

Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet

Michael Nyhus Andreasen

Jes Søgaard

Jakob Kjellberg

Mette Bastholm Jensen

Dansk Sundhedsinstitut

April 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-615-0 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Privatisering og markedsføring i sundhedsvæsenet er noget vi snakker meget om i disse år. Vi, det er politikere, læger, andre sundhedspersoner, sundhedstjenesteforskere, journalister og ja, hele befolkningen. Vi ved, at det har noget med de nye sundhedsforsikringer at gøre, og de mange nye privatsygehuse og privatklinikker, som er dukket op i de sidste 3-4 år. Men der er også så meget vi ikke ved noget om i denne udvikling. Kombinationen af vigtige ændringer i sundhedsvæsenet og lille faktisk viden om disse ændrings karakter, størrelsesorden og konsekvenser kan let fremmane mange myter. Myter er ikke et godt udgangspunkt for en kvalificeret debat. Det er måske heller ikke det bedste udgangspunkt for en fremadrettet regulering af det privat-offentlige samspil, som må udvikles hvis de nye private institutioner skal finde en konstruktiv plads i det danske sundhedsvæsen.

Denne rapport beskriver den nye privatisering i det danske sundhedsvæsen, dvs. de nye private sundhedsforsikringer og de nye privatsygehuse, som er kommet ind i det danske sundhedsvæsen i dette årti. Formålet er at beskrive, vurdere konsekvenser og pege på videnshuller. Perspektivet er kritisk konstruktivt og rettet mod en bedre fremtidig regulering af de private initiativer og af de privat-offentlige samspil.

Rapporten er udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut på initiativ af Lægeforeningen. Under arbejdsprocessen har der været to større møder mellem Lægeforeningen og DSI, og undervejs har der været nogle møder om mere tekniske spørgsmål. Rapporten er udarbejdet uafhængigt af Lægeforeningen. Rapportens indhold, vurderinger og konklusioner udtrykker ikke nødvendigvis Lægeforeningens vurderinger eller meninger.

Dette er den samlede, 'store' rapport, mens der ligeledes eksisterer en kort version, skrevet til den travle læser, som har et godt kendskab til institutionerne i det danske sundhedsvæsen og ikke har behov for at få detaljer om lovgivning m.v. beskrevet.

Dansk Sundhedsinstitut vil gerne takke administrerende direktør Bente Hyldahl Fogh og konsulent Jakob Andreas Salfelt, Lægeforeningen, for konstruktive kommentarer, kontorchef Malene Højsted Kristensen, konsulent Lisbeth Simper Elmstrøm og konsulent Lars Mørch Tolstrup, Danske Regioner, for dataudtræk og indsigt i kvalitet i sundhedsvæsenet, centerdirektør Tom Pedersen, kommunikationsrådgiver Anne Roelsgaard Obling og specialkonsulent Jørgen Mathow-Juhl, Rigshospitalet, for indsigt i praksis, dataudtræk og hjælp i øvrigt, foruden en række aktører ved nævnte organisationer, samt Region Nordjylland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Dansk Sygeplejeråd, Sundhedsstyrelsen, Foreningen af Speciallæger, Bispebjerg Hospital, Pension & Forsikring, SKAT samt IKAS.

Dansk Sundhedsinstitut og Lægeforeningen vil gerne takke Læge Sofus Carl Emil Friis Og Hustru Olga Doris Friis Legat for støtte til udarbejdelse af den gennemførte undersøgelse.

Jens Winther Jensen
Formand
Lægeforeningen

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Indledning og sammenfatning.....	7
2. Markedsgørelse	13
3. Frit sygehusvalg	17
4. Private sundhedsforsikringer	25
5. Den private sygehusproduktion	37
6. Regulering af kvalitet	43
7. Ventetider	55
8. Eksplorative casestudier	61
9. Perspektiver og europæiske erfaringer.....	63
Litteratur	77
Bilag A: Indhold – Sundhedsforsikringspolicer	83
Bilag B: LPR produktionsværdi.....	87
Bilag C: LPR aktivitet	89
Bilag D: Ideologi og valg	93
Bilag E: Markedsgørelse – fra plan til marked.....	99
Bilag F: Eksplorative casestudier – Rigshospitalet og Aalborg Sygehus.....	101

1. Indledning og sammenfatning

Alle taler om det! Stigende privatisering i sundhedsvæsenet. Eller markedsgørelse af sundhedsvæsenet, konkurrenceudsættelse eller privat-offentligt samarbejde. Kært barn har mange navne, men hvad er det egentlig, der foregår i vores sundhedsvæsen i disse år? Det spørgsmål henvendte Lægeforeningen sig til Dansk Sundhedsinstitut med for nogle måneder siden. Kan DSI foretage en udredning og en kortlægning af hvad det egentlig er, der sker? Og kan DSI foretage empirisk begrundede vurderinger af virkninger og konsekvenser af den udvikling i henseende til de almindeligt vedtagne målsætninger i dansk sundhedsvæsen om høj faglig kvalitet, fornuftig udnyttelse af ressourcerne og ikke mindst fri/let og lige adgang til det danske sundhedsvæsen? Hvad betyder det for samarbejdet på tværs af sektorerne (sygehusene, praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen)? Hvad med uddannelsesopgaverne i sundhedsvæsenet? Forskning og udvikling? Kvalitetssikring?

Lægeforeningen og DSI havde nok en fælles forståelse af, at privatisering formodentlig ikke er løsningen på alle udfordringer i et moderne sundhedsvæsen, men der er heller ikke grund til bare på forhånd at forkaste al nytænkning om større privat initiativ i sundhedsvæsenet. Hvordan dét mest hensigtsmæssigt organiseres i praksis og hvordan de private initiativer reguleres, så det bedst muligt samordnes med det øvrige sundhedsvæsen, - de spørgsmål må kunne drøftes fordomsfrit og på et rimeligt vidensgrundlag. Nærværende rapport skal bidrage til etableringen af dette vidensgrundlag.

Formålet med nærværende rapport er først og fremmest at beskrive dansk status quo med hensyn til privatisering i sundhedsvæsenet og det privat-offentlige samspil de private initiativer skal udfolde sig i. Beskrivelsen sker ud fra eksisterende dansk kildemateriale og data, lejlighedsvist perspektiveret med udenlandske erfaringer. Det er et yderligere formål at påpege videnshuller og -brister, som "man" så kan arbejde med at få udfyldt fremover.

Definitioner, afgrænsninger og spørgsmål

Vi definerer og afgrænser i denne rapport 'privatisering i/af sundhedsvæsenet' til at omhandle private sundhedsforsikringer og sygehusdrift i private, kommercielle¹ rammer. Vi afgrænser os dermed fra at beskrive markedsgørelse i en bredere forstand, herunder den del, som finder sted inden for den offentlige forvaltnings egne rammer, f.eks. det almindelige frie sygehusvalg mellem forskellige offentlige sygehuse indført ved lov i 1993 og styrket i 1997 eller øget brug af økonomiske incitamenter som takststyring. Vi har også valgt ikke at beskrive øget brug af vikarbureauer, selvom offentlige sygehuse og plejehjem ifølge en opgørelse i Mandag Morgen i 2006 købte arbejdskraft gennem disse for næsten 2 milliarder kroner (1).

Vi har i dansk sundhedsvæsen en årelang tradition for både private sundhedsforsikringer og private drifts- og ejerskabsformer, som jo er den helt dominerende drifts- og ejerskabsform i sundhedsvæsenets praksissektor og primære lægemiddeldetailhandel. De offentlige og private drifts- og ejerskabsformer i dansk sundhedsvæsen har sameksisteret på komplementær vis. Det nye i det, som denne rapport beskriver under betegnelsen ny privatisering i sundhedsvæsenet, er deres *supplementære* karakter. På efterspørgselsiden udgør de private sundhedsforsikringer et *alternativ* til offentlig finansiering af sundhedsydelse. Borgeren kan enten få ydelsen betalt af Sygesikring eller modtage sygehusydelsen vederlagsfrit fra det offentlige sygehus, eller betale via en privat tegnet sundhedsforsikring. På udbudssiden er der kommet nye private sygehuse og klinikker som alternative tilbud til borge-

¹ Ordet kommerciel bruges her som synonym til det engelsksprogede ord 'for profit'; begge ord kan forekomme værdiladede, men er brugt som teknisk-faglige betegnelser.

ren og privatsygehusene konkurrerer på en række behandlingsydelser med de offentlige sygehuse. Der bliver således et nyt samspil mellem det "gamle" sundhedsvæsen og de nye private, supplementære sundhedsinstitutioner på både efterspørgsels- og udbudssiden. Dette samspil vil omfatte både samarbejde og konkurrence. Et væsentligt spørgsmål er derfor, hvordan de nye sundhedsinstitutioner og deres samspil med det gamle væsen reguleres og skal reguleres fremover.

Spørgsmål om de private sundhedsforsikringer – ny privatisering på efterspørgselssiden

Vi har i rigtigt mange år haft komplementære, private sundhedsforsikringer, nemlig 'danmark' med ca. 2 millioner medlemmer, som er komplementære til Sygesikringen ved fortrinsvis at refundere dele af brugerbetalingen. De nye sundhedsforsikringer er supplementære i den forstand, at de giver en alternativ betalingsmåde til udredninger og behandlinger, som hidtil har været skattefinansierede. De giver dermed de forsikrede borgere en ekstra, alternativ adkomst til behandling, som foregår på private sygehuse og klinikker, da de offentlige sygehuse i Danmark ikke må modtage vederlag for behandling. Det vil logisk set betyde ulige adgang til disse undersøgelser og behandlinger mellem borgere med og uden denne private sundhedsforsikring; men da de forsikrede borgere jo selv betaler, eller deres arbejdsgiver gør, så er det en privat sag samtidigt med at der tilføres flere penge til sundhedsvæsenet, så den samlede sundhedsproduktion kan øges, afhængigt af det samlede arbejdskraftsudbud. Siden 2002 har det dog ikke været en hel privat sag, idet der dengang indførtes skattefradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, hvilket gav et gevaldigt løft til efterspørgslen, som steg fra ca. 50.000 til ca. en million sundhedsforsikringer i dag – fortrinsvis til ansatte på det private arbejdsmarked.

Meget lidt er entydigt her – og sat lidt på spidsen: Skal pensionisten indirekte via skatten være med til at betale den erhvervsaktives sundhedsforsikring, som giver den erhvervsaktive en ekstra adkomst til behandling, som pensionisten ikke har?

Fortalere for skattefradraget vil sige ja af to, måske tre grunde. 1) Skattefradraget forudsætter at arbejdsgiveren skal betale både til høj og lav i virksomheden; 2) den erhvervsaktive bør have ekstra adkomst til behandling, fordi hurtig behandling af ham vil bringe ham hurtigt tilbage i arbejde, så han kan fortsætte sit bidrag til samfundsproduktionen, som også pensionisten nyder godt af. Og fortalere vil måske som en tredje grund tilføje 3) at de private sundhedsforsikringer tilfører ekstra, nye penge til sundhedsvæsenet, så samlet set vil pensionistens adgang til det offentlige sundhedsvæsen næppe blive forringet, måske snarere tværtimod, fordi køen bliver kortere, når der så at sige åbnes en ekstra kasse i butikken. Det er en win-win situation, det her, vil fortalere sige, og sådan vil fremtidens velfærdssamfund nødvendigvis måtte udvikle sig, fordi det ikke er samfundsholdbart, at alle borgere skal have alle velfærdsydelser – her sundhedsydelser – betalt over skatten, vil de tilføje.

Modstandere af skattefradrag vil sige, at ikke alle erhvervsaktive har samme adgang til skattefradragene, f.eks. har ansatte på det offentlige arbejdsmarked i hvert fald ind til videre kun meget begrænset adgang. De vil tilføje, at særbehandling af de erhvervsaktive er i modstrid med Sundhedslovens § 2 punkt 1 om let og lige adgang, og er ikke nødvendigvis overbeviste om, at det er en win-win situation. Behandlingerne på privathospitalerne skal udføres af sundhedspersonale, som der så bliver mangel på, på de offentlige sygehuse. Nogle modstandere vil tilføje, at den øgede, privatforsikringsbetalte aktivitet på private hospitaler og klinikker slet ikke eller kun i meget beskedent omfang vil aflaste presset på det offentlige sundhedsvæsen, fordi den privatforsikringsbetalte aktivitet mest vil gå til ekstra ting, som slet ikke produceres i og stilles til rådighed af det offentlige sundhedsvæsen. Det kan være alt muligt fra lidt mere luksus og ekstraservice, f.eks. enestue, wellness, diagnostiske undersøgelser "for en sikkerheds skyld" over til egentlig "overbehandling".

Læseren kan formentlig genkende argumenterne og det ville jo være rart, om de forskellige argumenters præmisser kunne gøres til genstand for empirisk analyse, f.eks.:

- ◆ Hvor mange og hvem har de nye sundhedsforsikringer? Hvordan bruges de? Hvor stort er værdien af skattefradraget?
- ◆ Er der en aflastningseffekt? Bliver køen, ventelisten, ventetiden kortere i det offentlige sygehushæsen, når der kommer en fradragsberettiget, privatforsikringsbetalt sundhedsproduktion?

Spørgsmål om privatsygehusene – privatisering på udbudssiden

Debatten om privatsygehusene har ikke været så ideologisk skarp som debatten om privatforsikringerne. Debatten om privatsygehusene har kørt mere på spørgsmål om regulering af aktiviteterne, kvaliteten af de leverede ydelser og af de økonomiske rammevilkår – bliver der afregnet fair eller for gavmildt? Man kan meget let gentage ovenstående afsnits tænkte pro et contra argumenter. Nogle vil sige, at privatsygehusene og det udvidede frie sygehusvalg har givet mere sundhed og lighed for pengene! Andre vil påstå det modsatte.

Vi har så præcist som data tillader det, beskrevet produktionsomfanget på privatsygehusene med vægt på 2007 og 2008 og på samme vis beskrevet beskæftigelsen på privatsygehusene. Desværre kan vi kun beskrive sidstnævnte for 2006, så produktions- og beskæftigelsesdata er inkongruente for en sektor, der udvikler sig med 50 % om året. Herefter har vi vurderet spørgsmål om regulering af kvalitet og økonomi.

I et efterfølgende særskilt afsnit sammenholdes udviklingen i ventetiderne til hospitalsbehandling i Danmark med privatiseringsudviklingen i Danmark – både på efterspørgselssiden og på udbudssiden. De store spørgsmål som alle stiller sig om privatsygehusene og det udvidede frie sygehusvalg har vi om ikke undladt at stille, så ret hurtigt opgivet at finde svar på. Disse store spørgsmål er, om fremkomsten af privatsygehusene – efterspurgt via fremkomsten af privatforsikringerne og det udvidede frie sygehusvalg – samlet set giver en bedre udnyttelse af ressourcerne og om det udvidede frie sygehusvalg samlet set forøger den frie, lette og lige adgang til sygehusbehandling i Danmark? Altså mere sundhed og lighed for pengene!

I et afsluttende afsnit sættes det danske privat-offentlige samspil i sundhedsvæsenet ind i flere forskellige bredere perspektiver, - i forhold til det bredere begreb markedsgørelse, i forhold til udviklingen på andre velfærdsområder i Danmark, i forhold til erfaringer fra andre landes sundhedsvæsen vedr. privat-offentligt samspil og i forhold til forskellige værdiparadigmer som plan og marked.

Konklusioner og sammenfatninger

I denne rapport analyseres konsekvenserne af den øgede markedsgørelse med særligt henblik på a) det udvidede frie valg, hvor patienter med en række sygdomme får valgmulighed mellem private og offentlige sundhedsudbydere, og b) de skattesubsidierede sundhedsforsikringer, der dels giver adgang til en række tilbud, der ikke er omfattet af den offentlige sundhedsforsikring, dels giver mulighed for mere individuel timing af sundhedsydelser.

Vi må konkludere, at videns- og statistikgrundlaget på en lang række områder er ganske ufuldkomment. Det gælder både den almindelige statistikproduktion, som det normalt anses at være en central myndighedsopgave at sørge for eksisterer, og indenfor forskning, endsig evidens, om de forskellige virkninger af den supplementære privatisering i sundhedsvæsenet. Der er mange eksempler på lidt lemefældig indberetning fra de private aktører, f.eks. til LPR, som i et vist omfang undergraver mulighederne for at give retvisende aktivitetsbeskrivelser og som også kan hæmme datatilførslen til de kliniske databaser. Det samme gælder arbejdsmarkedsstatistikken. Traditionelle erhvervspolitiske hensyn til de private virksomheders ønsker om diskretion om deres produktion, afsætning og økonomi har spillet en meget stor rolle i Danmark og muligvis tæller dette hensyn højere end sundhedspolitiske

hensyn som kvalitetssikring og effektiv ressourceudnyttelse. Større viden om disse spørgsmål kunne kvalificere debatten om den supplementære privatisering, - en debat som netop i vidensfraværet får en ideologisk og sort-hvid karakter. Og større viden kunne fremme reguleringen på positiv konstruktiv vis samt netop være med til at identificere og udnytte de økonomiske fordele, som kan ligge i den private sygehusproduktion på udvalgte områder. Det er derfor også en af rapportens måske væsentligste pointer, at: Sundhedsvæsenets gradvise markedsførelse stiller fornyede krav til dataindsamling, datamonitorering og rapportering, hvis man også fremadrettet ønsker at sikre en hensigtsmæssig aktivitets-, ressource- og kvalitetsstyring i forhold til det samlede sundhedsvæsen.

Vi kan konkludere, at væksten i begge de nye private sektorer, de private sundhedsforsikringer og den private sygehusproduktion har været særdeles kraftig. Fra næsten ingenting i 2002 har nu ca. 1 million danskere en privat og som hovedregel skattesubsidieret sundhedsforsikring. Fra næsten ingenting i 2002 har den private sygehusproduktion nået et omfang på ca. 2 milliarder kroner i 2008, og hovedparten, ca. 2/3, kommer fra de offentligt finansierede behandlinger under loven om det udvidede frie sygehusvalg. Der er tale om en stigning på over 50 % i forhold til året før. Den private sygehusproduktion har nået en markedsandel på det somatiske område på ca. 4 % i 2008, mod ca. 2,5 % i 2007. Markedsandelen forventes i fremtiden at blive understøttet af en fortsat udbredelse af private sundhedsforsikringer. Den fremadrettede taktfastsættelse i forhold til patenter, der under det udvidede frie valg bliver behandlet på private hospitaler, vil dog have væsentlig indflydelse på hastigheden for udbygningen af det private sygehusvæsen. Størrelsen og væksten i det private sygehusvæsen gør, at der må stilles større krav til samordning, standardisering og koordinering mellem det offentlige og private sundhedsvæsen.

Vi kan konkludere, at skattefradraget har været den drivende kraft i sundhedsforsikringernes udbredelse. Vi kan ikke bekræfte, at de har haft en aflastning af den offentlige sygehussektor. Det skyldes blandt andet, at de private sygeforsikringer dækker mange områder, som ikke dækkes af Sygesikring eller offentlige sygehuse, og fordi privatsygehuses indberetning til Landspatientregisteret er mangelfuld. Udbredelsen af private sundhedsforsikringer kan ikke spores til ventetiderne til behandling.

Generelt kan markedsførelsens meraktivitet faktisk ikke entydigt aflæses i form af kortere ventelister. Fra et økonomisk perspektiv behøver det ikke i sig selv at udgøre et problem, blot det sikres, at den øgede værdi af den øgede behandlingsaktivitet står mål med den ressourceindsats der medgår, og at kapacitetsudvidelsen er balanceret i forhold til befolkningens sundhedsmæssige behov. Det har ikke været muligt at identificere tiltag der systematisk har adresseret dette, hverken i forhold til den offentlige eller private aktivitet.

Vi kan konkludere, at vi ved for lidt om konsekvenser for kvalitet, herunder komplikationsrisici, om patientsikkerhed, om overbehandling, om undergravelse af LEON principperne i det danske sundhedsvæsen. Mange danske læger har udtrykt bekymring og vi har beskrevet denne. Vi kan konstatere, at de forskellige udsagn ikke kan dokumenteres, men heller ikke afvises. Afvisningerne fra den private sektor kan heller ikke dokumenteres men heller ikke afvises. Sådan kan diskussionerne køre frem og tilbage. Undersøgelser af de forskellige spørgsmål vil kunne skabe klarhed og formentlig bane vejen for et bedre samarbejde mellem de to sektorer.

Vi kan på samme vis konkludere, at vi ikke ved nok om de forskellige ulighedskonsekvenser, som diskuteres frem og tilbage. Objektiv ulighed i adgang til de private, skattesubsidierede sundhedsforsikringer kan konstateres. Både inden for det private arbejdsmarked, i forhold til det offentlige arbejdsmarked og i forhold til den del af befolkningen, som ikke er erhvervsaktive. Men hvor meget denne objektive ulighed betyder for den ulighed i adgang til det danske sundhedsvæsen, som er dokumenteret i de senere år, kan vi ikke sige noget om. Vi ved heller ikke nok om, hvem der udnytter det udvidede

frie valg og hvem der ikke gør det, og uden denne viden kan man ikke sige noget om effekterne på den lige og frie adgang.

Vi kan konkludere, at vi ikke ved noget om opportunistisk patient- eller proceduraselektion på danske privatsygehuse (cream skimming). Der er specialiseringsfordele i forhold til de offentlige sygehuse, som formentlig helt legitimt udnyttes. Vi ser også en relativ stor udbredelse af den private sygehusproduktion på behandlingsspecialer, hvor aftaletaksterne har været meget høje i forhold til DRG taksterne, fortrinsvis rygkirurgi og fedmekirurgi. Om der derudover forekommer cream skimming, som ofte hævdes og lige så ofte afvises, er ikke undersøgt i Danmark. Vi konkluderer at to undersøgelser heraf, heraf den ene fra Dansk Sundhedsinstitut, formentlig har været invalide, da private sygehuse afregnes på procedureniveau og ikke på DRG niveau. Vi ved altså ingenting!

Vi kan konkludere, at de takster, som de danske offentlige sygehusejere har måttet betale de private danske sygehuse og udenlandsk sygehuse med stor sandsynlighed har overkompenseret disse sygehuses omkostninger inkl. dækningsbidrag. Forbeholdet skyldes, at vi jo ikke har nogen indsigt i disse omkostninger. Konklusionen om mindst 10 – 20 % overkompensation i forhold til hvad ligevægtssituationen tilsiger, er baseret på en sammenligning af de offentlige sygehuses omkostninger og de private sygehuses forventelige omkostninger samt på de erfaringer, som i de sidste måneder er fremkommet om takster under udbudsrunderen, hvor behandlinger er sat i udbud i den private sektor og dermed mere direkte er konkurrenceudsat. Omkostninger til lønsumsafgift, købemoms og afskrivninger har helt konkret været overvurderede i forhold til tidligere udmeldinger på områder. 10 - 20 % overkompensation er sket på bekostning af de offentlige sygehuses økonomi, da pengene jo er taget derfra, og har yderligere betydet en skævvridning af de to sygehussektorer muligheder for at konkurrere på lige vilkår om medarbejdere. De private sygehuse kan tilbyde bedre arbejdstider og højere løn. Overkompensationen øger også risikoen for økonomisk ineffektivitet. Fordelen ved overkompensationen kan være erhvervspolitisk at sikre udbygning af en dansk, privat sygehusproduktion.

Væksten i den private sektor er i væsentligt omfang baseret på arbejdskraft uddannet i det offentlige sundhedsvæsen. Data relateret til omfanget af personale i den private sundhedssektor vurderes som usammenhængende, og det har generelt ikke været muligt at koble væksten i den private sektor med et generelt fald i aktiviteten i den offentlige sektor. Vi har således ikke kunnet bekræfte tesen om at den private sygehussektor har 'tømt' offentlige sygehusafdelinger for personale, hertil er størrelsesordenen trods alt for lille. Det ser dog ud til, at en meget stor andel af lægerne i den private sektor er bibeskæftigede på privatsygehuse, og har deres hovedbeskæftigelse på offentlige sygehuse, og det kan være en af de måder, hvormed privatsygehuse er med til at udvide de samlede behandlingsudbud, da offentlige sygehuse historisk har haft svært ved at udnytte lægernes og andet sundhedspersonales ønsker om merarbejde.

Vi kan ikke af- eller bekræfte den almindelige antagelse om, at der er højere produktivitet på de private sygehuse i forhold til de offentlige. Der er ikke gennemført undersøgelser af dette spørgsmål i Danmark, og det vil være vanskeligt at gøre, da der ikke er adgang til de private sygehuses omkostninger. Udenlandske undersøgelser kan ikke bekræfte antagelsen om højere produktivitet på de private sygehuse i forhold til de offentlige, - snarere tværtom, når der findes forskelle, så er det højere produktivitet på de offentlige sygehuse. Men vi ved ikke om disse udenlandske undersøgelseres resultater lader sig overføre til danske sygehuse.

Ovenstående bør ikke nødvendigvis ses som en kritik af privatiseringen, som har fundet sted i dette tiår. Men der ligger en kraftig opfordring til de ansvarlige myndigheder om at fremskynde arbejdet med reguleringen af de private sektorer. Ellers risikerer man at forstærke opdelingen mellem disse til skade for den samordning, som burde udnytte samspilspotentialet.

2. Markedsgørelse

Indledningsvis skitseres de vigtigste initiativer bag markedsgørelsen (afsnit 2), med gennemgang af den tilhørende lovgivning (afsnit 3).

Markedsgørelsen af sundhedssektoren i Danmark følger primært af tre sundhedspolitiske initiativer:

1. Aktivitetsbaseret afregning og andre New Public Management inspirerede styringsmodeller
2. Det frie og senere udvidede frie sygehusvalg
3. Skattefradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.

Udviklingen indenfor den aktivitetsbaserede afregning gennemgås overordnet. Fokus i rapporten vil derudover være en mere uddybende gennemgang af de lovgivnings- og forvaltningsmæssige samt finansielle mekanismerne i det udvidede frie sygehusvalg og det indførte skattefradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.

Markedsdannelse

I Danmark og i andre vestlige lande har udviklingen i sundhedsvæsenets ledelse, styring og organisering i stigende grad gennem 1980'erne og 1990'erne været inspireret af New Public Management (NPM), der tager udgangspunkt i økonomisk effektivitet, med fokus på markedslignende styringsmekanismer og anvendelse af ledelsesformer fra det private erhvervsliv (2). NPM inspirerede styringsmodeller har på denne baggrund i stadigt stigende omfang erstattet rammebudgetter som dominerende styringsmodel for sygehusydelse. Styringsmodellerne har typisk udmøntet sig i forskellige former for mål- og resultatstyring, ofte på basis af egentlige 'kontrakter'.

Sundhedsvæsenet har under denne udvikling taget mange små skridt på vej til mere markedsorienterede principper: frit sygehusvalg, kontraktstyring, dialogbaserede aftaler, takstfinansiering, brugerundersøgelser, udvidet frit valg samt øget brug af aktivitetsbaseret finansiering. Med udviklingen trækkes en række organisatoriske og økonomiske principper fra den private sektor ind i den offentlige.

Udviklingen går i retning af en egentlig konkurrencemodell med stadig tydeligere reguleringsbestræbelser. Konkurrencemodellen indebærer bl.a. krav om dataindsamling til brug i kvalitetsmålinger. Offentliggørelse af disse målinger sker med henblik på at understøtte patienternes muligheder for at udøve sit frie valg bedst muligt. Stadig flere områder udsættes for konkurrence mellem offentlige og private leverandører.

Konkret søgte de tidligere amter, dels frivilligt, dels på initiativ fra skiftende regeringer, at implementere nye styringsformer, blandt andet med henblik på at øge konkurrence, effektivitet og aktivitet i sygehussektoren. Med hensyn til de mere markedsprægede redskaber, er implementeringen fra amternes side dog sket i et mere adstadigt tempo (3), mens det i langt overvejende grad har været statslige initiativer, der ligger til grund for en større brug af disse redskaber, eksempelvis lovgivningen om frit valg af sygehus samt kravene til aktivitetsbaseret afregning af statslige puljemidler til ekstra aktivitet. Dog er samarbejde mellem amter/regioner og den private sektor indenfor det ikke-kliniske område efterhånden temmelig udbredt.

Fra statens side har et nøgleinstrument som forudsætning for markedsgørelsen som nævnt været indførelsen af *den aktivitetsbaserede afregning*, hvor sygehusenes indtægter stiger med aktiviteten, for herigennem at skabe incitament til at forøge produktivitet og effektivitet. Den aktivitetsbaserede

afregning blev indført som et selvstændigt produktivetsstimulerende initiativ, men med væsentlige implikationer for markedsgørelsen med anvendelse af DRG takster som prismekanisme. se (4).

I 1999 blev det aftalt at anbefale anvendelse af delvist aktivitetsbestemte bevillinger i sygehusvæsenet, med udgangspunkt i "90/10"-modellen hvor 90 % af bevillingerne bevares som rammebevillinger, mens 10 % gøres aktivitetsbestemt. Modellen indebar, at produktion ud over den kontraktlige aftalte basisproduktion honoreres med ti procent af DRG-værdien.

Udformningen og anvendelsen af de aktivitetsbestemte ordninger var op til de enkelte sygehusejere. I 2004-økonomiaftalen mellem amterne og regeringen blev der skabt enighed om, at anvendelsen af aktivitetsbaseret finansiering (takststyring) gradvis skulle øges. Fra år 2004 skulle amterne hver for sig derfor som minimum afregne 20 % af bevillingerne til egne sygehuse direkte på baggrund af præsteret aktivitet. Aktivitetsbaseret afregning med DRG takster som prismekanisme blev gradvist indført med udgangspunkt i belønning af mer-aktivitet til i dag at blive anvendt generelt til afregning, uanset om der er tale om en aktivitetsstigning eller -fald.

Det fri sygehusvalg (1993) styrkede markedsgørelsen gennem konkurrenceudsættelse internt mellem de offentlige sygehuse ved at gøre valg af offentligt sygehus til patienternes eget valg, frem for at være bopælsbestemt. Sygehusudbuddet fik dermed en ekstra efterspørgselsdrevet komponent i form af patienternes øgede frie bevægelighed mellem de offentlige sygehuse.

Det udvidede frie sygehusvalg (2002) styrkede markedsgørelsen yderligere gennem konkurrenceudsættelse mellem de offentlige og private sygehuse, hvor valg af sygehus, offentligt som privat, blev gjort patienternes eget, frie valg, ved mere end 1 måneds ventetid (2 måneder indtil 2007). Sygehusudbuddet fik dermed endnu en efterspørgselsdrevet komponent i form af patienternes øgede frie bevægelighed mellem offentlige og private sygehuse, med regionerne som finansiel garant for egne patienter. Samtidig blev offentlige sygehuse givet et øget finansielt incitament til at øge produktiviteten. Hvor Det frie sygehusvalg (mellem offentlige sygehuse) medførte øget fokus på kvalitetsregistrering, så har man ikke set samme bestræbelser i forhold til de private sygehuse i forbindelse med Det udvidede frie sygehusvalg.

Suspension af det udvidede frie sygehusvalg grundet strejke blandt sundhedspersonalet i foråret 2008, har åbnet op for at afprøve nye prismekanismer, herunder udbud, som alternativ til aftalefastsatte priser, der tager udgangspunkt i DRG taksterne. Dette har angiveligt skærpet konkurrencen med faldende priser og mulighed for bedre produktionsplanlægning blandt de vindende udbydere til følge, hvilket gennemgås yderligere senere i rapporten.

Behandlingen med aktivitetsbaseret afregning og frit udvidet sygehusvalg foregår altså på konkurrencecelnende vilkår, hvor pengene følger kunderne (forbrugerne). Aktiviteten bestemmer indtjeningen for udbydere, hvad enten produktionen foregår i offentligt eller privat regi. Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg har åbnet op for at afprøve nye mere markedsorienterede prismekanismer som alternativ til delvist politisk, aftalefastsatte priser.

På *finansieringssiden* er skattefradraget på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer som incitament til øget brug af forsikringsmodellen et markant politisk skifte i retning af større markedsorientering i Danmark.

Det følger heraf at skattefradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer kan tolkes som et rent finansieringsmæssigt anliggende. Men skattefradraget har ligeledes implikationer på udbud og efterspørgsel, idet behandling via sundhedsforsikring stimulerer produktion i den private sektor. I direkte forlængelse heraf er det så tesen, at større produktion fra private udbydere, vil lette produktionsbyrden for de offentlige udbydere.

Til brug som referenceramme og oversigtstabel til den fortsatte læsning, sammenfattes gældende rammebetingelser og implikationer for de sundhedspolitiske initiativer i Tabel 1.

Tabel 1. Rammebetingelser og karakteristika for markedsgørelsen, oversigtstabel

	Offentlige sygehuse	Private sygehuse/klinikker
Aftalesystem	Økonomiaftaler indgået mellem regeringen og Danske Regioner	Standardkontrakter indgået mellem Danske Regioner og de private sygehuse/klinikker
Takstmodel	Afregnes til DRG takster	Afregnes jf. forhandlingsfastsatte takster /udbudsmodeller
Omkostningsstruktur - sektorspecifikke forskelle	Omkostninger til uddannelse, akutberedskab, forskning. Omkostninger til bygninger ej inkluderet.	Variable omkostninger til behandlinger, moms af omsætningen, lønsumsafgift, forrentning og afskrivning
Patientkarakteristika	Patienter under den offentlige sundhedsforsikring, herunder fritvalgspatienter	Fritvalgspatienter, forsikringspatienter og selvbetalere
Forpligtigelser	Alle patienter (under den offentlige sygeforsikring)	Aftalepatienter
Behandlingsformer	Medicinske og kirurgiske, akutte og elektive, enkle og højt specialiserede behandlinger	Elektive, enkle behandlinger
Indberetningskrav	Pålagt at indberette oplysninger til Landspatientregistret og 45 kliniske kvalitetsdatabaser	Pålagt at indberette oplysninger til Landspatientregistret og 45 kliniske kvalitetsdatabaser
Kvalitet og akkreditering	Lokalt fastsat akkreditering. Deltager i udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der indføres august 2009	Lokalt fastsat akkreditering. Deltager i udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der indføres august 2009 for institutioner med ydelsesaftale med Danske Regioner
Tilsyn	Omfattet af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn	Omfattet af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn

3. Frit sygehusvalg

Lov om frit og udvidet frit sygehusvalg har afgørende betydning for markedsgørelsen af den danske sundhedssektor. Udviklingen frem mod det udvidede frie sygehusvalg i Danmark fremgår af Tabel 2 (5).

Tabel 2. Udviklingen i det frie sygehusvalg, 1993-2008

Dato	Udvikling	Geografisk begrænsning	Omfang
Før 1 januar 1993	<i>Clearingsoverenskomst</i>	Københavns Amt, Frederiksberg Kommune, Københavns Kommune	Offentlige sygehuse
1. januar 1993	Det frie sygehusvalg	Hele landet	Almindelige afdelinger på offentlige sygehuse
1. juli 1997	Styrkelse af det frie sygehusvalg	Frivilligt for amterne	Specialiserede afdelinger på offentlige sygehuse
1. januar 1999	Styrkelse af det frie sygehusvalg	Hele landet	Specialiserede afdelinger på offentlige sygehuse
1. juli 2002	Det udvidede frie sygehusvalg	Hele landet	Offentlige og private hospitaler ved mere end to måneders ventetid
1. oktober 2007	Styrkelse af det udvidede frie sygehusvalg	Hele landet	Offentlige og private hospitaler ved mere end én måneders ventetid
9. oktober 2008	Suspension af det udvidede frie sygehusvalg	Hele landet	Offentlige og private hospitaler

Lov om frit sygehusvalg (1.01.1993)

Med Lov om frit sygehusvalg kan en person, der henvises til sygehusbehandling, vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialesygehuse m.fl., uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen. Loven styrker markedsgørelsen gennem konkurrenceudsættelse de offentlige sygehuse imellem ved at gøre valg af offentligt sygehus til patienternes eget valg, frem for udelukkende at være bopælsbestemt. Sygehusudbuddet får således en ekstra efterspørgselsdrevet komponent i form af patienternes øgede frie bevægelighed mellem de offentlige sygehuse.

For anvendelse af frit sygehusvalg, kræves en lægehenvielse, som lægen sender til det sygehus, borgeren vælger. Såfremt ventetiden på behandling er over 1 måned, har patienten mulighed for at benytte det udvidede frie sygehusvalg.

Lov om udvidet frit sygehusvalg (1.07.2002, revideret 1.10.2007)

Lov om udvidet frit sygehusvalg blev indført efter lov om frit sygehusvalg, og har styrket markedsgørelsen yderligere. Med Lov om udvidet frit sygehusvalg kan en person, som er henvist til sygehusbehandling, vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvielsen er modtaget, kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i Sundhedslovens § 79 nævnte

sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter. Ifølge loven er regionsrådet forpligtet til at indgå aftale med et privat som offentligt sygehus, såfremt disse måtte ønske det.

Loven styrker markedsgørelsen gennem konkurrenceudsættelse de offentlige og private sygehuse imellem, hvor valg af sygehus, offentligt som privat, nu er patienternes eget, frie valg, under den givne betingelse om 1 måneds ventetid. Sygehusudbuddet får dermed endnu en efterspørgselsdrevet komponent i form af patienternes øgede frie bevægelighed mellem landets offentlige eller private sygehuse, med regionerne som finansiel garant for egne patienter.

Suspension af lov om udvidet frit sygehusvalg

Den 14. juni 2008 indgik Danske Regioner og Regeringen aftale om regionernes økonomi for 2009, hvori det blev besluttet at suspendere det udvidede frie sygehusvalg midlertidigt som følge af strejken blandt sundhedspersonalet i store dele af sundhedssektoren i foråret 2008, hvor en pukkel af aflyste operationer opstod.

Forslag til lov om suspension af det udvidede frie sygehusvalg, blev fremsat og godkendt den 09. oktober 2008 som lovforslag 2008-09 L31, af Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen), med følgende resume: "Med lovforslaget foreslås det udvidede frie sygehusvalg suspenderet i perioden fra lovens ikrafttræden til og med den 30. juni 2009. Tilsvarende suspenderes sygehuses pligt til i samme periode at informere om det udvidede frie sygehusvalg".

I forbindelse med suspensionen af det udvidede, frie sygehusvalg har Sammenslutningen af Privathospitalet og Privatklinikker i Danmark (SPPD), Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse drøftet prioritering og visitation af ventelistepatienter efter overenskomstkonflikten på sygehusområdet. Der var i den forbindelse enighed om at igangsætte en række initiativer til at udnytte den samlede behandlingskapacitet på de offentlige og de private aftalesygehuse bedst muligt samt sikre, at de ventelistepatienter, som ud fra en lægefaglig vurdering har mest behov for det, visiteres til behandling først. Initiativerne er nærmere beskrevet i "Retningslinier for prioritering og visitation af ventelistepatienter efter overenskomst på sygehusområdet" (6).

Af aftalen fremgår bl.a. at "Regionen er forpligtet til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle de private sygehuse og klinikker i henhold til den udvidede fritvalgsordning i perioden 1. oktober 2007 til 31. marts 2008".

Suspensionen har dermed direkte implikationer på pris og mængde af de leverede ydelser fra de private udbydere. Under det udvidede frie sygehusvalg skete prisdannelsen i henhold til det indførte 'aftalesystem', hvor takstfastsættelsen/prisen i praksis tog udgangspunkt i DRG takstern. Mængden var efterspørgselsbestemt, med adskillelse af forbrug og finansieringsansvar.

Suspensionen har åbnet op for at afprøve andre prismekanismer, fx udbud, hvor den overordnede beløbsramme (den samlede omsætning) er fastlagt, mens mængde og pris pr. behandling bliver fastsat under almindelige markedsvilkår.

Forvaltningspraksis

Forvaltningspraksis for lov om frit og udvidet frit sygehusvalg har udmøntet sig i bekendtgørelser og vejledninger for implementering af lovgivningen, herunder *Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling* og *Vejledning om regionernes pligt til at tilbyde patienter udvidet frit sygehusvalg ved mere end 1 måneds ventetid og til at informere henviste patienter* (7) (8).

Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling, BEK nr. 1065 af 06/11/2008 (8), gennemgår anvendelsesområder, rettigheder til indenlandsk som udenlandsk behandling, forpligtigelser om information,

journaloplysninger, administrative forpligtigelser, finansiering mm. for sygehusbehandling, herunder lov om udvidet frit sygehusvalg.

Bekendtgørelsen danner grundlaget for praksis på området, herunder praksis for lov om frit og udvidet frit sygehusvalg, der af regionerne og de regionale sygehuse administreres i henhold til "*Vejledning om regionernes pligt til at tilbyde patienter udvidet frit sygehusvalg ved mere end 1 måneds ventetid og til at informere henviste patienter*" (7), v. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Formålet er at vejlede om reglerne om de regionale sygehuses pligt til at informere patienter, som er henvist til undersøgelse og behandling på sygehus. Informationspligten omfatter alle patienter, som er henvist til undersøgelse og behandling på sygehus. Vejledningen uddyber ansvaret for udmøntning af lovgivningen, og uddyber regionernes pligt i henhold til:

- ◆ Den udvidede fritvalgsordning (retten til udvidet frit sygehusvalg, beregning af ventetid mm.)
- ◆ Informationspligt til henviste patienter (krav til information og rettigheder for patienter med livstruende kræftsygdomme og visse hjertesygdomme mm.)
- ◆ Forhold ved uklar diagnose, samt
- ◆ Ret til befordring.

Vejledningen er et 'lighedsskabende' initiativ, der skal være med til at sikre 'lige adgang' til sundhedsvæsenet og frit valg af behandlingssted i henhold til lov om udvidet frit sygehusvalg. Vejledningen imødegår skævvridning i forhold til 'lige adgang' for alle borgere i samfundet, da ressourcestærke personer alt andet lige vil være bedre end ressource svage personer til at udnytte fordelene ved det udvidede, frie valg. Vejledningen sigter altså mod at stille alle borgere lige i deres muligheder for at anvende det udvidede frie sygehusvalg.

Aftalesystem

Gennemgang af aftalesystemet for det udvidede frie sygehusvalg tager udgangspunkt i "Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet" (9).

Efter Sundhedslovens § 87, stk. 4, indgår Regionsrådene i forening aftale med private sygehuse og klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Alle private sygehuse og klinikker, som ønsker en aftale, kan derfor få det. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan Ministeren for sundhed og forebyggelse efter anmodning fra den ene part - aftalesygehuse – fastsætte vilkårene for aftalen. Der er dermed ikke tale om, at ministeren forhandler vilkårene, men fastsætter dem.

Regionerne er forpligtet til at indgå aftaler på de således fastsatte vilkår. De private er derimod ikke forpligtet til at indgå aftale. De private aftalesygehuse er på denne vis ikke forpligtet til at modtage patienter, i modsætning til de offentlige sygehuse.

Det har indflydelse på patientfordelingen, hvor de private sygehuse og klinikker angiveligt hovedsageligt kun behandler 'lette' og ukomplicerede patienter, mens de offentlige sygehuse som følge heraf står tilbage med de 'tunge', oftere mere komplicerede patienter. Denne udvikling er mere udtalt indenfor nogle specialer (fx ortopædkirurgien) end andre, kendetegnet 'cream skimming', da de som udgangspunkt kun behandler de økonomisk rentable patienter². Den faktiske udbredelse af cream skimming synes dog svære at dokumentere, jf. afsnit 6, 'Regulering af kvalitet'.

² Def. Cream-skimming: " Hvis et sygehus uden grund videresender de mere behandlingskrævende patienter til et sygehus med en højere specialiseringsgrad, og kun selv behandler de lette patienter, så siges sygehuset "at skumme fløden". Cream-skimming lægger den arbejdsmæssige og økonomiske byrde over på de mere specialiserede sygehuse." Definition jf. www.sst.dk, og (10).

Ministeren for sundhed og forebyggelse er bemyndiget til at fastsætte nærmere bestemmelser om bl.a. krav til dokumentation fra de private udbydere, der indgår aftale, hvilket er sket i bekendtgørelse nr. 1085 om ret til sygehusbehandling og befordring m.v. (11). Dokumentationen vedrører:

- ◆ Behandlingstilbud, herunder behandlingserfaring, faglige kvalifikationer, vagtberedskab, apparaturstandard, behandlingsprincipper og lignende
- ◆ Ventetid til behandling
- ◆ Iagttagelse af patientrettigheder.

En aftale mellem Danske Regioner og et aftalesygehus består af en standardaftale, der regulerer de overordnede vilkår for aftalen, og et bilag med en specificering af de behandlinger og undersøgelser, som er omfattet af aftalen. Endvidere er specificeret, på hvilke vilkår den enkelte behandling gives, og den pris patientens bopælsregion skal betale herfor. Der er tale om vilkår, som ikke er lovregulerede, men aftalefastsatte. Standardaftalen indeholder endvidere opsigelsesvarsel, genforhandlingshyppighed og krav til dokumentation jf. ovenstående

Finansiel struktur og takstmodel

Der er som udgangspunkt ingen nærmere, formelle regler for, hvilke priser der skal gælde mellem regionerne og de private sygehuse m.v. under det udvidede, frie sygehusvalg. Priserne forhandles i form af takster mellem udbyder (de private sygehuse) og efterspørger (regionerne), hvor parterne har mulighed for konkret at aftale, hvilke takster der skal gælde for de enkelte behandlinger. Kan parterne ikke blive enige, kan det private sygehus indbringe spørgsmålet for Ministeriet for sundhed og forebyggelse, der har den endelige beslutningskompetence til at fastlægge disse.

Det er imidlertid en helt grundlæggende politisk forudsætning for det udvidede, frie sygehusvalg, at der skal skabes reelle muligheder for patienterne for at kunne vælge et privat sygehus, hvis ventetiden i det offentlige sygehusvæsen overstiger 1 måned. En betingelse herfor er bl.a., at takstafregningen mellem regionerne og de private sygehuse ikke giver væsentlige økonomiske barrierer for patientudvekslingen.

Der er på denne baggrund fastlagt en overordnet ramme for takstfastlæggelsen i Sundhedsloven. Det fremgår således af bemærkningerne til sygehusloven (L64 af 29.01.2002), at taksterne som udgangspunkt vil være DRG-taksterne. Forudsætningen om at tage udgangspunkt i DRG-taksterne skyldes en forventning om, at der derved på alle væsentlige behandlingsområder kan skabes en hensigtsmæssig og tilstrækkelig kapacitet under ordningen.

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

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

Afregning ved DRG-takster

De offentlige DRG-takster udregnes én gang om året af Sundhedsstyrelsen, og anvendes i den mellemregionale afregning af fritvalgspatienter på basisniveau (12). Reglerne gælder, hvor ingen anden aftale mellem regionerne foreligger. Der er udviklet takster for såvel stationære (DRG-takster) som ambulante patienter (DAGS-takster). Hertil kommer en række gråzonetakster for patientgrupper, der

har modtaget en behandling, som både kan foretages under indlæggelse og ved et ambulant besøg. Endelig kan der i den mellemregionale afregning opkræves (tillægs) betaling for visse særydelser (behandlingshjælpemidler og medicin), som fastsættes af Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Taksterne består principielt af alle variable samt en række faste omkostninger, der er forbundet med de enkelte behandlinger i det offentlige sygehusvæsen. Taksterne beregnes som 'gennemsnitsudgifter' på baggrund af de offentlige sygehuses omkostninger og aktivitetsregistreringer, hvor det i videst muligt omfang forsøges at fordele alle omkostninger i de enkelte patientforløb så detaljeret som muligt.

Af faste omkostninger indeholdt i taksterne som det offentlige sygehusvæsen afholder, men som private udbydere ikke i samme omfang afholder udgifter til, er bl.a. akutforpligtelser, forskning, kvalitetskrav og -udvikling, uddannelse af personale mm. Af faste omkostninger der ikke er indeholdt i taksterne, som det offentlige sygehusvæsen således ikke afholder, men som private udbydere nødvendigvis skal have dækket, er forrentning og afskrivning, købsmoms, lønsumsafgift mm.

I afsnit 6, 'Regulering af kvalitet', gennemgås de forskellige omkostninger og rammevilkår på offentlige sygehuse og aftalesygehuse.

Problemstillinger i aftalesystemet

Det udvidede, frie sygehusvalg adskiller sig på en række punkter fra en almindelig markedssituation. Alle private udbydere har ret til at få en aftale under det udvidede, frie sygehusvalg. Formålet er at sikre et tilstrækkeligt udbud af sundhedsydelser i det private og således give patienterne reelle valgmuligheder, hvis der er mere end 1 måneds ventetid på behandling i det offentlige sygehusvæsen.

Udgangspunktet for aftalesituationen er, at regionerne har pligt til at købe på baggrund af de aftalte takster, mens de private udbydere har ret, men ikke pligt, til at sælge. Dette stiller udbyder i en særlig stærk forhandlings- og markedsposition, og er i konflikt med fri konkurrence.

I stedet for en almindelig prismekanisme, hvor prisen justeres i henhold til udbud/efterspørgsel, er der i sundhedsloven fastsat en særlig konfliktløsningsmodel, hvorefter Ministeren for sundhed og forebyggelse på anmodning fra de private udbydere kan fastsætte aftalevilkårene, herunder prisen, såfremt de ikke kan blive enige med Danske Regioner herom. Under det udvidede, frie sygehusvalg er det med den aktuelle ordning således ikke muligt at skabe en markedsfastsat pris. Danske Regioner vurderer dog, at nuværende aftalesystem har været et fleksibelt system, som generelt har fungeret (9).

Siden indførelsen af det udvidede, frie sygehusvalg i 2002 er de private udbydere blevet stærkere organiseret, idet Sømmenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker (SPPD³), dannet i 2005, samlet forhandler takstniveauet på vegne af en række private udbydere, herunder de store privathospitaler. SPPD's 47 medlemmer repræsenterede i 2007 70-80 % af omsætningen under den udvidede fritvalgsordning, og omkring 80 % af omsætningen i den private sundhedssektor i Danmark (13). De private udbydere, som er medlem af SPPD, står dermed i en stærkere forhandlingsposition end initialt under dannelsen af det nuværende system. Det er oplagt at en så stærk forhandlingsorganisation kan virke skævvridende på konkurrencesituationen og den fri prisdannelse, med højere priser til følge.

Udbudsrunderne foretaget under suspensionen af det fri valg indikerer, at afregning til det private for operationer til DRG takst som fast procedure ikke er et hensigtsmæssigt afregningssystem, da de offentlige DRG takster alt andet lige ikke giver et retvisende billede af den faktiske omkostningsstruktur

³ SPPD er en brancheforening under Dansk Handel & Service. Medlemmerne af SPPD er også medlem af Dansk Handel & Service. SPPD blev dannet i marts 2005 på baggrund af en sammenlægning af brancheforeningen Sømmenslutningen af Privathospitaler i Danmark (SPD) og Brancheforeningen for Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark (BPPD). SPD blev oprettet i 1999 og BPPD i 2004.

blandt private udbydere. Priserne opnået under udbud er således mærkbart lavere end gældende DRG takster, jf. afsnit 6, 'Regulering af kvalitet'.

På tilsvarende vis anføres i 'Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet' at: "I forhold til den enkelte fritvalgsbehandling og det enkelte private sygehus er DRG-taksten imidlertid ikke nødvendigvis udtryk for en hensigtsmæssig takst. Det skyldes, at de underliggende omkostningsstrukturer hos de offentlige og private sygehuse i et vist omfang er forskellige..." (9). I rapporten anføres ikke eksplicit hvorvidt DRG taksterne er for høje eller lave, mens det dog konstateres, "at et stigende antal private sygehuse over tid ... rent faktisk har valgt at indgå aftaler under det udvidede, frie sygehusvalg. Det tyder på, at de gældende aftaler (og rammevilkår) generelt indebærer et positivt økonomisk afkast for de private sygehuse".

Sammenfattende om frit valg

Lov om udvidet frit sygehusvalg styrker markedsgørelsen gennem konkurrenceudsættelse de offentlige og private sygehuse imellem, med patienternes øgede frie bevægelighed/efterspørgsel mellem landets sygehuse, hvor regionerne indgår som finansiel garant for egne patienter.

Forvaltningspraksis for lov om udvidet frit sygehusvalg har udmøntet sig i bekendtgørelser og vejledninger, der bl.a. skal være med til at sikre 'lige adgang' til sundhedsvæsenet og frit valg af behandlingssted.

Lov om udvidet frit sygehusvalg er som følge af strejken blandt offentligt ansat sundhedspersonale i foråret 2008 suspenderet frem til 30. juni 2009. Under suspensionen er Regionerne forpligtet til at købe ledig behandlingskapacitet på private sygehuse og klinikker svarende til et månedligt gennemsnit af omsætningen på alle de private sygehuse og klinikker i henhold til den udvidede fritvalgsordning i perioden 1. okt. 2007 - 31. marts 2008. Suspensionen har åbnet op for at afprøve andre prismekanismer, fx udbud, hvor den overordnede beløbsramme er fastlagt, mens mængde og stykpris fastsættes under almindelige markedsvilkår.

Der er som udgangspunkt ingen nærmere, formelle regler for, hvilke priser der skal gælde for behandling ved de private sygehuse og klinikker under det udvidede, frie sygehusvalg. Priserne forhandles i form af takster mellem udbyder (de private sygehuse) og efterspørger (regionerne), ifølge bemærkninger til Sundhedsloven med udgangspunkt i DRG-taksterne. Ministeriet for sundhed og forebyggelse har den endelige beslutningskompetence til at fastlægge de endelige priser. Taksterne har i praksis hidtil været baseret på en kombination af forhandling med udgangspunkt i DRG-taksterne.

Det udvidede, frie sygehusvalg adskiller sig på en række punkter fra en almindelig markedssituation. Udgangspunktet for aftalesituationen er, at regionerne har pligt til at købe på baggrund af de aftalte takster, mens de private udbydere har ret, men ikke pligt, til at sælge. Dette stiller udbyder i en særlig stærk forhandlings- og markedsposition, og er i konflikt med fri konkurrence.

I stedet for en almindelig prismekanisme, hvor prisen justeres i henhold til udbud/efterspørgsel, er der i sundhedsloven fastsat en særlig konfliktløsningsmodel, hvorefter Ministeren for sundhed og forebyggelse på anmodning fra de private udbydere kan fastsætte aftalevilkårene, herunder prisen, såfremt de ikke kan blive enige med regionerne herom. Under det udvidede, frie sygehusvalg er det med den aktuelle ordning ikke muligt at skabe en markedsfastsat pris.

Siden indførelsen af det udvidede, frie sygehusvalg i 2002 er de private udbydere blevet stærkere organiseret, idet Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker (SPPD), der blev dannet i 2005 og i 2007 repræsenterede 70-80 % af omsætningen under den udvidede fritvalgsordning, forhandler takstniveauet på vegne af en række private udbydere, herunder de store privathospitaler.

Medlemmer af SPPD, står dermed i en stærkere forhandlingsposition end de gjorde hver for sig under dannelsen af det nuværende system. Det er oplagt at en så stærk forhandlingsorganisation kan virke skævvridende på konkurrence og prisdannelse.

4. Private sundhedsforsikringer

Syge og sundhedsforsikringer (herefter sundhedsforsikringer) fungerer under almindelige forsikringsvilkår, hvor summen af forsikringsudbetalinger finansieres kollektivt af forsikringstagerne via en præmie. For at undgå adverse selektion er præmierne ofte differentierede, afhængigt af den risiko forsikringsselskabet vurderer forsikringstageren er disponeret overfor. Ud over forsikringssummen, dækker præmien administration og forrentning/overskud.

Sundhedsforsikringerne tilbyder hurtigere behandling end det offentlige sundhedsvæsen kan tilbyde. Mens det udvidede frie sygehusvalg begrænser ventetiden til 1 måned for en række behandlinger i det offentlige sundhedsvæsen, kan patienter med en sundhedsforsikring gå direkte til behandling i privat regi, og dermed om muligt nedbringe ventetiden til under 1 måned.

Sundhedsforsikring medfører dermed hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og begrænsning af den tabte produktion som følge af fravær fra arbejdspladsen. Endvidere kan forsikringsfinansieret behandling i privat regi være medvirkende til at mindske efterspørgslen og ventelisterne i det offentlige sundhedsvæsen. Dette afhænger bl.a. af nettoeffekten af den personalevandring der sker som konsekvens af stigende efterspørgsel efter operationer og personale i den private sektor, på bekostning af mindre arbejdskraftudbud og produktion i det offentlige sundhedsvæsen. Nettoeffekten er et relevant analyseparameter i en situation med knappe ressourcer, hvilket i dag er tilfældet indenfor sundhedsfagligt personale. Der findes endnu ingen undersøgelser der reelt opgør effekten af sundhedsforsikringer, herunder effekt på ventelister, indikationskriterier, produktion og sygdom/fravær.

Forsikringstyper

Sundhedsrelaterede forsikringer kan overordnet inddeles i tre forsikringstyper (5):

- ◆ Brugerbetalingsforsikring: en forsikring, der primært dækker hele eller dele af brugerbetalingen ved en række behandlinger, fx fysioterapi, briller og kontaktlinser, tandpleje mm. Forsikringspræmien er ikke fradragsberettiget og betales af forsikringstager. Sygeforsikring "danmark" er den primære udbyder af brugerbetalingsforsikringer med over 2 mio. medlemmer ultimo 2007 (14).
- ◆ Behandlingsforsikring: en forsikring, der primært dækker et behandlingsforløb i forbindelse med sygdom, fx en operation. Forsikringspræmien er oftest tegnet og betalt af forsikringstagers arbejdsgiver/virksomhed. Under særlige betingelser er forsikringstager skattefritaget ved denne type forsikringer, jf. nedenstående. Knap 850.000 personer havde en behandlingsforsikring ultimo 2007.
- ◆ Kritisk sygdomsforsikring: en forsikring, der sikrer forsikringstager økonomisk støtte i tilfælde af diagnosticering med en sygdom inden for nogle specifikt udvalgte kritiske sygdomme. Bliver forsikringstager ramt af en af de sygdomme, vedkommende er forsikret mod, bliver der udbetalt et fast engangsbeløb. Kritiske sygdomsforsikringer er ofte sammenkoblet med en pensionsordning. Omkring 2.2 mio. danskere havde i 2006 en kritisk sygdomsforsikring. (15)

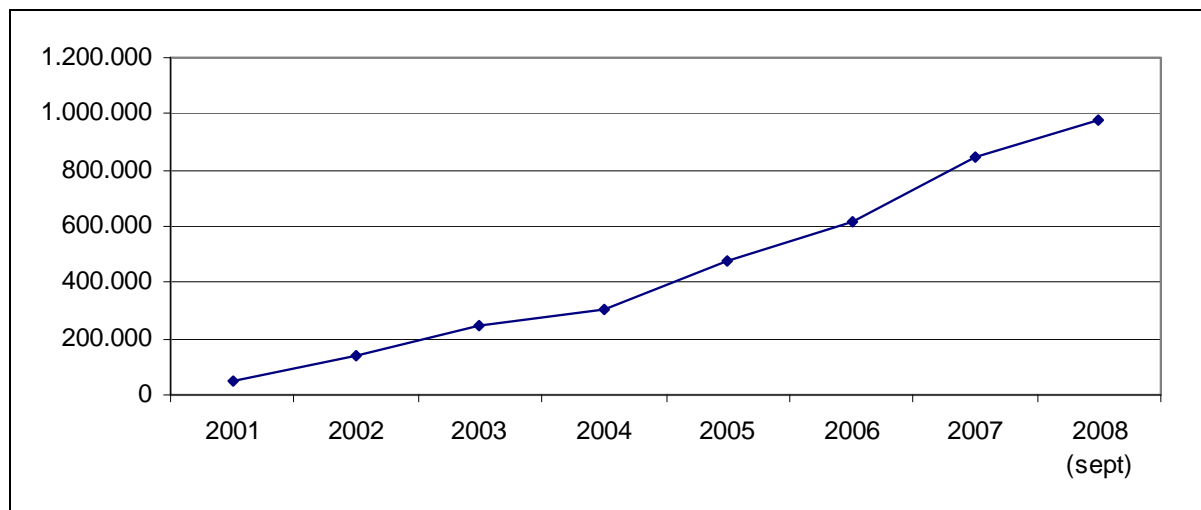
'Sundhedsforsikring' refererer i nærværende rapport til 'behandlingsforsikring'.

Udbredelse

Sundhedsforsikringer havde en meget begrænset udbredelse, før det i 2002 blev muligt for virksomheder at tilbyde sundhedsforsikringer til medarbejdere uden at der skal betales indkomstskat af dem. Siden er antallet af sundhedsforsikrede steget, idet der i 2001 var ca. 50.000 sundhedsforsikrede,

mens der ved udgangen af 2008 var knap 1 mio. (se Figur 1). Før der blev givet skattefrihed, var sundhedsforsikringer primært målrettet virksomhedernes nøglemedarbejdere. Nu tilbydes sundhedsforsikringer bredt, idet skattefriheden er betinget af, at alle medarbejdere tilbydes forsikringen, og den sociale lighed blandt forsikringstagerne er i noget omfang blevet udjævnet. Seneste tendens er, at også børn og samlevere tilbydes forsikringsdækning som del af den virksomhedstilbudte ordning.

Figur 1. Antal personer dækket af en sundhedsforsikring



Kilde: Forsikring & Pension (16), (17).

Skattefradrag

Skattefriheden for øvrige behandlinger blev indført ved lov nr. 389 af 6. juni 2002. Heri defineres to centrale betingelser for at opnå skattefrihed (18):

1. at udgiften afholdes som led i arbejdsgiverens generelle personalepolitik for alle virksomhedens medarbejdere, herunder at en forsikring tegnet af arbejdsgiveren omfatter samtlige virksomhedens medarbejdere.
2. at der foreligger en lægehenvielse til behandling. Skattefriheden for ydelser til behandling af misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler er dog alene betinget af, at der foreligger en skriftlig lægeerklæring om, at medarbejderen har behov for behandlingen, og skattefriheden for ydelser til kiropraktorbehandling og psykolog er alene betinget af, at der foreligger en skriftlig erklæring fra en kiropraktor/psykolog, der har autorisation.

Motivationen for skattefrihed er at forstærke virksomhedernes incitament til at påtage sig et socialt ansvar, og dermed et incitament til at skabe sundere medarbejdere/borgere.

Kravet om at arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer skal tilbydes alle medarbejdere i virksomheden er medvirkende til at sikre 'lige adgang ved lige behov' for de ansatte medarbejdere i virksomheden.

Selv om selve loven er relativ klar, er der dog efterfølgende sket en række praksisændringer, således at omfanget af ydelser, der er dækket af de private sundhedsforsikringer, langsomt er øget. Praksisændringerne er som følger (medmindre andet er angivet, har det ikke været muligt at tidsfæste praksisændringen):

- ◆ Forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader.

- ◆ Sygeafvænningskurser, rygestopkurser og nikotinpræparater (betinget af, at der er tale om en generel ordning for alle virksomhedens medarbejdere).
- ◆ Sundhedstjek, generel. Skattefrit, jf. SKM2004.371 LR (i modsætning hertil er en egentlig helbredsundersøgelse, som er skattepligtig, jf. SKM2005.203LR) - Praksis. 21. september 2004.
- ◆ Syge- og ulykkesforsikring, der både dækker arbejdstid og fritid, hvis forsikringssummen for fritid højst udgør 500.000 kr.
- ◆ Vaccination i overvejende grad af hensyn til arbejdet (LL § 16, stk. 3, 3. pkt. (bagatelgrænsen/grundbeløbsgrænsen). Lov nr. 437 af 10. juni 1997.
- ◆ Adgang til motionsrum uden instruktør (bl.a. SKM2001.253LR, generel velfærdsforanstaltning af bagatel karakter).
- ◆ Firmaidrætsarrangementer.

De fleste forsikringselskaber har tilpasset sig skattefrihedens muligheder, og tilbyder forskellige moduler, som kan supplere en grunddækning. Grunddækningen er typisk snævert defineret omkring hurtig behandling på et privathospital, men i stigende grad indeholder grunddækningen også behandling hos andre behandlere og terapeuter: kiropraktik, fysioterapi og psykolog. Som tilkøb fås normalt rekreative- og behandlingsophold og midlertidig hjælp i hjemmet. Midlertidig hjælp kan fx omfatte rengøring. Umiddelbart kan man mene, at rengøringshjælp er uforeneligt med kravene til skattefrihed for sundhedsforsikringer. Men forsikringselskaberne kræver i policerne, at der foreligger en lægehenvi- sning, og kan derfor på denne måde være omfattet af skattefradraget.

Generelt er grænsen for hvad der i en skattemæssig sammenhæng betragtes som en "behandling" ikke entydig. I forbindelse med behandlinger anvendt som målrettet forebyggelse eller behandling af en arbejdsrelateret skade, har Skat i 2002 fx konkret taget stilling til, at zoneterapi kan omfattes skattefriheden (19). Afgørelsen angiver ingen begrundelse for zoneterapiens særstilling på dette område, og der er ikke fremlagt noget dokumentation for behandlingens relevans i forhold til at forebygge eller behandle arbejdsrelaterede skader. Således vil der i princippet være mulighed for at omfatte andre alternative behandlinger som homøopati eller neurofysiurgisk massage i en skattesubsidieret forebyg- gelsespakke. Når der er tale om forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader kræves end- videre ikke lægehenvi- sning, således tilbyder fx Falck Healthcare mulighed for skattesubsidieret adgang til "tværfaglig behandling", hvor patienten direkte på internettet booker fx zoneterapi og massage. Behandlingernes kliniske relevans vurderes af her af en kiropraktor efter seks behandlinger.

Skattelovens skelnen mellem hvad der er et sundhedstjek og en egentlig helbredsundersøgelse kan også forekomme uklar. Vurderes de mulige ydelsers indhold i de forbyggede undersøgelser, kan der ikke konstateres nogen forskelle på hvad en helbredsundersøgelse kan indeholde. Skelnen ligger øjen- synlig i, at den forebyggende undersøgelse har til formål at forebygge fremadrettede problemer. Her kan man dog indvende, at hvis en læge, der i forbindelse med en "egentlig helbredsundersøgelse", blev opmærksom på en eller flere behandlingskrævende problemer, så ville lægen også have en for- pligtelse til at informere patienten om dette.

Antallet af beskæftigede borgere, der via deres arbejdsgiver har mulighed for at få adgang til behand- ling via en sundhedsforsikring, er 2,84 mio., jf. Tabel 3, svarende til 51,6 % af Danmarks samlede befolkning på 5,50 mio. pers.

Tabel 3. Befolkningen (15-66 år) efter beskæftigelsesstatus 2008K3 (1.000 personer)

Status	Antal	Andel af befolkningen
Beskæftigede	2.842	51,60 %
Arbejdsløse	100	1,80 %
Uden for arbejdsstyrken	796	14,50 %

Kilde: Danmarks Statistik, Tabel AKU1.

Skattefradragets værdi – skattefradragets andel af præmien

Værdien af skattefradraget afhænger af selskabstypen. De primære selskabstyper i Danmark og tilhørende selskabsbeskatning er listet i Tabel 4. Skattefradraget resulterer i mindsket selskabsbeskatning, der angiver virksomhedens økonomiske incitament til at tilbyde dens medarbejdere en sundhedsforsikring. Det økonomiske incitament er størst for enkeltmandsvirksomheder / interessentskaber, der kan trække op til 59 % af udgiften fra, afhængigt af virksomhedens indtjening, mens offentlige organisationer ikke betaler skat, og derfor ikke kan udnytte skattefradraget.

Det økonomiske mekanismedesign med skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer forvansker dermed offentlige organisationers finansielle incitament til at tilbyde deres medarbejdere en sundhedsforsikring.

For at imødekomme jobmarkedets stigende fokus på sundhedsforsikringer som 'gratis' medarbejdergode, har mindst én offentlige organisation⁴, på trods af den manglende 'skattegevinst', alligevel valgt at indføre arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, se nedenstående afsnit (sundhedsforsikringer i fagforbund og offentlige organisationer).

Tabel 4. Generel firmastatistik efter virksomhedsform

Selskabstype	Selskabsbeskatning 2008	Antal firmaer (2006)	Antal fuldtidsansatte (2006)
Aktieselskab (A/S)	25 %	30.526	944.064
Anpartsselskab (APS)	25 %	59.637	218.085
Interessentskab (IS) mv.	0 - 59 %	18.208	44.127
Enkeltmandsfirma	0 - 59 %	165.771	138.303
Offentlig myndighed	Ej skattepligtig	456	627.427
Andelsforening	14,3 % - 25 %	1.518	34.721
Fond, forening mv.	0 - 25 %	15.541	143.683
Anden ejer	...	6.557	89.089
Antal firmaer/fuldtidsansatte i alt		298.214	2.239.499

Kilde: Danmarks Statistik, Tabel GF5.

Tabel 4 angiver udbredelsen af virksomhedstyperne. Når der i beskæftigelsesstatistikken i Tabel 3 tages højde for antal af fuldtidsansatte i en offentlig myndighed, der ikke er skattepligtig, er antallet af borgere med mulighed for gennem en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring at drage fordel af skattefriheden ca. 2,21 mio., svarende til 40,1 % af Danmarks samlede befolkning.

⁴ Fredensborg Kommune (20).

Værdi af skattefradrag

Skatteministeriet har opgjort den skønsmæssige værdi af skattefradrag på sundhedsforsikringer. I 2002 havde skattefradraget (skat og arbejdsmarkedsbidrag) en værdi på 90 mio. kr. stigende til 405 mio. kr. i 2006 (18). Herefter ændres forudsætningerne⁵, og den skattemæssige værdi udgør ifølge skatteministeriet 340 mio. kr. i 2007 (med den ændrede opgørelsesmetode ville virkningen i 2006 have udgjort 290 mio. kr.).

Table 5. Værdi af skattefradrag

Beløb i mio. kr.	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Værdi af skattefradrag på sundhedsforsikringer	90	200	240	325	405	340

Kilde: Forsikring & Pension, Skatteministeriet (18).

Seneste tal fra Det Økonomiske Råd angiver i en rapport udgivet i 2008 værdien af fradraget på sundhedsforsikringer ca. 30 % højere (525 mio. kr. i 2006) (21).

Ugebrevet A4 beregner værdien til ca. 684 mio. kr. i 2008, med udgangspunkt i en gennemsnitlig årlig præmieindtægt på 1.250 kr. (22).

Skattefradrag via bruttolønsordning

Arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer anvendes i høj grad i rekrutteringsøjemed, successivt med arbejderfastholdelse. For at imødekomme nuværende og kommende medarbejderes stigende fokus på sundhedsforsikring som medarbejdergode, anvender nogle offentlige organisationer, herunder kommuner, i stigende grad bruttolønsordninger som kompensation for skattefriheden til de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Bruttolønsordningerne anvendes som incitamentsprogram for medarbejderne via kommunalfuldmagten.

Vha. en bruttolønsordning kan en medarbejder privat tegne en sundhedsforsikring, hvor præmien er fradragsberettiget, og betales af medarbejderens personlige indkomst før skat.

Skattefradragets værdi afhænger af skatteborgerens personlige indkomst, og udgør mellem 0 - 59 % af præmien. Præmien afholdes dermed i fællesskab af medarbejderen og staten, via et skattesubsidie i form af skattefradrag i personindkomsten. Arbejdsgiveren imødegår forsikringsordningens fordele i form af forventet mindsket sygefravær og mindsket tabt produktion, mens forsikringen som udgangspunkt er gratis, hvor der dog skal tages højde for eventuelle administrationsomkostninger.

Skattefradragets adgangsbegrænsende virkning

Da skattefradragsretten tilgodeser erhvervsaktive borger ansat i en skattepligtig organisation er skattefradraget som skattesubsidie principielt med til at aktualisere problematikken om lige adgang, idet staten medfinansierer sundhedsydelse leveret af de private hospitaler og klinikker for en mindre delmængde af hele befolkningen.

Under antagelse af at erhvervsaktive borgere generelt er 'ressourcestærke' i forhold til ikke-erhvervsaktive borgere, tilskynder skattefriheden ressourcestærke borgeres brug af privat behandling via en forsikringsordning, uden om det offentlige system, der sidestiller samfundets borgere. Skattefrihed på

⁵ Sundhedsforsikringer er nedjusteret med ca. 65 mio. kr. Det henføres til ændrede skøn fra Skatteministeriet på baggrund af nye oplysninger om udbredelsen af sundhedsforsikringer og størrelsen af præmierne fra Forsikring og Pension for både ultimo 2005 og ultimo 2006. Disse tal viser, at skattefradragsværdien ved sundhedsforsikringer tidligere var overvurderet. Hvis ændringen i skatteudgift måles i forhold til de justerede tal for 2006, er den vokset ca. 50 mio. kr. Dette beløb er et bedre udtryk for den egentlige udvikling i skatteudgiften vedr. sundhedsforsikringer. Alt i alt skønnes den reelle vækst i skatteudgifterne for personalegoderne at være 130 mio. kr. fra 2006 til 2007 (18).

arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer forstærker dermed de ulige adgangsvilkår som det udvidede frie sundhedsvalg medfører, der altså tilgodeser ressourcestærke borgere frem for ressourcesvage borgere.

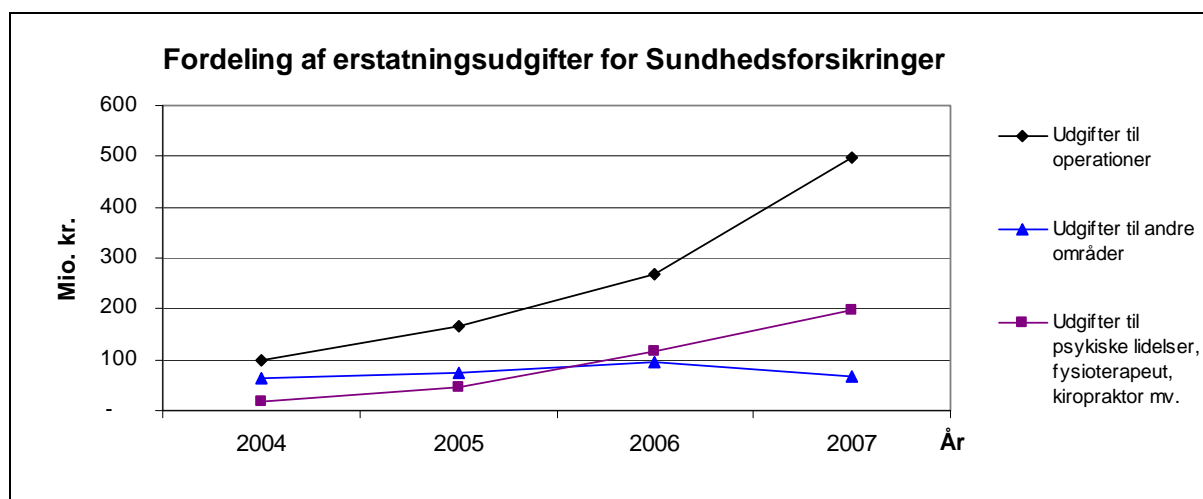
Den finansielle incitamentsstruktur inddeler således borgerne i tre delmængder:

- ◆ Borgere med arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring: *egenbetaling af præmien: 0 %*
- ◆ Borgere med en bruttolønsordning: *egenbetaling af præmien: 31–63 %*⁶
- ◆ Borgere uden arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring eller bruttolønsordning, samt borgere udenfor arbejdsmarkedet: *egenbetaling af præmien: 100 %*.

Bruttoerstatningsudgifter

Det er ikke muligt at vurdere hvor stor en andel af erstatningerne, der kan henføres til den snævre fortolkning af ligningsloven, og hvor stor del der går til fx zoneterapi og massage. Forsikring og pension (23) angiver, at fx zoneterapi og massage vil være omfattet af kategorien "psykiske lidelser, fysioterapi, kiropraktik mv.". Denne kategori har udvist den største relative vækst (se Figur 2), mens "udgifter til operationer" er den kategori der i kroner er vokset mest. Kategorien "udgifter til andre områder" dækker over bl.a. hjemmehjælp og ledsageordninger.

Figur 2. Bruttoerstatningsudgifter på udvalgte områder



Kilde: Forsikring & Pension (16).

Aflastning af det offentlige sundhedsvæsen

Et væsentligt argument for udbredelsen af skattesubsidieret private sundhedsforsikringer er, at den aktivitet der gennemføres på et privat sygehuse ikke skal gennemføres på et offentligt sygehus, hvorfor sundhedsforsikringerne aflaster det offentlige sundhedsvæsen. I forhold til at vurdere de private sundhedsforsikringers aflastning af det offentlige sundhedsvæsen, er det mest relevant at analysere udgifter til operationer, da de øvrige ydelser kun i ringe omfang er en del af det offentlige sundhedstilbud.

⁶ Anvendte skattesatser: Egenbetaling v. topskat: 100 % - 59 % = 31 %.

Egenbetaling v. Bundskat: 100 % - (Kommuneskat, Bundskat, Sundhedsbidrag) = 100 % - 37 % = 63 %

Privatsygehuse og klinikker er, jf. § 19 og § 82 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner, forpligtede til at indberette samtlige behandlingsforløb til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, hvorfor disse indberetninger i princippet kunne danne rammene for en kortlægning. I praksis tyder det dog på, at ikke alle private hospitaler indberetter samtlige behandlingsforløb til Landspatientregisteret. Hvis man ser på indberetningerne i 2007 fra det private sygehusvæsen til LPR-registeret, og omsætter det til DRG-værdi, så blev der omsat for ca. 139 mio. kr. DRG-værdi af den private sygehussektor⁷ (se Tabel 6).

Tabel 6. Omsætning i den private sygehussektor målt efter % og DRG-takst fordelt efter sygehusgruppe og betaler. Kun behandlinger registreret i Landspatientregistret, 2007 (24)

	Hel eller delvis selvbetaler	Betalt af forsikrings-selskab	Betalt af det offentlige (ty-pisk regionen)	Anden betaler	Uoplyst	I alt	Samlet DRG-takst i 1.000 kr.
Sygehusgruppe	Pct. af omsætning						
Egentlige privat-sygehuse	10	18	71,4	0,5	0	100	679.967
Klinikker	3,8	9,3	85,6	1,3	0	100	175.206
Hospices	0	0	98,8	0	1,2	100	14.081
Specialsygehuse	0	0	0	0	100	100	130.231
I alt	7,5	13,9	65	0,6	13	100	999.486

Kilde: Glavind (24)

Data i tabellen kan sammenholdes med at der i 2007 var bruttopræmieudbetalinger af en værdi på 758 mio. kr. (5), hvoraf 66 % af bruttopræmieudbetalinger går til dækning af hospitalsbehandlinger⁸ (25).

Samlet giver dette præmieudbetalinger på 500 mio. kr. Selv hvis der regnes med en evt. højere afregning til privathospitalernes fra forsikrings-selskaberne, så må det konkluderes, at tallene umiddelbart ikke lader sig balancere. Hvis tallene fra *forsikring og pension* står til troende, så må det konkluderes, at privathospitalerne i 2007 ikke formåede at leve op til kravene i bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker.

Der er dog stor forskel på hvilke sygehuse, der ikke formår at leve op til kravene. Niels Glavind finder på baggrund af udtræk fra LPR, at privathospitalet Hamlet, målt efter DRG-takst havde en samlet omsætning på 154 mio. kr.⁹. Dette tal kan sammenholdes med en i årsregnskab opgivet bruttofortjeneste i 2007 på 143 mio. kr. (24). Da det offentlige aflønner med ca. 95 % af DRG-taksten (i 2006/7), er der således rimelig balance i tallene. Hvis rapporteringen er fuldstændig, tyder det dog også på, at afregningen fra forsikrings-selskaberne og privatbetalerne ikke afviger markant fra hvad det offentlige betaler.

Sundhedsforsikringernes økonomi

Præmien for sundhedsforsikringer varierer med aldersgruppe, forsikringsvirksomhed, dækning mv., men en virksomhedstegnet grunddækning koster i gennemsnit omkring 1.000 kr., jf. Tabel 7, og har ligget relativt konstant i perioden. Modsat er de udbetalinger, der er knyttet til forsikringerne steget markant, så dækningsbidraget per forsikring i dag er under pres.

⁷ 13,9 % af 999 mio. kr.

⁸ Fordelingen er baseret på indberetninger fra ca. halvdelen af forsikrings-selskaberne.

⁹ Dette beløb indeholder også behandlinger betalt af det offentlige (fritvalgspatienter) og private selvbetalere.

Tabel 7. Præmier og dækningsbidrag for sundhedsforsikringer

Beløb i kr.	2003	2004	2005	2006	2007
Bruttopræmieindtægt pr. forsikringstager	1.090	1.137	1.022	995	996
Bruttopræmieudgift pr. forsikringstager	399	595	603	788	893
Dækningsbidrag pr. forsikringstager	690	542	419	206	104
Dækningsgrad pr. forsikringstager	63 %	48 %	41 %	21 %	10 %

Kilde: Egne estimater på baggrund af Forsikring & Pension (17)

Omsætningen genereret af de private sundhedsforsikringer udgjorde i 2007 ca. 1 % af sundhedsvæsenets samlede omsætning.

Af Tabel 8 fremgår de samlede bruttopræmieindtægter og – udgifter (16). Indtægterne er steget i gennemsnit 33 % fra 2003 - 2007, mens udgifterne i gennemsnit er steget med 67 %, hvilket indikerer at forsikringstager i stigende grad behandles gennem forsikringsordningen.

Tabel 8. Bruttopræmieindtægter/-udgifter for sundhedsforsikringer

Beløb i mio. kr.	2003	2004	2005	2006	2007
Bruttopræmieindtægter (mio. kr.)	268	348	483	611	846
Bruttoerstatningsudgifter (mio. kr.)	98	182	285	484	758

Kilde: Forsikring & Pension (16), Politiken (17)

Ekstrapoleret fra den gennemsnitlige ændring i bruttopræmieindtægten og -udgiften pr. forsikringstager fra 2003 - 2007, adderet med antallet af forsikrede, angiver en bruttopræmieindtægt i 2008 på ca. 954 mio. kr. og en bruttopræmieudgift på ca. 996 mio. kr. Estimatet er alt andet lige konservativt givet bl.a. strejken blandt offentligt ansat sundhedspersonale, i foråret 2008.

Forsikringsbranchen melder om en generel stigning i brugen af forsikringsordningerne, forstærket af strejken. Danica Pension vurderer at mere end 20 % af kunderne i Danica Sundhedsforsikring gør brug af deres forsikring mindst én gang om året, mod 7 % i 2004 (26). Koncernen vurderer at strejken i foråret 2008 alene har betydet et merforbrug på 15 %, mens PFA Pension og Codan Care angiver, at strejken har medført et merforbrug på omkring 30 % (27). Codan Care vurderer, at næsten 80 % bruger deres forsikring mod under 10 % få år tilbage.

På denne baggrund varsler flere forsikringskoncerner præmiestigninger i løbet af 2009 og 2010, typisk på 20 – 30 % af 2008 præmierne (26) (27) (28), mens andre koncerner allerede har gennemført prisstigninger i 2007 og 2008 (27). Forsikringskoncernen Codan indfører en selvrisiko i 2009 på 500 kr. Samtidig giver koncernen rabat på 30 % til virksomheder, der vælger selvrisiko til. Markedsudviklingen peger dermed i retning af et mere 'almindeligt' marked for forsikringsydelser, hvor forsikringsprodukterne bl.a. inkluderer risikodeling forsikringstager og forsikringsgiver imellem. Markedet er dog med skattefradraget subsidieret fra staten, hvilket medfører en yderligere skævvridning i karakteristika for forsikringstagerne i forhold til befolkningen generelt, ud over den almindelige indkomsteffekt, hvor forbrug og indkomst er positivt korrelerede.

Sundhedsforsikringer og lighed

Den gennemgåede underrapportering til LPR undergraver reelt mulighederne for at anvende LPR-registeret som udgangspunkt for analyse til hvordan forsikringer påvirker adgangen til sundhedsvæsenet. Derfor fokuseres i stedet på sundhedsforsikringernes udbredelse.

De arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er ikke ligeligt fordelt i befolkningen, da 58 % af de privatansatte har en sundhedsforsikring stillet til rådighed, mens den tilsvarende andel for offentligt ansatte er 6 % (22). Hhv. 2 og 8 % ved ikke hvorvidt de har en sundhedsforsikring stillet til rådighed. Foruden en mere principiel modstand mod sundhedsforsikringer blandt offentlige organisationer, tyder undersøgelsen på at skattefradragreglerne, der er særligt fordelagtige for medarbejdere i private virksomheder, har indflydelse på den faktiske udbredelse af forsikringerne. Fagbevægelsen og offentlige organisationer, herunder kommunerne, er dog i stigende omfang blandt de nyere forsikringstagere, jf. efterfølgende gennemgang. Ca. halvdelen af kommunerne arbejder på at kunne præsentere en forsikringsordning for medarbejderne. På tværs af sektorerne har i gennemsnit 38 % en sundhedsforsikring stillet til rådighed (29).

Dansk Sundhedsinstitut vurderer, at andelen af lønmodtagere dækket af en sundhedsforsikring vil stige til op imod 80 %, såfremt sundhedsforsikringer bliver lige så udbredt i den offentlige som i den private sektor (30).

Skattesystemets indretning gør, at der er størst økonomisk fordel ved at tegne en sundhedsforsikring for betalere af topskat. Dette afspejles også i udbredelsen af de private sundhedsforsikringer. Hvor 50 % af de privatansatte med en årsindtægt på under 300.000 kr. i 2008 havde en sundhedsforsikring stillet til rådighed af deres arbejdsgiver, er andelen 56 % for privatansatte med en årsindtægt på 300.000-500.000 kr., og 66 % for privatansatte med en årsindtægt over 500.000 (22).

Tilsvarende er personer med en videregående uddannelse overrepræsenteret (22) (5). Blandt privatansatte med en folkeskoleuddannelse har 39 % en sundhedsforsikring, mens 63 % med en videregående uddannelse har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring.

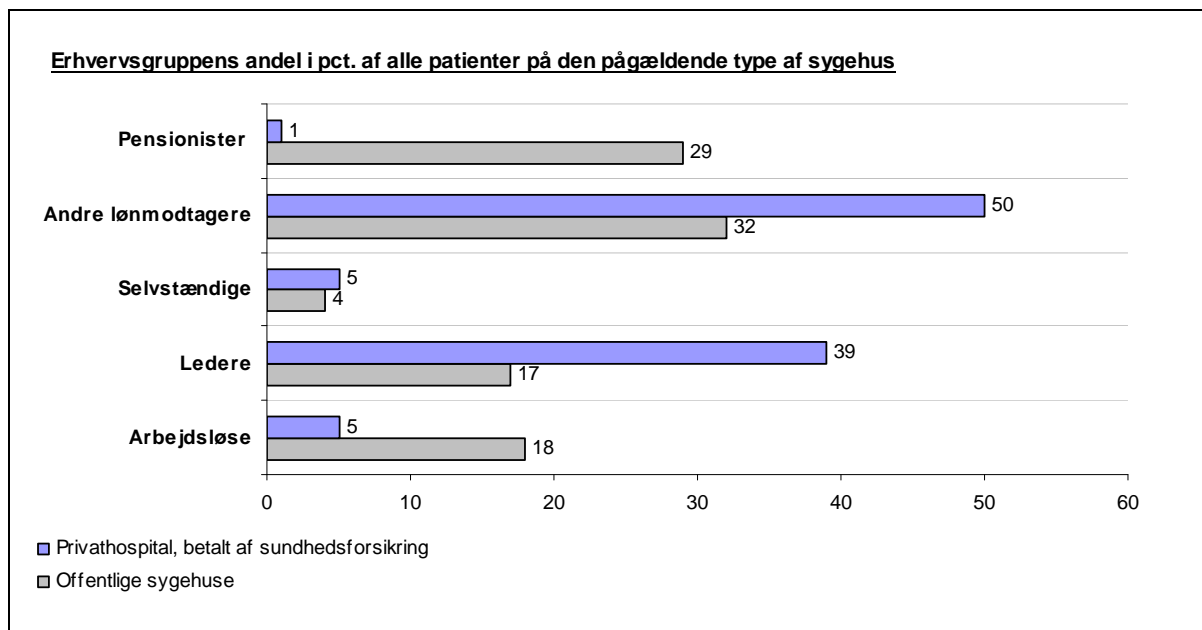
Især yngre personer på arbejdsmarkedet har en sundhedsforsikring. Andelen af privatansatte med en sundhedsforsikring er 66 % i aldersgruppen 18 - 34 år, mens den tilsvarende andel er 57 % i aldersgruppen 35 - 55 år og 42 % i aldersgruppen 56+ år (22).

Der er også en kønsbestemt forskel i udbredelsen af sundhedsforsikringer. Blandt forsikringstagerne er 61 % mænd og 53 % kvinder (17).

Mens sundhedsforsikringer oftest tegnes for personer i den erhvervsaktive alder, angiver Danica pension ligeledes, at et stigende antal børn sundhedsforsikres. Hos pensionsselskabet er der på tre år kommet børn med på 25.000 af selskabets 150.000 forsikringspolicer, mens der hos PFA Pension er børn med på 50.000 af selskabets 115.000 forsikringspolicer. Sundhedsforsikring for børn tegnes både privat og gennem forældrenes arbejdsgivere. Ved Danica pension har ca. 2.000 børn, hvis forældres firmaaftale ikke inkluderede børneforsikring som element, fået tegnet en forsikring (31).

Den socialt skæve udbredelse af private sundhedsforsikringer afspejles i forbrugsmønstret. I Figur 3 sammenholdes sygehusaktiviteten betalt af forsikringsselskaberne på private sygehuse med aktiviteten på de offentlige sygehuse. Af figuren fremgår, at ressourcetsvage personer er underrepræsenterede i forhold til at modtage et forsikringsbetalt ophold på et privatsygehus, mens personer med ledende stillinger er overrepræsenterede.

Figur 3. Arbejdsmarkedsstatus for patienter på privathospital via sundhedsforsikring



Tallene omfatter alle patienter over 21 år i 2007.

Kilde og grafik: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd for Ugebrevet A4 (22).

Det anføres, at undersøgelsens datagrundlag er selekteret og relativt spinkelt, og at undersøgelsens resultater skal evalueres på denne baggrund, med relevante forbehold.

Sundhedsforsikringer i fagforbund og offentlige organisationer

Mens sundhedsforsikringer i dag oftest er arbejdsgiverbetalte gennem privat virksomhed, er fagbevægelsen og offentlige organisationer, herunder kommunerne, som nævnt, blandt de nyere forsikringstagerere.

Traditionelt har der i disse organisationer været modstand mod sundhedsforsikringer. Argumentet er, at sundhedsforsikringerne er skævvridende i adgangskriterierne, idet visse borgere kommer foran andre, trods ellers 'lige behov'. Forsikringerne kritiseres for at medvirke til øget social ulighed, idet førtidspensionister, arbejdsløse, ældre og andre uden for arbejdsmarkedet sjældent er blandt forsikringstagererne. Endvidere peges på det principielt forkerte i at en offentlig organisation støtter private sygehuse, hvilket ifølge kritikerne kan medvirke til at 'undergrave' de offentlige sygehuse.

En undersøgelse foretaget af Ugebrevet A4 viser, at ca. 43 % af medlemmer af fagbevægelsen ønsker at blive forsikret, mens 31 % ikke mener dette er en fagforeningsopgave (32).

I fagforeningsledelserne er meningene delte. Formænd for flere af landets store forbund og hovedorganisationer afviser sundhedsforsikringer grundet 'social ulighed' i adgangskriterierne. Endvidere frygtes, at udviklingen af privat sygdomsbehandling vil skade de offentlige sygehuse (32).

Andre formænd (3F og Dansk Metal) er ikke kategorisk afvisende. Formanden for 3F lancerede således et forslag om at tilbyde sygeforsikringer til 3Fs medlemmer i 2001, hvilket efterfølgende blev trukket tilbage. En undersøgelse blandt 3F's webpanel i 2007 viste, at omkring 20 % af 3F's medlemmer var dækket af en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring (32; 33).

Finansforbundet forhandler for sine ca. 50.000 medlemmer arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring via en fælles overenskomst (telefoninterview).

Politiforbundet har valgt at tilbyde sine medlemmer en selvbetalt sundhedsforsikring (100 % egenbetaling). 4.000 af forbundets 12.000 medlemmer har valgt at tage imod dette tilbud, mod en månedlig ydelse i 2009 på 210 kr., svarende til 2.520 kr. pa. (2008: 125 kr. måned / 1.500 kr. pa) (telefoninterview; (32).

6 kommuner¹⁰ ud af landets i alt 98 kommuner tilbyder primo 2009 deres ansatte sundhedsforsikringer betalt via bruttolønsordning, mens Fredensborg som landets eneste kommune tilbyder arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Statsforvaltningen har i denne forbindelse godkendt, at Fredensborg kommune indfører arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring til kommunens ansatte efter en borgerklage, hvori borgeren anførte at ordningen var ulovlig i forhold til kommunestyrelsesloven og sundhedsloven (lige adgang ved lige behov), samt at kommunen både i almindelighed og i relation til kommunestyrelsesloven forfulgte et ulovligt formål med den trufne beslutning (20).

En rundspørge foretaget af magasinet Danske Kommuner, der inkluderer tal for 71 kommuner, viser, at ca. halvdelen (48 kommuner) af kommunerne i øjeblikket er tæt på at kunne præsentere en forsikringsordning for medarbejderne, som enten finansieres via en bruttolønsordning (36 kommuner) eller som et arbejdsgiverbetalt personalegode (12 kommuner). I afvejningen om valg af ordning indgår, at en bruttolønsordning reelt udhuler kommunernes egen indtægt (mindsket kommunal skatteindtægt) (34).

En rundringning viser at mellem ca. 15 - 35 % af medarbejderne har valgt at tage imod dette tilbud.

Sammenfatning

Skattefradragsretten på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har medført en voldsom stigning i antallet af solgte sundhedsforsikringer. Sundhedsforsikringerne tilgodeser primært erhvervsaktive, ressourcestærke borgere, både når der ses på adgang i form af forbrugsmuligheder og ved det faktiske forbrug. Modsat sikrer kravet om, at forsikringerne skal tilbydes alle på arbejdspladsen for at opnå skattefradrag, en mere ligelig fordeling blandt de erhvervsaktive, end det alternativt ville være tilfældet.

Udbredelsen af private sundhedsforsikringer forventes fremover fortsat at stige, da kommunerne og andre offentlige institutioner arbejder med at udvikle tilbud om privat sundhedsforsikring til deres medarbejdere. Andre vækstmarkeder er tilbud om sundhedsforsikring til børn og samlevere.

Da erhvervsaktive borgere generelt er 'ressourcestærke' i forhold til ikke-erhvervsaktive borgere, tilskynder skattefriheden ressourcestærke borgeres brug af privat behandling via forsikringsordning. Skattefriheden forstærker dermed de ulige adgangsvilkår, som det udvidede frie sundhedsvalg medfører, idet ressourcestærke borgere er bedre til at udnytte mulighederne heri, end ressourcetsvage borgere.

Forventningen om større efterspørgsel efter sundhedsforsikringer blandt offentlige institutioner sker til trods for et mindre økonomisk incitament blandt disse organisationer, idet de ikke kan drage fordel af skattefradraget. Det økonomiske mekanismedesign (skattefrihedsordningen) forvansker dermed offentlige organisationers finansielle incitament til at tilbyde deres medarbejdere en sundhedsforsikring.

På borgersiden inddeler skattefradraget reelt borgerne i tre delmængder: a) Borgere m. arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring (egenbetaling af præmien: 0 %); b) Borgere m. bruttolønsordning (egenbetaling af præmien: 31 – 63 %); c) Erhvervsaktive borgere uden arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring eller bruttolønsordning, samt ikke erhvervsaktive borgere (egenbetaling af præmien: 100 %).

¹⁰ Varde, Hedensted, Samsø, Vordingborg, Skanderborg og Solrød Kommuner.

Sundhedsforsikringernes andel af sundhedsvæsenets omsætning udgjorde i 2007 ca. 1 %. Denne andel forventes at stige fremover, både fordi antallet af forsikringer forventes at stige, og fordi udbetalingerne fra sundhedsforsikringerne per forsikringstager er i vækst.

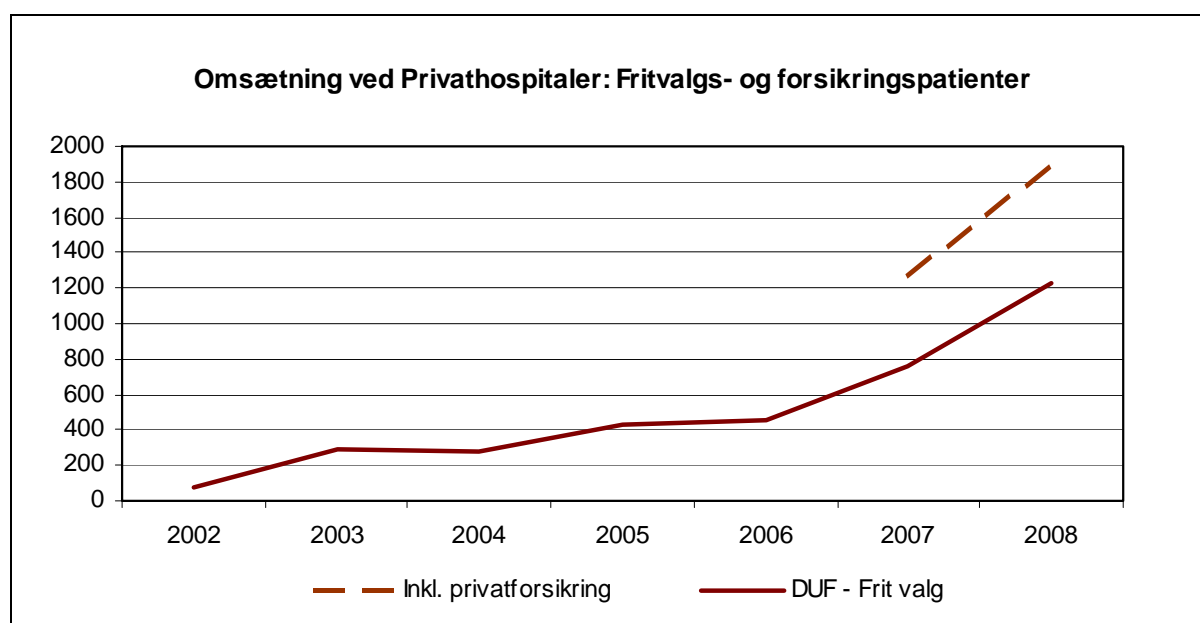
En væsentlig del af den aktivitet sundhedsforsikringerne genererer, er sundhedsydelser der ikke er omfattet af det offentligt finansierede sundhedstilbud, hvorfor der for de ydelser ikke vil være tale om aflastningen af det offentlige sundhedsvæsen. En vurdering af en evt. aflastningen af de offentlige sygehus, for den forsikringsfinansierede aktivitet på privatsygehusene er ikke mulig, fordi privatsygehusenes indberetninger til Landspatientregisteret er for mangelfuld. Derfor er det vanskeligt at vurdere, om privatforsikringer reelt aflaster det offentlige sygehusvæsen, eller der blot er tale om en udvidelse af det samlede behandlingstilbud.

5. Den private sygehusproduktion

Omsætning på privathospitalerne

Figur 4 viser udviklingen i de private sygehuses omsætning siden 2002. Der er tale om estimater, da den præcise omsætning ikke kendes. Alene for fritvalgspatienterne er der tale om en syvfoldning fra 160 millioner kroner 2002 (omregnet til helårsproduktion) til 1.231,4 millioner kroner i 2008. Den øvrige omsætning på privathospitalerne er dårligt belyst, men Figur 4 viser skøn for privatforsikringsbetalte behandlinger på knap 500 millioner kroner i 2007 og 653 millioner kroner 2008 (afstand mellem fuldt optrukne og stiplede linje i figuren). Hertil kommer selvbetalte behandlinger, hvis omfang vi ikke kender.

Figur 4. Omsætning på privathospitalerne. Estimat for omsætning på fritvalgspatienter fra 2002 til 2008 og for patienter med privat sundhedsforsikring kun for 2007 og 2008



Anm. Omsætning for selvbetalere kendes ikke og er ikke medtaget. For 2002 er omsætning kun opgjort for andet halvår, da det udvidede frie sygehusvalg først trådte i kraft 1. juli 2002. For ikke at vise en misvisende trend er omsætningen på 80 millioner kroner i andet halvår af 2002 ganget med 2.

Kilder: Notat af 22.09.2008 fra Sundhedsøkonomisk kontor, Danske regioner for årene 2002 til 2006. For 2007 og 2008. For fritvalgspatienter er det LPR-DOSA fra Danske Regioner og beregninger fra Forsikring og Pension (hovedtal). Omsætning er beregnet under antagelse om 95 % af DRG-takster.

Privathospitalernes markedsandele i 2007 og 2008

Privathospitalernes omsætning er steget meget kraftigt siden 2002 og ligger i 2008 på ca. 2 milliarder kroner. For somatiske sygehusbehandlinger er der tale om en markedsandel på 2,5 % i 2007 og næsten 3,9 % i 2008, se Tabel 9 nedenfor. Bilag B belyser LPR produktionsværdierne mere detaljeret.

Tabel 9. Produktion på somatiske afdelinger¹¹

2007	Offentlige sygehuse	Private sygehuse	Samlet sygehuse
Produktionsværdi jf. LPR	46.302.185.966	683.835.704	46.986.021.670
Produktionsværdi v. forsikringer (operationer)	-	497.033.452	497.033.452
Produktionsværdi ekskl. privatfinansiering	46.302.185.966	1.180.869.156	47.483.055.122
<i>Procentuel fordeling</i>	<i>97,5 %</i>	<i>2,5 %</i>	<i>100,0 %</i>

2008 (estimat)	Offentlige sygehuse	Private sygehuse	Samlet sygehuse
Produktionsværdi jf. LPR	46.541.780.734	1.231.389.237	47.773.169.971
Produktionsværdi v. forsikringer (operationer)	-	652.908.603	652.908.603
Produktionsværdi ekskl. privatfinansiering	46.541.780.734	1.884.297.840	48.426.078.574
<i>Procentuel fordeling</i>	<i>96,1 %</i>	<i>3,9 %</i>	<i>100,0 %</i>

Produktionsværdi for de private sygehuse estimeres som den samlede produktion afregnet til 95 % af DRG-taksten.

Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA, Egne beregninger på baggrund af Forsikring og Pension (16).

Inden for de elektive, kirurgiske behandlinger, hvor en meget stor del af den private omsætning ligger, er markedsandelen selvsagt endnu større, se Tabel 10. Bilag C belyser LPR aktiviteten mere detaljeret.

Tabel 10. Andele af stationære og ambulante behandlinger på privathospitaler – opgjort som andele af produktionsværdien af summen af offentlig og privat produktion.

Behandling	Stationære behandlinger (udskrivninger)		Ambulante behandlinger	
	2007	2008	2007	2008
Brystkirurgi	14,5 %	23,8 %	6,8 %	7,1 %
Fedmekirurgi	61,5 %	84,6 %	100 %	100 %
Rygkirurgi	22,9 %	40,0 %	50 %	85,7 %
Øvrig ortopædkirurgi	6,8 %	11,8 %	8,5 %	18,0 %
Øvrige behandlinger	0,5 %	0,9 %	1,1 %	1,8 %

Anm. For begge år er der ved beregning af andele kun medtaget behandlinger i de første 9 måneder af året i begge sektorer. Kilde: LPR-DOSA fra Danske Regioner.

Både hvad angår stationære og ambulante udskrivninger, konstateres fald i udskrivninger fra offentlige hospitaler og stigninger i udskrivninger fra private hospitaler. Dette forklares med:

- ◆ Ændring af 'fritvalgsgarantien' fra 2 til 1 måned.
- ◆ Strejke blandt sygehuspersonalet ved offentlige sygehuse i foråret 2008
- ◆ Anden udvikling imod større brug af privathospitaler bl.a. pga. sundhedsforsikringer.

¹¹ Produktionsværdi inkluderer sygehuspatienter finansieret via den offentlige sygesikring; patienter behandlet i den offentlige sektor samt i den private sektor i form af fritvalgspatienter og 'bilaterale' patienter. Produktionsværdien inkluderer udelukkende somatiske sygehusbehandlinger. Psykiatrien indgår ikke. De private udbydere udleverer ikke information omkring omsætning og produktionsværdi. Estimer af produktionsværdi fra forsikringspatienter foretaget på baggrund af tal fra brancheorganisationen Forsikring og Pension. Private, selvbetalende patienter indgår ikke.

Med det tilgængelige datamateriel er det ikke muligt at udskille forklaringsvariablernes effekt hver for sig, og med hvilken grad de har påvirket markedsudviklingen. Det er heller ikke muligt at krydstabulere med udvikling i ventetider, og herigennem udskille effekten af fx ændringen i fritvalgsgarantien.

Produktionsomfanget på privathospitalerne har nået et omfang, hvor reguleringsspørgsmålet bliver påtrængende. Nedenstående beskrives først spørgsmål om arbejdskraftens bevægelser mellem de to sektorer og derefter følger afsnit om hvordan kvalitet og de økonomiske vilkår reguleres for privathospitalerne.

Arbejdsmarked – beskæftigelse på offentlige og private hospitaler

Tabel 11 angiver beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private hospitaler i 2006, samt udviklingen i antal fra 2000 til 2006. Opgørelsen er baseret på Uddannelsesregistret og "RAS på baggrund af november prioritering" (35).

Tabel 11. Beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private hospitaler, 2000-2006

	Niveau 2006		Vækst fra 2000 til 2006	
	Læger	Sygeplejersker	Læger	Sygeplejersker
Offentlige hospitaler				
Hovedbeskæftigelse	10.653	31.100	1.603	3.013
Bibeskæftigelse	6.101	5.762	-552	264
Privathospitaler				
Hovedbeskæftigelse	35	284	13	122
Bibeskæftigelse	142	457	36	309
Andet*				
Hovedbeskæftigelse	7.700	18.557	1.239	1.395
Bibeskæftigelse	14.559	16.266	2.420	-1.366
Sum				
Hovedbeskæftigelse	18.388	49.941	2.855	4.530
Bibeskæftigelse	20.802	22.485	1.904	(793)

* "Andet" dækker blandt andet over universiteter, alment praktiserende læger, plejehjem, hjemmesygepleje, hjemmehjælp, skoler, vikarbureauer og praktiserende speciallæger.

Kilde: Forsikring & Pension (Copenhagen Economics) (36).

I 2006 beskæftigede den offentlige sektor i alt 53.616 personer (41.753 hovedbeskæftigede, 11.863 bibeskæftigede), mens den private sektor beskæftigede 918 personer (319 fuldtidsbeskæftigede, 599 bibeskæftigede). Andre stillinger (Andet) indenfor sundhedssektoren beskæftigede sektor i alt 57.082 personer (26.257 hovedbeskæftigede, 30.825 bibeskæftigede).

Betragtes antallet med hovedbeskæftigelse indenfor hospitalssektoren, er 99,7 % af lægerne ansat på et offentligt hospital, mens 0,3 % er ansat på et privat hospital. 99,1 % af sygeplejerskerne er ansat på et offentligt hospital, mens 0,9 % er ansat på et privat hospital. Tilsvarende tal for bibeskæftigelse er for læger offentlig / privat: 97,7 % / 2,3 % og for sygeplejersker 92,7 % / 7,3 %.

Nettotilvæksten til den offentlige sektor var i alt 4.328 stillinger/beskæftigede (4.616 hovedbeskæftigede, -288 bibeskæftigede), mens nettotilvæksten i den private sektor var 480 stillinger/beskæftigede (135 fuldtidsbeskæftigede, 345 bibeskæftigede).

I den offentlige sektor er der ansat 2,2 sygeplejerske pr. læge, mens der i den private sektor er ansat ca. det dobbelte, nemlig 4,2 sygeplejerske pr. læge (sum af Hoved- og Bibeskæftigede).

Opgørelsen viser, at en relativt lille andel af det samlede antal beskæftigede i 2006 var beskæftiget i den private sektor. Når der sammenholdes med ændringerne indenfor aktivitet og produktivitet sværdi

(2007 og 2008), er der relativt færre fuldtidsbeskæftigede i den private sektor end forventeligt. Forklaringen er alt andet lige, at produktionen i privat regi i et betydeligt omfang leveres i form af bibeskæftigelse, hvilket synes bekræftet af den generelle debat på området (37). Opgørelsen skal ses i lyset af den høje vækst i de private hospitalers aktivitet igennem 2007 og 2008, hvor omsætningen på privat sygehusene i 2008 ca. er tre gange større end i 2006. Således er det tvivlsomt hvor relevant personaledata fra 2006 er for en diskussion af situationen i 2008. DSR-analyse fra august 2008 angiver således en netto-personalevandring på 1.444 sygeplejersker over 5 år til private hospitaler, hvilket indikerer en stigning i forhold til Tabel 5 (38), mens en analyse foretaget af overlægeföreningen viser at andelen med bibeskæftigelse alene blandt overlæger var min. 213 personer i 2008.

Personalevandringer - sygeplejersker

En særkørsel, som Dansk Sygeplejeråd (DSR Analyse) har fået foretaget i Danmarks Statistik baseret på tal fra 2001 - 2006, viser, at der i perioden var flere sygeplejersker beskæftiget i den offentlige sektor, der søgte over i den private sektor end omvendt. Efter 5 år udgør nettoafvandringen 1.444 personer, svarende til 3,5 %-point af de beskæftigede. Det fremgår af rapporten, at væksten i antallet af jobs i den private sektor inden for sundhedsområdet, herunder særligt i vikarbranchen, forventeligt vil forstærke denne afvandring yderligere.

Det fremgår af en undersøgelse, som MEGAFON har foretaget for Dansk Sygeplejeråd, der viser, at 19 pct. af sygeplejerskerne i det offentlige hospitalsvæsen overvejer at søge over i den private sektor.

Tabel 12. Beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private hospitaler, 2000-2006

	Bruttovandring fra den offentlige til den private sektor		Bruttovandring fra den private til den offentlige sektor		Nettovandring fra den offentlige til den private sektor	
	Antal	%-point	Antal	%-point	Antal	%-point
Efter 1 år	893	1,9	573	1,2	320	0,7
Efter 2 år	1.766	4,1	916	2,1	850	1,9
Efter 3 år	2.431	5,9	987	2,4	1.444	3,5

* Afvandringen er alene baseret på sygeplejersker, som er i beskæftigelse i både start- og slutåret fordelt på den offentlige og private sektor. Afvandringen ud af beskæftigelse er dermed ikke indregnet. Beskæftigelsesstatus og sektortilhør baseret på novemberoplysninger jf. definitionen i den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik. Tallene vedrørende "1 år" er gennemsnit af perioderne 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006. Tallene for "3 år" er et gennemsnit af perioderne 2001-2004 og 2003-2006. Tallene for "5 år" er baseret på perioden 2001-2006. Bruttoafvandringen er principielt undervurderet, idet personer som vælger at videreudanne sig til andre fag end sygeplejefaget ikke er inkluderet i opgørelsen. Disse udviser en tendens til i højere grad at søge den private sektor. Afrunding kan medføre at tallene ikke summerer til totalen.

Kilde: DSR Analyse (Særkørsel fra Danmarks Statistik).

I modsætning hertil offentliggjorde Dansks Arbejdsgiverforening i januar 2008 en analyse, der viste, at der ikke var en nettoafvandring fra den offentlige sektor til den private sektor. DA's analyse har ifølge DSR den afgørende forskel i forhold til DSR's analyse, at den undersøgte afvandring for alle brancher og faggrupper under ét. DSR's analyse viser, ifølge DSR's egen tolkning, at DA's analyse, for så vidt angår sygeplejersker, ikke var dækkende.

Bibeskæftigelse blandt overlæger

En undersøgelse foretaget af lægeforeningen (2008) viste at 213 (ikke unikke pers.) havde bibeskæftigelse på privathospital. Et estimat på antallet af unikke personer/overlæger med bibeskæftigelse er ikke over 160 pers. (39).

Blandt 3.201 medlemmer af lægeforeningen (76 % af Overlægeforeningens aktive medlemmer) deltog 72 % (2.298 pers.), svarende til i alt 52 % af Overlægeforeningens medlemmer¹². Af de 2.298, der har besvaret spørgeskemaet, har 73 % (1.687 pers.) meddelt, at de har bibeskæftigelse. I alt har de 1.687 medlemmer oplyst i alt 2.982 bibeskæftigelser/jobs.

7 % af det samlede antal bibeskæftigelser omfatter privathospital. Det er ikke opgjort, hvor mange personer, det drejer sig om, men det er sandsynligvis færre end 7 % (160 pers.) af de 2.298, der har svaret. 6 % af besvarelsene om bibeskæftigelse oplyser, at det foregår fra egen konsulentvirksomhed, hvilket kan være konsulentydelse overfor privathospitaler, mens dette ikke er oplyst (virksomhedens art ej oplyst).

Overlægeforeningens konklusion er, at overlæger er dem, der gennem deres bibeskæftigelse får det offentlige system til 'at fungere', herunder indenfor visse uddannelser og undervisning, vedr. kommunernes administration af sygedagpenge og tildeling af pension (via speciallægeerklæringer), vedr. speciallægekonsulentarbejde v. Sundhedsstyrelsen, Arbejdsskadestyrelsen mv. Det konkluderes endvidere at Privathospitalerne heller ikke kunne fungere uden overlæger fra det offentlige, fordi deres samlede virksomhed ikke fylder nok til at dække alle funktioner med heltidsansættelse.

Estimatet på antallet af unikke personer/overlæger med bibeskæftigelse, der approksimerer, (men ikke overstiger) 160 læger, antyder alt andet lige en stigning i forhold til 2006 niveauet på 142 læger alt i alt (et tal, der inkluderer alle former for læger, hvor overlæger kun udgør en mindre del).

Personalemangel og optimal allokering

Personalemanglen blandt sygeplejersker opgøres ifølge Dansk Sygeplejeråd til 2.400 i januar 2008, stigende med 119 % siden januar 2006 (40). Personalemanglen svarer til 4 % af alle sygeplejersker i Danmark.

Personalemanglen blandt praktiserende læger opgøres af de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i 2008 til 114 personer, svarende til 3,2 % af alle praktiserende læger i Danmark (41). Antallet af ubesatte speciallægestillinger på hospitalerne opgøres i sundhedsstyrelsens vakancestatistik i 2008 til 1.457 fuldtidsstillinger (42). Personalemanglen svarer til 12,6 % af alle hospitalslæger i Danmark (43).

Indenfor andet sundhedsfagligt personale anføres ligeledes større personalemangel.

I privat-offentligt analyse-regi er en konstatering af personale som knap ressource vigtigt. Det er ligeledes vigtigt at konstatere hvorvidt der er produktivitetforskelle imellem de to sektorer, idet personale-allokering til den mest produktive sektor alt andet lige vil give en samlet produktivitetsstigning i sundhedssektoren set under ét. Personale som knap ressource angiver altså en produktivitetsbegrænsning, hvor der ses bort fra muligheden for merarbejde og teknologiforbedringer.

I afsnit 9, 'Perspektiver og europæiske erfaringer' refereres et omfattende tysk produktivetsstudie, der konstaterer, at offentlige sygehuse er mere produktive end private sygehuse. På denne baggrund giver personalevandring fra den offentlige til den private sektor ikke mening for sundhedssektoren set under ét, men medfører en samlet produktivetsnedgang, heraf stigende ventelister mm.

¹² Overlægeforeningen angiver som meget sandsynligt, at der blandt de resterende 28 %, der ikke har svaret, er en overvægt af overlæger, der ikke har bibeskæftigelse og derfor følt det irrelevant at udfylde spørgeskemaet

En samlet produktivitetstigning relateret til sundhedspersonalets samlede produktivetsmaksimum, er dermed afhængig af at den samlede arbejdsindsats (antal timer) der leveres pr. arbejder som følge af markedsgørelsen, bl.a. i form af bibeskæftigelse er stigende (mere end produktivetsændringen som følge af vandrigen fra offentligt til privat sygehus). Der kendes ikke til studier der påviser den gennemsnitlige arbejdstid for sundhedspersonale til belysning heraf.

Sammenfatning

Opgørelsen viser, at en relativ lille andel af det samlede antal beskæftigede i 2006 var beskæftiget i den private sektor. I perioden 2007-2008 er der imidlertid sket en voldsom udvikling i aktivitet i den private sygehussektor, hvorfor det er tvivlsomt, om personaledata fra 2006 er beskrivende for situationen i dag. Modsat er det dog også klart, at produktionen i privat regi i et betydeligt omfang leveres i form af bibeskæftigelse, hvilket synes bekræftet af den generelle debat på området (44). En produktion der i væsentligt omfang baseres på bibeskæftigelse trækker i mindre omfang personale ud af den offentlige sektor, end hvis personalet i højere grad var baseret på fastansættelser. Selv med en væsentlig stigning fra niveauet i 2006, vurderes det dog, at debatten om personaleafvandring fra det offentlige mod det private sundhedsvæsen har fyldt relativ meget i forhold til problemets numeriske størrelse.

6. Regulering af kvalitet

Det er ikke let at få et overblik over den faktiske kvalitetsregulering af privathospitalernes virksomhed. Selvom privathospitalernes aktiviteter tog fart allerede i 2002, så synes det som om kvalitetsreguleringen heraf stadig er under overvejelse og planlægning.

Der er i sundhedslovens afsnit XIV en lovgivning om kvalitetsregulering, der også gælder for privathospitalerne. På en række områder lægger lovgivningen op til, at 'Ministeren kan ...' foretage særlige reguleringer for privathospitalernes vedkommende.

Den danske kvalitetsmodel (DDKM) vil gælde for privathospitalerne også, og i hvert fald for de behandlinger, der betales af det offentlige, men dels er den jo ikke indført endnu og dels vil privathospitalerne blive indrullet i DDKM på lidt længere sigt.

Som reglerne er nu, skal privathospitalerne indberette offentligt betalte behandlinger af fritvalgspatienterne til Landspatientregistret. Ifølge enhedschef Sten Christophersen, Enhed for Klinisk Kvalitet på Bispebjerg Hospital, som også varetager en landsdækkende funktion om koordinering og kvalitetssikring af de kliniske databaser, sker disse indberetninger til LPR ikke systematisk. På den anden side er der privathospitaler, som egentlig gerne også vil indberette privatbetalte behandlinger til LPR-registret, men de kan ikke få et SKS-nummer fra Sundhedsstyrelsen. Denne tilstand er et problem af to grunde. For det første sker der en underregistrering af behandlingerne i privat regi, og for det andet mangler disse data også i de kliniske databaser, som suppleres med aktivitetsdata fra LPR.

Følgende to ministersvar på § 20 spørgsmål kan illustrere nogle forhold om kvalitetsreguleringen af privathospitalernes vedkommende.

Den 12. april 2005 besvarer indenrigs- og sundhedsministeren et spørgsmål (45) fra folketingsmedlem Christian Weddell-Neergaard (K) om hvorvidt specialeplanlægningen skal gælde for privathospitaler og konkret spørges der, om Amdsrådsforeningen kan indgå aftale med det private Center for Rygkirurgi om landsdelskirurgiske rygbehandlinger, selvom Centeret ikke opfylder de sædvanlige krav herfor. Ministeren svarer, at der ikke er noget til hinder for, at Amdsrådsforeningen kan indgå aftale med Center for Rygkirurgi om de pågældende operationer. Svaret begrundes med flere forhold, herunder, at det sædvanlige hensyn til effektiv ressourceudnyttelse ikke gælder for privathospitalerne, at privathospitalerne i øvrigt skal overholde gældende lovgivning og bekendtgørelser, og at privathospitalerne på længere sigt bør omfattes af akkrediteringen under den kommende danske kvalitetsmodel, men at det indtil videre vil være tilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen udtaler at der ikke er grundlag for at antage, at de højt specialiserede behandlinger i privat regi kan foregå lægeligt forsvarligt. Reelt ligger der i det svar, at kvalitetsreguleringen af højt specialiserede behandlinger på privathospital sker under Lægelovens autorisationskrav, det vil sige at det er den enkelte behandlende læges ansvar i hvert enkelt tilfælde. Dette får betydning for både højtspecialiseret rygkirurgi, for leverkræftbehandling og for fedmekirurgi.

Tre år senere spørger folketingsmedlem Per Clausen (EL) om kravet om patientvolumen ved behandling af tarmkræft også skal gælde for privathospitaler (S 1486, 15.05 2008). Sundhedsministeren henviser til autorisationsloven og henviser derudover til den praksis, der blev etableret tre år tidligere, nemlig at Sundhedsstyrelsen skal komme med en udtalelse om det enkelte konkrete privathospital på baggrund af dokumentation fremsendt af den offentlige aftalepart (Danske Regioner). Men han tilføjer, at Sundhedsstyrelsen er ved at gennemgå de enkelte specialer for at fastsætte anbefalinger og her-

under krav til privathospitalerne, som måtte ønske at indgå aftale om de højt specialiserede behandlinger.

Det er vanskeligt at fortolke disse ministersvar som andet end forskellig kvalitetsregulering af offentlige og private sygehuse, når det gælder de højt specialiserede ydelser. Det virker som om, at kravet om patientvolumen gælder på både lægeniveau og afdelingsniveau for offentlige sygehuse, men kun på lægeniveau for privatsygehuse. Det virker som om centraliseringsønsket kun gælder for offentlige sygehuse, fordi det ønske fortrinsvis er begrundet i hensyn til effektiv ressourceudnyttelse og ikke en høj faglig kvalitet og patientsikkerhed.

En ting er en mulig konstatering af forskellig kvalitetsregulering i de to sektorer. En anden ting er kvalitetskonsekvenser heraf. Vi har konstateret mange udmeldinger om evt. kvalitetsproblemer på privathospitalerne som følge af mangelfuld og inkonsistent kvalitetsregulering af privathospitalerne. Disse påstande om kvalitetsproblemer går fra mangelfuld backup ved komplikationer, manglende erfaringer på privathospitaler til indikationsskred, overbehandling og fejlbehandlinger. Påstandene fremføres ofte af ledende overlæger i det offentlige sygehusvæsen, men i mindre omfang også fra praktiserende læger; og de afvises konsekvent af de overlæger, som arbejder heltid eller deltid på privathospitalerne, næsten altid med henvisning til, at disse overlæger overfører mange års erfaring fra det offentlige sygehusvæsen. Ingen af parterne henviser til systematiske undersøgelser af påstandene. Vi skal understrege, at det ikke er lykkedes os at finde egentlig dokumentation for nedenstående udtalelser og udsagn, men at disse i sig selv har en vis eksemplificerende værdi for hvad det er for kvalitetsproblemer, der drøftes i sundhedsvæsenet; det er risiko for ikke at kunne håndtere komplikationer på de relativt små privathospitaler, det er risiko for overbehandling, fortrinsvis i ortopædkirurgien og det er risiko for at undergrave de praktiserende lægers gatekeeper funktion og dermed LEAN princippet i dansk sundhedsvæsen.

Komplikationsrisici ved kræftkirurgi

Overlæge Svend Schultze udtaler til Altinget den 19. maj, at der ved kræftoperationerne er risiko for komplikationer, som ikke kan håndteres på privathospital uden intensivafdeling, og at der føres to forskellige kvalitetssikringspolitikker i Danmark, en for offentlige sygehuse med centralisering af behandlingerne og en anden for privathospitalerne. Ledende overlæge på Bispebjerg Sygehus, Henrik Harling, udtaler samme sted og dag, at kirurgerne på de offentlige sygehuse forgæves har rejst sagen i Kræftstyregruppen, altså underforstået at der (endnu) ikke er kommet udspil fra Sundhedsstyrelsen. Carl Frederik Nagell udtaler i Altinget den 2. juni 2008, at han ikke forstår kritikken fra kirurgerne på de offentlige sygehuse. Han har mange års erfaring som overlæge på Hvidovre Hospital med udredning og operation af endetarmskræft, og den erfaring tager han jo med til Hamlet, hvor han nu arbejder. Frede Olesen, professor i almen medicin og formand for Kræftens Bekæmpelse udtaler den 26. maj 2008 i Altinget "Jeg tror, at lægerne vil afholde sig fra operationerne. Deres lægefaglige etik vil vinde over profitten."

Rygkirurgi – udbudsinduceret og uden kvalitetskontrol

I Politiken udspiller sig principielt samme diskussion mellem ledende overlæge Claus Manniche fra et offentligt sygehus, og overlæge Kjeld Dons som nu arbejder på et privatsygehus – blot om ryggkirurgi og med lidt mere fokus på risici for overbehandling. Claus Manniche skriver den 4. juni 2008, at antallet af rygoperationer er steget markant, som følge af et stærkt stigende antal rygoperationer i privat regi, og det har forkortet ventetiderne. Men ingen ved om det er godt eller skidt; der foretages ingen landsdækkende registreringer eller kvalitetskontroller, og det er uheldigt, da indikationerne for ryggkirurgi er fleksible og Claus Manniche antyder, at stigningen i antal rygoperationer er udbudsinduceret. Overlæge Kjeld Dons svarer i Politiken den 12. juni, at kritikken er forfejlet. At han som neurokirurg

har 25 års erfaring i rygkirurgi fra et offentligt sygehus, som han overfører til privatsygehus, hvor han nu arbejder.

Overbehandling i ortopædkirurgien

I det hele taget har der været mange udmeldinger fra speciallæger på de offentlige sygehuse om indikationsskred, overbehandlinger og deciderede fejlbehandlinger i privat sygehusregi, ikke mindst på det ortopædkirurgiske område. Ledende overlæge på Ortopædkirurgisk Afdeling, Bispebjerg Hospital og næstformand for Region Hovedstadens regionale sundhedsfaglige udvalg inden for ortopædkirurgien, Benn Duus siger: "Vi har i det sundhedsfaglige råd en fornemmelse af, at der kan være en tendens til, at der opereres for tidligt i den private sektor." Ugeskrift for Læger (38; 46). Og ledende overlæge på Ortopædkirurgisk afdeling, Herlev Sygehus, Steen Mejdahl siger i en artikel i Ugeskrift for Læger (37), at de ser håndgribelige eksempler på indikationsskred i forbindelse med patienter, som betaler en forundersøgelse selv eller via sundhedsforsikring på et privat sygehus. Patienterne henvises derefter til et offentligt sygehus, som så ofte under ventetids-"garantien" må sende patienten tilbage til det privathospital, hvor de kom fra. Steen Mejdahl frygter kirurgisk overbehandling: "Vi ser en tendens til, at man på private klinikker og hospitaler opererer disse patienter tidligere i sygeforløbet, hvorfor de patienter, der spontant ville helbredes, opereres unødigt." Mange andre, ofte ledende overlæger, har udtalt det samme.

Undergravning af de praktiserende lægers gatekeeper funktion og LEAN princippet

De praktiserende læger udtrykker stærkest forbehold over for det stigende antal patienter med privat sundhedsforsikring. Professor og praktiserende læge Frede Olesen udtrykker i en artikel i Ugeskrift for Læger 2008 (46) bekymring for både unødvendig overbehandling og at de praktiserende læger bliver holdt udenfor. Praktiserende læge Yves Sales følger op og udtaler i samme artikel, at de private sundhedsforsikringer kan undergrave hans og kollegernes funktion som gatekeepers og at det vil medføre en overbehandling, som kan være potentiel farlig. Professor og praktiserende læge Thorsten Lauritzen kan godt se visse fordele for patienterne ved at have en privat sundhedsforsikring, men tilføjer, at de er ved at ødelægge det offentlige sundhedsvæsen og undergraver den lige adgang for alle.

MEN: Intet at komme efter, siger de private aktører

Igen afvises kritikken fra de private aktører. Overlæge Karsten Thomsen, som efter mange år på Give Sygehus nu arbejder på Hamlet Privathospital, afviser kritikken og bekymringen. Måske foretages lidt flere MR-scanninger for at give patienten tryghed, men Karsten Thomsen mener ikke, at skiftet fra det offentlige til det private sygehusvæsen har fået ham til at ændre professionel adfærd. Hans chef, direktør Vinnie Breuning, er enig og fremhæver, at der er alt for stor forretningsmæssig risiko ved overbehandling. Det vil medføre blacklisting hos forsikringsselskaberne. Chefkonsulent Ivan Christensen fra Codan, som er en af de større sundhedsforsikringsudbydere i Danmark, deler heller ikke de praktiserende lægers bekymring om, at deres gatekeeper-funktion undergraves. Godt nok er det ikke en forudsætning med en Codan-forsikring, at patienten henvises af egen læge til videre behandling hos speciallæge eller på privathospital. Men "Vi opfordrer til det", siger han i samme artikel (46), men tilføjer, at de ikke kræver det for ikke at reducere forsikringskundens mulighed for meget hurtig behandling – og "det går som regel hurtigere, hvis man ikke behøver at vente på en tid hos sin praktiserende læge." Han siger også, at de ved, at der ikke findes overbehandling eller unødvendige operationer sted.

Også Nis Alstrup fra Danske Privathospitaler i Esbjerg og formand for Sammenslutningen af Danske Privathospitaler og Privatklinikker afviser ovenstående kritik om indikationsskred, overbehandling og undergravning af de praktiserende lægers gatekeeperfunktion og spørger efter dokumentationen.

Vi kan ikke statistisk dokumentere ovenstående udsagn. Hverken dem fra den ene side eller den anden side. Spørgsmålet er, om det vedvarende er holdbart at ingen påtager sig et ansvar for at få de forskellige udsagn undersøgt?

Kvalitetsregulering af privathospitalerne på vej?

Spørgsmålet om dokumentation er helt afgørende. Hvem har dokumentationsbyrden? Det er korrekt, at vi i denne udredning ikke har fundet dokumentation for de forskellige påstande fremsat af læger, der stadig befinder sig i det offentlige sygehusvæsen – eller som praktiserende læger. Vi har fundet udtalelserne og påstandene i den journalistiske og ikke den videnskabelige del af Ugeskriftet! Vi er heller ikke blinde for, at det offentlige sygehusvæsen befinder sig i en hård konkurrence med et stadig lille, men voksende privat sygehusvæsen. Ikke desto mindre kan og vil vi ikke bare ignorere og afvise de fremsatte påstande. Så mange læger fra så mange forskellige hospitaler har udtalt sig, så det i det mindste burde føre til både en ordentlig undersøgelse og frem for alt mindre lemfældig og mere konsistent kvalitetsregulering af privathospitalerne, end vi hidtil har set. Vi kan jo heller ikke dokumentere de privatansatte aktørers tilbagevisninger af kritikken.

Reguleringsbehovet er stort i den private sektor, fordi der vitterligt kan være økonomiske incitamenter i konflikt med det lægefaglige og fordi der er behov for samordning mellem de to sektorer, netop fordi de er supplementære. Derfor er det ikke tilstrækkeligt, at myndighederne blot afventer dokumentation af ovenstående bekymringer og påstande og i øvrigt har tillid til de private aktører og til at patienterne nok selv skal sikre kvaliteten. Og et holdningsskifte synes på vej fra regeringens side.

I et interview i Mandag Morgen den 10. november 2008 giver sundhedsminister Jakob Axel Nielsen således udtryk for større ambitioner med hensyn til kvalitetsregulering af privathospitalerne end vi hidtil har set. Han siger i interviewet: "Der skal også være en forstærket kontrol med, at de private lever op til de samme høje kvalitetskrav som de offentlige. Ikke mindst når det gælder behandlinger, der som led i det udvidede frie valg udføres på det offentliges regning." Og senere tilføjer han: "Konkurrencen med det offentlige sygehusvæsen skal ske på lige vilkår."

Økonomisk regulering

Konkurrence på lige vilkår drejer sig også om den økonomiske regulering. Den økonomiske regulering skal sikre, at vi opnår de økonomiske fordele ved privat udbud af sygehusedydelser, og at der ikke sker en skævvridning af de to sektorer. I den økonomiske regulering har hovedspørgsmålet været, hvordan der skal afregnes med privathospitalerne for de offentligt betalte undersøgelser og behandlinger.

Efter Sundhedslovens § 87, stk. 4 indgår regionsrådene i forening, dvs. Danske Regioner, aftale med private sygehuse og klinikker i Danmark og sygehuse i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Der refereres ligeledes afsnit 3, 'Frit sygehusvalg', hvor en struktureret gennemgang findes. Alle private sygehuse og klinikker, som ønsker en aftale, kan få det. Hvis de to parter ikke kan opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan sundhedsministeren efter anmodning fra den ene part – aftalesygehuse – fastsætte vilkårene for aftalerne. Det understreges, at der fra ministerens side ikke er tale om forhandling eller mægling, men om en fastsættelse. Regionerne er forpligtigede til at indgå aftaler på de fastsatte vilkår. Konkret er der indgået aftale med over 200 aftalesygehuse. I det følgende bruges betegnelsen aftalesygehuse om de private, danske sygehuse og klinikker og de udenlandske sygehuse, som Danske Regioner har indgået aftale med. Aftalerne er i øvrigt offentliggjorte på www.sygehusvalg.dk, dog uden prisdelen. Og vi bruger betegnelsen aftaletakster for de takster, der er aftalt med aftalesygehuse.

Frem til den midlertidige suspension af det udvidede frie sygehusvalg i efteråret 2008 har det for aftalernes takstvilkår i bemærkningerne til lovgivningen været bestemt, at fastsættelsen af afregningstak-

sterne med aftalesygehusene skal tage udgangspunkt i de takster (DRG), som er udregnet ud fra de offentlige sygehuses omkostninger, og som benyttes af de offentlige sygehuse til afregning mellem sygehuse, intern afregning og budgetlægning. Det vurderes af de centrale sundhedsmyndigheder, at dette udgangspunkt vil skabe mulighed for på alle væsentlige behandlingsområder at opnå en hensigtsmæssig og tilstrækkelig kapacitet i den private sygehussektor (9) p. 33).

En stor del af diskussionen har drejet sig om, hvorvidt DRG-taksten overkompenserer eller underkompenserer aftalesygehusenes omkostninger inkl. dækningsbidrag. Det er der forskellige meninger om; de offentlige sygehusejere mener, at de overkompenserer – og det er jo dem, der betaler, og halvdel af privatsygehusene mener det modsatte, mens den anden halvdel faktisk mener, at aftaletaksterne er OK (47).

Vi gør i dette afsnit forsøg på at besvare spørgsmålet om over- eller underkompensation. To underspørgsmål skal besvares. Hvor stor en andel udgør aftaletaksterne af DRG-taksterne? Og - idet DRG-taksterne er beregnet som et gennemsnit af de offentlige sygehuses variable og visse faste omkostninger – hvad er de tilsvarende omkostninger på aftalesygehusene? Ingen af spørgsmålene kan besvares præcist, så nedenstående er vores bedste skøn.

Hvor stor en andel udgør aftaletaksterne af DRG-taksterne?

DRG-taksterne bruges i det offentlige sygehusvæsen til intern afregning, til mellemregional afregning af patienter under det almindelige frie sygehusvalg, til produktionsværdiopgørelser m.v. Der er en DRG-takst for hver af de ca. 600 DRG-grupper, som er dannet ud fra de i alt ca. 12.000 diagnoser, og DRG-grupperne dannes ud fra et vedtaget antal diagnoser, evt. bidiagnoser, en procedure- og/eller aktivitetskode, evt. ydelser og evt. patientens alder. Ideen er, at en DRG-gruppe skal være klinisk meningsfuld og rimeligt ressourcehomogen, dvs. det antal forskellige sygehusaktiviteter den omfatter, må ikke variere alt for meget i omkostninger. DRG-taksterne er beregnet som et vægtet gennemsnit af de forskellige procedurekoder, der indgår i den pågældende DRG, og den procedure er igen et gennemsnit af de danske offentlige sygehuses variable og visse faste omkostninger til at producere den procedure. DRG-taksterne gælder de somatiske, stationære patientbehandlinger. For ambulante patientbehandling hedder taksterne DAGS, men er udregnet efter samme princip om end lidt mere summarisk, og der er beregnet såkaldte gråzonetakster for behandlinger, der kan ske i både stationært og ambulante regi. For psykiatriske behandlinger findes ikke et tilsvarende takstsystem.

Aftaletaksterne, som bruges under udvidet fritvalgsordning ligner i virkeligheden mere de behandlingsprocedurer, der sammen med en diagnose ligger til grund for DRG-taksten i det offentlige system. Afregningerne i det private system er således på et lavere aggregeringsniveau end i det offentlige DRG-system, og sådan har det været siden 2002. Der er mere end 3500 aftaletakster i det private afregningssystem. DRG-gruppen "Spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals, ukompliceret", der har DRG-taksten (2008 niveau) 40.160 kroner, dækker i aftaletakstsystemet over 13 forskellige takster (for behandlingsprocedurer) fra 37.600 kroner til 73.079 kroner. Så i nogle tilfælde er aftaletaksten, altså den takst, som aftalesygehuset får, lavere og i andre tilfælde højere end den takst, som det offentlige sygehus får - uanset procedure, nemlig 40.160 kroner. Det man så kan sammenligne, er en sammenvejning af de udbetalte aftaletakster vægtet med procedureantal – som i 2008 for det nævnte DRG gruppeeksempel er 25 % højere end DRG taksten.

Vi har ikke adgang til behandlingsdata på procedureniveau, så vi har ikke selv kunnet sammenveje de udbetalte aftaletakster vægtet med procedureantal. Det fremgår af (9) p 36, at aftaletaksterne har udviklet sig lidt forskelligt i forhold til DRG-taksterne. I 2005 lå aftaletaksterne på ca. 90 % af de DRG-takster, som de var defineret inden for, og i 2006 var det steget til 95 %. Der kan i øvrigt forekomme store afvigelser, hvor aftaletaksterne ligger væsentligt under eller over DRG-taksterne. Aftaletaksterne

er jo aftalte takster, så der kan aftales afvigelser til DRG-taksten, hvis denne vurderes for høj eller for lav. Den anden væsentlige årsag til afvigelse mellem DRG-takst og aftaletakst er, at procedurernes relative fordeling er forskellig på offentlige sygehuse hhv. aftalesygehuse. Det er vurderingen, at aftaletaksterne i 2008 i gennemsnit udgjorde mellem 95 % og 100 % af DRG-taksterne. Vurderingen er blandt andet baseret på, at aftaletaksterne gældende i 2008 var aftalt pr. 1. oktober 2007 og altså forhandlet med udgangspunkt i DRG-takstniveau 2007, og at en række DRG-takster udmeldt i 2008 og gældende for de offentlige sygehuse i hele 2008 var sat ned. Vi har i beregningen af produktion på private sygehuse imidlertid anlagt et konservativt skøn og taget udgangspunkt i 95 % af DRG-taksten.

Forskellige omkostninger og rammevilkår på offentlige sygehuse og aftalesygehuse

Hvis aftalesygehuse afregnes med 95-100 % af de offentlige sygehuses afregningstakst, er det så fair – eller er det for lidt eller for meget? De to sygehustypers omkostningsstruktur er formentlig meget forskellig. Vi ved det ikke, da vi og andre ikke har indsigt i aftalesygehuses faktiske omkostninger. Så man må skønne sig frem med nogle blandede kvalitative og kvantitative vurderinger. Der er nogle omkostninger, som de offentlige sygehuse har, som de private ikke har og omvendt. Tabel 13 nedenfor sammenfatter Takstudvalgets vurderinger fra 2007, (9). Tabellens højresøjle angiver procentvist, hvor meget Takstudvalget vurderer, at privatsygehuse 'sparer' ved ikke at have den i venstresøjlen nævnte omkostning, hhv. har ekstra omkostninger, som de offentlige til gengæld ikke har.

Samlet set vurderer Takstudvalget, at privatsygehuse har mindre omkostninger i størrelsesordenen 15-25 % og har meromkostninger på ca. 13 %. Takstudvalget undlod at konkludere på disse tal i henseende til om DRG taksten over- eller underkompenserer. Det førte heller ikke til regulering af aftaletaksterne. Der har været forskellige udmeldinger fra Regeringen, idet sundhedsministeren i Altinget 10. september 2008 har udtalt "Jeg synes også, at DRG-taksten til de private er for høj." Et par dage efter erklærede finansminister Lars Løkke Rasmussen sig dog uenig i den vurdering. Den 20. marts udtalte erhvervs- og økonomiminister Lene Espersen til Politiken, at taksterne til de private sygehuse er for høje og skal ned med 25 %.

På basis af interviews og opsøgende arbejde konstateres, at akutberedskabet, kvalitet og udvikling, uddannelse og forskning er så integrerede dele af det offentlige sygehusvæsen, at en egentlig udskillelse og værdisætning ikke synes været mulig i regi af nærværende rapport. Vi har derfor ikke forsøgt konkret at vurdere antagelserne bag Takstudvalgets vurderinger af disse omkostningskomponenter knyttet til de offentlige sygehuse. Det er dog vores vurdering at disse næppe er sat for højt.

Denne vurdering baseres på samtaler på Rigshospitalet med ledende kvalitetspersonel, ledende sygeplejersker, læger og andet personel. Samtalerne giver et klart indblik i, at de nævnte elementer er indarbejdet som så centrale dele i det daglige arbejde, at en udskillelse og opdeling af anvendte ressourcer ikke umiddelbart lader sig gøre. Til eksempel gælder, at kvalitetsarbejdet er indarbejdet helt centralt i alle procedurer ved behandling, som kvalitetsorganisationerne arbejder på tværs af alle organisationsniveauer, med retningslinier og procedurer, hvilket er ganske ressourcekrævende, ikke blot for kvalitetspersonalet, men for hele organisationen.

Tabel 13. Forskellige omkostninger og rammevilkår på offentlige og private sygehuse (aftalesygehuse)

Omkostning og/eller rammevilkår	Privatsygehuse 'sparer' (-) eller har ekstra omkostninger (+)
<i>Højere omkostninger på offentlige sygehuse:</i>	
Akutforpligtelser og vagtberedskab	-(10-15) %
Forskning	~0
Uddannelse	-(5-10) %
Forebyggelse*	
Kvalitetsudvikling*	
Behandlingspligt*	
Genoptræning*	
<i>Højere omkostninger på privatsygehuse:</i>	
Moms	+5 %
Lønsumsafgift	+3 %
Forrentning og afskrivning	+5 %
Smådriftsulempen	
Usikker efterspørgsel	
Ekstra service	
Lavere omkostninger på privatsygehuse: Substitutionsmuligheder, "cream skimming"	

Kilde: Kapitel 5 og 6, tabel 6.3. i (47).

* Disse omkostningskomponenter/rammevilkår er ikke nævnt i kilden, men er medtaget her inspireret af tilsvarende analyser i Frankrig.

Vedrørende de meromkostninger, som aftalesygehuse skønnes at have, vil vi vurdere følgende:

Moms- og lønsumsafgift

Udvalget vurderer udgifter til moms og lønsumsafgifter på privathospitaler i størrelsesordenen 5 % + 3 % = 8 %. Det vil med en produktionsomsætning i 2007 på ca. 1,2 milliarder kroner (til patienter under udvidet fritvalgsordning og patienter med privat sundhedsforsikring men ekskl. patienter, der betaler selv, som vi ikke har kunnet få aktivitetsoplysninger for) betyde udgifter til moms og lønsumsafgifter i størrelsesordenen på 95 millioner kroner (8 % af 1.2 mia. kr.). DSI fik et udtræk fra SKAT for de 32 største privathospitaler¹³, som dækker en meget stor del af omsætningen på de 1,2 milliarder kroner, jf. Tabel 14.

Tabel 14. Privathospitaler - angivelsesoplysninger 2007 (Branchekode 86 10 00)

Antal: 32	Lønsumsafgiftstilsvare	Salgsmoms	Moms af køb i udland	Købsmoms	Afgiftstilsvare
Sum	11.748.000	2.765.000	1.759.000	2.283.000	2.241.000

Kilde: Bestilt udtræk fra SKAT – Angivelsesoplysninger for 2007 (Branchekode 86 10 00).

¹³ Absalon Privatklinik, Aleris – Danske Privathospitaler A/S, Allerød Privathospital ApS, Arresødal Privathospital A/S, Artros – Aalborg Privathospital A/S, DAMP Sundhedscenter Tønder (filial af Ostseeklinik DAMP GMBH), Eira - Privathospitalet Skejby A/S, Erichsen's Privathospital A/S, Furesø Privathospital A/S, Glostrup Privathospital A/S, Herlev Privathospital A/S, Herlev privatklinik I/S, Hjertecenter Varde A/S, I/S Grymer Privathospital Skejby, Julius F.L. ApS, Københavns Privathospital A/S, Nygart Privathospital A/S, Ortopædisk Hospital A/S, Ortopædisk Hospital Aarhus A/S, Ortopædkirurgisk center – Varde ApS, Parkens Privathospital A/S, Privathospitalet Hamlet A/S, Privathospitalet Kollund A/S, Privathospitalet Mølholm A/S, Privathospitalet Møn A/S, Privathospitalet Skørping A/S, Privathospitalet Svanegården A/S Privathospitalet Nordvest, Privathospitalet Skovhus, Scanningsklinikken ApS, Søllerød Privathospital A/S, Tværfagligt smertecenter Vejleford ApS.

Privatsygehusenes indbetaling af købsmoms beløb sig til 2,2 millioner kroner og beløbet til lønsumsafgift var 11,7 millioner kroner. Altså 1,2 % snarere end 8 %. Til sammenligning var produktionsværdien af de 32 gennemgåede hospitaler 423 millioner kroner i 2007 (stigende til 757 millioner i 2008), udgør. Nu har vi ikke kunnet få udtræk for alle de danske aftalesygehuse, men de samlede udgifter til moms og lønsumsafgifter kan estimeres til 2 % (1,2 % / 0,6). Et meget lavere beløb end de 8 % som nævnes i tabellen ovenfor og meget lavere end den vægt, som disse omkostninger har haft i den offentlige debat.

Forrentninger og afgifter

Vi har ikke kunnet få oplyst data eller anden information om privatsygehusenes udgifter til forrentning og afskrivning. Takstudvalget skønner en udgift svarende til 5 % af samlede omkostninger. I Frølich (48) sammenlignes danske sundhedsudgifter med udgifterne i en privat amerikansk HMO, Kaiser Permanente, jf. Tabel 15.

Tabel 15. Komparativ omkostningsopgørelse af udgifter til finansielle afskrivninger; Kaiser Permanente (USA) og det danske sundhedssystem

	Kaiser Permanente, California (2000)	Danish healthcare System (2000)
Omsætning / omkostninger i alt	\$14 200m	DKK 106 935m [1]
Finansielle afskrivninger	\$557m	DKK 2 139m [2]
<i>Afskrivninger som pct. af omsætning</i>	<i>3,9 %</i>	<i>2,0 %</i>

Anm: [1] OECD HEALTH DATA 2005, Expenditure on health (Total, Public, Private); includes care of the elderly.

[2] Copenhagen Hospital Cooperation 2005; PLO Omkostningsundersøgelse 2004, september 2005

Kilde: A. Frølich et Al., BMC Health Services Research 2008, 8:252, A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. (48).

Under kategorien forrentning og afskrivning rapporteres 3,9 % for Kaiser Permanente og for det danske sundhedsvæsen skønnes summarisk 2,0 % til tilsvarende udgifter. De forskere i projektgruppen, som kom fra Kaiser Permanente vurderede, at tallet 3,9 % skulle ses i forhold til ekstraordinære høje IT-investeringer i de forudgående år, og at tallet lå lidt over 'normalen'. Med dette udgangspunkt vurderes de 5 % fra Takstudvalget at være ikke for lavt sat og skal nok snarere sættes til 4 %.

Smådriftsulemper

De fleste af, hvis ikke alle, de danske privatsygehuse ligger formentligt under den grænse for sygehusstørrelse, som man normalt kalder den økonomisk set optimale driftsstørrelse. Den er i danske undersøgelser skønnet til en størrelse svarende til 275 senge, hvilket faktisk er overraskende lavt i forhold til hvad man ofte hører om stordriftsfordele. Men da privatsygehusene ikke har akutforpligtelser og vagtberedskaber, og i øvrigt kan specialisere sig helt som de vil, herunder undlade at indlægge de mere komplicerede tilfælde, er det ikke sikkert, at der forekommer de smådriftsulemper, som kan forekomme for offentlige sygehuse, som ikke har samme specialiserings- og afvisningsmuligheder. Tværtimod kan der netop være smådriftsfordele ved den slags privat sygehusdrift. Vi skønner således ikke, at dette rammevilkår skal indgå i vurderingen af, om DRG-takster over- eller underkompenserer privatsygehusenes omkostninger.

Usikker efterspørgsel

Dette forhold kan være relevant at inddrage. Det afhænger af, hvor stor en andel af privatsygehuse-nes omkostninger, der er variable på kort sigt. Hvis mange ansatte er tilknyttet i bibeskæftigelsesstil-linger, hvilket meget tyder på, kan omkostningerne være meget variable.

Kompensation for ekstra service

Takstudvalget gør sig overvejelser om den ekstra omkostning, som privatsygehusene kan have i at skulle tilbyde ekstra service og forplejning for at være konkurrencedygtige i forhold til andre privatsy-gehuse – en omkostning Takstudvalget ikke mener, de offentlige sygehuse har, men som man mener at der er en vis betalingsvilje for hos patienterne. Udvalget sætter dog ikke kroner på den ekstra om-kostning. Liselott Brix har den 22. april 2008 til Altinget udtalt: "Privathospitaler er mere luksuriøse og koster mere i husleje, så derfor skal de også have mere." Grundlæggende vurderer vi, at det vil være meget vanskeligt at afgøre, hvad der vil kunne inddrages under en sådan størrelse i takstfastsættel-sen og om det overhovedet bør gøres.

"Cream skimming" og substitutionsmuligheder

Termen cream skimming har været meget brugt i debatten om de private sygehuse. Det er en lidt uklar term, som dækker over mange forskellige forhold, der udspringer af, at privatsygehusene kan afvise patienter, der henvender sig. Privatsygehusene har substitutionsmuligheder og specialiserings-muligheder, som offentlige sygehuse ikke har, og de vil selvfølgelig udnytte disse muligheder. Det er jo en del af hele idéen med at have en supplerende privat sygehuskapacitet, at disse sygehuse så skal kunne specialisere sig og derved producere til så lave omkostninger som muligt. Dette forhold skal så til gengæld indgå i afregningstaksten, således at specialiseringsgevinsten så at sige deles med hele sundhedsvæsenet.

Derudover har det i debatten været drøftet, hvad man kan kalde opportunistisk cream skimming. Det fænomen dækker over systematisk tænkning i at tiltrække lettere patienter (creaming) eller undgå tungere patienter (dumping), og alligevel opnå en takst, der er fastlagt under forudsætning af, at sygehuset modtager alle slags patienter. En patient kan være tung eller let på to måder:

Den ene måde er, at patienten skal have en behandling, hvis faktiske behandlingsomkostninger gen-nemsnitligt er højere henholdsvis lavere end den DRG-gruppe, som behandlingen ligger inden for og som sygehuses takseres med. Sygehuset kan systematisk udvælge patienter, hvis behandlinger koster mindre end den DRG-takst, som sygehuset modtager for behandlingen. Det kaldes procedureselekti-on.

Den anden måde er, at en patient inden for en given behandlingsprocedure af den ene eller anden grund er dyrere eller billigere end gennemsnittet. Det kan være alder, sociale karakteristika, komplice-rende forhold, f.eks. co-morbiditet, som der ikke justeres eksplicit for i takstfastsættelsen. Det kaldes patientselektion.

Procedure- og patientselektion kan ligesom specialisering være helt legitimt og sundhedsfagligt ønsk-værdig, hvis mindre private sygehuse ikke har faglige og udstyrsmæssige forudsætninger for at be-handle bestemte patientgrupper eller varetage bestemte behandlingsprocedurer. Det illegitime kom-mer ind i det forretningsmæssige, hvis selektionen foregår skjult, så man modtager en for høj takst under falske forudsætninger. Den form for illegitim selektion har været dokumenteret i USA, især på højtspecialiserede private, for-profit sygehuse, MedPac (2005) (49).

Vi mener ikke, at der i Danmark findes undersøgelser af den form for cream skimming. Sundhedssty-relsen og DSI har gennemført undersøgelser af forekomsten af opportunistisk eller illegitim procedu-

reselection på private sygehuse. Undersøgelserne har i sagens natur været hæmmet af, at man i Danmark ikke har adgang til de private sygehuses faktiske omkostninger. Det man har kunnet undersøge er, hvorvidt de private sygehuse systematisk vælger behandlinger inden for de enkelte DRG-grupper, som i hvert fald på de offentlige sygehuse er billigere end gennemsnittet inden for DRG-gruppen. Undersøgelserne er sammenfattet i Søgaard et al (2007) (50). De konkluderede, at en sådan procedureselektion ikke kunne iagttages. I nogle DRG-grupper så det ud til, at de private sygehuse havde en overvægt af de billige procedurer og i andre forholdt det sig omvendt. Undersøgelsen er hyppigt blevet citeret fra de private sygehuses side som dokumentation for, at der ikke forekommer opportunistisk cream skimming på danske, private sygehuse.

Det mener vi ikke, at man kan konkludere ud fra de to nævnte undersøgelser. For det første så undersøgelsen kun på procedureselektion. Og spørgsmålet er, om det overhovedet giver mening i et aftaletakssystem, hvor taksterne er defineret på procedureniveau. Hvis der i Danmark skal gennemføres en undersøgelse af opportunistisk procedureselektion, så må det tage udgangspunkt i en viden om, hvilke proceduretakster der skønnes at have et højere end gennemsnitligt dækningsbidrag. For det andet kan vi konstatere, at der ikke i Danmark er publiceret undersøgelser af forekomst af patientselektion.

Vi konkluderer, at substitutions- og specialiseringsmulighederne giver aftalesygehuse nogle driftsfordele, som nødvendigvis må afspejle sig i et alt andet lige lavere omkostningsniveau. Hvis disse muligheder yderligere udstrækkes til opportunistisk procedure- og patientselektion, så kan der selvfølgelig være betragtelige økonomiske fordele herved. Det kan forekomme underligt, at dette slet ikke er undersøgt i Danmark. Men i mangel af undersøgelser er vi ikke i stand til at kvantificere omkostningsgevinsten.

Sammenfatning 1 om over- eller underkompensation

Opdaterede tal for meromkostningerne i den private sektor er altså på ca. 6 % frem for stedet for 13 %. Holdes meromkostningerne op mod mindreomkostningerne på 15-25 %, resterer 9-19 % i de private sygehuses favør. Herfra skal så fratrækkes 0 til 5 %, som aftaletaksterne formentligt ligger under DRG-taktsniveauet med.

Der er således tale om en overkompensation. Spørgsmålet er, hvor stor den er. Den algebraiske usikkerhed bliver efterhånden stor og ligger fra 5 til 20 %. Vi er ret overbeviste om, at den reelle forskel ligger nærmere 20 % end 5 %, idet vi vurderer, at en række omkostninger i det offentlige sygehuse enten ikke er taget med eller er undervurderet. Men vi kan ikke dokumentere det præcist. Det letteste ville selvfølgelig være at gennemføre en reel omkostningsundersøgelse på de private sygehuse, men det kan ikke lade sig gøre. Derfor bør man måske undersøge meromkostningerne på de offentlige sygehuse lidt grundigere.

Hvad har udbudsrunderen vist?

En anden mulighed er at se på, hvad udbudsrunderen har vist. I forbindelse med suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg blev det aftalt, at regionerne under suspensionen skulle købe sygehusydelser på privatsygehuse for samme beløb under suspensionsperioden frem til 1. juli 2009, som de gjorde i perioden frem til suspensionen. Altså en fastlåsning af det samlede produktionsbeløb. Det aftales også, at man til det formål kunne gøre sig nogle erfaringer med at sætte behandlinger og undersøgelser i udbud i stedet for at operere med aftalte takster. Der har været udbudsrunder i alle fem regioner. Det er sket på lidt forskellig vis i regionerne, men i alle regionerne er der opnået takster, der ligger væsentligt under både DRG-takster og tidligere gældende takster under aftaletakstsystemet. Der er opnået de største reduktioner, hvor aftaletaksterne før lå væsentligt over DRG-niveau f.eks. rygkirurgi og fedmekirurgi, men også på andre områder er der opnået store prisreduktioner. Vi

kan ikke komme med et præcist skøn, men sammenfatningen fra Danske Regioner antyder prisreduktioner i størrelsesordenen 20-35 % målt i forhold til gældende DRG-takster på tværs af behandlings-spektret¹⁴.

Sammenfatning 2 om over- eller underkompensation

Udover at udbudsrundens erfaringer forhåbentligt vil blive videreført når suspensionen ophører, så kan erfaringerne også støtte antagelsen om, at de hidtidige aftaletakster har overkompenseret aftale-sygehusenes omkostninger inkl. dækningsbidrag. Man kan ikke helt sammenligne taksterne i det tidligere aftalesystem og de takster, der er opnået under udbudsrunden. Udbudsrunden kan indebære nogle mængderabatter og en afsætningsikkerhed. Dette argument svækkes dog af, at der faktisk ikke ligger en afsætningsikkerhed i aftalerne.

Når man sammenholder erfaringerne fra udbudsrunden med gennemgangen af mer- og mindreomkostninger ovenfor, så mener vi at kunne konkludere en overkompensation på mindst 10 % til 20 %.

Denne overkompensation kan have forskellige konsekvenser. For det første, er det et ekstra dræn i det offentlige sygehusvæsens økonomirammer, for pengene hentes herfra. For det andet giver det privatsygehusene nogle muligheder for at yde højere lønninger end de offentlige sygehuse, og dermed give privatsygehusene en yderligere konkurrencefordel på arbejdsmarkedet, udover fordele i form af mindre og overskuelige arbejdspladser og arbejde i almindelig arbejdstid, uden vagter osv. For det tredje kan det anspore lav produktivitet på privatsygehusene, fordi der ikke er det omkostningspres, som der burde være og som der er på de offentlige sygehuse. Men der kan også være positive konsekvenser. Hvis det har været et sundheds- og erhvervspolitisk formål at opbygge en privat sygehuskapacitet, så er høje afregningstakster en måde at subsidiere privatsektoren på; herved overfører man økonomiske midler fra den offentlige sygehussektor til den private sygehussektor.

Sammenfattende om regulering

Der tegner sig nogle modsigelser i kvalitets- og økonomireguleringen af de to sygehussektorer i Danmark. Kvalitetskravene forekommer at være forskellige og i vores fortolkning lempeligere for privatsygehusene end for de offentlige sygehuse. Det gælder ikke mindst for de højt specialiserede behandlinger. Der synes ikke at blive fulgt op på mangelfuld indberetning til LPR og kliniske databaser. Vi har imidlertid ikke kunnet dokumentere præcis, hvor mangelfuld indberetningen er. Det har i det hele taget været vanskeligt at finde ud af, hvordan myndighedsansvaret på spørgsmålet om regulering af privatsygehusenes aktiviteter er og hvordan det udøves.

Der er kommet politiske udmeldinger fra sundhedsministeren, der peger på at initiativer er på vej til en mere ensartet kvalitetsregulering af de to sektorer; og ligeså fra Sundhedsstyrelsen. Dette vil forhåbentligt også afspejle sig i en mere retvisende statistikproduktion om aktiviteter, personaleforhold og økonomi, end vi har kunnet få adgang til i hele denne undersøgelse.

Vedrørende økonomisk regulering har vi fortrinsvis beskæftiget os med spørgsmålet om, hvorvidt aftaletaksterne har været 'for høje' eller 'for lave'. Vi mener at kunne konkludere, at de har været 'for høje' – lidt konservativt vurderet 10-20 % for høje. Vi har ikke fundet dansk materiale, der dokumenterer cream skimming, hverken i form af opportunistisk procedureselektion eller patientselektion. Tidligere undersøgelser har ganske vist påvist fravær af procedureselektion og er blevet taget til indtægt

¹⁴ Som et eksempel på de meget varierende prisreduktioner nævnes en udbudsrunde ved Region Sjælland med udløb primo december 2008. Udbudsrunden gav tilbud fra private hospitaler og klinikker, der ligger mellem 15 – 40 % lavere end før suspensionen (51). Udbuddet var på operationer for i alt 15 mio. kr. indenfor ryg-, knæprotese- eller hofteproteseoperationer, fordelt på i alt 6 udbydere. I alt deltog 24 private danske og udenlandske sygehuse og klinikker i udbudsrunden. I de indhentede priser er endvidere indregnet udgifter til befordring, som en præcisering af kvalitetskravene endvidere indgik.

som fravær overhovedet af cream skimming i privatsektoren, men disse tidligere undersøgelser forekommer ikke relevante i et takstsystem, som tager udgangspunkt i de enkelte procedurer.

Derudover kunne vi have beskæftiget os med andre spørgsmål om økonomisk regulering. F.eks. modeller for hvordan man bedst realiserer de konkurrencefordele, der tales om, hvordan man kunne regulere sundhedsarbejdsmarkedet i et system med parallel, supplementær offentlig og privat produktion, og i det hele taget hvordan man sikrer lige konkurrencevilkår – og hvad man mener med dét begreb.

Der er en række spørgsmål i samspillet mellem offentligt og privat sygehusvæsen og det øvrige sundhedsvæsen, som vi også ville have belyst under reguleringsspørgsmålet. Hvordan varetages speciallægeuddannelsen fremover, hvis en meget stor del af den elektive kirurgi varetages i privatregi, og der fortsat ikke er uddannelsesaktiviteter der? Det er ikke kun et spørgsmål om fair konkurrence, men et spørgsmål om fremover at have et godt grundlag for speciallægeuddannelsen i Danmark. Der forhandles og planlægges, men det er ikke vores fornemmelse, at der er meget uddannelsesaktivitet på privatsygehusene. Tilsvarende med andre uddannelsesopgaver, med forskning og udvikling, med samordningen i forhold til praksissektor osv. Hovedresultatet af vores udredninger på disse områder er, at der ikke er noget materiale om spørgsmålene.

Det virker som om der samtidigt eksisterer to reguleringsparadigmer. Et sundhedspolitisk planparadigme for de offentlige sygehuse og et erhvervspolitisk markedsparadigme for privatsygehusene.

7. Ventetider

Ønsket om hurtigere behandling har været et tungtvejende argument for introduktion af en række markedsførende mekanismer, såsom det udvidede frie valg og skattefradraget for private sundhedsforsikringer. Ventetid til behandling har dog mange forklaringer, hvorfor ventetid er en problematisk indikator for en reforms succes eller fiasko (52). De mest udbredte forklaringer henviser til:

- ◆ Fremvæksten af ny teknologi, der har muliggjort behandling af patientgrupper, der tidligere ikke kunne behandles.
- ◆ Ændringer i befolkningens demografiske sammensætning. Danmark får fremover flere og flere ældre, der i gennemsnit efterspørger flere hospitalsydelser end yngre borgere.
- ◆ Øgede forventninger fra befolkningens side, hvilket også fører til øgede krav til sygehusvæsenet. Det stigende forventningsniveau forstærkes endvidere af befolkningens øgede tilgang til informationer om behandlingsmuligheder og –tilbud, f.eks. via internettet.
- ◆ Indikationsskred og/eller ændringer i lægernes henvisningspraksis, hvilket f.eks. kan skyldes tegn på faldende ventetider til behandling eller ændringer i lægernes incitamentsstrukturer.
- ◆ Flaskehalse i produktionen af hospitalsydelser. Flaskehalse og nedgange i produktionen kan bl.a. skyldes besparelser, mangel på personale, faldende effektivitet og arbejdsnedlæggelser.

Alle disse faktorer har indflydelse på ventelisterne og er sammen med til at gøre ventelister til et komplekst område. Efterspørgslen afhænger af en lang række faktorer, der er svære at påvirke direkte; demografiske ændringer i landets alderssammensætning, teknologisk udvikling og patienternes ændrede behandlingskrav. Generel ændret sygelighed i befolkningen kan ligeledes gøre sig gældende, f.eks. ændringer stigninger i forekomsten af miljø- og livsstilsbetingede sygdomme.

De faktorer, som gør sig gældende i forhold til udbuddet, hænger sammen med sygehusenes produktivitet; midlertidige eller permanente besparelser kan nedsætte produktionen og skabe flaskehalse samt personalemangel og faldende effektivitet inden for sygehusvæsenet.

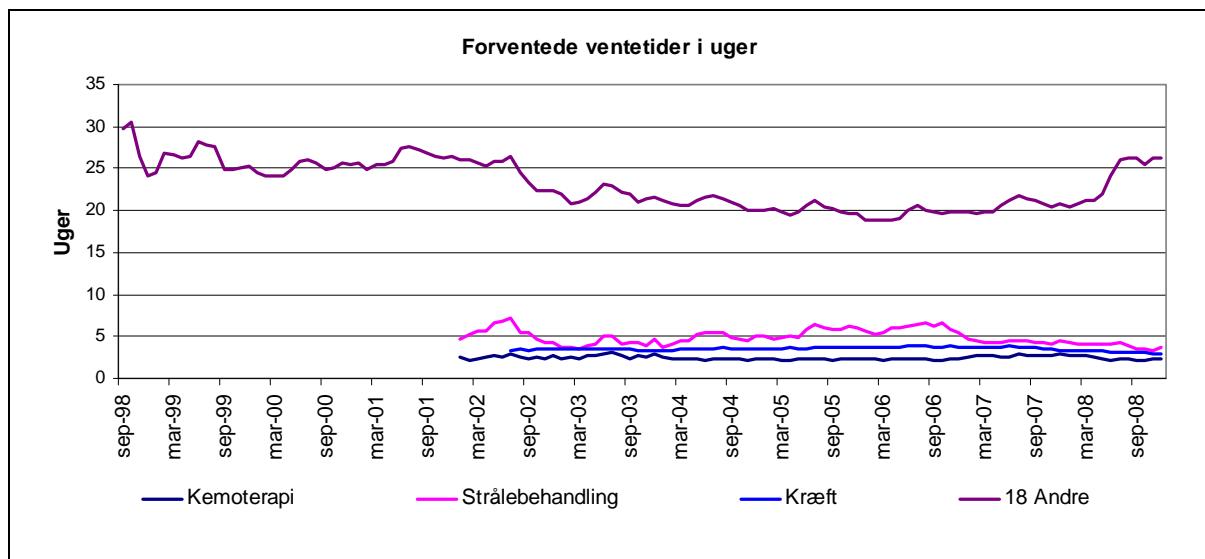
Ventelisterne påvirkes altså af en lang række faktorer på forskellige niveauer. Rent økonomiske betragtninger om sammenhæng mellem udbud, efterspørgsel og pris kan dermed ikke stå alene i forklaringen af faldende eller stigende ventelister.

Ventetid kan endvidere opgøres på forskellige måder, herunder som den faktiske ventetid eller den forventede ventetid, hvor sidstnævnte er skøn for den maksimale ventetid for en ukompliceret patient.

Forventet ventetid

Opgørelsen af den erfarede ventetid har ændret sig betydeligt i perioden, hvorfor der tages udgangspunkt i den lidt mere usikre indikator om forventet ventetid (se Figur 5).

Figur 5. Fremadrettet ventetid for udvalgte behandlinger, antal uger



Kilde: Sundhedsstyrelsen:

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Ventetid.aspx

I 2002 kan der konstateres et fald, hvilket tidsmæssigt kan kobles til indførelsen af det udvidede frie valg. Fra 2003 til 2007 er den forventede ventetid relativt konstant, og som konsekvens af strejken blandt store dele af personalet i sundhedssektoren i foråret 2008, faldt ventetiden tilbage til niveauet før det udvidede frie valg. Ventetiden til kræftbehandlinger er faldet siden 2007, hvilket kan tilskrives det øgede fokus på kræftbehandlingen.

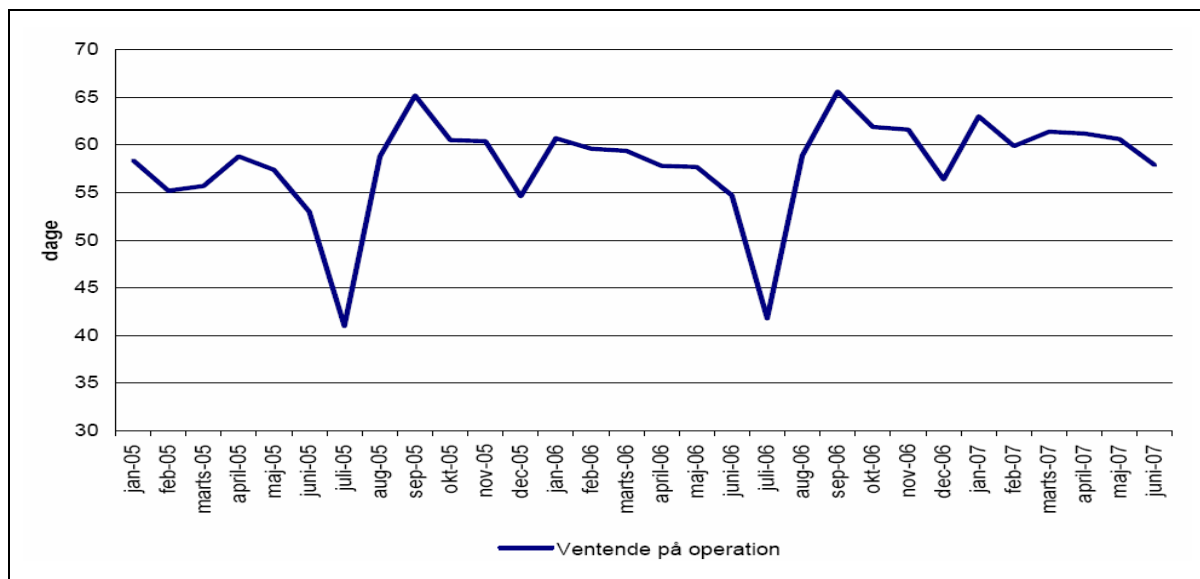
Udviklingen i ventetiden til behandling tyder meget på, at ventetidsgarantierne og det udvidede frie behandlingsvalg har haft en påvirkning på ventetiden til behandling.

Erfaret ventetid

Fokuseres der mere snævert på alle opererede patienter i perioden januar 2005 til juni 2007 (53), hvor den største vækst i privatforsikringer har været, kan der ikke observeres nogen effekt på ventetiden af privatforsikringer. De private sundhedsforsikringer synes således ikke at have haft nogen betydning for ventetiden i den offentlige sektor.

Det ses af Figur 6, at udviklingen i ventetiden er påvirket af sæsonudsving. Opgørelsen er ikke sæsonkorrigeret og sammenligning skal derfor gøres måned-til-måned.

Figur 6. Gennemsnitlig ventetid i dage for alle opererede patienter, 1. halvår 2005 – 1. halvår 2007



Kilde og grafik: Ventetid til sygehusbehandling 1 Halvår 2007, Sundhedsstyrelsen (53).

Tabel 16 angiver den gennemsnitlige ventetid for samtlige ventende opgjort i antal dage (53; 54). Ventetiden er relativt stabil, men jævnt stigende over tid.

Tabel 16. Ventetider for samtlige ventende i dage fordelt på sygdomsgruppe (19 gruppering) over tid

Gennemsnitlig ventetid i dage	2005-I	2005-II	2006-I	2006-II	2007-I
Infektionssygdomme og parasitære sygdomme	33	31	33	33	36
Ondartede svulster	18	18	20	22	21
Godartede svulster	43	43	44	44	46
Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme	42	40	44	48	51
Sygdomme i blod og bloddannende organer	22	22	24	25	27
Psykiske lidelser m.v.	40	42	45	48	50
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	71	76	77	84	79
Sygdomme i kredsløbsorganerne	42	42	44	47	49
Sygdomme i åndedrætsorganerne	44	47	44	47	48
Sygdomme i fordøjelsesorganerne	41	41	42	42	41
Sygdomme i urin og kønsorganerne	47	50	51	55	53
Sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselsseng	15	12	13	12	17
Sygdomme i hus og underhud	41	41	44	41	45
Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv	54	55	55	56	60
Medfødte misdannelser	68	72	73	75	79
Årsager til sygdomme i perinatalperiode og død som følge heraf	39	46	45	48	58
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	29	30	31	32	33
Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse (beskadigelsens natur)	42	43	44	44	47
Undersøgelser, forebyggende foranstaltninger m.m. af personer under sygdomstegn eller uden oplysninger om diagnosen	34	35	38	36	44
Samlet	40	41	42	44	45

Kilde og grafik: Ventetid til sygehusbehandling 1 Halvår 2007, Sundhedsstyrelsen (53), Ventetid til sygehusbehandling 1 Halvår 2006, Sundhedsstyrelsen (54).

Aktivitet og indikationer

Antallet af operationer steg i forbindelse med introduktionen af det udvidede frie valg og ventelistegarantien. Hvor der i 2001 blev opereret ca. 530.000 gange, steg antallet til ca. 580.000 i 2002. Antallet af operationer har siden stabiliseret sig på et niveau omkring 580.000 operationer om året. Der opereres således ca. 50.000 gange mere om året i dag, end i tiden før det udvidede frie valg (35).

Mens operationsaktiviteten er steget ganske markant i hele perioden fra 2001-2007, faldt ventetiden men 20-25 %, men kun det første år efter garantien blev indført. Operationsaktiviteten er således permanent blevet øget med ca. 10 %, uden at ventetiden dermed er forsvundet. Dette forklares med, at der er sket en indikationsændring, altså at man opererer personer som ikke tidligere ville have været indstillet til en operation. Dansk Sundhedsinstitut har statistisk undersøgt, hvorvidt det udvidede frie valg har medført, at indikationskriterierne for behandling er blevet påvirket ved aktivitetsstigningen i perioden. Datagrundlag gav ikke mulighed for endegyldige konklusioner, men analysen sandsynliggjorde tesen om indikationsskred som en forklaring på den manglende sammenhæng mellem aktivitet og ventetid (36).

Sammenhængen mellem den øgede aktivitet og de formodet ændrede indikationer stiller spørgsmålstegn ved hypotesen om, at det private sundhedsvæsen reelt aflaster det offentlige sundhedsvæsen. Hvis indikationerne ændres, så den samlede aktivitet blot stiger ved den tilførte aktivitet, så kan man ikke antage, at en vækst i fx den private del af sundhedsvæsenet vil medføre et fald i aktiviteten eller ventetiden i det offentligt drevne sundhedsvæsen.

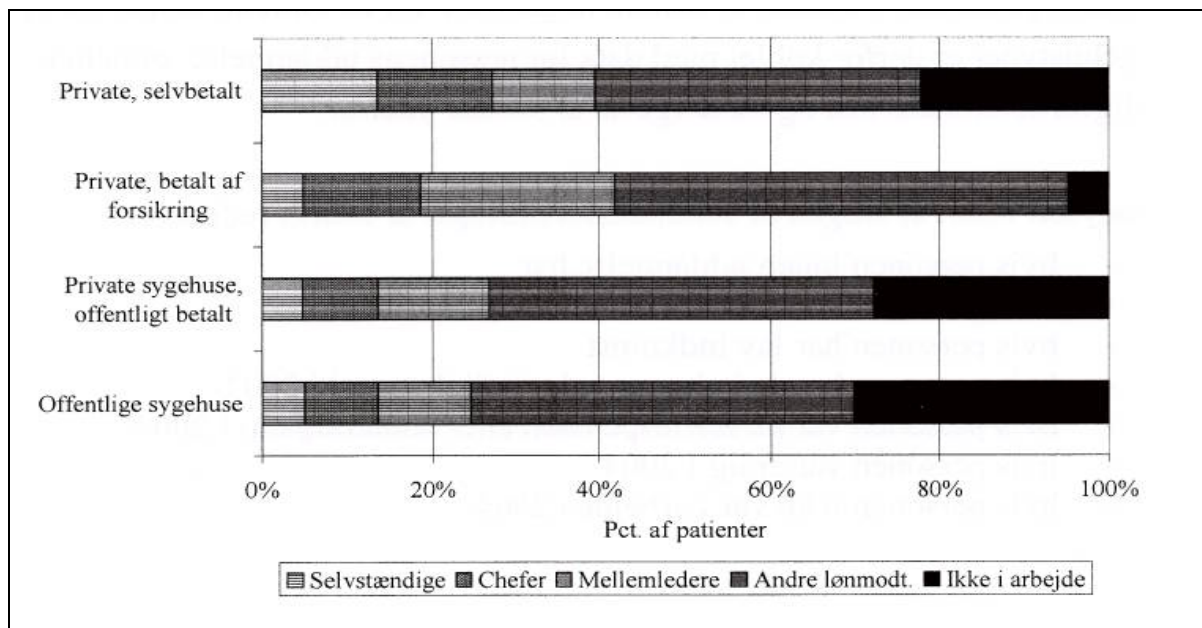
Om aktivitetsændringen samlet set udgør en fornuftig ressourceanvendelse kan dog ikke afgøres på den baggrund, da det er afhængigt af, i hvilket omfang patienterne har gavn af behandlingen, og om prioriteringen er balanceret i forhold til befolkningens samlede behov.

I 2008 kunne der konstateres en næsten fordobling af ortopædkirurgiske operationer på de private sygehuse, og et fald på ca. 18 % på de offentlige sygehuse. Denne aktivitetsudvikling vurderes dog at skulle henføres til 1 måneders garantien kombineret med strejken blandt sundhedspersonale ansat i det offentlige sundhedsvæsen.

Ventetidsgarantier og lighed

Niels Glavind har for AE-rådet (39) undersøgt den sociale lighed i brugen af det udvidede frie valg. Her findes en social bias i benyttelse, hvor de svagere sociale grupper gør mindre brug af det udvidede frie valg. Denne bias er ikke særlig stor, og markant mindre end det gør sig gældende for privat behandling betalt af en forsikring.

Figur 7. Socialgrupper i forskellige typer af sygehuse 2007. Alle voksne.

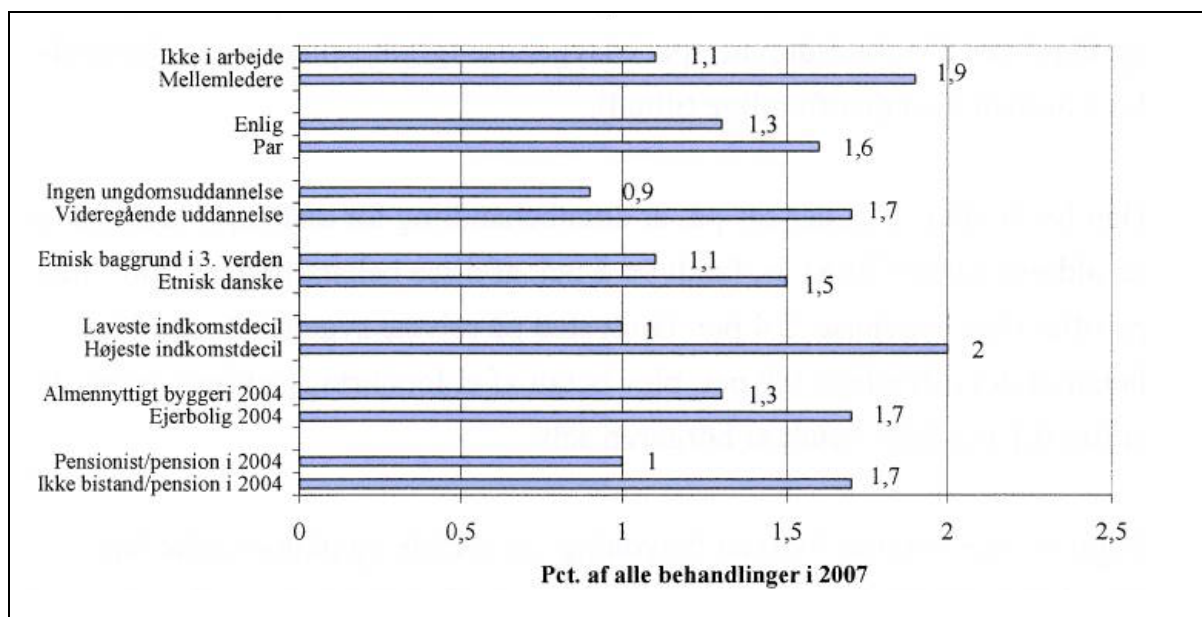


Kilde: Glavind N. (39)

Den relative lighed i brugen af det udvidede frie sygehusvalg, skyldes at alle har lige ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg, mens sundhedsforsikringer som hovedregel er knyttet til et ansættelsesforhold. De forskelle i brugen af det udvidede sygehus skyldes primært, at de private sygehuse har en mindre andel af ældre patienter end de offentlige sygehuse. Dette skal bl.a. tilskrives et forskelligt case-mix på hhv. offentlige og private sygehuse.

Holdes de ældre uden for analysen, viser Figur 8 den sociale, etniske, uddannelsesmæssige betydning for, om et behandlingsforløb finder sted på et privat sygehus betalt af det offentlige. Privatsygehuse-nes andel medregner alle diagnosegrupper (bortset fra skadestuebesøg), hvorfor privatsygehuse-nes samlede andel er lille.

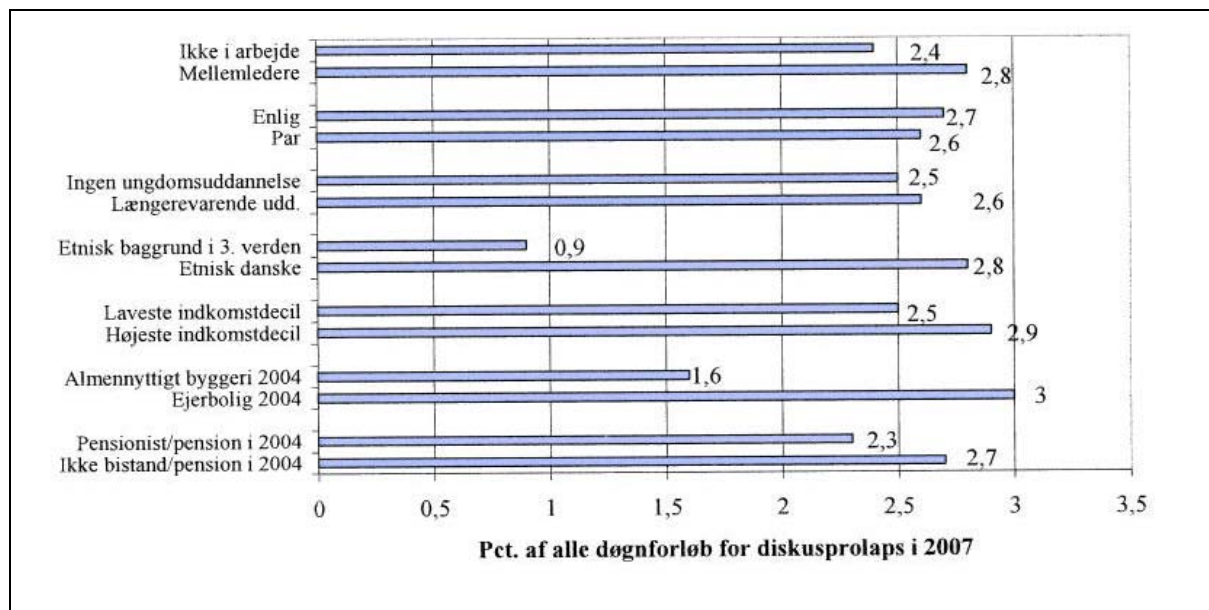
Figur 8. Behandling på privatsygehus, betalt af det offentlige.



Kilde: Glavind N. (39)

Opgørelserne viser at brugen af det udvidede frie sygehusvalg har en social bias. Men det er vanskeligt at differentiere den sociale ulighed forbundet med forbrug af sundhedsydelser med det case-mix af sundhedsydelser som hhv. det private og offentlige sundhedsvæsen udbyder. Analyseres den sociale lighed i forhold til behandlingen af fx diskusprolaps, synes uligheden generelt mindre. Dog er der en lavere benyttelse af det udvidede frie sygehusvalg, for etniske minoriteter og beboere i almennyttigt boligbyggeri. Det indikerer, at de grupper har sværere ved at udnytte reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Figur 9. Stationær behandling for diskusprolaps på privat hospital under det udvidede frie sygehusvalg, 21-64 år.



Kilde: Glavind N. (39)

Sammenfatning af ventetider

Markedsgørelse af sundhedsvæsenet kan have mange motiver og konsekvenser, hvorfor det ikke er en enkel opgave at vurdere konsekvenserne heraf. I en dansk kontekst har ventelister til sygehusbehandling dog fungeret som et helt centralt argument for markedsudsættelsen. Meget tyder på, at ventetidsgarantier kombineret med det udvidede frie valg formåede at reducere ventetiden til behandling, mens det er uklart, om privatforsikringernes udbredelse og brug har påvirket ventetiden til sygehusbehandling. Ventetidsgarantierne øgede både aktiviteten i det offentlige og i det private sundhedsvæsen. I det offentlige sygehusvæsen, gav ventetidsgarantierne incitament til at sikre korte ventetider og fastholde indikationsniveauet, da omkostningerne til fritvalgspatienter belaster det offentlige sundhedsbudget. I det private sygehusvæsen, er der ikke samme incitament til at fastholde behandlingsindikationer, ligesom mange ydelser leveret af privatforsikringerne ikke er ydelser, der er omfattet af det offentlige sundhedsvæsen. Dette kan forklare privatforsikringernes manglende påvirkning på ventelisters længde.

Vurderes den sociale skævhed i brugen af det udvidede frie sygehusvalg, så kan der ses en social bias, omend størrelsesordenen af denne bias er relativt lille. Noget tyder dog på, at særligt etniske minoriteter har svært ved at orientere sig i reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

8. Eksplorative casestudier

For at belyse markedsgørelsens konsekvenser med et empirisk og mere praktisk perspektiv, har vi indgået aftale med Rigshospitalets HovedOrtoCenter og Aalborg Sygehus om udlevering og analyse af data samt interviews. Udgangspunktet har været analyse af ortopædkirurgiske klinikker, hvor patientvandringerne fra behandling i offentligt til privat regi som gennemgået er særligt udtalte.

Rigshospitalets HovedOrtoCenter er interessant i analyseøjemed grundet hospitalets mange specialfunktioner. Ålborg sygehus er interessant i analyseøjemed som landsdelssygehus, med mange elektive patienter. Uddybende datamateriale fremgår af Bilag F: 'Eksplorative casestudier – Rigshospitalet og Aalborg Sygehus'.

1. Hovedopgaverne i det empiriske arbejde i forhold til Rigshospitalets HovedOrtoCenter har været:
2. Bemanding, rekruttering, bæredygtighed: Kvantitativ og deskriptiv analyse af bemandings- og rekrutteringssituationen på HovedOrtoCentret: Analyse af vagtplaner, herunder udviklingen i overarbejde og brug af vikarer.
3. Servicemål: Analyse af kvalitetsmål, herunder ventetid og analyse af antal af patienter der sendes videre til behandling eksternt / privat.
4. Aktivitetsmål: Kvantitativ analyse af antal og type af gennemførte operationer.
5. Uddannelse: Beskrivelse af afdelingens uddannelse af sygeplejersker/læger, herunder omkostninger i tid og kr.

Det har ikke været muligt at indhente tilstrækkeligt dis-aggregerede data til belysning af hovedopgave 3. vedr. servicemål.

Hovedopgaven på Aalborg Sygehus har været identisk med ovenstående punkt 4.

Rigshospitalets ortopædkirurgiske afdeling

Generelt bærer analysens resultater præg af, at Rigshospitalets ortopædkirurgiske klinik varetager mange specialfunktioner. Dette er formegentligt årsagen til, at det ikke er været muligt at identificere klare konsekvenser af markedsgørelsen.

Bemandings- og rekrutteringssituationen blandt sygeplejersker bærer præg af flere vikarer (se bilag) hvilket imidlertid gælder for hele landet, og ikke umiddelbart kan tilskrives det udvidede frie valg eller væksten i sundhedsforsikringer. Der er nærmere tale om en generel trend som følge af mangel på sygeplejersker i Danmark.

Bemandings- og rekrutteringssituationen blandt læger er ikke blevet påvirket gennem de seneste år, hvilket skal tilskrives Rigshospitalets specielle funktion som landets hovedsygehus med mange specielle tilfælde, der generelt tiltrækker læger.

Det har ikke været muligt at finde nogen udvikling i retning af ændret anciennitet for hverken sygeplejersker eller læger. For sygeplejersker slører den øgede brug af vikarer billedet.

Kvantitativ analyse af antal og type af gennemførte operationer viser tal for operationer og en produktionsværdi, der muligvis burde være højere, mens udviklingen i operationer og operationsværdier ellers er forventelig og synes upåvirket af markedsgørelsen på overordnet niveau. Det ikke har været muligt at konkludere på mindre udsving med tilstrækkelig sikkerhed.

Det har ikke været muligt at skabe et entydigt billede vedrørende uddannelse, mens der henvises til afsnit 6, 'Regulering af kvalitet'. Uddannelse udgør så central en opgave for Rigshospitalet, at en egentlig udskillelse heraf og estimering af tilførte ressourcer ikke har været mulig.

Aalborg Sygehus' ortopædkirurgiske afdeling

Kvantitativ analyse af antal og type af gennemførte operationer viser tal for operationer og en produktionsværdi, der alt andet lige burde være højere i Aalborg, mens der ikke er muligt at konkludere noget entydigt mht. Farsø, Frederikshavn og Hjørring. Produktion og produktionsværdi for Farsø og Frederikshavns synes dog at være for nedadgående i 2008.

Antallet af operationer udført i Aalborg er i perioden 2004 - 2008 faldet med i gennemsnit 4,34 % p.a. Faldet er eskalerende fra -1,21 % i 2005; -4,95 % i 2006; 5,37 % i 2007 til 5.82 % i 2008.

Tallene bør holdes op imod en generel forventning om en produktivitetsstigning på omkring 2% p.a. Med dette udgangspunkt (2 % stigning p.a.) burde antallet af operationer i 2004 (4.623) være steget til 5.004 i 2008., mens antallet af operationer imidlertid faldt til 3.869.

Udviklingen på Aalborg sygehus er formentlig et resultat af, at afdelingen i høj grad har elektive patienter, der i stedet behandles i privat regi bl.a. via den udvidede fri sygehusvalg. Det har ikke været muligt at få tal for behandling i privat regi via det udvidede frie sygehusvalg til verificering af denne tese.

9. Perspektiver og europæiske erfaringer

I dette afsnit bredes perspektivet lidt ud og fænomenet privat-offentligt samspil i det danske sundhedsvæsen sættes i forhold til:

- ◆ Det bredere begreb markedsgørelse
- ◆ Privatisering og markedsgørelse af andre velfærdsområder
- ◆ Erfaringer fra andre landes sundhedsvæsen
- ◆ *Plan* og *marked* som ideologier og værdiparadigmer
- ◆ Forskellige data som åbenbart kan fortolkes forskelligt.

Kapitlet skal understrege, at privatisering ikke er et isoleret fænomen i sundhedsvæsenet eller i Danmark, og at der er meget værdipolitik og ideologi i det her. Kapitlet understreger også, at de grundlæggende værdiantagelser tilknyttet de to værdiparadigmer lægger forskellig vægt på forhold som regulering og offentlig kontrolleret kvalitetssikring. Det vil også fremgå, at troen på sit eget paradigme kan være temmelig dataresistent, og det er vel det, der kendetegner ideologi.

Privatisering og markedsgørelse

Privatisering indgår som element i det bredere begreb 'markedsgørelse'. Markedsgørelse sker også inden for rammerne af det offentlige sundhedsvæsen selv som beskrevet i afsnit 2. Forvaltning efter såkaldte New Public Management principper kan opfattes som en markedsgørelse, idet man erstatter eller supplerer regelstyring og hierarki med forskellige økonomiske eller faglige incitamenter. Takststyring med DRG takster er et eksempel herpå. I VK Regering II står der således: *"Over de næste 4 år tilføres sygehusene yderligere 2 mia. kr. til bedre kvalitet, mere aktivitet og kortere ventetider. Pengene tilføres i takt med, at en større del af sygehusenes budgetter bliver baseret på princippet om, at "pengene følger patienten": Jo flere patienter og jo større aktivitet, desto større bevilling skal den pågældende afdeling have. Det skal betale sig at gøre en ekstra indsats – også på et hospital!"* (VK Regering II, 2005). Det er et udtryk for markedsgørelse, og selve DRG systemet som et klassifikationsystem er et eksempel på en kommodificering (vareliggørelse) af en serviceproduktion, som ellers kan have en tendens til at flyde lidt ud og kun vanskeligt lader sig vareopdele og dermed pris- eller takstfastsætte. Med sådan et DRG system får man ikke bare en mulighed for en tættere forvaltningsmæssig styring, man får også et system, der kan bruges til konkurrenceudsættelse inden for det offentlige sygehusvæsen og som i sig selv – som takstprincip – udgør en konkurrencemåde, nemlig den såkaldte yardstick-konkurrence, (4). DRG takstsystemet er også blevet brugt til afregning for fritvalgspatienter med de private aftalehospitalet.

Et marked har forbrugere og det har det danske sundhedsvæsen også fået. Også det offentlige sundhedsvæsen. Et væsentligt element i nyere dansk sundhedspolitik har været at øge befolkningens valgmuligheder – en proces, der for sygehusvæsenets vedkommende systematiseredes eller blev lovfæstet i 1993 med loven om det (almindelige) frie sygehusvalg, hvor ordet almindelig skal signalere, at valgfriheden var indskrænket til de offentlige sygehuse. Valgfriheden er gradvist blevet udviklet og udvidet, og en vigtig udvidelse kom i 2002, hvor borgeren også kunne vælge et privat alternativ eller et sygehus i udlandet, – forudsat privatsygehuset eller det udenlandske sygehus har en aftale med Danske Regioner. Denne valgfrihed er både et selvstændigt mål i dansk sundhedspolitik og et middel til dels ventetidsbekæmpelse og dels en effektiv udnyttelse af sygehuskapaciteten. Valgfrihed og

-muligheder til borgeren giver en slags forbrugersuverænitet, som kendes fra markedet, hvor forbrugeren vælger til og fra efter præferencer og betalingsvilje. Man kan sige, at borgeren har fået mere sundhedsmagt som forbruger, og magten er taget fra 'systemet' og givet til borgeren – og systemet er jo blandt andet lægerne. Det har blandt andet betydning for den måde, der prioriteres på. Se ligeledes senere afsnit om 'Almen lægepraksis som gatekeeperfunktion'.

Nye prioriteringsparadigmer - øget fokus på forbrugersuverænitet

Bevægelsen mod øget markedsgørelse ses altså i prioriteringsparadigmet, hvor prioriteringsredskaberne igennem det sidste tiår har gennemgået overordnede skift:

1. Fra evidensbaseret medicin / lægefaglige vurderinger => mod øget forbrugersuverænitet, hvor borgerne som forbrugere regulerer systemet
2. Fra differentierede ventelister for livstruende / ikke livstruende sygdomme (indtil 2002) => til udifferentierede ventelister
3. Indirekte prioritering via sociale forsikringer / arbejdsmarkedsforanstaltninger, med skattesubsidier til arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, for at sikre arbejdskraftudbud.

Evidensbaseret medicin og lægefaglige vurderinger erstattes altså i stigende grad af øget forbrugersuverænitet, hvor borgeren ikklædes flere muligheder for valg. Det udvidede frie sygehusvalg har medført øget forbrugermagt, mens en større del af befolkningen også i dag kan vælge at blive behandlet i privat regi gennem en sundhedsforsikring. Den almenmedicinske, praktiserende læges rolle som gatekeeper, tildelt gennem den offentlige sygesikring, er dermed ikke nødvendigvis længere det vigtigste omdrejningspunkt for den medicinske vurdering af patienternes helbred og behandlingsalternativer. Med øgede valgmuligheder udvandes den praktiserende læges gatekeeperfunktion altså, da borgerne kan henvende sig direkte til en 'privat' specialist via sin sundhedsforsikring. Almen lægepraksis som gatekeeperfunktion berøres ligeledes efterfølgende.

Prioritering via differentierede ventelister for livstruende / ikke livstruende sygdomme (indtil 2002) er erstattet af prioritering via udifferentierede ventelister, hvor alle borgere principielt har lige ret til hurtig behandling, uanset sygdommens karakteristika. Politisk fokus på nedbringelse af ventelister til bl.a. operationer af ikke-livstruende karakter, fx indenfor de ortopædkirurgiske specialer, grå stær o. lign., er eksempler på politisk profilerede prioriteter, hvor ventelister til livstruende sygdomme, fx kræft, først er blevet prioriteret senere, og overordnet prioriteres ligeværdigt med de ikke livstruende sygdomme.

På et spørgsmål til sundhedsminister Jacob Axel Nielsen, om det ikke vil være mere hensigtsmæssigt at indføre en differentieret ventetidsgaranti, svarer han, at det vil være "*at skruer tiden helt tilbage til det offentligt prioriterede system, hvor det udelukkende var en lægefaglig vurdering, der bestemte, i hvilket tempo folk skulle behandles. Det vil jeg ikke være med til.*" (Mandag Morgen, 10.11.2008).

Prioritering via et delelement af sociale forsikringer / arbejdsmarkedsforanstaltninger, med skattesubsidier til arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer som eksempel, skal endvidere sikre hurtig behandling til landets arbejdsstyrke, for at sikre arbejdskraftudbuddet. Borgere med forsikring er reelt sikret hurtigere behandling og dermed højere prioritet, støttet af et skattesubsidie, end ikke forsikrede borgere.

Borgerens valgfrihed er dog indtil videre indskrænket til et leverandørvalg. Som vi skal se nedenstående har man i nogle europæiske lande også ladet valgfriheden omfatte forsikringstype og forsikringsfirma, og vel at mærke ikke blot supplementære private forsikringer, men også de socialforsikringer, som er hovedfinansieringskilden i lande som Holland og Tyskland. Spørgsmålet er, om en gradvis ud-

videlse af de private sundhedsforsikringer i Danmark til at omfatte næsten alle erhvervsaktive vil føre til, at sundhedsforsikring simpelthen bliver den dominerende finansieringsform i Danmark, suppleret af et skattefinansieret sundhedstilbud til borgere, som ikke har råd til eller af anden årsag ikke har adgang til privatforsikring?

Almen lægepraksis som gatekeeperfunktion

Som berørt, drejer debatten i Danmark om private sundhedsforsikringer sig bl.a. om konsekvenserne i form af afvikling af *gatekeeper*-funktionen for alment praktiserende læger. Den europæiske trend synes imidlertid at bevæge sig i den modsatte retning. Blandt de europæiske lande, hvor adgangen til speciallæger ikke traditionelt har været betinget af henvisning fra en alment praktiserende læge, har flere således gennem de seneste år indført netop en sådan gatekeeper-funktion. Begrundelsen har bl.a. været at opnå bedre udgiftsstyring gennem en stærkere regulering af adgangen til specialister og en reduktion i omfanget af redundante undersøgelser. I Frankrig og Tyskland har det frie valg blandt alment praktiserende læger og den umiddelbare adgang til speciallæger historisk været opfattet som en slags fundamental rettighed på sundhedsområdet. Ikke desto mindre har Frankrig nu bl.a. ved at tilbyde økonomiske incitament (fx reduktion af forsikringspræmier og lavere brugerbetaling og selvrisiko) opnået, at ca. 80 % af borgerne har accepteret tilknytning til en fast alment praktiserende læge og henvisning til speciallæger og sygehuse herigennem (55). Sygekasser og private forsikringselskaber, som forestår den overvejende del af finansieringen af sundhedsvæsenet i Tyskland og Holland, har indført lignende økonomiske incitament for deres forsikringstagere for at knytte dem til en fast alment praktiserende læge og opnå en gatekeeperfunktion. For den offentlige sygesikring i Danmark gælder i princippet den samme præferencestyling, idet borgere kan vælge mellem sygesikringsgruppe 1 og 2: mod større brugerbetaling undgår de knap to procent af danskerne, der er gruppe 2-sikrede, fast tilknytning til en alment praktiserende læge og opnår umiddelbar (henvisningsfri) adgang til speciallæger.

Som eksemplerne her viser, er finansieringsformen ikke principielt afgørende for, hvorvidt almen lægepraksis *kan* fungere som en gatekeeperfunktion over for speciallæge- og sygehusbehandling. Historisk har gatekeeperfunktionen ganske vist været mere udbredt blandt offentlige sundhedsvæsen, men i praksis benytter både skatte- og forsikringsbaserede systemer i dag økonomiske incitament til at "overtale" langt størstedelen af deres borgere eller medlemmer til at acceptere gatekeeperordninger. Fraværet af sådanne (valgfrie) ordninger blandt private sundhedsforsikringer i Danmark er måske snarere et tegn på et forholdsvis nyt og umodent sundhedsforsikringsmarked, som generelt tilbyder ganske få forsikringstyper og tilvalgs-/fravalgsmuligheder for individuelle forsikringstagere.

Privatisering af velfærdsydelserne

Den stigende privatisering på både efterspørgselsside og udbudsside, som vi har set i Danmark siden 2002 er en del af markedsgørelsen af sundhedsvæsenet, som har stået på i hvert fald siden begyndelsen af 1990'erne. Og denne markedsgørelse og privatisering sker også i andre dele af det danske velfærdssamfund. '*Hvad sker der?*', spørger mange samfundsforskere. Er det en modernisering og tilpasning af det lidt stive socialdemokratiske velfærdssamfund, der blev skabt i det 20. århundrede? Eller er det en afvikling? De fleste opinionsundersøgelser viser på den ene side en stor opbakning til velfærdsstaten og samtidig har flere af os en privat sundhedsforsikring som jo også i mange tilfælde er en socialforsikring, f.eks. forsikring mod kritisk sygdom. "Folk tænker ikke over, at de er med til at udhule det offentlige velfærdssystem, hver gang de benytter sig af private ydelser" udtalte økonomiprofessor Torben M Andersen til Berlingske Tidende den 9. januar 2009. Han var formand for velfærdskommissionen og har også været overvismand, og er en af de samfundsforskere, der følger og studerer udviklingen i velfærdssamfundet og velfærdsstaten. Det gør professor i socialpolitik Jørn Hen-

rik Petersen også, og han udtaler i samme artikel: "Velfærdsstaten er under en stille revolution. Enkelte områder har været diskuteret en anelse, men i det store hele har det været en stille revolution. Det er mere eller mindre sket bag ryggen på folk, fordi de ikke har tænkt over det." Og professor i statskundskab Asbjørn Sonne Nørgaard tænker i forklaringer på den samtidige opbakning til velfærdsstaten og privatforsikringernes stigende omfang, når han siger i samme artikel: "Velfærden skal stige i takt med velstanden. Følger det offentlige ikke med i omfang og kvalitetsydelse, vil folk individuelt gardere sig. Også selvom de måske politisk er imod."

Privatisering ses således også i andre dele af det danske velfærdssamfund, og samfundsforskerne synes – sat lidt på spidsen – at sige, at det kommer snigende af bagdøren – i hvert fald stille.

Privatisering som sundhedspolitisk ideologi eller modernisering

Begreberne *plan* og *marked* karakteriserer alternative organiserings- og reguleringsteorier - også i sundhedsvæsenet. En overordnet mere teoretisk indføring i bevægelsen fra *plan* til *marked* fremgår af Bilag E: 'Markedsgørelse – fra plan til marked', der kan anvendes som referenceramme fremadrettet.

Man stikker sig selv blå i øjnene ved at benægte, at diskussion pro et contra disse to alternativer først og fremmest er politisk og ideologisk. Anerkendelsen af ideologiske præferencer kan kort skitseres teoretisk, om end en smule 'rigidt', som anerkendelse af tre forhold (56). For det første, at 'optimering' kræver 'evaluering', mens evaluering kræver 'værdier'. Anbefaling af en given politik begrundes dermed ikke i en ren objektiv analyse, men i stedet i en normativ analyse. For det andet, er metodevalg afhængig af eksperters valg og værdier. Politik vedrører i reglen altid 'populationer', der nødvendiggør valg af statistisk metode, herunder signifikansniveau, fordeling, gennemsnits- vs. medianvælger mv. Og for det tredje, er prioritering værdibetinget. Valg og rangering af og imellem effektmål, cost-effectiveness ratio, borgernes individuelle økonomi, sundhedstilstand og alder mv. nødvendiggør værdibetinget prioritering.

En uddybende klassisk fremstilling af de grundlæggende ideologiske synspunkter, som gennemgået herefter, er henlagt i Bilag D: 'Ideologi og valg'. Kort resumeret, tenderer fortalere for en ideologi til at kritisere opponenterens 'faktiske'/reelle' karakteristika, og fremhæve egne 'idealistiske' karakteristika, hvilket skaber en vedvarende, retorisk debat, og kan være medvirkende til at fokus fjernes fra problemerne vedrørende effektivitet og lighed.

Vi har i Danmark i årtier været vant til *plan* som det overordnede sundhedspolitiske styringsparadigme underkastet en demokratisk beslutningsproces, hvor ikke kun de lovgivningsmæssige rammer, men også de overordnede driftsbeslutninger og prioriteringer besluttet af folkevalgte politikere. Og til dette paradigme har været tilknyttet stærke egalitære og lighedsorienterede værdier, som måske har været mere underforståede i Danmark end i Storbritannien, se (57). Som sådan repræsenterer *plan*-paradigmet en ideologi, som man kunne kalde socialdemokratisk, socialistisk eller venstreorienteret om man vil (58).

Overfor dette *plan*-paradigme, står *marked*-paradigmet som en mere liberalistisk¹⁵ ideologi. Markedet som organiserings- og reguleringsform lægger vægt på to forhold, forbrugersuverænitet og konkurrence mellem frie udbydere. Forbrugeren er den bedste til at vurdere kvalitet og pris, og dermed gennem sine valg sikre at det rigtige produceres på markedet; konkurrencen sikrer, at det rigtige produceres i den rigtige kvalitet til den lavest mulige pris. *Fri og lige adgang* har en hel anden betydning i markedsparadigmet – *fri* betyder, at borgeren selv kan bestemme hvad han eller hun vil have – og gratisydelse kan netop derfor være ufri og det er prisen, man betaler for skattefinansieringen; *lige*

¹⁵ På engelsk bruges ordet libertarian; på dansk ville man måske sige liberal, men vi har valgt at bruge ordet liberalistisk.

betyder at alle borgere har ret til at købe hvad de vil og har råd til (58). Markedsparadigmet vil alt andet lige argumentere for privatisering både på efterspørgselssiden og på udbudssiden.

De to paradigmer er som ideologier helt forskellige med hensyn til begrebet fri og lige adgang (på engelsk *equity*); planideologien vil formentlig acceptere, at markedsideologien giver mere valgfrihed til borgeren, men vil nok samtidig hævde, at det er et mål i sig selv at udstrække denne frihed i samme omfang til alle; og markedsideologien vil hævde at den egalitære fortolkning af fri og lige adgang indskrænker den liberalistiske fortolkning. Som sådan giver det næppe mening at underkaste de to ideologier en slags empirisk analyse med hensyn til opnåelse af fri og lige adgang i et planorienteret sundhedsvæsen henholdsvis et markedsorienteret sundhedsvæsen.

De to paradigmer har også forskellige opfattelser af regulering og kontrol. Planparadigmet opererer med regulering og kontrol, som den legitime myndigheds regelsæt for hvilke krav der skal stilles til sundhedsydelse, hvordan øvrige funktioner skal udøves, som f.eks. uddannelse og forskning/udvikling og hvordan samarbejde skal foregå mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører. Markedsparadigmet opererer selvfølgelig med en vis grad af regulering og regelsæt, herunder beskyttelse af ejerskab, men tilskriver markedet i sig selv en stærk reguleringsevne og -rolle. Også om regulering vil de to paradigmer formentlig kunne enes om at være uenige.

Begge paradigmer vil lægge billet ind på nærmest definatorisk at være de mest effektive organiseringsprincipper, både hvad angår kvalitet og økonomisk effektivitet. Om det reelt kan gøres til genstand for empirisk afprøvning skal ikke drøftes her, men det indgår i begge paradigmers retorik og selvforståelse, at de fremmer effektivitet. Konkurrence, mere marked og mindre plan fremhæves ofte som ingredienser i modernisering og effektivisering af vores sundhedsvæsen af politikere, som definerer sig som liberalister (eller liberale).

Det vi har set i det danske sundhedsvæsen de sidste 15 år og i endnu flere år i andre europæiske lande er en slags sameksistens af planparadigmet og markedsparadigmet – eller måske snarere samtidig eksistens. Få danske politikere vil i dag advokere for en ren udgave af det ene eller andet paradigme; uenigheden består i hvor meget planparadigmet henholdsvis markedsparadigmet skal fylde og hvordan samspillet skal være. En engelsk sundhedstjenesteforsker har betegnet udviklingen i Storbritannien de sidste par årtier som en blanding af ideologi, politisk opportuniste og særinteresser i sundhedsprofessionerne snarere end et udtryk for befolkningens udtrykte ønsker eller en særlig økonomisk logik¹⁶. Det er nok lidt skarpt formuleret. Den stærkere grad af markedsorientering som kendetegner sundhedsvæsenets organisering og herunder privatisering er nok i et vist omfang udtryk for, at borgerne i større grad end tidligere lægger vægt på valgfrihed og responsivitet fra sundhedsvæsenets institutioner og personale. Sådanne tendenser fanges i et effektivt politisk demokrati.

Samtidig er der meget i både Danmark og andre lande der tyder på, at både private sundhedsforsikringer og flere private hospitalsbehandlinger er udtryk for bevidste politiske beslutninger og love og altså ikke nødvendigvis udtryk for en egentlig efterspørgsel i befolkningen. Omfanget af private sundhedsforsikringer i Danmark steg først rigtigt, da der kom skattefradrag for de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Et stigende antal sundhedsforsikringer var så med til at generere en efterspørgsel på private sygehusydelser, fordi offentlige sygehuse ikke kan tilbyde ydelser mod vederlag. Den private sygehusproduktion fik dog først rigtig fremdrift med offentligt betalte behandlinger via lovene om udvidet frit sygehusvalg først i 2002 med 2 måneders 'garanti' og siden styrket i 2007 med 1 måneders 'garanti'.

¹⁶ "The public-private mix that has developed in UK over the decades is the product of ideology, political expediency and professional self-interest, not of deliberate design or economic logic" (59).

Er privat behandling 'bedre'?

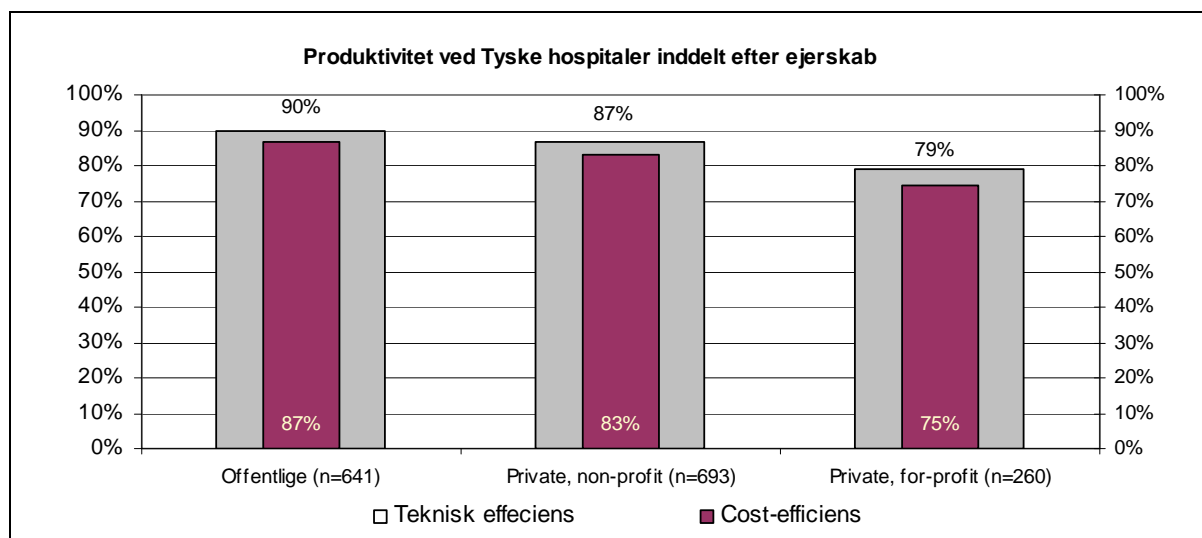
Spredte, empiriske erfaringer fra udlandet

Der har i USA været gennemført mange sammenligninger af kvalitet og økonomisk effektivitet efter ejerskabsform og fortrinsvis for-profit versus non-profit status hos de sammenlignede sygehuse. Der synes ikke at forekomme entydige retninger i forskelle i kvalitet mellem forskellige sygehustyper efter drifts- og ejerskabsform jf. en omfattende oversigtsartikel (60) som dog i oversigtsartiklen citerer eksempler på forskelle i begge sygehustypers favør. Herudover kan nævnes en senere og meget stor metaundersøgelse, som ikke var med i Sloans artikel, som viste lidt højere in-hospital mortalitetsrater på for-profit sygehuse end på non-profit sygehuse (61), men forskellen var på 2 % og kun signifikant ($p < 2\%$) fordi metaanalysen omfattede 38 millioner patienter. Forskergruppen har også sammenlignet dødelighed på hæmodialysecentre og fandt her 8 % højere dødelighed på for-profit centre i forhold til non-profit centre (62). I begge tilfælde mener forskergruppen at en mulig forklaring på forskellene i dødelighed kan være et lavere uddannelsesniveau for sundhedspersonalet på for-profit sygehuse og centre i forhold til non-profit institutionerne.

Økonomisk effektivitet har også været sammenlignet blandt amerikanske for-profit versus non-profit sygehuse. Lidt overraskende synes den nyere forskning at vise lidt højere produktivitet på non-profit sygehuse i forhold til for-profit sygehuse (63). Et studie viser (60), at Medicare betaler mellem 10 % og 15 % mere for samme behandlingsforløb gennemført på for-profit sygehuse end på non-profit og offentlige sygehuse. Forfatterne antyder lidt forsigtigt, at prisforskellen skyldes overbehandling på for-profit sygehuse efter første indlæggelse. Der kan ikke måles forskelle i outcomekvalitet eller serviceintensitet i behandlingsforløbene mellem de tre sygehustyper trods prisforskellene.

Sidste år offentliggjordes en stor tysk sammenligning af produktivitet på 641 offentlige sygehuse, 693 private, non-profit sygehuse og 260 private for-profit sygehuse. I Tyskland skal også private sygehuse indberette aktivitets- og regnskabsdata, så der er tale om en populationsundersøgelse over perioden 2001 til 2003. Af de i alt 1754 tyske sygehuse udgik 160 sygehuse af undersøgelsen på grund af datamangler. Produktivitet måler forholdet mellem værdi af sygehusproduktionen, typisk målt ved DRG-point (justeret statistisk for patientkarakteristika) og input i form af et vægtet personalemål (teknisk produktivitet) eller tilrettede omkostninger, dvs. personaleindsatsen måles ved lønomkostninger (omkostningsproduktivitet). Produktivitet måles ved speciel statistisk metode, hvor det mest produktive sygehus i stikprøven tilordnes produktivitetsværdi på 100 % og de andre sygehuses produktivitet måles relativt til det mest produktive. Gruppe gennemsnit måles fra disse relative produktivetsmå. Undersøgelsen hovedresultater vises i Tabel 17.

Tabel 17. Sammenligning af produktivitet på tyske sygehuse 2001 til 2003 efter ejerskabsform



	Offentligt ejede (n=641)	Non-profit sygehuse (n=693)	Private, for-profit sygehuse, (n=260)
Teknisk produktivitet	90 %	86-87 %	76-82 %
Omkostningsproduktivitet	86-87 %	82-84 %	72-77 %

Anm. Forskelle mellem de tre sygehustyper er statistisk signifikante, $p < 1\%$, for alle parvise sammenligninger.

Teknisk efficiens måler sammenhængen mellem output (vægtet aktivitetsmål) og input af forskellige ressourcer. Omkostningsefficiens måler sammenhængen mellem output (vægtet aktivitetsmål) og de tilrettede omkostninger for input af de forskellige ressourcer.

Kilde: Herr (2008).

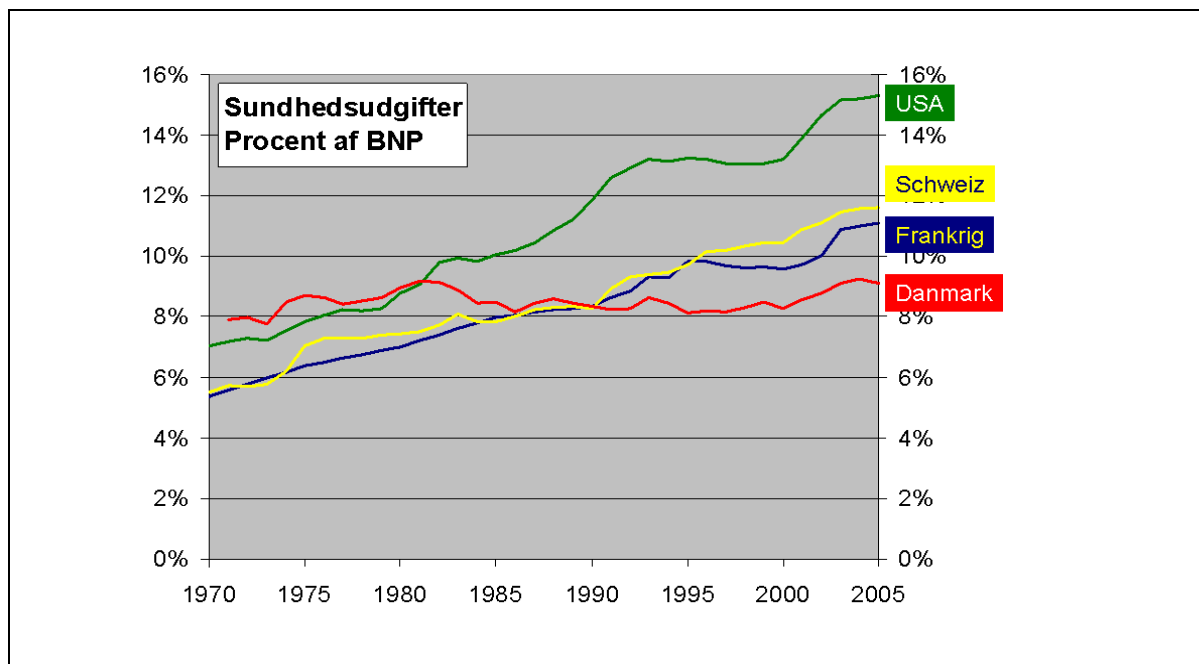
Undersøgelsen viser økonomisk og statistisk signifikante produktivitsforskelle mellem de tre sygehustyper i de offentlige sygehuses favør. Produktivitsforskelle kan ikke fortrinsvis skyldes højere lønninger på private, for-profit sygehuse, da samme produktivitsforskelle genfindes i teknisk produktivitsbegreb. Undersøgelsen er ikke specielt tilrettelagt til at forklare observerede forskelle, men peger selv på, at indlæggelsestiden på for-profit sygehuse er lidt længere end på de to andre sygehustyper.

Det skal understreges at ovenstående resultater ikke kan overføres til danske privathospitaler og private klinikker. Danske privathospitaler er små og meget specialiserede, og i ovenstående undersøgelser er der sammenlignet mere almindelige sygehuse. Det er dog karakteristisk, at alle nyere undersøgelser peger på produktivitsforskelle i private for-profit sygehuses disfavør. Aldrig det modsatte!

Der synes heller ikke at være tegn på, at øget markedsføring med mere privatisering vil føre til lavere sundhedsudgifter.

Figur 10 sammenligner fire landes sundhedsudgifter i procent af bruttonationalproduktet i perioden ca. 1970 til 2005. De fire lande er USA med det nok mest markedsorienterede sundhedsvæsen i den vestlige verden, Schweiz, som er relativt markedsorienteret i europæisk kontekst, Frankrig, som måske ikke er specielt markedsorienteret, men har en høj andel af privat, kommerciel sygehusproduktion, og Danmark, som ikke er specielt privat- og markedsorienteret i forhold til de tre andre lande.

Figur 10. Sundhedsudgifter som procent af bruttonationalprodukt i fire lande fra 1970 til 2005.



Anm.: Sundhedsudgifter i bred forstand jf. OECD definition, dvs. offentlige og private udgifter til sundhed, som omfatter udgifter til sundhedsvæsen og visse dele af ældreomsorgen. Kilde: OECD Health Data 2007 (OECD Health Data 2008 er ikke brugt på grund af missing data for Danmark siden 2004).

Kilde: OECD Health Data 2007; Sundhedsudgifter i bred forstand, dvs. offentlige og private sundhedsudgifter; Sundhedsudgifter inkluderer også ældreomsorg jf. OECD's brede sundhedsbegreb.

Igen skal man passe på med for stærke fortolkninger af sådanne data og sammenligninger, men det er ud fra disse data lidt svært at forstå, når man forskellige steder kan læse, hvordan man vil bruge markedsgørelsen og privatiseringen til at *lempe* udgiftspresset i Europas sundhedsvæsener. I MandagMorgen (64) er et specialnummer med en artikelrække, hvor McKinsey og MandagMorgen karakteriserer skattebaserede sundhedsvæsener som 'fremmer ikke cost awareness' og forsikringsbaserede sundhedsvæsener som 'incitamentet til begrænsende udgifter'. Det kan godt være neoklassisk lærebogsoekonomi men ikke nødvendigvis evidensbaseret sundhedsøkonomi!

I samme artikel (signeret MM) citeres Christian Dyvig, partner i Nordic Capital og angiveligt med mangeårig erfaring fra sundhedssektoren, for følgende: "Det giver ganske enkelt ikke mening, at staten, som er vores alle sammens forsikringsordning og køber, samtidig står for driften og leveringen af hospitalsydelse. Det giver nogle ineffektive systemer, men samtidig et enormt potentiale for de private aktører, der mener, at de kan gøre det meget bedre." Og artiklen fortsætter med at konstatere, at "Det kan de!" – altså de private sygehuse kan gøre det bedre. Herefter henviser artiklen til en OECD opgørelse af omkostninger ved forskellige operationer, (65). Studiet viser faktisk, at det danske sundhedsvæsen i forhold til 9 andre lande, f.eks. Frankrig, Tyskland, Australien og USA, har konsekvent lavere produktionsomkostninger på syv forskellige operationer. I artiklen bruges disse omkostningsforskelle imidlertid til at fremhæve de private sygehuses højere effektivitet for "heldigvis for de private aktører har de offentlige hospitaler – historisk set – slet ikke været gode nok til [*best practice* overførsler]".

Data kan fortolkes selektivt, og der kan nok også findes eksempler på selektiv datafortolkning fra 'den anden lejrs side' og det er måske den klareste indikator på at hele spørgsmålet og debatten om markedsgørelse og privatisering af sundhedsvæsenet er meget ideologisk og værdipolitisk. Ikke desto mindre vil vi tillade os at konkludere, at der faktisk ikke er empirisk belæg for at privatisering i sund-

hedsvæsen i almindelighed fremmer effektiviteten – hverken i form af højere kvalitet eller i form af en effektivere udnyttelse af ressourcerne.

Privatisering og markedsføring i andre landes sundhedsvæsen

Privatisering og markedsføring er på ingen måde et enestående fænomen i Danmark. Det er set i hele den vestlige verden i forskellige varianter afhængig af udgangspunktet.

New public management med fokus på økonomiske incitament, ansvarsdecentralisering og øget fokus på valgfrihed ses i alle landes sundhedsvæsen. I stort set alle lande bruges takststyring med en eller anden variant af DRG-systemet; i nogle lande har det erstattet omkostningskompensation efter ydelse/regning eller efter sengedag, f.eks. Tyskland, og i andre lande som Danmark har det erstattet budgetter. De såkaldte 'køber/sælger' modeller, som med deres markedsretorik tiltrak sig stor opmærksomhed i Storbritannien sidst i 80'erne synes at have fundet deres leje som mere administrative systemer, og der er ikke længere så meget fokus på dem. Sygehusene og praksissektor i nogle lande bliver i stigende grad 'corporatized', dvs. underkastet ledelsesformer kendt fra det private erhvervsliv, på sygehusene inden for rammerne af offentligt ejerskab og i praksissektor inden for stadig større partnerskaber – i Storbritannien bruges betegnelsen *trusts* både for de offentlige sygehuse og de private partnerskaber af praktiserende læger.

I lande med offentlige og skattefinansierede sundhedsvæsen, f.eks. de nordiske lande, Storbritannien, Spanien, Canada, Australien og New Zealand, har der været forskellige traditioner for parallelle og supplementære private systemer – både sundhedsforsikringer og private sygehuse. I Storbritannien, Spanien og Australien har det været meget udbredt og der har været meget fokus på private-public partnerships. I England har mange offentlige sygehuse såkaldte *private wings* (siden 1996), hvor der ydes behandling til selvbetalere og patienter med en privat sundhedsforsikring. I den modsatte ende befinder Canada sig; i Canada er det simpelthen ikke tilladt med supplementære udbud, dvs. private forsikringer er ikke tilladte, hvor det offentlige betaler, og privat, kommerciel udbud af sygehusydelser, som det offentlige finansierer og som typisk leveres af selvejende, non-profit sygehuse er heller ikke tilladt. New Zealand har været igennem store reformer frem og tilbage! De nordiske lande har historisk set og sammenlignet med så mange andre lande været lidt mere tilbageholdende, men der har været større tiltag i Sverige i sygehusproduktionen i 90'erne og i Finland i primærsektoren.

I de centraleuropæiske lande og andre lande med arbejdsmarkedsbaserede socialforsikringssystemer har der været en hel anden tradition for blanding af offentlige og private sygehuse, og under de private sygehuse både kommercielle og ikke-kommercielle (non-profit) drifts- og ejerskabsformer. Socialforsikringerne, dvs. de semi-private forsikringsselskaber og sygekasser, har historisk været under stor indflydelse af arbejdsmarkedets parter og organisationer, og de har haft kontrakter med både offentlige og private sygehuse i et ofte kompliceret spindelvæv af kollektive overenskomster mellem mange parter. Tendensen i mange lande med socialforsikringssystemer har været en deregulering og konkurrenceudsættelse af de selskaber og kooperativer, der tidligere drev de sociale forsikringsselskaber og sygekasser som geografiske eller faglige monopoler. Erfaringerne fra det franske system gennemgås efterfølgende som case 1.

I de centraleuropæiske lande omfatter privatiseringen i sundhedsvæsenet således også efterspørgselssiden, men der synes også at komme en stadig større andel af private, kommercielle sygehuse. I Frankrig skønnes det således at mindst 25 procent af sygehuskapaciteten er i privat, kommerciel drift med fokus på de kirurgiske specialer og obstetrik, og den ene hospitalsreform efter den anden forsøger at løse den gordiske knude med at regulere to meget forskellige sektorer – en privat, kommerciel sektor og en offentlig sektor inkl. non-profit institutioner til rehabilitering og langtidsmedicin. Det nyeste forsøg er et fleksibelt DRG-system, hvor der er en fælles grundtakst for begge sektorer, men med

særlige tillæg til den offentlige sektor for "samfundsforpligtelser", dvs. undervisning og forskning, vagt- og akutforpligtelser, forebyggelse, tilbud til særligt udsatte grupper og i det hele taget et meget bredere udbud af ydelser.

USA antages som regel at have det mest markedsorienterede sundhedsvæsen – især på efterspørgselssiden. Der er en offentlig, føderal sygeforsikring til de ældre (65+årige) og nogle få yngre med bestemte kroniske sygdomme (Medicare) og forskellige delstatsfinansierede sikringsordninger til de fattigste uforsørgede (Medicaid). Ellers skal borgeren selv sørge for en sygeforsikring for sig selv og sin familie. De fleste forsikres gennem deres arbejde, fordi man dermed undgår individuel risikovurdering. De private forsikringer er blevet dyrere og dyrere, både for arbejdsgiverne og for borgere, der selv må tegne en forsikring, og egenbetalingsandelene er øget. Flere og flere fravælger derfor en sygeforsikring og har enten slet ingen forsikring (15-20 procent af befolkningen) eller har kun en såkaldt katastrofedækning, dvs. dækning ved akut sygdom eller skade. Det er et stort problem, også for lægepraksisserne (medical centers) og sygehuse, som kan have svært ved at betaling for behandlingerne. Det er et problem, som den nye amerikanske, føderale regering har udmeldt, at den vil se på med høj prioritet.

Det amerikanske sundhedsvæsen er først og fremmest markedsorienteret på efterspørgselssiden – altså med hensyn til sygeforsikringer. Valgfriheden gælder først og fremmest 'Health Plan' og ikke så meget leverandør¹⁷. Der er faktisk heller ikke overvægt af private, kommercielle sygehuse i USA, men af private, non-profit sygehuse – ofte med lokal, geografisk tilknytning (community hospital) (60). Begrundelsen herfor er angiveligt højere transaktionsomkostninger ved kontraktindgåelse med kommercielle sygehuse end for non-profit sygehuse eller offentligt ejede sygehuse (66; 67).

I forhold til udviklingen i Europa iagttages to udviklingstendenser i USA. Den ene udviklingstendens er næsten lige så gammel som selve sundhedsforsikringerne i USA, dvs. ca. 100 år gammel, og hedder *managed care*. Med den klassiske, liberale sygeforsikring vil den forsikrede ved sygdom søge hjælp hos sin læge, som måske vil indlægge ham eller hende til hospitalsbehandling på det eller de hospitaler i området, som lægen har indlæggelsesret- og aftale med. Her behandles patienten under den indlæggende læges ansvar. Regningen sendes til forsikrings-selskabet og refunderes delvist. Under managed care er forsikringsrollen og behandlerrollen smeltet mere eller mindre sammen.

Den største managed care organisation i USA er Kaiser Permanente, som har i alt 8,3 millioner medlemmer/forsikrede. Kaiser Permanente er en såkaldt Health Maintenance Organisation og består under fælles koncernledelse af en forsikringsvirksomhed (KP Health Plan, som er non-profit), en kæde af Medical Centers (KP Medical Centers, som er for-profit og partnerejet (kun speciallæger kan opnå partnerstatus)) og den tredje søjle i virksomheden er sygehuse (KP Hospitals), som drives som lokale non-profit virksomheder reelt underlagt KP Medical Centers i området. Managed care er konkurrenceudsatte Health Plans i USA, som overlever i konkurrencen ved at være billige og effektive. De mere velhavende amerikanere vil foretrække en klassisk liberal sygeforsikring. Kaiser Permanente har således slået sig op på at være effektive til kronikeromsorg.

Den økonomiske effektivitet opnås overvejende ved at begrænse medlemmernes valgfrihed inden for organisationen, ved topstyring af behandlingsprogrammerne med peer reviews og anden kontrol med den enkelte læges kliniske beslutninger, effektive beslutningsstøtteprogrammer og IT-teknologi i det hele taget, og ved håndfast at holde dyre hospitalsbehandlinger på et absolut minimum. Valgfrihed i amerikanske managed care organisationer er minimal, både for patienter og for læger! Og i de mindre gode managed care organisationer opnås effektiviseringen efter sigende simpelthen ved at holde

¹⁷ Derfor er det også lidt forkert, når den danske privatiseringstendens i sundhedsvæsenet somme tider betegnes som en amerikanisering af vores sundhedsvæsen. Om noget bliver vores sundhedsvæsen frankofilt i disse år.

medlemmerne væk fra behandling. På både leverandørside (sygehusene, medical centers) og forsikringside (health plan) taler man om treenigheden af creaming, skimping og dumping (10).

Managed care er ikke noget nyt i USA, men fik i 1980'erne og 90'erne et opsving og var med til både en faglig udvikling af disease og health care management, som også har haft indflydelse i Europa og Danmark, og til at lægge en vis dæmper på sundhedsudgifternes himmelflugt i USA. De sidste 8 år har der været en stagnation i managed care som forretningsmodel, da føderal lovgivning har søgt at forhindre begrænsninger i borgernes valgfrihed inden for deres Health Plans. Dette er den anden og nyere tendens i amerikansk sundhedsvæsen indenfor deregulering og privatisering. Der har således også været flere tiltag til privatisering af de forskellige Medicare ordninger fra behandlings- og plejetilbud til 'tag pengene med'-tilbud. Også i USA er sundhedspolitikken værdipolitisk og der er allerede bebudet ophør i privatiseringen af Medicare.

To uddybende cases - erfaringer fra udlandet

Den markedsgørelse, der er sket i det danske sundhedsvæsen gennem især det seneste årti, er på ingen måde et enestående fænomen i europæisk sammenhæng. Både på finansierings- og leverandørsiden karakteriserer øget forbrugersuverænitet og konkurrence reformtrenden siden 1980erne, hvor især integrerede sundhedssystemer som det britiske og de skandinaviske blev kritiseret for ineffektivitet, dårlig management og manglende lydhørhed over for forbrugernes behov og præferencer. Markedsorienterede principper blev indført på tværs af offentlige sektorer, men især inden for sundhedsvæsenene blev større forbrugersuverænitet set som en mulighed for at stimulere konkurrence mellem udbydere og øge incitamenterne for mere patientcentrerede ydelser. På tværs af det politiske spektrum blev lydhørhed - *responsiveness* - overfor patientpræferencer opfattet som en kvalitet i sig selv, hvilket bl.a. reflekteres i WHO's World Health Report fra år 2000, hvori *responsiveness* for første gang optrådte som et selvstændigt nøglekriterium i vurderingen af sundhedsvæsen.

Et fællestræk for reformer på tværs af kontinentet er, at markedsgørelsen - på interne offentlige markeder såvel som i konkurrencen mellem offentlige og private udbydere - er foregået inden for nogle forholdsvis snævert definerede rammer og således udgør en slags "reguleret konkurrence," som ligger meget langt fra decideret frie markeder eller fx de amerikanske markeder for forsikringer og sundhedsydelser. Afvejningen af fri konkurrence er bl.a. sket i forhold til værdier såsom lighed og universalitet og hensyn til udgiftsstyring. I det følgende afsnit præsenteres udvalgte cases, som i korte, overordnede træk anskueliggør nogle af disse principielle problematikker omkring markedsgørelse på både leverandør- og finansieringssiden. Eksemplerne har ikke til hensigt at kortlægge privat-offentlige relationer i detaljer, men blot at fremhæve nogle generelle afvejninger og argumenter, som også er relevante i en dansk kontekst. De seneste års hospitalsreformer i Frankrig er et eksempel på, hvordan man på den ene side forsøger at ligestille og øge konkurrencen mellem offentlige og private udbydere, men samtidig oplever et behov for at tilgodese den særlige rolle, som det franske ligesom det danske offentlige system spiller inden for bl.a. uddannelse, akutberedskab og sikring af adgangen til sundhedsydelser i yderområder. I Holland er den seneste forsikringsreform et interessant eksempel på fuld privatisering af finansieringssiden gennem et obligatorisk forsikringssystem. Erfaringerne her eksemplificerer igen afvejningen af ligheds- og konkurrencehensyn, ligesom de anskueliggør nogle af de forhold, som på mere indirekte vis bidrager til at begrænse den faktiske forbrugersuverænitet og konkurrence. Endelig diskuteres det kort ud fra europæiske eksempler, hvordan man af hensyn til udgiftsstyring i flere forsikringsbaserede sundhedsvæsen forsøger at begrænse forbrugersuveræniteten ved at indføre *gatekeeper* funktioner for alment praktiserende læger. Eksemplerne sætter spørgsmålstegn ved, hvorvidt forsikringsordninger som de danske nødvendigvis overlader visitationen til forbrugere selv og derved udfordrer mulighederne for stram udgiftsstyring.

Case 1 om udenlandske erfaringer: Udbudssiden - Hospitalsreform i Frankrig

Fra et dansk perspektiv, hvor tilstedeværelsen af private sygehuse endnu er et forholdsvis nyt og om-diskuteret fænomen, er årtiers franske erfaringer med en stor privat sygehusektor et interessant referencepunkt. Franske privathospitaler er ligesom i Danmark stærkt koncentreret i kirurgiske specialer samt obstetrik (fødsler). De private udbydere står for ca. en tredjedel af de samlede franske hospitalsenge, heraf for halvdelen af de kirurgiske sengepladser og en tredjedel af de obstetriske pladser. Desuden udfører private hospitaler og klinikker 75 % af den ambulante kirurgi (68; 69). Trods en lang historie og et tæt integreret privat-offentligt hospitalsvæsen, hvor forbrugere har lige adgang til offentlige og private udbydere og ofte ikke skelner mellem dem, er mange aspekter af forholdet mellem den offentlige og private sektor fortsat uafklaret. Aktører på begge sider kritiserer de centralt fastsatte rammer for organisation og finansiering for uretmæssigt at tilgodese enten offentlige eller private leverandører. Ligesom i Danmark er det således især konkurrencesituationen, der er genstand for betydelig debat - omend franskmændene foretrækker at undgå det politisk ladede ord 'konkurrence' og i stedet omtale det principielle spørgsmål som 'ligebehandling.'

Ligebehandling var således også nøgleordet bag den ambitiøse reformplan, som den franske regering introducerede i 2003 under titlen *Hôpital 2007*. Udover kapitalinvesteringer i informationsteknologi og opgradering af forældede faciliteter var reformens væsentligste element en total omlægning af finansierungsstrukturen for private og offentlige leverandører. Tidligere blev offentlige og not-for-profit hospitaler betalt af regionale hospitalsadministrationer (ARH – *Agences Régional d'Hospitalisation*) gennem globale budgetter fastsat på baggrund af demografiske, epidemiologiske og historiske data for hver region, mens private hospitaler modtog betaling efter et fast takstsystem for forskellige typer ydelser. Parallelt hermed modtog offentligt ansatte læger en fast løn, mens privatansatte blev betalt på *fee for service*-basis. Bl.a. med større gennemsigtighed, konkurrence og effektivitet som mål udskiftede *Hôpital 2007* de separate betalingsystemer for offentlige og private hospitaler med en gradvis harmonisering efter ét fælles aktivitetsbaseret system. Private udbydere overgik til fuld aktivitetsbaseret betaling i 2005, mens systemet blev indført i det offentlige system i løbet af 2004-2008.

Ligesom Danmark er Frankrig således nu overgået til aktivitetsbaseret finansiering af hele dets hospitalsvæsen. Det franske valg adskiller sig imidlertid fra det danske på to centrale punkter: fastsættelse af DRG-takster for offentlige og private hospitaler samt vægtning og håndtering af den offentlige sektors særlige ansvarsområder.

Hvor danske privathospitaler forhandler prisen for deres ydelser med større eller mindre afvigelse fra de offentlige DRG-takster, afregnes offentlige og private hospitaler i Frankrig efter fuldt konvergente takster ud fra parolen 'lige betaling for lige ydelser.' Som nærværende rapport tidligere har berørt, adskiller de faktiske omkostningsstrukturer for private og offentlige udbydere sig imidlertid væsentligt. Ligesom i Danmark er de franske offentlige hospitaler alene ansvarlige for hospitalssektorens undervisnings- og forskningsfunktioner, ligesom de i overvejende grad forestår akutberedskabet og diverse forebyggelsesinitiativer. Desuden er de offentlige hospitaler forpligtet til at opretholde et langt bredere udbud af ydelser og har gennemsnitligt dobbelt så stort et case-mix som de franske privathospitaler (69). Disse særlige forpligtelser medfører en række direkte og indirekte omkostninger for de offentlige hospitaler, som det imidlertid er meget svært at kvantificere nøjagtigt: Bl.a. betyder den begrænsede fleksibilitet mht. justering af bredden af udbud, at offentlige hospitaler ikke kan opnå de samme effektivitets- og *economy of scope*-besparelser, som højt specialiserede privathospitaler. Ligeledes betyder forpligtelsen til akutberedskab hyppigere forstyrrelser af offentlige hospitalers operationsplanlægning, hvilket bl.a. giver sig udslag i lavere belægningsprocenter på operationsstuer og sengepladser (69).

I Frankrig har man forsøgt at løse denne problematik ved at supplere den aktivitetsbaserede afregning med særlige puljer til godtgørelse for offentlige hospitalers "samfundsforpligtelser." Der gives således

faste bevillinger til undervisning og forskning, faste bevillinger kombineret med aktivitetsbaseret betaling for akutfunktioner, samt særskilt kompensation på kontraktbasis for diverse velfærdsfunktioner, herunder nationale og regionale forebyggelsesinitiativer og tilbud til særligt udsatte grupper.

Oprindeligt nød *Hôpital 2007* i hovedtræk støtte på tværs af det politiske spektrum, og blandt både offentlige og private interessenter, som forudså et mere transparent og retfærdigt offentlig-privat system. Efterhånden er reformen imidlertid blevet omfattet af større skepsis, og flere af debattens hovedelementer er relevante også i dansk sammenhæng. Kritikere påpeger bl.a., at reformpakken langt fra opfylder målet om ligebehandling. I forhold til offentlige hospitaler oplever private udbydere fortsat væsentlige fordele, som puljeordningerne ikke kompenserer for. Ligesom i Danmark er de private hospitaler fx ikke underlagt de samme kvalitets- og sikkerhedskrav; de nyder større fleksibilitet i forhold til ansættelse og firing af personale, og i princippet har de mulighed for at selekttere og afvise "tunge" og omkostningskrævende patienter. Kritikere på den anden side mener ikke blot, at puljeordningerne overvurderer omkostninger forbundet med de offentlige hospitalers særlige ansvar, men at de introducerer en risiko for krydssubsidiering, dvs. at puljemidler ender med at understøtte aktiviteter og muligvis skjule ineffektivitet inden for områder, der i den private sektor finansieres alene på aktivitetsafregnet basis. Derudover har indførelsen af aktivitetsbaseret afregning i sig selv været årsag til bekymring blandt visse franske kommentatorer. Den administrative byrde for både de enkelte hospitaler og de regionale og centrale hospitalsadministrationer er betydelig, men derudover fremhæves specielt, at DRG-takster ikke knytter nogen umiddelbar forbindelse mellem priser og kvalitet. Derimod skabes incitamentter til aktivitetsøgning på bekostning af investeringer i kvalitet.

Også i Frankrig diskuteres og afvejes problemstillingernes principielle dimension ofte i forhold til en række praktiske udfordringer, nu og i fremtiden, herunder en voksende ældrebefolkning, behov for udgiftsstyring, samt stadig voksende lægemangel og geografisk ulighed i fordelingen af sundhedspersonale. Det er fx uklart, hvad konsekvenserne skal være for hospitaler med kroniske underskud, idet det specielt i yderområderne vil være uacceptabelt at lukke dem. Ligeledes frygter nogle, at privathospitalernes geografiske koncentration og bedre muligheder for at tilbyde attraktive personalegoder yderligere vil vanskeliggøre rekrutteringen af sundhedsprofessionelle til yderområderne. Selv efter årtiers erfaring med en meget anselig privat sektor og forskellige finansieringsmodeller består således de selvsamme kontroverser i det franske privat-offentlige sundhedsvæsen, som vi diskuterer i Danmark i dag.

Case 2 om udenlandske erfaringer: Finansieringssiden - Sygeforsikringsreform i Holland

Den hollandske regering gennemførte i 2006 en omfattende reform af det forsikringssystem, som ligger til grund for finansieringen af det hollandske sundhedsvæsen. Afhængig af indkomstniveau blev tidligere omkring en tredjedel af befolkningen dækket gennem private forsikringer, mens andre to tredjedele blev dækket gennem offentlige sygekasser administreret af non-profit organisationer. Med reformen blev de offentlige sygekasser enten privatiseret eller lagt sammen med private selskaber, og hele befolkningen dækkes nu af obligatoriske private sundhedsforsikringer. Omlægningen var stort set omfattet af konsensus: Hvis ikke de præcise regler, så opnåede i hvert fald grundideen om ét samlet forsikringssystem og -marked støtte fra det største oppositionsparti og flertallet af patientforeningerne. Forventningen var bl.a., at reformen ville skabe større valgfrihed mht. forsikringsselskab og policetype og medføre et mere brugerorienteret, innovativt og effektivt forsikringssystem (70).

Det er ikke som et rent forsikringsbaseret sundhedsvæsen, at det hollandske eksempel er interessant, idet det grundlæggende skattefinansierede danske system ikke som sådan står til debat. Derimod er der betydelig diskussion om, hvilke konsekvenser udvidede private forsikringsordninger - og regulering heraf - kan have for forhold såsom forbrugersuverænitet, effektivitet, kvalitet i behandlingen og lighed

i adgangen til sundhedsvæsenet. Det er primært med erfaringer på disse områder, at Holland kan udgøre et relevant referencepunkt for den danske debat.

Netop spørgsmålet om lighed spillede en væsentlig rolle i udformningen af de overordnede regler for det nye forsikringsmarked. Således indførtes en række krav, som havde til hensigt at sikre alle lige adgang til og maksimal valgfrihed mellem forsikringer. Hvor private selskaber tidligere havde mulighed for at afvise folk eller ekskludere eksisterende lidelser, blev selskaberne nu forpligtet til at tilbyde forsikring til alle ansøgere. Risikoselektering blev yderligere begrænset ved at kræve én flad pris for hver dækningstype, som før forsikringsreformen kunne prifsættes afhængigt af den enkelte ansøgers profil, herunder alder, køn og andre risikofaktorer. I forlængelse af disse krav indførte forsikringsreformen en risikoudligningsfond, som havde til formål at fordele midler til kompensation for eventuelle skævheder i selskabernes samlede risikoprofiler. På forsikringsmarkedet konkurrerer selskaberne nu på præmiestørrelser, behandlingskvalitet og policetyper, der ligger ud over den obligatoriske basisdækning. Fx tilbydes supplerende dækning af tandlægeudgifter, ventetidsgaranti, forskellige niveauer af selvrisiko og medbetaling, og frit eller begrænset valg blandt et netværk af læger og andre udbydere, som selskaberne har forhandlet selektive kontrakter med (70).

Den hollandske forsikringsreform giver ikke blot nogle eksempler på reguleringsmekanismer, der har til hensigt at sikre en balance mellem lighed og valgfrihed på den ene side og fri konkurrence på den anden. Med reformen har man også allerede opnået nogle tidligere erfaringer, som giver et indtryk af de faktorer, der begrænser valg og mobilitet i praksis - og derfor også påvirker den forventede effekt af øget forbrugervalg og konkurrence på systemet som sådan. Umiddelbart efter reformen steg andelen af forsikringstagere, der skiftede selskab eller police til ca. 18 %, men faldt allerede fra 2007 tilbage til eller en smule over sit tidligere niveau omkring 6% (71; 72). Studier tyder på, at bl.a. mangel på information blandt forbrugere, manglende eller mangelfulde mål for kvalitet og komplekse policemuligheder gør det uoverskueligt og vanskeligt for mange at forstå og forholde sig til aktivt til forsikringsmarkedet. Disse observationer peger også på, at der for forbrugerne er forholdsvis høje transaktionsomkostninger involveret i forsikringsskift: Det kræver både tid og betragtelige sproglige, uddannelsesmæssige og administrative evner at skifte forsikringsselskab (70). For den generelle befolkning bliver det mest overskuelige forsikringselement – præmien - således den afgørende faktor i forsikringsvalget. Folk med kroniske sygdomme og handicap lægger også vægt på indholdet af forsikringspakken, men for alle befolkningsgrupper synes det at gælde, at kvaliteten af den behandling, der tilbydes, ikke lægges til grund for forsikringsskift (71). Sådanne begrænsninger i mobiliteten blandt forsikringstagere må naturligvis tages i betragtning i diskussionen om konkurrencens og forbrugersuverænitets indflydelse på incitamentsstrukturen for kvalitetsforbedringer blandt både forsikringsselskaber og udbydere af sundhedsydelser.

Litteratur

- 1) Andersen TK. Privathospitaler meget større end antaget. Mandag Morgen 2008; (21, 2. juni):14-7.
- 2) Lehmann Knudsen J, Ellegaard Christensen M, Hansen B. Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2008.
- 3) Lassen AB, Kjellberg J. Fra plan til marked. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
- 4) Schleifer A. A theory of Yardstick Competition. Rand Journal of Economics 1985; 16:319-27.
- 5) Næss-Schmidt HS, Copenhagen Economics, and Forsikring & Pension. Sundhedsforsikringer - En løsning på fremtidens velfærd? København: Forsikring & Pension; 2008. (Forsikring & Pension Analyserapport 2008:4).
- 6) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark. Retningslinier for prioritering og visitation af ventelistepatienter efter overenskomst på sygehusområdet. Udskrivet 26-6-2008 fra http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Frit%20valg/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/retningslinier_for_prioritering.pdf.ashx
- 7) Vejledning nr. 8 af 14. februar 2008 om regionernes pligt til at tilbyde patienter udvidet frit sygehusvalg ved mere end 1 måneds ventetid og til at informere henviste patienter. 2008.
- 8) Bekendtgørelse nr. 1065 af 6. november 2008 om ret til sygehusbehandling m.v. 2008.
- 9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsudvalget; 2007. (SUU Alm. del - Bilag 791).
- 10) Ellis RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics; 1998; 17:537-55.
- 11) Bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v. 2007.
- 12) Bekendtgørelse nr. 13 af 10. januar 2006 om regionernes betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen. 2006.
- 13) Andrew T, Nielsen HF. Privathospitaler på skrump. Udskrivet 29-12-2008 fra <http://jp.dk/indland/article1555409.ece?>
- 14) Sygeforsikringen Danmark. Sygeforsikringen Danmark - Årsrapport 2007. København: 2008.
- 15) 2,2 mio. danskere er forsikret. F & P - KvartalsVIS 2007; 1(juli). http://www.forsikringenshus.dk/upload/kvartalsvis_nr1_2007_web.pdf
- 16) Forsikring & Pension. Sundhedsforsikringer - Hovedtal 2002 - 2007. Udskrivet 1-10-2008 fra http://www.forsikringogpension.dk/statistik/Documents/sundhedsforsikring_hovedtal_2002-2007_pdf_001.pdf.
- 17) Schytz Juul J. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Boom i sundhedsforsikringer for de velstillede. Udskrivet 1-12-2008 fra [http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/\(1\)AE_Boom-i-sundhedsforsikringer-for-de-velstillede.pdf](http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/(1)AE_Boom-i-sundhedsforsikringer-for-de-velstillede.pdf).

- 18) Skatteministeriet, Økonomi og Erhvervsministeriet, Finansministeriet og Beskæftigelsesministeriet. Statusrapport til Folketinget om personalegoder/naturalieydelse, december 2006. Udskrevet 27-12-2006 fra http://www.skm.dk/public/dokumenter/publikationer/personalegoder/personalegoder2007_rev.pdf.
- 19) Skat. Beskatning af arbejdsgiverbetalt zoneterapi. SKM2001.253.LR. Udskrevet 16-6-2001 fra <http://www.skat.dk/SKAT.aspx?oID=121370>.
- 20) Statsforvaltningen, Hovedstaden. Fredensborg Kommune - Sundhedsforsikring som personalegode. Udskrevet 30-10-2008 fra <http://www.statsforvaltning.dk/Tilsynsafg%C3%B8relser/Files/VedhaeftetFil/398.pdf>.
- 21) Det Økonomiske Råd. Konjunkturvurdering Principper i skattepolitikken. København: Det Økonomiske Råd; 2008. (Dansk Økonomi Efterår 2008).
- 22) Bræmer M. Velstillede vælter sig i sundhedsforsikringer. Ugebrevet A4 2008; 2008(41, 1.dec.)
- 23) Forsikring & Pension. Udtalelse af J.V. Hansen. Pressemeddelelse. Udskrevet 22-1-2009 fra <http://www.ams.dk/sw1866.asp?date=2009-01-22>.
- 24) Glavind N. Notat til LO om udvikling i den private sygehussektor. København: LO; 2008.
- 25) Forsikring & Pension. Hvad bliver sundhedsforsikringerne brugt til. Udskrevet 14-10-2008 fra <http://www.forsikringogpension.dk/Presse/Temaer/Sundhedsforsikringer/Sider/3.aspx>.
- 26) Jørgensen B, Jyllandsposten. Sundhedsforsikringer stiger markant. Udskrevet 25-11-2008 fra <http://epn.dk/privat/forsikring/article1524930.ece>.
- 27) Jung E, Berlingske Tidende. Prisen på sundhedsforsikring skyder i vejret. Udskrevet 9-9-2008 fra <http://www.business.dk/article/20080909/dinepenge/80909014/>
- 28) Andersen L, Jyllandsposten. Prischok på sundhedsforsikring. Udskrevet 20-12-2008 fra <http://epn.dk/privat/forsikring/article1549123.ece>.
- 29) Christensen K, Fagligt Fællesforbund 3F. Ulige adgang til sundhedsforsikringer. Udskrevet 1-12-2008 fra <http://nyheder.3f.dk/article/20081201/NEWSPAQ/812010335/1006/SIDUNGDOM>.
- 30) Petterson MT, Hansen MK, and Funch A, Urban. Sundhedsforsikringer skaber ulighed. Udskrevet 11-1-2009 fra <http://www.urban.dk/article/20090111/nyheder/701120011/>
- 31) Volander M, Jyllandsposten. Raske børn er et frynsegode. Udskrevet 16-10-2008 fra http://fpn.dk/liv/born_unge/article1485485.ece.
- 32) Houmark Andersen I, Nyrup Madsen T. Medlemmer vil forsikres - fagbevægelsen siger nej. Ugebrevet A4; 2008(11, 17.marts)
- 33) Olesen H, Fagligt Fællesforbund. 3F advarer mod kommunale sundhedsforsikringer. Udskrevet 6-11-2008 fra <http://forsiden.3f.dk/article/20081106/Nyheder/811060358/2140/Nyheder>.
- 34) Boye S. Hver anden kommune satser på sundhedsforsikring. Danske Kommuner; 2008(30):44.
- 35) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal. September 2006. Udskrevet 2006 fra <http://www.sum.dk/sum/>
- 36) Kjellberg J, Herbild L, Svenning AR. Indikationsændringer ved meraktivitet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 37) Mejdahl S. Fidus i frit valg. Ugeskrift for Læger 2008; 170(37):2902.

- 38) Steenberger A. Den dårlige historie: Garantien er faglig nedtur. Ugeskrift for Læger 2007; 169 (40):3360.
- 39) Glavind N, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. De svage grupper er ikke med i de private sundhedsforsikringer. Udskrevet 28-4-2008 fra <http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/sundhedsforsikring.pdf>.
- 40) Dansk Sygeplejeråd. Fakta om sygeplejersker - Samling af analyser oktober 2008. Udskrevet 1-10-2008 fra <http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/203/Fakta-1108.pdf>.
- 41) Praktiserende Lægers Organisation, PLO. Formandsberetning - PLO's repræsentantskabsmøde den 29. marts 2008. Udskrevet 29-3-2008 fra http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/POLITIK/BERETNINGER/BERETNINGER_PLO/Repr%C3%A6sentantskabsm%C3%B8de%20d.%2029.%20marts%202008/formandsberetning_marts_2008.pdf.
- 42) Bundgaard B. Tag bare vores læger - men send dem hjem igen. Ugeskrift for Læger 2008; 170(22):1898.
- 43) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedssektoren i tal 2007. Udskrevet 1-6-2007 fra <http://www.sum.dk/imEverest/Publications/imdk%20x2D%20dansk/Publicationer/20070711144356/CurrentVersion/Samlet%20udgave%20juni07netversion.pdf>.
- 44) Boysen M, Dagens Medicin. Professor i korstog mod bijobberi. Udskrevet 30-5-2008 fra <http://www.ditliv.dk/nyheder/2008/05/30/ildsjl-til-kamp-mod/index.xml>.
- 45) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Besvarelse af spørgsmål nr. S 234, som medlem af Folketinget Christian Wedell-Neergaard (KF) har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 10. marts 2005. Udskrevet 10-3-2005 fra <http://www.folketinget.dk/samling/20051/spoergsmaal/s842/svar/endeligt/20051116/219325.htm>.
- 46) Olesen F. Læger: Private sundhedsforsikringer medfører unødvendige behandlinger og overflødige operationer. Ugeskrift for Læger 2008; 170(12):1010.
- 47) Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede frie sygehusvalg. København: Amtsrådsforeningen; 2004.
- 48) Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F et al. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. BMC Health Services Research 2008; 11(8):252.
- 49) MedPac. Medicare Payment Advisory Commission Report to the Congress: Physician Owned Specialty Hospitals. Washington D.C: MedPac; 2005.
- 50) Søgaard J, Kilsmark J, Hansen PE. To undersøgelser, fra hhv. Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut, om offentligt betalte behandlinger på private sygehuse i 2005. Notat. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007.
- 51) Region Sjælland. Udbud giver flere behandlinger til Region Sjællands borgere. Udskrevet 10-12-2008 fra <http://www.regionsjaelland.dk/PresseOgNyt/Pressemeddelelser/2008/Sider/Udbudgiver-flerebehandlingerRegionSj%C3%A6llandsborgere.aspx>.
- 52) Kjellberg J, Herbild L, and Sørensen J. Ventelister til elektiv behandling. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004. (DSI Rapport 2004.07).

- 53) Sundhedsstyrelsen. Ventetid til sygehusbehandling 1. halvår 2007. København: Sundhedsstyrelsen; 2008. (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2008:2).
- 54) Sundhedsstyrelsen. Ventetid til sygehusbehandling 1. halvår 2006. København: Sundhedsstyrelsen; 2006. (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2006:26).
- 55) Cases C. French health system reform: recent implementation and future challenges. EuroHealth 2006; 12(3):10-1. http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth12_3.pdf
- 56) Maynard A. The Public-Private Mix for Health. Plus ça change, plus c'est la même chose? Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
- 57) Maynard A. The Public-Private Challenge in Health Care. Conference Paper. Udkrevet 25-7-2006 fra <http://www-rr.york.ac.uk/inst/che/williams/MaynardAHWConferencePaper.pdf>.
- 58) Ågerup M. Lighed begrænser. I: Rasmussen JG, Döllner N (red.). Den tunge ende: Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed. København: Dagens Medicin Bøger; 2008: Kap. 9.
- 59) Klein R. The public-private mix in the UK. I: Maynard A, Owen JW (red.). The Public-Private Mix for Health. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005: 43-62.
- 60) Sloan FA, Picone GA, Taylor DH, and Chou SY. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? Journal of Health Economics 2001; 20(1):1-21.
- 61) Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ 2002; 166(11):1399-406.
- 62) Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2002; 288(19):2449-57.
- 63) Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behavior. I: Culyer AJNJP (red.). Handbook of health economics vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 2000: 1142-74. (Handbook of Economics; 17).
- 64) Europas 10 største private sygehuse. Temanr. Mandag Morgen 2007; (13. aug):1-15.
- 65) Erlandsen E. Improving the efficiency of health care spending: Selected evidence on hospital performance. Paris: OECD; 2007. (Economics Department Working Papers 555).
- 66) Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 1963; 53:941-73.
- 67) Weisbrod BA. The Nonprofit Economy. Cambridge: Harvard University Press; 1988.
- 68) Rochaix L, Hartman L. Public-private mix for health in France. I: Maynard A (red.). The Public-Private Mix for Health. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005: 141-60.
- 69) Or Z, Pouvourville Gd. French hospital reforms: a new era of public-private competition? EuroHealth 2006; 12(3):21-4. http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth12_3.pdf
- 70) Maarse H, Meulen RT. Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform. Health Care Analysis 2006; 14(1):37-49.
- 71) de Jong JD, Brink-Muinen Avd, Groenewegen PP. The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled. BMC Health Services Research 2008; 8(58).

- 72) Knottnerus JA, ten Velden GHM. Dutch Doctors and Their Patients – Effects of Health Care Reform in the Netherlands. *New England Journal of Medicine* 2007; 357(24):2424-6.
- 73) Jung H, Helse. Hvad indeholder en sundhedsforsikring. Udskrevet 1-8-2007 fra <http://www.helse.dk/Default.aspx?ID=157&M=News&PID=1317&NewsID=6291>.
- 74) Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik, Indkomst, forbrug og priser. Udskrevet 12-1-2009 fra <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2009/NR013.pdf>.
- 75) Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C. The changing role of the state in healthcare systems. *European Review* 2005; 13(Suppl.S1):187-212.
- 76) Andersen TK, Albret P. Sundhedsministeren varsler nye spilleregler for privathospitaler. *Mandag Morgen* 2008; (39):32-5.

Bilag A: Indhold – Sundhedsforsikringspolicer

Gennemgang af forsikringspolicer fra de tre største forsikringsselskaber i Danmark refererer til gennemgang af magasinet Helse (Helse ArbejdsLiv) (73).

Sundhedsforsikringer i DANICA, CODAN og SKANDIA

Ifølge Forsikringsoplysningens seneste opgørelse fra 2005 er Danica, Codan og Skandia størst på området for sundhedsforsikringer. Af nedenstående fremgår forsikringernes indhold.

En syge- / sundhedsforsikring kan tegnes privat eller via ens arbejdsgiver. Forsikringssummen aftales med forsikringsselskabet og kan fx udgøre 500.000-1.000.000 kr., der kan bruges to gange i forsikringsperioden.

Forsikringen dækker hospitalsophold og medicin, operationer, pacemaker, proteser og hjælpemidler, tandbehandling, ambulant behandling, laboratorie- og røntgenundersøgelser, scanning, genoptræning, fysioterapeut eller kiropraktor, psykolog, psykiater og krisehjælp, alkoholafvænnning, sygeplejerske i hjemmet, transport mellem hjemmet og behandlingssted.

Forsikringen dækker ikke akutte opståede skader, kroniske lidelser, sygdomme eller symptomer, der er opstået, før forsikringen er oprettet, sygdom og ulykke som følge af professionel sport, kosmetiske operationer, alternativ behandling, briller, kontaktlinser eller tandbehandling, behandling af barnløshed samt følger af graviditet og fødsel.

DANICA Sundhedsforsikring

Privat; Målgruppe: Privatpersoner, 18-60 år med bopæl i Danmark.

Præmie: Aldersbetinget, ny pris for hvert år. (25% rabat, hvis behandling er helt eller delvist dækket gennem anden ordning.)

Grundmodul: Hurtig behandling på privathospital, -klinik eller ved speciallæge

Dækning: Op til kr. 1 mio. pr. år

Præmie: Ved 20 år kr. 493, ved 30 år kr. 621, ved 40 år kr. 874, ved 50 år 1.368.

Grundmodel med modul 1 - andre behandlere og terapeuter: Plus fx kiropraktik, fysioterapi, zoneterapi og psykolog.

Dækning: Op til kr. 1 mio. pr. år.

Præmie: Plus ved 20 år kr. 299, ved 30 år kr. 332, ved 40 år kr. 874, ved 50 år kr. 528.

Grundmodul med modul 2 - ekstra frihed: Plus rekreations- og behandlingsophold, midlertidig hjælp i hjemmet, behandling i udlandet.

Dækning: Op til kr. 1,5 mio. pr. år.

Præmie: Plus 20 år kr. 172, ved 30 år kr. 216, ved 40 år kr. 305, ved 50 år kr. 477.

Erhverv; Målgruppe: Alle medarbejdere i alle virksomheder.

Grundmodul og dækning: som privat. Præmie: Ikke oplyst.

Grundmodul med modul 1 og dækning som privat. Præmie: Ikke oplyst.

Grundmodul med modul 2 og dækning som privat. Præmie: Ikke oplyst.

Grundmodul med modul 3 – børnedækning: Plus behandling af medarbejderes børn på privathospital, -klinik eller ved speciallæge. Dækning: Ikke oplyst. Præmie: Ikke oplyst.

Grundmodul med modul 4 - behandling af afhængighed: Plus behandling af medarbejdere, der er afhængige af alkohol, medicin eller andre rusmidler.

Dækning: Ikke oplyst.

Præmie: Ikke oplyst.

CODAN

Privat og erhverv: Codan Hospitalsbehandling

Målgruppe: Privatpersoner og arbejdsgivere som led i kollektiv aftale for medarbejdere.

Præmie: Pris afhænger af forsikringstagerens alder og af, om forsikringen er led i en kollektiv ordning eller tegnes af en enkeltperson.

Grunddækning: Udgifter til indlæggelse, operation og ambulante behandlinger på betalingshospitaller i Norden og Tyskland ved sygdomme og tilskadekomst omfattet af dækningen – herunder hospiceophold i op til tre måneder, lægeordineret rekreationsophold i op til 30 dage efter dækningsberettiget indlæggelse eller operation efter aftale med Codan Forsikring, udgifter til transport, ophold og forplejning for pårørende ved indlæggelse af barn under 18 år ved afstand over 100 km fra bopæl, midlertidig hjemmehjælp op til 30 dage efter indlæggelse eller operation, nødvendig ambulante efterbehandling, nødvendig behandling hos kiropraktor eller fysioterapeut i op til seks måneder efter indlæggelse eller operation, forbrug af lægeordineret medicin i op til seks måneder efter indlæggelse eller operation, transport i Norden, hvis man pga. sygdom ikke selv kan køre eller tage offentlig transport.

Er Hospitalsbehandling en obligatorisk ordning for medarbejdere i en virksomhed, omfatter den også behandling for alkohol- og medicinmisbrug inden for visse grænser samt lægeordineret og/eller arbejdsrelateret behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut og akupunktør.

Forudsætter ikke ulykkestilfælde og afhænger ikke, af varigt men efter sygdom. Efter 2 år dækkes også ældre skavanker inden for forsikringens dækningsområde. Psykologdækning er standard og uden begrænsninger i antal behandlinger. Kroniske sygdomme og følgevirkninger heraf dækkes i op til tre måneder, efter de er konstateret. Skader efter farlig sport dækket også. Intet aldersmæssigt loft. Kan overtages af medarbejder ved fratræden, hvis forsikringen er led i en ansættelse.

Dækning/erstatning: Op til kr. 1.202.000 pr. år, dog højst kr. 5 mio. i alt pr. person i den periode, forsikringen gælder. Codan afregner direkte med behandlingsstedet.

Erhverv: Codan Care.

Målgruppe: Alle medarbejdere i alle virksomheder.

Dækning: Kan sammensættes efter behov – omfatter forsikringsgrupperne Forbliv rask, Hospitalsbehandling, Kollektiv Ulykkesforsikring, Alvorlig Tilskadekomst og Kritisk Sygdom.

Dækning/erstatning: Afhænger af sammensætning og dækningsgrad.

Præmie: Afhænger af sammensætning og dækningsgrad.

- ◆ Forbliv rask: Rådgivning ved fx psykolog, jurist, socialrådgiver i forskellige situationer som fx skilsmisse eller dødsfald, regelmæssig sundhedsundersøgelse samt tværfaglig behandling for at forebygge og behandle arbejdsrelaterede skader.
- ◆ Hospitalsbehandling: Udgifter til behandling af sygdomme, som kan kureres eller bedres varigt. Giver mulighed for indlæggelser og ambulante behandlinger på betalingshospitaller og -klinikker i Norden. Når medarbejderen har været forsikret i to år, er der også erstatning, hvis der stilles diagnoser, der direkte eller indirekte skyldes en tilstand, der er opstået, før medarbejderen trådte ind i ordningen.

- ◆ Kollektiv Ulykkesforsikring: Dækker varige men efter et ulykkestilfælde, når mengraden er fastsat. Kan også dække behandling hos fysioterapeut og kiropraktor efter en ulykke. Forsikringssummen aftales med oprettelsen og udbetales ved 100% varigt men, mens mindre erstatninger udbetales procentvis af erstatningssummen. Kan udvides med tillægserstatning og tandskadedækning.
- ◆ Alvorlig Tilskadekomst: Supplement til ulykkesforsikringen, da den tilskadekomne straks efter uheldet får udbetalt et kontant beløb til dækning af udgifter til fx transport, rengøring, rekreation o.l. Uafhængig af, om der er tale om et ulykkestilfælde, eller om der bliver tale om varige men. Erstatningssummen aftales på forhånd og beregnes ud fra tilskadekomsttabellen i betingelserne. Er tilskadekomstprocenten 50 eller derover, udbetales en tillægserstatning på 25% af forsikringssummen, og er den på 75 eller mere, udbetales hele summen
- ◆ Kritisk Sygdom: Udbetales til fri disposition efter, at en medarbejder har fået stillet en diagnose på alvorlige sygdomme, fx de fleste kræftformer, blodprop i hjertet, hjerneblødning, blindhed, døvhed, Parkinsons og Alzheimers sygdom. Erstatningssum ikke oplyst / fremgår af forsikringsbetingelserne.

SKANDIA

Privat og erhverv: Lifeline Sundhedsforsikringer.

Målgruppe: Privatpersoner og medarbejdere i erhvervsvirksomheder.

Dækning: Sammensættes efter ønsker og behov ud fra sundhedsforsikringsgrupperne Lifeline Excellent, Lifeline Plus og Lifeline Specialist.

Præmie: Pris afhænger af forsikringens sammensætning og erstatningssummer – se nedenfor.

Lifeline Excellent Sundhedsforsikring: Rådgivning samt rejse- og vaccinationservice på døgnbemandet telefonlinje, forebyggende helbredsundersøgelse hos speciallæge, vaccinationer - i forbindelse med udenlandsrejser samt årlig influenzavaccination, almindelig lægetjeneste, behandling af speciallæge og øvrige specialister, second opinion/yderligere en medicinsk vurdering af en specialist, worldwide operation og hospitalsbehandling via Skandias Netværk, verdensomspændende rejsedækning, hjemmehjælp, efterbehandling, omkostninger til rejse-, transport- og logi, hjælpemidler, herunder pacemaker og visse proteser, medicinsk og social ledsager ved indlæggelse i udlandet, sygeforsikring for børn under 18 år, misbrugsdækning til afvænningsbehandling, ved kritisk sygdom en fast sum på kr. 100.000, ophold på hospice.

Erstatning: For et og samme skadestilfælde kan ske i op til fem år fra første behandling.

Dækningsperiode/Livsvarig: Lifeline Excellent skal indtegnes i alderen 1-64 år, forsikringen kan dække livsvarigt og ikke opsiges af Skandia. Lifeline Excellent er sumløs og har ingen selvrisiko. Kritisk Sygdom har fast sum på kr. 100.000.

Præmie/pris: Ikke oplyst.

Lifeline Plus Sundhedsforsikring: Telefonisk hjælp og vejledning døgnet rundt, undersøgelse eller behandling hos speciallæge eller på privathospital, akupunktur, behandling hos specialist, cancerbehandling på hospital i Skandias Netværk i Norden, Europa eller USA (Gælder kun firmaordninger), second Opinion/yderligere medicinsk vurdering af en specialist, operation og hospitalsbehandling via Skandias Netværk i Norden og evt. øvrige EU, medicin i op til 6 måneder, hjemmehjælp og indkøb, efterbehandling og genoptræning i op til 36 måneder efter skade samt rekreationsophold i op til 30 dage, transportomkostninger, hjælpemidler, social og Medicinsk ledsager samt evt. medicinsk uddannet ledsager, dækning af børn under 18 år, hospiceophold ved livstruende diagnose.

Ny dækning fra 2006: Ny cancerdækning med forbedrede behandlingsmuligheder i USA og Europa, herunder sundhedsfaglig ledsager og to yderligere ledsagere, udvidelse af børnedækning, flere be-

handlinger/op til 8 behandlinger hos psykiater, psykolog, fysioterapeut og kiropraktor inden for periode på 12 måneder, akupunktur samt lempeligere antagelsesregler for ægtefælle/samlever.

Erstatning/dækningssum: I højst seks måneder efter forsikringens ophør, forsikringssummen er kr. 3.000.000 pr. skade pr. år, ingen selvrisiko.

Tilvalgsdækninger (kun erhverv): Udvidet fysiurgisk behandlingsdækning, ubegrænset dækning af behandling hos psykiater eller psykolog dækkes ubegrænset, behandling for udbrændthed dækkes i op til tre måneder, afvænnning for ludomani dækkes med ét behandlingsforløb, ubegrænset forsikringssum ved hospicebehandling eller hjemmepleje, hjemmehjælp i op til 3 måneder.

Lifeline Plus kan efter behov udvides med en helbredsundersøgelse hos speciallæge.

Lifeline Specialist Sundhedsforsikring: Telefonisk rådgivning døgnet rundt, undersøgelse og behandling hos speciallæge efter henvisning, operation og hospitalsbehandling i Skandias Netværk på hospitaler eller klinikker i Norden, hjemmehjælp og indkøb efter større operation, efterbehandling og genoptræning efter skade samt rekreative- og kurophold i Norden, rejse-, transport- og logiomkostninger ved behandling, herunder for en ledsager i op til fem dage, hjælpemidler ved efterbehandling og genoptræning samt sygeforsikring for børn under 18 år.

Erstatning: For et og samme skadestilfælde kan ske i op til to år fra første behandling.

Tegning af forsikring: Lifeline Specialist kan indtegnes livsvarigt i alderen 1-64 år.

Forsikringssum: Kr. 1.000.000, ingen selvrisiko.

Bilag B: LPR produktionsværdi

Produktionsværdi 2007

Produktionsværdien på de offentlige sygehuse var i 2007 omkring 46,3 mia. kr. (eksklusiv psykiatri) (2007 priser), fordelt på i alt ca. 9 mio. udskrivninger. Den gennemsnitlige produktionsværdi for de stationære behandlinger udgjorde ca. 27.900 kr., mens den gennemsnitlige produktionsværdi for de ambulante ydelser udgjorde ca. 2.100 kr.

Tabel 18. Produktion og produktionsværdi for patienter via offentlig sygeforsikring, 2007

2007	Offentlige sygehuse	Private sygehuse	Samlet sygehuse
<i>Afregningstakst</i>	<i>100 % DRG</i>	<i>95 % DRG</i>	
<i>Stationær</i>			
Antal	1.066.760	9.388	1.076.148
Produktionsværdi (kr.)	29.812.333.932	395.109.804	30.207.443.736
Gns. prod.værdi (kr.)	27.947	42.087	28.070
<i>Ambulant</i>			
Antal	7.963.454	94.566	8.058.020
Produktionsværdi (kr.)	16.489.852.034	288.725.900	16.778.577.934
Gns. prod.værdi (kr.)	2.071	3.053	2.084
<i>Stationær + Ambulant</i>			
Antal	9.030.214	103.954	9.134.168
Produktionsværdi (kr.)	46.302.185.966	683.835.704	46.986.021.670
Gns. prod.værdi (kr.)	5.127	6.578	5.148

Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA udtræk

Produktionsværdien på de private sygehuse bestående af fritvalgspatienter og bilaterale patienter var ca. 684 mio. kr., fordelt på ca. 104.000 behandlinger. Den samlede produktionsværdi for de private sygehuse estimeres som den samlede produktion afregnet til 95 % af DRG taksten.

Den gennemsnitlige produktionsværdi for de stationære behandlinger udgjorde ca. 42.100 kr., mens den gennemsnitlige produktionsværdi for de ambulante ydelser udgjorde ca. 3.100 kr.

Estimat på det samlede marked for sygehusydelser i 2007, angiver et marked på knap 47,5 mia. kr., jf. Tabel 9, inklusiv akutforpligtigelser og estimeret privat produktionsværdi via forsikringsbranchen på omkring 497 mio. kr., (produktionsværdi af operationer), eksklusiv privat, egenfinansieret behandling. Produktionsværdien i forsikringsbranchen er opgjort som den andel 'operationer' udgør af de samlede bruttoerstatningsudgifter for sundhedsforsikringer (66 %), jf. Tabel 8 og Figur 2.

Produktionsværdi 2008 (Estimat)

Der findes endnu ikke en samlet opgørelse for produktionsværdien fra den offentlige sygesikring for 2008. Estimat baseret på produktionen til den gennemsnitlige produktionsværdi for 2007, med anvendelse af inflationsjusterede (74) DRG takster fra 2007, opgør værdien til ca. 47,8 mia. kr. i 2008 priser.

Tabel 19. Estimeret produktion og produktionsværdi for patienter via offentlig sygeforsikring, 2008

2008	Offentlige sygehuse	Private sygehuse	Samlet sygehuse
<i>Afregningstakst</i>	<i>100 % DRG</i>	<i>95 % DRG</i>	
<i>Inflation (forbrugerpriser)</i>	<i>3,4 %</i>	<i>3,4 %</i>	
<i>Stationær</i>			
Antal	1.025.816	16.339	1.042.154
Produktionsværdi (kr.)	29.642.789.726	711.018.085	30.353.807.811
Gns. prod.værdi (kr.)	28.897	43.518	29.126
<i>Ambulant</i>			
Antal	7.892.688	164.832	8.057.520
Produktionsværdi (kr.)	16.898.991.008	520.371.152	17.419.362.160
Gns. prod.værdi (kr.)	2.141	3.157	2.162
<i>Stationær + Ambulant</i>			
Antal	8.918.504	181.171	9.099.675
Produktionsværdi (kr.)	46.541.780.734	1.231.389.237	47.773.169.971
Gns. prod.værdi (kr.)	5.219	6.797	5.250

Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA, Egne beregninger på baggrund af Forsikring og Pension (16).

Produktionsværdien på de offentlige sygehuse estimeres til ca. 46,5 mia. kr., mens den på private sygehuse estimeres ca. 1,2 mia. kr. (fritvalgspatienter og bilaterale patienter).

Estimat på det samlede marked for sygehusydelse i 2008 angiver et marked på knap 48,4 mia. kr., inklusiv estimeret produktionsværdi i forsikringsbranchen på omkring 653 mio. kr., eksklusiv egenfinansieret behandling på privathospital, se Tabel 9.

Produktionsværdien for forsikringer (operationer) er ekstrapoleret som estimerede bruttoerstatningsudgift for sundhedsforsikringer, 2008, med fastholdelse af 'operationers' andel på 66 % af de samlede udgifter i 2007.

Bilag C: LPR aktivitet

Opgørelser af antal behandlinger/udskrivinger foretaget via den offentlige sygesikring opgøres vha. Landspatientregistret, der ligeledes indeholder registreringer fra patienter behandlet i den private sektor, finansieret af regionerne i form af fritvalgspatienter eller 'bilaterale' patienter¹⁸. Det er ikke muligt med tilstrækkelig validitet at skelne mellem fritvalgspatienter og bilaterale patienter. Aktivitetsanalysen inkluderer udelukkende oplysninger om somatiske udskrivinger. Psykiatrien indgår ikke.

Der eksisterer ikke et samlet register for behandlinger foretaget i den private sektor, der behandler patienter fra fire 'kategorier': fritvalgspatienter; 'bilaterale patienter'; forsikringspatienter og selvbeta-lende patienter. De private udbydere udleverer ikke information omkring omsætning eller antal be-handlede patienter. Kun fritvalgspatienter og bilaterale patienter registreret i LPR indgår derfor.

Offentlig sygesikring - stationære behandlinger

Tabel 20 sammenligner udviklingen i antal patienter (ikke unikke) fordelt på offentlige og private (fritvalgspatienter og bilaterale patienter) sygehuse i de første 9 måneder af 2007 og 2008.

Antallet af stationære sygehusudskrivinger er faldet med 3,2 % i de første 9 måneder af 2008 i forhold samme periode 2007, fordelt på et fald på 3,8 % ved de offentlige sygehuse og en stigning på 74 % ved de private sygehuse. I de første 9 måneder af 2007 udførte de private sygehuse i alt 0,8 % af det samlede antal stationære behandlinger registreret i Landspatientregistret, stigende til 1,5 % i den tilsvarende periode 2008.

Tabel 20. Antal sygehusudskrivinger, stationær, første 9 måneder af hhv. 2007 og 2008 vækst -antal patienter

Patientgruppe	Offentlige sygehuse			Private sygehuse			Samlet sygehuse		
	2007	2008	Diff. %	2007	2008	Diff. %	2007	2008	Diff. %
Brystkirurgi (A)	1.496	1.069	-28,5	254	333	31,1	1.750	1.402	-19,9
Fedmekirurgi (B)	327	180	-45,0	522	991	89,8	849	1.171	37,9
Rygkirurgi (C)*	3.192	2.442	-23,5	947	1.630	72,1	4.139	4.072	-1,6
Andet Ortopædkirurgi (D)**	15.242	12.694	-16,7	1.117	1.691	51,4	16.359	14.385	-12,1
Ortopædkirurgi i alt (C+D)	18.434	15.136	-17,9	2.064	3.321	60,9	20.498	18.457	-10
I alt (A+B+C+D)	20.257	16.385	-19,1	2.840	4.645	63,6	23.097	21.030	-8,9
Øvrige sygehusudskrivinger	773.369	746.780	-3,4	3.704	6.744	82,1	777.073	753.524	-3,0
I alt***	793.626	763.165	-3,8	6.544	11.389	74,0	800.170	774.554	-3,2

Data for 2007 er fra LPR-DOSA pr. 21. august 2008 og data for 2008 er fra LPR pr. 24. oktober 2008.

* Rygkirurgi indeholder ikke alle udførte rygoperationer, men dækker kun et udvalg af rygoperationer, som kan udføres både privat og offentligt, samt at nogle rygoperationer falder under 'Andet ortopædkirurgi'.

** Andet ortopædkirurgi indeholder kun de behandlinger, som både de private og offentlige sygehuse laver, dvs. det er kun et udsnit af de offentlige sygehuses aktivitet, som er vist i tabellen, men hele de privates.

*** Øvrige sygehuse indgår ikke i sygehuse samlet - disse udgør dog også kun en meget lille andel.

Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA.

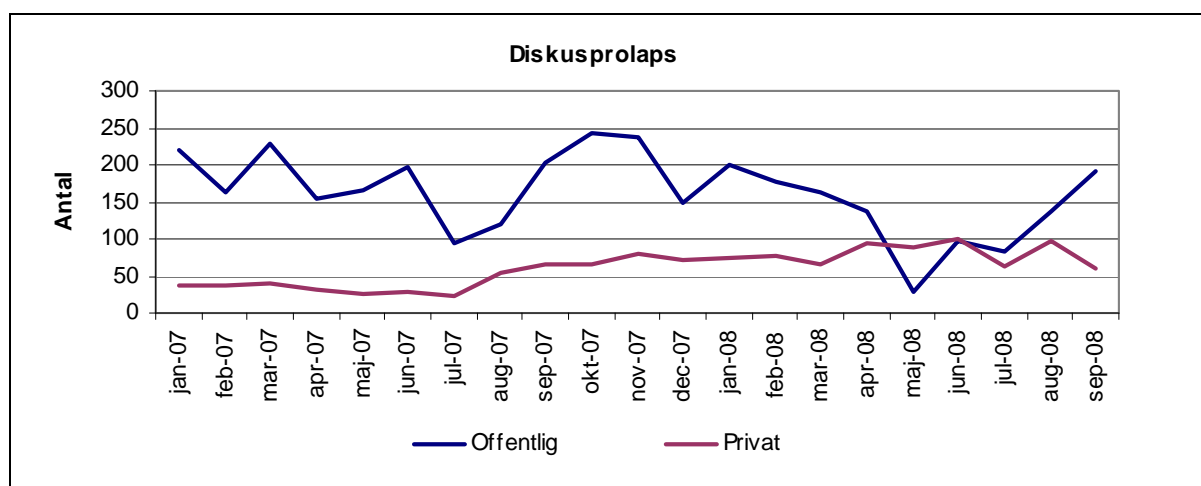
¹⁸ Patienter behandlet via bilaterale aftaler mellem regionerne og private udbydere.

Det tilgængelige datamateriale har muliggjort særskilt opgørelse for de elektive behandlingstyper bryst-, fedme- og ortopædkirurgi. Indenfor ortopædkirurgien, er antallet af sygehusudskrivinger på de private sygehuse steget med 60,9 % fra 2.064 i de første 9 måneder af 2007 til 3.321 i de første 9 måneder af 2008. Samlet set er der tale om en samlet negativ vækst på 10 %.

De private sygehuse var i de første 9 måneder af 2007 ansvarlige for 10,1 % af alle stationære ortopædkirurgiske sygehusudskrivinger, mens de i den tilsvarende periode i 2008 var ansvarlig for 18 %. Indenfor ryggkirurgi var de private sygehuses andel af det samlede antal udskrivinger 40 % i de første 9 måneder af 2008.

Tal for diskusprolaps, der udgør ca. 46 % af al ryggkirurgi, synliggør udviklingen i retning af flere behandlede patienter på privathospital bl.a. pga. strejken blandt sygehuspersonel i marts - maj 2008, jf. Figur 11. Ca. 20 % af alle behandlinger for diskusprolaps blev gennemført på privathospital i hele 2007, overfor ca. 37 % i de første 9 måneder af 2008. Figuren indikerer relativt stabil produktion over tid ved de private sygehuse, og en meget ustabil produktion på de offentlige sygehuse.

Figur 11. Diskusprolaps fordelt på antal udskrivinger offentligt og privat i jan. 2007 - sept. 2008



Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA

Antallet af udskrivinger indenfor fedmekirurgi er steget med 37,9 %. Antallet af udskrivinger på de offentlige sygehuse er faldet med 45 %, mens det tilsvarende er steget med 89,8 % på de private sygehuse. De private sygehuse stod i de første 9 måneder af 2008 for knap 84,6 % af al fedmekirurgi.

Antallet af udskrivinger indenfor brystkirurgi er faldet med knap 20 %. Antallet af udskrivinger fra offentlige sygehuse er faldet med 28,5 %, mens antallet er steget med 31 % på de private sygehuse. De private sygehuse stod i de første 9 måneder af 2008 for knap 23,8 % af al brystkirurgi.

Offentlig sygesikring - ambulante behandlinger

Antallet af ambulante sygehusudskrivinger er samlet set faldet med 0,2 % i de første 9 måneder af 2008 i forhold til den tilsvarende periode i 2007, fordelt på et fald på 0,9 % for offentlige sygehuse og en stigning på 58,6 % for de private sygehuse. I de første 9 måneder af 2007 udførte de private sygehuse i alt 1,2 % af de ambulante behandlinger, stigende til 1,9 % i 2008.

Tabel 21. Antal sygehusudskrivninger, ambulante, første 9 måneder af hhv. 2007 og 2008

Vækst -antal ptt.	Offentlige sygehuse			Private sygehuse			Samlet sygehuse		
	2007	2008	Diff. %	2007	2008	Diff. %	2007	2008	Diff. %
Patientgruppe									
Brystkirurgi (A)	673	499	-25,9	49	38	-22,4	722	537	-25,6
Fedmekirurgi (B)*	0	0	0	3	84	2700	3	84	2700
Rygkirurgi (C)**	13	8	-38,5	13	48	269,2	26	56	115,4
Andet Ortopædkirurgi (D)***	35.583	28.974	-18,6	3.314	6.376	92,4	38.897	35.350	-9,1
Ortopædkirurgi i alt (C+D)	35.596	28.982	-18,6	3.327	6.424	93,1	38.923	35.406	-9
I alt (A+B+C+D)	36.269	29.481	-18,7	3.379	6.546	93,7	39.648	36.027	-9,1
Øvrige ambulante besøg	5.877.663	5.831.898	-0,8	66.483	104.229	56,8	5.944.146	5.936.127	-0,1
I alt****	5.913.932	5.861.379	-0,9	69.862	110.775	58,6	5.983.794	5.972.154	-0,2

Data for 2007 er LPR-DOSA pr. 21. august 2008 og data for 2008 er LPR pr. 24. oktober 2008.

Årsagen til den negative vækst i antallet af ambulante besøg inden for brystkirurgi og det ortopædkirurgiske område skyldes overvejende strejken. Det kunne tyde på, at de private sygehuse har absorberet en del af de ortopædkirurgiske patienter, der ikke kunne blive behandlet på et offentligt sygehus.

* Fedmekirurgi forekommer ikke normalt som ambulante besøg, så derfor kan det muligvis skyldes fejlregistreringer at de indgår her. Fedmekirurgi udgør dog så lille en andel af de ambulante besøg, at det ikke har indflydelse på det samlede resultat.

** Rygkirurgi indeholder ikke alle udførte rygoperationer, men dækker kun et udvalg af rygoperationer, som kan udføres både privat og offentligt, samt at nogle ryg operationer falder under 'Andet ortopædkirurgi'.

*** Andet ortopædkirurgi indeholder kun de behandlinger, som både de private og offentlige sygehuse laver, dvs. det er kun et udsnit af de offentlige sygehuses aktivitet, som er vist i tabellen, men hele de private.

**** Øvrige sygehuse indgår ikke i sygehuse samlet - disse udgør dog også kun en meget lille andel.

Kilde: Danske Regioner, LPR-DOSA.

Samlet set var der på det ortopædkirurgiske område negativ vækst i antallet af ambulante besøg på 9,0 % i de første 9 måneder af 2008 i forhold til samme periode i 2007. De offentlige sygehuse oplevede et fald på 18,6 %, til en andel på 81,9 % af det samlede antal behandlinger, mens antallet af ambulante besøg på private sygehuse steg 93,1 % fra 3.327 til 6.424 udskrivninger.

De private sygehuse havde i de første 9 måneder af 2007 8,5 % af alle ortopædkirurgiske ambulante behandlinger, mens de i den tilsvarende periode i 2008 havde 18,1 % af alle behandlinger.

Indenfor brystkirurgi, er antallet af sygehusudskrivninger faldet med 22,4 % på de private sygehuse, mens antallet af udskrivninger er faldet med 25,9 % på de offentlige sygehuse. De private sygehuse stod i de første 9 måneder af 2008 for knap 7,1 % af al ambulante brystkirurgi.

Bilag D: Ideologi og valg

Den teoretiske distinktion mellem liberalisme og socialisme (rivaliserende ideologier) afspejler sig i de politiske argumenter for/imod et givent sundhedssektordesign. Oplæget tager udgangspunkt i *The Public-Private Challenge in Health Care* (conference paper), Professor Alan Maynard, University of York (57).

Nedenstående tabeller gengiver synspunkter for hhv. den 'liberale' og den 'socialistiske' ideolog. *Table A* viser de grundholdninger der typisk associeres med de to konkurrerende ideologier; *Table B* viser karakteristika for 'det ideelle sundhedsvæsen', præsenteret af tilhængerne af de respektive ideologier; *Table C* viser karakteristika for 'det reelle sundhedsvæsen', set fra opponenterens synspunkt.

Hver 'oversigtstabel' beskriver de ideologiske præferencer inddelt i efterspørgsel, udbud, reguleringsaspekter og respektive ideologers succeskriterier. Tabellernes ensartede struktur tilgodeser sammenligning på tværs af tabellerne.

Fortalerne for en ideologi tenderer til at kritisere opponenterens 'faktiske'/'reelle' karakteristika og fremhæve egen 'idealistiske' karakteristika, hvilket skaber en vedvarende, retorisk debat, og dermed medvirker til at fokus fjernes fra pågældende problemer vedrørende effektivitet og lighed.

Kernen i ideologiernes forskellighed er, hvorledes de hver især maksimerer 'den sociale velfærdsfunktion', dvs. samfundets samlede nytte. Liberalisterne maksimerer *frihed/valgfrihed*, hvor sundhedsydelser sidestilles med alle andre goder, som man kan nyde afhængigt af sin økonomiske købekraft og betalingsvillighed. Socialisterne maksimerer *lige muligheder* for alle, med ens 'adgang' til sundhedsydelser for alle, uanset individuel købekraft og betalingsvillighed.

Den pragmatiske løsning er to parallelle systemer (sektorer), der fungerer sideløbende, hver med deltagelse af de to systemers respektive tilhængere. Socialisterne betragter imidlertid samfundet som ét fælles system, idet to sideløbende systemer, hvor det enkelte individ frit kan vælge mellem systemerne og købe sundhedsydelser afhængigt af egen økonomisk formåen, er 'ulige', da velstillede individer får højere social og helbredsmæssig prioritet end de socialt mere marginaliserede borgere, hvilket vil mindske den samlede velfærd i samfundet. Eneste gældende forhold der reelt forventeligt vil kunne mægle til enighed om to parallelle systemer, er en situation, hvor begge systemer oplever performanceforbedringer ved en todeling i forhold til ét fælles system. Spørgsmålet er derfor om der kan etableres en konkurrencesituation, der på denne vis tilfredsstiller begge systemer, og hvorledes dette system-miks ser ud? Det overordnede, fælles mål synes altså at være performanceforbedringer, fx produktivetsforøgelse.

Overfor den ideologiske diskussion, er praksis, hvor eksempelvis en hollandsk undersøgelse af forbrugervalg og efterspørgsel i forhold til 'sundhedsforsikringer' viser, at forsikringstageres primære årsag til at skifte forsikringselskab er styret af pris, bekvemmelighed og tidligere erfaringer. En engelsk undersøgelse af patienternes reelle præferencer viser, at patienterne bekymrer sig mere om kvalitet i sundhedsydelserne, end om 'valg'.

Tilsvarende viser en engelsk undersøgelse, at valg i det store hele er irrelevant for ambulante og kronisk syge patienter, der (i stedet) foretrækker 'garanti for kvalitet' i leverede sundhedsydelser".

Målet for de forskellige sundhedssystemer og sundhedsreformer mere generelt er typisk bedre omkostningsstyring (herunder omkostningsreduktioner), lighed og effektivitet. Disse mål står ofte i direk-

te konflikt med hinanden, hvilket nødvendiggør prioritering, der ofte bliver ideologisk og politisk influeret.

Så vidt muligt bør balancen mellem offentlige og private ydelser, det frie valg og lighed, samt lighed og effektivitet, i stigende grad styres på baggrund af evidens, frem for ideologi, hvor denne kan udskilles.

Tabel 22. Liberalistiske hhv. socialistiske grundholdninger

<i>Holdninger forbundet med synspunkter A og B</i>	Synspunkt A: Liberalisme; søger en liberal tilgang, er typisk tilhænger af en stor privat sektor	Synspunkt B: Socialisme; søger en fælles-social tilgang, er typisk tilhænger af en stor offentlig sektor
Personligt ansvar	Personligt ansvar er et kerneelement. Dette personlige ansvar svækkes, hvis folk tilbydes gratisydelse af det offentlige system. Udover det principielle problem i at ydelserne er 'gratis' og betalt af det offentlige, svækker 'gratis-ydelser' den personlige drivkraft, der er med til at sikre såvel egen som samfundets økonomiske velstand. Systemet undergraves dermed endvidere moralsk, da den moralske opbakning til samfundet er tæt relateret til det personlige ansvar.	Det personlige ansvar og incitament til egen 'succes' er ønskværdig, men manglende økonomisk formåen er ikke at sidestille med moralsk eller social 'deroute'.
Sociale rettigheder / socialt sikkerhedsnet	Social Darwinisme dikterer en tilsyneladende 'ligegyldighed' overfor personer, der ikke har succes rent økonomisk. En mindre yderliggående holdning er en positiv indstilling overfor velgørehed, der ses som et gangbart alternativ, dog gennemført på privat initiativ / i privat regi. Velgøreheden skal gennemføres under nøje foreskrevne betingelser, eksempelvis så potentielle modtagere først skal mobilisere alle deres egne ressourcer og ikke, som følge af velgøreheden, må blive stillet i så særlig gunstig position, målt i relation til de der 'klar sig selv'.	Privat velgørehed afvises ikke, men ses som en potentielt moralsk glidebane (da den ofte er nedværdigende for modtageren og korrumpere for donor) og ofte for værende urimelig. I stedet foretrækkes en form for socialt sikkerhedsnet, der skal medvirke som mekanisme til at det enkelte individ kan klare sig selv. Retten til det sociale sikkerhedsnet sikres gennem præcise regler, der endvidere sikrer lige adgang hertil, for alle i samfundet.
Frihed	Frihed tilstræbes som ypperst opnåelige gode i sig selv. Tvang dæmper både personligt ansvar og det individuelle, frivillige incitament til at engagere sig 'socialt'. Centraliseret sundhedsplanlægning og styring af sundhedsvæsenets finansiering, betragtes som en unødvendig og uberettiget indblanding i de 'frie' markeds kræfter, herunder patienternes og de ansattes frie valg. En privat, 'fri' sektor er således bolværk mod 'totalitarisme'.	Frihed er tilstedeværelsen af frie valgmuligheder; økonomiske begrænsninger er ofte den reelle begrænsning for det frie valg. Der eksisterer ikke uendelig frihed i verden, hvorfor det at have frihed ofte er på bekostning af andre goder. Centraliseret ledelse og styring er ikke en ydre trussel mod den enkelte i samfundet, men er en nødvendighed for at den enkelte kan opnå størst mulig frihed (større 'reel' frihed).
Ligestilling	Lighed over loven er det centrale begreb, med klar prioritering af frihed før lighed, såfremt prioritering mellem disse er nødvendigt.	Da den eneste moralske begrundelse for at fremme personlig (økonomisk) succes er, at alle som udgangspunkt har lige muligheder for at opnå en sådan succes, er fokus på 'lige muligheder for alle'. Såfremt dette ikke kan sikres, undermineres den moralske værdi af 'personlig succes'. Ligestilling ses blot som et delelement af 'frihed', der reelt kun nydes af de færreste.

Tabel 23. Grundprincipper i et idealistisk sundhedssystem – set fra egen side

Det idealistiske sundhedssystem – set fra egen side	Privat	Offentlige
Efterspørgsel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det enkelte individ er det bedste til at vurdere egen sundhed og egne behov. 2. Prioriteter og valg vedrørende sundhed fastlægges af egen fri vilje og evne til at betale. 3. Efterspørgselsusikkerhed udglattes via private forsikringer. 4. 'Lighedsproblematikken' skal behandles andre steder (f.eks. i skattesystemet og ved de sociale myndigheder) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ved sygdom kan det enkelte individ ikke være ansvarligt for sin egen sundhed og behov. 2. Prioriteter og valg vedrørende sundhed fastlægges ud fra kriterier fastsat af sundhedsmyndighederne. 3. Efterspørgselsusikkerhed er et irrelevant problem, da produktet er 'gratis'. 4. Da økonomisk velstand ikke kan relateres til behovet for sundhedspleje, skal sundhedssystemet fungere som et uafhængigt system.
Udbud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profit er en passende og effektiv måde at motivere udbydere af sundhedstjenester på for at få disse til at reagere på det efterspørgselsbestemte behov. 2. Prioritering sker på baggrund af folks betalingsvillighed og omkostningerne ved at imødekomme deres ønsker. 3. Udbydere har et stærkt incitament til at anvende de billigste produktionsmetoder. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effektiv og god pleje og behandling motiveres gennem en faglig, etisk forsvarlig og dedikeret offentlig tjeneste. 2. Prioritering sker ud fra, hvor de største forbedringer indenfor pleje eller behandling forefindes. 3. Forudbestemt grænse for disponible ressourcer skaber et stærkt incitament for udbydere til at anvende de billigste produktionsmetoder.
Regulering / tilpasning	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mange konkurrerende udbydere sikrer, at udbudspriserne minimeres og afspejler omkostningerne. 2. Velinformerede forbrugere er på egen hånd i stand til at opsøge de mest omkostningseffektive former for behandling. 3. Såfremt der eksisterer overnormal profit ved ligevægtsprisen, vil flere udbydere gå ind i markedet hvorved udbuddet successivt vil blive justeret i henhold til efterspørgselen. 4. Hvis aktiviteterne modsat kun er profitable i mindre grad, eller slet ikke, vil udbydere forlade markedet, indtil en ny ligevægt er etableret. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Central styring, kontrol/revision og almen forvaltning medvirker til at systemet holdes omkostningseffektivt. 2. Veluddannede klinikere ordinerer den mest omkostningseffektive behandling for patienterne. 3. Faciliteter eller specialer med underkapacitet, udvides og tilføres yderligere ressourcer. 4. Faciliteter eller specialer med overkapacitet, skaleres ned for at frigive ressourcer til anden anvendelse.
Succeskriterier	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forbrugeren vurderer/ evaluerer systemet i henhold til systemets evne til at opfylde deres specifikke behov, herunder forventede kvalitet, tidspunkt for 'levering', sted mm. 2. Producenterne evaluerer systemet ud fra forventede profit og heraf egen levestandard. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fagspecialister evaluerer systemet efter hvilken grad det forbedrer sundhedstilstanden i befolkningen i forhold til de tilgængelige ressourcer. 2. Producenterne evaluerer systemets ud fra de muligheder systemet giver dem til at give en omkostningseffektiv behandling.

Tabel 24. Det faktiske sundhedssystem – set fra opponertens side

<i>Det faktiske sundhedssystem – set fra opponertens side</i>	Privat	Offentlige
Efterspørgsel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Læger agerer som agenter der behandler på baggrund af forbrugernes efterspørgsel. 2. Prioriteter og valg vedrørende sundhed styres ud fra forsikringslignende refusionsregler. 3. Da tegning af private forsikringer i sig selv er en profitmaksimerende aktivitet, er en individuel risiko-justering unngåelig; således dækker forsikringen ulige, hvilket skævvrider den individuelle vilje og evne til at betale. 4. Forsøg på at påvirke fordelingen af rigdom og velfærd i samfundet opfattes som incitamentsforvridende (herunder evnen til at købe bedre / mere lægehjælp, hvis man er rig). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lægerne agerer som agenter der fastsætter behov på vegne af patienterne. 2. Prioriteter og valg vedrørende sundhed styres af lægernes faglige niveau, af dennes vurdering af patientens nuværende og forventede fremtidige sundhedstilstand. 3. Fravær af finansielle forpligtigelser direkte i forbindelse med behandling/pleje, herunder individuel risikojustering, får patienterne til at søge behandling og pleje for trivielle eller mindre vigtige skavanker. 4. Forsøg på at korrigere eventuelle sociale eller økonomiske uligheder via differentieret, kompensationsstyret adgang til sundhedsydelserne medfører brug af sundhedsydelser i situationer, hvor det er usandsynligt, at der findes en omkostningseffektiv løsning på problemet.
Udbud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det for udbydere mest profitable er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med forbrugernes interesse, og da de hver i sær ikke kender til modpartens præcise interesser, baseres udbud på 'skøn'. 2. Prioriteter og valg afgøres af forbrugernes købekraft og betalingsvillighed og af omkostningerne til at opfylde denne 'efterspørgsel'. 3. Profithensyn medfører et stærkt incitament til markedssegmentering, prisdiskrimination og interne aftaler mellem udbydere. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. En personlig og faglig dedikeret indsats i samfundets tjeneste må forventes ødelagt af kynisk adfærd af andre, der ikke deler samme indstilling overfor samfundet, da disse kan profitere personligt via selvsk adfærd. 2. Prioritering og valg ud fra hvad der giver den største faglige målopfyldelse. 3. Siden omkostningseffektivitet ikke accepteres som et gangbart fagligt succeskriterium, kan økonomisk pres medføre spændinger mellem de 'professionelle' og 'lederne'.

<i>Det faktiske sundhedssystem – set fra opponertens side</i>	Privat	Offentlige
Regulering / tilpasning	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faglige og etiske regler anvendes til at begrænse den reelle konkurrence. 2. Forbrugerne får utilstrækkelige oplysninger om kvalitet og faglige kompetencer, og da forbrugerne er forsikrede, kan hemmelige aftaler opstå mellem dem og lægerne om at overdrive omkostningerne (med forsikringselskabet som økonomiske ansvarlige). 3. Adgangsbegrænsningerne til det sundhedsfaglige erhverv vanskeliggøres og udbuddet begrænses for at opretholde økonomisk rentabilitet. 4. Hvis efterspørgslen falder, udvider lægerne aktiviteterne og tvinger dermed udbydere af nært relaterede ydelser ud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da det ikke er nødvendigt at udarbejde omkostningsanalyser til brug i debiteringsøjemed, er megen information om omkostningerne ikke tilgængelig. 2. Klinikere kender ikke omkostningsstrukturerne og har intet direkte incitament til at handle på baggrund heraf. Nødvendige besparelser bidrager derfor ikke til at trimme organisationen, men ses kun som et 'onde'. 3. Kendskabet til givne behandlings omkostningseffektivitet er begrænset, og lægerne er varsomme med at handle, før en mere generel faglig enighed på området er vedtaget. 4. Udfasning af aktiviteter, der er blevet overflødige, vanskeliggøres, da det ofte reelt truer mindre, koncentrerede og specialiserede faggrupper med navngivne medlemmer (heroverfor er modtagerne af de specialiseredes grupper ydelser, der kun kan identificeres som 'statistiske størrelser'.)
Succeskriterier	<ol style="list-style-type: none"> 1. Forbrugeren vurderer/evaluerer systemet i henhold til systemets evne til at opfylde deres præcise behov, uden dermed at "sygelig-gøre" dem og/eller påvirke deres sundhedsmæssige risiko-profil negativt. 2. Producenterne evaluerer systemet ud fra forventede profit og heraf egen levestandard. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siden den nemmeste aspekt at måle af sundhedstilstanden er den forventede levealder, er diskussionen domineret af dødelighed og risikofaktorer for dødelighed på bekostning af behandlinger af ikke-livstruende sygdomme. 2. I mangel af præcise oplysninger om omkostningseffektivitet, evaluerer producenterne af sundhedsydelser systemet ud fra i hvilket omfang det giver dem mulighed for at udføre de behandlinger, de finder mest spændende og tilfredsstillende at udføre.

Bilag E: Markedsgørelse – fra plan til marked

Siden midten af 1970'erne har stort set alle OECD-lande kunne tilbyde deres befolkninger adgang til nationale sundhedssystemer. Der var dog dengang, som nu, bemærkelsesværdige forskelle i systemernes opbygning, der her skitseres som tre overordnede modeller, jf. Tabel 25 (75).

Tabel 25. Hovedtyper af sundhedssystemer i forhold til statens rolle

System	Værdier/principper	Finansiering	Leverandører	Regulering
Det integrerede sundheds-system, fx NHS i England og nordiske systemer	Lighed: Lige adgang til sundhedsydelse for alle	Offentlig: skattebaseret, ifølge med indkomst (direkte skatter) og forbrug (indirekte skatter)	Offentlige leverandører	Dominerende reguleringsmekanisme: hierarki; overordnet planlægning og stram statskontrol
Sociale / arbejdsmarkedsbaserede forsikrings-system, fx Tyskland, Holland, Frankrig og Østrig	Solidaritet: Lige adgang til sundhedsydelse for alle medlemmer / forsikringstagere	Offentlig: betaling afhængig af indkomstniveau	Private og offentlige leverandører, dertil bl.a. NGO, non-profit organisationer	Dominerende reguleringsmekanisme: kollektive overenskomstforhandlinger; lovmæssig ramme-styring og nogen statskontrol
Privat (forsikringsbaseret) sundhedssystem, fx det amerikanske sundhedssystem	Ækvivalens: Adgang til sundhedsydelse afhængigt af betalingsvillighed/mulighed	Privat: præmiebetaling afhængig af individuelle risiko-profil	Private leverandører	Dominerende reguleringsmekanisme: markedsstyring; begrænset statskontrol af forsikringer og leverancer

Kilde: "The changing role of the state in healthcare systems", H. Rothgang et. Al.; European Review - Academia Europaea, Vol 13, Supp. No. 1 (75).

Sundhedssystemet i Storbritannien og de skandinaviske lande er eksempler på lande der har opbygget *'Integrerede Sundhedssystemer'*, hvor 'lige adgang for alle' er det underliggende princip i de typisk skattefinansierede sundhedssystemer, baseret på offentlige udbydere/leverandører. I det integrerede sundhedssystem er der typisk et stærkt statsligt kontrol / tilsynsapparat.

I det *'Private sundhedssystem'* er adgang til sundhedsydelse afhængig af det enkelte individs egen betalingsmulighed og -villighed, med egenfinansierede sundhedsydelse, typisk administreret via forsikringsbaserede systemer. Udbydere er private profitorienterede virksomheder, og systemlogikken eksemplificeres ved det amerikanske system.

I arbejdsmarkedsbaserede *'Sociale forsikringssystemer'* har alle forsikringstagere lige adgang til sundhedsydelse. Tyskland, Holland, Frankrig og Østrig er eksempler på lande der anvender sociale / arbejdsmarkedsbaserede forsikringsmodeller, hvor forsikringstagerne tegner forsikringer gennem arbejdspladsen, der co-finansierer præmien, nogle ligeledes for forsikringstagerens familier. Borgere udenfor arbejdsmarkedet modtager finansiering fra offentlige kasser, mod mindre god dækning. Leverandørerne er enten offentlige, NGO'er, non-profit organisationer eller private profitdrevne virksomheder. De sociale forsikringssystemer blander så at sige elementer fra plan og markeds-paradigmerne.

Øget markedsgørelse skitseres i Tabel 25 som bevægelsen fra det 'integrerede' sundhedssystem mod det 'private' sundhedssystem; fra 'plan' mod 'marked'. Som modellen indikerer, implicerer bevægelsen

ændret regulering, finansiering, leverandørkarakteristika og -logik, ændrede værdier og underliggende principper mm.

Reguleringsparadigmet skifter fra staten som overordnet kontrollerende instans (decentraliseret herhjemme), til markedsparadigmet, hvor markedet i højere grad regulerer sig selv.

Politisk indførte incitamenter i form af frit og udvidet frit sygehusvalg, aktivitetsbaseret afregning og skattefradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer tegner den markedsorienterede ændring i sundhedssektoren i Danmark.

I markedsparadigmet 'disciplinerer' markedet sig selv gennem opbygning af en markedsorienteret incitamentsstruktur med øget fokus på basale markedskræfter.

Markedets selvregulering er bl.a. styrket i form af:

- ◆ *Øget forbrugersuverænit*et på efterspørgselssiden
- ◆ *Øget konkurrence mellem udbydere* på udbudssiden

Fokus på øget forbrugersuverænit et på efterspørgselssiden er bl.a. blevet indikeret af Ministeren for sundhed og forebyggelse, som gennemgået i hovedteksten (76), jf. ligeledes øget politisk velvilje for sundhedsforsikringer, mens øget konkurrence mellem udbydere på udbudssiden følger af det udvidede frie sygehusvalg.

I et markedsorienteret sundhedssystem er de private udbydere selv-disciplinerende indenfor bl.a. kvalitetskrav, der løbende fastsættes i henhold til forbrugernes ønsker og forbrugermagt, herunder valg af leverandør, i modsætning til det integrerede sundhedssystem, der støtter centralt fastsatte krav til kvalitet og udvikling. I det markedsorienterede system er kvalitetslogikken altså, at de private aktører selv (automatisk) sørger for kvalitetsregulering, via effektiv ressourceudnyttelse.

Bilag F: Eksplorative casestudier – Rigshospitalet og Aalborg Sygehus

For at belyse markedsgørelsens implikationer med et empirisk udgangspunkt, har vi indgået aftale med Rigshospitalets HovedOrtoCenter om udlevering og analyse af data samt interviews. Rigshospitalet HovedOrtoCenter er interessant i analyseøjemed som landets hovedsygehus, med mange specialfunktioner. Der blev ligeledes indgået aftale med Aalborg Sygehus om udlevering og analyse af data. Ålborg sygehus er interessant i analyseøjemed som landsdelssygehus, med mange elektive patienter.

Rigshospitalets HovedOrtoCenter, Ortopædkirurgisk afdeling

Hovedopgaverne i det empiriske arbejde i forhold til Rigshospitalets HovedOrtoCenter har været:

1. Bemanding, rekruttering, bæredygtighed: Kvantitativ og deskriptiv analyse af bemandings- og rekrutteringssituationen på HovedOrtoCentret: Analyse af vagtplaner, herunder udviklingen i overarbejde og brug af vikarer. Budget- og regnskabsanalyse indgår.
2. Servicemål: Analyse af kvalitetsmål, herunder ventetid og analyse af antal af patienter der sendes videre til behandling eksternt / privat.
3. Aktivitetsmål: Kvantitativ analyse af antal og type af gennemførte operationer.
4. Uddannelse: Beskrivelse af afdelingens uddannelse af sygeplejersker/læger, herunder omkostninger i tid og kr.

Ad. 1 Bemanding, rekruttering og bæredygtighed

Bemandings- og rekrutteringssituationen blandt sygeplejersker bærer præg af flere vikarer, jf. Tabel 26, hvilket imidlertid gælder for hele landet, og ikke kan tilskrives det udvidede frie valg eller væksten i sundhedsforsikringer specifikt. Der er nærmere tale om en generel trend som følge af mangel på sygeplejersker i Danmark.

Bemandings- og rekrutteringssituationen blandt læger er ikke blevet påvirket gennem de seneste år, hvilket skal tilskrives Rigshospitalets specielle funktion som landets hovedsygehus med mange specielle tilfælde, der generelt tiltrækker læger.

Bæredygtigheden på den ortopædkirurgiske afdeling, der beskriver systemets bæredygtighed i forhold til brug af vikarer, vakancer, anciennitet mm., vurderes ikke umiddelbart at være blevet påvirket af markedsgørelsen.

Ad 2. Servicemål

Det har ikke været muligt at indhente tilstrækkelig dis-aggregerede data til belysning af hovedopgave 3. vedr. servicemål.

Ad. 3: Aktivitetsanalyse (operationer og produktionsværdi)

Produktionsværdien er inflationsjusteret efter Danmarks Statistik (74) (bedste alternativ til at sikre for sammenlignelighed under givne forudsætninger) og angivet i 2007 priser, jf. Tabel 28. Registreringer for 2008 er endnu ikke afsluttet som serie ved rapportens afslutning, primært grundet efterslæb i dataregistreringerne fra strejken i foråret 2008, hvorfor dette datamateriale ikke har været af tilstrækkelig god kvalitet til at blive inkluderet.

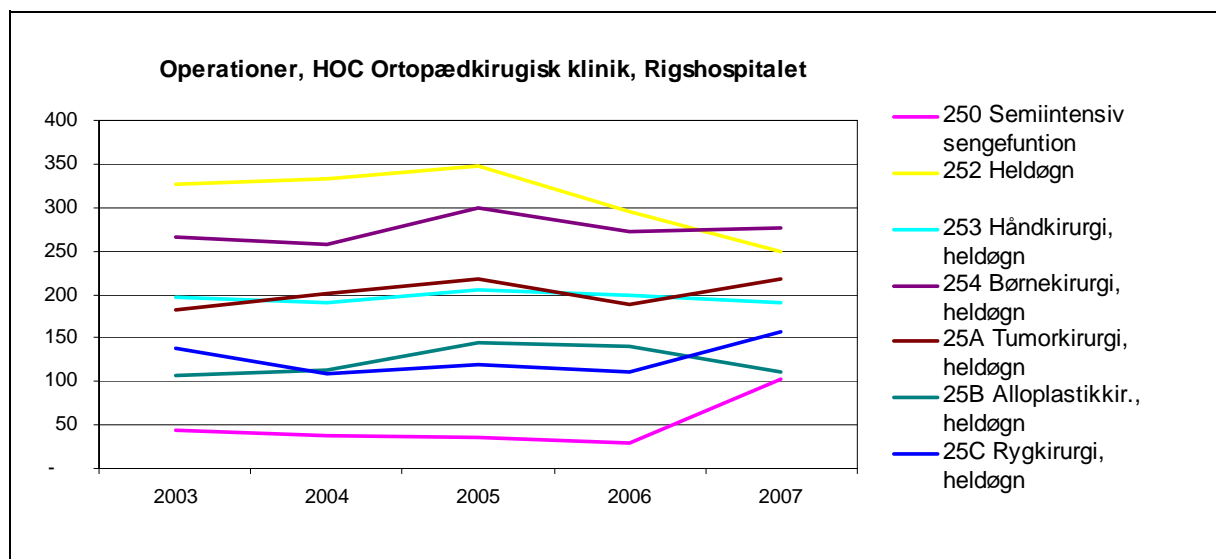
Tabel 26. Vagtplaner for sygeplejersker, Rigshospitalet, HOC Ortopædkirurgisk klinik

Afsnit 3161 - 2 AE 2712							Traumecenter og akutmodt. AE 2754							Afsnit 2163-4 AE 2711							Total						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008		2003	2004	2005	2006	2007	2008		2003	2004	2005	2006	2007	2008		2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sygeplejersker	19,0	22,5	23,9	23,2	26,6	29,9	Sygeplejersker	29,7	29,6	30,6	30,1	29,9	35,1	Sygeplejersker	16,2	19,9	21,5	20,6	21,2	22,8	Sygeplejersker	64,9	72,0	75,9	73,9	77,6	87,8
Nominering	24,4	24,4	24,2	24,2	25,9	25,9	Nominering	30,7	30,5	30,5	29,5	29,6	32,0	Nominering	21,4	21,2	21,2	21,2	22,0	25,0	Nominering	76,5	76,2	76,0	75,0	77,5	82,8
Diff.	5,4	1,9	0,4	1,0	-0,7	-4,0	Diff.	1,0	0,9	-0,1	-0,6	-0,3	-3,1	Diff.	5,2	1,3	-0,2	0,7	0,8	2,1	Diff.	11,6	4,2	0,1	1,1	-0,1	-5,0
Sygehjæ.+Sosu	8,5	7,2	7,4	5,4	4,5	4,5	Sygehjæ.+Sosu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Sygehjæ.+Sosu	9,0	9,0	8,1	8,4	6,4	6,4	Sygehjæ.+Sosu	17,5	16,2	15,5	13,8	10,9	10,9
Nominering	7,2	7,2	6,2	6,2	4,5	4,5	Nominering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Nominering	8,0	8,0	7,0	7,0	6,2	6,2	Nominering	15,1	15,1	13,1	13,1	10,7	10,7
Diff.	-1,3	-0,1	-1,2	0,78	0,0	0,0	Diff.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Diff.	-1,0	-1,0	-1,1	-1,43	-0,2	-0,2	Diff.	-2,3	-1,1	-2,4	-0,65	-0,2	-0,2
Antal ansatte i alt	27,5	29,7	31,2	28,6	31,1	34,4	Antal ansatte i alt	29,7	29,6	30,6	30,1	29,9	35,1	Antal ansatte i alt	25,3	28,9	29,6	29,0	27,6	29,2	Antal ansatte i alt	82,4	88,2	91,4	87,7	88,5	98,7
Nominering	31,6	31,6	30,4	30,4	30,4	30,4	Nominering	30,7	30,5	30,5	29,5	29,6	32,0	Nominering	29,4	29,2	28,2	28,2	28,2	31,2	Nominering	91,7	91,3	89,1	88,1	88,2	93,6
Diff.	4,1	1,9	-0,9	1,8	-0,7	-4,0	Diff.	1,0	0,9	-0,1	-0,6	-0,3	-3,1	Diff.	4,1	0,3	-1,4	-0,8	0,6	2,0	Diff.	9,3	3,1	-2,3	0,4	-0,3	-5,2
Barsel+Orlov	2	2,3	2,7	4,0	3,86	3,6	Barsel+Orlov	2,6	1,4	3,3	3,4	4,0	4,1	Barsel+Orlov	2,8	3,1	2,9	0,7	0,9	0,5	Barsel+Orlov	7,5	6,8	9,0	8,1	8,8	8,2
Vikarer	0	0	0	0	0	0	Vikarer	5,7	2,2	3,0	4,7	4,6	9,5	Vikarer	0,0	0,4	0,0	0,9	0,0	0,5	Vikarer	5,7	2,6	3,0	5,6	4,6	10,0
Forbrug ex. vikarer	27,5	29,7	31,2	28,6	31,1	34,4	Forbrug ex. vikarer	23,9	27,4	27,6	25,4	25,2	25,7	Forbrug ex. vikarer	25,3	28,5	29,6	28,1	27,6	28,7	Forbrug ex. vikarer	76,7	85,6	88,4	82,1	83,9	88,7
Forbrug inkl. vikarer	27,5	29,7	31,2	28,6	31,1	34,4	Forbrug inkl. vikarer	29,7	29,6	30,6	30,1	29,9	35,1	Forbrug inkl. vikarer	25,3	28,9	29,6	29,0	27,6	29,2	Forbrug inkl. vikarer	82,4	88,2	91,4	87,7	88,5	98,7
Barsel og orlov	2	2,3	2,7	4,0	3,86	3,6	Barsel og orlov	2,6	1,4	3,3	3,4	4,0	4,1	Barsel og orlov	2,8	3,1	2,9	0,7	0,9	0,5	Barsel og orlov	7,5	6,8	9,0	8,1	8,8	8,2
Antal fastansatte	29,5	32,1	33,9	32,6	34,9	38,0	Antal fastansatte	26,6	28,8	30,9	28,9	29,2	29,8	Antal fastansatte	28,1	31,6	32,5	28,7	28,5	29,2	Antal fastansatte	84,1	92,5	97,4	90,2	92,7	97,0
Ledige faste stillinger	2,1	-0,5	-3,5	-2,2	-4,6	-7,6	Ledige faste stillinger	4,1	1,7	-0,4	0,7	0,4	2,2	Ledige faste stillinger	1,3	-2,4	-4,3	-0,5	-0,3	2,0	Ledige faste stillinger	7,6	-1,2	-8,3	-2,0	-4,5	-3,4

Kilde: Sammenstilling af data fra Rigshospitalets interne personalearkiv for sygeplejersker ved Ortopædkirurgisk afdeling

Antallet af operationer fluktuerer over årene, jf. tabel 27.

Tabel 27. Operationsdata (antal), Rigshospitalet, HOC



År	2003	2004	2005	2006	2007
Total antal operationer	1.264	1.240	1.370	1.236	1.305

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Rigshospitalet, afdeling 1301 Rigshospitalet

På baggrund af tal for totalproduktion samt mange dis-aggregeringer af datamaterialet, synes det ikke muligt at fastslå meget klare negative/positive implikationer af markedsgørelsen i forhold til produktionen ved HovedOrtoCentrets ortopædkirurgiske afdeling, givet en forudsætning om generelle produktivetsforbedringer på ca. 2 % p.a. Med 2003 som udgangspunkt burde antallet af operationer således være 1.368 i 2008. Grundet fluktuationerne år for år, er det ikke muligt at fastslå en negativ udvikling med tilstrækkelig sikkerhed.

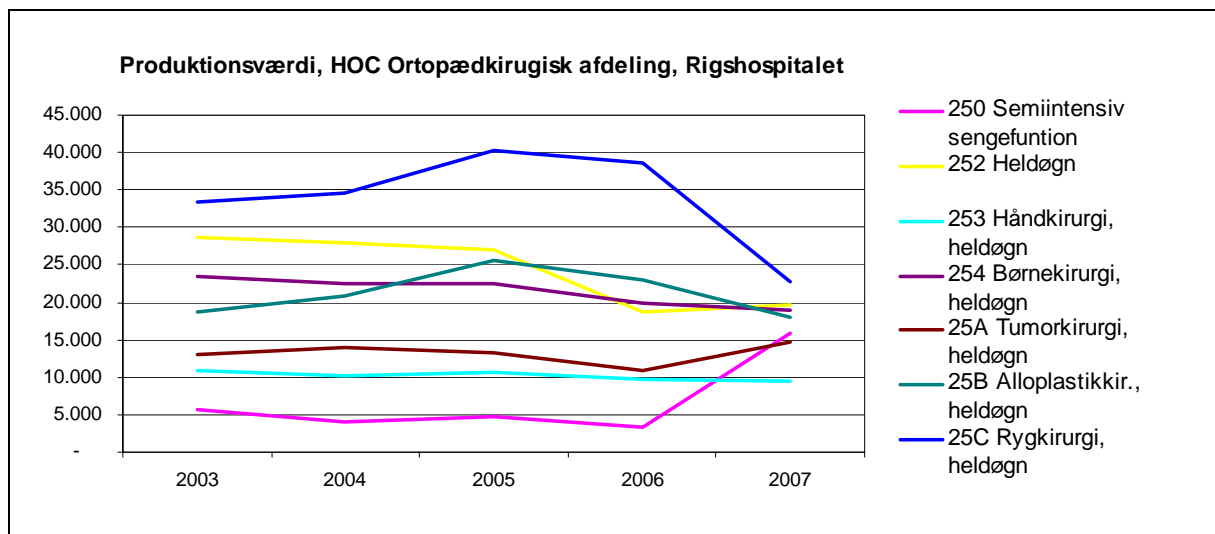
Disaggregering af data på afdelingsniveau over 60 måneder som samlet tidsserie, tillader ej heller egentlige klare konklusioner, ud over relativ stabilitet over perioden. Produktionen ved 'Heldøgns patienter' er tydeligvis i nedadgående retning fra 2005 til 2007, mens produktion ved 'Semiintensive sengefunktioner' er for opadgående.

Tal på landsplan i afsnit 5, 'Den private sygehusproduktion, om markedsgørelsens effekter viser hvorledes bl.a. rygkirurgiske indgreb på offentlige sygehuse er faldet; et fald der ikke har været muligt at eftervise på Rigshospitalet. Forklaringen herpå skal alt andet lige findes i Rigshospitalets mange højt specialiserede ydelser, og relativt færre elektive patienter.

Den samlede produktionsværdi af de gennemførte operationer, jf. Tabel 28, viser en nogenlunde ensartet udvikling, som gennemgås ovenfor. Produktionsværdien er imidlertid særdeles lav i 2007 set i forhold til de foregående år. Især indenfor rygkirurgi og alloplastikker er den samlede produktionsværdi for nedadgående. Faldet i produktionsværdien for rygkirurgi forklares med en markant faldende gennemsnitlig DRG-takst (fra 345.300 i 2006 til 144.900 i 2007), hvilket resulterer i fald i produktionsværdien fra 38 mio. i 2006 til 23 mio. i 2007 for rygkirurgi alene.

Udvikling i de gennemsnitlige produktionsværdier fremgår af Tabel 28.

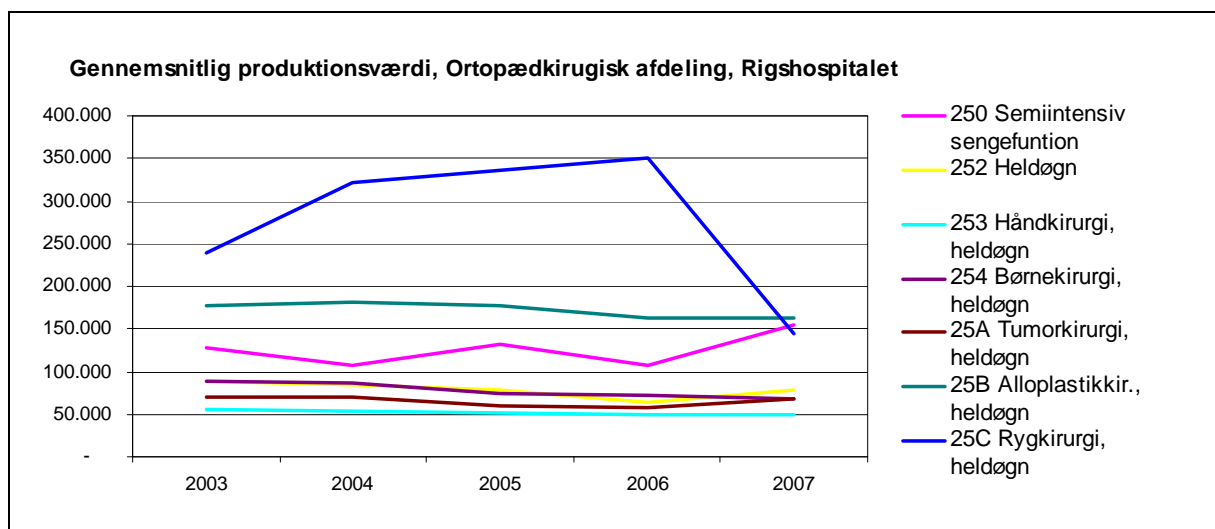
Tabel 28. Operationsdata (produktionsværdi v. DRG-takster), Rigshospitalet, HOC (Tusinde kr.)



År	2003	2004	2005	2006	2007
Total antal operationer	134.043	133.880	143.787	123.924	119.401

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Rigshospitalet, afdeling 1301 Rigshospitalet

Tabel 29. Gennemsnitlige produktionsværdier / DRG-takster, Rigshospitalet, HOC (kr.)



År	2003	2004	2005	2006	2007
Total antal operationer	106.047	107.968	104.954	100.262	91.495

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Rigshospitalet, afdeling 1301 Rigshospitalet

Ad 4. Uddannelse

Det har ikke været muligt at skabe et entydigt billede vedrørende uddannelse, se ligeledes afsnit 6, 'Regulering af kvalitet'. Uddannelse udgør en så central opgave for Rigshospitalet, at en egentlig udskillelse heraf og estimering af tilførte ressourcer ikke har været mulig, trods intense forsøg og opsøgende arbejde i forsøget herpå.

Aalborg Sygehus

Hovedopgaverne i det empiriske arbejde i forhold til Aalborg Sygehus har været:

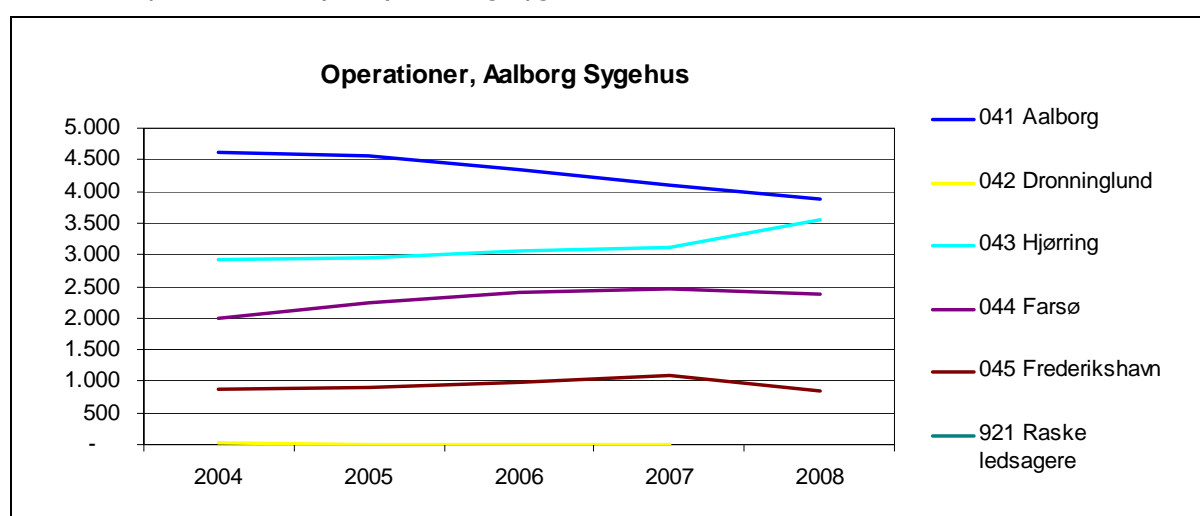
1. Aktivitetsmål: Kvantitativ analyse af antal og type af gennemførte operationer.

Ad. 1. Aktivitetsanalyse (operationer og produktionsværdi)

Produktionsværdien er inflationsjusteret efter Danmarks Statistik (74) (bedste alternativ til at sikre for sammenlignelighed under givne forudsætninger) og angivet i 2008 priser, jf. Tabel 31. Der tages forbehold for eventuelle efterregistreringer for 2008 som følge af udtrækningsdatoen 23. feb. 2009.

Antal operationer viser en 'aktivitetstotal', der stiger fra 2004 til 2006, og falder fra 2006 til 2008, jf. Tabel 30.

Tabel 30. Operationsdata (antal), Aalborg Sygehus



År	2004	2005	2006	2007	2008
Total antal operationer	10.566	10.674	10.811	10.773	10.644

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Aalborg Sygehus, 8040 Aalborg Sygehus

Antallet af operationer udført i Aalborg er i perioden 2004 - 2008 faldet med i gennemsnit 4,34 % p.a. Faldet er eskalerende fra -1,21 % i 2005; -4,95 % i 2006; 5,37 % i 2007 til 5,82 % i 2008.

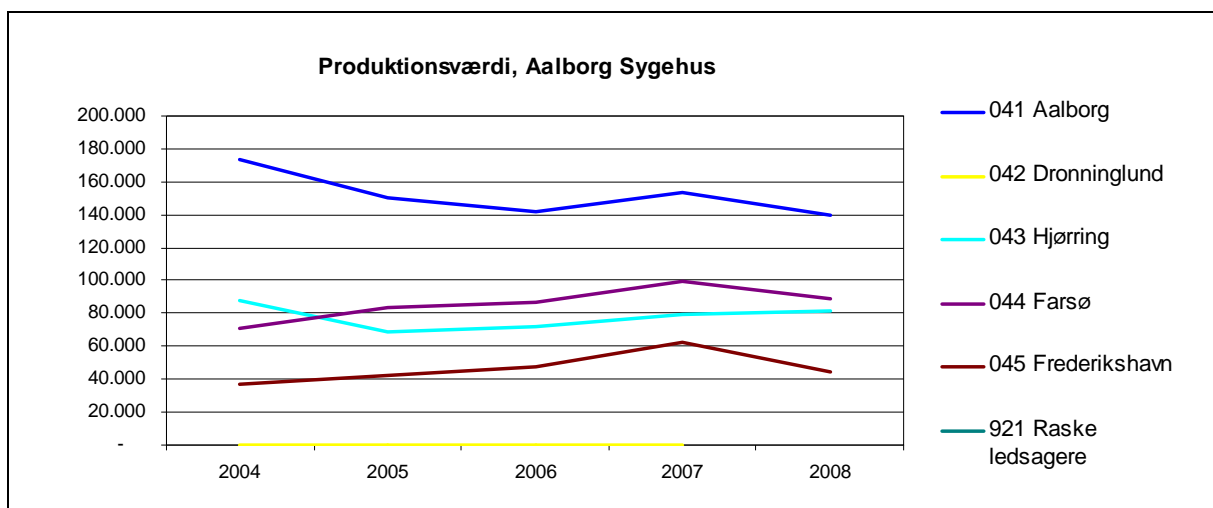
Det holdes op imod en generel forventning om en produktivitetstigning på ca. 2 % p.a. Med 2004 som udgangspunkt burde antallet af operationer være 5.004 i 2008, givet 2 % stigning p.a., mens antallet af operationer imidlertid kun er 3.869.

Udviklingen på Aalborg sygehus skyldes formentlig, at afdelingen i høj grad har elektive patienter, der i stedet behandles i privat regi via den udvidede fri sygehusvalg. Det har ikke været muligt at få tal der bekræfter denne tese.

Den samlede produktionsværdi af de gennemførte operationer, jf. Tabel 31, viser en nogenlunde ensartet udvikling, som set ovenfor. Især er produktionsværdien i Aalborg faldet over tid.

Udvikling i de gennemsnitlige produktionsværdier fremgår af Tabel 32.

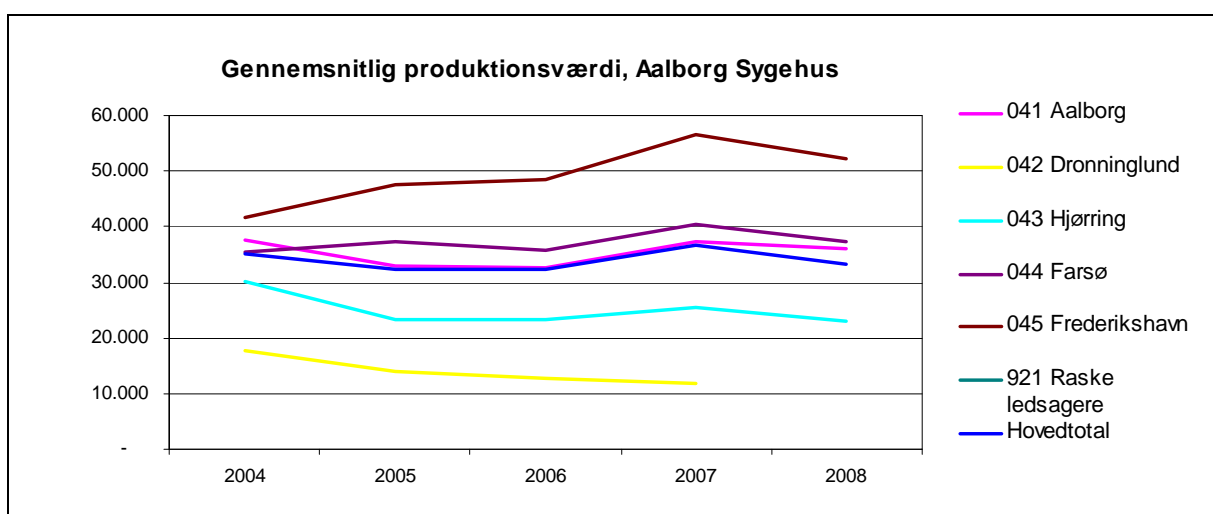
Tabel 31. Operationsdata (produktionsværdi v. DRG-takster), Aalborg Sygehus (Tusinde kr.)



År	2004	2005	2006	2007	2008
Total antal operationer	10.566	10.674	10.811	10.773	10.644

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Aalborg Sygehus, 8040 Aalborg Sygehus

Tabel 32. Gennemsnitlige produktionsværdier / DRG-takster, Aalborg Sygehus (kr.)



År	2004	2005	2006	2007	2008
Total antal operationer	35.137	32.314	32.206	36.574	33.323

Kilde: Landspatientregistret, udtræk fra Aalborg Sygehus, 8040 Aalborg Sygehus