

# Afregning med private sygehuse

## baggrundsrapport maj 2013

Danske Regioner

KL

Økonomi- og Indenrigsministeriet

Finansministeriet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

<b>1.</b>	<b>INDLEDNING OG SAMMENFATNING .....</b>	<b>3</b>
1.1	INDLEDNING .....	3
1.2	SAMMENFATNING .....	3
<b>2.</b>	<b>BESKRIVELSE AF DE EKSISTERENDE RAMMER .....</b>	<b>6</b>
2.1	SUNDHEDSLOVEN OG DE TO TILHØRENDE BEKENDTGØRELSER .....	6
2.1.1	<i>Aftaleindgåelse</i> .....	7
2.1.2	<i>Regionernes kvalitetsorganisation</i> .....	9
2.1.3	<i>Tvister om aftalevilkår/voldgift</i> .....	10
2.2	TAKSTFASTSÆTTELSE.....	11
2.2.1	<i>Takststruktur</i> .....	12
<b>3.</b>	<b>GENERELT OM DRG-TAKSTER, OMKOSTNINGS-BEGREBER OG AFREGNING AF PRIVAT SYGEHUSAKTIVITET .....</b>	<b>13</b>
3.1	OMKOSTNINGSBEGREBER OG DRG TAKSTER .....	13
3.2	FORSKEL I RAMMEVILKÅR .....	14
3.3	REFERENCETAKSTERNE – EN ALTERNATIVOMKOSTNINGSOVERVEJELSE .....	15
<b>4.</b>	<b>PRIS OG MÆNGDEUDVIKLING SIDEN 2007.....</b>	<b>18</b>
4.1	ANTAL AFTALER .....	18
4.2	ANVENDELSEN AF DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG.....	19
4.3	PRISUDVIKLING SIDEN 2007 .....	22
4.4	UDGIFTERNE TIL OFFENTLIGT FORBRUG VED PRIVATE SYGEHUSE .....	23
4.5	LOVGIVNINGSMÆSSIGE ÆNDRINGER .....	24
4.5.1	<i>Indførelse af differentieret udvidet frit sygehusvalg</i> .....	24
4.5.2	<i>Ændring af finansieringsmodel for patientforsikringer</i> .....	25
<b>5.</b>	<b>OVERVEJELSER OM REGIONERNES FORTSATTE ANVENDELSE AF STRATEGISKE UDBUD .....</b>	<b>26</b>
5.1	BETINGELSER FOR EFFEKTIV KONKURRENCE VEDR. SYGEHUSYDELSER - TRE KRITERIER .....	26
5.2	STATUS PÅ REGIONERNES BRUG AF UDBUD .....	28
<b>6.</b>	<b>OVERVEJELSER OM EN MODEL FOR FÆLLESUDBUD .....</b>	<b>30</b>
6.1	AFTALEPRISER SOM FØLGE AF UDBUD .....	30
6.2	FORDELE OG ULEMPER VED DEN EKSISTERENDE MODEL .....	31
6.3	OVERVEJELSER OM EN MODEL FOR FÆLLESUDBUD I FORBINDELSE MED DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG.....	31

# 1. Indledning og sammenfatning

## 1.1 Indledning

En af de væsentligste udfordringer for sundhedsvæsenet i de kommende år bliver at skabe mere sundhed i en situation med pres på de offentlige udgifter, bl.a. som følge af den demografiske udvikling og ændringer i sygdomsbilledet, og en stadigt stigende efterspørgsel efter sundhedsydelse.

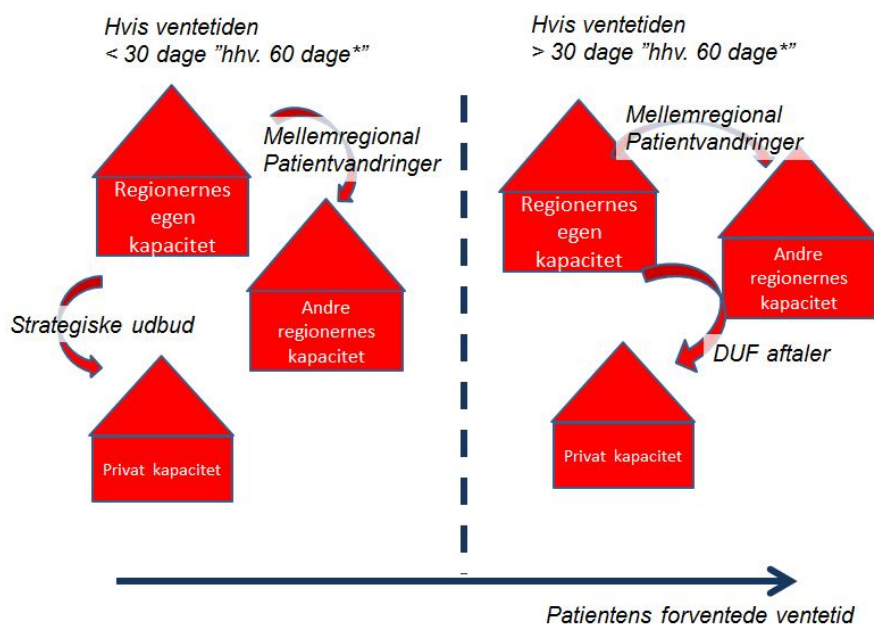
Kapacitetsudnyttelsen, herunder også den private kapacitet i sundhedsvæsenet, har betydning for i hvilket omfang, det er muligt at håndtere disse udfordringer. I forhold til afregning med de private sygehuse herunder også i forhold til det udvidede frie sygehusvalg, har Udvalget for bedre incitamenter på den baggrund til opgave at komme med anbefalinger, der kan bidrage til:

*"[...]at sikre en rimelig afregning til de private sygehuse [...]", jf. kommissoriet.*

## 1.2 Sammenfatning

Regionerne har en forpligtelse til at sikre patienterne et sygehusstilbud. Regionerne kan benytte egne sygehuse, andre regioners sygehuse eller private og udenlandske sygehuse til at tilvejebringe dette tilbud. De private sygehuse kan altså via strategiske udbud indgå som en del af den regionale sygehuskapacitet. Herudover indgår den private sygehuskapacitet som følge af reglerne om det udvidede frie sygehusvalg. Det udvidede frie sygehusvalg er en patientrettighed under forudsætning af, at regionerne har indgået aftale med sygehuse, klinikker m.v. om den pågældende behandling, samt såfremt at ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 2 måneder (ved mindre alvorlig sygdom) eller 1 måned (ved alvorlig sygdom).

**Figur 1. Regionernes sygehuskapacitet**



Andelen af offentligt finansieret sygehusaktivitet, der i 2012 udføres af private sygehuse, er foreløbigt opgjort til at udgøre omkring 1,2 pct. af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet. Dette er et betydeligt fald

på i størrelsesorden 50 pct. siden 2008, hvor private sygehuse stod for 2,5 pct. af den samlede produktionsværdi, jf. tabel 1.

Samtidig hermed er taksterne under det udvidede frie sygehusvalg som andel af DRG faldet fra 105-110 pct. i 2008 til ca. 85 pct. i 2012.

Dette bidrager til, at de offentlige udgifter til private sygehuse er faldet fra ca. 1,5 mia. kr. i 2008 til et forventet niveau på 600-800 mio. kr. i 2012. Heraf vurderes aktivitet i henhold til det udvidede frie sygehusvalg at udgøre 300–500 mio.kr.

**Tabel 1. Omfanget af privat sygehusaktivitet**

	2008	2012 <sup>1)</sup>
Andel af offentlig finansieret aktivitet, der udføres af private sygehuse	2,5 pct.	1,3 pct.
Takster under DUF som andel af DRG-takst	105-110 pct.	85 pct.
Offentlige udgifter til private sygehuse	1,5 mia. kr.	0,7 mia. kr.

1) Foreløbig opgørelse pr. marts 2013

Private sygehuse står således for en betydelig mindre del af den samlede sygehusaktivitet end tidligere. Da afregningen til private sygehuse samtidig er faldet, udgør de regionale udgifter til private sygehuse en lavere andel af de samlede udgifter til sygehusvæsenet.

Pr. 1. januar 2013 blev ventetiden under det udvidede frie sygehusvalg differentieret, således at patienter som udgangspunkt får ret til udvidet frit sygehusvalg, når der er udsigt til mere end 2 måneders ventetid i det offentlige sygehusvæsen. Såfremt patienten er henvist til behandling af *alvorlig* sygdom, vil retten til udvidet frit sygehusvalg derimod fortsat blive udløst ved udsigt til mere end 1 måneds ventetid. Differentieringen af det udvidede frie sygehusvalg vil alt andet lige gøre det nemmere for regionerne at behandle patienterne inden ordningen træder i kraft. Dette forventes at reducere efterspørgslen efter den private kapacitet. Samtidig forbedres regionernes mulighed for at foretage strategiske udbud med henblik på at inddrage private leverandører (som en del af den offentlige behandlingskapacitet), inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft. Dermed øges andelen af den private aktivitet, som kan afregnes til de takster, der er opnået ved strategiske udbud.

Med henblik på at sikre lavere priser har Konkurrencestyrelsen i 2007 foreslået at lade fællesudbud erstatte de private leverandørers ret til at indgå aftale under de daværende regler om udvidet frit sygehusvalg.

Det er udvalgets vurdering, at en udbudsmodel som udgangspunkt vil indebære lavere priser, fordi tilbudsgiver i forbindelse med et udbud typisk sikres et vist volumen, modsat situationen ved udvidet frit valg, hvor alle private sygehuse/klinikker har ret til at levere ydelser til de aftalte priser. Det kan samtidig være nemmere for regionerne at stille de rette kvalitetskrav til leverandørerne. Provenuet herved skal imidlertid ses i lyset af ovenstående udvikling med lavere priser/omsætning under det udvidede frie sygehusvalg samt differentieringen af det udvidede frie sygehusvalg pr. 1. januar 2013. Alt andet lige vurderes disse forhold at reducere et muligt provenu ved at gennemføre fællesudbud.

Det bemærkes, at regionerne i dag har mulighed for at indgå udbudsaf tale om en behandling, såfremt det vurderes, at priserne under udbud er lavere end de priser, som indgås under det udvidede frie sygehusvalg. Et sådant udbud fjerner dog ikke regionernes pligt til at indgå aftale med øvrige private leverandører, der måtte ønske dette. Det kan overvejes at ændre lovgivningen, så reglerne, for så vidt angår aftaleretten om det udvi-

dede frie sygehusvalg, bliver suspenderet, såfremt regionerne har indgået aftale med private leverandører, hvor visse betingelser omkring udbuddet er opfyldt.

Gennemførelse af fællesudbud vil skulle ses i sammenhæng med de betingelser, der opstilles i et udbud, vedrørende f.eks. dækningsgrad, valgfrihed mv. Det er samtidig centralt ved en overvejelse om udbud, at udbuddet sker strategisk på konkrete områder, hvor der i den forbindelse tages højde for risikoen for på sigt at fjerne konkurrencen i markedet.

Udvalget finder derfor samlet, at det kan overvejes at give adgang til udbud på visse behandlingsområder.

Betingelserne for fællesudbud vil i så fald for eksempel kunne være:

- *Geografisk spredning:* Der kan stilles krav om en vis geografisk spredning af hvert af de konkrete behandlingstilbud, f.eks. ved at der indgås udbud for DUF-aktivitet for hhv. Øst- og Vestdanmark.
- *Forsyningsikkerhed:* Der kan stilles krav om at vinderen af et udbud skal kunne levere en betydelig del af den eksisterende DUF-kapacitet for den konkrete behandling.

For behandlingsområder, hvor de opstillede betingelser ikke kan opfyldes, bør de nuværende principper være gældende.

#### Udvalgets forslag

- Det kan overvejes at ændre lovgivningen, så aftaleretten under det udvidede frie sygehusvalg suspenderes, såfremt regionerne ved konkrete rammeudbud på udvalgte områder har indgået aftale med private leverandører.
- Behandlingsområderne vil i så fald skulle udvælges bl.a. efter, om der er risiko for på sigt at fjerne konkurrencen mellem private udbydere gennem udbud, og at behandlingsområderne har et vist volumen. Herudover vil det skulle overvejes, hvilke betingelser, der skal være opfyldt for rammeudbud f.eks. krav om geografisk spredning, leveringskapacitet, jf. ovenfor.
- Regionerne vurderer muligheder for organisatoriske ændringer eller lign. inden for rammerne af strategisk udbud med henblik på at opnå lavere priser, herunder f.eks. ved fælles indkøbsorganisation, jf. for eksempel AMGROS, fælles rammeudbud mv.

## 2. Beskrivelse af de eksisterende rammer

### 2.1 Sundhedsloven og de to tilhørende bekendtgørelser

Det udvidede frie sygehusvalg blev indført den 1. juli 2002 med § 5g i lov nr. 143 af 25. marts 2002 om ændring af lov om sygehusvæsenet (sygehusloven).

Sygehusloven er efterfølgende indarbejdet i sundhedsloven pr. 1. januar 2007, og det udvidede frie sygehusvalg er i dag fastsat i medfør af sundhedslovens § 87. Denne paragraf er senest ændret pr. 1. januar 2013 som følge af differentieringen af det udvidede frie sygehusvalg, *jf. lov nr. 1401 af 23. december 2012*.

Sundhedslovens § 87, stk. 1-5, fastsætter en række bestemmelser vedrørende det udvidede frie sygehusvalg, *jf. boks 1*.

#### Boks 1. Det udvidede frie sygehusvalg, jf. Sundhedslovens § 87

**Stk. 1.** En person, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 2 måneder kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, *jf. dog stk. 2*. Fristen regnes fra det tidspunkt, hvor patienten er udredt, *jf. § 82 b*. I de tilfælde, hvor patienten ved henvisningen er udredt, regnes fristen fra modtagelse af henvisningen på regionsrådets sygehus.

**Stk. 2.** Når personen er henvist til behandling af alvorlig sygdom, er fristen, *jf. stk. 1*, dog 1 måned.

**Stk. 3.** En person, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

**Stk. 4.** Regionsrådene i forening indgår aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter stk. 1 og 3 og § 82 a.

**Stk. 5.** Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter regler om

- 1) afgrænsning af og vilkår for behandling, der er omfattet af stk. 1-3, og kan herunder fastsætte kriterier for alvorlig og mindre alvorlig sygdom og undtage bestemte behandlingsformer,
- 2) regionsrådenes forpligtelser til at oplyse om behandling, der er omfattet af stk. 1-3, og
- 3) krav til dokumentation m.v. fra de privatejede sygehuse, klinikker m.v., der indgår aftale efter stk. 4.

Heraf kan især fremhæves to forhold: I medfør af § 87, stk. 1, er det udvidede frie sygehusvalg en patientret-tighed *under forudsætning af*, at regionerne har indgået aftale med sygehuse, klinikker m.v. om den pågæl-dende behandling. Patienterne har således ikke i alle tilfælde krav på henvisning under det udvidede frie sygehusvalg, såfremt ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 1 måned.

Herudover er der tale om en leverandørrettighed for private sygehuse, idet regionerne i medfør af § 87, stk. 4, har *pligt* til at indgå aftale med de sygehuse, som ønsker at indgå aftale om behandling under det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan således som udgangspunkt ikke fravælge bestemte sygehuse eller stille krav om f.eks. en bestemt geografisk beliggenhed.

Det skal for god ordens skyld bemærkes, at en række yderligere faktorer regulerer, hvorvidt et privat sygehus kan indgå aftale i medfør af § 87, stk. 4, herunder opfyldelse af de generelle kvalitetskrav i regionernes kontrakter, *jf. afsnit 2.1.1 nedenfor*, Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning og tilknytning af kvalificerede speciallæger m.m., *jf. afsnit 2.1.1 nedenfor*. I forbindelse med aftaleindgåelse kan regionerne således stille de krav til de private leverandører, som fremgår af lovgivningen og specialeplanlægningen, samt eventuelle yderligere kvalitetskrav som regionerne pålægger offentlige sygehuse. Se desuden boks 3 nedenfor.

Der er i medfør af sundhedslovens § 87 i nedsat et voldgiftsnævn til at håndtere tvister mellem regionerne og aftalesygehuse:

#### **Boks 2. Håndtering af tvister, jf. Sundhedslovens § 87**

**§ 87 i.** Hvis der opstår tvist mellem regionsrådene i forening og de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark eller sygehuse, klinikker m.v. i udlandet om vilkårene for en aftale om undersøgelse og behandling efter § 87 stk. 5, § 87 c og § 87 g, kan sygehuse, klinikkerne m.v. hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn.

**Stk. 2.** Når der indbringes en sag for voldgiftsnævnet, udpeger indenrigs- og sundhedsministeren (*nu ministeren for sundhed og forebyggelse*) til nævnet en opmand og en suppleant for opmanden. Regionerne i forening udpeger en voldgiftsmand, og sygehuse, klinikkerne m.v. udpeger en voldgiftsmand. Både opmand, suppleant og voldgiftsmænd skal have økonomisk indsigt og indsigt i sundhedsvæsenets forhold.

**Stk. 3.** Ved behandlingen af en voldgiftssag deltager opmanden samt de to voldgiftsmænd. Opmanden kan tilkalde særligt sagkyndige til at bistå ved sagens behandling. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (*nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse*) yder sekretariatsbistand til voldgiftsnævnet.

**Stk. 4.** Indenrigs- og sundhedsministeren (*nu ministeren for sundhed og forebyggelse*) fastsætter regler om voldgiftsnævnet og om behandlingen af voldgiftssager, herunder forretningsordenen. Ministeren fastsætter endvidere regler om vederlag til opmand, voldgiftsmænd og de særligt sagkyndige, som bliver tilkaldt, og om sagsomkostninger og deres fordeling.

**Stk. 5.** Voldgiftsnævnets afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger, *jf. bekendtgørelse nr. 1437 af 23. december 2012*, indeholder bestemmelser om de krav, som regionerne og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kan stille til aftalesygehuse, samt detaljerede bestemmelser om voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger, *jf. afsnit 2.1.1 og boks 2 ovenfor*.

#### **2.1.1 Aftaleindgåelse**

I medfør af sundhedslovens § 87, stk. 4, indgår regionsrådene i forening aftale med de privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet (aftalesygehuse), som ønsker at behandle patienter under det udvidede frie sygehusvalg.

Danske Regioner har i forlængelse heraf udarbejdet en *standardkontrakt* for leverandører, der udfører behandlinger under udvidet frit sygehusvalg for somatiske lidelser. Tilsvarende aftaler er indgået vedrørende de udvidede fritvalgsordninger i hhv. børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Når en leverandør eller en sammenslutning heraf har indgået en aftale, kan andre leverandører vælge at koble sig på denne helt eller delvist ud fra dennes kompetencer. Aftaleprisen fremgår af fremgår af hjemmesiden [www.sygehusvalg.dk](http://www.sygehusvalg.dk).

Standardkontrakten omfatter de generelle vilkår for aftaler under det udvidede frie sygehusvalg, herunder ift. erstatnings- og klageret, forsikring, misligholdelse og ikrafttrædelses- og opsigelsesbestemmelser.

Herudover er der i tilknytning hertil udarbejdet bilag med lister over behandlinger, koder og takster for somatisk sygehusbehandling. Behandlingerne nævnt i bilagene vedrører kun de områder, hvor der gælder særlige vilkår, f.eks. forløb eller refusion af implantater mv. Taksterne for behandling under det udvidede frie sygehusvalg er derfor offentligt tilgængelige.

Det bemærkes, at private sygehuse m.v. som udgangspunkt har ret til at indgå aftale med Danske Regioner, under forudsætning af, at de opstillede kvalitetskrav m.v. i standardkontrakten overholdes. Regionerne kan f.eks. ikke afvise en privat leverandør med henvisning til, at regionen vurderer, at opgaven kan udføres billige-re i offentligt regi på baggrund af en forespørgsel hos regionens egne sygehuse.

Regionerne kan ligeledes heller ikke generelt undtage behandlingsområder fra det udvidede frie sygehusvalg, medmindre disse er omfattet af undtagelserne til patientens ret til udvidet frit sygehusvalg<sup>1</sup>.

Ligeledes kan der heller ikke indgås aftaler under det udvidede frie sygehusvalg om specialfunktioner<sup>2</sup>, hvis der ikke er private sygehuse, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at varetage disse. Det gælder uanset, om behandlingen i øvrigt er omfattet af ordningen.

På baggrund af konkrete fortolkningsspørgsmål vedrørende aftaleretten i medfør af sundhedslovens § 87 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse dog i 2012 vurderet, at regionerne i tilknytning til de direkte lovbestemte undtagelser til aftaleretten ovenfor kan opstille en række kvalitetsmæssige vilkår som forudsætning for at indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg, *jf. boks 3 nedenfor*.

### **Boks 3. Vilkår for aftaleindgåelse, jf. Sundhedslovens § 87**

- Private sygehuse, klinikker m.v. kan kun indgå aftaler med regionerne under det udvidede frie sygehusvalg, såfremt aftalerne vedrører *den samme behandling*, som der udføres i det offentlige sygehusvæsen. Dvs. at det udvidede frie sygehusvalg kun omfatter eksisterende behandlingstilbud i sygehusvæsenet (dette kan f.eks. være relevant, hvis et privat sygehus, klinik m.v. ønsker at indgå aftale om et behandlingsområde, som kun delvist afspejler et behandlingsområde i det offentlige sygehusvæsen).
- Regionerne har ikke pligt til at *udskille* dele af undersøgelses- eller behandlingsforløb særskilt med henblik på at indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg. Det forudsætter dog, at de krav, som regionerne stiller til den offentlige sygehusbehandling, er saglige i lyset af den behandling der skal udføres.
- Der kan stilles nærmere bestemte kvalitetskrav (f.eks. om tilstedeværelse af lægefaglig ekspertise) som forudsætning for at indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg, når regionerne kan dokumentere, at et sådant krav *på tilsvarende vis* stilles til den samme behandling på offentlige sygehuse.

<sup>1</sup> Det udvidede frie sygehusvalg omfatter ikke følgende: Organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling, rekreations- og rehabiliteringsophold, forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

<sup>2</sup> I medfør af sundhedslovens § 207-209 fastlægger Sundhedsstyrelsen krav til og godkender specialfunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) på offentlige og private sygehuse. Bestemmelserne omfatter private sygehuse, klinikker m.v., som løser opgaver for det offentlige sundhedsvæsen, f.eks. via det udvidede frie sygehusvalg.



Kriterierne i boks 3 skal understøtte regionernes muligheder for at stille kvalitetskrav til aftalesygehuse, som modsvarer tilsvarende krav til offentlige sygehuse, og for at kvalitetsudvikle behandlingen i sygehusvæsenet.

I forlængelse heraf er formuleringen vedrørende aftaleretten i bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger udvidet pr. 1. januar 2013, så det her fremgår, at regionsrådene i forening indgår aftale med og fastsætter vilkår for de private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og sygehuse i udlandet, som ønsker at indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg. Denne ændring skal dels inddrage ovenstående hensyn, og dels understøtte den løbende udvikling i regionernes kontrakter med de private sygehuse, klinikker m.v.

I andre tilfælde, hvor regionerne ikke har grundlag for at undtage et behandlingsområde fra det udvidede frie sygehusvalg af kvalitetsmæssige eller lovbestemte grunde, har private sygehuse ret til at indgå aftale, og kan indbringe tvister om vilkår herfor for voldgiftsnævnet for de udvidede fritvalgsordninger, *jf. afsnit 2.1.2 nedenfor*.

Endelig bemærkes det, at aftaler under det udvidede frie sygehusvalg p.t. som udgangspunkt forhandles mellem Danske Regioner og Brancheforeningen af Privathospitaler og Klinikker (BPK), og tidligere Sæmmenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (SPPD).

BPK har dog ikke eksklusiv aftaleret, og andre private sygehuse m.v. eller foreninger af disse har mulighed for at tilslutte sig eksisterende aftaler eller indgå selvstændige aftaler med regionerne.

### **2.1.2 Regionernes kvalitetsorganisation**

For at øge kvaliteten i de sundhedsydelser, der købes gennem det udvidede frie sygehusvalg, har regionerne oprettet Regionernes Kvalitetsorganisation. Organisationen efterprøver ved stikprøver, journalaudit m.m. at de kvalitetskrav, som de private leverandører har skrevet under på, efterleves. Organisationens arbejde har gennem det sidste år medført, at rundt regnet hver tiende aftale er opsagt af enten den private leverandør eller Danske Regioner, fordi de private leverandører ikke har kunnet leve op til kravene ved nærmere kontrol. Analyserne har bl.a. været:

- Stikprøvekontrol efterår 2011 på 12 områder, herunder f.eks. indberetning til kliniske databaser, anæstesi og mammografi med fokus på, om de private sygehuse og klinikker følger de vejledninger og procedurer, som er anført i kvalitetskravene.
- Journalaudit efterår 2011 hos samtlige leverandører for bl.a. at henlede de private leverandørers opmærksomhed på problemer i forbindelse med journalføringen.
- Stikprøvekontrol forår 2012 hos 20 udvalgte leverandører vedrørende implementering af hhv. Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedr. parakliniske undersøgelser samt vedr. apparaturkvalitet.
- Kvalitetsundersøgelse af børne- og ungdomspsykiatrien forår 2012 med journal- og epikrise-audit med henblik på faglig gennemgang.
- Opfølgning på kliniske databaser forår 2012 med henblik på indberetning til databaserne, og herunder hvilke behandlinger, der bør indberettes samt indberetning af utilsigtede hændelser. Redegørelsen udarbejdes i samarbejde med Databasernes Fællessekretariat.

Organisationen har således været med til at styrke incitamenterne til at efterleve kvalitetsaspekterne for sundhedsydelse som disse fremgår af standardkontrakten og bilagene.

### 2.1.3 Tvister om aftalevilkår/voldgift

Fra indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002 og frem til 1. januar 2010 fastsatte ministeren for sundhed og forebyggelse vilkårene for ordningen, hvis parterne ikke kunne opnå enighed. Denne mulighed er blevet benyttet 2 gange, hhv. i 2006 og 2008, *jf. nedenfor*.

Pr. 1. januar 2010 ændredes rammerne for håndtering af tvister, således at tvister mellem parterne om vilkår for en aftale afgøres i et voldgiftsnævn.

Hvis der opstår tvist mellem regionsrådene i forening og de privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller sygehuse, klinikker m.v. i udlandet (tvistens parter) om vilkårene for en aftale, kan sygehusene, klinikkerne m.v. hver især eller i forening indbringe tvisten for et voldgiftsnævn i medfør af sundhedslovens § 87i. Ligesom med aftaleindgåelsen beskrevet i afsnit 2.1.1, er det således ikke et krav, at ønsket om voldgiftskendelse fremsættes af de private sygehuse m.v. via BPK.

Voldgiftsnævnet nedsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse, og er i sin virksomhed uafhængig af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse. Voldgiftsnævnets kendelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Ministeren for sundhed og forebyggelse udpeger en opmand for voldgiftsnævnet, og hhv. regionerne i forening og det eller de sygehuse, klinikker m.v., som har indbragt tvisten for voldgiftsnævnet, udpeger hver især en voldgiftsmand.

Tvistens parter afholder hver især halvdelen af sagsomkostningerne, og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sekretariatsbetjener voldgiftsnævnet.

Voldgiftsnævnet er blevet nedsat én gang i 2010, *jf. nedenfor*, hvor tidligere sundhedsminister Carsten Koch fungerede som opmand.

Siden indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg er vilkårene 3 gange blev fastsat eksternt som følge af uenighed mellem aftaleparterne, *jf. tabel 2*:

**Tabel 2. Takstfastsættelse som følge af uenighed**

Tidspunkt	Fastsat af	Niveau ift. DRG-takst a)	Andel af DUF-produktionsværdien
Februar 2006	Ministeren	95 pct.	ca. 75 pct.
Juni 2008	Ministeren	79 pct. <sup>b)</sup>	<3 pct.
Marts 2010	Voldgiftsnævn	100 pct. <sup>c)</sup>	22 pct.

<sup>a</sup> Kun niveau for de omtvistede takster, og beregnet ud fra dagældende DRG-takster.

<sup>b</sup> Taksterne indeholder ikke udgifter til implantater (lenser), som derimod refunderes af regionen.

<sup>c</sup> De konkrete takster udgjorde før tvisten 119 pct. af DRG taksten

Det bemærkes, at voldgiftsnævnet (og tidligere ministeren) alene kan fastsætte vilkår for de takster, hvor der er uenighed.

Det er således ikke muligt at hæve eller sænke takster, hvor Danske Regioner og det pågældende sygehus, som har indbragt sagen for voldgift, allerede har opnået enighed. Således var det f.eks. kun 5 takster vedrørende behandling for grå stær, som blev fastsat i 2008, idet parterne var blevet enige om alle øvrige takster pr. 1. oktober 2007.

## 2.2 Takstfastsættelse

Hverken sundhedsloven eller bekendtgørelsen om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v. indeholder egentlige bestemmelser om takstniveauet under det udvidede frie sygehusvalg (de såkaldte DUF-takster).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har endvidere ikke direkte indflydelse på udviklingen i taksterne under det udvidede frie sygehusvalg. Og med ændring af sundhedsloven pr. 1. januar 2010 er det ikke længere ministeren for sundhed og forebyggelse, men derimod det i afsnit 2.1.2 nævnte voldgiftsnævn, som fastsætter vilkårene for udvidet frit sygehusvalg ved tvister mellem parterne.

Derimod har Folketinget af to omgange udarbejdet *lovbemærkninger*, som tager stilling til takstniveauet for aftaler under det udvidede frie sygehusvalg.

### Boks 4. Lovbemærkninger vedr. takstniveau for aftaler under udvidet frit sygehusvalg

Af bemærkningerne til § 5g i sygehusloven (L 64 af 29. januar 2002) fremgår følgende: Hvad angår takster, vil udgangspunktet være de samme takster (DRG), som benyttes mellem de offentlige sygehusejere. De medregner ikke forrentning og afskrivning eller indgående moms, som en privat udbyder nødvendigvis skal have dækket. Til gengæld har de private sygehuse ingen akutforpligtelser eller udgifter til uddannelse af personale. Det bemærkes, at de aftaler, der er tale om her, er fællesaftaler, der giver frit valg for patienter fra hele landet. De enkelte amtskommuner vil fortsat frit kunne indgå aftale på andre vilkår med enkelte private sygehuse og klinikker m.v. om betaling m.m. for patienter, som amtskommunen selv henviser.

I forbindelse med indførelsen af udvidet frit sygehusvalg til diagnostiske undersøgelser og voldgiftsnævnet pr. 1. januar 2010 ændres dette udgangspunkt (L 54 af 20. oktober 2009):

### Boks 5. Aftale mellem regeringen og Danske Regioner 1. april 2009

I henhold til aftalen mellem regeringen og Danske Regioner af 1. april 2009 om tilrettelæggelsen af samarbejdet med private sygehuse vil samarbejdet mellem regionerne og den private sygehussektor efter genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg den 1. juli 2009 følge en tofaset proces.

Første fase i aftalen baserer sig på aftalegrundlaget mellem Danske Regioner og de private sygehuse og klinikker om genindførelsen af det udvidede frie sygehusvalg fra den 1. juli 2009, herunder om afregnings-takster med de private hospitaler.

Anden fase begynder 1. januar 2010, hvorfra afregningen for patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg og den udvidede undersøgelses- og behandlingsordning på det psykiatriske område, skal ske til en forhandlet pris med udgangspunkt i referencetakster. Referencetaksterne fastsættes ud fra omkostningsniveauet i den del af de offentlige sygehuse, der udfører de forskellige typer af behandlinger mest omkostningseffektivt.

På baggrund heraf er der udarbejdet referencetakster, som p.t. dækker DRG-grupper, hvor der er registreret privat aktivitet i de første 9 måneder af 2011 (samt alle grupperne på øjenområdet grundet ny grupperingslogik i 2012). Referencetaksterne omfatter dog ikke psykiatriske specialer, smertebehandling m.m., jf. afsnit 3.3.

### 2.2.1 Takststruktur

Aftaler med private sygehuse indgås på sks-kodeniveau, det vil sige på et mere udspecificeret grundlag end DRG-niveau, da en DRG-gruppe består af flere forskellige sks-koder. Dermed kan man i højere grad forhandle om takster målrettet den konkrete behandling frem for, at taksten skal dække over flere forskellige typer af indgreb. Dermed undgår man også såkaldt "cream-skimming", idet det ikke er muligt for private sygehuse at udvælge de lette patienter inden for en DRG-gruppe og samtidig modtage afregning for mere komplicerede patienter inden for DRG-gruppen.

I de seneste år har alle aftaler om nye behandlingsområder været aftaler om forløb. Forløbsbeskrivelserne definerer hvilke sundhedsydelser, der skal ydes i forløbet. Der kan ikke takseres for andre ydelser end dem, der er beskrevet i forløbet. I taksten er der taget højde for forhold, som f.eks. at nogle af sundhedsydelserne i forløbet kun ydes til halvdelen af patienterne. De private sygehuse har således et incitament til at tilrettelægge det mest effektive forløb.

Et eksempel er knæoperationer, hvor det er aftalt, at de private sygehuse får en takst for forundersøgelse, operation og efterkontrol. På andre områder er der tale om mere komplicerede forløb. F.eks. inden for psykiatrien, hvor der er aftalt særlige pakker ud fra en lægelig vurdering af, hvad en typisk patient har behov for. Da der også er atypiske patienter, kan den private leverandør tale med regionen om yderligere behandling.

I seneste aftale med BPK er det inden for de somatiske forløb aftalt, at en privat leverandør kan afslutte en patient efter forundersøgelse. Der er således givet incitament til at benytte konservativ behandling, hvor det er fagligt relevant.

Ligeledes er der i de senere aftaler med BPK indgået fast aftale om, at aftaleparter, som har et ydernummer under sygesikringen, accepterer en takstreduktion på 10 pct.

Der er således sket en udvikling i retning af takstdifferentiering, som det blev anbefalet i fritvalgsrapporten, *jf. nedenfor*. Dette vil (under forudsætning af, at grundtaksterne korrigeres tilsvarende) skabe et bedre grundlag for at sikre et takstniveau, som afspejler det enkelte private sygehus rammevilkår.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav i september 2007 "Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet" (fritvalgsrapporten), som bl.a. belyste takstniveauet under det udvidede frie sygehusvalg. De efterfølgende afsnit gengiver flere af de forhold, som blev belyst i fritvalgsrapporten, dog med modifikationer i lyset af efterfølgende udviklinger på området.

# 3. Generelt om DRG-takster, omkostningsbegreber og afregning af privat sygehusaktivitet

## 3.1 Omkostningsbegreber og DRG takster

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beregner hvert år takster til hver enkelt DRG-gruppe. Taksterne beregnes ud fra hver patientkontakt til de offentlige sygehuse på baggrund af ydelsesdata, patientadministrative data og omkostningsdata indberettet via sygehusenes fordelingsregnskaber. De gennemsnitlige omkostninger for de stationære og ambulante behandlinger anvendes efterfølgende til beregningen af DRG- og DAGS-taksterne.

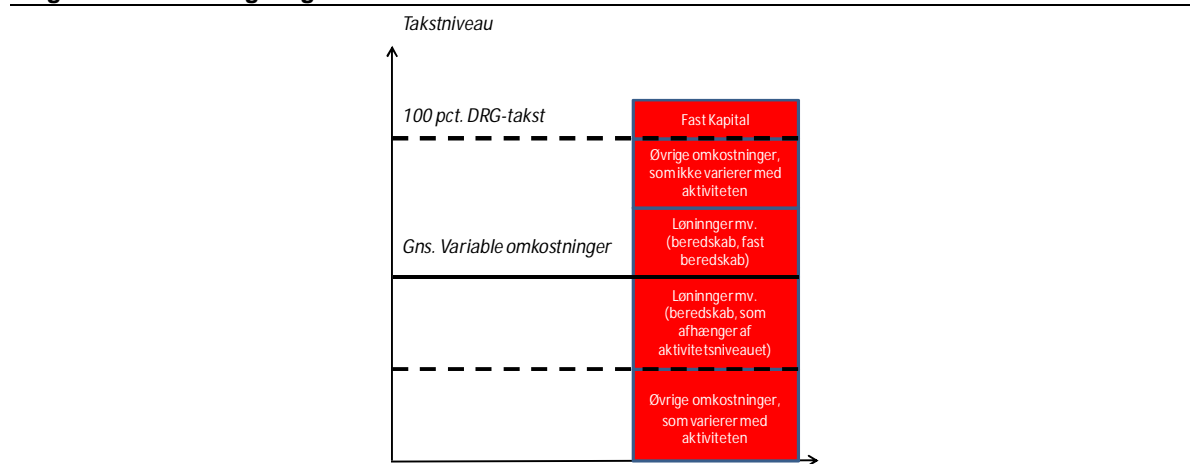
Da DRG-taksten afspejler de gennemsnitlige driftsudgifter på landsplan, kan de afholdte udgifter for det enkelte sygehus både ligge over og under taksten. Denne difference kan blandt andet skyldes forskelle i produktiviteten, sammensætningen af patienter inden for DRG-gruppen eller metodemæssige forskelle i forbindelse med opgørelse af omkostningerne på sygehusene.

I "Rapport fra udvalget vedrørende de udvidede fritvalgsordninger på sygehusområdet", som Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav i 2007 fremgår, at de gennemsnitlige totalomkostninger (alle variable og faste omkostninger pr. produceret enhed) betragtes som det bedste grundlag for fastsættelse af takster under det udvidede frie sygehusvalg.

Herudover er det dog også vigtigt at sondre mellem de omkostninger, som varierer med aktiviteten, eller som er faste på hhv. kort og lang sigt.

De forskellige omkostningskomponenter i sygehusproduktionen er beskrevet nedenfor i figur 2:

**Figur 2. Omkostningsbegreber i relation til DRG-taksten**



Det bemærkes i den forbindelse, at DRG-taksten som udgangspunkt ikke dækker samtlige omkostninger ved behandlingen, idet kapitalomkostninger ikke er omfattet af taksten. Ved sammenligning med private virksomheder bemærkes det endvidere, at forrentning også medregnes som en del af kapitalomkostningerne.

Det følger af figur 2, at det i DRG-taksten kun er visse dele af de samlede omkostninger, som er variable (f.eks. i form af aktivitetsbestemte aflønninger).

Hvis dette sammenlignes med DUF-takster, følger det, at virksomheden (i takt med at tidshorizonten bliver længere) får mulighed for at påvirke flere omkostninger; personale kan ansættes/afskedes, nyt apparatur kan anskaffes etc. På meget lang sigt er samtlige omkostninger variable, selv fast kapital; bygninger kan anskaffes eller sælges, og der kan f.eks. træffes beslutning om helt at afvikle virksomheden.

Alt andet lige må det forventes, at det er muligt at nedbringe omkostningerne mere, desto længere tidshorizonten er for at træffe beslutninger. Hvis en virksomhed har opnået forsyningssikkerhed, kan den med forholdsvis lav risiko foretage investeringer i nyt apparatur m.v. Omvendt vil usikkerhed omkring tilgangen af kunder indebære, at virksomheden må opkræve større betaling for den samme ydelse for at kunne modsvare risikoen for, at kapitaludgifterne ikke kan blive dækket.<sup>3</sup>

### 3.2 Forskel i rammevilkår

Offentlige og private sygehuse har forskellige rammevilkår, hvilket vil have et gennemslag i aftaletaksterne. Følgende forhold, kan give anledning til justering af de private aftaletakster ift. DRG-taksterne:

<b>Boks 6. Forskelle i rammevilkår for offentlige og private sygehuse</b>		
	<b>Offentlige sygehuse</b>	<b>Private sygehuse</b>
<i>Forhold der bidrager til højere DRG-takster end DUF-takster:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskning</li> <li>- Uddannelse</li> <li>- Vagtberedskab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mængderabatter</li> <li>- Sygesikringsområdet</li> <li>- Patienttyngde (cream-skimming)</li> </ul>
<i>Forhold der bidrager til lavere DRG-takster end DUF-takster:</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forrentning og afskrivninger</li> <li>- Lønsumsafgift</li> <li>- Moms</li> <li>- Forløbsafregning</li> <li>- Usikkerhed om patienttilgang</li> <li>- Patientforsikring <sup>1)</sup></li> </ul>

1) Pr. 1. juli 2013 ændres af klage- og erstatningsloven, således at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis fremover forpligtes til at forsikringsdække patientskader, som opstår i forbindelse med behandling, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg eller er rent privat finansieret.

Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet nåede dog ikke til enighed om, hvorvidt taksterne under det udvidede frie sygehusvalg var for lave eller for høje, og om beskrivelsen af forskellene i rammevilkår var tilstrækkelig til at danne egentligt grundlag for fastsættelse af aftaletaksterne.

Det blev dog konstateret, at flere og flere private sygehuse valgte at indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg, og at det dagældende takstniveau derfor måtte indeholde et positivt økonomisk incitament for de private sygehuse. Et betydeligt antal private sygehuse har ligeledes indgået aftale med de nuværende DUF-takster.

<sup>3</sup> Det bemærkes, at det på kort sigt kan være profitabelt at producere til en pris, der er lavere end de gennemsnitlige totalomkostninger, så længe virksomheden får dækket de marginale omkostninger. Hvis situationen varer ved, vil det dog på længere sigt ikke være profitabelt at videreføre virksomheden.

En anden problemstilling ligger i forskellen på den offentlige DRG-takststruktur og den mere finmaskede sks-takststruktur ved de private aftaler, *jf. ovenfor*. En forudsætning for at realisere en eventuel positiv gevinst ved sks-takststrukturen er adgang og kendskab til de konkrete sks-koders placering i omkostningsfordelingen på de offentlige sygehuse. Dette afhjælpes ved at Danske Regioner som forhandlingspart bl.a. har adgang til Omkostningsdatabasen ved Statens Serum Institut.

Hvis Danske Regioner ikke havde dette kendskab, kunne de private sygehuse udnytte den manglende information til kun at indgå aftaler om de mindre omkostningstunge indgreb inden for en given DRG-gruppe uden en tilsvarende reduktion i aftaletaksten.

Hertil kommer, at henvisningsmodellen under det udvidede frie sygehusvalg indebærer, at det umiddelbart kan være vanskeligt at benytte et langsigtet omkostningsbegreb som rettesnor for de private sygehuses udgifter til behandling. Det skyldes, at det private sygehus kun modtager patienter, som selv har *valgt* at blive behandlet på det pågældende sygehus. Regionen kan således ikke garantere, at et privat sygehus kan modtage f.eks. 100 patienter om måneden inden for en given diagnose.

Ligeledes udløses det udvidede frie sygehusvalg efter de gældende regler først, når patienten har udsigt til mere end 1 eller 2 måneders ventetid i det offentlige, afhængigt af sygdommens alvor. Denne ventetid kan svinge fra måned til måned afhængigt af regionens dispositioner, eller endda fra patient til patient (idet vurderingen af sygdommens alvor i forhold til den enkelte patient beror på en konkret vurdering), såfremt det offentlige sygehus vurderer, at nogle patienter ikke kan tåle at vente lige så længe som andre.

Det følger dog af "de store tals lov", at tilfældige udsving i patienttilgangen udligner sig selv, når patientmængden bliver tilstrækkeligt stor. Udviklingen i perioden 2002-2008 viser, at et større og større volumen af patienter bliver behandlet på private sygehuse. Det er dog ikke ensbetydende med, at det *enkelte* private sygehus har haft en stabil patienttilgang. Det skal endvidere bemærkes, at den private sygehusaktivitet siden 2008 er faldet relativt markant.

### **3.3 Referencetaksterne – en alternativomkostningsovervejelse**

Den 1. april 2009 indgik den daværende regering en aftale med Danske Regioner om, at aftaletaksterne herefter skulle fastlægges på baggrund af udgifterne hos de mest effektive offentlige sygehuse. Argumentet var, at det offentlige ikke skulle betale mere for ydelsen, som de private sygehuse udfører, end det ville koste, hvis man lod de mest effektive offentlige sygehuse udføre opgaven. Til at fastlægge, hvad omkostningsniveauet er ved de mest effektive offentlige sygehuse, offentliggør Statens Serum Institut et referencetakstkatalog. Kataloget skal alene understøtte forhandlingerne mellem Danske Regioner og BPK og udgør således ikke en facitliste, men er klart retningsgivende. Referencetakstkataloget udsendes årligt med henblik på, at der ikke utilsigtet bliver væsentlige afvigelser mellem aftaletaksterne og det opgjorte omkostningsniveau hos de mest effektive offentlige sygehuse.

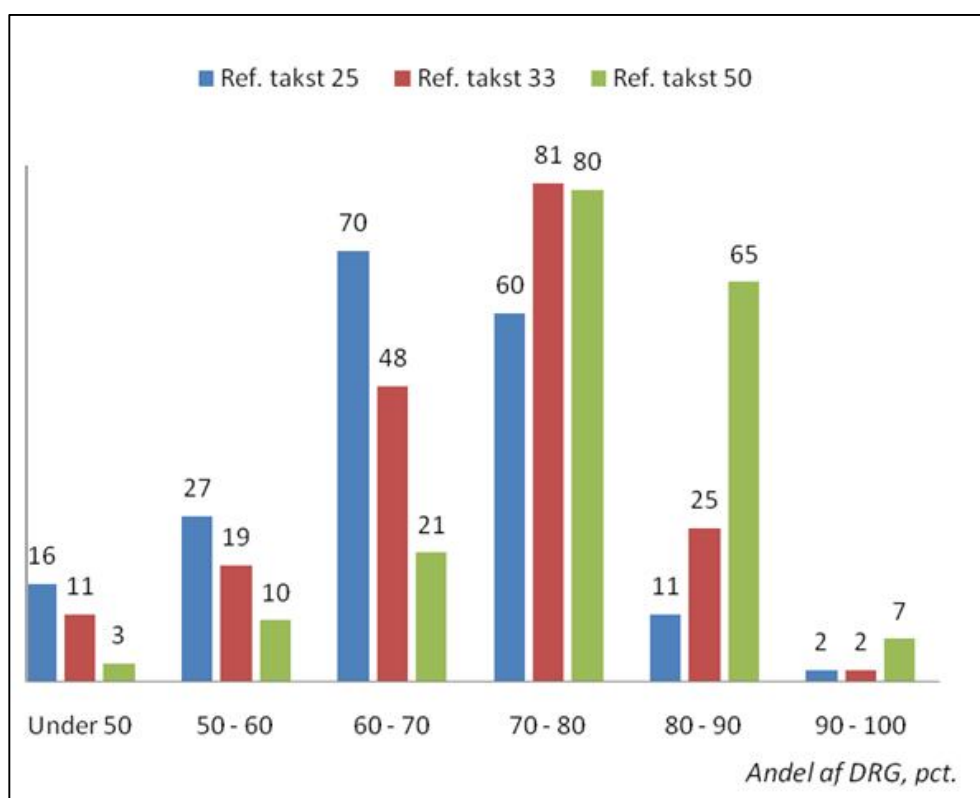
Dette regime blev bl.a. gennemført i erkendelse af, at det er forbundet med stor usikkerhed objektivt at fastlægge betydningen for aftalepriserne af forskelle i rammevilkår.

Referencetaksterne skal derfor ses som et alternativ til et egentligt "privat" DRG-system, som forsøger at tage højde for alle relevante forskelle i rammevilkår. Og ved at tage udgangspunkt i de mest effektive offentlige sygehuse øges sandsynligheden for, at det offentlige opnår en reel nettobesparelse pr. behandling under det udvidede frie sygehusvalg.

Det kan grundlæggende være vanskeligt at udspecificere forskelle i rammevilkår mellem offentlige og private sygehuse, bl.a. fordi udgifter til f.eks. uddannelse og akutberedskab – som er nogle af de væsentligste offentlige opgaver, som de private sygehuse ikke varetager – ikke er præcist kendte. Derimod er de offentlige omkostninger (DRG- samt referencetakster) offentligt tilgængelige, og giver derfor et mere sikkert udgangspunkt for forhandling.

Figur 3 nedenfor viser fordelingen af referencetakster målt som en andel af den offentlige DRG-takst. Det fremgår heraf, at ca. 80 pct. af referencetaksterne for fraktile 50 ligger mellem 60 og 90 pct. af DRG-taksten i 2012. Omvendt ligger godt 15 pct. af taksterne for fraktile 25 på under halvdelen af den offentlige DRG-takst.

**Figur 3. Fordelingen af referencetaksternes andel af DRG-taksten, 2012**



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Katalog over referencetakster 2012

Det bemærkes, at referencetaksterne er udarbejdet udelukkende på baggrund af omkostninger i det offentlige sygehusvæsen; der er ikke inddraget oplysninger om omkostningsstrukturen på de private sygehuse. Referencetaksterne udgør et udgangspunkt for de forhandlede takster, men det er få takster, der ligger lige på en referencetakst. Det skyldes dels, at der er tale om en forhandling, dels at takststrukturen for de private takster er anderledes end DRG- og referencetakststrukturen, *jf. nedenfor*.

En eventuel forskel mellem referencetakst- og aftaletakstniveauet kan henføres til, at DUF-taksterne typisk ikke aftales på DRG-niveau og afviger ved bl.a. at kunne være for hele forløb. Referencetaksten og DUF-taksten kan således ikke umiddelbart sammenlignes. Hertil kommer, at DUF-taksterne er fastlagt som følge af en forhandling, og dermed afspejler en afvejning af forskellige hensyn.

I en forhandlingssituation forventes parternes relative styrkeforhold at påvirke udfaldet af forhandlingerne. Idet de private sygehuse har ret til at indgå aftale, og kan få aftalevilkårene bindende fastsat for regionerne ved



voldgiftskendelse, er de private sygehuses forhandlingsposition relativt stærk under det udvidede frie sygehusvalg.

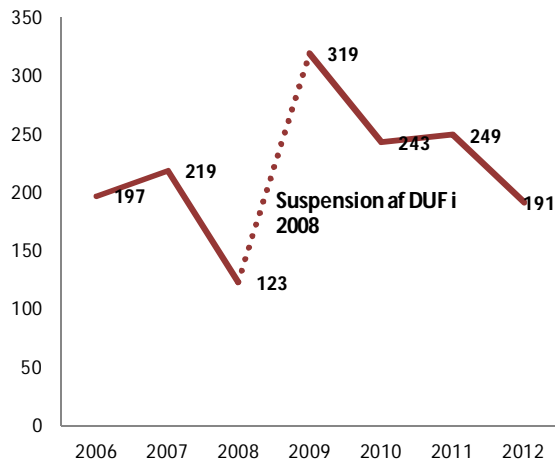
Eftersom regionerne ikke har mulighed for at lade de private sygehuse konkurrere mod hinanden, kan regionerne ikke realisere effektivitetsgevinsterne ved, at nogle private sygehuse er mere omkostningseffektive end andre.

## 4. Pris og mængdeudvikling siden 2007

### 4.1 Antal aftaler

Regionerne har i 2012 i alt 191 aftaler under DUF med private sygehuse og klinikker. Dette er et betydeligt fald siden 2009, hvor markedet var præget af øget efterspørgsel som følge af overenskomstkonflikten og suspensionen af DUF i 2008, *jf. figur 4*.

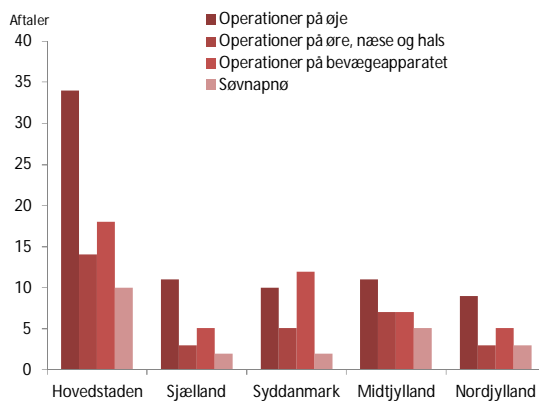
**Figur 4. Antal aftaler**



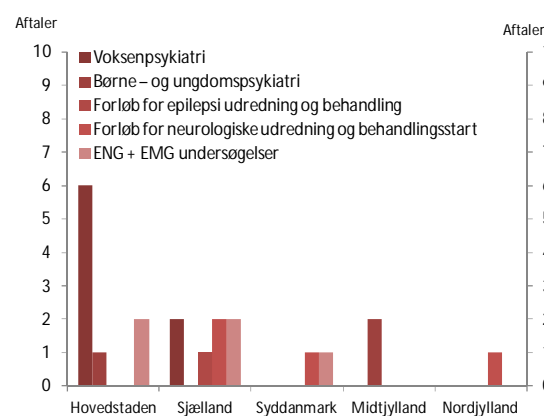
Kilde: Danske Regioner

Inden for de forskellige behandlingsområder kan der være stor forskel på den geografiske spredning, *jf. figur 5 og 6*.

**Figur 5. Antal aftaler på specialniveau – eksempel på områder med mange aftaler**



**Figur 6. Antal aftaler på specialniveau – eksempel på områder med få aftaler**



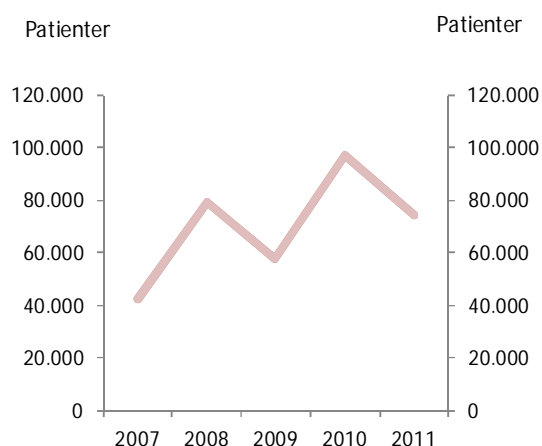
Kilde: Danske Regioner

## 4.2 Anvendelsen af det udvidede frie sygehusvalg

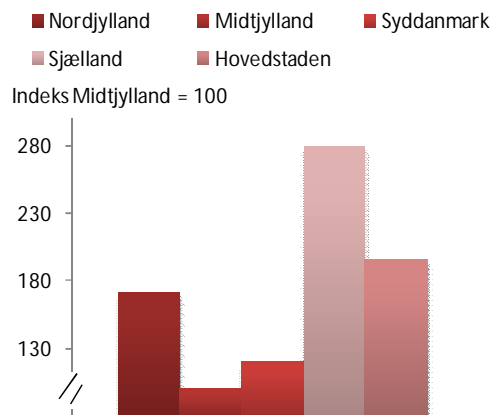
I 2011 benyttede knapt 75.000 patienter det udvidede frie sygehusvalg. Dette er en stigning i forhold til 2007, hvor knapt 42.000 patienter benyttede ordningen. Antallet i 2007 skal ses i lyset af, at patienterne i hovedparten af året først opnåede rettigheden til det udvidede frie sygehusvalg efter 2 måneders forventede ventetider. Faldet i 2009 kan henføres til suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i 2008 og 2009 som følge af sygeplejekonflikten i 2008. Fra 2010 til 2011 er antallet af patienter, der benytter ordningen, faldet med knap 25 pct. – fra ca. 97.000 i 2010 til knap 75.000 i 2011, *jf. figur 7*.

Anvendelsesgraden af det udvidede frie sygehusvalg varierer betydeligt mellem regionerne, *jf. figur 8*. Andelen af borgerne, der i 2011 benyttede det udvidede frie sygehusvalg var næsten 3 gange større i Region Sjælland end i Region Midtjylland. I Region Hovedstaden og Region Nordjylland var andelen af borgere, der anvendte det udvidede frie sygehusvalg næsten dobbelt så stor som i Region Midtjylland. Endelig er anvendelsesgraden i Region Syddanmark godt og vel på samme niveau som i Region Midtjylland.

**Figur 7. Patienter der anvender det udvidede frie sygehusvalg**



**Figur 8. Forskel i anvendelsesgrad (pr. indbygger) fordelt på regioner 2011**

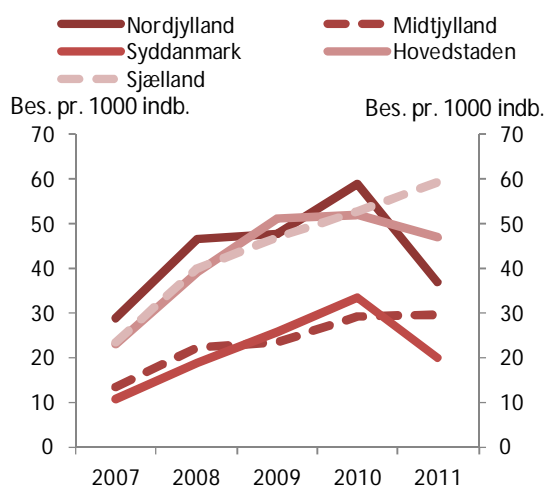


Kilde: Statens Serums Institut

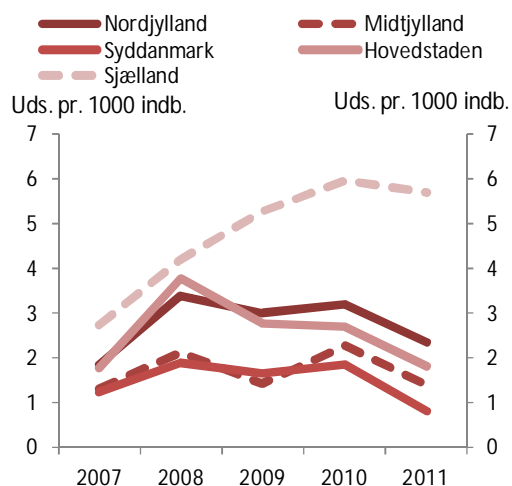
Langt størstedelen af de offentligt finansierede kontakter til de private sygehuse er ambulante. Antallet af ambulante kontakter er således ca. ti gange så højt som antallet af stationære kontakter, *jf. figur 4 og 5*. Fra 2007 til 2010 har antallet af ambulante kontakter været stigende. Efterfølgende har der været et betydeligt fald i alle regioner bortset fra Region Sjælland, hvor stigningen er fortsat også i 2011, *jf. figur 9*.

På det stationære område har der allerede siden 2008 været en aftagende udvikling i antallet af kontakter til private sygehuse bortset fra i Region Sjælland. Denne udvikling betyder, at antallet af stationære udskrivinger er ca. 6 gange større i Region Sjælland end i Region Syddanmark, som er den region, hvor der i 2011 var færrest udskrivinger pr. 1000 indbyggere, *jf. figur 910*.

Figur 9. Ambulant aktivitet ved private sygehuse



Figur 10. Stationær aktivitet ved private sygehuse

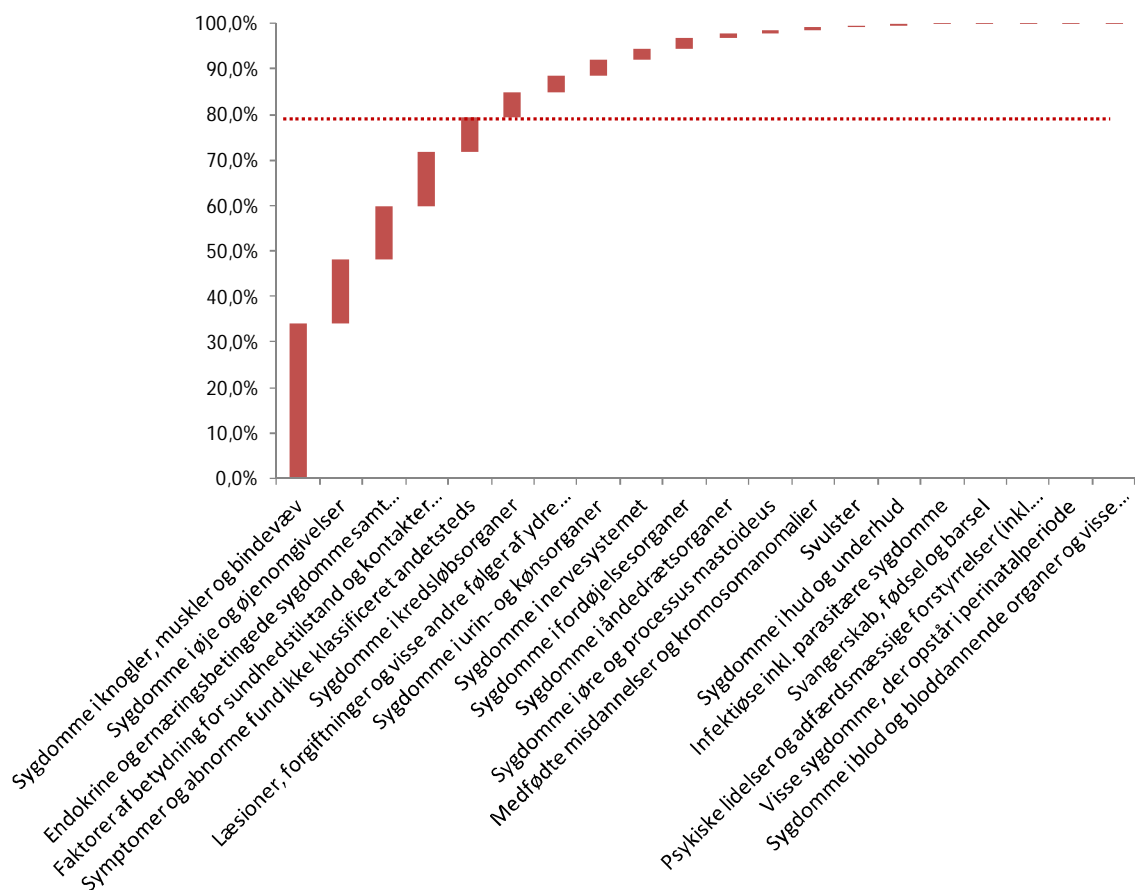


Kilde: Statens Serums Institut

Anm: Bemærk at al offentligt finansieret aktivitet er omfattet

Ca. 80 pct. af den samlede værdi af produktionen, som de private sygehuse udfører for regionerne, kan henføres til fem overordnede sygdomsgrupper: "Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv", "sygdomme i øje og øjenomgivelser", "endokrine og ernæringsbetingede sygdomme", "faktorer af betydning for sundhedsstilstand" samt "symptomer og abnorme fund som ikke klassificeret andetsteds".

**Figur 11. Produktionsværdi på private sygehuse fordelt på sygdomsgrupper**



Kilde: Statens Serums Institut

Opgøres den private aktivitet i forhold til den samlede aktivitet ved alle sygehuse bemærkes, at særligt ved "sygdomme i øje og øjenomgivelser" var den private "markedsandel" betydelig. I 2011 foregik 10,3 pct. af al aktivitet inden for denne sygdomsgruppe således på private sygehuse. Ved "sygdomme i knogler, muskler og bindevæv" var den private andel 5,9 pct. i 2010. Samlet set udgjorde den private andel af den offentligt finansierede aktivitet (DRG-produktionsværdi) ca. 1,6 pct. i 2011, *jf. tabel 3*.

**Tabel 3. Andel offentligt finansieret sygehusaktivitet (DRG-værdi) udført af private sygehuse**

Sygdomsgruppe	2007	2008	2009	2010	2011
	Privat andel af samlet offentlige produktionsværdi				
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	9,63%	10,76%	9,66%	11,65%	10,31%
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	5,62%	12,25%	7,94%	8,04%	5,92%
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	4,32%	6,10%	9,08%	11,77%	5,90%
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	0,88%	1,76%	2,07%	2,84%	2,69%
Udenfor grupperingen / kan ikke grupperes	0,74%	1,63%	2,65%	0,98%	1,49%
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	1,14%	1,31%	1,85%	1,42%	1,27%
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,07%	2,14%	1,70%	1,53%	1,16%
Sygdomme i nervesystemet	0,86%	1,91%	0,94%	1,20%	1,12%
Sygdomme i øre og processus mastoideus	1,86%	3,20%	1,89%	1,50%	1,05%
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier	0,68%	1,68%	1,04%	1,47%	0,83%
Sygdomme i kredsløbsorganer	1,77%	2,30%	1,16%	1,40%	0,82%
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	0,80%	1,64%	1,14%	1,14%	0,79%
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,22%	1,04%	0,43%	0,48%	0,55%
Sygdomme i åndedrætsorganer	0,32%	0,78%	0,48%	0,43%	0,33%
Sygdomme i hud og underhud	0,45%	0,79%	0,26%	0,38%	0,31%
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	0,03%	0,23%	0,12%	0,15%	0,10%
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser)	0,01%	0,02%	0,00%	0,01%	0,07%
Sygesikring	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%
Svulster	0,05%	0,16%	0,22%	0,08%	0,04%
Svangerskab, fødsel og barsel	0,06%	0,04%	0,03%	0,03%	0,02%
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem	0,01%	0,01%	0,02%	0,02%	0,02%
Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode	0,01%	0,03%	0,02%	0,02%	0,02%
Ydre sygdoms- og dødsårsager	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>I alt</b>	<b>1,44%</b>	<b>2,49%</b>	<b>2,07%</b>	<b>2,24%</b>	<b>1,61%</b>

Kilde: Statens Serums Institut

### 4.3 Prisudvikling siden 2007

Der er to tilgange til at belyse udviklingen i de private takster. For det første kan den egentlige takstudvikling opgøres. Ved denne tilgang ses der på, hvor meget mere eller mindre det koster at købe den samme kurv af behandlinger i to på hinanden følgende år. Ændringen i denne købssum udgør ændringen i taksterne. Opgørelser herfor foreligger ikke systematisk. Den anden og mere anvendte tilgang er DUF-taksternes relative niveau i forhold til de offentlige DRG-takster, som er anvendt her.

I perioden fra 2002 til og med 2006 lå DUF-taksterne på mellem 100 og 95 pct. af de offentlige DRG takster. Fra 2007 til 2008 lå DUF-taksterne på omkring 105 til 110 pct. af DRG taksterne. Stigningen skyldes primært en ændret behandlingssammensætning, samt ændringer i DRG-taksterne. Der har således været en større stigning i aktiviteten på behandlingsområder, hvor DUF-taksten var relativ høj i forhold til DRG-taksten, f.eks. fedmeoperationer.

Efter det såkaldte referencetakstprincip for regionernes forhandlinger med de private sygehuse blev indført, faldt DUF-taksterne i 2009 til 91 pct. af DRG-taksterne og yderligere i 2010 til 88 pct. af DRG-taksterne. I 2012 er niveauet blevet opgjort til 85 pct. af DRG taksten, *jf. tabel 4*.

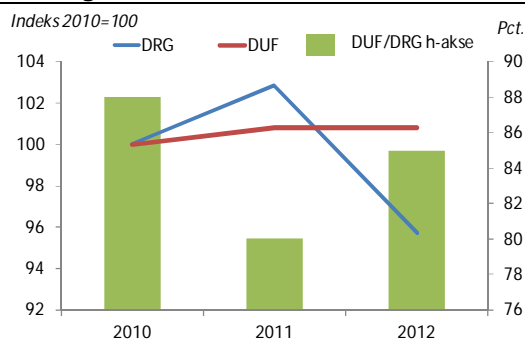
**Tabel 4. Udvikling i DUF-taksterne**

	2002-2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
DUF taksters andel af DRG takster	95-100	105-110	105-110	91	88	80	85

\*Beregninger foretaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Danske Regioner.

Ændringen i DUF-takstens andel af DRG-taksterne fra 80 pct. i 2011 til 85 pct. i 2012 kan henføres til et stort fald i DRG-taksterne på næsten 7 pct. fra 2011 til 2012 for de DRG takster, hvor der også er privat aktivitet. Samtidigt har DUF-taksterne været uændret mellem de to år, *jf. figur 12*.

**Figur 12. Takstudvikling for DUF- og DRG-takster.**



Kilde: Danske Regioner samt Statens Serums Institut

#### 4.4 Udgifterne til offentligt forbrug ved private sygehuse

Samlet set har de relativt faldende DUF-takster bevirket, at de direkte regionale udgifter til det udvidede frie sygehusvalg er faldet. De regionale udgifter til køb af sygehusedelser hos de private sygehuse vurderes at have udgjort ca. 1½ mia. kr. i 2008, mens de 2012 vurderes at udgøre op til 0,8 mia. kr., hvoraf godt halvdelen kan henføres til det udvidede frie sygehusvalg, jf. tabel 5. Vurderingen er baseret på en beregning af, hvad udgiften ville have været for det offentlige, hvis al offentlig aktivitet på de private sygehuse var blevet afregnet til DUF-taksterne<sup>4</sup>. Den faktiske udgift har reelt været lidt lavere, da beregningen også indeholder privat aktivitet, som er afregnet til udbudspriser, som er lavere end DUF-taksterne.

**Tabel 5. Udgifterne til offentligt finansieret aktivitet ved private sygehuse**

Mio.kr. (2011 p/l)	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Offentlige udgifter til private sygehuse	933	1.507	1.106	1.238	860	709

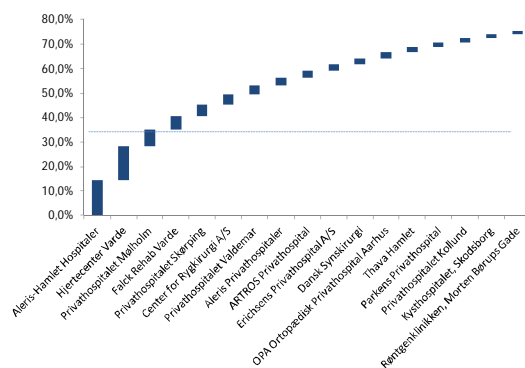
\* Foreløbigt på baggrund af foreløbige opgørelser pr. marts 2013.

Opgørelsen i tabel 4 indeholder både udgifter afholdt som følge af det udvidede frie sygehusvalg og udgifter som følge af regionale udbudsaftaler med private sygehuse. Det vurderes, at 55-65 pct. af det samlede udgiftsniveau kan henføres til udvidet frit sygehusvalg, jf. afsnit 4.3. På den baggrund skønnes de samlede offentlige udgifter under det udvidede frie sygehusvalg i 2012 at udgøre 340-520 mio.kr.

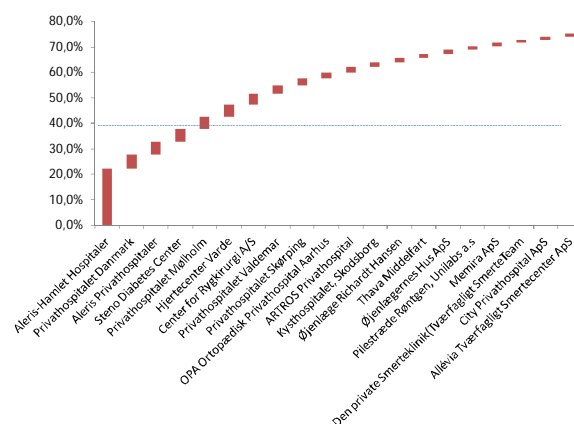
I 2007 udførte de største 17 private sygehuse 75 pct. af alt offentligt finansieret aktivitet på private sygehuse, jf. figur 13. Tre sygehuse bidrog med 40 pct. af den samlede aktivitet. I 2011 stod 20 private sygehuse for 75 pct. af den samlede offentlige finansierede private aktivitet jf. figur 14. De 4 største sygehuse leverede 40 pct. af aktiviteten. Den største private aktør er gået fra en andel på ca. 14,5 pct. i 2007 til over 22 pct. i 2011.

<sup>4</sup> Priserne, som det offentlige betaler hos de private sygehuse, følger to forskellige principper. For det første er der de takster, der anvendes for den aktivitet, der følger af det udvidede frie sygehusvalg. Disse har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse kendskab til. For det andet er der priserne, som regionerne opnår ved såkaldte strategiske udbud, hvor de enkelte regioner via aftaler med de private sygehuse sikrer så korte ventelister, at patienterne ikke opnår rettigheden under det udvide frie sygehusvalg. På den vis sikrer det offentlige sig typisk lavere priser, da udbudsaftalen indebærer, at en enkelt leverandør bliver lovet en given mængdepatienter og ikke skal dele denne aktivitet med andre private sygehuse. Ministeriet har ikke et samlet kendskab til niveau og omfang af disse aftaler.

**Figur 13. Andel af offentligt finansieret aktivitet fordelt på private sygehuse, 2007**



**Figur 14. Andel af offentligt finansieret aktivitet fordelt på private sygehuse, 2011**



Kilde: Landspatientregisteret

Anm: Afspejler ikke organisatoriske ejerskab af sygehuse, opgjort som sygehuseenheder, som disse fremgår af Statens Serums Institutets sygehusklassifikation. Bemærk at al offentligt finansieret aktivitet er omfattet

## 4.5 Lovgivningsmæssige ændringer

### 4.5.1 Indførelse af differentieret udvidet frit sygehusvalg

Ved indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg i 2002 fik patienter ret til at vælge behandling på private aftalesygehuse, såfremt ventetiden i det offentlige sygehusvæsen oversteg 2 måneder. Pr. 1. oktober 2007 blev denne ventetid forkortet til 1 måned. I begge situationer var ventetiden den samme for alle patienter, uanset karakteren af deres sygdom.

Pr. 1. januar 2013 er der indført en differentiering af det udvidede frie sygehusvalg. Patienter har herefter som udgangspunkt ret til udvidet frit sygehusvalg ved 2 måneders ventetid. Hvis patienten er henvist til behandling af alvorlig sygdom, er ventetiden derimod fortsat 1 måned. Vurderingen af sygdommens alvor sker på baggrund en konkret vurdering af den enkelte patient ud fra generelle kriterier (fastsat af Sundhedsstyrelsen), jf. bekendtgørelse nr. 1439 af 23. december 2012 om ret til sygehusbehandling mv.

Udvidelsen af den udløsende ventetid for visse patientgrupper forventes at give sygehuse større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af behandlingen, og at skabe bedre rum for at prioritere de mest alvorligt syge patienter først.

Det må forventes, at en betydelig del af det samlede antal patienter med den nye ordning vil blive behandlet inden retten til det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft. Det er dog på forhånd ikke muligt at opstille et præcist skøn over andelen af patienter, som får ret til udvidet frit sygehusvalg inden for hhv. 1 og 2 måneder. Det skyldes, at vurderingen af sygdommens alvor beror på en konkret vurdering (udsigt til bedring/helbredelse, smertetilstand, funktionsnedsættelser).

Herudover forventes det, at differentieringen af det udvidede frie sygehusvalg vil forbedre regionernes mulighed for at foretage strategiske udbud med henblik på at inddrage private leverandører som en del af den offentlige behandlingskapacitet inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft. Dermed øges andelen af den private aktivitet, som kan afregnes til de laveste takster, der er opnået ved strategiske udbud.



#### **4.5.2 Ændring af finansieringsmodel for patientforsikringer**

Pr. 1. juli 2013 ændres af klage- og erstatningsloven, således at de private sygehuse, klinikker og speciallægepraksis fremover forpligtes til at forsikringsdække patientskader, som opstår i forbindelse med behandling, som er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg eller er rent privat finansieret. Behandlingsskader som sker på baggrund af behandlinger på private sygehuse, klinikker m.v., som er en del af regionernes planlagte behandlingsskapacitet, f.eks. udbud, vil fortsat være dækket af regionernes forsikringspligt.

Dermed introduceres en yderligere forskel i rammevilkår mellem offentlige og private sygehuse. Patientforsikringer indgår ikke i de offentlige DRG-takster, idet udgifterne hertil dækkes af regionernes generelle finansiering.

Gennemslaget i forhold til prisdannelsen under det udvidede frie sygehusvalg afhænger bl.a. af, i hvilket omfang forsikringsmarkedet kan differentiere præmiestørrelsen i forhold til de enkelte private sygehusenheders resultater.

## 5. Overvejelser om regionernes fortsatte anvendelse af strategiske udbud

### 5.1 Betingelser for effektiv konkurrence vedr. sygehusydelse - tre kriterier

Anvendelse af udbud kan under de rigtige betingelser og i de rette rammer bidrage til en styrket konkurrence og dermed effektiv ressourceanvendelse.

Det Rådgivende Udvalg på sundhedsområdet skitserede i sin endelige rapport fra 2003 forskellige kriterier for, hvornår en sundhedsydelse kan overvejes konkurrenceudsat. For det første skal ydelserne være specificerbare, for det andet skal være tilstrækkelig mange leverandører og endelig skal der for det tredje være den rette afvejning mellem en effektiv konkurrence, hvor der er konsekvens, for de leverandører, der klarer sig mindre godt, og forsyningsikkerhed for de leverandører, der er på markedet. Disse kriterier er uddybet nedenfor, *jf. boks 7.*

I overvejelserne om konkurrenceudsætning og gevinsterne heraf er det afgørende, at disse tre kriterier adresseres. De ovenstående centrale forhold skal være til stede i sundhedsvæsenet for, at øget konkurrence mellem leverandører er hensigtsmæssig.

#### **Boks 7. Kriterier for konkurrenceudsættelse af sundhedsydelser, jf. rapport fra Det Rådgivende Udvalg (2003)**

Det Rådgivende Udvalg på sundhedsområdet skitserede i sin rapport fra 2003 tre kriterier for, hvornår en sundhedsydelse kan overvejes konkurrenceudsat. Nedenfor gennemgås Det Rådgivende Udvalgs vurdering af, i hvilket omfang disse kriterier er til stede på sundhedsområdet.

##### **1. Specificerbare ydelser**

Det første kriterium er, at det er muligt at specificere ydelsen kontraktligt. I en kontrakt mellem bestiller og leverandør skal det således nøje kunne beskrives, hvad der skal leveres, og hvornår leverancen skal finde sted. Dette taler for, at mulighederne for og således også gevinsterne ved konkurrenceudsættelse vil være størst på behandlingsområder med klart definerede ydelser og med en begrænset risiko for indikationsskred. Vanskeligheder ved at definere og specificere en ydelse vil stille større krav til overvågning og dokumentation, hvilket vil øge omkostningerne ved at gennemføre et udbud.

I kravet om, at ydelsen skal kunne specificeres kontraktligt, ligger også en forudsætning om, at der sker en specifikation af den ønskede kvalitet af ydelserne, og at køberen i øvrigt sikrer sig, at leverandøren lever op til de krav herom, der fastsættes i kontrakten. Det vil normalt også indebære, at køberen skal specificere, hvad der sker, hvis der ikke leveres som forudsat. Dette indebærer, at der skal være sanktionsmuligheder, såfremt kvaliteten af leverancerne ikke lever op til det aftalte.

Det rådgivende udvalg på sundhedsområdet vurderede i sin rapport fra 2003 bl.a., at anvendelse af udbud ikke vil være velegnet i forhold til komplicerede ydelser med få leverandører, da det kunne føre til en fastlåsnings af markedet, herunder fordi store investeringer i produktionsapparat m.v. gør det omkostningsfuldt for bestilleren at skifte leverandør. Det rådgivende udvalg pegede samtidig på, at store dele af sygehusenes aktivitet er karakteriseret ved betydelige krav til samling af kapital og viden, hvilket trækker i retning af, at der kun vil være få leverandører, der kan rejse den fornødne kapital og viden til at varetage et bredt udsnit af sygehusopgaver. Det gælder f.eks. i forhold til den højt specialiserede behandling. Få leverandører vil resultere i markedssvipt med hensyn til både udbud og pris.

## 2. Tilstrækkelig mange leverandører

Det andet kriterium er, at der skal være tilstrækkeligt mange leverandører til at skabe en reel konkurrencesituation. Det Rådgivende Udvalg pegede på, at antallet af potentielle leverandører vil være betinget af:

- Hvorvidt der er høje eller lave kapitalomkostninger forbundet med produktionen. Hvis der er høje kapitalomkostninger vil nye leverandører have vanskeligt ved at komme ind på markedet, hvilket gør det vanskeligere at opnå konkurrence.
- Om ydelserne er forbundet med entydige stordriftsfordele, da det vil føre til en koncentration af opgaverne hos få leverandører.
- Hvor hyppigt forekommende behandlingen er, da en tilstrækkelig kvalitet forudsætter et vist patientgrundlag for hver leverandør.

Udbud indebærer, at løsningen af de udbudte opgaver koncentrerer hos få udbydere i en periode. I forbindelse med udbud vil det derfor være af væsentlig betydning at sikre sig, at udbuddet af opgaven ikke fører til, at vinderen/vinderne af udbuddet mere langsigtet opnår en dominerende position på markedet, der fremadrettet svækker konkurrencen. Dette problem kan f.eks. gøre sig gældende, hvis der er væsentlige adgangsbARRIERER for nye leverandører pga. høje kapitalkrav. Det må forventes, at det potentielle antal leverandører vil være størst ved mindre komplicerede typer af behandlinger, da dette i mindre omfang stiller krav til investeringer i apparatur og til specialviden. Omvendt vil det være sådan, at jo mere kompliceret en behandling er, jo større vil investeringen i bl.a. uddannelse og behovet for produktionsspecifik viden være, og desto færre aktører vil der være basis for.

Store dele af sygehusproduktionen er netop karakteriseret ved produktionsspecifik viden, som vanskeliggør effektiv konkurrence mellem udbydere. Det må forventes, at det potentielle antal leverandører vil være størst ved mindre komplicerede typer af behandlinger, da dette i mindre omfang stiller krav til investeringer i apparatur og til specialviden.

Det rådgivende udvalg på sundhedsområdet vurderede i sin rapport fra 2003 bl.a. følgende forhold:

Offentlige sygehuse med tilbudsret - Der er mulighed for at sikre et større marked på området, ved at lade det offentlige sundhedssystem indgå i konkurrencen på lige fod med de private sygehuse. Med offentlig tilbudsret sikres så mange udbydere som muligt og dermed et så efficient marked som muligt. Det vil sige, at de offentlige sygehuse bør opnå retten til at byde ind på både regionens egne opgaver samt andre regioners opgaver.

Formålet med at gennemføre udbud er at sikre, at sygehusopgaverne løses af de(t) sygehus(e), som kan løse opgaven bedst og billigst, uanset om det er offentligt eller privat ejet. Dette taler som udgangspunkt for, at regionerne selv skal have mulighed for at byde ind på opgaverne.

Risiko for krydssubsidiering - I forbindelse med udbud af offentlige opgaver vil det skulle sikres, at offentlige tilbudsgivere ikke benytter sig af krydssubsidiering, det vil sige, at de udnytter den offentlige driftsbevilling til at byde en kunstig lav pris på de opgaver, som sættes i udbud for at fastholde opgaverne på egne hænder. Dette taler for, at der bør være gennemsigtighed omkring grundlaget for de offentlige tilbudsgiveres prisforudsætninger.

Offentligt incitament til at indgå i udbud - For så vidt angår en eventuel mulighed for at byde ind på at løse andre regioners opgaver, kan bemærkes, at naboregioner ikke nødvendigvis har en stærk tilskyndelse til at byde ind. Det skal ses i sammenhæng med, at den enkelte region ville tjene 100 pct. af DRG ved at modtage en patient fra en anden region under fritvalgsordningen, *jf. arbejdspapir herom*. Omvendt kan der argumenteres for, at et offentligt sygehus ved ledig kapacitet på specialiserede afdelinger vil have en tilskyndelse til at byde ind på opgaven andre steder i landet, for derigennem at opnå en afregning/indtjening over det, der ville være tilfældet, hvis kapaciteten blot "går til spilde".

### 3. Forsyningssikkerhed vs. "lukningstrussel".

Det tredje kriterium vedrører afvejningen mellem forsyningssikkerhed og en reel "lukningstrussel" – eller i hvert fald en omkostning for de leverandører, der ikke klarer sig godt. Det vil sige, at konkurrencen skal være effektiv nok til at sortere de virksomheder fra, der ikke anstrenger sig.

Herudover kan der peges på, at et udbud vil være mest effektivt i de tilfælde, hvor leverandøren kan garanteres betaling for en vis mængde af behandlinger. Her må det igen forventes, at "forsyningssikkerheden" vil være mest stabil ved relativt enkle behandlingstyper, da patientgrundlaget her vil være størst.

## 5.2 Status på regionernes brug af udbud

Regionerne gennemfører på nuværende tidspunkt udbud indenfor forskellige specialer. Der er eksempler på brede udbud, der dækker tæt på hele specialet i f.eks. plastikkirurgi og urologi, og meget specifikke udbud på enkeltoperationer som f.eks. fedmekirurgi eller grå stær. Der er primært tale om rammeudbud, hvor der ikke er lovet et fast antal patienter.

Udbudstaksterne er hovedsageligt aftalt som et procentvis niveau af de takster, der er aftalt under det udvide frie sygehusvalg, men kan variere afhængigt af hvor mange behandlinger/undersøgelser, der leveres indenfor aftaleforløbet. Udvalget er ikke bekendt med de takster, som regionerne har opnået i forbindelse med indgåelse af strategiske udbud. Regionerne har dog oplyst, at taksterne generelt ligger på et niveau fra 40 til 80 procent af de takster, der er aftalt under det udvide frie sygehusvalg. Taksterne ved udbud er således også lavere end DRG-taksterne for produktion i det offentlige sygehusvæsen, hvilket bl.a. kan henføres til forskellene i rammevilkår, *jf. afsnit 3.2.*

Et eksempel på udbudsaftaler fra en region ses i Tabel 6.

**Tabel 6. Eksempel på en regions udbudsaftaler**

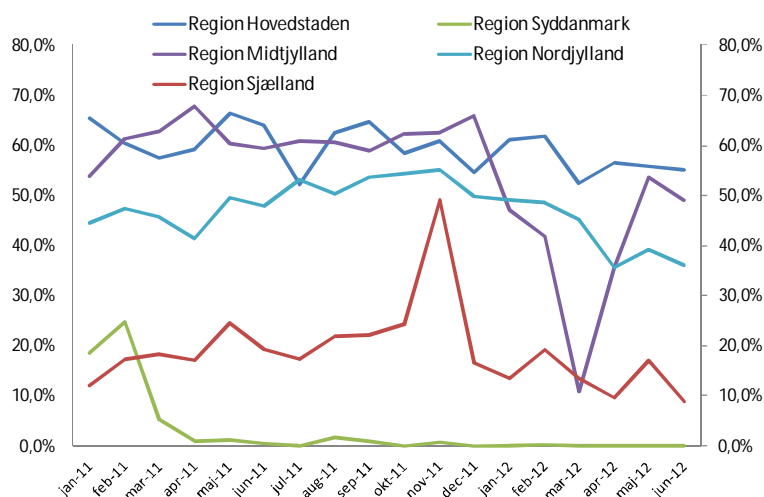
Spørgsmål/Behandling	Ortopædkirurgi 2	Fedmekirurgi	Plastikkirurgi	Rygoperationer	MR-scanninger 3
Behandlingsområder	6 delaftaler (knæ, hånd, skulder, ryg1, ryg2 og fod/ankel)	Fedmeoperationer og konverterings-operationer	Brystreduktioner, abdomen pendens og arkorrektioner	1. cervicale operationer 2. Lumbale operationer	Simple og komplekse MR-scanninger
Materialets art, f.eks. udbud, tilbud, samarbejdsaftale	Udbud 2010	Udbud efter forhandling (ingen konditionsmæssige bud)	Udbud 2011	Udbud 2011	Udbud 2011
Offentligt eller begrænset udbud (hvis udbudsmateriale)	Offentligt	Offentligt (men krav om godkendelse for regionsfunktion)	Offentligt	Offentligt (men krav om godkendelse for højt spec. funktioner)	Offentligt
1) garanteret antal, Mæng 2) rammeaftale, der: 3) loft for antal ydelser inden for økonomisk ramme	Rammeaftaler	Rammeaftale	Rammeaftale	Rammeaftale med forventet antal, men uden øvre grænse	Rammeaftale med forventet antal, men uden øvre grænse
Antal udbudte behandlinger	1.000-1.300 operationer årligt	Op til 500 henvisninger (+40 konvertering)	Forventet 50 operationer årligt pr. delaftale	150-200 operationer årligt pr. delaftale	6-7.000 scanninger årligt
Prisstrukturer og prisreguleringsmekanismer	Pris som en %-del af DUF-takst (løbende)	Pris som %-del af DUF-takst (alm. forløb) og fast pris (konvertering). Prisinterval for +/- 100 operationer årligt	Pris som en %-del af DUF-takst (løbende)	Pris som %-del af DUF-takst 2011 (fast). Prisinterval for +/- 100 operationer årligt	Pris som %-del af DUF-takst 2011 (fast). Prisinterval ved +/- 4.000 scanninger

Kilde: Danske Regioner

Figur 15 viser andelen af henvisninger, der vedrører udbudsaftaler fordelt på regioner. Det bemærkes at der er stor forskel i regioners brug af udbud. For Region Hovedstaden og Region Midtjylland fylder brugen af udbudsaftaler i 1. halvdel af 2012 omkring 50-60 procent af henvisningerne til private, mens Region Syddanmark ikke benytter sig af udbudsaftaler.

I 2011 foretog regionerne lidt over 80.000 henvisninger til private sygehuse. Af disse skønnes det, at ca. 45 procent vedrørte behandling under en udbudsaftale. Tal fra første halvdel af 2012 tyder på, at andelen af henvisningerne via udbud er faldende og vil ligge omkring 35-40 procent.

**Figur 15. Andel af regionernes henvisninger til private der er til udbudsaftaler.**



Kilde: Danske Regioner

Opgørelserne kan ikke direkte anvendes til at skønne over udgifterne til udbuddene. Det skyldes, at data er indhentet via forespørgsler i regionerne om antal henvisninger, og således ikke siger noget om antal behandlinger/undersøgelser. Derudover er det ikke muligt at udarbejde præcise opgørelser over udbuddenes aktivitetsfordeling, da ikke alle regioner er i besiddelse heraf.

Regionerne har oplyst, at der er udbud på diagnostisk radiologi (MR-scanninger og klinisk mammografi), kirurgi (fedmekirurgi), oftalmologi (grå stær og refraktionskirurgi), ortopædkirurgi (ryg-, hofte-, skulder-, knæ-, hånd-, ankel- og fodkirurgi), plastikkirurgi og urologi. Det vurderes, at MR-scanninger og mammografier har den klart største volumen inden for udbudsaftalerne, og tegner sig for over 50 procent af den aktivitet, der er udbudt.

Regionerne bør vurdere muligheder for organisatoriske ændringer eller lign. inden for rammerne af strategisk udbud med henblik på at opnå lavere priser, herunder f.eks. ved fælles indkøbsorganisation, jf. for eksempel AMGROS, fælles rammeudbud mv.

## 6. Overvejelser om en model for fællesudbud

### 6.1 Aftalepriser som følge af udbud

I regi af arbejdsgruppen, som udgav *"Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet"* (fritvalgsrapporten) i 2007, foreslog Konkurrencestyrelsen at der skulle indgå overvejelser om muligheden for, at aftalesygehuse blev fundet efter rammeudbud.

Den model indebærer, at såfremt regionerne træffer beslutning om at gennemføre fælles udbud på områder under udvidet frit sygehusvalg, vil patienten fortsat have ret til udvidet frit sygehusvalg, men være begrænset til at vælge mellem de sygehuse, som har vundet udbuddet. Regionerne kan forpligtes til – gennem udbuddene – at sikre en rimelig geografisk spredning af leverandørerne, afhængigt af behandlingernes specialiseringsgrad, samt en forpligtelse til, at leverandøren har en tilstrækkelig kapacitet. På de områder, hvor regionerne ikke har fælles frit valgs udbud, vil aftaleretten og forpligtelsen til at indgå aftaler være som i dag.

Formålet med denne model vil bl.a. være at søge at opnå lavere afregningstakster via konkurrenceudsættelse. Udbuddene kan dog indebære, at løsningen af de udbudte opgaver koncentrerer hos færre udbydere i en periode. For mange behandlingsområder er der således ofte ganske få eksisterende aftaler i enkelte regioner selv inden for inden behandlingsområder, hvor der er mange aftaler samlet set. Det vil derfor være væsentligt at sikre sig, at udbuddet af opgaven ikke fører til, at vinderen/vinderne af udbuddet mere langsigtet opnår en dominerende position på markedet, der fremadrettet svækker konkurrencen. Dette problem kan f.eks. gøre sig gældende, hvis der er væsentlige adgangsbarrierer for nye leverandører pga. høje kapitalkrav eller højt specialiserede funktioner med krav om deltagelse af speciallæger.

Adgang til fagligt kvalificeret arbejdskraft vurderes dog ikke at udgøre en væsentlig barriere, da mobiliteten blandt læger og sygeplejersker er stor. Hertil kommer, at offentligt ansatte via deres overenskomst har mulighed for at arbejde både på private og offentlige sygehuse.

Det må forventes, at det potentielle antal leverandører vil være størst ved mindre komplicerede typer af behandlinger, da disse i mindre grad forudsætter investeringer i apparatur og specialviden. Omvendt udføres de mindre komplicerede behandlinger typisk af mindre leverandører så som speciallægepraksis, som har en begrænset kapacitet, og dermed ikke kan levere samtlige ydelser til f.eks. en hel region, *jf. afsnit 4.1*.

I tilfælde af konkurrencesvigt på markedet må priserne forventes at nærme sig den mellemregionale afregningstakst, da dette må forventes at være den maksimale takst en region er villig til at indgå aftale om.

Et andet hensyn, der kan tale for at gennemføre udbud, er muligheden for bedre at kunne specificere konkrete ønsker i forhold til kvalitet ud over de krav, der stilles i den eksisterende lovgivning. Det drejer sig f.eks. om krav til personalets kompetencer, personalesammensætning, behandlingens volumen (det vil sige erfaringer på de forskellige behandlingsområder), bedre mulighed for at knytte en mere direkte dialog mellem offentlige sygehuse og private sygehuse om konkrete patienter, samt krav til udstyr.

Færre leverandører og dermed samarbejdspartnere vil alt andet lige gøre regionernes koordinationsopgave i forhold til de forskellige leverandører mere effektiv, hvilket kan bidrage til en bedre prioritering og planlægning.

Færre udbydere vil desuden være i overensstemmelse med den generelle udvikling på sygehusområdet, hvor behandlingskvaliteten søges øget gennem større sygehuse og samling af specialer.

## 6.2 Fordele og ulemper ved den eksisterende model

Det udvidede frie sygehusvalg var fra begyndelsen tænkt som en patientrettighed, *jf. også lovbemærkningerne til L 64 af 29. januar 2002*. Formålet med ordningen var således ikke at opnå besparelser på sygehusbehandlingen, om end formålet også var at give de udførende enheder i sundhedsvæsenet hensigtsmæssige økonomiske tilskyndelser til at nedbringe ventetiden.

Dette afspejles ved, at patienterne kan vælge mellem alle private aftalesygehuse, og at de private sygehuse har ret til at indgå aftale med regionerne. Tilsammen skaber dette et grundlag for, at patienten kan vælge mellem et stort antal private leverandører i tilfælde af lang ventetid i det offentlige. Omvendt betyder det også, at regionerne ikke kan anvende udbud til at opnå lavere priser.

Fordelene og ulemper ved den nuværende model kan sammenfattes således:

### Boks 8. Fordele og ulemper ved eksisterende model

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"><li>• Maksimal valgfrihed for patienter</li><li>• Stor sikkerhed for, at regionerne indgår aftaler med private leverandører</li><li>• Særligt de lavere referencetakster skaber større sikkerhed for, at udgiften pr. behandling under det udvidede frie sygehusvalg ikke er højere end for tilsvarende behandling i det offentlige sygehusvæsen.</li><li>• Stor sandsynlighed for at private sygehuse vil indgå aftale under det udvidede frie sygehusvalg.</li><li>• Regionerne er ikke på anden vis tvunget til at konkurrenceudsætte.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• De private sygehuse står relativt til regionerne i en stærk forhandlingsposition</li><li>• Ikke muligt at garantere private sygehuse bestemte patientmængder, da patienten bibeholder retten til udvidet frit sygehusvalg. Dette betyder både, at private sygehuse ikke har sikkerhed for tilstrækkelig patienttilgang, og at der er usikkerhed om variationen i patienttilgangen.</li><li>• Ikke mulighed for at gennemføre udbud, da alle private sygehuse som udgangspunkt har krav på at indgå aftale på samme vilkår.</li><li>• Under det udvidede frie sygehusvalg har regionerne ikke (modsat ved udbud) mulighed for at afgive et kontrolbud.</li></ul>

## 6.3 Overvejelser om en model for fællesudbud i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg

Konkurrencestyrelsen (2007) fremførte forslag om gennemførelse af fællesudbud som erstatning for private leverandørers ret til en aftale under reglerne for det udvidede frie sygehusvalg.

Det er vurderingen, at en sådan udbudsmodel som udgangspunkt vil føre til lavere priser. Det vil dog skulle ses i sammenhæng med de betingelser, der opstilles i et udbud vedrørende f.eks. dækningsgrad, valgfrihed mv. Endvidere vil udbuddet begrænse patientens frie valg, da der vil være færre udbydere. Det er centralt ved overvejelser om udbud, at udbuddet sker strategisk på konkrete områder, hvor der i den forbindelse tages højde for risikoen for på sigt at fjerne konkurrencen i markedet via udbud.

Under de eksisterende regler fjerner et sådant udbud ikke regionernes pligt til at indgå aftale med øvrige private leverandører, der måtte ønske dette. Det kan overvejes at ændre lovgivningen, så reglerne, for så vidt angår aftaleretten under det udvidede frie sygehusvalg, bliver suspenderet, såfremt regionerne har indgået aftale med private leverandører, hvor visse betingelser omkring udbuddet er opfyldt.

Gennemførelse af fællesudbud vil i så fald skulle ses i sammenhæng med de betingelser, der opstilles i et udbud, vedrørende f.eks. dækningsgrad, valgfrihed mv. Det er samtidig centralt ved en overvejelse om udbud, at udbuddet sker strategisk på konkrete områder, hvor der i den forbindelse tages højde for risikoen for på sigt at fjerne konkurrencen i markedet via udbud.

Betingelserne for fællesudbud som erstatning af aftaleretten under det udvidet frie sygehusvalg kunne f.eks. være:

- *Geografisk spredning:* Der kan stilles krav om en vis geografisk spredning af hvert af de konkrete behandlingstilbud, f.eks. ved at der indgås udbud for DUF-aktivitet for hhv. Øst- og Vestdanmark.
- *Forsyningskapacitet:* Der kan stiles krav om at vinderen af et udbud skal kunne levere en betydelig del af den eksisterende DUF-kapacitet for den konkrete behandling.

For behandlingsområder, hvor de opstillede betingelser ikke kan opfyldes, bør de nuværende principper for aftaleretten være gældende.

Endelig vil der i forbindelse med en eventuel udbudsmodel skulle tages stilling til udbudsaftalernes lovgivningsmæssige forankring. Aftaleretten for udvidede frie sygehusvalg er således i dag lovbestemt. De udbuds-aftaler, som regionerne i dag indgår, er derimod ikke direkte lovreguleret i forhold til f.eks. geografisk spredning og leveringskapacitet, hvilket giver regionerne større fleksibilitet i tilrettelæggelsen af aftaler med private sygehuse og klinikker.

En eventuel udbudsmodel, der suspenderer aftaleretten under det udvidede frie sygehusvalg på konkrete behandlingsområder, kan således overvejes fastsat på overordnet niveau i medfør af lovgivningen, mens konkrete mål for udbuds-aftalerne (f.eks. geografisk dækning, antal aftaler med private sygehuse pr. region) aftales mellem regeringen og regionerne i regi af de årlige økonomiaftaler. Fastsættes de konkrete behandlingsområder alene på et overordnet niveau, sætter det krav til udtømmende udbuds-aftaler for alle relevante behandlinger inden for behandlingsområdet.

Det skal bemærkes, at regionerne allerede i dag kan indgå aftaler med de private sygehuse om behandlinger, hvor regionerne forventer, at der kan opnås lavere takst via udbud end under den eksisterende aftalemodel. Under de eksisterende rammer fjerner et udbud dog ikke regionernes pligt til at indgå aftale med øvrige private leverandører, der måtte ønske dette, hvilket alt andet lige reducerer muligheden for at opnå lavere priser.

Det skal endvidere bemærkes, at de differentierede ventetider under det udvidede frie sygehusvalg alt andet lige vil gøre det nemmere for regionerne at behandle patienterne, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft. Samtidig forbedres regionernes mulighed for at foretage strategiske udbud med henblik på at inddrage private leverandører som en del af den offentlige behandlingsskapacitet, inden det udvidede frie sygehusvalg træder i kraft.



### Boks 9. Fordele og ulemper ved ændring af aftaleretten

#### Fordele

- Bedre mulighed for priskonkurrence
- Bedre mulighed for fastlæggelse af kvalitetskrav

#### Ulemper

- Alt andet lige medfører det et mindre tilgængelighed til aftale sygehuse for patienterne
- Mulighed for manglende entydighed om behandlinger omfattet af en aftaleret eller udbudsret