

REGIONERNES UDBUD AF MR-SCANNINGER

INDLEDNING

Resume

I denne analyse beregnes privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst for MR-scanninger under regionernes nuværende udbudsaftaler. Resultatet af analysen er, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster - selv når man tager højde for forskellen i offentlige hospitalers og privathospitalers rammevilkår.

MR-scanninger, der foretages på de offentlige hospitaler, koster i gennemsnit 100 pct. af den såkaldte DRG-takst (dvs. den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandlinger på et gennemsnitligt offentligt hospital). For en standard MR-scanning ligger DRG-taksten typisk på 2.805 kr. Til sammenligning offentliggøres privathospitalernes udbudstakster ikke. Det er derfor svært at vurdere, om man kan få mere sundhed for pengene ved at lægge lidt flere scanninger ud til privathospitalerne. CEPOS har derfor indhentet data fra regioner og privathospitaler for at få belyst disse udbudsftaler. På baggrund af dataindsamlingen har CEPOS beregnet, at regionerne i gennemsnit betaler 38,3 pct. af DRG-taksten for en scanning foretaget via en udbudsftale på et privathospital. Det betyder, at en tilsvarende scanning foretaget på et privathospital i gennemsnit koster 1.075 kr.

På denne baggrund er det ikke overraskende, at der meldes om store besparelser, når regionerne via udbud sender scanninger videre til privathospitalerne. Senest har Produktivitetskommissionen beskrevet, hvordan man i Region Midtjylland har hentet store besparelser ved at lade den private klinik MR Scanner Viborg overtage godt 10.000 scanninger årligt. Til trods for den lave takst bruges udbudsftaler med privathospitalerne kun i begrænset omfang. I 2012 blev der foretaget 376.650 MR-scanninger, hvoraf kun 56.304 blev foretaget på et privathospital, og kun ca. 20.510, dvs. 5 pct., blev foretaget gennem en udbudsftale. Størstedelen af de resterende behandlinger blev foretaget gennem det udvidede frie sygehusvalg eller via sundhedsforsikringer.

På denne baggrund anbefales det, at man indfører en udbudspligt på standardiserede behandlinger, dvs. lader privathospitalerne og de offentlige hospitaler kappes om at levere de helt standardiserede behandlinger som fx scanninger bedst og billigst. Det anbefales endvidere, at Konkurrencestyrelsen overvåger markedet og udsteder bøder, hvis denne udbudspligt ikke overholdes, eller hvis privathospitaler eller offentlige hospitaler skulle sætte kunstigt lave priser for at vinde markedet. Hermed sikres det, at skatteyderne får mest mulig sundhed for skattekroneerne, dvs. at flest mulig kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.

Notatets opbygning

Dette notat beskriver regionernes udbud af scanninger. Notatet falder i fire afsnit:

I første afsnit beskrives de kendte takster på markedet for scanninger, herunder DRG-taksten og DUF-taksten, og forudsætningerne for en takstsammenligning fremsættes.

I andet afsnit beskrives de nuværende udbudsftaler. Aftalerne dækker året 2012. I dette afsnit offentliggøres den gennemsnitlige udbudstakst, som indtil nu ikke har været kendt.

I tredje afsnit diskuteres potentialet ved at øge anvendelsen af udbud af scanninger.

I fjerde afsnit præsenteres konklusionen og en politikanbefaling om at indføre en udbudspligt.

For en mere udførlig beskrivelse af markedet for sundhedsydelser se notatet ['Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten'](#).

1. TAKSTERNE PÅ MARKEDET

Taksterne på markedet

MR-scanninger af offentligt finansierede patienter foretages i dag både på privathospitaler og på offentlige hospitaler. Uanset hvor scanningen foretages, er forløbet det samme: Først modtager det pågældende hospital en henvisning og en beskrivelse af indikationen (problemet) fra den behandlende læge (en praktiserende læge eller en hospitalslæge). Dernæst laver en radiograf MR-scanningen. Så sammenholder en radiolog resultatet af scanningen med indikationen og giver sin vurdering. Endeligt sendes radiologens vurdering og billederne tilbage til behandlende læge.

I dag anvendes privathospitalerne typisk, når regionernes egne afdelinger ikke kan følge med. Privathospitalerne fungerer således som buffer for de offentlige hospitaler. Der er i dag flere måder, hvorpå offentligt finansierede patienter sendes fra de offentlige hospitaler ud til privathospitalerne. En måde er via det udvidede frie sygehusvalg. En anden måde er at sende patienterne til de private samarbejdshospitaler via udbudsaftaler.

Under det udvidede frie sygehusvalg fik privathospitalerne i 2012 ca. 84 pct. af DRG-taksten¹ for en standard MR-scanning, hvilket svarede til 2420 kr. (2012-takst).² DRG-taksten er den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandlinger (fx en bestemt gruppe MR-scanninger) på et gennemsnitligt offentligt hospital. Det vil sige, at de offentlige hospitaler til sammenligning fik omkring 100 pct. af DRG-taksten for en tilsvarende MR-scanning³, hvilket svarede til, at de offentlige hospitalers DRG-takst i 2012 lå på 2.805 kr. (2012-takst).

Man må forvente, at det via udbudsaftaler med privathospitalerne er muligt for regionerne at få en mængderabat og dermed købe scanningerne billigere end DUF-taksten.⁴ Men desværre offentliggøres privathospitalernes udbudstakster ikke. Det er derfor svært at vurdere, om man kan få mere sundhed for pengene ved at lægge flere scanninger ud til privathospitalerne. CEPOS har derfor indhentet data fra regionerne og privathospitalerne for at få belyst disse udbudsaftaler. Resultatet offentliggøres i afsnit 2.

Forudsætninger for takstsammenligning

Når man sammenligner prisen på scanninger, må man have in mente, at de private og de offentlige hospitaler ikke er underlagt samme rammevilkår og forpligtelser. Fx skal de offentlige hospitaler foruden behandlingerne også dække udgifter til akutfunktion, herunder udgifter forbundet med opretholdelsen af ledig kapacitet til sikring af udsving i efterspørgslen, uddannelse og forskning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 15-25 pct. af DRG-taksten.⁵

Omvendt så har privathospitalerne også omkostninger, som de offentlige hospitaler ikke har. Fx skal privathospitalerne selv stå for afskrivninger og investeringer mv., som ikke er medtaget i beregningen af de offentlige DRG-takster, og privathospitalerne kan ikke få refunderet deres

¹ DRG-systemet er et redskab til at grupperer patienter i Diagnose Relaterede Grupper. Således grupperes patienterne efter diagnose, behandling, køn, alder mv. Til de enkelte grupper kobles deres faktiske aktiviteter og udgifter. Dermed får man sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper. Disse sammenhænge ligger til grund for beregningen af de såkaldte DRG-takster. Kilde: Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

² For alle MR-scanninger udført i 2012 ligger andelen på maksimalt 84 pct. af DRG-taksten. Dette er beregnet på baggrund af forskellen mellem DRG-taksten og DUF-taksten og vægtes i forhold til det konkrete antal af forskellige typer MR-scanninger udført i 2012. Ifølge Sundhedsministeriet ligger den gennemsnitlige takstafregning, dvs. DUF-taksten, for alle type behandlinger i intervallet fra 86,6-88,6 pct. af DRG-taksten. Kilde: SUM(2010), Notat - Takstniveau som følge af forlig og opmandens afgørelse.

³ Som eksempel har vi her taget udgangspunkt i en scanning af typen PG14C (DRG-taksten).

⁴ DUF-taksten er den afregning, som privathospitalerne modtager for behandlinger udført under det udvidede frie sygehusvalg.

⁵ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

købsmoms eller lønsumsafgift. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 13 pct. af DRG-taksten.⁶

Endvidere fremhæves det ofte, at det muligvis ikke er fuldstændig de samme patienter, som de offentlige hospitaler og privathospitalerne behandler inden for hver behandlingsgruppe (DRG-gruppe). I litteraturen er det blevet foreslået, at privathospitaler har et incitament til at cream-skimme, dvs. forsøge kun at behandle profitable patienter, hvor den forventede betaling overstiger den forventede omkostning ved behandling. Selvom det er ulovligt at diskriminere mellem patienter⁷ og 'dumpe' uprofitable patienter, kan privathospitalerne i teorien afvise patienter ved at sige, at de ikke har den fornødne facilitet til at behandle for alvorlige tilfælde eller ved at overbevise uprofitable patienter om, at de skal søge behandling et andet sted. Dette er naturligvis under antagelse af, at de ikke besidder en professionel etik, at de forventer at kunne slippe afsted med dette, uden at det skader deres ry, og at regionerne ikke sætter en stopper for denne cream-skimming.

At der skulle finde cream-skimming sted i relation til scanninger er mindre sandsynligt, da omkostningen af en scanning i mindre grad er afhængig af typen af patient. Men alligevel bør to studier i denne sammenhæng fremhæves: Det første studie er et working paper fra Syddansk Universitet.⁸ Her påpeges det, at det ikke kun er privathospitalerne, der har incitament til at cream-skimme. De offentlige hospitaler har også et incitament til at sende de komplicerede tilfælde (og dermed de uprofitable patienter) videre til den private sektor.⁹ Studiet foreslår endvidere, at de offentlige hospitalers og privathospitalernes forsøg på cream-skimming "can cancel each other at least to some extent"¹⁰. Endvidere påpeges det, at selektion af patienter er omkostningsfuldt og tager tid, der alternativt kunne bruges til at behandle patienter, hvilket yderligere gør det mindre sandsynligt, at dette er tilfældet.

For det andet viser en analyse fra Dansk Sundhedsinstitut fra 2007, at privathospitalerne ikke "selekterer de letteste patienter" indenfor de enkelte behandlingsgrupper (DRG/DAGS-gruppe). Tværtimod synes de at fokusere på de gennemsnitlige patienter. "De dumper de tunge patienter (...) uden at creame de lette, og således opnår de alt i alt en relativt ensartet produktion i hver af de enkelte grupper" (se også boks 6).¹¹ Desværre indgår scanninger ikke specifikt i dette studie. Men igen synes det, grundet omkostningens varians, rimeligt at antage, at cream-skimming i mindre grad vil være til stede ved scanninger end for andre typer behandlinger.

Kvaliteten

Kvaliteten på de offentlige hospitaler er en anden vigtig parameter, når det kommer til en sammenligning af de private og offentlige hospitaler. Privathospitalerne er fx kun et attraktivt alternativ til de offentlige hospitaler, hvis kvaliteten er mindst lige så god.

Der findes desværre ikke mange databaser, der sammenligner kvaliteten på offentlige og private hospitaler og de databaser, der findes, dækker kun få områder. Generelt kan det dog siges, at de databaser, der findes, tyder det på, at privathospitalerne generelt har lavere komplikations-, mortalitets-, reoperations- og genindlæggelsesrater end de offentlige hospitaler. Det gælder fx indenfor hofte-, knæ- og skulderalloplastik samt korsbånd.¹²

⁶ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

⁷ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

⁸ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

⁹ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

¹⁰ Kilde: Socha og Zweifel (2014): Creaming and Dumping: Who on Whom?

¹¹ Kilde: Dansk Sundhedsinstitut(2007): Fritvalgsordning og lighed. Dansk Sundhedsinstitut (2007): Fritvalgsordning og lighed. Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i anden rapport om creaming fandt, at fænomenet cream-skimming eksisterede på privathospitalerne. Efterfølgende udgav Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut dog sammen et notat, hvor de konkluderede, at privathospitalerne ikke benyttede sig af cream-skimming. Med andre ord undsagde de altså den første rapport fra Sundhedsstyrelsen. Kilde: Politiken (2007): Ministerium: Privathospitaler kaprer ikke billige patienter.

¹² Kilde: Dansk Hoftealloplastik Register (2010), Dansk Knæalloplastikregister (2010), Dansk Korsbånd Rekonstruktions Register (2010), Dansk Skulderalloplastik register (2010).

Desværre findes der i de kliniske databaser ingen landsdækkende sammenligninger af kvaliteten af MR-scanninger. Dette kan hænge sammen med, at det er relativt nemt at definere kvaliteten af sådanne scanninger i kontrakterne. Som eksempel kan Region Nordjyllands udbudsmateriale for MR-scanninger fra 2012 fremhæves. Af dette materiale fremgår det, at det privathospital, som vinder udbuddet, skal overholde en række kvalitetsbeskrivelser og kvalitetskrav, som fremgår af udbudsaftalen og lovgivningen i øvrigt. Det er fx at udføre MR-scanningerne med en bestemt type apparatur og efter bestemte undersøgelsesprotokoller. At undersøgelserne udføres af lægeligt personale med den rette uddannelses- og erfaringsbaggrund. At undersøgelserne kun udføres på bestemte patienttyper. At relevant patientinformation er til stede mv. Opfylder privathospitalet disse krav, så er regionen *berettiget* til, men ikke *forpligtet* til, at købe de MR-ydelser, som aftalen omfatter.

Den eneste danske analyse, der sammenligner private og offentlige aktører på MR-området er fra 2006 og udført af Odense Universitetshospital samt en arbejdsgruppe primært bestående af repræsentanter fra de forskellige sygehusområder, som indgår i analysen.¹³ Analysen tyder på, at det private Thava A/S på Åbenrå Hospital (siden Astra Billeddiagnostik Center) på daværende tidspunkt var mere produktiv end Odense Universitetshospital, Sygehus Fyn Svendborg og Hillerød Sygehus.

Boks 3. Sammenligning af MR-området i Fyns Amt, på Hillerød Sygehus og på Åbenrå Sygehus

En arbejdsgruppe bestående primært af Odense Universitetshospital samt repræsentanter fra forskellige sygehusområder satte sig i 2006 ned for at sammenligne de radiologiske afdelinger i Fyns Amt med de (formodet meget effektive) radiologiske afdelinger på Hillerød og Åbenrå Sygehus. MR-funktionen på Åbenrå Sygehus blev drevet af det privatejede firma Thava A/S (siden Astra Billeddiagnostik Center), mens de øvrige afdelinger var offentlige. Sammenligningen var baseret på den overordnede aktivitet, antallet af MR-scanninger i forhold til antal scannere og antal MR-scanninger i forhold til samlede antal åbningstimer.

Af sammenligningen fremgår det, at Thava på Åbenrå Sygehus var meget produktive. I 2005 udførte Thava knap 13.000 MR-scanninger pr. scanner. Til sammenligning blev der på Odense Universitetshospital, Sygehus Fyn Svendborg og Hillerød Sygehus udført mellem 3.000 og 3.500 scanninger pr. scanner. Det skyldes blandt andet, at Thava havde længere åbningstider. Fra mandag til fredag havde Thava fx åbent fra 6.30-22.30, mens Odense Universitetshospital fx kun havde åbent fra 8.00-15.30. Men selv når man korrigerede for denne forskel, blev der udført langt flere scanninger på Thava.

Sygehus	Alm. åbningstid	Antal scannere, 2005	Scanninger pr. scanner, 2005	Scanninger pr. time pr. scanner, 2005
Odense Universitetshospital	man-tors: 8.00-15.30 fre: 8.00-15.00	2	3.500	1,57
Sygehus Fyn Svendborg	man-fre: 8.00-15.15	1	2.994	1,57
Hillerød Sygehus	man-tors: 7.45-17.15 fre: 7.45-15.00	2	3.044	1,46
Åbenrå Sygehus (Thava A/S)	man-fre: 6.30-22.30 lør-søn: 7.00-18.00	1	12.982	2,63

En anden årsag til, at produktiviteten er højere på Thava, kan være, at Thava alene udfører scanninger, som er mindre tidskrævende. Men efter at have undersøgt dette, konkluderer analysen, at det samlede billede ikke umiddelbart efterlader et indtryk af, "at en bestemt afdeling kun bruger kapacitet på lette MR-scanninger i en tidsmæssig henseende og derfor er i

¹³ Kilde: Fyns Amt - Odense Universitetshospital (2006): Sammenligning af MR-området i Fyns Amt, på Hillerød Sygehus og på Åbenrå Sygehus.

stand til at foretage flere scanninger end afdelinger, der foretager scanninger, som tager lang tid". Dette styrkes af, at der ikke er den store tidsmæssige forskel mellem de forskellige typer af scanninger. Dog kan patientmixet stadig godt være et andet. Fx udføres der flere scanninger af børn på de øvrige sygehuse. Mens 2 pct. (208 børn) af den samlede aktivitet på Thava var scanninger af børn, så var det 3 pct. (81 børn) på Sygehus Fyn Svendborg, 5 pct. (294) i Frederiksborg amt og 7 pct. (523 børn) på Odense Universitetshospital. Dette synes dog ikke at kunne forklare hele forskellen. Af undersøgelsen fremgår ikke andelen af ikke-selvhjulpne patienter eller andelen af ambulante i forhold til stationære patienter.

Endeligt kan Thavas høje produktivitet også skyldes organisatoriske aspekter. Fx hvis Thava har flere forberedelsesrum knyttet til scanneren, hvilket letter patientskifte, en bedre bookingprocedure eller ikke har en uddannelsesforpligtelse.

På denne baggrund konkluderer arbejdsgruppen, at produktivetsforbedringerne naturligvis reduceres, når man tager højde for ovenstående (fx patientmix og uddannelsesforpligtelse), men "at der fortsat eksisterer et potentiale for produktivetsforbedringer på OUH [Odense Universitetshospital] og SHF [Sygehus Fyn Svendborg]".

Kilde: Fyns Amt - Odense Universitetshospital (2006): Sammenligning af MR-området i Fyns Amt, på Hillerød Sygehus og på Åbenrå Sygehus.

Endeligt bør det nævnes, at der er forskel på ventetiden på de to typer af hospitaler. På de offentlige hospitaler er der ofte ventetid. Dags dato er der op til 30 ugers ventetid på MR-scanninger af abdomen og bækken, columna, hals, hoved og hele kroppen. På privathospitalerne er der praktisk taget ingen ventetid. Her er ventetiden for tilsvarende undersøgelser 0-3 uger.¹⁴

2. UDBUDSAFTALERNE

I dette afsnit beskrives de nuværende udbudsaftaler. Afsnittet falder i to dele: Først beskrives udbudsafталernes indhold, og dernæst beregnes den gennemsnitlige udbudstakst.

Udbudsafталernes indhold

CEPOS har fra regionerne og privathospitalerne indhentet informationer om alle de nuværende udbudsafталer (for 2012). Dvs. at der bl.a. er indhentet oplysninger om udbudsafталernes afталeparter, om typen af MR-scanning, som udbudsafталen omhandler, om prisen på scanninger samt af antallet af scanninger, der er foretaget mv. Afталerne dækker året 2012.

Nærværende undersøgelse omfatter 9 afталer indgået med 9 privathospitaler. Udbudsafталerne dækker over en lang række af forskellige MR-scanninger, herunder MR-scanning af knæ, hoftelid, bækken, os scarum, columna lumbalis, columna cervicalis, total columna, fossa posterior. I de afталer, som er omfattet af nærværende undersøgelse, har privathospitalerne udført ca. 20.510 scanninger.

Udbudstaksten

Privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst opgøres hverken af regionerne eller af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. CEPOS har derfor indhentet data fra regionerne og privathospitalerne for at få belyst disse udbudsafталer særligt med henblik på at beregne den gennemsnitlige udbudstakst for MR-scanninger. I boks 3 nedenfor gennemgås de forskellige trin i dataindsamlingen.

¹⁴ Udtræk fra esundhed.dk den 26/8-2014.

Boks 3. Dataindsamling

Trin 1: Først fik CEPOS aktindsigt i regionernes udbudsmateriale samt navnet på vinderen af udbuddet. Fra dette materiale kunne CEPOS bl.a. se hvilke SKS-koder¹⁵, som regionerne har indgået aftale på, hvilken periode aftalen dækker over, om der er løfte om faste mængder mv.

Trin 2: Dernæst fik CEPOS af privathospitalerne oplyst for hver SKS-kode den pris, som regionerne og privathospitalerne har indgået aftale om samt den mængde, der var behandlet i 2012. Over 77 pct. af privathospitaler, der udfører MR-scanninger, har valgt at bidrage til analysen, og set i forhold til aftalte behandlinger dækker analysen over 99,99 pct. af markedet. Vi har kun valgt at medtage scanninger, som udføres med en selvstændig takst, dvs. som fx ikke udføres som en del af et ortopædkirurgisk forløb.

Trin 3: Endeligt indhentede CEPOS DUF-takster og DRG-takster fra Danske Regioner og koblete disse til SKS-koderne. Seniorrådgiver og Ph.D. i sundhedsøkonomi Marie Kruse fra IVØ Analyse, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi på Syddansk Universitet, har foretaget en kvalitetskontrol af koblingen mellem SKS-koder og DRG-takster.

Kilde: CEPOS.

Der er to tal, der er interessante at beregne på dette grundlag. Det ene er udbudstaksten som andel af DUF-taksten. Det andet er udbudstaksten som andel af DRG-taksten. Det første tal indikerer, om det rent økonomisk ville kunne betale sig at øge andelen af udbudspatienter og tilsvarende reducere andelen af patienter under det udvidede frie valg. Det andet tal viser, hvordan prisen ligger i forhold til den gennemsnitlige omkostning ved offentlige hospitaler. Dette tal kan potentielt indikere, i hvor høj grad det er muligt at få mere sundhed for skattekrone ved at lægge flere standardiserede behandlinger ud til privathospitalerne. Det indsamlede data gør det muligt at beregne begge dele. Resultaterne fremgår af tabel 5 nedenfor.

Tabel 5. Privathospitalernes udbudstakst som andel af hhv. DUF-taksten og DRG-taksten

	Vægtet gennemsnit
Udbudstakst som andel af DUF-takst	44,4 pct.
Udbudstakst som andel af DRG-takst	38,3 pct.

Anm: I tabellen er tallene vægtet i forhold til antallet af behandlinger inden for de enkelte SKS-koder.

Kilde: CEPOS.

Resultatet af dataindsamlingen er, at den gennemsnitlige udbudstakst for en MR-scanning udført på privathospital på tværs af alle typer MR-scanninger ligger på 1.075 kr. Det svarer til, at udbudstaksten i 2012 umiddelbart udgjorde 44,4 pct. af DUF-taksten og (med den usikkerhed, der ligger i en sammenligning af DRG-takster og udbudstakster) 38,3 pct. af DRG-taksten (alle vægtede gennemsnit i forhold til antallet af behandlinger inden for de enkelte SKS-koder). Da privathospitalernes priser er fortrolige kan spredningen ikke offentliggøres, men data indeholder en betydelig variation på begge sider af gennemsnittet. Dette indikerer umiddelbart, at der kunne være et udnyttet potentiale ved at øge udbud på sygehusområdet. Det ser vi nærmere på i næste afsnit.

Til beregningerne knyttes følgende tre kommentarer:

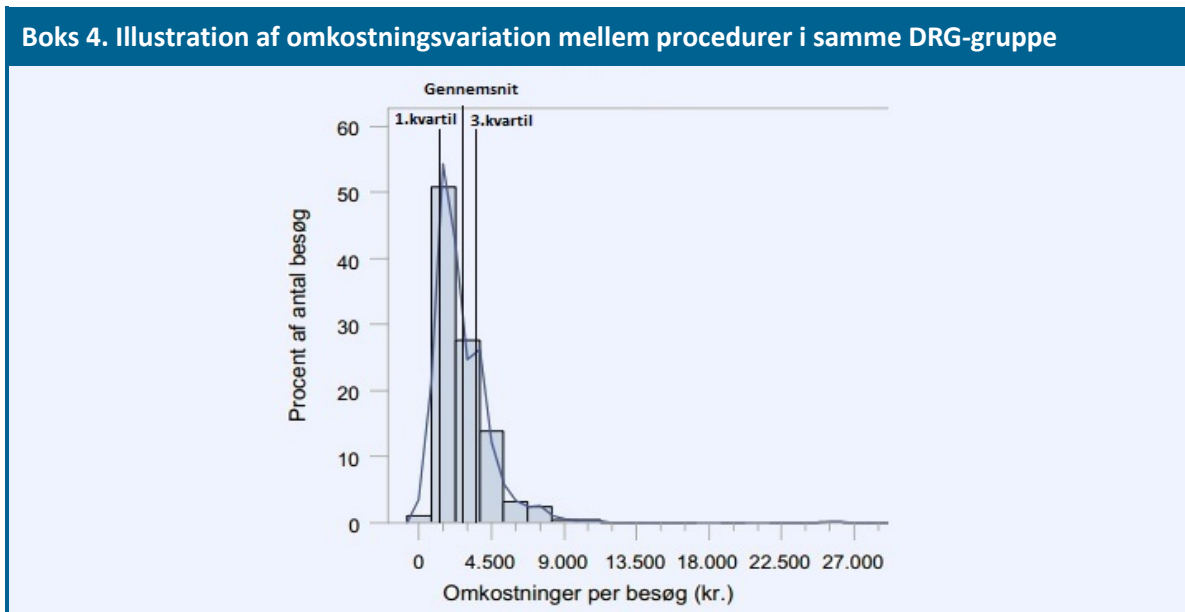
Generelt synes det indsamlede udbudsdata at afspejle de scanninger, privathospitalerne almindeligvis foretager. Beregnes DUF-taksten som andel af DRG-taksten på baggrund af det foreliggende udbudsdata, så ligger det vægtede gennemsnit på 87,1 pct. af DRG-taksten. Til sammenligning lå DUF-taksten som andel af DRG-taksten på alle offentligt finansierede scanninger udført på privathospital, dvs. både behandlinger udført under udbud og under det frie udvidede sygehusvalg, på 84 pct. af DRG-taksten.¹⁶

¹⁵ SKS-koder er Sundhedsvæsnets officielle KlassifikationsSystem, som bruges til at beskrive sundhedsydelser og anvendes ved registrering af patientdata. SKS-koderne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

¹⁶ Kilde: Beregning foretaget af CEPOS på baggrund af udtræk fra Statens Serum Instituts opgørelse af sygehusaktivitet.

I de antagelser, der ligger til grund for beregningen af den gennemsnitlige udbudstakst, er de mest konservative skøn konsekvent benyttet, så den potentielle besparelse ved at benytte et privathospital ikke overdrives pga. beregningsmetoderne.

I relation til sammenligningen mellem privathospitalernes udbudstakster og de offentlige hospitalers DRG-takst bør det fremhæves, at sammenligningen er behæftet med en vis usikkerhed. Det skyldes, at DRG-taksten er en gennemsnitsomkostning, som er beregnet over alle de procedure (behandlinger), der indgår i den pågældende DRG-gruppe, mens udbudstaksten er en egentlig markedspris for en given behandling. Nedenfor illustreres den omkostningsvariation, der kan forekomme mellem procedure i samme DRG-gruppe, jf. boks 4.



Kilde: CEPOS.

Hvis privathospitalerne cream-skimmede, dvs. forsøgte udelukkende at behandle patienter, hvor den forventede betaling oversteg den forventede omkostning ved behandling¹⁷, så skulle der tages højde for dette i takstsammenligningen, idet de offentlige hospitalers og privathospitalers gennemsnitlige patient ville have en forskellig gennemsnitsomkostning. Et studie fra Dansk Sundhedsinstitut konkluderer dog¹⁸, at privathospitalerne generelt fokuserer på de gennemsnitlige patienter, dvs. at de 'dumper' de omkostningstunge patienter, men stort set aldrig creamer de lettere patienter, hvorfor privathospitalernes gennemsnitsomkostninger svarer til de offentlige hospitalers gennemsnitsomkostninger indenfor DRG-taksten, jf. boks 5. Dette studie understøtter, at det er rimeligt at foretage en sammenligning mellem udbudstaksten og DRG-taksten. Desværre indeholder studiet dog ikke en specifik undersøgelse af scanninger. Der er dog ikke grund til at tro, at cream-skimming skulle være særligt hyppigt for netop scanninger. Det skyldes, at omkostningen af en scanning - i mindre grad end andre typer behandlinger - afhænger af typen af patient.

¹⁷ Dvs. at privathospitalerne alene forsøgte at behandle patienter, hvis omkostning lå under gennemsnittet.

¹⁸ Kilde: Dansk Sundhedsinstitut(2007): Fritvalgsordning og lighed.

Boks 5. Analyse af privathospitalerne og cream-skimming

En analyse fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI) viser, at:

- Der er tilstrækkelig omkostningsvariation i DRG- og DAGS-grupperne til, at der er grundlag for en selekteringsstrategi. Variationen er dog stor mellem grupperne. I nogle grupper er der rig mulighed for selektering. I andre er der så godt som ingen åbning for en sådan utilsigtet adfærd.
- Privathospitalerne har en lavere variation i de forventelige omkostninger inden for hver af grupperne. Privathospitalerne koncentrerer sig om færre procedurer i de enkelte grupper end de offentlige sygehuse, og de udvalgte procedurer er ydermere kendetegnet ved en ensartet omkostningstygde. Dette kan delvis forklares ved, at privathospitalerne er mindre enheder og har en lavere produktionsmæssig volumen end de offentlige sygehuse.
- Ud af 22 undersøgte DRG- og DAGS-grupper var der i 9 grupper omtrent ingen forskel på de offentlige og de private sygehuses forventelige gennemsnitsomkostninger. For 5 grupper var de forventelige omkostninger ved privathospitalerne lavere end på de offentlige hospitaler. Og i 8 tilfælde var de forventelige omkostninger på de offentlige hospitaler højere end på privathospitalerne. Dette får DSI til at konkludere, at der ikke er grundlag for en generel konklusion om, at aftalesygehuse selekterer, dvs. at aktiviteten på aftalesygehuse i de undersøgte DRG- og DAGS-grupper er forbundet med lavere forventelige omkostninger end aktiviteten på de offentlige sygehuse.

På den baggrund konkluderer DSI, at privathospitalerne og de offentlige sygehuses "aktivitet i de 22 DRG- og DAGS-grupper indikerer, at aftalesygehuse [privathospitalerne] ofte dumper patienter, som kræver tungere procedurer, hvorimod de stort set aldrig creamer de lettere patienter. Der tegner sig således et billede på tværs af grupperne af, at de private sygehuse i de tilfælde, hvor de adskiller sig fra de offentlige, har en under-andel af patienter i både den letteste og den tungeste ende af omkostningsspektret."

Og de tilføjer: "Dette mønster resulterer nogle gange i, at de forventelige omkostninger på aftalesygehuse bliver lavere på de offentlige sygehuse. Oftere resulterer det i det modsatte." Privathospitalerne fokuserer altså på de gennemsnitlige patienter.

Kilde: Dansk Sundhedsinstitut(2007): Fritvalgsordning og lighed.

Desuden bør det fremhæves, at udbudstaksterne ikke blot ligger under DRG-taksten. Faktisk ligger 87 pct. af udbudstaksterne også under 1. kvartil i den omkostningsfordeling, der danner grundlag for beregning af DRG-taksten. Dette indikerer, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster - selv når man tager højde for, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er underlagt forskellige rammevilkår.

3. POTENTIALT VED ØGET BRUG AF UDBUD

I dette afsnit belyses potentialet ved øget brug af udbud inden for scanninger. Afsnittet falder i tre dele. Først beskrives brugen af udbud i dag. Dernæst beskrives den potentielle gevinst ved at sende flere patienter i udbud. Endeligt beskrives mulige forklaringer på, hvorfor udbud ikke bruges mere i dag.

Gevinst ved at sende flere patienter i udbud

Regionerne vælger almindeligvis at benytte udbudsaftalerne som buffer. Dvs. at privathospitalerne skal tage 'overløbet', hvor regionens egne afdelinger ikke kan følge med. Regionerne laver derfor typisk udbud på områder, hvor de forventer, at de ikke har kapacitet nok, eller hvor der er store udsving i efterspørgslen. Denne strategi er dog ikke nødvendigvis optimal fra et økonomisk perspektiv.

Potentielt kan der være to grupper af patienter, som regionerne med fordel kan sende i udbud. Den ene gruppe er DUF-patienterne, dvs. patienter som det offentlige ikke selv har kapacitet til at behandle. Disse patienter har via det udvidede frie sygehusvalg ret til at blive behandlet i privat regi på det offentliges regning. Den anden gruppe af patienter er de 'almindelige offentlige patienter', dvs. de patienter som det offentlige allerede selv behandler.

DUF-patienterne

En måde, hvorpå regionerne kan spare penge, er ved at omlægge flere af de scanninger, der foretages via det udvidede frie sygehusvalg, til behandlinger, der foretages via udbudsaftaler.

Som det er i dag, koster patienter, der sendes ud via det udvidede frie sygehusvalg til en af regionens aftalehospitalet, i gennemsnit 80-84 pct. af DRG-taksten¹⁹ (2012-data). Dette er typisk patienter, som det offentlige ikke selv har kapacitet til at behandle inden for 1 til 2 måneder.

Alternativt kunne regionerne allerede i det øjeblik, de indser, at de ikke har mulighed for at behandle den pågældende patient inden for 1 til 2 måneder, vælge at tilbyde patienten behandling på en af regionens samarbejdsygehuse, som regionen har indgået en udbudsaftale med. I det tilfælde vil de første mange patienter i gennemsnit koste regionen 38,3 pct. af DRG-taksten.

Boks 7 angiver et eksempel på de besparelser, regionerne kan hente via udbudsaftaler.

Boks 7. Region Midtjylland henter store besparelser på udbudsaftale.

Ifølge Produktivitetskommissionen har man i Region Midtjylland hentet store besparelser ved at lade den private klinik MR Scanner Viborg overtage godt 10.000 scanninger årligt til en pris, der svarer til mellem 30-40 pct. af DUF-taksten. Samtidig er MR Scanner Viborg forpligtet til at foretage scanningerne inden for otte hverdage.

Aftalen blev indgået i 2011 og løb oprindelig i to år med et årligt forventet antal scanninger på 6.500, men i 2013 blev kontrakten forlænget i yderligere 2 år, alt imens at antallet af scanninger blevet justeret op til 10.500.

Kilde: Produktivitetskommissionen (2014): Offentlig-privat samarbejde om velfærd, case-samling.

I 2012 fik 56.304 patienter en MR-scanning på et privathospital. Heraf var ca. 20.510 via en udbudsaftale. Af de øvrige knap 35.794 patienter²⁰ antages det, at omkring 35 pct. af

¹⁹ Kilde: Beregning foretaget af CEPOS på baggrund af udtræk fra Statens Serum Instituts opgørelse af sygehusaktivitet samt Danske Regioners takstopgørelser. Til overslagsberegninger nedenfor antages det, at taksten under det udvidede frie sygehusvalg ligger på 82 pct. af DRG-taksten (dvs. gennemsnittet).

²⁰ Dette tal dækker også over få forsikringspatienter. Det er desværre ikke muligt at opsplitte tallet yderligere. Så i dette overslag antages det, at alle patienterne er patienter under det udvidede frie sygehusvalg.

patienterne modtog en MR-scanning via det udvidede frie sygehusvalg²¹ til en takst, der ligger på ca. 82 pct. af DRG-taksten. Det kostede samlet set samfundet ca. 30 mio. kr. Var alle disse patienter - i det omfang det er muligt - blevet behandlet via udbudsaftaler til en gennemsnitlig takst på 38,3 pct. af DRG-taksten, havde det som overslag kostet samfundet godt 14 mio. kr. Der er således en potentiel besparelse på ca. 16 mio. kr. ved at øge brugen af udbud.

De almindelige offentlige patienter

En anden måde, hvorpå regionerne muligvis kan spare penge, er ved på sigt at sende flere almindelige offentlige patienter ud til privathospitalerne via udbudsaftaler.

For når man på lang sigt skal planlægge, hvor en given produktion udføres mest effektivt, så skal man sammenligne gennemsnitsomkostninger. På de offentlige hospitaler koster en behandling i gennemsnit 100 pct. af DRG-taksten. Til sammenligning koster en tilsvarende behandling under udbud i gennemsnit 38,3 pct. af DRG-taksten.

I denne sammenligning skal man selvfølgelig tage højde for, at de offentlige hospitaler og privathospitalerne er underlagt forskellige rammevilkår. Fx har de offentlige hospitaler modsat privathospitalerne også akutfunktion, forskning og uddannelse. Hvorimod privathospitalerne fx har udgifter til købsmoms, lønsumsafgift og forrentning og afgifter. Som redegjort for i afsnit 1 svarer forskellen maksimalt til 12 pct. af DRG-taksten (25 - 13 pct.) i de offentlige hospitalers favør.²² Og selv når man tager højde for disse forskelle, synes prisforskellen markant. Dette indikerer, at der på sigt kan være betydelige besparelser at hente, hvis de offentlige hospitaler nedskalerer den offentlige produktion og i stedet øger brugen af udbud på sundhedsområdet eller inviterer privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler.²³

Det er muligt at beregne et konservativt skøn over den potentielle besparelse. I tabel 6 er opstillet fem forskellige scenarier. Af tabellen fremgår det, at Danmark i 2012 brugte 753 mio. kr.²⁴ på scanninger udført på offentlige hospitaler. Havde alle disse scanninger eksempelvis været udført privat, fx ved at privathospitalerne købte sig ind på de offentlige hospitaler og overtog driften af samtlige MR-scannerne på de offentlige hospitaler, så havde det kostet 351 mio. kr. Den potentielle besparelse vil da være 402 mio. kr. (753 - 351 mio. kr.). Dog er der her ikke taget forskel for forskellige rammevilkår (anført ovenfor), hvorfor den reelle besparelse vil være mindre. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet svarer dette omtrent til 12 pct. af DRG-taksten. Potentialet korrigeret for forskelle i rammevilkår vil da være 350 mio. kr. Muligvis ville regionerne dog ikke ønske at sende samtlige MR-scanninger ud til privathospitalerne. Eventuelt fordi de ikke ønsker at oprette et nyt lokalt monopol, men hellere ønsker at lade offentlige og private hospitaler konkurrere mod hinanden. Antages det at 50 pct. af behandlingerne udføres privat, da vil den potentielle besparelse være 177 mio. kr. Dette antages som mere realistisk.

²¹ Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): Tal på sundhed. I 2010 blev 116.000 patienter behandlet via det udvidede frie sygehusvalg.

²² Kilde: Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet.

²³ Lægges flere af de gennemsnitlige og simple operationer ud til privathospitalerne, vil det endvidere bevirke, at opdelingen af de simple og de komplicerede operationer i sundhedssektoren bliver endnu mere markant. Når man opdeler de simple og komplicerede behandlinger, kan man forvente, at det har en positiv effekt på effektiviteten. Det bliver i endnu højere grad muligt at forsimple arbejdsgangene, således at vi kan bruge de eksisterende ressourcer mere effektivt samt frigøre ressourcer til at skabe værditilførende aktivitet andetsteds. Ved bedre lederskab og samarbejde, kan vi få mere output for de samme ressourcer.

²⁴ Dette er et konservativt skøn, idet der her tages udgangspunkt i den lavest mulige DRG-takst og enkelte typer scanninger er udeladt, da det ikke var muligt at finde en DRG-takst.

Tabel 6. Scenarieberegning

	0 pct.	25 pct.	50 pct.	75 pct.	100 pct.
Andel behandlinger udført privat	0 pct.	25 pct.	50 pct.	75 pct.	100 pct.
Offentlige omkostning, mio. kr.	753	565	377	188	0
Private omkostning, mio. kr.	0	88	176	263	351
Totalomkostning, mio. kr.	753	652	552	452	351
Potentiel besparelse, mio. kr.	0	100	201	301	402
Korrigeret besparelse, mio. kr.	0	88	177	265	354

Kilde: CEPOS.

Det samlede potentiale

Samlet vil et øget brug af privathospitalerne skønsomt give en potentiel besparelse på 193 mio. kr. (177 mio. kr. + 16 mio. kr.). Af forsigtighedshensyn antages det dog, at hele besparelsen ikke vil kunne realiseres. Det kan fx være pga. forhold, som er svære at tage højde for i kontrakterne, så som regionernes reducerede forhandlingskraft eller en reduktion i synergien mellem private og offentlige hospitaler. Besparelsen reduceres således med ekstra 20 pct., hvorved den lander på 154 mio. kr. For dette beløb kan man købe ca. 144.000 ekstra scanninger på privathospitalerne.

For overvejelser over, hvad der vil ske med DRG-taksten, hvis flere behandlinger lægges ud til privathospitalerne, se da notatet '[Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten](#)'.

Ekstra gevinst: Øget konkurrencepres i hele sundhedsvæsenet

Udbudskonkurrence er en af de stærkeste former for konkurrence på markedet for sundhedsydelser. Udbudskonkurrence kan bruges til at sikre, at vi får mest sundhed for pengene. Ved at lade privathospitalerne (og evt. også de offentlige hospitaler) via udbud kappes om, hvem der bedst og billigst kan tilbyde behandling til borgerne, så sikrer vi, at vi får mest sundhed for skattekrone. Hvis det er de private aktører, som kan udføre disse behandlinger bedst og billigst, så er det de private aktører, der bør have opgaven. Det samme er naturligvis gældende, hvis det omvendte viser sig, at det er de offentlige, der bedst og billigst kan udføre en given opgave.

Lader vi offentlige og private aktører kappes om at få lov til at udføre de helt simple behandlinger, så må man desuden forvente, at dette vil have en positiv afsmittende effekt på resten af det offentlige sundhedsvæsen. Det skyldes, at konkurrence bevirker, at hospitalerne – af frygt for at miste markedsandele – hele tiden søger at udnytte deres ressourcer så effektivt som muligt. Dette vil udmønte sig i mere effektive arbejdsgange og en optimering af arbejdsopgaver i hele det offentlige sundhedsvæsen. Således kan konkurrenceudsættelse af de standardiserede ydelser bidrage til effektivitetsgevinster i hele sundhedsvæsenet.

På linje med konkurrenceredegørelsen fra 2003 er det derfor vores vurdering, at der er et potentiale for højere effektivitet og øget besparelse gennem en mere udbredt brug af udbud. Potentialet er størst for standardiserede sygehusydelser.

4. KONKLUSION OG POLITIKANBEFALING

I denne analyse beregnes privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst for MR-scanninger under regionernes udbudsftaler for 2012. Resultatet af analysen er, at regionerne i gennemsnit betaler 38,3 pct. af DRG-taksten for en behandling foretaget på et privathospital. Og selv når man tager højde for forskellen i offentlige hospitalers og privathospitalers rammevilkår, synes ovenstående tal at indikere, at privathospitalernes udbudstakster i mange tilfælde vil være konkurrencedygtige med de offentlige takster. Således kunne regionerne måske med fordel sende lidt flere behandlinger ud til privathospitalerne.

En udbudstakst i 2012 på 38,3 pct. af DRG-taksten er en lav takst. Alligevel bruges udbudsaftaler med privathospitalerne kun i 5 pct. af tilfældene.

I dette perspektiv anbefales det, at man indfører en udbudspligt på standardiserede behandlinger som fx scanninger, dvs. lader privathospitalerne og de offentlige hospitaler kappes om at levere scanninger og andre standardiserede behandlinger bedst og billigst. Hvis de offentlige hospitaler viser sig at være bedst og billigst, skal de udføre behandlingerne. Hvis privathospitalerne viser sig at være bedst og billigst, skal behandlingerne udføres på privathospitalerne. Det anbefales endvidere, at Konkurrencestyrelsen overvåger markedet og udsteder bøder, hvis denne udbudspligt ikke overholdes, eller hvis offentlige hospitaler skulle sætte kunstigt lave priser for at vinde markedet. Dette vil sikre, at skatteyderne får mest mulig sundhed for skattekrone, dvs. at flest muligt kan få behandling for de tilgængelige ressourcer.