

Sundhedsstrukturkommissionen
Att: Formand, Jesper Fisker.

Den 21. november 2023

Offentlig-privat samarbejde på sundhedsområdet giver patienter mere sundhed for pengene

Sygehussamarbejdet: Sundhedskartellet, Overlægeforeningen, FOA, Yngre Læger, Ergoterapeutforeningen og HK Kommunal efterspørger i en henvendelse til Sundhedsstrukturkommissionen, at der foretages en analyse af konsekvenserne ved brug af private aktører i sundhedsvæsenet. En sådan analyse kan vi kun bakke op om, at Sundhedsstrukturkommissionen foretager ifm. arbejdet med anbefalede modeller for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. En sådan analyse bør bidrage til, at vi kan have en faktabaseret og fordomsfri debat om, hvordan man indretter sundhedsvæsenet, så patienterne får den bedste behandling hurtigst muligt.

Herunder har vi samlet Sundhed Danmark og Dansk Erhvervs perspektiver på en sådan analyse og hvordan vi skaber mest mulig sundhed for pengene ved et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhedspolitikken. Først følger en gennemgang af afregningsmetoden for privathospitaler. Dernæst følger perspektiver om baggrunden for offentlig-privat samarbejde, brugen af sundhedsforsikringer samt privatisering og udlicitering.

Debatten trænger til et faktuel grundlag – vi hilsner en analyse velkommen

Sygehussamarbejdet skriver blandt andet, at der skulle være en risiko for, at det private ”dræner det offentlige for vigtige personalegrupper”, når forsikrede borgere og deres børn kan få hurtigere hjælp hos f.eks. en privat psykiater end i det offentlige. I henhold til oplysninger fra Danmarks Statistik var der i april 2023 3.379 ansatte indenfor alle faggrupper på privathospitalerne, hvilket alene svarer til 2,68% af de samlede antal ansatte på private og offentlige hospitaler. Kigger man specifikt på sygeplejersker, er det kun ca. 1% af alle autoriserede sygeplejersker, der arbejder på et privathospital, mens ca. 10% arbejder i andre brancher¹. Der er uden tvivl behov for at afdække, hvorfor så relativt mange sundhedsprofessionelle desværre forlader faget, men vi kan ikke nikke genkendende til, at det skulle være den private del af sundhedsvæsenet, der dræner det offentlige for vigtige personalegrupper.

Sygehussamarbejdet spørger også til, hvilke krav der skal stilles til pris- og afregningssystemet i forhold til privathospitalerne og efterspørger i denne sammenhæng, at Sundhedsstrukturkommissionen udarbejder en analyse vedrørende dette. Dette ønske bakker vi op om, og vi vil samtidig fremhæve behovet for at skabe en større transparens i forhold til afregning af

¹ Tabel 1 og 2: [notat-sygeplejersker-beskaeftiget-i-privat-sektor-2022.pdf \(dsr.dk\)](#)

både offentlige og private aktører, der gør det muligt at sammenligne blandt andet produktivitet på tværs af sektorer. I dag afregnes privathospitaler blandt andet igennem de såkaldte DUF-takster, der forhandles mellem Sundhed Danmark og Danske Regioner, som er den betaling privathospitaler modtager for patienter, der er henvist gennem det udvidede frie sygehusvalg. Der er en høj grad af prisgennemsigtighed i forhold til afregningen af de private hospitaler – men det samme gør sig desværre ikke gældende i forhold til omkostningerne på de offentlige hospitaler. DRG-taksterne bruges dog stadigvæk til at opgøre de offentlige afdelingers produktionsværdi, hvorved det p.t. er det bedste sammenligningsgrundlag. Beregninger af de gennemsnitlige totalomkostninger for behandlingerne på de offentlige hospitaler og friklinikker kunne være yderst spændende at få indblik i, hvorfor vi håber, at en analyse på området også vil inkludere dette.

Hvis vi blot ser på den måde, som man afregner på i dag, ses det, at privathospitalerne generelt bidrager med at levere mere sundhed for pengene. Dette ses ved, at private hospitaler bliver afregnet med takster, der ligger et betragteligt niveau under DRG-taksten. Dette gælder også, når der tages højde for det offentliges udgifter til forskning, uddannelse og akutfunktioner, som det private p.t. ikke varetager. Når Sygehussamarbejdet refererer til, at privathospitaler modtager 85 % af DRG-taksten, og de såkaldte friklinikker kun modtager 50 %, så er det ikke sammenlignelige tal. Dette skyldes flere forhold. For det første har friklinikkerne ikke omkostninger forbundet med betaling af moms og lønsumsafgift, som privathospitalerne har. For det andet baserer de 50% sig på Friklinik Grindsted, hvor en betydelig andel af patienterne, er smertebehandlingspatienter, der er meget vanskelige at opgøre i forhold til DRG-taksterne. For det tredje er oplysningen om afregningen af privathospitalerne ikke i overensstemmelse med den faktiske afregning.

Herunder vil vi gå i dybden med nogle af antagelserne bag sammenligningen:

I et svar på en aktindsigtsanmodning til Dansk Erhverv d. 15. november 2023, oplyser Region Midtjylland, at den gennemsnitlige afregning af privathospitalerne var på ca. 63 % af DRG-værdien, hvilket efter fratrækning af privathospitalernes udgifter til moms og lønsumsafgift svarer til 55 % af DRG-taksten².

I den beregning, som Sygehussamarbejdet refererer til, hvor det skrives, at friklinikkerne afregnes med 50 % af DRG-taksten, udgør friklinikernes behandling af smertepatienter en betydelig andel. I 2020-2022 udgjorde smertepatienterne ca. 20% af Friklinikken Grindsteds patienter³. Når friklinikens smertebehandling afregnes med 31 % af DRG-taksten⁴, og klinikken samtidig har en så stor andel af patienter, der modtager smertebehandling, bidrager dette til at trække friklinikens gennemsnitlige afregning betydeligt ned. Smertebehandlingerne er vanskelige at opgøre i forhold til DRG-taksterne, og patientgruppen er ikke repræsentativ i forhold til de patienter, som privathospitalerne overvejende udreder og behandler.

² Privathospitalernes udgifter til moms antages at være 5 %, mens udgifterne til lønsumsafgiften antages at være 3 %. Disse tal antages pba. Fritvalsrapporten, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udarbejdet: [Indhold \(ft.dk\)](#). Udregningen af privathospitalernes afregning ifm. behandling af ortopædkirurgiske patienter, kan ses i bilag 1, hvor de specifikke SKS-koder, der er sammenlignet med DRG-grupper, er opgjort.

³ Udtræk fra LPR samt regionernes opgørelse over smerteklinikker

⁴ [Friklinikker kopierer det private: »Hvorfor er der ikke flere, der gør det?« | Ugeskriftet.dk](#)

Hvis vi derimod sammenligner to sammenlignelige størrelser: Nemlig Friklinikken Grindstedes afregning ifm. kirurgiske patienter med privathospitalernes afregning ifm. ortopædkirurgiske patienter, så modtager friklinikken 70 % af DRG-taksten⁵, mens privathospitalerne får 67,8%⁶ - i forhold til dette tal burde der desuden tages højde for, at det private har udgifter til lønsumsafgift og moms, som friklinikken ikke har – der ikke er en offentlig udgift, da pengene bliver tilbagebetalt i afgift – korrigeres der for dette, ender privathospitalernes afregning på 59,8% af DRG-taksten. Altså er privathospitalerne på det kirurgiske område 10,2 pct. point billigere end Friklinikken Grindsted, der ellers betegnes som en af de mest omkostningseffektive offentlige afdelinger.

Vi hilser en analyse af afregningssystemet velkommen. Vi er meget optaget af at sikre, at borgerne får mest mulig sundhed for pengene, og her mener vi, at private sundhedsvirksomheder spiller en vigtig rolle i forhold til blandt andet at sikre en tilstrækkelig stor kapacitet i takt med, at presset på sundhedsvæsenet bliver stadig større.

Baggrund og begreber

Diskussionen af offentlig-privat samarbejde er ofte præget af begrebsforvirring, og begreber som udlicitering og privatisering bruges ureflekteret. Den mest udbredte form for offentlig-privat samarbejde er udbud eller konkurrenceudsættelse af en given opgave. Udbudsloven danner rammen for denne proces, og det er en omstændig og ressourcekrævende proces. Men også en øvelse som er med til at sikre, at den offentlige opgaveløsning sker på den bedste og mest effektive måde. Selvom en sund konkurrence bidrager til forbedringer og omkostningsbesparelser på lang sigt, er det vigtigt at være opmærksom på ikke at minimere transaktionsomkostningerne hos både det offentlige og private, da processen sikrer den bedste opgaveløsning. Det er ligeledes væsentligt at være opmærksom på muligheden for kompleksitet og omkostninger i forbindelse med at administrere udbudsprocessen på en effektiv måde.

Når man debatterer offentlig-privat samarbejde og ikke mindst konsekvenserne af konkurrenceudsættelse, er det afgørende at se på det fulde billede – også de præmisser, beslutningsprocesserne og prioriteringer, der ligger til grund. Det er den offentlige part, som i en udbudsproces beskriver opgaven herunder vilkårene for opgaveløsningen, samt hvordan konkurrencen skal foregå. Er det f.eks. tildelingskriteriet ”bedste forhold mellem pris og kvalitet”, der anvendes til at vurdere tilbuddet vil der ikke nødvendigvis være en besparelse i forbindelse med konkurrenceudsættelse, men man vil have opnået den bedste service til prisen.

Erfaringer viser, at der kan være store omkostninger forbundet med en hjemtagning af tidligere konkurrenceudsatte opgaver. Et internt notat fra Region Midtjylland viser f.eks., at der var millionstore omkostninger forbundet med valget om at hjemtage rengøring på Aarhus Universitetshospital⁷.

Om øget anvendelse af sundhedsforsikringer

Sundhed Danmark og Dansk Erhverv bakker op om Sygehussamarbejdets ønske om at afdekke samspillet mellem de private sundhedsforsikringer og det offentlige sundhedsvæsen. De private sundhedsforsikringer bidrager blandt andet til at aflaste det offentlige fra opgaver,

⁵ Friklinikker kopierer det private: »Hvorfor er der ikke flere, der gør det?« | Ugeskriftet.dk

⁶ Sammenligning af DUF-taksterne indenfor Ortopædkirurgi med tilsvarende DRG-takster

⁷ DownloadFile (rm.dk)

hvor patienter normalt vil stå på venteliste. Det kan f.eks. være til undersøgelser eller ambulante opgaver. Når en patient med en privat sundhedsforsikring overgår fra det private til det offentlige behandlingstilbud, vil denne patient også være længere fremme i forløbet og vil derfor kunne overgå hurtigere til behandling.

Det vil derfor være en fordel at få afdækket de økonomiske gevinster og mulige potentialer ved forsikringsselskabernes aflastning af de offentlige ventelister. Ligeledes bør der afdækkes økonomiske gevinster og mulige potentialer, når det offentlige sundhedsvæsen modtager en færdigudredt patient og hurtigt kan sende denne videre til behandling.

Patientforløbet bør dog altid være det primære fokus, og det skaber naturligvis de bedste patientforløb, hvis patienten kan fortsætte i behandling, der hvor patienten blev udredt. Når forløbet bliver brudt op, vil patienterne skulle gennem to ventelisteforløb, ofte vil der være mere end én forundersøgelse, og tillidsforholdet mellem patienten og behandleren, der opbygges i udredningsfasen, bliver ikke udnyttet. Dette gælder både for offentligt henviste patienter og forsikringspatienter, der kun bliver udredt på et privathospital, hvorfor mulighederne for en tættere kobling mellem udredning og behandling bør undersøges – så patienterne får ret til at blive behandlet på det hospital, hvor de bliver udredt.

Om privatisering og samarbejde med det offentlige

Dansk Erhverv og Sundhed Danmark deler Sygehussamarbejdets ønske om at få afdækket det offentlig-private samspil, herunder erfaringerne med samarbejde med private om varetagelse af offentligt finansierede sundheds- og serviceydelser. Det kunne være meget gavnligt med en kortlægning af konsekvenserne af øget offentlig-privat samspil. Det er afgørende, at der i denne kortlægning også er fokus på de vilkår konkurrencen sker under – herunder de krav, der stilles til leverandører. I løbet af de seneste år, har regionerne i stigende grad ønsket at løse flere af opgaverne selv, hvilket har ført til massive hjemtagninger af ambulancedriften i fire af de fem regioner.

Statsrevisionen har d. 9. oktober anmodet Rigsrevisionen om en undersøgelse af ambulancedriften i regionerne⁸, der skal belyse, hvordan regionernes hjemtagning af ambulancedriften har påvirket økonomiske og kvalitetsmæssige parametre, denne undersøgelse vil oplagt kunne indgå i den af Sygehussamarbejdet ønskede afdækning.

Vi er også enige med Sygehussamarbejdet i, at effekterne af privat varetagelse af enkeltopgaver, som f.eks. vaskeri og rengøring bør belyses nærmere. Her vil det være oplagt at sammenligne udvalgte konkurrenceudsættelser med f.eks. Region Sjællands erfaringer med opførelsen af et nyt fællesvaskeri samt Aarhus Universitetshospitals hjemtagning af rengøring.

Med venlig hilsen

Sundhed Danmark og Dansk Erhverv

⁸ Anmodning om undersøgelse af ambulancedriften i regionerne ([rigsrevisionen.dk](https://www.rigsrevisionen.dk))