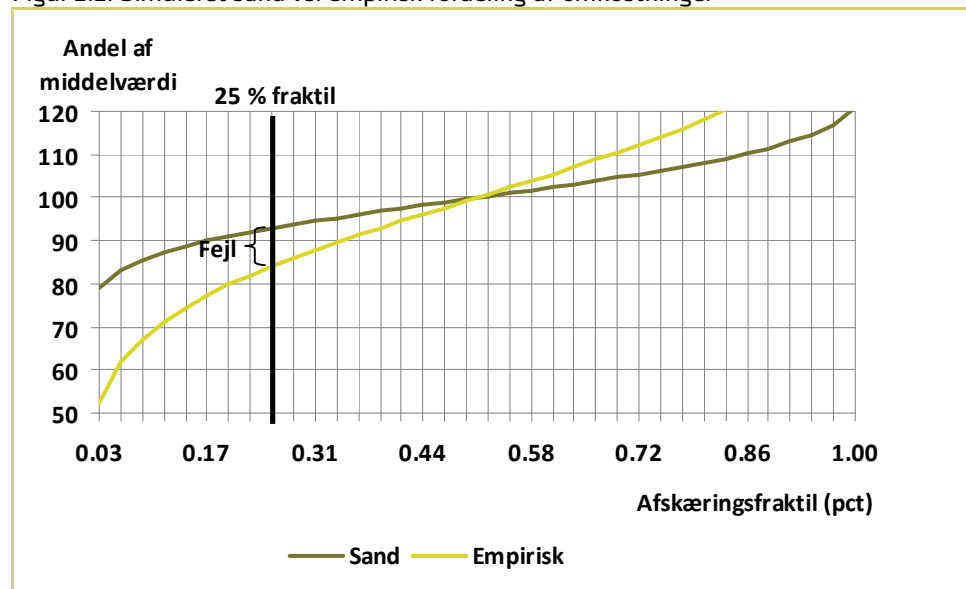
Kilde: Regulatoriske regnskaber på telemarkedet (IT- og Telestyrelsen, November 2005) og ERG COMMON POSITION: Guidelines for implementing the Commission Recommendation C (2005) 3480 on Accounting Separation & Cost Accounting Systems under the regulatory framework of electronic communications.

Det kræver betydelig indsigt og præcision at indsamle omkostninger og fordele dem på aktiviteter på konsistent vis. Igen er telesektoren måske meget god at bruge som benchmark. Telesektoren har haft meget fokus på omkostningsfordeling, fordi det har stor betydning for betalinger fra én operatør til en anden. Fx har man skulle fordele TDC's omkostninger ud på kobbernettet som TDC ejer, for at kunne fastsætte en pris for konkurrenters adgang til at sælge blandt andet bredbånd over kobbernettet. Denne omkostningsfordeling debatteres heftigt og jævnlige, og alligevel synes den umiddelbart lettere at gennemføre end i sygehussektoren: I telesektoren er det ofte få produkter, der skal fordeles omkostninger ud på. I sundhedssektoren er det adskillige hundrede operationer, hvis fordeling varierer fra sygehus til sygehus. I telesektoren er det få operatører, der skal kunne fordele sine omkostninger på konsistent vis. I sundhedssektoren er der over tredive offentlige sygehuse, som skal fordele sine omkostninger på konsistent vis.

Vi har lavet et regneeksempel, der illustrerer hvordan selv mindre fejl ved allokering af omkostninger eller skæv måling af omkostninger på de offentlige sygehuse, giver systematisk for lave referencetakster, når man anvender de mest omkostningseffektive offentlige sygehuse som udgangspunkt. Det samme er ikke tilfældet, når man anvender det gennemsnitlige omkostningseffektive offentlige sygehus.

Resultatet har vi illustreret i nedenstående figur. Figuren viser, at de sande omkostninger på det offentlige sygehus, der er det 25 procent mest omkostningseffektive sygehus (den såkaldte 25 procents fraktil), er cirka 8 procent højere end de omkostninger som Sundhedsministeriets metode beregner, hvis de offentlige sygehuse ikke er nøjagtige i deres allokering af omkostninger, jf. Figur 2.2.

Figur 2.2: Simuleret sand vs. empirisk fordeling af omkostninger



Note: Beregningerne bag figuren er baseret på et såkaldt simuleringsstudie baseret på hypotetiske hospitaler der gennemfører behandlinger. Figuren har andelen af de samlede hypotetiske sygehuse ud af x-aksen og omkostninger op ad y-aksen. Figuren illustrerer faren ved at benytte fraktiler som referencetakster, når der sker måle- og allokeringsfejl, når de fordeler omkostninger på de offentlige sygehuse.

Kilde: Monte Carlo simulation. Se i kapitel 2 for mere detaljeret beskrivelse af simulationen.

Boks 2.3 beskriver i tekniske detaljer hvordan vi har konstrueret kurverne i Figur 2.2.

Boks 2.3: Simulering af omkostninger med regne- og målefejl

Vi har udført et lille simuleringsstudie, som illustrerer faren ved at benytte fraktiler, når der sker måle- og beregningsfejl undervejs i fordelingen af omkostninger til behandlinger. Simuleringsstudiet tager udgangspunkt i 36 hypotetiske hospitaler, som alle kan lave to behandlinger. Således kan vi forestille os, at behandling 1 er en given specialbehandling, mens behandling 2 er en slags aggregat for alle andre behandlinger. Vi benævner hospitaler med $i=1, \dots, 36$ og behandlinger med $t=1, 2$. Hvert hospital får givet nogle sande omkostninger for de to behandlingstyper, c_{it} , og begge disse følger en normalfordeling, $N(\mu, \sigma^2)$. Dermed er nogle hospitaler mere effektive og andre mindre effektive på hver af behandlingerne. De samlede hospitalsomkostninger er bestemt af summen $c_{i1} + c_{i2}$, og denne er en regnskabsmæssig kvantitet, som er ufravigelig. Til gengæld kan der ske en måle-/beregningfejl på omkostningen for behandling 1, og også denne fejl er givet ved en normalfordelt stokastisk variabel, $\varepsilon_{i1} \sim N(0, v^2)$. Hvis der er en positiv fejl på behandling 1, vil denne modsvares af en lavere omkostning på behandling 2, så budgettet er i ligevægt. Det giver målte omkostninger:

$$ec_{it} = c_{it} + \delta_{it} \varepsilon_{it} + (1 - \delta_{it}) \varepsilon_{it}, \quad \delta_{it} = \begin{cases} 1, & t = 1 \\ 0, & t = 2 \end{cases}$$

Ved at simulere denne lille model 10.000 gange med værdierne $\mu=10.000$, $\sigma=1.000$, og $v=2.000$, fås en sand og en empirisk fordeling af omkostningerne for behandling 1, som vist på figuren oven for i teksten (nøjagtigt det samme gør sig gældende for behandling 2, og resultatet er egentligt fuldstændig uafhængigt af antallet af behandlinger.)

Ifølge figuren ansættes omkostningerne ved 25 procent-fraktile ca. 8 procent for lavt. Størrelsen på den begåede fejl, når der bruges en lav fraktile, vil generelt afhænge af to faktorer: størrelsen af fraktile og målefejls størrelse. Modelteknisk er den sidste givet ved v , og vi har lavet følgende lille tabel, som viser den begåede fejl med forskellige værdier for v . Vi ser, at jo større målefejlen bliver, desto større fejl vil vi også få i omkostningsopgørelsen og

dermed i referencetaksterne. En værdi for v på fx 2.000, vil i praksis betyde, at langt de fleste hospitaler vil fordele omkostninger inden for området 8.000-12.000, set i forhold til en middelværdi på 10.000.

Tabel 2.4: Fraktilfej ved forskellige målefejl, 25 procent fraktil

Størrelse på v	Fejl i procent per behandling
500	-0,51
1000	-2,43
1500	-4,95
2000	-7,74
2500	-10,70
3000	-13,75
3500	-16,84
4000	-19,96
4500	-23,11
5000	-26,27

Note: De 7,74 procent som er fremhævet med **fed**, svarer til størrelsen af klammen i figuren over boksen.

Kilde: Copenhagen Economics

Pointen kan også illustreres matematisk/statistisk. Det er et elementært statistisk resultat, at fordelingen for den beregnede omkostning med målefejl, $e_{c_{it}}$, er givet ved $N(\mu, \sigma^2 + v^2)$. Det er nu ligeledes et elementært statistisk resultat, at fraktiler under medianen for denne sidstnævnte fordeling altid vil være mindre end fraktiler fra den sande fordeling, $N(\mu, \sigma^2)$. Formelt vil størrelsen på den implicerede fejl i fraktilberegningen være givet ved:

$$\left[\mu + \Phi^{-1}(p) \times \sqrt{\sigma^2 + v^2} \right] - \left[\mu + \Phi^{-1}(p) \times \sqrt{\sigma^2} \right] = \Phi^{-1}(p) \times \left[\sqrt{\sigma^2 + v^2} - \sigma \right]$$

hvor p er fraktilen og Φ^{-1} den inverse normale fordelingsfunktion. Vi ser, at jo mindre fraktilen (under medianen) er, og jo større varians i beregningen af den specifikke omkostning, v^2 , desto større fraktilfej vil der blive begået.

Source: Copenhagen Economics

Samtidig blev DRG-taksterne oprindeligt ikke udviklet med henblik på ekstrem præcision. DRG-taksterne blev oprindelig udviklet til at afregne mellem offentlige sygehuse på tværs af de daværende amter under det frie sygehusvalg. Behovet for meget præcise DRG-takster er ikke så centralt for det formål. Analyser peger nemlig på, at brugen af det frie sygehusvalg er ganske beskedent. Transfereringer under det frie sygehusvalg spiller således en mindre rolle for regionerne. Men når referencetaksterne skal bruges til at sætte en pris over for virksomheder, så stiger behovet for præcision. Og for gennemsigtighed i omkostningsfordeling og beregningsmetode. Det sidste er ikke til stede i udpræget grad i det materiale der ledsager Sundhedsministeriets katalog med referencetakster (Sundhedsministeriet 2009a).

Sundhedsministeriet er i sit udredningsarbejde opmærksom på den usikkerhed, der er knyttet til omkostningsfordelingen, der udgør grundlaget for beregningerne af DRG-taksten. Det understreges, at der på baggrund af økonomaftalen mellem regeringen og Danske Regioner for 2009 pågår et arbejde vedrørende DRG-systemet, der blandt andet har til formål at sikre bedre registreringer af omkostninger på de offentlige sygehuse⁸.

⁸ Sundhedsministeriet (2009b), s. 72.

Kapitel 3 PRIVATHOSPITALERS SAMFUNDSØKONOMISKE ROLLE

Vi finder altså, at referencetaksterne er behæftet med betydelig usikkerhed og formentligt er sat for lavt. Og dermed risiko for, at DUF-taksterne ender for lavt. En for lav DUF-takst skader ikke alene indtjeningen i de private hospitaler, hvor hver procent på DUF-taksten har stor betydning for bundlinjen, men det kan også have betydeligt negative samfundsøkonomiske konsekvenser.

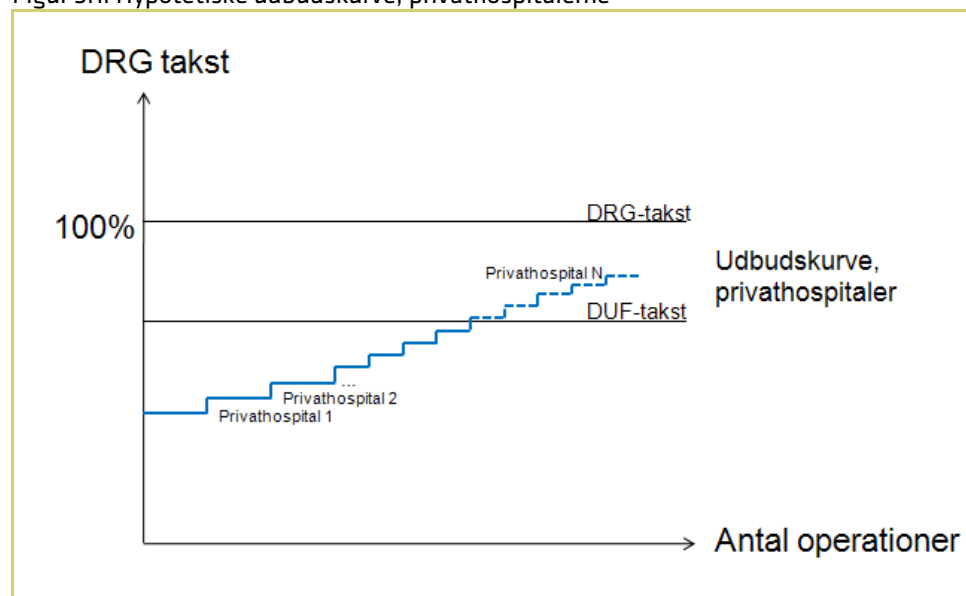
I et samfundsøkonomisk perspektiv, kan for lave referencetakster få to negative konsekvenser. For det første kan det svække det udvidede frie sygehusvalg. For det andet kan det forringe ressourceallokeringen, hvilket resulterer i et samfundsøkonomisk tab.

3.1. REFERENCETAKSTERNE OG DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG

Hvis referencetaksterne eller i virkeligheden DUF-taksterne, kommer for langt ned, så svækkes det udvidede frie sygehusvalg. Årsagen er, at for lave DUF-takster vil betyde, at nogle privathospitaler vil lukke (eller stoppe med at udføre visse operationer), da det ikke længere vil være rentabelt.

Nedenstående figur illustrerer, hvordan lavere DUF-takster reducerer kapaciteten i det private. Alle de privathospitaler, som udfører operationer til omkostninger højere end DUF-taksten, vil lukke ned. Det er den stiplede del af 'trappegrafen' som illustrerer den langsigtede, aggregerede udbudskurve for privathospitalerne.

Figur 3.1: Hypotetiske udbudskurve, privathospitalerne



Note: Figuren illustrerer en langsigtet, aggregeret udbudskurve for privathospitalerne i forhold til DUF-taksten.
Kilde: Copenhagen Economics.

Hvis man vælger at basere DUF-taksterne på en gruppe af de mest effektive offentlige hospitaler, så kan regionerne naturligvis sikre sig en lav pris, men de sikrer ikke, at vi fortsat har

den ønskede kvalitet i det udvidede frie sygehusvalg. I et frit konkurrencemarked vil prisen på en operation være givet ved omkostningerne for det marginalt effektive privathospital. Det vil sige, det privathospital, der lige akkurat kan få det til at løbe rundt med den givne efterspørgsel. Vi har imidlertid ikke et marked, der selv sætter prisen under det udvidede frie sygehusvalg. Prisen, som er DUF-taksten, sættes omvendt fra centralt hold og bestemmer dermed kvaliteten, fx geografisk nærhed og ekspertise, af det udvidede frie sygehusvalg.

Derimod er der indikation af, at det ofte er geografisk afstand og de faktiske lokale udbud, der betyder noget for patienternes valg af sygehus. Patientmobiliteten er forholdsvis beskedne, hvilket også illustreres af den beskedne brug af det almindelige frie sygehusvalg til offentlige sygehuse på tværs af regionsgrænser⁹.

Lavere DUF-takster kan derfor reducere antallet af privathospitaler inden for et givent område, hvilket reducerer kvaliteten af det udvidede frie sygehusvalg.

Samtidig vil færre udbud af operationer fra privathospitaler, alt andet lige, øge ventetiden på behandling under det udvidede frie sygehusvalg. Det vil gøre det mere attraktivt for personer med private sundhedsforsikringer at benytte sig af denne, i stedet for af det udvidede frie sygehusvalg. Det har naturligvis nogle negative fordelingsmæssige konsekvenser.

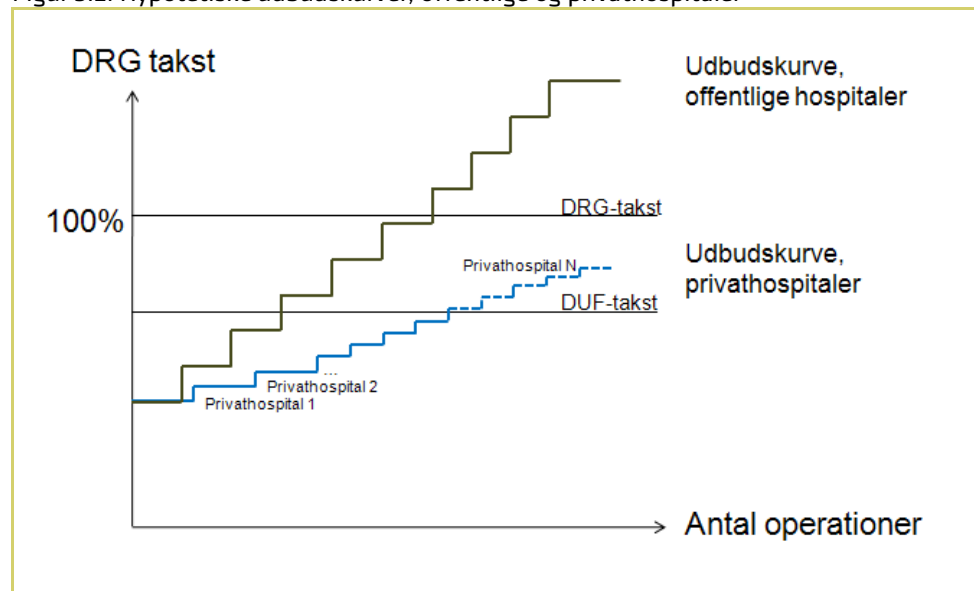
3.2. RESSOURCEALLOKERING OG SAMFUNDSØKONOMISKE TAB

Færre udbud af operationer fra privathospitaler vil også, alt andet lige, øge presset på de offentlige sygehuse, der i gennemsnit er relativt *mindre* effektive, på bekostning af færre relativt *mere* effektive privathospitaler. Resultatet for patienterne vil være, at nogle ikke vil blive opereret, mens andre vil blive opereret i det mere ineffektive offentlige sygehusvæsen, hvilket vil være dårlig brug af samfundets sundhedsressourcer.

Figuren nedenfor illustrerer, at de offentlige sygehuse fortsat opererer selvom de ligger betydeligt over både DUF-taksten og den gennemsnitlige DRG-takst (som jo er 100 procent per definition); mens de mere effektive privathospitaler forsvinder ud af markedet, hvis de har omkostninger der ligger over DUF-taksten, jf. Figur 3.2.

⁹ Se Sundhedsministeriet (2009b), s. 24 og 33.

Figur 3.2: Hypotetiske udbudskurver, offentlige og privathospitaler



Kilde: Copenhagen Economics

I kapitel 2 diskuterede vi det tilsyneladende store potentiale der ligger i, at øge effektiviteten på de mest ineffektive offentlige sygehuse, jf. Sundhedsministeriets omkostningskurve.

Vi konkluderede, at den nye metode med at bruge fraktiler af DRG-takster kombineret med dårlig datakvalitet ganske givet drev en betydelig del af dette 'effektivitetspotentiale' på de mest ineffektive offentlige sygehuse (og omvendt fik visse offentlige sygehuse til at fremstå alt for omkostningseffektive).

Men der er ganske givet et betydeligt potentiale at høste, ikke desto mindre. De regelmæssige produktivitetmålinger af offentlige sygehuse som senest er præsenteret i Danske Regioner m.fl. (2009), indikerer, at hvis vi løfter de 8 mindst effektive offentlige hospitalers produktivitet op på gennemsnittet, så kan vi spare omkring 1 mia. kr. Dette tal er 10 gange højere hvad vi får ud af, at reducere DUF-taksterne med 10-point¹⁰.

Dette potentiale skal ikke nødvendigvis høstes ved at personalet løber hurtigere, men ved bedre arbejdsdeling. Visse regioner har forsøgt at skabe denne arbejdsdeling via friklinikker som fx Brædstrup Friklinik i Region Midtjylland. Her er effektiviteten i top i forhold til de andre offentlige sygehuse. Det viser de regelmæssige produktivitetmålinger af de offentlige sygehuse. Brædstrup Friklinik gennemfører altså operationer langt mere effektivt, end de blev gennemført tidligere på offentlige sygehuse. Dermed øges produktiviteten via arbejdsdeling. Brædstrup Friklinik er skabt i billedet af et privathospital fx hvad angår typen af opera-

¹⁰ I 2008 omsatte privathospitalerne for knap 1 mia. kr. under det udvidede frie sygehusvalg. En reduktion i DUF-taksterne på 10-point vil, isoleret set, således reducere omsætningen med 0,1 mia. kr.

tioner som de udfører og fraværet af faggrænser hos personalet; det skaber mere frihed til at optimere arbejdsprocesser, jf. Boks 3.1.

Derfor bør regionerne kunne høste produktivetsgevinster via arbejdsdeling med privathospitalerne; der er ingen grund til at gå via oprettelse af friklinikker for at høste gevinsterne. Her besidder privathospitalerne allerede en stor ekspertise. Der er ingen grund til at tro at friklinikkerne er billigere at drive end privathospitaler. Alene af den grund, at de er organiseret på præcis samme måde og gennemfører mange af de samme behandlinger.

Boks 3.1: Brædstrup Friklinik er skabt i billedet af et privathospital

Brædstrup Friklinik er et af de mest effektive offentlige hospitaler i Danmark. En årsag til at Brædstrup Friklinik er så effektiv, er fordi den har specialiseret sig i mindre og mellemstore operationer inden for organ- og ortopædkirurgi.

Ydermere er Brædstrup Friklinik på mange måder organiseret som et privathospital. Det har ingen faggrænser, hvilket gør, at hospitalet er mere frit stillet til at optimere arbejdsopgaver og arbejds gange. Det understøttes af, at hospitalet ikke har akutforpligtelser, noget der reducerer muligheden for at planlægge operationer. Muligheden for at planlægge er formentligt bedre end på egentlige privathospitaler, fordi Brædstrup Friklinik som offentligt sygehus stort set har garanteret efterspørgsel. Operationerne udføres på samlebånd og personalet er delvist resultat aflønnet, hvorfor alle er opsatte på at undgå unødvendig ventetid.

Mange af lægerne på Friklinikken er ikke fast på afdelingen, men bliver hentet ind som konsulenter. Således er Brædstrup Friklinik meget fleksibel i forhold til afvikling af ventelister: Hvis der i en periode er brug for flere læger indenfor et specielt område, så kan der tilkaldes læger med dette speciale, således, at det altid er de bedste til en given operation, der foretager den. Det øger alt andet lige også effektiviteten at anvende de bedste og mest erfarne læger. Af samme grund uddanner Brædstrup Friklinik heller ikke nye læger (der kan foregå nogle mindre, kursuslignende forløb, som dog ikke bør sidestilles med uddannelse af læger i traditionel forstand).

Kilde:

http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMR_E/2003/UFL_2003_21/UFL_2003_21_42229 og <http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2007/03/22/vi-kan-operere-billigere-en/samt-interview-med-Brædstrup-Friklinik>.

De private hospitaler er netop velegnede til at supplere de offentlige sygehuse. De er fx særligt egnede til at optimere samlebåndproduktion af egnede operationer og tilpasse produktionen til at matche skift i efterspørgslen (fx fedme-operationer, som privathospitalerne i stor stil har formået at sætte sig på til gavn for patienterne).

Omsætningsmæssigt svarer DRG-produktionsværdien ved det største privathospitaler til aktiviteten ved nogle af de mindste offentlige sygehuse, fx Himmerlands sygehus og Regionshospitalet på Bornholm. Regionshospitalet Bornholm har aktivitet i 290 stationære DRG-grupper, mens Himmerlands sygehus har i 180¹¹. Det er langt mere end på de største privathospitaler. Det afspejler, at privathospitalerne specialiserer sig inden for bestemte behandlinger, og at disse to offentlige sygehuse måske benytter muligheden for at arbejdsdele for lidt.

Derfor går de muligvis glip af effektivitetsgevinster. I hvert fald optræder begge sygehuse på listen over de otte mindst effektive offentlige sygehuse, baseret på produktivitetssammenligningerne i Danske Regioner m.fl. (2009).

¹¹ Se Sundhedsministeriet (2009b) s. 50.

3.3. LØSNINGER FOR AT HØSTE SAMFUNDSØKONOMISKE GEVINSTER

De egentlige samfundsøkonomiske ressourcegevinster høstes ved, at flere opgaver løses af de mest effektive sygehuse – hvad enten de er private eller offentlige. I dag er de private sygehuse i gennemsnit de mest effektive. Dette illustreres blandt andet ved, at de mest effektive offentlige sygehuse er organiseret som privathospitaler. Der er således mulighed for at drage mere nytte af privathospitaler gennem større integration og arbejdsdeling med det offentlige. Der eksisterer dog i hvert fald to barrierer for at opnå denne arbejdsdeling.

For det først sætter regionerne kunstigt lave marginale priser ved meraktivitet, altså operationer der ikke er indeholdt i grundbevillingen, på sine offentlige sygehuse. De marginale priser varierer fra region til region, men ligger mellem 0-70 procent af den relevante DRG-takst, jf. DØRS (2009). I mange tilfælde vil denne betaling ikke dække de egentlige omkostninger, og dermed fremstår offentlige sygehuse som 'billigere' end de private. Det er naturligvis ikke tilfældet – men det giver regionerne incitament til at vælge sit eget offentlige sygehus på bekostning af et privathospital. Men da dette valg ikke afspejler bagvedliggende omkostninger, sparer samfundet som sådan ingen penge; det fører blot til forvriddning og velfærdstab.

Det samme er tilfældet med friklinikkerne: Betalingen som friklinikker modtager afspejler ikke omkostningerne. Det så vi i kapitel 2 med Brædstrup Friklinik, der fx ikke afholder udgifter til dyrt apparatur. Det er jo ikke fordi Brædstrups apparatur ikke koster det samme som tilsvarende apparatur på et privathospital. Det bør ikke-forvridende priser afspejle.

En løsning er således at sikre, at regionerne møder priser der afspejler de faktiske omkostninger når de efterspørger ekstra behandlinger. Det vil give regionerne et korrekt incitament til at vurdere privathospitalerne som instrument til øget produktivitet gennem forbedret resourceforbrug. Vismændene anbefaler i sin seneste rapport, DØRS (2009), at skabe mere direkte konkurrence for både offentlige og private sygehuse, så de mest effektive vinder opgaven. Altså potentielt før det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft.

For det andet kan regionerne opleve det som et problem i forhold til at holde sundhedsudgifterne i ave, at et effektivt, privat alternativ skaber øget efterspørgslen efter behandling, hvilket fører til højere udgifter. Fordi modtageren af en behandling ikke også er den der betaler, så tilskynder det, isoleret set, til overefterspørgsel efter behandlinger, herunder de nyeste og bedste behandlingsformer, der ofte er dyre. Det kan således fungere som en barriere for regionerne til at arbejdsdele mere med privathospitalerne.

Imidlertid vil en stærk *gate-keeper*-funktion sikre, at efterspørgslen er rettet mod nødvendige behandlinger (uden at svække én-månedsgarantien). Det kan man gøre ved at adskille gate-keeper fra behandler. Så længe diagnosticeringen foregår i offentligt regi, så har man en stærk gate-keeper-funktion, men det kan naturligvis også fungere på andre måder. Blot designet ikke skabet incitament til overefterspørgsel efter behandlinger. I praksis er det i øvrigt kun et problem for visse operationer; fx for operationer af mere kosmetisk art, mens de færreste ønsker hofte skiftet med mindre det er absolut nødvendigt.

| LITTERATURLISTE

- Dansk Sundhedsinstitut (2009), *Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet*
- Danske Regioner (2009), *NOTAT: Fakta om takstniveau for private sygehuse i forhold til DRG-taksterne*
- Danske Regioner m.fl. (2009), Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, fjerde delrapport, september 2009. Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- DØRS (2009), *Dansk Økonomi, efterår 2009*, Kapitel II: Sundhed –Udgifter og Finansiering.
- ERG (2005), *ERG COMMON POSITION: Guidelines for implementing the Commission Recommendation C (2005) 3480 on Accounting Separation & Cost Accounting Systems under the regulatory framework of electronic communications*
- Haller, Jesper (2003), *Patienten er en gevinst*, Ugeskrift for Læger 2003; 165(21):2222
- IT- og Telestyrelsen (2005), *Regulatoriske regnskaber på telemarkedet*.
- Kaae, Martin (2009), *Privathospitaler skal uddanne læger*, Politiken
- Larsen, Klaus (2009), *Privathospitaler skal uddanne speciallæger*, Ugeskrift for Læger 2009; 171(9):671
- Morsing, Erik (2007), *Vi kan operere billigere end privatklinikker*, Dagens Medicin
- Regeringen (2009), *Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om tilrettelæggelsen af samarbejdet med de private sygehuse*
- Region Syddanmark (2006), *Harmonisering af den siddende patientbefordring i Region Syddanmark*
- Sundhedsministeriet (2009a), *Katalog over Referencetakster 2010*. Findes på www.sum.dk
- Sundhedsministeriet (2009b), *Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse 270209 doc DOK57513_3.pdf*. Findes på www.sum.dk
- Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsministeriet (2007), *Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren*