



Private leverandører i kommuner og regioner

Med fokus på regionernes brug af private sygehuse

Arbejdsrapport

Louise Herbild

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2011

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 2011

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 978-87-7488-674-7 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 3126

Design: DSI

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
1. Introduktion	6
1.1 Baggrund	6
1.2 Læsevejledning	8
1.3 Anvendte metoder og kilder	9
2. Kortlægning af brugen af private leverandører	10
2.1 Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)	10
2.2 Udbud af tjenesteydelser	11
2.2.1 Region Hovedstaden.....	11
2.2.2 Region Sjælland.....	12
2.2.3 Region Midtjylland.....	13
2.2.4 Region Nordjylland.....	13
2.2.5 Region Syddanmark.....	14
2.2.6 Overblik over udbud i regionerne.....	15
3. Kvalitet og vidensoverførsel	17
3.1 Generelle betragtninger om kvalitet i offentligt og privat sygehusregi	17
3.2 Kvalitetssikring under det udvidede frie sygehusvalg.....	18
3.3 Kvalitet i de enkelte regioners udbudsaftaler	21
3.4 Konklusion om kvaliteten i hhv. det offentlige og det private sygehusvæsen	22
4. Økonomisk effektivitet – og produktivitet	24
4.1 Generelle betragtninger fra litteraturen om måling af produktivitet på sygehuse	24
4.2 Produktiviteten på danske offentlige og private sygehuse.....	26
5. Reguleringsmæssige og markeds-mæssige barrierer	31
6. Diskussion og konklusion	33
Anvendt litteratur og kilder	37
Bilag 1: Ambulancekørslen i Danmark	40
Bilag 2: Andre udbudte tjenesteydelser i regionerne	43

Resumé

Brugen af private leverandører af sygehusydelser

Regionerne har efter suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i 2008-2009 i stigende grad sendt sygehusydelser i udbud. Typen af ydelser er relativ homogen og dækker i 2010 for størstedelen en række ortopædkirurgiske procedurer som hofte- og knæalloplastikker samt operationer i håndled, fodled og skulderled. Hertil kommer en række forskellige rygoperationer og MR-skanninger. Enkelte regioner har desuden udbudt operationer for grå stær, mammografiscreeninger, forskellige typer af skopier, urologiske behandlingsydelser og fedmeoperationer.

Der er ved anvendelsen af udbuddene opnået væsentlige reduktioner i priserne sammenlignet med de, som Danske Regioner har forhandlet under aftalerne om det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Ved udbud af størsteparten af ydelserne har der desuden været et så tilpas stort antal af tilbud, at aftalerne må konkluderes at være indgået på markedsvilkår.

Aftalerne udgør i større eller mindre grad en bufferkapacitet i de enkelte regioners behandlingstilbud. I de vestdanske regioner er denne bufferkapacitet yderligere udbygget med etableringen af friklinikker. Disse er en del af det offentlige sygehusvæsen, men udfører kun planlagte behandlinger og har fuld aktivitetsbestemt finansiering. Denne finansiering balancerer på omkring 50-60 pct. af DRG-taksterne. Til sammenligning udgør referencetaksterne, der er udgangspunktet for forhandlingerne om DUF-taksterne, 79-86 pct. af DRG-taksterne. De faktiske DUF-takster kendes ikke.

Karakteren af udbudsaftalerne er meget forskellig fra region til region. I nogle regioner har man kun ramme-aftaler, mens man i andre regioner har aftaler om fast mængde. Organiseringen og den måde, hvorpå der henvises, er ligeledes meget forskellig. Nogle regioner har central henvisning og visitation, mens andre regioner har decentral visitation – om end disse så arbejder hen imod en centralisering, hvilket også tyder på at være det mest hensigtsmæssige.

Flere af regionerne har under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg formået at få udviklet et sæt af indikationskriterier for behandling, der blev anvendt til at prioritere mellem patienterne. Denne øvelse har i Region Syddanmark haft den side-gevinst at antallet af henviste patienter også efterfølgende ser ud til at falde.

Kvaliteten i behandlingen på hhv. offentligt og privat hospital

Ved gennemgang af de oplysninger der ligger på sundhedskvalitet.dk og på sundhed.dk fra de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser kunne man få indtrykket af, at kvaliteten af behandlingen på de private sygehuse og klinikker er en smule bedre end den tilsvarende på de offentlige sygehuse. Konklusionen på denne gennemgang af området må dog være, at typen af patienter, der behandles de to steder, samt kompleksiteten af de procedurer, der udføres de to steder, er så forskellig, at det på baggrund af de data, der i dag indsamles og opgøres, ikke er muligt at lave en meningsfuld sammenligning. I hvert fald ikke når det kommer til sammenligninger af kvalitet forstået som fejl, skader og komplikationer. I forhold til kvalitetsparametre som antallet af kontaktpersoner og informationsniveau er privathospitalet de offentlige sygehuse overlegne, når det er patienterne, der vurderer. Komplexiteten i behandlingsforløbene de to steder leder dog til spørgsmålet om, hvorvidt det ville forventes at de var ens.

En af hovedpointerne er således, at der er et behov for dataindsamling, monitorering og afrapportering af nye typer af data under hvilke meningsfulde sammenligninger kan foretages.

Økonomisk effektivitet – er de private sygehuse bedre?

Forskellene i patientsammensætningen og den type af ydelser, der udføres i hhv. privat og offentligt regi giver ikke mulighed for meningsfulde sammenligninger af omkostningerne ved behandling de to steder. Dette er dels en konsekvens af, at privathospitalernes faktiske omkostninger er ukendte. Og dels en konsekvens af, at opgavekompleksiteten de to steder er så forskellig, at det sandsynligvis slet ikke ville give mening at sammenligne. Bedste bud er en sammenligning af taksterne, der betales under aftalerne om det udvidede frie sygehusvalg (som vi dog ved, at de enkelte regioner kan få ned gennem udbud), og den afregning der gives på de vstdanske friklinikker, hvor der ikke er en akutforpligtigelse. Selv under disse begrænsninger kan det dog ikke sikres, at det ikke er pærer og bananer, der sammenlignes. Faktum er, at det ikke vides, hvorvidt effektiviteten er bedre det ene sted eller det andet, bl.a. fordi det i Danmark næppe vil være muligt at finde to sammenlignelige enheder.

På samme måde som for kvaliteten er det nødvendigt med tilvejebringelse af data, der muliggør en stratificering for case-mix, såfremt økonomien i de to sektorer skal kunne sammenlignes, og man under en stigende markedsgørelse af sundhedsvæsenet ønsker at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Reguleringsmæssige og markedsmæssige barrierer

Det vurderes ikke, at der eksisterer væsentlige reguleringsmæssige barrierer for anvendelsen af private leverandører på sygehusydelse. Specialeplanlægningen er den største hindring for en øget brug af private leverandører, men denne er på det ene område, hvorfra der kunne findes eksempler, sammenfaldende med en markedsmæssig barriere. Det er således primært på de områder, der ikke betegnes som højt specialiserede (hovedfunktionsniveau), at det både er lovligt og muligt at inddrage de private leverandører. På øvrige områder ses der mellem 4-12 tilbud pr. udbud, hvilket tyder på en reel markedsgørelse på disse områder, og priser opnået i (i hvert fald tilnærmelsesvis) fuld konkurrence. Ved en kortere gennemgang af de tjenesteydelser, som regionerne udbyder til andre leverandører (dvs. ydelser der ikke er behandlings- eller udredningsydelser) tegner der sig derimod et billede af en noget svingende konkurrence på områderne for ambulancekørsel, liggende patienttransport samt vaskerydelser, hvor der ved udbud typisk ikke modtages mere end to tilbud. Det er i den sammenhæng relevant, at områderne for ambulancekørsel og liggende patienttransport er forbundet med meget store udgiftsposter (i Region Nordjylland eksempelvis godt 230 mio. kr. årligt og i Region Syddanmark omkring 500 mio. kr.).

1. Introduktion

Kommuner og regioner skal i højere grad end tidligere overveje brugen af private leverandører. I forhold til velfærdssektorerne er der imidlertid begrænset forskningsbaseret viden om, hvornår man kan forvente positive effekter på såvel kvalitet som økonomi. Dette projekt søger at udfylde denne mangel. Der er taget udgangspunkt i følgende problemformulering: *Hvornår er private leverandører bedre end offentlige? Hvilke barrierer og udfordringer er der i dag for brug af private leverandører i kommuner og regioner?*

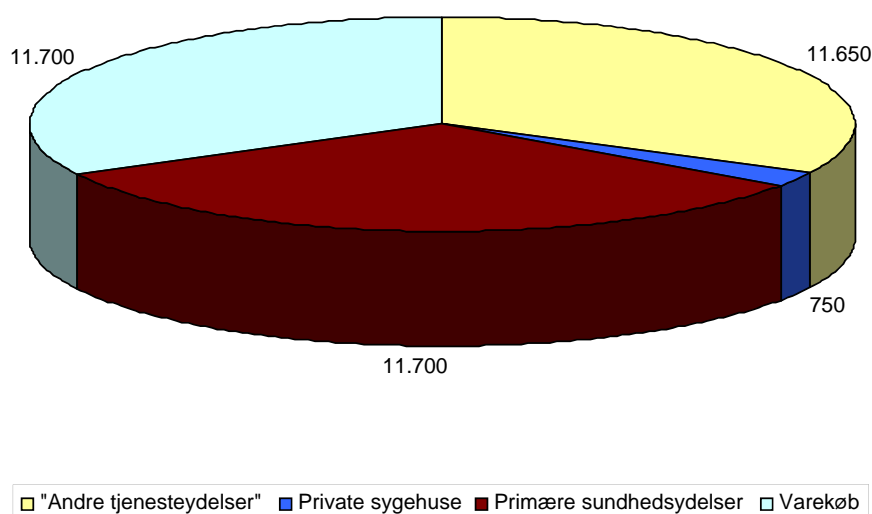
Fokus har været på regionernes brug af private sygehuse og kommunernes brug af private leverandører på ældreområdet. Dette arbejdsrapport er afgrænset til regionernes brug af private sygehuse mens AKF v/Karsten Vrangbæk dækker den del, der vedrører kommunernes brug af private leverandører.

1.1 Baggrund

Med undtagelse af en række højt specialiserede behandlinger samt uddannelse af læger kan størstedelen af regionernes forpligtigelser på sundhedsområdet i princippet løses af private leverandører (1).

I 2007 blev ca. 44,4 pct. af driftsudgifterne på sundhedsområdet, svarende til 35,8 mia. kr., brugt til betaling for varer og tjenesteydelser til private. Af disse var 11,7 mia. kr. til betaling af primære sundhedsydelser hos praktiserende læger og speciallæger. Det resterende beløb dækker over varekøb for 11,7 mia. kr. samt 12,4 mia. kr. til "andre tjenesteydelser" samt entreprenør- og håndværkerydelser (1). Under "andre tjenesteydelser" findes de opgaver, der udføres af private sygehuse og klinikker. Dette gælder således den omsætning i den private sektor, som følger af det udvidede frie sygehusvalg (DUF) samt de udbud af opgaver som regionerne står for. I 2007 var udgifterne til disse på 750 mio. kr. Tallene er illustreret i figur 1 nedenfor.

Figur 1: Regionernes udgifter til private leverandører af forskellige ydelser i 2007 i mio. kr.



Antallet af ydelser på private hospitaler og klinikker, betalt af regionerne, er steget siden 2007. I 2009 var der således en omsætning på 1,2 mia. kr. svarende til knap 220.000 kontakter (2). For 2010 skønnes antallet af kontakter at stige til mere end 250.000 (2). Ud af regionernes samlede driftsudgifter til sundhedsvæsenet på godt 90 mia. kr. er den andel, der bruges på private leverandører af sygehuse ydelser således relativt lille (1). Andelen synes dog at være stigende jf. tabel 1, der viser udviklingen i antallet af udvalgte operationer fordelt på private og offentlige sygehuse. Tallene er opgjort på baggrund af Landspatientregisteret, og der er sandsynligvis forskel mellem regionerne imellem. I Region Syddanmark oplever man således pt. et mindre fald (3).

De knap 33 pct. af udgifterne til private leverandører, der omfatter "andre tjenesteydelser" dækker for størsteparten understøttende funktioner til serviceydelserne. Dette drejer sig om rengøring, vaskeri, vedligeholdelse af grønne anlæg, transportydelser mv. (1). Der er i Bilag 2 vedlagt en liste med disse ydelser og oplysninger om, hvem der udfører dem, størrelsen af kontrakter, antal af tilbud på udbudet mv. i det omfang oplysningerne har været tilgængelige.

Tabel 1: Fordeling af antal operationer på offentlige og private sygehuse i perioden 2004-2008.

	2004	2005	2006	2007	2008*
Knæalloplastik					
Offentligt Sygehus	4.618	5.071	5.522	6.439	4.710
Privat Sygehus	168	359	395	775	1.479
I alt	4.786	5.430	5.917	7.214	6.189
Hoftealloplastik					
Offentligt Sygehus	6.839	7.008	7.483	7.561	5.649
Privat Sygehus	212	474	350	470	994
I alt	7.048	7.482	7.833	8.031	6.643
Rygkirurgi					
Offentligt Sygehus	976	1.061	1.184	1.226	822
Privat Sygehus	222	413	529	658	863
I alt	1.198	1.474	1.713	1.884	1.685
Fedmekirurgi					
Offentligt Sygehus	76	212	333	485	247
Privat Sygehus	4	68	247	770	1.583
I alt	80	280	580	1.255	1.830

* Pga. sygeplejestrækken, og fordi at tallene er opgjort i slutningen af 2008 hvor alle indrapporteringer ikke er sket, bør tallene for 2008 tages med forbehold (4).

Kilde: Kehlet, H. Hindsø, K. Iversen, M.G. Udvikling og afregningsmønster for kirurgi i privat og offentligt sygehusregi i Danmark 2004-2008. Ugeskrift for Læger 171/19(4).

Fælles for de ydelser, der leveres af de private sygehuse under enten det udvidede frie sygehusvalg (DUF) eller via udbudsaftale med de enkelte regioner, er en langstrakt diskussion om, hvorvidt disse ydelser, der ellers traditionelt set altid har været leveret af offentlige institutioner, i privat regi leveres ligeså omkostningseffektivt og med ligeså god kvalitet som tilsvarende ydelser i det offentlige sygehusevæsen. Til sammenligning er det relevant at bemærke, at de ydelser, der leveres af de privat praktiserende læger for et beløb på over 11,7 mia. kr. (i 2007), ikke i nær samme grad har været genstand for diskussion – på trods af at også disse hver især kan betragtes som små private virksomheder. Forklaringen på dette skal sandsynligvis hentes i historikken for brugen af private leverandører og den, i den forbindelse, relativt nye brug af privathospitaler som leverandør af offentligt betalte sygehuse ydelser.

Det var således først ved vedtagelsen af det udvidede frie sygehusvalg (DUF) i juli 2002, at det blev muligt at modtage behandling på privat sygehus eller et sygehus i udlandet på det offentliges regning.

Præmissen for dette var, at det offentlige ikke kunne tilbyde pågældende behandling på dets egne sygehuse indenfor en frist på to måneder (5). Denne frist blev siden sat ned til en måned (6). DUF skulle sikre patienterne hurtigere adgang til behandling ved at skabe konkurrence mellem de offentlige og de private sygehuse. Denne konkurrenceudsættelse af sygehusydelse blev sat på spidsen ved suspensionen af DUF i juni 2008. Pga. den daværende sygeplejestrejke var det ikke muligt at leve op til ventetidsgarantien, og regionerne blev i stedet forpligtiget til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til det gennemsnitlige månedlige beløb under DUF for at sikre de mest trængende patienter behandling (6). Suspensionen af DUF kom til at betyde, at der dels blev eksperimenteret med andre former for prisfastsættelse (end forhandling), gennem de udbudsaf-taler som regionerne lavede med de private sygehuse og klinikker, og dels at regionerne udviklede prioriteringsmekanismer for at sikre, at det var "de mest syge" patienter, der modtog behandling først.

Anvendelsen af udbud i forbindelse med aftaler om behandlingsydelser var for de fleste af regionerne ny. Den særlige karakter af sygehusydelser gør, at disse ydelser alt andet lige er sværere at definere og ikke mindst kontrollere, end varer der traditionelt har været indkøbt via udbud. Konkurrenceudsæt-telse via udbud af sundhedsydelser, og særligt de mere specialiserede sygehusydelser, i forhold til udbud af traditionelle varer og ydelser er således heller ikke nødvendigvis ligeså ukompliceret.

Denne rapport er blevet til i et forsøg på at vurdere, hvordan regionerne har taget brugen af private leverandører af sygehusydelser til sig. Genstandsområdet er afgrænset til undersøgelses- og behandlingsydelser, om end der i bilagsmaterialet kort er kigget på udbud af ambulancetjenesten samt udbuddene af øvrige tjenesteydelser på hospitalerne.

1.2 Læsevejledning

Rapporten består af fire dele:

Første del er en **kortlægning** af brugen af private leverandører. Det er her forsøgt at skabe et overblik over regionernes brug af private leverandører. Afsnittet består af oplysninger om aktivitetssammensætning og omkostninger samt en oversigt over hvilke aktører, der har budt ind på regionernes sundhedsudbud, hvem der har fået opgaverne samt karakteren af samarbejdet.

Anden del er en vurdering af **kvalitet og vidensoverførsel** ved brug af private leverandører. Brug af private leverandører skulle helst resultere i kvalitet, som er på højde med, eller bedre end for offentlige leverandører. Imidlertid er det på velfærdsområder ofte vanskeligt at styre kvaliteten stramt, og hvis private leverandører presses på prisen, kan resultatet blive et svagere fokus på kvalitet. Det er derfor belyst, hvorledes kvaliteten af de private ydelser er søgt sikret, og hvor godt dette er lykket. Der er anlagt et bredt kvalitetsperspektiv, hvor såvel kliniske resultater, som patientforløb og oplevelser inddrages.

Tredje del fokuserer på **økonomisk effektivitet** blandt private og offentlige leverandører. Ideelt set skulle man sammenholde input ressourcer med resultater (outcome). Da det kan være svært at skaffe sammenlignelige data for outcome anvendes typisk mere snævre produktivitetstæknikker, hvor input sammenholdes med aktivitetsmål (output), under forudsætning om ensartet effekt (kvalitet). Forudsætningerne for at gennemføre en sådan sammenligning af omkostninger, kvalitet og effekter er afdækket og diskuteret, og det er sandsynliggjort, hvorvidt man på nuværende grundlag kan sammenligne priser for ydelserne i det offentlige og i det private.

Fjerde del ser på eventuelle *reguleringsmæssige og markeds-mæssige barrierer* for anvendelse af private leverandører i regionerne, og hvordan disse opleves i forvaltningen.

Der er slutteligt vedlagt et mindre bilagsmateriale, der dels omhandler udbud af ambulancetjenesten med hensyn til de parametre, der er beskrevet ovenfor, og så er der dels lavet en oversigt og regionernes yderligere brug af private leverandører – på andet end behandlingsydelserne.

1.3 Anvendte metoder og kilder

Kortlægningen af regionernes brug af private leverandører af sygehusede og afdækningen af økonomien bag er primært blevet til på baggrund af samtaler med relevante personer fra de enkelte regioner og Danske Regioner. Samtalerne har ofte givet adgang til diverse notater og skrivelser fra de enkelte regioner, og disse er anvendt i det omfang, det har kunnet lade sig gøre. Regionernes hjemmesider har desuden været anvendt som kilder. Der er suppleret med baggrundslitteratur fra tidligere publicerede rapporter fra dels Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Rigsrevisionen men også fra interesseorganisationer som Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (i daglig tale BPK), Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og CEPOS. Der er desuden refereret til gældende lovgivning og retningslinjer på området samt forskellige hjemmesider. I forhold til de kvalitetsmæssige aspekter af brugen af private leverandører er der desuden gennemført samtaler med centrale myndigheder på området og hentet tal fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsens "Sundhedskvalitet". Det er forsøgt at få oplysninger fra regionernes patientklagenævn og opgørelser om utilsigtede hændelser, men hos ingen af de relevante myndigheder opgøres de indrapporterede hændelser eller klager i forhold til om det er i privat eller offentligt regi at hændelsen er indtruffet. Dette dog med undtagelse af Region Syddanmark, hvorfra det har været muligt at få oplysninger om patientklager og erstatningssager fordelt på sektor. De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser har ligeledes været anvendt, og der har specifikt været hentet data fra undersøgelsen for 2009 på de private sygehuse, der deltog i denne undersøgelse. Udtalelser fra sundhedspersonale har været inddraget som supplement, og der er henvist til få større internationale litteraturgennemgange og studier på området for kvalitet og effektivitet mellem for-profit og non-profit hospitaler. Sidst men ikke mindst har et udkast af rapporten eller relevante dele heraf været forelagt de personer i de enkelte regioner, som har bidraget, og deres bemærkninger er i videst muligt omfang indarbejdet.

I det efterfølgende vil fokus først ligge på de sundhedsydelser, der ligger under det udvidede frie sygehusvalg (DUF) og dernæst på de, der har været udbudt i regionerne. Opgaveløsningen for den primære sektor med de privatpraktiserende læger og speciallæger vil ikke blive nærmere berørt.

2. Kortlægning af brugen af private leverandører

2.1 Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)

Det udvidede frie sygehusvalg (DUF) blev som nævnt indført i 2002. Ordningen giver patienter ret til behandling på private sygehuse, herunder udenlandske, der har en aftale med Danske Regioner, såfremt det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling indenfor en tidsfrist på en måned. Som led i ordningen om det udvidede frie sygehusvalg er der i sundhedslovens § 87 fastlagt en model for indgåelse af aftaler mellem Danske Regioner og de private hospitaler og klinikker (7). Der eksisterer pt. tre ordninger: en på det somatiske område og en på det børne- og ungdomspsykiatriske område. Fra 1. jan. 2010 blev det voksenpsykiatriske område også omfattet (8).

Størstedelen af ydelserne er omfattet af kontrakter indgået centralt mellem Brancheorganisationer for Privathospitaler og Klinikker (BPK) og Danske Regioner (9). BPK omfatter flere end 50 private hospitaler og klinikker og heriblandt de største af privathospitalerne. Godt 80 pct. af de sundhedsydelser, der gennemføres i privat regi, laves af privathospitaler eller klinikker organiseret under BPK (dette tal dækker dog også behandlinger betalt af de private sygeforsikringer) (10). I forhold til indgåelsen af aftaler under DUF er BPK *den eneste* forhandlingspartner ift. Danske Regioner (9). De private hospitaler og klinikker, der har indgået aftale med Danske Regioner udenom BPK, er således blevet tilbudt samme vilkår som de, der er aftalt med BPK. Dette drejer sig for 2010 om knap 220 andre leverandører (2). Til sammenligning kan det nævnes, at antallet mellem 2003-2007 lå omkring 160-170 aftaler (2).

De specifikke ydelser samt de pågældende privathospitaler og klinikker, der har en aftale under DUF, er at finde på hjemmesiden www.sygehusvalg.dk. Det fremgår heraf, at der også er flere privat praktiserende speciallæger, der har en aftale under DUF.

Ved indgåelsen af kontrakter mellem Danske Regioner og BPK forhandles indhold og pris. Ydelserne specificeres på procedureniveau og prisen forhandles frem til 2009 med afsæt i den gældende DRG-takst samt det historiske takst-niveau (9). Fra 2010 er referencetakster for udførelsen af ydelserne på de mest omkostningseffektive hospitaler udgangspunktet for forhandlingerne (11). Der er således udarbejdet et takstkatalog for de knap 200 DRG-koder, som dækker aktiviteterne under det udvidede frie sygehusvalg. I den forbindelse er det dog relevant at pointere, at kontrakterne omhandler procedurer og procedurekoder, der er specificeret på et meget mere detaljeret niveau end de diagnose-relaterede-grupper i DRG-systemet, som referencetaksterne dækker. De privat praktiserende speciallæger får 90 pct. af DUF-taksten for de ydelser, de gennemfører (9).

Såfremt der ikke kan nås til enighed omkring indholdet af kontrakterne giver lovgivningen rum for nedsættelse af et voldgiftsnævn (7). Tidligere var det Sundhedsministeren, der gik ind og fastsatte vilkårene i aftalen, såfremt man ikke kunne nå til enighed. Dette har siden givet anledning til voldsom debat omkring, hvorvidt det har medført en overbetaling af privathospitalerne (12). Blandt eksperter synes der efterhånden at herske enighed om, at der har været tale om 1) en vis overkompensation af privathospitalernes omkostninger, som 2) (i hvert fald fra 2002-05) kunne begrundes med ønsket om at subsidiere opbygningen af en privat sygehuskapacitet i Danmark (13-15;15). Senest er det kommet frem, at lønningerne til læger og sygeplejersker på privathospitalerne ligger over tilsvarende for ansatte ved offentlige sygehuse (16). For sygeplejerskerne i omegnen af 25 pct. (17). *"Vi må kigge nærmere på taksterne, så vi kan få sat betalingen ned og få mere sundhed for pengene,"* sagde formand for Danske Regioner Bent Hansen (S) til B.T. den 5. jan. 2011 (18).

Udover aftalen om de specifikke procedurer, der skal udføres, indeholder kontrakterne mellem de private sygehuse og Danske Regioner et bilagsmateriale, hvori mindstekrav til bl.a. kvalitet og dokumentation i form af indberetninger til diverse kliniske databaser er specificeret. Dette vil blive nærmere beskrevet i afsnit tre.

I det efterfølgende er regionernes brug af udbud beskrevet.

2.2 Udbud af tjenesteydelser

Planlægningsafdelingerne i de enkelte regioner har til opgave at sikre, at regionerne har den nødvendige kapacitet til at imødekomme behovet for udredning og behandling. Såfremt det skønnes, at regionens egne hospitaler ikke kan opfylde behovet, kan ydelser sendes i udbud. Der nedsættes i så fald en faglig udbudsgruppe med relevant sundhedsfagligt personale, der har til opgave at lave en kravspecifikation for udbuddet og sidenhen en vurdering af de leverandører, der byder på opgaven. Udbuddene omfatter i stigende grad tjenesteydelser, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg (DUF), men som det skønnes, kan udføres billigere og/eller bedre end gennem DUF-aftalerne.

Regionerne er jf. både dansk og EU-lovgivning forpligtiget til at sende en ydelse i udbud, hvis regionerne ikke vil tilbyde udførelsen af ydelsen selv (19). Hensigten med udbud er at skabe gennemskuelighed for alle i forhold til kontrakter og økonomi og ikke mindst at sikre, at ydelserne udbydes i konkurrence mellem alle interesserede og kvalificerede. Målet med konkurrenceudsættelsen er selvsagt at stille efter den bedste ydelse til den bedste pris (20). Hvorvidt dette er opnået, er svært at svare på, men at dømme efter antallet af bud på en række udbud af forskellige sygehusydelser (21) må området vurderes at være konkurrenceudsat for en stor del af de behandlingsydelser, der laves udbud på.

I det efterfølgende er de enkelte regioners brug af udbud beskrevet.

2.2.1 Region Hovedstaden

Mængden af sygehusydelser, der omvisiteres til i Region Hovedstaden, udgjorde i 2009 25.062 behandlinger (22). Disse fordeler sig på både privathospitaler med en aftale under det udvidede frie sygehusvalg (DUF) og privathospitaler med en udbudsaftale med regionen. I 2010 er 44 pct. af patienterne omvisiteret til privat behandling under en udbudsaftale, mens de resterende 56 pct. ligger under DUF (22). Der er indenfor regionen ikke strategisk satset på at tiltrække patienter udefra men derimod lagt vægt på, at der indenfor regionen er den tilstrækkelige kapacitet til at håndtere egne patienter (23). Det er ikke muligt for regionens egne hospitaler at byde ind på udbud. Kontroludbud mellem offentlige og private er således ikke i brug.

Forud for suspensionen af DUF i 2008 havde udbudsaftaler mellem regionen og de private sygehuse og klinikker ikke været i anvendelse. Måden, hvorpå behandlingsefterspørgslen blev løst under suspensionen, har dannet model for udbudsaftalerne efterfølgende (23). Der er ved indgåelse af kontrakterne ligeledes skelet til de aftaler, der ligger for de enkelte procedurer under DUF. Under suspensionen fik de privathospitaler og klinikker, der havde tilbudt de laveste priser (fx 75 pct. af DUF-taksten) førsteprioritet, når patienterne blev henvist. Når disse private hospitaler og klinikkers kapacitet var opbrugt, fik den næst billigste leverandør (fx 80 pct. af DUF-taksten) patienterne og så fremdeles. På denne facon blev der indgået godt 80 aftaler, der dækkede 2-3000 forskellige procedurekoder (23).

Udbuddene i Region Hovedstaden bruges i dag primært til at skaffe en bufferkapacitet indenfor fire behandlingsområder. Disse omfatter enkelte ydelser indenfor det ortopædkirurgiske område, ryggeoperationer, grå stær operationer samt MR-skanninger. Der er ikke udbudt et specifikt antal operationer, men lavet rammeaftaler omkring priserne på det marginale antal patienter, som regionen muligvis ikke

vil have kapacitet til at klare selv. Denne karakter ved aftalerne gør, at de ligner aftalerne under DUF. Udbuddene er afgjort alene på pris, men har derimod meget specifikke krav til kvaliteten (23). Alle tilbudte priser sammenlignes med 95 pct. af gældende DUF-takst for at sikre, at denne ikke ligger lavere. Der er desuden to aftaler om mammografiscreeninger.

Inden for de ortopædkirurgiske procedurer har regionens egne afdelinger fået lov at vælge, hvilke procedurer de helst selv udfører og hvilke, der er hensigtsmæssige og ønskværdige at gøre til "bufferprocedurer", som så er sendt i udbud. På denne måde har bufferkapaciteten den funktion, at afdelingerne ved spidsbelastninger kan ensrette deres egen produktion mest mulig og sende specifikke procedurer til de private hospitaler. Det er således prioriteret, at regionens hospitaler selv klarer alle knæ- og hofteoperationer, og der er derfor heller ingen knæ- og hoftepatienter, der er behandlet under aftaler om det udvidede frie sygehusvalg, betalt af Region Hovedstaden. Regionen skønner, at man i 2009 sendte godt 300 andre ortopædkirurgiske patienter ud til enten andre regioner eller private hospitaler om måneden under DUF, mens dette tal i 2010 vurderes at være reduceret til bare 50 patienter om måneden (23). På samme måde havde man i 2009 og 2010 stort set ingen MR-skanninger under DUF. I 2009 gennemføres der godt 800 MR-skanninger privat om måneden under en udbudsftale, mens dette tal i 2010 er ca. 400 (23). Resten er afholdt af regionens egne afdelinger.

Hvor mange og hvilke procedurer, der ender i det private under DUF, er pga. den stramme styring og manglende frirum meget personfølsomt, og én kirurgs brækkede ben efter en skiferie kan således betyde kapacitetsmangel og problemer med at overholde behandlingsgarantien på vedkommendes område. Ved udgangen af 2010 er der således problemer med at overholde garantien for diverse håndkirurgiske procedurer.

Der har i den tid, som regionen har haft udbudsftaler i, ikke været tilfælde af samarbejdsproblemer, der har forårsaget kontraktophør. Furesø Privathospital gik under suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg konkurs og samarbejdet ophørte således her. Mængden af leverandører på daværende tidspunkt gjorde dog, at dette ikke gav anledning til de store problemer.

Regionen har én central visitationsenhed.

2.2.2 Region Sjælland

Region Sjælland havde, som Region Hovedstaden, forud for suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg ikke sygehusydelse i udbud (24). De udbudsftaler, der er kommet til, er siden ændret og tilpasset som erfaringerne høstes. Regionen har overvejende aftaler, der er en kombination af rammeaftaler og fast mængde-aftaler med en fast minimums mængde. Kontrakterne laves, så de kan forlænges, såfremt dette er ønskværdigt. I slutningen af 2009 valgte regionen at opsigte samtlige aftaler under forventningen om, at bedre aftaler kunne indgås ved en ny udbudsrunde (24). Dette skete også for at undgå for mange aftaler, hvilket tidligere havde haft den konsekvens, at nogle private klinikker ikke fik henvist (nok) patienter, mens andre fik henvist for mange. Det skal i den forbindelse nævnes, at regionen har decentral henvisning og visitation på alle behandlingsområder, men at der pt. arbejdes på at lave en centralisering på det ortopædkirurgiske område.

Udbuddene på det ortopædkirurgiske område blev for 2010 lavet for adskillige procedurer ad gangen under samme udbud. Bl.a. med henblik på at sikre en vis mængde, der så tilsvarende kunne sikre bedre pris og formodet bedre kvalitet hos færre leverandører (24). Dette må dog antages at have haft den konsekvens, at de større privathospitaler og klinikker har haft en konkurrencefordel sammenlignet med mindre. Det kunne således modsat hensigten have mindsket konkurrencen mellem potentielle leverandører, fordi langt færre leverandører har kunnet byde ind, hvilket i sidste ende kan have påvirket størrelsen på de afgivne tilbud.

I stil med tilgangen hos Region Hovedstaden er lægerne i regionen blevet bedt om at definere hvilke procedurer, der typisk er kapacitetsmangel indenfor, og som derfor koster, at mange patienter "for-svinder" under DUF. På disse områder er der så lavet udbud. Og på samme måde som i Region Hovedstaden bedes lægerne af og til afgive patienter, der kan behandles via privataftale, for at få plads til patienter, der ellers ville have ret til behandling under DUF udenfor regionen (24).

2.2.3 Region Midtjylland

I Region Midtjylland omvisiteres der ca. 200-250 patienter om ugen til privathospitaler med en udbuds aftale (i juni 2010) (25). Heraf er størsteparten henvisninger til MR-skanninger. Forud for suspensionen af DUF var det kun indenfor MR-skanningerne, at der var aftaler med private leverandører. Regionen har i dag en række aftaler på det kirurgiske område primært med privathospitalerne Hamlet i Århus og Aleris i både Herning og Århus. Herudover er der aftale om MR-skanninger med samme. Regionen arbejder på en prioriteringsmodel indenfor hvilken, i første omgang de ortopædkirurgiske afdelinger på samme måde som i Region Hovedstaden skal udvælge nogle faste procedurer, som man prioriterer indenfor regionens egne afdelinger (positivlister) og således søger at opnå stordrifts- og planlægningsfordele for. De øvrige procedurer (negativlister) sendes i udbud i større mængde, hvorved man også her håber på stordriftsfordele for privathospitalerne og dermed en lavere pris for regionen gennem konkurrenceudsættelse (25).

Derudover bruger regionen såkaldte friklinikker (herunder de Vestske friklinikker i Brædstrup og Give), som egentlig er offentlige institutioner og regionens egne afdelinger, men som kun har elektiv planlagt aktivitet, og som har 100 pct. aktivitetsbaseret finansiering. Disse klinikkers indtægter og udgifter balancerer med en afregningsprocent på mellem 50-60 pct. af DRG-taksten (25) (til sammenligning skal det nævnes at der for hovedparten af de 187 referencetakster afregnes med 70-90 pct. af DRG-taksten (11)). Al aktivitet på friklinikkerne er underlagt krav, der sikrer, at øvrige basisopgaver er udført.

Regionen har en central visitationsenhed, der med undtagelse af henvisning til MR-skanninger koordinerer henvisningerne.

2.2.4 Region Nordjylland

Region Nordjylland har siden 2006 gennemført udbud af sygehusedydelser (26). Som i de øvrige regioner har brugen af udbud dog været begrænset og er først kommet rigtigt i gang efter suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg. Der er i 2010 gennemført udbud af hhv. fedmeoperationer, ikke-cervikale rygoperationer, skulderoperationer, knæoperationer samt operationer på hånd- og håndled og ligeledes for operationer på ankel og fod. I 2008/2009 var der i tillæg til ovennævnte, udbud af behandling af brok, varicer samt neurologiske forundersøgelser. I 2009/2010 har regionen fået afstemt egen kapacitet på disse områder, således at den er tilstrækkelig, og det ikke har været nødvendigt at sende ydelserne i udbud igen (26).

For hovedparten af ydelserne er der kun indgået aftale med én leverandør, indenfor hånd- og håndledskirurgi dog to. For de ortopædkirurgiske ydelser er der ikke aftale om fast mængde, mens der på fedmeoperationer blev givet garanti på minimum 200 operationer og forventet 500. Regionen har desuden, som i Region Midtjylland, etableret en friklinik, der laver elektiv ortopædkirurgi. Hensigten er, at klinikken på sigt også skal varetage anden kirurgi (26).

De forventede udgifter i Region Nordjylland som følge af det udvidede frie sygehusvalg og aftaler med private sygehuse beløber sig til 200 mio. kr. for 2010 (27).

Regionen har frem til udgangen af 2010 haft decentral visitation men har ved årsskiftet etableret en central visitationsenhed for regionens patienter (26).

2.2.5 Region Syddanmark

Region Syddanmark havde ydelser i udbud første gang i 2007. Dengang var det aftaler om MR-skanninger og ortopædkirurgiske ydelser (28). I 2010 har regionen fortsat aftaler med private leverandører indenfor ortopædkirurgien (hhv. behandling af lidelser i hånd/håndled samt skuldre, albue, knæ og fødder), behandling af lænderyglidelser, søvnapnø, hjertelidelser (planlagte ballonudvidelser, hjerteklap- og by-pass operationer) samt mammografiscreeninger og MR-skanninger. Herudover har regionen en række samarbejdsaftaler med sygehuse i Nordtyskland (der pr. definition er privatsygehuse) i forhold til fødsler, kræftudredning og -behandling. For de fleste ydelser er der aftaler med 1-2 leverandører (29). Regionen har desuden to aftaler om kapacitet i forbindelse med høreapparat-udredning og tilpasning.

Der blev i de første 11 måneder af 2010 henvist 2.124 patienter til de private aftalesygehuse og 4.467 til privathospitaler/klinikker med aftaler under DUF indenfor behandlingsområderne for ortopædkirurgi, søvnapnø, lænderyglidelser og neurokirurgi (hvor aftalen udløb i sommeren 2010) (30). For MR-skanningerne er der i udbudsaftalen givet en garanti på 11.800 henviste patienter, og dette indfries til fulde og med mere til (29). På hjerteområdet er der tale om ca. 500 patienter i de første 11 mdr. af 2010, der er behandlet på privathospital (Hjertecenter Varde) betalt af regionen (29). Aftalen på hjerteområdet ophører dog med udgangen af 2010. Herefter har man på baggrund af specialevejledningen prioriteret at samle kapaciteten på hjerteområdet på Odense Universitetshospital (28). Hjertecenter Varde er desuden ikke længere godkendt til at udføre de mere specialiserede behandlinger. Aftalen med hjertecenteret har eksisteret siden midten af 1990'erne, hvor det dengang var en aftale om henvisning af patienter fra Ribe Amt (3).

Regionen har central visitation, der primært står for henvisningerne under DUF, og som har et godt overblik over, hvor der er ledig kapacitet, og hvor der mangler kapacitet. Det er således også herfra, at kapacitetsproblemerne udpeges (28). For MR-skanningerne og mammografiscreeninger er der dog decentral visitation.

Regionen har et tæt samarbejde med Region Midtjylland og en aftale omkring de vstdanske friklinikker i Brædstrup og Give. Patienter tilbydes behandling på friklinikkerne, når der er behov, og friklinikernes kapacitet indgår således på sin vis i planlægningen af regionens samlede kapacitet. Friklinikkerne er forholdsvis fleksible i forhold til de procedurer, de udfører, og fungerer således som "buffer" for regionens egne hospitaler (3).

Under suspensionen af DUF nedsatte Region Syddanmark et udvalg med repræsentanter fra de lægefaglige specialeråd med henblik på at lave en prioritering af patienterne - såkaldte differentierede patientrettigheder. Disse differentierede patientrettigheder skulle sikre, at det var de patienter, der ville få størst gavn behandlingen og som havde det største behov, der først fik lovning på behandling indenfor en måned, mens de "mindre trængende" patienter blev tilbudt behandling indenfor tre måneder. De differentierede patientrettigheder omfattede ikke akutte patienter samt hjerte- og kræftpakkeforløbene.

Disse differentierede patientrettigheder har haft effekt på længere sigt. Da det udvidede frie sygehusvalg og ventetidsgarantien på en måned trådte i kraft igen, var der således en periode med en pukkelafvikling af patienter, men siden begyndelsen af 2010 er antallet af henviste og visiterede patienter indenfor regionen faldet stødt (31). De differentierede patientrettigheder er desuden benyttet i en lignende model i Region Midtjylland og Region Hovedstaden (28).

2.2.6 Overblik over udbud i regionerne

Enkelte af regionernes udbud er at finde på Danske Regioners side over tildelte EU-udbud. Listen er dog ikke dækkende, men det fremgår for nogle af regionerne, hvor mange ydelser på sundhedsområdet, der har været i udbud siden juni 2008, hvor mange tilbud der kom på udbuddet, og hvilken leverandør der fik opgaven, og hvad der var afgørende for dette(21). For Region Hovedstaden er listen stort set opdateret, og det fremgår her, at der for de udbudte procedurer indenfor rygkirurgi var fire bud, hvoraf de tre af leverandørerne fik kontrakt. For udbuddet af grå stær operationer kom der syv bud, hvoraf fire fik kontrakt. På de ortopædkirurgiske procedurer kom der 12 tilbud, hvoraf de fire fik kontrakt. For MR-skanningerne kom der fem bud, men blev kun indgået aftale med en enkelt leverandør (21). Alle udbud blev afgjort på pris alene, og der må således i nogen grad være tale om en reel konkurrenceudsættelse af de pågældende procedurer. For Region Nordjylland er listen ikke komplet, men udbuddet af fedmekirurgi er vist. Til dette udbud modtog regionen tre tilbud, hvoraf den ene fik kontrakt (21). Ved udbuddet af koloskopier i Region Midtjylland kom der 9 tilbud (32), og også her må der således siges at være et eksisterende marked.

Tabellen nedenfor viser en status for udbudsaftaler for de fem regioner for 2010 samt hvilken type af ydelse, udbuddet drejede sig om. Informationer i tabellen er primært hentet fra regionerne selv, og det har ikke været muligt at skaffe de samme oplysninger på alle udbuddene.

Tabel 2: Udbudsftaler og antal leverandører af sygehusydelser i 2010 i de enkelte regioner.

Region	Tjenesteydelse	Leverandør
Region Hovedstaden (Oplysninger fra regionens hjemmeside for 2010-2011 samt fra regionens indkøbsafdeling)	Grå stær operationer	5 forskellige leverandører
	MR skanninger	Unilaps A/S
	Udvalgte ortopædkirurgiske operationer	4 forskellige leverandører
	Rygkirurgi	3 forskellige leverandører
	Mammografier	2 forskellige leverandører
Region Nord (Oplysninger fra regionen)	Hånd- og håndledsoperationer	2 forskellige leverandører
	Skulderoperationer	1 leverandør
	Knæoperationer	1 leverandør
	Operationer på ankel- og fod.	1 leverandør
	Ikke cervikale rygoperationer	1 leverandør
	Fedmekirurgi, helt behandlingsforløb	Privathospitalet Mølholm A/S
Region Midtjylland (Opgjort i Principnotat fra juni 2010 fra Region Midtjylland samt i dokument fra regionens indkøbsafdeling).	Rygoperationer i nakkeregionen	Hamlet Århus, Privathosp. Skørping
	Rygoperationer i lænderegionen	Aleris Herning.
	Skulderoperationer	Hamlet Århus
	Knæoperationer	Aleris Herning
	Operationer på hånd og håndled	Aleris Århus
	Operationer på ankel og fod	Viborg Privathospital
	MR skanninger	Hamlet Århus samt Aleris Herning.
	Endoskopier	Endoskopiklinikken Århus A/S
Koloskopier	Danske Privathospitaler	

Region	Tjenesteydelse	Leverandør
Region Syd (Oplysninger fra Region Syddanmarks hjemmeside)	Behandling af lidelser i hånd/håndled	Ortopædisk klinik Odense
	Skuldre, hænder, albue, knæ og fødder	Privatsygehus Danmark
	Behandling af lænderyglidelser	Privathospitalet Kollund
	Behandling af søvnapnø	Privathospitalet Kollund
	MR-skanninger	Thava Imaging
	Mammografiscreening	Thava Imaging
	Hjerteområdet, planlagte indgreb	Hjertecenter Varde A/S
	Kræftlidelser	4 aftaler med tyske sygehuse
	Høreapparatbehandling	2 forskellige leverandører
Region Sjælland (Oplysninger fra regionens afdeling for Kvalitet & Udvikling – aftalerne er af 1 års varighed og for 2009-2010)	Knæalloplastik (300-500 stk.) og hoftealloplastik (175-350 stk.)	Privathospitalet Danmark A/S
	Refraktionskirurgi (300 øjenoperationer)	Memira ApS
	Rygkirurgi (300-500 operationer)	Privathospitalet Hamlet A/S
	Ortopædkirurgiske ydelser (operationer i skulder og overarm (200-400 stk.), knæ og underben (300-500 stk.)).	Privathospitalet Hamlet A/S
	Hånd- og håndledskirurgi (200-300 stk.)	City Privathospital ApS
	Urologiske ydelser (Udredning og behandling af mænd med vandladningsbesvær (250-500 stk.), samt operationer på scrotum og penis (100-200 stk.)).	Kysthospitalet A/S

Danske Regioner arbejder pt. på at udarbejde en udbudsskabelon for sundhedsydelserne, der frit kan benyttes, såfremt de enkelte regioner mener at kunne drage nytte af den. Skabelonen indeholder selve udbudsmaterialet, et forslag til en kontrakt samt et forslag til hvordan eventuelle kravspecifikationer samt bilag skal håndteres. For regionernes udbud i forbindelse med vareindkøb og andre tjenesteydelser eksisterer skabelonerne allerede. Omkostninger til vareindkøb og andre tjenesteydelser er dog også væsentlig større end til de få udbud af sundhedsydelser og kontrakterne her sandsynligvis ligeledes lettere at definere (1).

Der findes en omfattende forskningslitteratur om de problemstillinger der er forbundet med kontraktindgåelse mellem private udbydere og offentlige myndigheder med drifts- eller udbudsansvar omkring sundhedsydelser fra private udbydere(33). Forskningslitteraturen bekræfter, at sådanne kontraktindgåelser er særdeles komplicerede, ikke mindst når kvalitetskrav og andre krav skal specificeres forudgående (ex ante) og i juridisk holdbar ordlyd. Udfordringen ligger i den informationsasymmetri, der altid vil være mellem udbyder (privathospitalet og dets læger) og efterspørger (myndigheden) og i den virkelighed, at kvalitet er et multidimensioneret begreb, som kan være særdeles vanskeligt at specificere i kontrakter, så det er juridisk holdbart. Dette har talt for langsigtede kontrakter baseret på gensidig tillid og udviklingen af en god relation med fælles forståelse i løbet af kontraktperioden. Alternativt, at man i kontrakterne indskrænker sig til afgrænsede behandlinger og undersøgelser, hvor kvalitetskrav nemmere kan specificeres a priori.

Kvaliteten af behandling i hhv. privat og offentligt regi er i det efterfølgende nærmere beskrevet.

3. Kvalitet og vidensoverførelse

3.1 Generelle betragtninger om kvalitet i offentligt og privat sygehusregi

Det er som bekendt svært at måle kvaliteten af sundhedsydelser – og det kan være endnu sværere at definere så præcise kvalitetsspecifikationer, at de er juridisk holdbare i kontrakter(33). Det særlige forhold, at privathospitaler og private klinikker i højere grad driver forretning og ikke er omfattet af et offentligt sikkerhedsnet, hvis budgetterne overskrides, antages oftest alt andet lige at øge sandsynligheden for, at økonomiske incitamenter kommer til at betyde relativt meget sammenlignet med andre incitamenter, der normalt er til stede i arbejdet på sundhedsområdet. Dette kunne give anledning til, at målet om økonomisk effektivitet blev vægtet tungere end sikring af kvalitet med deraf følgende ringere kvalitet i behandlingen.

Sammenhængen mellem kvalitet og omkostninger er vanskelig at bestemme både teoretisk og empirisk. Den antages oftest at have karakter af en u-form, hvor investeringer i kvalitet til et vist punkt er omkostningsbesparende (fordi det kan være dyrt at redde/oprette fejl), hvorefter yderligere investering i højere kvalitet ikke tjener sig selv hjem, men blot "koster ekstra". Da privathospitalerne sjældent selv oppebærer de omkostninger, der kunne optræde som følge af dårlig kvalitet i behandlingen fx reoperationer, behandling af komplikationer på lidt længere sigt, erstatningssager under patientforsikringen mv., kan man på pessimistisk vis antage, at der i dette perspektiv ikke er incitamenter til at sikre kvalitet op til det niveau, hvor det er omkostningsbesparende. Dette er dog en teoretisk påstand.

Samtidigt udføres behandlinger i det private sygehusvæsen (i Danmark) indenfor mindre enheder, hvor intern justits i forhold til kvalitet og kontrol meget vel kunne antages at være mindre udpræget end samme indenfor det offentlige sygehusvæsen. Der skal dog hertil nævnes at forekomsten af nyuddannede, og antageligt mindre kvalificeret sundhedspersonale, i det private system er stort set ikke-eksisterende (17). Til sammenligning anses det af ansatte sygeplejersker i det offentlige sygehusvæsen i en undersøgelse fra 2009 som en væsentlig byrde at oplære den kontinuerlige strøm af nye medarbejdere, og det medfører at erfarne medarbejdere brænder ud under presset eller rejser (17). Sygeplejerskerne i undersøgelsen peger på, at der er *"en igangværende deskillig på de offentlige hospitalsafdelinger, der sætter patientsikkerheden under pres"*...

"ifølge en del af sygeplejerskerne er den kvalitet, der tilbydes patienterne i sygeplejen i dag så presset at de ikke længere kan stå inde for den – og derfor ikke længere kan se sig selv som ansat på et offentligt hospital" (Jensen m.fl. 2009:19 (17)).

Som forsvar for en i hvert fald strukturelt set sandsynlig højere kvalitet i det private taler den relativt højere grad af ensartethed i de behandlinger, der udføres på de enkelte private klinikker og hospitaler (34). Dette betyder dels en organisatorisk enklere behandlingsgang og dels, at de udførende læger bliver meget specialiserede indenfor de pågældende behandlingsprocedurer. Øget volumen antages i den henseende at lede til lavere morbiditet (35). Hertil skal det nævnes, at patientgrundlaget sandsynligvis er mere homogent end samme på de offentlige sygehuse, hvilket kunne medføre en mindre bredde – og dermed trække i den modsatte retning mht. ekspertise. Lægerne ved de private hospitaler og klinikker har dog for nogens vedkommende arbejdet her som bibeskæftigelse (6). Ekspertisen hos denne del af de behandlende læger må således nødvendigvis være nogenlunde lige høj i hhv. den private og den offentlige sygehussektor. Så længe lægerne i den private sektor har arbejdet her i form af bibeskæftigelse til et job i den offentlige sektor, må det desuden antages, at erfaringer fra hver sektor flyder mere eller mindre frit i den udstrækning lægerne tager deres lærdom med sig. Det på-

peges dog samtidigt, at den forskydning af aktivitetsfordelingen, der sker mellem det offentlige og private, på sigt kan give problemer i forhold til undervisningen og uddannelsen af næste generation af kirurger (4). Dette er særligt udtalt indenfor fedmekirurgien, hvor 87 pct. af aktiviteten foregår privat, og hvor et aftalesammenbrud med eksisterende leverandører risikerer at efterlade et offentligt system, der ikke fungerer optimalt (4). På fedmeområdet er der tilsyneladende også stor forskel i den type af operation, der udføres hhv. offentligt og privat (36), hvilket giver anledning til mistanke om at vidensdelingen på tværs af det private/offentlige skel ikke er optimal.

Der har været nogen forskning i andre lande om kvalitetsforskelle mellem sygehuse afhængigt af ejerskab (for-profit versus non-profit). Forskningen har fortrinsvis fokuseret på kortsigtede helbredsresultater og særligt risikjusteret dødelighed under indlæggelse. En større canadisk metaanalyse har sammenlignet den risikjusterede dødelighed for 38 millioner (voksne) patienter. Studiet bygger på primært amerikanske og canadiske data, hvor sygehuse klassificeres som non-profit eller for-profit. Førstnævnte ville i denne sammenhæng være de bedst sammenlignelige med de danske offentlige sygehuse. På for-profit sygehusene, der bedst sammenlignes med de danske private sygehuse, var der en svag men højsignifikant overdødelighed på 2 pct.(37).

I forhold til nærværende gennemgang er det dog vigtigt at understøtte, at dette forskningsresultat fortrinsvis er baseret på studier af amerikanske hospitalspatienter, og derfor ikke nødvendigvis kan overføres til en dansk kontekst. Studiet giver dog et fingerpeg om, at man ikke bare a priori kan forvente ligeså gode eller bedre resultater på helbredsmaal som dødelighed under indlæggelse på private kommercielle sygehuse i forhold til ikke-profitorienterede danske offentlige sygehuse.

I det efterfølgende er kvaliteten i en dansk kontekst nærmere beskrevet.

3.2 Kvalitetssikring under det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehus har fra starten været tilrettelagt med henblik på at sikre det størst mulige udbud af private leverandører. Alle private hospitaler og klinikker, der måtte ønske at indgå aftale med Danske Regioner omkring ydelser under DUF, og som lever op til en række minimumskrav, har derfor i princippet ret til det jf. Sundhedsloven. Det er således ikke muligt at ekskludere et privathospital eller en klinik, hvis gældende lov overholdes, og minimumskravene i kontrakterne på området kan overholdes. Minimumskravene i kontrakterne omfatter bl.a., at der indrapporteres til relevante kliniske databaser, at utilsigtede hændelser indberettes til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), og at privathospitalet eller klinikken omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel, når denne tilbydes (38). For klinikker uden sengepladser, der ikke tilbydes akkreditering gennem Den Danske Kvalitetsmodel, arbejder Danske Regioner pt. på at udarbejde en model for kvalitetssikring (9).

Senest modtog Hamlet den 21. dec. 2010 akkrediteringscertifikat som bevis på at privathospitalet lever op til de kvalitetskrav, der er sat i Den Danske Kvalitetsmodel (39).

Minimumskravene i kontrakterne mellem Danske Regioner og BPK specificerer desuden, at der skal foreligge diverse planer og instrukser for hjertestop, akut overflytning til offentligt sygehus, hygiejne, genoptræning, brand og vagtberedskab. Det er desuden specificeret, at privathospitalet eller klinikken selv er forpligtiget til at sikre at *"... leverandøren og dennes personale besidder den fornødne lægefaglige kompetence og godkendelser"* (40).

Loven påbyder, at alle private sygehuse og klinikker i Danmark med mere end en læge tilknyttet, skal registrere en virksomhedsansvarlig læge hos Sundhedsstyrelsen - og hvis der ønskes en aftale under DUF, skal dette blot også ske hos Danske Regioner. Når et privathospital eller en privatklinik har indgået aftale med Danske Regioner under DUF, er deres forpligtigelser underlagt de regler, der er fastsat i Sundhedsloven samt de regler, der er for sundhedspersonale i henhold til Autorisationsloven (7).

Ansvar for at føre tilsyn med pågældende privathospitals eller kliniks arbejde bliver således Sundhedsstyrelsens (9;41). Dette er i princippet ikke anderledes end gældende praksis i den offentlige behandlingssektor. Sundhedsstyrelsen udfører ingen særskilt kontrol med de private hospitaler og klinikker. Indgriben sker på baggrund af henvendelser, eksempelvis patientklager, og i form af en vurdering af, hvorvidt Autorisationsloven er overholdt (41).

Sundhedsstyrelsen oprettede i 2009 499 nye sager på baggrund af klager fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (til sammenligning skal nævnes, at der i både 2008 og 2009 tilsammen blev indberettet omkring 8.000 sager til Patientklagenævnet) (42). Der skelnes ikke mellem klager ift. offentlig/privat hospital/klinik). Herudover modtog styrelsen meddelelse om, at 75 sundhedspersoner på ny havde modtaget kritik for deres faglige virke. Sagerne resulterede i, at 18 sundhedspersoner blev sat under skærpet tilsyn, heraf var otte læger. Konsekvenserne af et skærpet tilsyn er, at Sundhedsstyrelsen anmoder embedslægerne om at være opmærksom på om vedkommende sundhedspersons fortsatte virksomhed giver anledning til bemærkninger, herunder at indsende kopi af nye klager over vedkommende til Sundhedsstyrelsens enhed for tilsyn.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan man finde "tilsynslisten", hvor alle sundhedsfaglige personer under skærpet tilsyn m/u påbud samt de med midlertidige fratagelser af autorisationen kan ses (43). Ved udgangen af november 2010 er tre læger jf. tilsynslisten midlertidigt frataget deres autorisation.

Udover "tilsynslisten" offentliggør sundhedsvæsenets patientklagenævn lister med navne på sundhedsfagligt personale, der har været en berettiget klage på, som har ført til anmærkninger. Hverken på tilsynslisten eller patientklagenævnets liste er det dog angivet, hvor vedkommende er eller har været ansat. Fra et patientperspektiv må det betragtes som uhensigtsmæssigt, at man ikke kan se, hvor den pågældende sundhedsfaglige person arbejder, særligt hvis man proaktivt søger at undgå sundhedsfagligt personale, der har været under kritik. Fra regionernes side må det ligeledes betragtes som uheldigt, da det er svært at sikre at ansatte ved privathospitalerne er ligeså kvalificerede som personale ved de offentlige sygehuse. Det har ved henvendelse til de to relevante instanser ikke været muligt at få et skøn for fordelingen af klagesager mellem offentlige og private leverandører.

Sundhedskvalitet.dk er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at give patienter og pårørende en nem og overskuelig adgang til relevante statistiske oplysninger om de forskellige hospitaler – også private, og behandlingerne på disse. Formålet med hjemmesiden er, *"at understøtte det frie sygehusvalg og fremme patienternes inddragelse i eget forløb"* (44). På siden kan man bl.a. se, hvor mange behandlinger af en given type et hospital gennemfører, hvor stor infektionsraten efter operation er, hvor høj (gen)indlæggelsesprocenten er og en række andre kvalitetsrelaterede informationer. Siden rapporterer desuden ventetider til behandling(44). Tallene er opgjort på baggrund af Landspatientregisteret og (gen)indlæggelsesprocenten er udtryk for indlæggelse af enhver art indenfor 30 dage – dvs. også indlæggelser der ikke relaterer sig til den, der er søgt efter på sundhedskvalitet.dk.

Ved at søge på hhv. indsættelse af ny hofte, knæ, operation af diskusprolaps, operation for grå stær, og operation for forstørret blærehalskirtel (prostata) danner der sig et billede af, at kvaliteten på de private hospitaler er mindst ligeså god som landsgennemsnittet på de to parametre 'genindlæggelse indenfor 30 dage' og 'infektion efter operation'.

Tabel 3 nedenfor viser det gennemsnitlige antal patienter, genindlæggelsesraten og infektionsraten for hhv. et landsgennemsnit og udregnet for privathospitalerne (ved opslag på www.sundhedskvalitet.dk kan man få opgjort tallene for hvert enkelt hospital – privat som offentligt). Tallene dækker perioden 1. juli 2009-30. juni 2010.

Tabel 3: Årlig aktivitet og indikatorer for kvalitet på hhv. offentlige og private sygehuse.

Behandling	Offentligt/privat	Antal patienter/ hospital	Infektion efter operation*	(Gen)indlæggelse efter 30 dage*
Hoftealloplastik	Lands gennemsnit	183	0,2 %	8,7 %
	Privathospitalerne	94	0,002 %	7,8 %
Knæalloplastik	Lands gennemsnit	151	0,4 %	7,8 %
	Privathospitalerne	63	0,4 %	7,0 %
Operation for diskusprolaps	Lands gennemsnit	151	0,3 %	4,3 %
	Privathospitalerne	99	0,1 %	3,2 %
Grå stær	Lands gennemsnit	674	0,0 %	2,9 %
	Privathospitalerne	317	0,0 %	2,6 %
Fjernelse af prostata	Lands gennemsnit	61	0,67 %	6,3 %
	Privathospitalerne	69	0,0 %	6,3 %

* For privathospitalerne er dette udregnet som antallet af patienter der får hhv. infektion eller bliver genindlagt i forhold til det totale antal patienter behandlet privat på de privathospitaler, der indgår i opgørelsen. For genindlæggelserne dækker tallene alle genindlæggelser, uanset årsag. Genindlæggelsen kan således godt være uden relation til den operation der optræder i tabellen. Dette vil fx nok være tilfældet for genindlæggelser registreret for grå stær patienterne.

Udover kvalitetsinformationen på www.sundhedskvalitet.dk gennemføres der årligt landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser (LUP), hvorfra der kan søges i resultaterne på www.sundhed.dk. Det er for privathospitaler og klinikker med aftaler under DUF obligatorisk at deltage i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, når det tilbydes (40). En sådan forpligtigelse er ikke altid til stede i aftalerne i de enkelte regioner (3;23;26), om end de regionale aftaler lægger sig meget op ad den centrale aftale for DUF på kvalitetsområdet(28). I patienttilfredshedsundersøgelsen fra 2009 tegner der sig et billede af, at den patientoplevede kvalitet for den ambulante behandling generelt er højere på de private hospitaler end for landet som helhed. I forhold til det samlede indtryk af behandlingen scorer knap 59 pct. af patienterne således indtrykket som "virkelig godt" sammenlignet med kun knap 35 pct. af patienterne på landsplan. Ved samme spørgsmål svarer 4,2 pct. af patienterne på landsplan "dårligt" og 0,9 pct. "virkelig dårligt" sammenlignet med hhv. 2,4 og 0,7 pct. af patienterne ved de private sygehuse (45).

Kun på få områder ligger vurderingerne af de ambulante behandlinger ved privathospitalerne lavere end landsgennemsnittet. Dette drejer sig om fejl i forbindelse med besøg i ambulatoriet og medfølgende skade opstået under undersøgelse/operation, hvilket optræder for 3,5 pct. af de privat behandlede mod et landsgennemsnit på 3,0 pct. Efter opdagelsen af fejlen/fejlene vurderer en større del af patienterne, at privathospitalerne håndterer dette virkelig dårligt (9,4 pct.) relativt til et landsgennemsnit (7,6 pct.). En større andel af patienter behandlet ved privathospitaler vurderer slutteligt at samarbejdet med den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje, når dette fungerer dårligt, fungerer "virkelig dårligt" sammenlignet med vurderingerne fra landsgennemsnittet (5,8 pct. for privathospitalerne sammenlignet med 4,2 pct.). Ved samme spørgsmål er der dog også en større andel privatpatienter, der synes at samarbejdet har været "virkelig godt" relativt til landsgennemsnittet. Det overordnede billede er dog, at privathospitalerne ligger dårligere end landsgennemsnittet på denne kvalitetsparameter.

På øvrige kvalitetsparametre, der omfatter spørgsmål om ventetid, information, kontaktpersoner, personalets kendskab til patientens forløb og sygdom, samarbejde med andre afdelinger og egen læge samt tryghed ved hjemsendelse ligger privathospitalerne generelt højere end landsgennemsnittet ift. Patienttilfredsheden (45). Dette billede er også fremtrædende, når man kigger på den behandlings-specifikke patienttilfredshed hos ortopædkirurgiske patienter. Også her er der dog marginalt flere pri-

vatbehandlede patienter, der oplever fejl i behandlingen, enten forkert medicin eller skader i forbindelse med undersøgelse eller operation. På landsplan får 1,3 pct. af de ortopædkirurgiske patienter således forkert medicin, mens tallet er 1,4 pct. for de privatbehandlede. Og på landsplan oplever 4,2 pct. af de ortopædkirurgiske patienter fejl i forbindelse med undersøgelse eller operation, mens dette er tilfældet for 4,7 pct. af de privatbehandlede. Også i forhold til kommunikationen mellem behandlende instans og egen læge eller kommunal hjemmepleje ses samme tendens for de ortopædkirurgiske patienter som for alle typer af patienter – at flere privatbehandlede patienter scorer kommunikationen mellem hospital og kommune til at have fungeret "virkelig dårligt" relativt til, hvad den gennemsnitlige patient vurderer. Der er dog også flere privat behandlede, der vurderer, at kommunikationen har fungeret virkelig godt, relativt til et landsgennemsnit af patienter. På øvrige kvalitetsparametre i undersøgelsen klarer de private hospitaler sig generelt bedre end gennemsnittet. Det kan dog diskuteres, hvorvidt en kvalitetsparameter som "fejl og medfølgende skade opstået i forbindelse med undersøgelse eller operation" ikke vejer relativt tungere end, at der kun har været en kontaktperson, at informationsniveauet har været godt eller at pårørende har været inddraget på en hensigtsmæssig måde etc.

3.3 Kvalitet i de enkelte regioners udbudsaftaler

Der er forskel på, hvordan man i de enkelte regioner søger at sikre kvaliteten af de ydelser, der købes hos private leverandører gennem udbud. I Region Hovedstaden er der lagt stor vægt på at sikre kvaliteten allerede i udbuddet og den/de efterfølgende kontrakter. I Region Hovedstaden og Region Sjælland anvendes ligeledes journal audits. I Region Sjælland foregår disse regelmæssigt ved at en relevant sammensat gruppe af kvalitetspersonale og læger gennemgår 10-20 tilfældigt udvalgte journaler hos leverandøren, der så ligger til grund for en eventuel skærpelse af kravene til leverandøren. Dette har ikke givet anledning til opsigelse af kontrakter, om end der har været påtaler og tanke på disse, når nye udbud er gennemført. I Region Hovedstaden indberetter aftalesygehusene desuden kvartalsvist tal for bl.a. antallet af utilsigtede hændelser og patientklager. I Region Nordjylland og Region Syddanmark er der i kontrakterne med de private leverandører ligeledes åbnet op for hhv. gennemførelsen af journalaudits eller virksomhedsbesøg (28), om end disse ikke gennemføres regelmæssigt.

Der er i enkelte regioner forventninger om, at den fælles skabelon for udbud i regionerne kommer til at dække kvalitetsdelen på en måde, som gør det lettere for de enkelte regioner at sikre denne del (3). Selvom der i kontrakterne i dag specificeres, at privathospitalet/klinikken er forpligtiget til at indberette til relevante kliniske databaser, er der ingen specifikation af, hvor ofte dette skal ske eller hvornår. Dette skaber praktiske problemer i forhold til at følge op på indberetningerne, idet størstedelen af kontrakterne er relativt korte (i Region Syddanmark skønnes det eksempelvis at deres længst eksisterende aftale kun har kørt i knap 2½ år (3)). Det kan således være svært at vurdere, hvordan det reelt ser ud med indberetningerne (og de parametre der indberettes om), hvis indberetningerne kun sker en gang årligt og/eller forskudt fra leverandør til leverandør.

Der er tilsyneladende en tendens til, at de enkelte regioner hellere selv sørger for at få kvalitetstal fra privathospitalerne og for at vurdere disse, end at sikre at de private aftalesygehuse indberetter og/eller eksempelvis forpligtiger sig til at deltage i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser. Årsagerne til dette kan være mange. Et ønske om at have en stærkere kontrol med kvaliteten end den, der opnås via de centrale databaser, samt det faktum, at de centralt udviklede kvalitetstiltag ikke nødvendigvis er anvendelige eller brugbare på mindre privathospitaler og klinikker, udgør sandsynligvis en del af forklaringen. I forhold til den anvendte model for akkreditering på de offentlige sygehuse er det således en forudsætning, at der er sengepladser. Derudover er det ikke altid ligetil at definere den type af aktivitet, der foregår. Afgrænsningen af, hvad der er en sygehusydelse, kan således være geografisk bestemt, hvor kapaciteten hos privatpraktiserende læger nogle steder i landet tillader, at de udfører procedurer, der traditionelt set – og i andre regioner – er forbeholdt sygehusafdelingerne.

Det giver således på sin vis god mening, at regionerne selv definerer kvalitetskravene til deres private aftalesygehuse – og følger op på disse, om end det for nogle af sygehusene formentligt er ensbetydende med, at de bruger tid på at opgøre og indberette kvalitetsmål mange gange til forskellige formål.

Fra Region Syddanmark har det været muligt at få tal for fordelingen af klager til patientkontoret opgjort på sektor – og herunder også den private – siden 2007. Tabel 4 nedenfor viser tallene for klager til patientklagenævnet, mens tabel 5 viser samme for fordelingen af erstatningssager. Kun de andele, der vedrører de offentlige og private sygehuse er vist, og tallene summer således ikke til 100 pct., da eksempelvis klager og erstatningssager i den primære sektor ikke er medtaget. Den totale aktivitet under private aftaler er vist til sammenligning i form af antallet af visiterede patienter i samme periode. Antallet af visiterede patienter er hentet fra anden kilde (31).

Tabel 4: Fordelingen af antal klager til sundhedsvæsenets patientklagenævn for Region Syddanmark.

	2007	2008	2009
Visiterede patienter	3.015	10.385	7.347
Totalt antal klager	314	363	349
Andel vedr. off. Sygehus	80,3 %	72,5 %	77,4 %
Andel Privat	1,3 %	1,7 %	1,1 %

Kilder: Antallet af visiterede patienter stammer fra opgørelse til sygehusledelsesmøde den 21.12.2010(31). Antallet af klager stammer fra Region Syddanmarks patientkontor (46).

Tabel 5: Fordelingen af antal erstatningssager til patientforsikringen for Region Syddanmark.

	2007	2008	2009
Visiterede patienter	3.015	10.385	7.347
Total antal erstatningssager	660	510	573
Andel vedr. off. Sygehus	89,1 %	85,3 %	86,7 %
Andel Privat	2,4 %	4,1 %	5,1 %

Kilder: Antallet af visiterede patienter stammer fra opgørelse til sygehusledelsesmøde den 21.12.2010(31). Antallet af klager stammer fra Region Syddanmarks patientkontor (46).

Det fremgår af tabellerne, at antallet af klager har været svingende, og mens antallet af erstatningssager for de offentlige sygehuse er faldet lidt, er antallet steget for de private sygehuse. Stigningen i antallet af erstatningssager og klager i det private er dog beskeden sammenlignet med den samtidige stigning i aktiviteten (31). Tallene dækker over antal *henvendelser* i modsætning til antal *afgørelser*.

3.4 Konklusion om kvaliteten i hhv. det offentlige og det private sygehusvæsen

Samlet set er der både argumenter for og imod en mulig kvalitetsforskel i det private sundhedsvæsen sammenlignet med det offentlige. Tallene fra hhv. www.sundhedskvalitet.dk og den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (LUP) fra 2009 peger på, at privathospitalerne har, hvis ikke samme kvalitet i behandlingen som på de offentlige sygehuse, så muligvis endda højere. Resultaterne fra LUP pegede dog også på, at privathospitalerne havde - om end marginalt - flere patienter, der oplevede fejl med skade til følge opstået i forbindelse med operation eller undersøgelse. Alligevel scorede privathospitalerne generelt højere på den overordnede patienttilfredshed sammenlignet med de offentlige sygehuse. Med hensyn til forekomsten af infektioner i forbindelse med operation sås dog betydeligt flere blandt patienter behandlet på de offentlige sygehuse sammenlignet med patienter behandlet privat. Dette kan dog sandsynligvis tilskrives forskelle i dels kompleksiteten af de operationer, der foretages de to steder, og dels af forskelle i patientsammensætningen. Det formodes således, at operatio-

nerne i det private for størstepartens vedkommende foregår som såkaldt "minimal invasiv kirurgi", altså operationer der foregår via kikkert og/eller med relativ stor begrænsning i hvor meget der "skæres" i patienterne og størrelsen af efterfølgende sår. I det offentlige sygehusvæsen antages en del af operationerne at have en mere omfattende karakter med deraf følgende større risiko for efterfølgende infektion. Forskelle i patientsammensætningen de to steder, med antagelig mere svækkede patienter i det offentlige sygehusvæsen, må ligeledes påvirke et mål som infektionsraten, idet friskere og mere raske patienter må formodes at være mere modstandsdygtige. Det er uvist i hvor høj grad disse forskelle tilsammen kan forklare de observerede forskelle.

Generelt er det svært at lave direkte sammenligninger mellem de private hospitaler og de offentlige på kvalitetsmål som infektionsrater, genindlæggelser, indlæggelsesdage mv. uden at tage hensyn til forskellene i patientsammensætningen og forskellene i de typer af procedurer, der udføres de to steder. De offentlige sygehuse har en anden kompleksitet i deres opgaver, der alt andet lige nødvendigvis må føre til, at deres scorer på diverse kvalitetsmål ligger lidt under tilsvarende i det private. Ved sammenligning af kvalitetsmål burde præoperativ risiko således anvendes til stratifikation. Hertil kommer at re-operationer på nogle områder er forbeholdt de offentlige sygehuse. Eksempelvis må privat praktiserende læger ikke re-operere åreknuder. Det har dog forsøgsvist været tilladt privathospitaler i bl.a. Region Syddanmark at re-operere egne rygpatienter, hvilket ikke vurderes at have givet anledning til mistanke om ringere kvalitet i det private grundet hyppigere re-operationer her (28).

Faktum er, at der ikke findes videnskabelige undersøgelser, der dokumenterer, hvordan det forholder sig i Danmark (47). I ekspertkredse efterspørges der en central monitoreringsindsats, der gerne skulle afføde dels en ensartet bestemmelse af indikationerne for behandling, og dels en ensartet kvalitet og registrering af denne (4).

I efterfølgende afsnit bliver det mere eksplicit dokumenteret, at sammenligninger mellem de to sektorer er problematisk, - også når det drejer sig om den økonomiske effektivitet. Det bliver således også yderligere sandsynliggjort, at der er forskelle i bl.a. patientsammensætningen, der vanskeliggør direkte sammenligninger.

4. Økonomisk effektivitet – og produktivitet

4.1 Generelle betragtninger fra litteraturen om måling af produktivitet på sygehuse

Der findes en omfattende empirisk og teoretisk litteratur om forskelle i det, vi vil kalde produktivitet mellem offentligt ejede og drevne hospitaler versus privatejede.

I den internationale litteratur bruges begrebet efficiens som synonym for det danske ord produktivitet. Produktivitet måler forholdet mellem det, der kommer ud af en indsats (output/produktionsvolumen) og input til indsatsen. Input er i denne sammenhæng en vægtet sum af forskellige produktionsfaktorer (læger, sygeplejersker og andet personale, diverse materialer, lægemidler, udstyr og andet kapital), og output er en vægtet sum af de behandlinger og undersøgelser, der produceres på sygehuse. Dette vil i en dansk sammenhæng være det, man kalder produktionsværdien – og opgøres typisk ved DRG og DAGS taksterne.

Der skelnes mellem teknisk efficiens og omkostningsefficiens. Hvis man bruger ens vægte for opgørelsen af indsatsen (ensvægtet faktorindsats) på de forskellige sygehuse, der sammenlignes, så taler man om sammenligning af teknisk efficiens (output/input). Bruger man derimod de enkelte sygehuses priser og lønninger som vægte i opgørelsen af indsats (tilrettede driftsomkostninger), så taler man om sammenligning af omkostningsefficiens. Problematikken i en dansk kontekst består i, at hverken de privatejede sygehuses driftsomkostninger eller produktionsfaktorer er kendte. Ved en sammenligning af produktiviteten de to steder, vil produktionsværdien således skulle sammenholdes med de data der nu engang er til rådighed, hvilket typisk vil være afregningstakster (som dog for privatsygehuse ligeledes må baseres på omtrentlige formodede takster). Sammenligningerne opgøres ligeledes under en antagelse om ensartet kvalitet af produktionen.

I litteraturen sammenlignes sygehuse under tre ejerskabsformer: offentligt ejede sygehuse, privatejede men non-profit sygehuse og privatejede for-profit sygehuse.

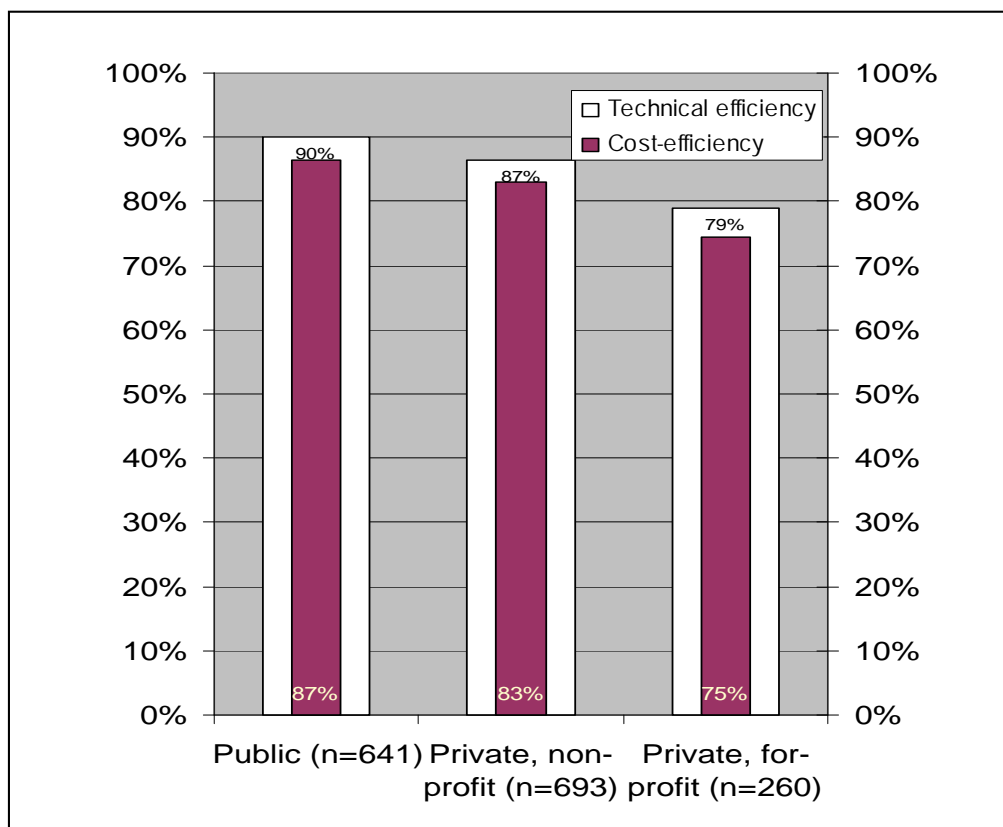
Non-profit sygehuse (herhjemme typisk selvejende institutioner eller foreningsejede) er private, men uden at der er privat ejerskab til profitten. Det er den typiske ejerskabsform i mange lande, f.eks. Holland, Canada og USA. I USA er det typiske lokale "community hospital" privat non-profit, og det er kun tekniske spidsfindigheder, som adskiller det fra det, vi i Danmark ville kalde et regionshospital (om end offentligt ejet og drevet). På mange måder svarer den økonomiske incitamentstruktur på de private non-profit hospitaler således også til offentligt ejede og drevne sygehuse, bortset fra spørgsmålet/truslen om konkurs.

Private for-profit sygehuse ville vi på dansk kalde kommercielle sygehuse. Rent teknisk er der tale om sygehuse, hvor en profit vil blive uddelt til aktionærer. Som regel vil for-profit sygehuse være skattepligtige, hvorfor der også i USA ses eksempler på, at disse sygehuse ændrer ejerskabsstatus for at unddrage sig skattebetaling.

Økonomiteoretisk kan man ikke bestemme, om den ene type ejerskab forudsiger højere produktivitet end en anden type. Kommerciel drift kan have et incitament til høj produktivitet med henblik på at reducere omkostninger mest muligt og maksimere profitten – og dermed indtægterne til aktionærerne. Non-profit og offentlig ejerskab og drift kan have lignende incitament til at reducere omkostninger mest muligt for at kunne investere i fremtidig drift.

Empirisk er der ikke noget entydigt svar. Ældre studier tyder på lidt højere efficiens på for-profit sygehuse – i hvert fald i USA. Nyere amerikanske studier støtter derimod non-profit sygehusene. I USA (hvor langt de fleste studier er gennemført) er offentligt ejede sygehuse forbeholdt særlige befolkningsgrupper og med en patientsammensætning, der gør sammenligninger vanskelige. I Europa synes der at være nogen støtte for, at non-profit sygehuse og offentligt ejede sygehuse udviser højere produktivitet (teknisk efficiens såvel som omkostningsefficiens) end for-profit sygehuse. I nedenstående figur 2 refereres et nyere tysk studie, hvor 1.594 tyske sygehuse opdelt på ejerskab (641 offentligt ejede, 693 private non-profit og 260 private for-profit sygehuse) sammenlignes med hensyn til produktivitet (teknisk efficiens og omkostningsefficiens) i perioden 2002-2004 (48). Resultaterne er forholdsvis klare: Offentligt ejede sygehuse er mere produktive end privatejede sygehuse, og her indenfor er non-profit sygehuse mere produktive end for-profit sygehuse. I sammenligningen er der ved hjælp af økonometriske metoder taget højde for forskelle i patientsammensætningen mellem de tre grupper.

Figur 2: Teknisk efficiens og omkostningsefficiens ved tyske sygehuse fordelt på ejerskabsstatus.



Kilde: Annika Herr. Health Economics 2008 (48).

Vi kan ikke nødvendigvis overføre de tyske resultater til en dansk kontekst. Måske skyldes de tyske resultater, at relativt mange af de tyske private kommercielle (for-profit) sygehuse ligger i det gamle Østtyskland. Her har kommercielle koncerner har opkøbt de gamle offentlige sygehuse og investeret store summer for at bringe dem op til vestlig standard. Disse investeringer skal afbetales og forrentes hvilket kunne have påvirket resultatet (48). Studiet understøtter dog ikke ligefrem den ofte formodede hypotese i Danmark om, at privat, kommerciel drift, om ikke andet så må være mere økonomisk effektiv end offentligt ejerskab og drift.

4.2 Produktiviteten på danske offentlige og private sygehuse

Frem til 2010 har forhandlingerne mellem Danske Regioner og de private sygehuse og klinikker (under brancheforeningen) for ydelser under det udvidede frie sygehusvalg (DUF) taget udgangspunkt i de gældende DRG-takser. DRG-systemet er udarbejdet som et redskab til at kunne klassificere patienter i klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper, som de offentlige sygehuses aktivitet kan afregnes efter (11). DRG-taksterne afspejler et ressourcetræk for *den gennemsnitlige patient* indenfor DRG-gruppen, udregnet på baggrund af indberetninger fra landets sygehuse om omkostninger ved de gennemførte behandlinger. For de enkelte sygehuse kan omkostninger ved behandling således på nogle sygehuse for nogle procedurer overstige DRG-taksten, mens andre procedurer eller andre sygehuse ligger lavere (11). Omkostningsforskellene er dels forårsaget af forskelle i produktiviteten dels forskelle i case-mix (patienttyngde og behandlingsbehov). Hensigten med at bruge DRG-taksterne er at skabe incitamenter for sygehuse til at sikre, at de får deres omkostninger dækket gennem høj produktivitet og effektiv arbejdstilrettelæggelse. De faktiske behandlingsudgifter for regionerne skulle gerne dækkes jævnt før en nogenlunde ligelig fordeling af "dyre" og "billige" patienter indenfor regionernes sygehuse (11).

Afregningstakster til de private sygehuse og klinikker, der er forhandlet med udgangspunkt i DRG-taksterne, må i et system, hvor etableringsomkostninger for de private sygehuse og klinikker efterhånden er afholdt, formodes at være mere end dækkende for de faktiske omkostninger. Også derfor gik man i 2010 bort fra at tage udgangspunkt i DRG-taksterne og i stedet anvende de til formålet udregnede referencetakster. Referencetaksterne er fastsat på baggrund af omkostningsniveauet på den del af det offentlige sundhedsvæsens sygehuse, der udfører de pågældende behandlingsydelser mest effektivt (11). Afhængigt af hvor mange sygehuse i det offentlige sundhedsvæsen, der udfører den pågældende behandling, tages der udgangspunkt i de hhv. 25, 33 eller 50 pct. billigste. Konkret udmøntes dette således, at niveauet for referencetaksten udgøres af hhv. 79, 81 eller 86 pct. af DRG-taksten for den pågældende behandling (11). Som tidligere nævnt indgås aftalerne med privathospitalerne dog på procedureniveau – hvoraf der findes langt flere end de 600 forskellige diagnose relaterede grupper, der udgør DRG-systemet.

Om end en forbedring af udgangspunktet for forhandlingerne om taksternes størrelse, kan det diskuteres, hvorvidt niveauet fortsat er sat for højt. Der er flere argumenter for dette.

For det første har de offentlige sygehuse en akutfunktion, som betyder, at de skal kunne afse personale til akutte behandlingsopgaver. Dette resulterer i aflyste operationer og øger opgave- og planlægningskompleksiteten væsentligt. Det kræver ligeledes et døgnberedskab, som de private sygehuse og klinikker ikke er forpligtiget til at have. En opgørelse for de 32 behandlingstyper, som de private sygehuse primært har aktivitet indenfor, viser, at 16 pct. af den offentlige produktion indenfor samme 32 behandlingstyper er akut (49). Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderede, at akutforpligtigelsen i 2005 udgjorde mellem 10-15 pct. af de offentlige sygehuses driftsomkostninger (50). Det er ikke muligt at udlede, hvorvidt denne andel også omfatter de ekstra omkostninger, der opstår som følge af den øgede kompleksitet i opgaveløsningen og planlægningen. I en rapport fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd illustreres forskellene i planlægningskompleksiteten for hhv. de offentlige og de private sygehuse ved udtræk fra Landspatientregisteret, der viser, hvorledes andelen af patienter, der indlægges fra fredag-søndag på de offentlige sygehuse udgør 32 pct., mens den tilsvarende andel på de private sygehuse kun er 14,9 pct. (51).

Udover akutforpligtigelsen har de offentlige sygehuse forpligtigelser i forhold til uddannelse af sundhedspersonale samt forskning. Disse forpligtigelser har de private sygehuse ikke, om end der er en diskussion kørende om, hvorledes uddannelsesdelen fremover kan indtænkes. På flere af privathospitalerne (bl.a. Hamlet) har man allerede uddannelsesstillinger for både sygeplejersker og speciallæger

(kirurger). Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviser til en undersøgelse fra 2005 på tre af (den gang) Københavns Amts største sygehuse, der opgjorde den andel af driftsudgifterne, der vedrørte uddannelse til mellem 7-10 pct. (50). Skønmæssigt vurderer samme rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at uddannelsesforpligtigheden i snit udgør mellem 5- 10 pct. af driftsomkostningerne på landets sygehuse (50).

Sidst, men ikke mindst, er der forskel på, hvilke patienter det offentlige behandler og hvilke patienter, der behandles indenfor det private sygehusvæsen. Tabel 6 illustrerer dette forhold med hensyn til antallet af diagnoser.

Mere end 95 pct. af patienterne på de private sygehuse har kun en diagnose, mens dette kun er tilfældet for lidt over halvdelen af de offentlige patienter. Der er dog sandsynligvis en vis underrapportering af diagnoser fra de private leverandører, da disse ikke har samme incitament til at indrapportere sammenlignet med de offentlige sygehuse.

Tabel 6: Andel af diagnoser hos heldøgnspatienter behandlet på hhv. privat og offentligt sygehus.

	Offentlige sygehuse	Private sygehuse*
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 %
Gennemsnitligt antal diagnoser	2,2	1,0

*Behandlingsforløb på private klinikker og hospices er udeladt og kun behandlingsforløb på private sygehuse, hvor behandlingen er betalt af regionerne er medtaget.

Kilde: AE rådet 2008 (51).

Betydningen af forskellene i antallet af diagnoser skal lægges i de ekstra omkostninger, der antages at være forbundet med at behandle patienter, der er mere syge (og derfor har flere samtidige diagnoser). "Mere syge" har længere indlæggelser og en større risiko for komplikationer, hvilket afføder behov for højere specialiseringsgrad, flere tværgående funktioner, mere avanceret (og dyrere) udstyr samt bredere beredskab. Tabel 7 viser det gennemsnitlige antal sengedage i 2007 for udvalgte diagnose relaterede grupper og procedurer på hhv. offentlige og private sygehuse. Tallene er baseret på indberetninger til Landspatientregisteret og omfatter kun heldøgnspatienter og kun behandlinger, der er betalt af det offentlige.

Tabellen illustrerer, hvorledes det gennemsnitlige antal sengedage ved behandling på et privat sygehus er markant lavere for alle de viste behandlinger relativt til det gennemsnitlige antal sengedage på et offentligt sygehus. Med det fokus, der gennem de sidste årtier har været på at nedbringe liggetider, og de incitament der gennem brugen af DRG-taksterne er skabt for samme, kan forskellene næppe skyldes ineffektivitet fra de offentlige sygehuses side. Forklaringen må således være større sygelighed blandt patienterne i det offentlige sygehusvæsen, der forhindrer tidligere udskrivning.

Tabel 7: Antallet af sengedage for forskellige DRG-grupper på hhv. privat- og offentligt hospital.

Diagnose relateret gruppe	Gennemsnitligt antal sengedage på offentlige sygehuse	Gennemsnitligt antal sengedage på private sygehuse
Simpel spondylodese og pseudoarthrose i ryg eller hals	4,0	2,2
Deformerende rygsygdomme med operationskrævende procedurer	7,7	4,1
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i knæ el. underben, gr. 1	5,5	3,2
Enkelttidig indsættelse af ledprotese i hofte eller lår, gr. 1	6,7	3,3
Rekonstruktion, transposition og transplantation af sene eller brusk samt osteotomi i fod, ankel, underben, knæ eller overekstremitet.	1,6	1,0
Andre operationer i knæ eller underben	2,5	1,6
Andre operationer i ankel eller fod	2,4	1,1
Andre operationer i skulder eller overarm	2,1	1,0
Andre operationer i hånd eller håndled	1,7	1,0

Kilde: AE rådet (51).

De private sygehuse har været mistænkt for bevidst at søge og fremme en skæv fordeling af sygdomskompleksiteten mellem offentlige og private patienter, ved så at sige at "skumme fløden" og kun behandle de "lettere patienter". Dette forhold er dog ikke nødvendigvis resultatet af intenderet opportunistisk adfærd i det private sygehusvæsen, og ej heller nødvendigvis kritisabelt. Tallene i tabel 7 er lige så vel et udtryk for, at privathospitalerne kun får henvist de lettere mindre plejekrævende patienter, fordi de mere komplicerede patienter rådes til at forblive i det offentlige system pga. den bredere ekspertise her. Hensynet til patientens sikkerhed og en manglende tilstedeværelse af tilstrækkeligt beredskab i tilfælde af komplikationer kan desuden få privathospitalerne til at fravælge sværere patienter - med god grund og i overensstemmelse med aftalerne og lovgivningen på området. Alt andet lige må det dog påpeges, at en afregning baseret på gennemsnitsomkostninger i det offentlige sundhedsvæsen, om end nu baseret på de mest effektive sygehuse, formodentligt må betragtes som overkompenserende for de private sygehuses omkostninger, når der ses på patienttyngden og de ekstra forpligtigelser hos de offentlige sygehuse og deres påvirkning af omkostningerne her. Og dette på trods af at privathospitaler har omkostninger til købsmoms, lønsumsafgift samt afskrivninger på bygninger og apparatur, som er "ekstra" sammenlignet med de offentlige sygehuse. Skønsvist anslår Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, at den samlede virkning af de ovennævnte forhold har givet privathospitalerne en overkompensation i størrelsesordenen 25-32 pct. i forhold til de offentlige sygehuse mens taksterne til privathospitalerne var baseret på DRG-taksterne (51). CEPOS anslår samme at være i størrelsesordenen 5-44 pct. (52).

En uheldig konsekvens af den sandsynliggjorte opdeling af lettere og sværere patienter på hhv. private og offentlige sygehuse og en (tilnærmelsesvis) fælles afregningstakst må forventes at have været en løbende kunstig stigning i udgifterne på hele sundhedsområdet. Idet en andel af de lettere og billigere patienter er forsvundet ud af det offentlige sygehusvæsen er grundlaget for takstudregningen ligeledes ændret. En tilbageværende gennemsnitlig tungere (og dyrere) patientsammensætning på de offentlige sygehuse har således medvirket til en stigning i dertilhørende DRG-takst – som sidenhen har udgjort grundlag for afregningen med de private leverandører. I dette lys er det dog relevant at holde in mente, hvor relativt små omkostningerne til privatbehandling under DUF er sammenlignet med samme i det samlede offentlige sygehusvæsen.

Anvendelsen af referencetaksterne som udgangspunktet for forhandlingerne frem for DRG-taksterne har sandsynligvis ramt det reelle omkostningsniveau på nogle områder. Danske Regioner har i hvert fald oplevet et betydeligt fald i antallet af privat praktiserende øjenlæger, der har ønsket aftale under DUF, efter at taksterne er sat ned (9).

Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg (DUF) i november 2008 (pga. sygeplejestrækken) blev skelsættende i forhold til regionernes udgifter til sygehusydelse under DUF. Der kom dels en ny pris-aftale men også en stigning i antallet af udbud samt en række "hjemtrækningsprojekter", hvor regionerne lagde særligt fokus på at behandle patienterne på egne sygehuse. For Region Midt illustreres dette i tabel 8, der viser store variationer i udgifterne til DUF i perioden 2007-2010.

Tabel 8: Udgifter i Region Midtjylland til patienter behandlet under DUF-aftale.

	2007	2008	2009	Forventet 2010
Udgifter ifm. DUF	171,0 mio. kr.	271,1 mio. kr.	188,8 mio. kr.	206,1 mio. kr.

Kilde: Region Midt: Notat om "Vanskeligt styrbare områder i Region Midtjylland", Nov. 2010 (53).

Suspensionen betød desuden, at regionerne udbød en række behandlingsopgaver, hvorved et nyt takstgrundlag (om end ikke offentligt kendt) blev til. I den forbindelse blev det klart for regionerne, hvor stort potentiale der lå i at udbyde ydelserne selv, frem for at lade patienterne behandle under rammerne for det udvidede frie sygehusvalg.

"Siden det udvidede frie sygehusvalg blev suspenderet i november 2008 har regionerne gennemført store udbud af operationer og behandlinger. Det har ført til besparelser i udgifterne til de private sygehuse på mellem 20 og 50 procent i forhold til de nuværende afregningstakster.

- Der er tale om meget store besparelser, som viser, at det kan betale sig at gennemføre udbud i forhold til de private sygehuse, siger Bent Hansen, formand for Danske Regioner" (Citat CEPOS 2009:21 (52)).

Dette har således også betydet flere udbud og deraf følgende besparelser i de enkelte regioner siden.

Tabellen nedenfor viser de besparelser, regionerne opnåede på udvalgte behandlingsområder som følge af suspensionen og brugen af udbud i perioden. Tallene er baseret på indberetninger til Rigsrevisionen og offentliggjorte i beretningen fra samme om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" fra 2009 (54).

Tabel 9: Eksempler på besparelse ved regionernes udbud.

Behandling	Besparelse
Operation for diskusprolaps	34 %
Rygoperation	30 %
Rygkirurgisk basisbehandling	35-49 %
Knæoperation	44 %
Undersøgelse og behandling af lænderyggen	58 %
MR-skanning	45-62 %
Skulderoperation	14-34 %
Primær total hoftealloplastik	11-31 %
Kirurgisk behandling for svær overvægt	15 %

Oversigten over udbudte opgaver i de enkelte regioner i tidligere afsnit viser da også, at det primært er indenfor de områder, hvor de største besparelser har ligget, at der er lavet flest udbud.

Hvorvidt det vurderes, at privathospitaler er mere effektive end de offentlige hospitaler, synes at blive et religionsspørgsmål. Sammenligningen er svær, idet opgave- og dermed planlægningskompleksiteten på de offentlige sygehuse er så meget voldsommere end tilsvarende i det private. Dertil kommer forskellene i patientsammensætningen, og muligvis også personalesammensætningen. Ovennævnte viser således også blot, at såfremt private hospitaler og klinikker skal løfte en del af udrednings- og behandlingsopgaverne i det danske sundhedsvæsen fremover, så er den mest hensigtsmæssige måde at inddrage dem på gennem udbud.

Dette leder til næste afsnit, der vedrører de markedsmæssige og reguleringsmæssige barrierer for inddragelsen af private leverandører på sygehusområdet.

5. Reguleringsmæssige og markedsmæssige barrierer

Ved henvendelse til de enkelte regioner med spørgsmålet om de i forvaltningen oplever reguleringsmæssige eller markedsmæssige barrierer for inddragelse af private medspillere i forbindelse med leveringen af sundhedsydelse til borgerne, svarer størstedelen blankt nej. Det opleves nogle steder som et problem, når der centralt laves lovændringer på området, men ellers synes den største bekymring at være omkring kvaliteten af de ydelser, der leveres under DUF. Det opleves således som svært at sikre, at kvaliteten er god, og det bekymrer, om den kan måle sig med tilsvarende i det offentlige.

Denne oplevelse kan muligvis tilskrives dels det faktum, at aftalerne mellem Danske Regioner og de private hospitaler og klinikker (repræsenteret ved BPK) foregår centralt og dermed løsrevet fra den enkelte planlægningsafdeling i regionerne. Dertil kommer det forhold ved aftalerne indenfor DUF, at en hvilken som helst leverandør, der kan påvise at leve op til minimumskravene, har ret til at få en aftale. Ved samtale med Danske Regioner opfattes dette da også som en væsentlig udfordring ved DUF.

På baggrund af en række sager om kvaliteten ved udførte mammografier i slutningen af 2009 og begyndelsen af 2010 har de enkelte regioners og Danske Regioners mulighed for kontrol af de private leverandører og kvaliteten af det arbejde, de udfører på regionernes vegne, været genstand for bevågenhed (41). Konkret overvejer Indenrigs- og Sundhedsministeriet således pt. at indføre registrering af private leverandører af kliniske mammografier og på baggrund heraf at føre et proaktivt tilsyn (41). Myndighedsansvaret hos regionerne er desuden blevet skærpet, og det må konkluderes, at der er skabt bevågenhed omkring behovet for bedre muligheder for at kontrollere kvaliteten, og at dette skal være en del af kontraktgrundlaget med leverandørerne.

Kigges der på antallet af tilbud, der er indkommet i forbindelse med Region Hovedstadens udbud af hhv. MR-skanninger, de ortopædkirurgiske procedurer, rygkirurgien og grå stær operationerne (som det blev beskrevet i tidligere afsnit 2.2.6) må der vurderes at være et reelt marked for disse sundhedsydelser, der betyder, at prisfastsættelsen i en økonomisk forstand må antages at være optimal. Udbuddet af koloskopier i Region Midtjylland med 12 tilbud peger også på en reel konkurrenceudsættelse her. For fedmeudbuddet i Region Nordjylland, som der også blev refereret til i afsnit 2.2.6 er konkurrenceudsættelsen mere tvivlsom. Med kun tre tilbud på udbuddet er det således knap så sikkert, at prisfastsættelsen her er sket på markedsvilkår. For tilfældet med udbuddet af hjerteoperationer i Region Syddanmark kan det konkluderes, at der på ingen måde har været tale om konkurrenceudsættelse. Regionen fik kun to tilbud i forbindelse med udbuddet, men ingen af de leverandører, der bød på opgaven var konditionsmæssigt egnet til at vinde udbuddet. Hjertecenter Varde, som man i stedet fortsatte en igangværende aftale med, var den ene leverandør, der bød på opgaven(3). Dette tyder således alligevel på at der i juridisk forstand kan være nogle barrierer, der gør, at en leverandør ikke er konditionsmæssigt i stand til at leve op til et udbud, men alligevel godt kan levere ydelsen. Sidenhen er det besluttet i Region Syddanmark, at volumen på området ikke giver rum til to hjertecentre i regionen, og al aktiviteten er derfor samlet på Odense Universitetshospital fra 2011.

Noget tyder på, at des mere specialiserede opgaver, der er tale om, des mindre marked eksisterer der for ydelsen. Dette er for så vidt ikke overraskende, idet større beredskab og/eller dyrere udstyr alt andet lige medfører en større risiko ved at starte op som privat. I tråd med dette er det også sandsynligt, at den nuværende tilstedeværelse af et privat marked for sundhedsydelserne kan tilskrives de gunstige takster, der har været for privathospitalerne i en periode. Dette stemmer godt overens med den observerede tendens til, at de ydelser, som regionerne har haft i udbud, er de ydelser, der jf. Rigs-

revisionens liste i tabel 9 var de ydelser, hvor der ved udbud var de største besparelser at hente. Det er således på disse områder, at afregningen via det udvidede frie sygehusvalg har skabt de bedste rammer for etableringen af et egentligt marked med mange leverandører. Disse mange leverandører er i dag med til at sikre, at brugen af udbud kan fungere hensigtsmæssigt og antageligt giver optimale priser for regionerne.

6. Diskussion og konklusion

Aftalerne med de private sygehuse og klinikker under det udvidede frie sygehusvalg (DUF) udgør i større eller mindre grad en ellers manglende "bufferkapacitet" i de enkelte regioners behandlingstilbud. Bufferkapaciteten er nødvendig dels pga. en i øvrigt stram styring og manglende overkapacitet og dels pga. ventetidsgarantien på en måned. På områder, hvor regionerne har erfaret, at der konstant er mange patienter, der benytter sig af det udvidede frie sygehusvalg, og hvor de kan have svært ved at imødekomme efterspørgslen, har man indgået aftaler med private hospitaler og klinikker gennem udbud. Udbuddene har sikret regionerne en væsentlig bedre pris for ydelserne end de, Danske Regioner centralt har kunnet forhandle hjem med Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (BPK) (54).

DUF-taksterne anvendes i regionerne som reference, når indkomne tilbud på udbudte ydelser vurderes. I bl.a. Region Hovedstaden indgås der ikke aftale, medmindre de tilbudte priser ligger under 95 pct. af DUF-taksten. Dette opnås på trods af, at udbuddene i Region Hovedstaden ikke er fastmængde-aftaler, hvilket ellers kunne forsvare opnåelsen af de lavere priser. Der er i øvrigt stor forskel på tværs af regionerne på, hvorvidt det er rammeaftaler eller aftaler om en fast mængde, der indgås med de private sygehuse og klinikker.

Som et delvist alternativ til brugen af udbud (og aftalerne under DUF) har man i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark etableret friklinikker, der kun har elektiv kirurgi, og som fungerer som den manglende "buffer-kapacitet" ved spidsbelastninger. Disse klinikker har 100 pct. aktivitetsbaseret finansiering, og deres omkostninger balancerer med en afregning svarende til 50-60 pct. af DRG-taksten. Dette peger ikke overraskende på, at det i høj grad er organisering og opgavekompleksitet, der er afgørende for, hvorvidt en leverandør kan nedbringe omkostningerne, frem for at være et spørgsmål om privat eller offentlig drift.

Kigges der på typen af ydelser, der laves udbud på, er disse relativt homogene på tværs af regionerne. Det drejer sig om forskellige ortopædkirurgiske operationer, knæ – og hoftealloplastikker, rygoperationer og MR-scanninger. Enkelte regioner har desuden aftaler om grå stær operationer, kliniske mammografier, forskellige skopier, fedmeoperationer og urologiske behandlingsydelser. Listen af udbudte ydelser er dog væsentlig kortere end den liste over behandlinger, der er dækket af det udvidede frie sygehusvalg, og som Danske Regioner har lavet aftale med BPK om. Hvorvidt dette skyldes, at der ikke er efterspørgsel og volumen til at lave udbud på flere behandlingsydelser, eller at der ikke kan opnås lavere pris gennem udbud, end den Danske Regioner har forhandlet hjem med BPK, er uvist. Men da volumen og pris hænger uløseligt sammen er det sandsynligvis en kombination af begge. I Region Hovedstaden indgik man eksempelvis aftale på 2000-3000 forskellige procedurer under suspensionen af DUF, så her har man kendskab til, hvilken pris der kan opnås via udbud for rigtig mange behandlinger.

Der tegner sig et billede af aftaler indgået på konkurrencevilkår, når der kigges på antallet af indkomne tilbud i forbindelse med forskellige udbud forskellige steder i landet. Der er således typisk et sted mellem 4-12 tilbud på størsteparten af udbuddene. For udbuddet af fedmeoperationer i Region Nordjylland dog kun tre.

Ved en kortere gennemgang af de tjenesteydelser, som regionerne udbyder til andre leverandører end private sygehuse (dvs. ydelser der ikke er behandlings- eller udredningsydelser) tegner der sig derimod et billede af en nogen svingende konkurrence på områderne for ambulancekørsel, liggende patienttransport samt vaskeriydelser, hvor der ved udbud typisk ikke modtages mere end to tilbud. Det er i den sammenhæng relevant, at områderne for ambulancekørsel og liggende patienttransport er forbundet med meget store udgiftsposter (i Region Nordjylland eksempelvis godt 230 mio. kr. årligt og i Region Syddanmark omkring 500 mio. kr.).

Med hensyn til kvaliteten af den behandling, der ydes af de private hospitaler og klinikker, tyder gennemgangen på, at de enkelte regioner har svært ved at kontrollere kvaliteten af ydelserne under DUF, mens procedurerne omkring udbuddene i højere grad er i stand til at sikre, at den nødvendige ekspertise er til stede. Dette er bl.a. tilfældet, fordi de lægefaglige udvalg, der vurderer de indkomne tilbud, i udstrakt grad kender de læger, der arbejder på de privathospitaler, der byder på aftalerne. I modsætning her til blev der i en enkelt region direkte udtrykt bekymring for kvaliteten af de behandlingstilbud, man sendte sine patienter til under aftalen om det udvidede frie sygehusvalg. Der er dog også indenfor regionerne stor forskel på, i hvor høj grad man sørger at sikre - og efterfølgende monitorere kvaliteten af de behandlinger, som man betaler for i privat regi.

Forskningslitteraturen dokumenterer høj kompleksitet i kontraktindgåelser omkring sundhedsydelser, og hvordan denne kompleksitet øges ved stigende heterogenitet af de behandlinger og/eller undersøgelser som aftalen omfatter, og hvorvidt disse kan standardiseres. Kompleksiteten afhænger ligeledes af aftalepartens adgang til data og anden information om kvalitet og omkostninger i udbyders produktion.

Det har ikke været muligt i dette projekt præcist at dokumentere disse forhold for de forskellige aftaler mellem de forskellige offentlige driftsansvarlige (Regionerne, Danske Regioner) og de enkelte sygehuse. Det umiddelbare indtryk er dog, at man eksempelvis i Region Hovedstaden har formået at få defineret både ydelser og kvalitet på en sådan måde i kontrakterne med de private leverandører, at det ikke giver anledning til bekymring i regionen. I Region Sjælland derimod, hvor man ligeledes har valgt at lave mere komplekse aftaler, der dækker mange ydelser fra enkelte leverandører, fæstner man lid til, at Danske Regioners udarbejdelse af en kontraktskabelon kan løse nogle af de udfordringer, der opleves i forhold til at sikre kvaliteten på kontraktniveau.

Når der kigges på tal fra sundhedskvalitet.dk og den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (LUP) tyder intet dog umiddelbart på, at kvaliteten i det private skulle være ringere end samme i det offentlige. Ved første øjekast ser det derimod ud til, at kvaliteten faktisk er højere blandt de private leverandører. Der argumenteres dog for, at der alt andet lige nødvendigvis må være højere præoperativ risiko blandt patienter behandlet offentligt, hvilket således ville formodes at medføre en højere andel af fejl og komplikationer her end blandt de privat-opererede patienter. Der observeres i stedet en, om end marginal, højere andel af rapporterede fejl blandt patienter behandlet privat i LUP. Dette kunne tyde på, at kvaliteten muligvis alligevel ikke er på højde med den i det offentlige, når der kigges på denne parameter. På øvrige kvalitetsparametre som informationsniveau, tryghed ved udskrivning og antal kontaktpersoner samt den overordnede oplevelse af behandlingsforløbet klarer privathospitalerne sig dog markant bedre end de offentlige sygehuse. Hvorvidt det kan – og bør – forventes, at kvaliteten på områder som eksempelvis antal kontaktpersoner er ens på de private og de offentlige hospitaler, når opgave- og planlægningskompleksiteten er så forskellig, kan diskuteres. Under alle omstændigheder må det konkluderes, at direkte sammenligninger af kvalitetsscorer de to steder er problematisk, og at sammenligningerne bør laves med alle de komplekse forskelle, der eksisterer mellem de to sektorer, in mente. Konklusionen på spørgsmålet om, hvorvidt kvaliteten er lige så god i det private som i det offentlige må således være, at det med de oplysninger, der i dag indsamles og stilles

til rådighed, ikke kan siges. Der mangler således både mekanismer der sikrer, at det er sammenlignelige patienter, der sammenlignes; at det er sammenlignelige procedurer, der sammenlignes og sidst men ikke mindst, at de kvalitetsparametre der indberettes, indberettes på samme facon og med samme dækningsgrad i hhv. det offentlige og det private system.

Dette er ligeledes konklusionen på den del af rapporten der vedrører de økonomiske forhold; at datagrundlaget for en meningsfuld sammenligning ikke eksisterer. Der kan argumenteres for, at en afregning af den private aktivitet baseret på DRG-takster vil overkompensere privathospitalerne. Etableringen af referencetaksterne er således et skridt i den rigtige retning. Noget tyder dog på, at de priser der er forhandlet på baggrund af referencetaksterne, fortsat er højt sat på nogle områder, mens de eksempelvis på øjenområdet muligvis er for lavt sat. Det må dog konkluderes, at regionerne tilsyneladende formår at udnytte de muligheder, der ligger i at udbyde de behandlingsydelser, hvor der er det største potentiale for besparelser i forhold til taksterne under det udvidede frie sygehusvalg. På disse områder er der ligeledes så mange private leverandører, at de tilbudte priser må konkluderes at være givet under markedsvilkår. Dette er i hvert fald tilfældet for udbuddene i hovedstadsområdet.

Den overordnede konklusion på nærværende analyse er, at det med nuværende grundlag ikke er muligt at vurdere, hvornår private leverandører er bedre end offentlige eller omvendt, når det kommer til parametre som økonomi og kvalitet. Årsagen hertil skal muligvis findes i det faktum, at opgaveløsningen ikke nødvendigvis er identisk de to steder, men at de to sektorer i højere grad arbejder sammen om at løfte en fælles opgave frem for at konkurrere. Regionerne bruges således også primært de private hospitaler og klinikker som supplement til det offentlige sygehusvæsen frem for at overveje en højere grad af opgaveglidning. Specialeplanlægningen har i denne sammenhæng en væsentlig indflydelse, idet den sætter rammerne for, hvilke opgaver der kan og må løftes i privat regi. Som det ser ud i dag, er det således primært på hovedfunktionsniveau, at de private leverandører kan være med.

Der skal sandsynligvis ikke stilles spørgsmål OM brugen af private leverandører er hensigtsmæssig, men snarere HVORDAN de skal inddrages. Her er første pointe, at udbud giver mere fordelagtige aftaler end forhandlede priser, men at forudsætningen er, at der er et vist antal private leverandører, der kan sikre, at udbuddet sker under markedsvilkår. Central visitation i de enkelte regioner er sandsynligvis ligeledes første skridt i retning af at sikre en optimal udnyttelse af de aftaler, der laves. Eksemplet fra Region Sjælland med en ny udbudsrunde med en udbudsspecifikation, der sikrede, at kun de største – og dermed færreste – af de private hospitaler kunne byde ind, fordi man havde decentral visitation, er en god illustration af denne pointe.

Det har ved samtalerne med de involverede i regionernes forvaltninger været overraskende, hvordan man flere steder har formået at definere et sæt af indikationskriterier og/eller prioriteringsmekanismer for behandling under suspensionen af DUF. I Region Syddanmark tyder dette arbejde på, også på længere sigt at have haft den side-effekt, at efterspørgslen efter behandling er faldet.

Det er sandsynligt, at definitionen af indikationskriterier for behandling kunne løse nogle af de udfordringer i forhold til sammenligning af kvalitet og økonomi, som denne rapport har været stillet overfor. På sigt kan definitionen af indikationskriterier dels sikre, at kun de patienter, der har gavn af behandling, reelt behandles. Dertil kommer, at det i nogen grad sikrer, at privathospitaler ikke har mulighed for at selektere blandt patienterne (eller kan anklages for at gøre det), og det giver rum for at gruppere sammenlignelige patienter, så kvaliteten i behandlingen kan monitoreres og sikres indenfor også mere økonomisk sammenlignelige grupper.

Afslutningsvist må det siges, at vi i Danmark må betragtes som novicer i forhold den optimale brug af private leverandører indenfor området af sygehusydelse. Der er formentlig meget tilbage at lære, og den fortsatte omorganisering på baggrund af erfaringsdannelsen i de enkelte regioner tegner sit eget tydelige billede herpå. Centralt vil dette også få konsekvenser, da den gradvise stigning i markedsgørelsen af sundhedsvæsenet stiller fornyede krav til dataindsamling, monitorering og afrapportering. Hvis man fremadrettet ønsker at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og kvalitetskontrol, er det sandsynligvis denne datamangel, der skal fokuseres på.

Anvendt litteratur og kilder

- 1) Danske Regioner. Styr på regionerne - regionernes økonomi i 2009. København: 2009.
- 2) Danske Regioner. Udvidet frit sygehusvalg. Fakta-ark. 2010.
- 3) Samtale med Rikke Winther Strunge fra Region Syddanmark, den 12.01. 2011.
- 4) Kehlet H, Hindso K, Iversen MG. Udvikling og afregningsmønster for kirurgi i privat og offentligt sygehusregi i Danmark 2004-2008. Ugeskr Læger 2009 May 4;171(19):1590-3.
- 5) Kjellberg J, Sørensen J, Herbild L. Ventelister til elektiv behandling. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2004.
- 6) Andreasen MN, Søgaard J, Kjellberg J, Jensen MB. Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.
- 7) Lov nr. 546 af 24.06.2005. Sundhedsloven. 2010.
- 8) Danske Regioner. Velkommen til sygehusvalg.dk. 2010.
- 9) Samtale med Pernille Christensen den 29. nov. 2010. Danske Regioner. 2010.
- 10) Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker. 2010.
- 11) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Katalog over referencetakter 2010. 2010.
- 12) TV2 nyhederne. "Villy hvad skulle jeg have gjort?" den 13.12. 2010.
- 13) "Overbetaling" er varm luft. Kronik i Jyllandsposten den 25.10.2010 af Kjeld Møller Pedersen. 2010.
- 14) Overkompenserede hospitaler. Kronik i Jyllandsposten den 04.11.2010 af Jes Søgaard. 2010.
- 15) Pedersen KM, Søgaard J. Debatseminar: Varm eller kold luft i "overbetalingssagen"? København: 2010.
- 16) Læger i det private tjener 20.000 kr. mere end kolleger i det offentlige, Dagens Medicin den 05.01. 2011.
- 17) Jensen TP, Holm-Petersen C, Larsen BØ. Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet. AKF, Anvendt KommunalForskning; 2009.
- 18) Løn på privathospital: 3000 kroner i timen. B.T. 05.01. 2010.
- 19) Konkurrence- og forbrugerstyrelsen. Udbud og regler. 2010.
- 20) Udbudsrådet. Kommisorium for udbudsrådet. 2010.
- 21) Danske Regioner. Tildelte EU-udbud. 2010.
- 22) Region Hovedstaden. Ledelseoverblik, kapitel 1. København: 2010.

- 23) Telefonsamtale med Mette Søgaard Andersen, Region Hovedstad den 06.12. 2010.
- 24) Telefonsamtale med Karin Råe Sroczyński, Region Sjælland. 2010.
- 25) Region Midtjylland. Principnotat - Hvordan håndteres kapacitetsmangel på sundhedsområdet i Region Midtjylland? Viborg; 2010.
- 26) Løbende korrespondance med Jacob Bertramsen i Region Nordjylland, Region Nordjylland, den 06.01. 2011.
- 27) Region Nordjylland. Økonomirapport 2 2010. 2010.
- 28) Opfølgende samtale med Rikke Winther Strunge i Region Syddanmark, den 20.01. 2011.
- 29) Region Syddanmark. Materiale fra Lena Christiansen. 2010.
- 30) Region Syddanmark. Regional visitation- Alle sygehuse- Alle afdelinger. SAS Output fra Lena Christensen. 2010.
- 31) Region Syddanmark. Udvisitering af patienter til private hospitaler- den regionale visitation - bilag_17b_-_Udvis_2007-2010_-S...til sygehusledelsesmøde den 21.12. 2010.
- 32) Mail korrespondance med juridisk specialkonsulent Sidsel Marcussen, Region Midtjylland, den 20.01. 2011.
- 33) Chalkley M, Malcomson JM. Government purchasing of health services. In: Culyer A, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics. Amsterdam, New York: Elsevier; 2000. p. 847-90.
- 34) Kehlet H. Monitorering og kvalitet af den kirurgiske behandlingsindsats. Status og forslag til en handlingsplan . Ugeskr Læger 2006 Dec 4;168(49):4324-7.
- 35) Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, et al. Indlæggelsesvarighed efter operation med hofte- og knæalloplastik i Danmark. I: volumen, morbiditet, mortalitet og resurseforbrug. En landsdækkende undersøgelse på ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark . Ugeskr Læger 2006 May 29;168(22):2139-43.
- 36) Funch-Jensen P, Iversen MG, Kehlet H. Fedmekirurgi i Danmark - er vi på rette vej? Ugeskr Læger 2006 Dec 8;168(50):4128-30.
- 37) 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 May 28;166(11):1399-406.
- 38) Danske Regioner. Aftale mellem Danske Regioner og BPK om vilkårene for private sygehuse og klinikker vedr. udvidet frit valg. 2009.
- 39) Hamlet har fået kvalitetsstempel. Privathospitalet Hamlet 2011 [cited 2011 Jan 27]; Available from: URL: www.hamlet.dk
- 40) Danske Regioner. Bilag 1 til aftale mellem Danske Regioner og BPK. 2009.
- 41) Rigsrevisionen. Notat til Statsrevisorerne om beretning om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. 2011.
- 42) Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Statistiske oplysninger 2009. København: 2009.
- 43) Sundhedsstyrelsen. Tilsynslisten. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

- 44) Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedskvalitet.dk. København: 2010.
- 45) Patientoplevelser - ambulante patienter. Sundhed.dk den 09.11. 2010.
- 46) Region Syddanmark. Oversigt over patientklager og erstatningssager i Region Syddanmark - materiale fra Susanne Fritzen ved Region Syddanmarks Patientkontor. 2010.
- 47) Samtale med Professor Henrik Kehlet fra Rigshospitalet, den 12.01. 2011.
- 48) Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? Health Econ 2008 Sep;17(9):1057-71.
- 49) Sundhedsstyrelsen. Udredning om afregning med private sygehuse. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 50) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. København: 2007.
- 51) Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Offentligt tilskud til private sygehuse. 2008.
- 52) Christoffersen H, Larsen KB. Omkostningsniveauet i offentlig og privat produktion af sygehuse - fakta og fremtidsperspektiver. København: CEPOS; 2009.
- 53) Region Midtjylland. Vanskeligt styrbare områder i Region Midtjylland. Viborg: 2010.
- 54) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. 2009.
- 55) Bisgaard E. Ambulancetjenesten. Før, nu og i fremtiden. 2002.
- 56) Haubek C, Fejø J, Larsen HB. Kendelse i klagenævnet for udbud. 2003.
- 57) Danske Regioner. Regionsudbud. København: 2011.
- 58) Samariten Ambulans AB, Anfjäll T. Vedrørende kontrakter på ambulancetjeneste i Region Sjælland. 2009.
- 59) Jehle GA, Reny PJ. Advanced Microeconomic Theory. Second edition ed. Boston: Addison Wesley; 2001.

Bilag 1: Ambulancekørslen i Danmark

Historisk drift af ambulancetjenesten

Der har været udført ambulancedrift i Danmark siden slutning af 1800 tallet. Inden den tid var sygetransport et individuelt anliggende. En kreds af københavnske læger dannede i 1886 en lægevagtstation, således at borgere kunne modtage behandling hele døgnet ved akut sygdom. Dette affødte et behov for transport af de syge. Transporten blev på daværende tidspunkt foretaget i hestevogn og krævede et døgnberedt hestespand. Dette fandtes hos Københavns brandvæsen, som stod for kusk og heste, mens lægevagtstationen stod for vognen. Finansieringen skete gennem kontingentindbetaling fra borgerne. I starten af 1900 tallet blev der indgået aftale med Sophus Falck (grundlæggeren af Falck A/S), der havde grundlagt en privat brand- og redningstjeneste. På den måde arbejdede de kommunale brandværn og Falck A/S side om side indtil 1973, hvor det blev en opgave for de nyoprettede amter at finansiere ambulancedriften (55).

I 2003 faldt der afgørelse i en sag hvor Vestsjællands Amt var blevet stævnet af Dansk Taxi Forbund efter at amtet havde lavet aftale med Falck A/S omkring den siddende persontransport. Kendelsen blev at siddende og liggende persontransport og lige så vigtigt ambulancekørsel skulle i EU-udbud (56).

Efter strukturreformen i 2007 overtog de nye regioner opgaven med at drive ambulance.

Nuværende organisering

Ambulancedriften er i dag en integreret del af sundhedsvæsenet og er en vigtig del af den præhospitale indsats. Hver region laver et individuelt EU-udbud, hvor de parter, der ønsker at drive tjenesten, afgiver bud på opgaven. Den enkelte region udbyder et antal optageområder. Det er så muligt for operatørerne at byde på det antal områder, der passer operatøren bedst. I udbuddet angiver udbyder (de enkelte regioner) hvilke subjektive kriterier, der ligger til grund for udvælgelsen af det mest fordelagtige bud. De forskellige dele angives med en hvis vægtning. I eksempelvis Region Hovedstaden er de tre kriterier pris (vægtning 70 %), sundhedsfaglig kvalitet (vægtning 20 %) og kvalitet af de tilbudte køretøjer (vægtning 10 %), mens det i Region Midtjylland er økonomi (vægtning 40 %), kvalitet (vægtning 40 %) og teknik/leveringssikkerhed (vægtning 20 %). Denne måde at udforme udbuddet på gør, at den enkelte region kan vælge et tilbud, der i kroner og øre er dyrere end et andet, men hvor kvaliteten er vurderet højere (57). Nogle regioner har valgt at lave interne kontrolbud for at have en reference til at vurdere den økonomiske fornuft i de enkelte bud.

Da ambulancedriftens vigtigste opgave er at transportere patienter hurtigt og sikkert til kvalificeret behandling, har transporttid ved tidligere udbud været det ambulanceselskaberne skulle byde på. Det vil sige, at regionen meldte nogle gennemsnitlige transport- og responstider ud som ambulanceselskabet skulle overholde. I det seneste udbud er ansvaret for at dimensionere antallet af beredskaber, så respons- og transporttider kan overholdes, overgået til regionerne. Kvalitetssikringen (målt på tid) er således overgået til regionerne. Ambulanceselskaberne skal derfor kun give tilbud på, hvad det koster at drive det givne antal beredskaber. Et beredskab er en fuldt udstyret og bemannet ambulance i 24 timers drift. Det er så op til det enkelte selskab at vurdere, hvor mange ambulancer og hvor meget mandskab et beredskab kræver.

Aktuelt drives ambulancetjenesten i Danmark af:

- ◆ Region Hovedstaden: Falck A/S, Københavns Brandvæsen, Frederiksberg Brandvæsen
- ◆ Region Sjælland: Falck A/S og Roskilde Brandvæsen
- ◆ Region Syddanmark: Falck A/S
- ◆ Region Midtjylland: Falck A/S, Responce, Samsø Redningskorps
- ◆ Region Nordjylland: Falck A/S.

Som det kan ses af ovenstående står Falck A/S for den største del af ambulancedriften i Danmark. I region Hovedstaden, Midtjylland og Sjælland er der andre aktører der driver en mindre del af optageområderne. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er det kommunale brandværn, der driver ambulancer i deres respektive lokalområder. I Region Midtjylland drives ambulancetjenesten i to optageområder af to private aktører: Samsø Redningskorps, der er lokalt ejet og Responce, der er 20 % danskejet og 80 % tyskejet.

Ved udbuddene af ambulancekørslen (såvel som ved andre udbud) foregår udbudsprocessen med lukkede bud, således at det ikke er muligt for offentligheden og derfor heller ikke ambulanceselskaberne at få informationer om konkurrentens bud. Størstedelen af betalingen er et fast honorar for at stille det givne antal beredskaber til rådighed, mens der er en mindre regulering efter antal kørte kilometer.

Case: Udbud i Region Hovedstaden 2008

I 2008 sendte Region Hovedstaden ambulancedrift og den liggende persontransport i udbud. De blev vedtaget, at intet ambulanceselskab kunne byde på alle optageområder i regionen. Flere udbydere søgte om at blive prækvalificeret, hvoraf seks blev. Af disse vandt Falck A/S fire områder, Frederiksberg Brandvæsen vandt et område og Samariten vandt et område (København). Samariten er et svenskejet firma, der foruden at byde på områder i Region Hovedstaden bød på og vandt flere områder i Region Sjælland og Region Midtjylland. Samariten valgte umiddelbart efter at søge om at blive frigjort fra sine bud, da det ikke var muligt at nå til enighed med fagforeningen 3F. Ifølge Samariten fik de ikke mulighed for at benytte den overenskomst andre ambulanceselskaber i Danmark har med 3F. Samariten blev løst fra tilbuddet og Københavns Brandvæsen overtog som eneste anden byder, det område i København Samariten oprindeligt havde vundet (58).

Teoretiske overvejelser

Ambulancedriften er som tidligere beskrevet pr. tradition en privat opgave og med dommen fra Klagenævnet for Udbud fra 2003 en opgave, der skal i EU udbud. Dette skulle i teorien give en god konkurrencesituation. Som det ses i opgørelsen af, hvilke ambulanceselskaber, der i realiteten driver ambulancerne, står Falck A/S for langt den største del af ambulancedriften i Danmark (hvilket også fremgår tydeligt af oversigten over udbud i bilag 2). Der er dog i tre regioner andre aktører der driver ambulancer, hvilket bør give regionerne et indblik i, hvad andre aktører end Falck A/S kan drive ambulancetjeneste for. Selv om de fleste ambulancer i Danmark drives af Falck A/S kan, vi ved udbudsprocessen se, at der i flere regioner har været konkurrerende bud til det vindende. Responce A/S har budt på flere områder og vundet et. Samariten AB bød og vandt flere områder, men valgte selv at blive frigjort fra budene. Dette tyder på, at det er et komplekst område at drive ambulancedrift. To forhold gør, at det kan være vanskeligt for en ny aktør at komme ind på markedet. For det første er der store omkostninger ved at anskaffe det nødvendige materiel. En ambulance koster fuldt udstyret ca. 1 mio. kr. Hertil kommer stationer, hvorfra ambulancerne kan operere. For det andet skal man som ambulanceoperatør passes ind i det præhospitale beredskab og det danske arbejdsmarked.

Noget kunne tyde på at Falck A/S i kraft af sin lange erfaring og store organisation har nogle stor-driftsfordele, der gør, at de kan komme med relativt lave, men realistiske bud. Omvendt gælder for Roskilde, Frederiksberg og Københavns Brandvæsen samt Samsø Redningskorps, at de også driver brandberedskab, og derved kan have samdriftsfordele.

Udbudsprocessen foregår ved såkaldte "closed envelope" bud, hvor alle bud afgives samtidig og den med det laveste bud vinder. Ifølge den økonomiske teori vil det betyde at den enkelte aktør byder et større beløb end de faktiske omkostninger (59). Jo flere aktører der er, desto tættere på den reelle omkostning vælger de enkelte aktører at byde. Det kan altså ifølge den økonomiske teori betale sig for regionerne at indbyde så mange aktører til en budrunde som muligt (59). I den aktuelle situation i Danmark er der relativt få selskaber, der driver ambulance kørsel, og flere af disse er lokalt funderet og må derfor antages at have et begrænset ønske om at ekspandere.

Ved sidste udbud var der tre store aktører, der bød på ambulancekørsel i flere dele af landet. På baggrund af den aktuelle konkurrencesituation befinder Danmark sig, inden for ambulancedriften, ikke i en monopolsituation, men i økonomisk forstand heller ikke i fuldkommen konkurrence, da flere konkurrenter ifølge økonomisk teori kunne betyde lavere priser.

Bilag 2: Andre udbudte tjenesteydelser i regionerne

Nedenstående tabel viser udbudte tjenesteydelser, der ikke er sygehusydelser, i de fem regioner, primært fra perioden juni 2008 og frem. Størsteparten af oplysningerne er hentet på listen over tildelte EU-udbud på www.regionsudbud.dk som vedligeholdes af Danske Regioner (57). For nogle af regionerne er der suppleret med oplysninger fra regionens indkøbsafdeling. I nogle regioner er der aftaler, der går længere tilbage end juni 2008, hvorfra listen over tildelte EU-udbud er påbegyndt. Såfremt det ikke har været muligt at få lister fra de relevante afdelinger i regionerne, er nedenstående således ikke fuldt dækkende. Der er derfor også en vis variation i, hvilke oplysninger der har kunnet fremskaffes.

Listen tegner et umiddelbart billede af, at der på områderne for ambulancekørsel, liggende patienttransport og til dels vaskeriydelserne, tilsyneladende ikke er et reelt marked, der ville kunne sikre en optimal prisfastsættelse – og dette på trods af, at der er tale om relativt store udgiftsposter i regionernes budgetter. For størsteparten af de øvrige udbudte ydelser, der er vist, har der været relativt mange tilbud i forbindelse med udbuddet af ydelsen.

Region	Den udbudte opgave	Størrelse af kontrakt og antal tilbud samt endelig leverandør
Region Syddanmark		
Udbud af ambulancetjenester og anden kørsel samt koordinering af dette.	Den udbudte opgave omfatter al behandlingskrævende kørsel i Region Syddanmark og således også kørsel af øvrige præhospitalenheder som lægebiler, akutbiler, specialambulancer m.v.	Der kom kun et tilbud fra Falck, som fik opgaven. Ca. 485 mio. kr. årligt.
	Udbud af drift af vagtcentral	Kom to tilbud. Falck fik opgaven.
	Kørsel med liggende patienter	Der kom kun et tilbud fra Falck, som fik opgaven.
	Kørsel med siddende patienter	Ca. 40 mio. kr. årligt. Endelig leverandør uoplyst.
	Kørsel med vagtlæger	Ca. 23 mio. kr. årligt. Endelig leverandør uoplyst.
Rengøring på Sygehus Lillebælt	Rengøringservice på en række sygehuse under Sygehus Lillebælt	De samlede værdi af kontrakten (evt. delkontrakter) er 36,5 mio.kr. årligt i 4 år. Udbuddet blev afgjort på baggrund af følgende tildelingskriterier: Pris: vægtning 65 og kvalitet: vægtning 35. Der blev modtaget 4 tilbud på udbuddet. ISS fik opgaven.
Ilt til patienter i eget hjem		12,5 mio. kr. årligt. To tilbud modtaget. Afgjort på pris alene. Aftale indgået med VitalAire A/S.
Vaskeriydelse	Vask og rens inkl. leje af uniformer og artikler.	To tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 65 på pris og vægtning 35 på kvalitet. DFD sygehusvaskeri i Aalborg fik aftalen.

Region	Den udbudte opgave	Størrelse af kontrakt og antal tilbud samt endelig leverandør
Tolkebistand (Samlet værdi af ca. 17,5 mio. kr. årligt).	Levering af tolkeydelser til Region Syddanmarks praktiserende læger/speciallæger, sygehuse og øvrige institutioner vest for Lillebælt	To tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 55 på pris og vægtning 45 på leveringssikkerhed. Tolkeservice i Kolding fik opgaven.
	Levering af tolkeydelser til Region Syddanmarks praktiserende læger/speciallæger, sygehuse og øvrige institutioner øst for Lillebælt.	Tre tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 40 på pris og vægtning 60 på leveringssikkerhed. Tolkekantoret i Kolding fik opgaven.
Region Hovedstaden		
Rengøring	Hovedrengøring og vinduespolering på Psykiatrisk Center Sct. Hans.	Tre tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 60 på pris og vægtning 40 på kvalitet. Renon Rengøring fik aftalen til en værdi af knap 7 mio. kr.
	Rengøring på Hvidovre samt klar- gøring og opredning af senge.	To tilbud blev modtaget. Afgjort med vægtning 70 på pris, kvalitet og udvikling vægtning 20 og leveringssikkerhed og service 10. Kontrakten gik til Forenede Service A/S
	Rengøring på Rigshospitalet	To femårige aftaler fra 2008 med ISS Facility Services A/S til 35 mio. kr. samt aftale med Sodexo A/S til 40 mio. kr. Antallet af tilbud ukendt.
	Rengøring/servering på Amager Hospital	Treårig aftale fra 2008 med ISS Facility Services A/S til 25 mio. kr. Antallet af tilbud ukendt.
	Serviceopgaver på Hørsholm Hospital	Aftale med ISS Facility Services A/S fra 1999 til knap 18 mio. kr. Antallet af tilbud ukendt.
	Rengøringsauditering	Aftale fra 2009 til ca. 350.000 kr. med Dansk Cleaning Service.
Vinduespolering på div. Hospitaler i Region H	Herlev Hospital	Fem tilbud blev modtaget. Afgjort på laveste pris. ISS Facility Services fik opgaven.
	Gentofte Hospital	Tre tilbud modtaget. Afgjort på laveste pris. ISS Facility Services fik opgaven.
	Glostrup Hospital	Fire tilbud modtaget. Afgjort på laveste pris. Forenede Service A/S fik opgaven.
	Psykiatrisk Center Ballerup	Fem tilbud modtaget. Afgjort på laveste pris Alt på det rene ApS fik opgaven.
	Vinduespolering på Rigshospitalet	Tre tilbud blev modtaget og vurderet efter laveste pris. Kontrakten gik til Forenede Rengøring A/S
Ambulancetjeneste i Region H til behandlingskrævende akut og planlagt ambulancekørsel (udbudt i 10 delaftaler)	Optageområde Hillerød og Frederikssund hospitaler	To tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 70 på pris, vægtning 20 på sundhedsfaglig kvalitet og vægtning 10 af kvaliteten af de tilbudte køretøjer. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Helsingør Hospital	To tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.

Region	Den udbudte opgave	Størrelse af kontrakt og antal tilbud samt endelig leverandør
	Optageområde Herlev Hospital	To tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Gentofte	Kun et tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Glostrup	Kun et tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Hvidovre Hospital	To tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Frederiksberg Hospital	To tilbud modtaget. Frederiksberg Brandvæsen fik aftalen.
	Optageområde Bispebjerg Hospital	To tilbud modtaget. Københavns Brandvæsen fik aftalen.
	Optageområde Amager Hospital	Tre tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
	Optageområde Bornholm	To tilbud modtaget. Falck Danmark A/S fik aftalen.
Liggende patientbefordring (syge-transport i Region H)	Optageområde Byen (Frederiksberg Kommune og dele af Københavns Kommune)	Fem tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 70 på pris og vægtning 30 på kvalitet. Københavns Brandvæsen fik aftalen.
	Optageområde Nord	To tilbud modtaget. Falck fik aftalen.
	Optageområde Midt	To tilbud modtaget. Falck fik aftalen.
	Optageområde Syd	To tilbud modtaget. Falck fik aftalen.
Siddende patientbefordring		Aftale fra 2006-2010 til ca. 100 mio. kr./årligt. Vognmændenes Bus Trafik har aftalen. Antal bud kendes ikke.
Kontrakt om helikopterberedskab	Helikopterberedskab samt bemanding.	Fem tilbud blev modtaget. Afgjort med vægtning 40 på pris, vægtning 25 på kvalitet, 20 på leveringssikkerhed og vægtning 15 på implementeringsplan. Falck DRF Luftambulance A/S fik aftalen.
Lægevagtkørsel	Lægevagtkørsel	Aftale med Taxi Nord fra 2007. Kontrakten løber til medio 2011. Kontraktgrundlag på knap 13 mio. kr.
Transport af vasketøj	Transport af vasketøj fra og til Centralvaskeriet mellem udvalgte hospitaler i Region Hovedstaden.	Der blev modtaget fem tilbud. Afgjort på laveste pris. Københavns Kommune, Teknik- og Miljøforvaltningen, Center for Veje fik opgaven.
Udbud af vaskeriydelser til Region Hovedstadens hospitaler og institutioner. Seks delaftaler.	Delaftale 1: Hillerød Hospital	Aftale med Berendsen Textil Service A/S til knap 34 mio. kr.
	Delaftale 2: Gentofte Hospital	Der blev modtaget et tilbud. Aftalen gik til DFD Sygehusvaskeri A/S.
	Delaftale 3: Glostrup Hospital	Der blev modtaget to tilbud. Afgjort med vægtning 75 på pris og 25 på kvalitet. Aftalen gik til DFD Sygehusvaskeri A/S.
	Delaftale 4: Herlev Hospital	Der blev modtaget et tilbud. Aftalen gik til DFD Sygehusvaskeri A/S.

Region	Den udbudte opgave	Størrelse af kontrakt og antal tilbud samt endelig leverandør
	Delaftale 5: Sct. Hans Hospital	Der blev modtaget to tilbud. Afgjort med vægtning 75 på pris og 25 på kvalitet. Aftalen gik til DFD Sygehusvaskeri A/S.
	Delaftale 6: Rigshospitalets Patienthotel.	Der blev modtaget to tilbud. Afgjort med vægtning 75 på pris og 25 på kvalitet. Aftalen gik til DFD Sygehusvaskeri A/S.
Vask af dyner og puder	Rigshospitalet	Aftale med Berendsen Textil Service A/S til knap 2 mio. kr. Antallet af tilbud ukendt.
Tolkeydelser	Levering af fremmedsprogstolkning i skønsmæssigt omfang af 70.000 tolkninger til Region Hovedstadens somatiske og psykiatriske hospitaler samt praktiserende læger.	Der blev modtaget ni tilbud. Afgjort med vægtning 50 på pris og 50 på kvalitet og leveringssikkerhed. Fire leverandører fik aftaler: SK Tolkeservice, Tolketjenesten A/S, Tolke Danmark ApS og Tolkegruppen.
Region Midtjylland		
Ambulancetjeneste	Liggende patienttransport – ikke behandlingskrævende. Fem delområder.	Alle fem delkontrakter indgået med Falck Danmark A/S. Antallet af modtagne tilbud ikke kendt.
	Ambulancekørsel i Region Midtjylland. Otte delaftaler.	Antal modtagne tilbud kendes ikke. Udbuddet blev afgjort med vægtning 40 på pris, 40 på kvalitet og 20 på teknik/leveringssikkerhed. De seks af aftalerne vandt Falck Danmark A/S, mens Samsø redningskorps ApS og Responce A/S fik de sidste to.
Lægevagtkørsel i Region Midtjylland	Distrikt Horsens, Randers, Silkeborg og Århus/Djursland	Der blev givet 14 tilbud. Udbuddet blev afgjort på pris alene. Der blev indgået tre kontrakter. Den samlede værdi af kontrakterne var godt 20 mio. kr. for en toårig periode.
Rengøring	Rengøringservice med relaterede serviceopgaver herunder madhåndtering på psykiatriske sengeafsnit.	Samlet værdi af femårig aftale: knap 64 mio.kr. To delaftaler er udbudt. På begge kom fire tilbud, afgjort med vægtning pris 65 og kvalitet 35. Begge aftaler er indgået med ISS Facility Services A/S.
	Vinduespolering på hospitaler og institutioner i Region Midtjylland.	Antal tilbud kendes ikke. Udbud afgjort efter pris med vægtning 50, kvalitet 30 og miljø vægtning 20. Der er indgået fem aftaler med hhv.: ISS Facility Services A/S, Anders Andersens Rengøring, Toms Rengøring Midtjylland ApS, Elite Miljø A/S og Hansen Clean.
Region Nordjylland		
Ambulancetjeneste	Akut og planlagt ambulancekørsel i Region Nordjylland.	Samlet værdi af kontrakten 190 mio. kr. Kun modtaget et tilbud fra Falck Danmark A/S som fik aftalen.
	Liggende patienttransport	Samlet værdi af kontrakten: 36 mio. kr. årligt. To tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 70 på pris og vægtning 30 på kvalitet/teknik. Falck Danmark A/S fik aftalen.

Region	Den udbudte opgave	Størrelse af kontrakt og antal tilbud samt endelig leverandør
	Paramedicinerbiler to stk.	Der er indgået aftale med Falck A/S. Udbuddet blev afgjort på pris alene og der findes ikke oplysninger om antal bud eller størrelse på kontrakten.
Personalerekruttering	Levering af sygeplejevikarer.	Seks delaftaler. Afgjort med vægtning 60 på pris og 40 på kvalitet. Modtaget mellem 9-13 tilbud på alle aftaler. Kontrakter er indgået med: ActivCare A/S, Prooffice Care A/S, Pleje og Omsorg A/S, Danacare A/S, Sygeplejerskernes Vikarbureau, Vikarbureauet PUS A/S.
	Rekruttering af udenlandske sygeplejersker.	Samlet værdi af kontrakten: 18 mio. kr. Tre tilbud blev modtaget. Afgjort med vægtning 60 på kvalitet og vægtning 40 på pris. Grith Tschorn fik aftalen.
Fjernskrivningsydelser	Skrivning af dikterede akutte journaler for Region Nordjylland.	Fire tilbud er modtaget. Afgjort med vægtning 65 på kvalitet og vægtning 35 på pris. Aftale indgået med Pareta ApS.
Vagttjeneste	Vægtterrundering til Aalborg Sygehus.	Ti tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 60 på pris, opgaver 20 og særlige forhold 20. Aftale indgået med Control N Security.
Vinduespolering	Vinduespolering	Fem tilbud modtaget. Afgjort med vægtning 55 på pris, krav 40 og generelle forhold 5. ISS Facility Service A/S fik aftalen.
Region Sjælland		
Kørsel med patientbusser	Fast rute med siddende patienter mellem Nakskov og Rigshospitalet og mellem Slagelse og Rigshospitalet.	Tre tilbud modtaget. Kontrakt indgået med Dito Excursions A/S.
Vedligeholdelse af elevatorer på regionens sygehuse og i psykiatrien.		Fem tilbud modtaget. Afgjort på laveste pris. Otis A/S fik opgaven.

