

19. januar 2008

af Niels Glavind og
Mie Dalskov, direkte tlf. 33 55 77 20

OFFENTLIGT TILSKUD TIL PRIVATE SYGEHUSE

Resumé: *Det offentlige betalte i 2007 ca. ¾ mia. kr. for behandling ved privat drevne sygehuse og klinikker. Denne betaling er gunstig for privatsygehusene. En pris, som tog højde for strukturelle og opgavemæssige forskelle i forhold til de offentlige sygehuse, ville formentlig ligge op til en tredjedel lavere.*

Det konkluderer nærværende analyse ud fra en rapport fra Sundhedsministeriet suppleret med egne analyser på grundlag af Landspatientregistrets data for 2007. Analyserne viser bl.a.:

- at andelen af patienter på de private sygehuse, som har mere end én diagnose i 2007 kun var 3,5. På de offentlige sygehuse var andelen 28,7 for tilsvarende diagnosegrupper
- at 17 pct. af patienterne på de offentlige sygehuse kommer i weekenderne. På privathospitalerne er det kun 4 pct.
- at den gennemsnitlige liggetid på de private sygehuse skulle sættes op med knap 10 pct., hvis patientsammensætningen med hensyn til alder og antal bidiagnoser var den samme som inden for den enkelte diagnosegruppe som i det offentlige

Sundhedsministeriets rapport vurderede, at de private sygehuse i 2005 for 11 udvalgte diagnoser havde en konkurrencefordel svarende til ca. 26 pct. Nærværende analyse peger i retning af, at lignende forskelle gør sig gældende i dag for hele det spektrum af behandlinger, de private sygehuse står for.

Tager man højde for, at de private sygehuse også har fordele ved, at de ikke skal uddanne personale m.v., kan den samlede "overpris" vurderes således:

Lette patienter m.h.t. alder og antal bidiagnoser	Besparelse: Ca. 25 pct.
Ingen akutforpligtelse	Besparelse: 10-15 pct.
Ingen udgifter til uddannelse og forskning	Besparelse: 5-10 pct.
Merudgifter til købsmoms og lønsumsafgift og på aftaleområdet lavere takster	Merudgift: 10-13 pct.
Merudgifter til afskrivning mv.	Merudgift ca. 5 pct.
Skønnet samlet virkning	25-32 pct.

OFFENTLIGT TILSKUD TIL PRIVATE SYGEHUSE

Baggrund

På sygehusområdet har man de senere år set en stærk vækst i den private sektor. De private sygehuses patienter består overvejende af to grupper:

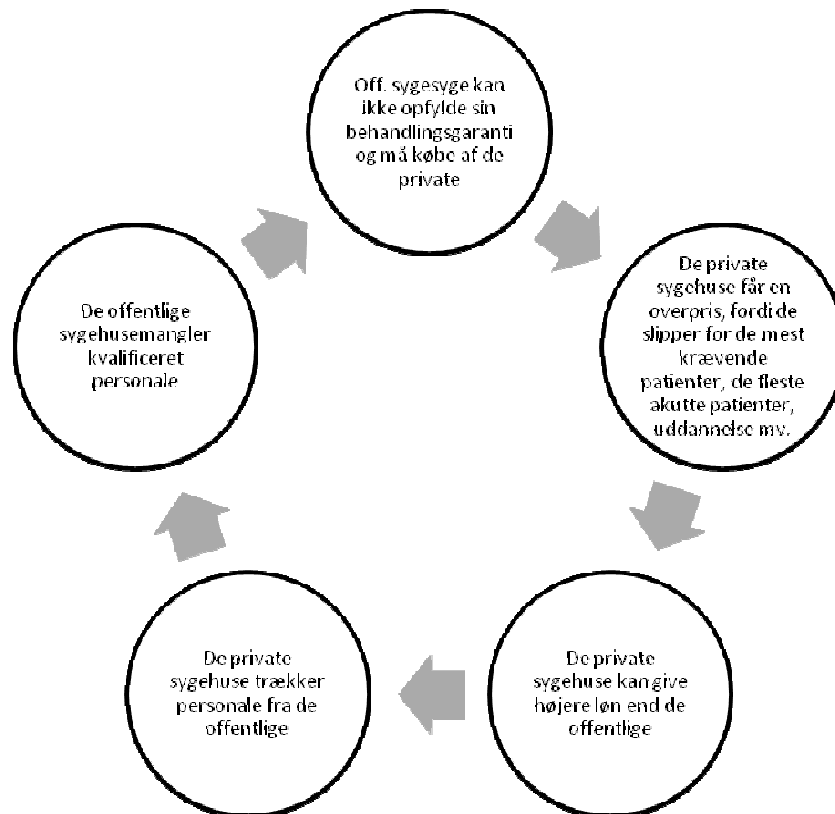
- personer med en privat sundhedsforsikring,
- personer, der får behandlingen betalt af det offentlige, fordi det offentlige ikke selv kan opfylde sin behandlingsforpligtelse.

Når det gælder patienter med privat sundhedsforsikring, understøttes udviklingen først og fremmest af de gunstige skattetilskud til disse ordninger.

Når det gælder de offentligt betalte behandlinger, vil man fra 1. juli 2009 genindføre det udvidede frie sygehusvalg, som betyder, at borgeren frit kan vælge behandling på et privatsygehus, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan garantere behandling inden for en måned. Prisen for behandling på de private sygehuse er ikke et resultat af konkurrence, men kan være fastsat på én af to måder:

- Enten kan der være aftalt en takst mellem de private sygehuse og Regionsforeningen. Dette er tilfældet for nogle behandlinger.
- Eller også kan afregningen tage udgangspunkt i den pris, de offentlige sygehuse anvender ved deres indbyrdes afregning. Dette system kaldes DRG-systemet (**D**iagnose**R**elateret **G**ruppering) og anvendes, hvis en patient, der er hjemmehørende i én region benytter det almindelige frie sygehusvalg til at søge behandling på et offentligt sygehus i en anden region.

De takster, der betales, er imidlertid lukrative, og på den måde risikerer det offentlige sundhedsvæsen at komme ind i en ”ond cirkel”, som kan beskrives således:



I det følgende ses nærmere på, hvordan udviklingen af et privat sygehusvæsen understøttes af det offentlige. Analysen gennemføres i følgende led:

- Først ses på nogle generelle forhold for det danske sundhedsvæsen, sådan som det fx. beskrives af OECD. Det danske sundhedsvæsen karakteriseres som meget effektivt. Det danske sundhedsvæsen har hidtil været karakteriseret ved, at det offentlige tegner sig for den helt overvejende andel
- Dernæst redegøres for det instrument, som staten de senere år har brugt til at effektivisere sygehusvæsenet, nemlig det såkaldte DRG-system. Det bruges af det offentlige, når det gælder om at værdisætte de behandlinger, som foretages. Det bruges desuden i de efterfølgende analyser i denne rapport.
- Endelig ses på den direkte støtte, som gives til de private sygehuse ved, at de behandlinger, som betales af det offentlige, afregnes til lukrative priser.

Det danske sundhedsvæsen i international belysning

OECD har gennemført en række undersøgelser, hvor man sammenligner sundhed, sundhedssystemer og sundhedsudgifter i forskellige lande.

I sin årlige bedømmelse af Danmark når OECD frem til, at det bliver en stor udfordring de kommende år at sikre midler til sundhedsvæsenet. En voksende

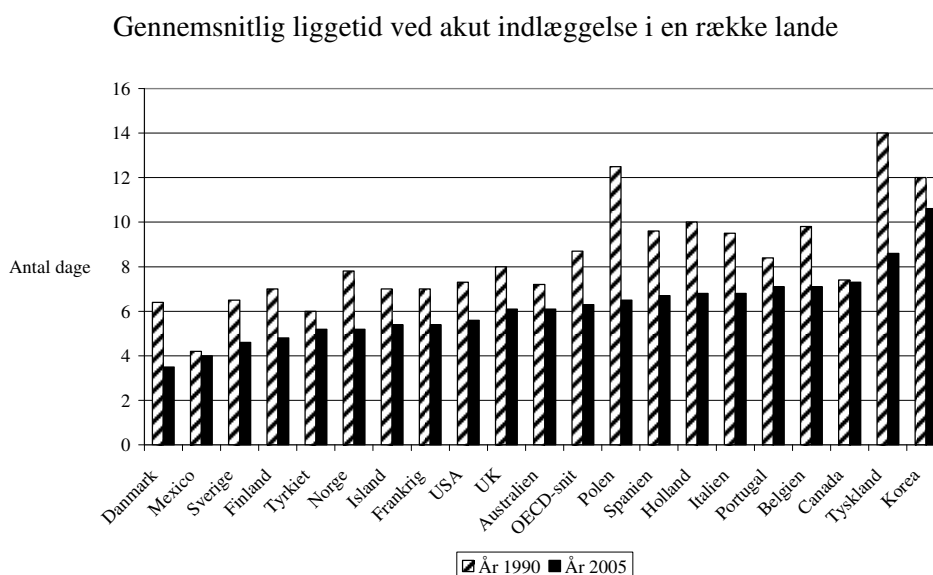
del af befolkningen er ældre, og Danmark ligger fortsat bagefter andre OECD-lande fx. med hensyn til kræftbehandling.

OECD mener desuden, der må sættes mere på to områder:

- mere vægt på forebyggelse,
- mere vægt på indsatser, der kan forhindre udstødning fra arbejdsmarkedet, bl.a. gennem samarbejde mellem arbejdsmarkedets parter om indsatsen¹.

Alligevel har OECD ros til den måde, sundhedssystemet *styres* på i Danmark. Det vil bl.a. sige DRG-systemet. Det fremgår da også af en anden OECD-publikation, at den stramme økonomiske styring, man har iværksat bl.a. over for sygehusene, har ført til en kraftig rationalisering, bl.a. når man ser på sengedagsforbruget. Figur 1 viser den gennemsnitlige liggetid ved akutte sygehusindlæggelser i en række lande.

Figur 1.



Kilde: OECD: Health at a glance, 2007, s. 75

Det ses, at Danmark har den korteste gennemsnitlige liggetid for akut sygehusindlæggelse overhovedet, idet gennemsnittet er faldet fra 6,4 dage i 1990

¹ OECD peger fx. på, at andelen af 15-64 årige, hvis indkomst er syge- eller invaliditetsbaserede ydelser er vokset fra 9,6 pct., til 11,2 pct. fra 2001 til 2007. OECD: Economic survey of Denmark 2008.

til 3,5 dage i 2005.² Den stramme styring, som især DRG-systemet repræsenterer, har således givet resultater.

Ser vi på de samlede sundhedsudgifter, kan disse måles som pct. af bruttonationalproduktet (BNP). Ifølge OECDs opgørelse brugte Danmark i 2005 9,1 pct. af BNP på sundhedsudgifter. Andelen er højere i fx. Frankrig (11,1 pct.) og Tyskland (10,7 pct.), men omtrent den samme som i andre nordiske lande og Storbritannien. Derimod bruger USA en markant højere andel af BNP på sundhed (15,3 pct.). Som mål for ressourcetildelingen skal denne sammenligning behandles med varsomhed³. Man skal bl.a. være opmærksom på:

- at tallene påvirkes af pris- og lønstruktur. Hvis fx. en større del af de amerikanske læger ligger højt på indkomstskalaen sammenlignet med den almindelige amerikaner, end tilfældet er i andre lande, vil det betyde, at en større del af BNP i USA kanaliseres over til de velbetalte læger – uden at det nødvendigvis betyder, at der er flere lægelige ressourcer til rådighed.
- at det kan være vanskeligt at afgrænse sundhedssektoren (fx. en afgrænsning i forhold til ældreplejen) på samme måde i forskellige lande, fordi social- og sundhedsvæsnet er forskelligt organiseret.

En af grundene til, at USA bruger så stor en andel af BNP på sundhed, er, at sundhedsforsikringer dækker en stor del af udgifterne. I en analyse af virkningen af private sundhedsforsikringer når OECD frem til, at private sundhedsforsikringer ikke alene øger udbuddet af tilbud til syge, men også *efterspørgslen*.⁴ Det hedder:

*”...i lande hvor private sundhedsforsikringer spiller en fremtrædende rolle, har de haft betydning ved at tilføre ressourcer til sundhedssystemet, øget forbrugernes valgmuligheder og har hjulpet med at gøre systemet mere påvirkeligt. De har imidlertid også rejst betragtelige lighedsmæssige udfordringer i mange tilfælde og har øget sundhedsudgifterne (totalt og i nogle tilfælde også de offentlige) i de fleste af disse lande.”*⁵

² OECD: Health at a glance 2006.

³ OECD: Health at a glance, 2006.

⁴ OECD; Private health insurance in OECD countries. The benefits and costs for individuals and health systems. OECD Working Papers No. 15, 2004. S. 22.

⁵ OECD – nævnte værk s. 4. Egen oversættelse.

I Danmark var fordelingen af udgifterne til sundhed (incl. tandlæger, praktiserende læger m.v.) i år 2000 således:

- Det offentlige 83 pct.
- Egenbetaling 16 pct.
- Div. fonde 1 pct.

Sundhedsforsikringer spillede en ubetydelig rolle i 2000. Fordelingen var omtrent den samme i de andre nordiske lande, mens de private sundhedsforsikringer finansierede 12-13 pct. i Frankrig og Tyskland.

I USA var fordelingen derimod:

- Det offentlige 44 pct.
- Sundhedsforsikringer 35 pct.
- Egenbetaling 15 pct.
- Div. fonde 6 pct.⁶

En meget høj andel af private sundhedsforsikringer går således – som USA's eksempel viser – hånd i hånd med stor ulighed i sundhedsvæsenet og højt samlet udgiftsniveau, uden at de høje udgifter nødvendigvis sætter sig spor i fx. ekstra levetid.

Sygehusvæsnets måleenhed: DRG-systemet

DRG-systemet er udviklet over en årrække. Baggrunden er et ønske om at udvikle et afregningssystem for sygehusene, der fremmer effektivitet, og som kan anvendes til afregning på tværs af amter/regioner.

Tidligere byggede afregning overvejende på *sengedage*. Et væsentligt led i en effektivisering er imidlertid at afkorte antallet af sengedage for den enkelte behandling, hvis et afregningssystem skal belønne effektivisering. Siget med DRG-systemet er at fremme effektivisering ved, at sygehusene får samme betaling, uanset hvor mange sengedage de bruger (inden for visse grænser). Desuden skulle systemet være mere retfærdigt, fordi man indregner andre omkostninger i den enkelte takst end sengedage – operationer, undersøgelser m.v.

⁶ OECD: Health at a glance, 2006.

Princippet ved udregning af den enkelte DRG-takst er følgende:

- På grundlag af statistisk og regnskabsmæssigt materiale fra et stort antal sygehuse beregner Sundhedsstyrelsens DRG-kontor, hvor stort et træk på sygehusenes ressourcer, den enkelte DRG-gruppering repræsenterer.
- Ud fra dette materiale beregner Sundhedsstyrelsen en vægt for hver DRG-gruppering. En hjertetransplantation (DRG-kode 502) havde fx. i 2007 vægten 19,62, mens mindre, ukomplicerede gynækologiske indgreb (DRG-kode 1315) havde vægten 0,25.
- Sundhedsstyrelsen opgør de samlede udgifter til behandling på somatiske sygehuse.
- Den takst, der knyttes til den enkelte DRG-kode, beregnes ved, at man fordeler de samlede udgifter forholdsmæssigt i forhold til deres vægt. I 2007 havde en hjertetransplantation fx. en takst på 508.511 kr., mens et mindre ukompliceret gynækologisk indgreb kostede 4.246 kr.

Der gælder særlige regler for visse specialiserede behandlinger, som kun foretages på fx. Rigshospitalet. Desuden er de psykiatriske sygehuse indtil videre holdt uden for systemet.

Gennem de seneste 10 år har staten gradvis øget DRG-systemets anvendelsesområde.

I forbindelse med finanslovsforhandlingerne for 1998 blev der indgået en finanslovsforståelse om, at det frie sygehusvalg skulle styrkes gennem et nyt takstsystem. Dette takstsystem skulle med udgangspunkt i DRG anvendes som grundlag for afregning for behandling af udenamtslige fritvalgspatienter på basisniveau fra år 2000.

Med virkning fra 1. januar 2004 anvendes taksterne endvidere i forbindelse med takststyring. Det sker på baggrund af Økonomiaftalen for 2004, hvor Regeringen og sygehusejerne var enige om, at amterne enkeltvis som minimum skal afregne 20 pct. af bevillingerne til egne sygehuse direkte på baggrund af præsteret aktivitet – målt ved DRG.

Ifølge aftalen mellem Regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007 var der enighed om at øge den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter til at udgøre mindst 50 pct. i 2007.

I forbindelse med den finansieringsreform af sundhedsvæsnet, som trådte i kraft samtidig med Kommunalreformen pr. 1. januar 2007, benyttes DRG-systemet også til opgørelse af omfanget af den kommunale medfinansiering.

DRG-systemet afspejler, som det ses, nogle gennemsnitsomkostninger for de enkelte behandlinger. Det er klart, at omkostningerne for de enkelte patienter vil kunne afvige meget herfra. Ældre patienter med eventuelle bidiagnoser skal fx. alt andet lige ligge længere på sygehuse end yngre patienter, der skal have samme behandling. Så længe systemet anvendes i forhold til store offentlige sygehuse, der overvejende bygger på patienter fra et lokalområde, må man dog regne med, at de individuelle forskelle udlignes, fordi de forskellige regionale sygehuse har omtrent den samme andel af patienter, der er særlig krævende p.g.a. alder, antal diagnoser m.v.⁷

Omvendt vil et sygehus få en urimelig fordel, hvis det hovedsagelig får de lettere patienter, men alligevel honoreres efter DRG-taksten eller efter en takst, som ligger tæt på DRG-taksten.

Den offentlige støtte til de private sygehuse

Den offentlige støtte til de private sygehuse består som nævnt dels af et indirekte element – skattefriheden for private sundhedsforsikringer – dels af den merpris, man kan anslå for de behandlinger, det offentlige betaler.

For så vidt angår sundhedsforsikringerne, udgør værdien af, at det er gjort til et skattefrit frynsegode op til 59 pct. af forsikringsprisen. De samlede skatteudgifter til de private sundhedsforsikringer udgør knap 700 mio. kr. De private sundhedsforsikringer anvendes ikke kun i forhold til de private sygehuse.

Hertil kommer den *direkte* støtte i form af en gunstig afregningspris med det offentlige. Denne problemstilling er belyst i en rapport fra Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet, men er i det følgende suppleret med nye beregninger.

⁷ Man kan dog godt høre klager over, at nogle regioner/sygehuse ser en fordel i at få sendt en for stor del af de særligt krævende patienter til Rigshospitalet og andre højt specialiserede sygehuse.

Efter sundhedslovens § 87, stk. 4, 1. pkt. indgår Danske Regioner aftale med private sygehuse og klinikker m.v. her i landet og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter den udvidede fritvalgsordning. Kan parterne ikke opnå enighed om vilkårene for en aftale, kan indenrigs- og sundhedsministeren efter anmodning fra den ene part - aftalesygehuse – fastsætte vilkårene for aftalen.

Dette giver i praksis de private sygehuse en stærk forhandlingsposition. For hvis man ikke kan nå til enighed med regionerne, kan man gå til regeringen for at få taksterne fastsat. Og det har vist sig, at en sådan takstfastsættelse sker med udgangspunkt i DRG-systemet. Dette er formentlig baggrunden for, at det kun er lykkedes at få de forhandlede takster ca. 5 pct. ned i forhold til DRG-taksterne.

DRG-taksterne beregnes som tidligere beskrevet med udgangspunkt i de samlede udgifter til patientbehandling, idet taksten for de enkelte behandlinger beregnes ud fra en vægt, som afspejler behandlingens træk på sygehusenes ressourcer.

Det betyder, at beregningsgrundlaget bl.a. omfatter de udgifter, de offentlige sygehuse har i forbindelse med:

- uddannelse af personale og forskning,
- akutberedskab.

Hertil kommer, som vi skal se i det følgende, at de private sygehuse typisk modtager patienter med en alderssammensætning og med en andel komplicerede patienter, der betyder sparede sengedage i forhold til det offentlige.

Endelig kan man generelt sige, at de offentlige sygehuse skal tilbyde behandling til en hvilken som helst type af diagnose, mens de private sygehuse kan nøjes med at udbyde de behandlinger, hvor de ser mulighed for fortjeneste.

Beregninger vedr. antal diagnoser

Tabel 1 viser, at langt flere af de offentlige patienter end blandt de private patienter har mere end én diagnose. Mere end 9 ud af 10 af patienterne på de private sygehuse har kun 1 diagnose, mens det samme kun gælder for hver anden af de offentlige patienter.

Tabel 1. Fordeling af antal diagnoser for behandlingsforløb på offentlige og private sygehuse (2007)

	Offentlige sygehuse	Private sygehuse
	Andel af behandlingsforløb, procent	
1 diagnose	56,1	96,5
2 diagnoser	20,8	3,1
3-5 diagnoser	18,0	0,4
6 diagnoser eller flere	5,2	0,0
Alle behandlinger	100,0	100,0
Gns. antal diagnoser	2,2	1,0

Anm.: Tabellen omfatter kun heldøgnspatienter. Behandlingsforløb på private klinikker og hospices er udeladt, og kun behandlingsforløb på private sygehuse, hvor behandlingen betales af det offentlige er medtaget.

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret og IDA-registeret.

Det offentlige har således en langt større andel af komplicerede patienter, end man finder blandt de offentligt betalte behandlingsforløb på de private sygehuse. Forskellen mellem de offentlige og private sygehuse med hensyn til alder og andel komplicerede patienter kan enten skyldes, at de private sygehuse henviser de komplicerede tilfælde til det offentlige, eller at de pågældende patienters læger råder dem til at få behandling på et offentligt sygehus, hvor man har den bredeste ekspertise.

På baggrund af Landpatientregistret er gennemført en standardberegning, hvor vi ser på, hvor meget af forskellen i antal bidiagnoser, der kan henføres til, at de to sygehusgrupper har forskellig patientsammensætning m.h.t. behandlingsgrupper. Det kan på den måde beregnes, at hvis de enkelte, offentligt betalte døgnspatienter på private sygehuse i gennemsnit havde samme antal bidiagnoser som patienter på offentlige sygehuse med *samme* DRG-kode, så ville de i gennemsnit have 1,54 diagnoser. Det faktiske gennemsnit for de private sygehuse er 1,04. Standardberegninger viser også, at 28,7 pct. ville have mere end én diagnose. Den faktiske andel på de private sygehuse er 3,5 pct.

Alders- og diagnosesammensætningen

De private sygehuse har i gennemsnit en kortere liggetid, end de offentlige har for tilsvarende behandlinger.

Tabel 2 viser det gennemsnitlige antal sengedage for udvalgte DRG-koder på hhv. offentlige og private sygehuse, hvor der har været mindst 100 be-

handlingsbeløb i 2007. Den gennemsnitlige liggetid på de private sygehuse var i 2007 på 3,7 sengedage, mens liggetiden på de offentlige sygehuse var 4,1 sengedage for disse diagnosegrupper. Dette svarer til, at liggetiden på de private sygehuse er godt 11 procent mindre end på de offentlige sygehuse målt på gennemsnitlig antal sengedage for alle behandlingsforløb.

Ses på de enkelte DRG-koder er der stor variation i den gennemsnitlige liggetid. For DRG-koden ”Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer” var det gennemsnitlige antal sengedage på de private sygehuse 4,1 dage, mens det i det offentlige system er hele 7,7 dage. I den anden ende af skalaen er behandlingsforløb for ”Rehabilitering” i gennemsnit 3,3 dage kortere i det offentlige system set i forhold til de private sygehuse.

Bilag 1 viser de gennemsnitlige antal sengedage for samtlige DRG-koder.

Tabel 2. Gennemsnitligt antal sengedage for udvalgte DRG-koder på offentlige og private sygehuse (2007)

	Gennemsnitlig liggetid på offentlige sygehuse	Gennemsnitlig liggetid på private sygehuse	Forskel
	Antal dage		
Simpel spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals	4,0	2,2	-1,8
Operationer for adipositas	3,3	1,5	-1,9
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	7,7	4,1	-3,6
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	5,5	3,2	-2,4
Andre operationer i knæ eller underben	2,5	1,6	-0,9
Andre operationer i skulder eller overarm	2,1	1,0	-1,0
Rehabilitering	19,8	23,1	3,3
Andre symptomer fra nyrer og urinveje	2,1	1,1	-1,0
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	6,7	3,3	-3,4
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	4,0	1,1	-2,8
Andre operationer i hånd eller håndled	1,7	1,0	-0,7
Operationer på næse, kategori 1	1,5	1,0	-0,4
Operationer på hoved og hals, kategori 3	1,4	1,0	-0,4
Operationer gennem urinrør på prostata	3,4	1,4	-2,0
Operationer på øre, kategori 1	1,6	1,0	-0,5
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet	1,6	1,0	-0,6
Andre operationer i ankel eller fod	2,4	1,1	-1,2
Alle behandlingsforløb (med mindst 5 behandlinger)	4,1	3,7	-0,4

Anm.: Tabellen omfatter kun heldøgnspatienter, dvs. ambulante- og skadestuepatienter er udeladt. Behandlingsforløb på private klinikker og hospices er udeladt. Kun behandlingsforløb på private sygehuse, hvor behandlingen betales af det offentlige er medtaget.

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret.

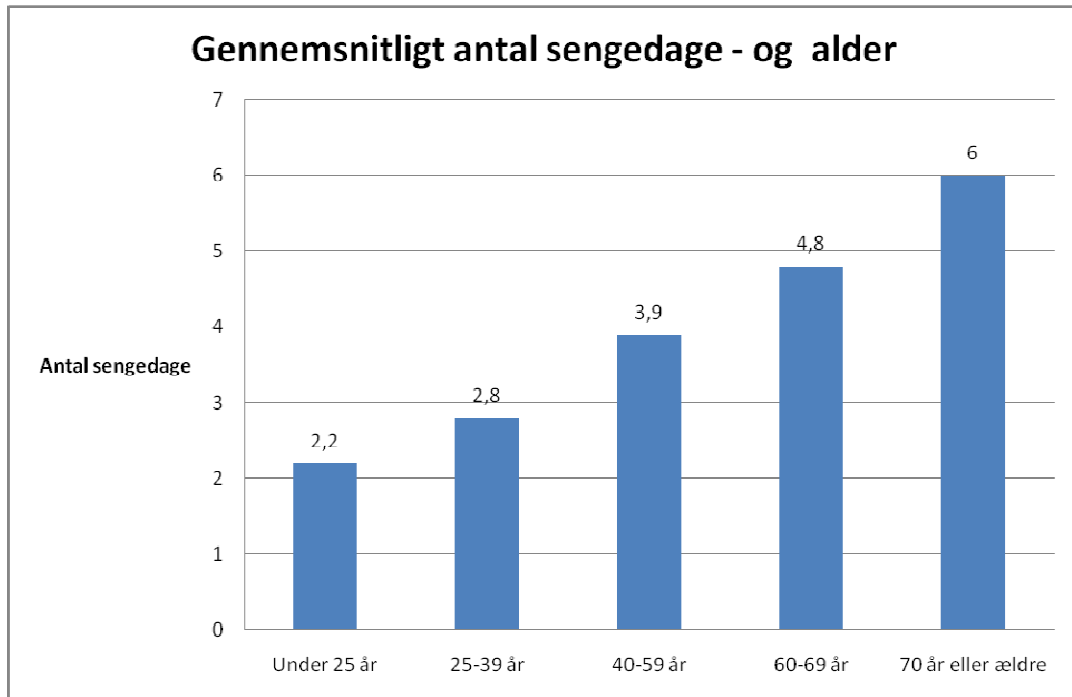
For alle diagnoser er den gennemsnitlige liggetid for døgnpatienter på de offentlige sygehuse på 4,25 sengedag, mens den er 3,76 sengedage for de patienter på de private sygehuse, hvis behandling betales af det offentlige.

Antal sengedage fordelt på alder og antal bidiagnoser

Figur 2 nedenfor viser det gennemsnitlige antal sengedage for forskellige aldersgrupper blandt døgnpatienter på offentlige sygehuse. Det ses tydeligt, at antallet af sengedage vokser med patienternes alder.

Årsagen til, at ældre patienter har flere sengedage er dels, at ældre patienter typisk har et dårligere helbred og derfor er længere tid om at blive raske og dels, at ældre patienter ofte har bidiagnoser.

Figur 2. Gennemsnitligt antal sengedage fordelt efter alder (2007)

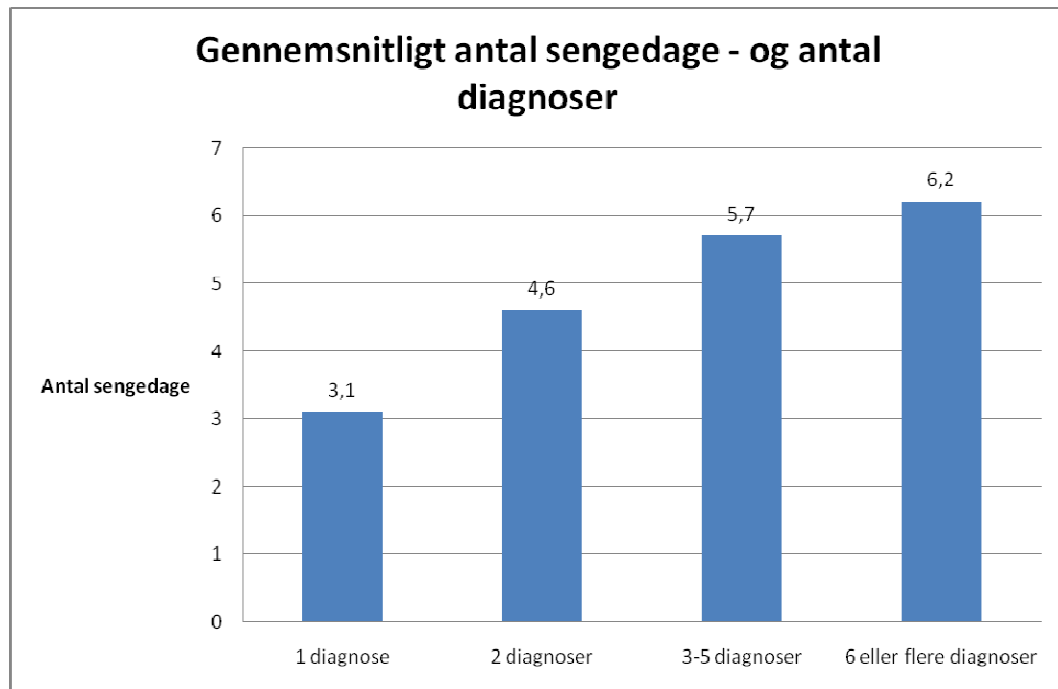


Anm.: Tabellen omfatter kun heldøgnspatienter og patienter, hvor alderen findes.

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret og IDA-registeret.

Figur 3 viser den gennemsnitlige liggetid for patienterne fordelt efter antal af diagnoser. En del patienter har flere diagnoser, end det behandlingsforløb de er i gang med, og som det fremgår af figuren medfører flere diagnoser typisk en højere gennemsnitlig liggetid.

Figur 3. Gennemsnitligt antal sengedage fordelt efter antal diagnoser (2007)



Anm.: Tabellen omfatter kun heldøgnspatienter og patienter, hvor alderen findes.

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret og IDA-registeret.

En af forklaringerne på merliggetiden i de offentlige behandlingsforløb kan være, at de private sygehuse hovedsageligt behandler mindre omkostnings-tunge patienter i form af yngre patienter uden bidiagnoser.

Tabel 3 viser aldersfordelingen for patienterne på de offentlige og private sygehuse i 2007. Det ses, at der blandt de patienter, det offentlige betaler for på de private sygehuse, er 34 pct., der er i alderen 40-59 år. På de offentlige sygehuse er andelen af 40-59 årige kun 23 pct. Ser vi derimod på andelen af ældre, kan det konstateres, at godt 28 pct. af behandlingerne på de offentlige sygehuse sker i forhold til patienter, der er mindst 70 år, mens andelen tilsvarende er knap 21 pct. på de private. De offentlige sygehuse har altså flere patienter, der er gamle.

Tabel 3. Aldersfordeling for patienter på offentlige og private sygehuse (2007)

	Offentlige sygehuse	Private sygehuse
	Andel af behandlingsforløb, procent	
Under 25 år	15,6	7,5
25-39 år	16,9	17,1
40-59 år	22,5	34,0
60-69 år	16,5	20,6
70 år eller ældre	28,6	20,9
Alle behandlinger	100,0	100,0

Anm.: Tabellen omfatter kun heldøgnspatienter og patienter, hvor alderen findes. Behandlingsforløb på private klinikker og hospices er udeladt. Kun behandlingsforløb på private sygehuse, hvor behandlingen betales af det offentlige, er medtaget.

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret og IDA-registeret.

Nærmere beregninger vedr. liggetid og antal diagnoser

For at belyse, hvilken virkning det har for de private sygehuse, at de har færre ældre patienter og færre patienter med bidiagnoser, er der gennemført en standardberegning. Beregningen viser, at den alderssammensætning og sammensætning m.h.t. til bidiagnoser, man har på de private sygehuse i gennemsnit sparer disse sygehuse for 0,36 sengedag pr. patient – eller næsten 10 pct. (den gennemsnitlige liggetid for døgnpatienter på private sygehuse med offentlig betaling er 3,76 sengedage).⁸

Det kan desuden nævnes, at de offentlige sygehuse ofte er tvunget til at beholde fx. ældre patienter, der er færdigbehandlet, men fortsat plejekrævende, indtil det er rimelig sikkert, at hjemmeplejen kan overtage plejeopgaverne.

Endelig kan nævnes det forhold, at de to grupper af sygehuse i en del tilfælde handler forskelligt, hvis der opstår komplikationer. De offentlige sygehuse

⁸ Beregningen er gennemført således: Først gennemføres en standardberegning, der tager højde for, at sammensætningen m.h.t. patientdiagnoser er forskellig i de offentlige og de private sygehuse. Denne beregning viser, at den gennemsnitlige liggetid på de private sygehuse ville være 4,54 sengedage, hvis de privatindlagte patienter i gennemsnit lå lige så lang tid på hospitalet, som patienter med samme behandling ligger i det offentlige. Dernæst er gennemført en standardberegning, hvor der ikke alene tages højde for behandlingstype, men også for alder og antal diagnoser. Forskellen mellem de to resultater afspejler den selvstændige betydning af patienternes alderssammensætning og sammensætning m.h.t. antal bidiagnoser.

se vil normalt beholde den pågældende patient, indtil komplikationen er behandlet, mens de private sygehuse i mange tilfælde må erkende, at de mangler bredden i fagkundskab – og derfor vil overføre patienten til det offentlige.

Samlet vurderes, at man ikke kan udelukke, at de private sygehuse er mere effektive, men at størsteparten af forskellen i liggetid (som er på ca. 17 pct., når det korrigeres for diagnoser) kan henføres til forskellige rammebetingelser og patientsammensætning.

Standardberegninger for samtlige DRG-koder ses af bilaget.

Ud over den forskel, der er i liggetid, betyder forskellen i antal diagnoser pr. patient, at de offentlige sygehuse har betydeligt større gennemsnitsudgifter til undersøgelser end de private sygehuse. Det forhold, at der er færre patienter med et kompliceret sygdomsbillede, betyder desuden, at de private sygehuse i mange tilfælde kan vælge en mindre omkostningsfuld type af behandling/indgreb i forhold til samme DRG-gruppe.

Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet har undersøgt dette forhold for 11 typiske DRG-grupper med udgangspunkt i 2005-data. Udvalget har koblet de pågældende patienter i Landspatientregistret med data fra den såkaldte omkostningsdatabase, som ligger til grund for DRG-beregningerne, og som kobler omkostninger med de enkelte aktionsdiagnoser inden for de enkelte DRG-grupper. Herved kan beregningerne vise, om de private sygehuse inden for de enkelte DRG-grupper vælger mindre omkostningstunge procedurer og/eller kan afstå fra undersøgelser/indgreb, fordi der er tale om forholdsvis ukomplicerede patienter.

Tabel 4 viser resultatet af denne analyse.

Tabel 4. Standardiseret gennemsnitsomkostning for patienter behandlet indenfor 11 DRG-grupper på hhv. private og offentlige sygehuse i 2005, kr. og procent

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

Kilde: Rapport fra Udvalget vedr. den udvidede fritvalgsordning

Tabellen viser, at de private sygehuse for de 11 diagnoser, som i 2005 omfattede 62 pct. af det udvidede fritvalgsområde, havde 26 pct. lavere omkostninger pr. patient. Og disse lavere omkostninger skyldes vel at mærke ikke effektivitet, men hang sammen med objektive forhold omkring antal diagnoser, DRG-gruppernes nærmere indhold (aktionsdiagnose), undersøgelser og behandlingsformer for den enkelte patient.

De resultater, som er fundet ovenfor for 2007, vedr. antal liggedage og antal bidiagnoser, gør det sandsynligt, at de private sygehuses besparelse ved at have forholdsvis lette patienter i dag er af samme størrelsesorden, som udvalget har fundet for 2005 vedr. de 11 diagnoser.

Akutforpligtelsen

Et andet forhold, som giver de private sygehuse en konkurrencefordel, er, at de slipper for akutforpligtelsen. Eksempelvis skal de offentlige sygehuse modtage patienter alle ugens dage, mens de private sygehuse tage patienterne ind, som det passer i sygehusets rytme, jf. Tabel 5. Det bemærkes, at tabellen kun omfatter egentlige indlæggelser af døgnpatienter, ikke fx. skadestuepatienter.

Tabel 5. Hvornår indlægges patienterne?

	Private sygehuse	Offentlige sygehuse
	Pct. af indlæggelser	
Mandag	23,3	18,5
Tirsdag	24,3	17,0
Onsdag	20,7	16,7
Torsdag	16,9	16,0
Fredag	10,5	15,2
Lørdag	4,2	8,2
Søndag	0,2	8,6
I alt	100,0	100,0

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret.

Tabel 5 afspejler, at det er meget sværere at planlægge patientforløbene på de offentlige sygehuse end på de private: 17 pct. af patienterne kommer i weekenderne og yderligere et ukendt antal på skæve tidspunkter på hverdage. Disse behandlingsforløb er som regel uplanlagte, og det smitter af på den samlede planlægning.

I forhold til akutforpligtelsen anslår Udvalget vedr. den udvidede fritvalgsordning, at de samlede udgifter til *vagtforspligtelser* på de offentlige sygehuse ”med en vis usikkerhed” skønsmæssigt udgør i størrelsesordenen 10-15 pct. af de samlede driftsudgifter i det offentlige sygehusvæsen. Det er ikke nærmere angivet, hvordan dette skøn er beregnet, fx. om det alene omfatter ekstra lønudgifter til vagtberedskabet, eller om det også omfatter de affødte virkninger i form af, at *planlægningen* af patientforløb vanskeliggøres.

Uddannelse og forskning

I rapporten fra Udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet er der foretaget nogle skøn over den ”gevinst”, de private sygehuse har i forhold til de offentlige, ved at de ikke har udgifter til forskning og uddannelse.

For så vidt angår forskningsforpligtelsen anføres, at de samlede forskningsudgifter i sundhedsvæsenet udgør 400-500 mill.kr., men det er kun forskning

for godt 20 mill. kr., som finder sted på basissygehusene. Resten ligger på de store lands- og landsdelssygehuse og er ikke med i DRG-beregningen.

Når det gælder uddannelse gennemførte Københavns Amt i 2005 en undersøgelse af de direkte og indirekte omkostninger til uddannelse af sundhedspersonale på amtets tre store sygehuse. Undersøgelsen viste, at de direkte og indirekte udgifter til uddannelse af personale på amtets sygehuse udgør mellem 7 og 10 pct. af sygehusenes tilrettede driftsudgifter (DRG-takstgrundlaget). Udvalget anslår posten til 5-10 pct.

Merudgifter for de private

Endelig skal der nævnes de forhold, som taler i den *modsatte retning*:

- De private sygehuse har udgifter til købsmoms og lønsumsafgift, som de i modsætning til regionerne ikke kan trække fra. Disse udgifter kan anslås til ca. 8 pct. tilsammen.
- De private sygehuse har for de forhandlede takster et prisniveau, som er ca. 5 pct. lavere end DRG-taksterne.
- I beregningsgrundlaget for DRG-taksterne indgår der ikke afskrivninger på bygninger og apparatur. For de somatiske sygehuse udgjorde disse i 2004 3,8 pct. (plus moms) af det totale beløb, som ligger til grund for DRG-beregningerne.

Samlet konkurrencefordel

Skal man sammenfatte, hvor stor en merpris de enkelte forhold betyder for de private sygehuse, kan man *skønsvist* anslå følgende:

Lette patienter m.h.t. alder og antal bidiagnoser.....	Besparelse: Ca. 25 pct.
Ingen akutforpligtelse.....	Besparelse: Ca. 10-15 pct.
Ingen udgifter til uddannelse og forskning.....	Besparelse: 5-10 pct.
Merudgifter til købsmoms og lønsumsaf- gift og på aftaleområdet lavere takster	Merudgift: 10-13 pct.
Merudgift til afskrivninger på bygninger mv.	Merudgift ca. 5 pct.
Skønnet samlet virkning.....	25 – 32 pct.

Bilag. Gennemsnitlig liggetid på private og offentlige sygehuse for diagnosegrupper med mindst 5 døgnpatienter på private sygehuse.

DRG-gruppe	Gennemsnitligt antal sengedage på private sygehuse	Gennemsnitligt antal sengedage på offentlige sygehuse ved samme aldersgruppering og antal bidiagnoser som på privatsygehuse	Gennemsnitligt antal sengedage på offentlige sygehuse	Antal behandlinger på privatsygehuse
Simpel spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals	2,19	4,01	4,02	1053
Operationer for adipositas	1,48	2,95	3,33	714
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	4,08	7,65	7,65	562
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 1	3,2	5,34	5,54	558
Andre operationer i knæ eller underben	1,58	2,44	2,52	557
Andre operationer i skulder eller overarm	1,02	1,85	2,06	452
Rehabilitering	22,86	16,83	19,78	389
Andre symptomer fra nyrer og urinveje	1,07	1,9	2,08	361
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 1	3,3	5,74	6,72	297
Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	1,13	2,79	3,97	250
Ikke gruppérbar pga., manglende oplysninger	19,68	4,91	4,02	202
Andre operationer i hånd eller håndled	1	1,6	1,68	184
Operationer på næse, kategori 1	1,04	1,46	1,47	159
Operationer på hoved og hals, kategori 3	1,01	1,37	1,4	137
Operationer gennem urinrør på prostata	1,38	3,14	3,41	120
Operationer på øre, kategori 1	1,03	1,59	1,55	117
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk i fod, ankel, underben, knæ	1,02	1,46	1,62	115
Andre operationer i ankel eller fod	1,13	2,05	2,35	114
Operationer for ingvinal- og femoralbrok	1,01	1,59	1,83	91
Standard gynækologisk indgreb	1,3	2,97	3,26	70
Operationer på næse, kategori 2	1,03	1,69	1,61	69
Fjernelse af galdeblære (laparoskopi)	1	2,1	2,27	69
Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u, kompl. bidiag,	1,12	2,98	3,54	66
Kompleks spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals	4,63	8,29	8,52	64
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i ryg eller hals	3,4	5,32	5,53	62
Operationer på scrotalindhold uden ondartet sygdom, pat, o, 15 år	1	2,11	1,99	55

Frakturkirurgi i bækken, ryg eller hals	1,5	3,27	3,31	54
Enklere gynækologiske indgreb	1,02	1,82	1,69	52
Andre operationer i albue eller underarm	1,31	2,95	2,07	42
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i skulder eller overarm	1,76	5,12	5,79	41
Lettere hudsygdom, u, kompl. bidiag,	1,05	2,49	2,96	39
Andre operationer på mandlige kønsorganer	1,08	1,77	1,86	37
Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	1,36	3,75	6,67	36
Symptomer og fund, u, kompl. bidiag,	75,14	2,62	2,53	36
Indgreb på karpaltunnel	1	1,15	1,24	31
Andre operationer i hofte eller lår	1,19	3,46	4,43	31
Operationer på skjoldbruskkirtelen	1,04	2,56	2,71	24
Større bugvægsbrok	1,05	2,67	2,95	22
Arthrodese, pseudoarthrose og artroplastik i bækken, ryg, hals, knæ eller underben	1,48	2,2	2,38	21
Operationer på spytkirtler	2,55	1,77	1,88	20
Andre operationer i ryg eller hals	2,25	5,07	4,53	20
Mammakirurgi IV	1,06	2,19	2,59	17
Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm u, komplicerende bidiagnose	1	2,29	2,33	16
Reumatologiske sygdomme i bløddele	1,06	1,66	2,05	16
Slidigt i hofte eller knæ, uden operationsstuekrævende procedurer	2,07	2,22	2,6	15
Operationer gennem urinrør på blære	1	2,36	2,71	14
Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	1,36	3,28	5,86	14
Hudtransplantation og/eller revision ekskl., hudsår eller betændelse	1,15	2,93	3,75	13
Andre operationer på hud, underhud og mamma, u, kompl. bidiag,	1	3,12	3,75	12
Enkeltstående indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gruppe 2	4,36	8,72	9,54	11
Øvrige sygdomme i knogler og led	1	2,07	2,33	11
Operationer gennem urinrør på urinrør	1	1,9	1,91	11
Operationer på hoved og hals, kategori 2	1	2,69	4	10
Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	1,1	5,66	8,43	10
Operationer på penis, uden ondartet sygdom	1	1,61	1,81	9
Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	1	2,9	3,87	8
Hudtraumer	1,5	3,44	3,04	8
Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	1,38	2,57	3,78	8
Operationer på scrotalindhold uden ondartet sygdom, pat, u, 16 år	1	1,23	1,29	8
Standard gynækologisk indgreb, m, kompl. bidiag,	1,5	3,8	3,7	8
Hornhindetransplantation mv.	1	2,88	2,35	7
Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	1	1,55	1,93	7

Større operationer på endetarm og anus u, cancer	2,83	10,14	8,96	6
Operationer på urinrør, pat, o, 15 år	1	2,85	3,32	6
Simpel funktionel neurokir, og perifer nervekir,	1	2,07	3,62	6
Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u, kompl. bidiag,	1	2,71	2,54	5
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ eller underben, gruppe 2	3	7,65	8,46	5
Deformerende ryg sygdomme uden operationskrævende procedurer	3,8	4,69	4,22	5
Enklere gynækologiske indgreb, m, kompl. bidiag,	1	2,31	2,09	5
Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	8,8	1,79	2,26	5
Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi	1	3,55	4,5	5
I alt (incl. diagnosegrupper med under 5 patienter)	3,75	4,18	4,54	7806

Kilde: AErådet på baggrund af DST, Landspatientregisteret og IDA-registeret.