N O T A T

DANSKE REGIONER

11-11-2010

De private sygehuses andel af offentligt betalt sygehusbehandling

Det nævnes ofte, at de private sygehuse og klinikker tegner sig for ca. to procent af de samlede sygehusudgifter. Det gælder kun, hvis man sætter det i forhold til de totale sygehusudgifter, herunder også udgifter til skadestuer, akut beredskab, dyr kræftmedicin, administration, befordring m.fl.

Men dermed ser man bort fra, at private sygehuse er helt anderledes og meget mindre end de offentlige, og at de kun løser en begrænset del af de opgaver som løses i det offentlige sygehusvæsen, f.eks. har de private sygehuse ingen akutfunktion og ingen kræftbehandling. Mange private sygehuse er faktisk små klinikker med f.eks. 1-10 ansatte.

Hvis man vil opgøre de private sygehuses "markedsandel", er det mere relevant at opgøre den på de områder, hvor private og offentlige sygehuse faktisk er sammenlignelige. Hvis der tages højde for dette, ser billedet således ud:

- På den ikke-akutte del af sygehusbehandling bruger regionerne ca. *fem* procent af deres sygehusudgifter på private sygehuse.

- På nogle typer af behandlinger varetager de private sygehuse væsentligt mere. Det drejer sig for eksempel om operation for grå stær, hvor andelen er på 29 procent, rygoperationer med 31 procent og 15 procent af hofteoperationer.

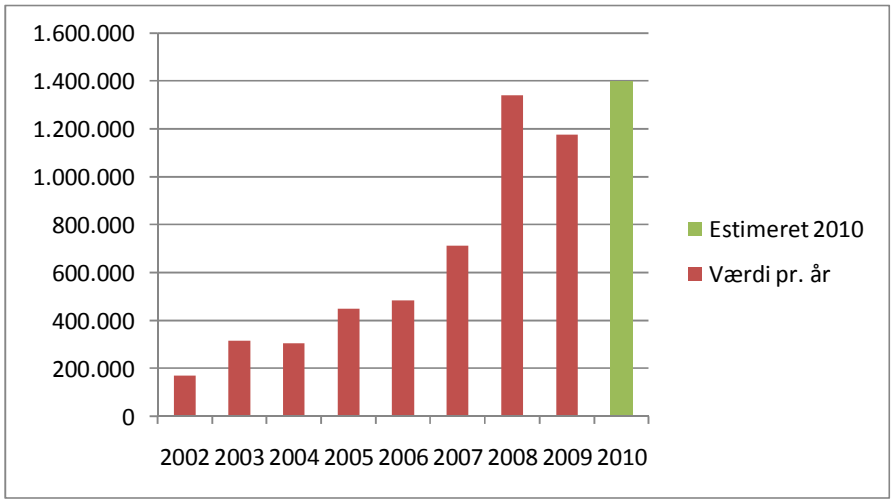
- Godt 90 procent af den samlede fedmebehandling varetages af private sygehuse. Det er det område, hvor de privates markedsandel er størst.

De private sygehuses andel af det offentlige sygehusvæsen.

De private sygehuses andel af det offentlige sygehusvæsen er steget siden indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg til 2008, hvorefter brugen af de private sygehuse har været konstant.

Nedenstående figur 1 viser værdien af de private sygehuses aktivitet.

Figur 1: DRG produktionsværdi i 1000. kr. for offentligt betalt aktivitet på private hospitaler



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (LPR), årene er opgjort efter det pågældende års grupperingsnøgle.
Note: Opgørelsen er i løbende priser. En direkte sammenligninger mellem årene kan være problematisk, hvis taksterne er ændret markant årene imellem. Der er tale om al offentligt betalt aktivitet på private hospitaler, som er registreret i LPR. 2010 er et skøn på baggrund af aktiviteten for de første 8 måneder af 2010.

Værdien af de privates aktivitet, jfr. tabel 1, dækker over, at regionerne hovedsageligt køber ydelser på de private sygehuse via to forskellige ordninger. Den ene er, hvis en patient ikke kan blive behandlet i det offentlige sygehusvæsen indenfor én måned, kan patienten vælge at blive behandlet på et privat sygehus og klinik, og regionen betaler for denne behandling (det udvidede frie sygehusvalg).

Den anden ordning er, at regionerne via udbud køber en række operationer og undersøgelser hos de private klinikker og sygehuse med henblik på at kunne tilbyde deres borgere en behandling indenfor én måned.

Når den private ”markedsandel” skal opgøres, er det som nævnt i indledningen, ikke umiddelbart det reelle billede der fremkommer, hvis man

sammenligner de samlede sygehusudgifter med udgifterne til de private sygehuse. Grunden til, at man ikke umiddelbart kan sammenligne disse tal er, at man så vil se bort fra, at private sygehuse kun løser en begrænset del af de opgaver som løses i det offentlige sygehusvæsen, f.eks. har de private sygehuse ingen akutfunktion og ingen kræftbehandling. Derfor er det nødvendigt, kun at udvælge behandlinger i det offentlige sygehusvæsen, som både kan foregå i den private og den offentlige sektor for at få det reelle billede af de privates ”markedsandel”.

Denne udvælgelse betyder konkret, at alle akutte indlæggelser og skadestuebesøg sorteres fra sammen med en række andre behandlinger, jf. boks 2. Efter at disse behandlinger er sorteret fra bliver den tilbageblevne andel af behandlinger på de offentlige sygehuse sat i forhold til de behandlinger, som det offentlige betaler på de private sygehuse. Derved fremkommer så en privat ”markedsandel” på ca. fem procent.

Boks 2 Metode til beregning af andel.

Behandling som ikke kan sammenlignes i privat og offentlig sektor og derfor fjernes fra regnestykket

Følgende behandlinger er udeladt af regnestykket:
- Skadestuebesøg
- Akut behandling og undersøgelser herunder observation for og behandling af infektioner.
- Behandlinger, hvor patienten har en kræftdiagnose – disse omfattes af kræftpakker på de offentlige sygehuse.
- Graviditet og fødsler – hvis det foregår udenfor offentligt regi er det for egen betaling.
- For tidligt fødte børn og spædbørn.
- Patienter med misfødte misdannelser.

Alle operationer og undersøgelser på de private sygehuse og klinikker er fastsat til de gennemsnitlige omkostninger på offentlige sygehuse – DRG-værdi. Det vil sige, at de afspejler aktivitetsværdien og ikke reelle udgifter.

Tabel 1 viser de behandlinger, som de private sygehuse og klinikker udfører flest af – og hvor stor en del de varetager af de samlede offentlige behandlinger på området. Tallene vedrører de tre første kvartaler i 2010.

Tabel 1:

	Al offentligbetalt behandling	Antal operationer i udført af privat hospital eller klinik	Andel af al offentligt betalt behandling	Antal private sygehuse og klinikker
Operationer i ryg	7.400	2.300	31 %	18
Skulderoperationer	6.900	2.000	29 %	31
Knæoperationer	20.900	2.700	13 %	42
Hofteoperationer	7.400	1.100	15 %	38
Fedmeoperationer	2.800	2.600	93 %	3
Operation for grå stær	35.000	10.300	29 %	28
MR-skanninger	111.400	27.000	24 %	34

Antallet af fedmeoperationer har siden 2005 været stigende ligesom de private sygehuses andel af disse operationer også har været markant stigende. I 2005 blev der udført lidt over 200 fedmeoperationer alle offentligt, hvorimod der for 2010 forventes udført ca. 3.900 fedmeoperationer og godt 90 pct. af disse i privat regi.

I 2008, som var historisk både aktivitetsmæssigt og økonomisk for de private sygehuse, blev ca. 3.000 patienter opereret for en ryglidelse på de private sygehuse, antallet af operationer for ryglidelser for de tre første kvartaler af 2010, ligger på ca. 2.300 operationer, hvilket fremskrevet til årsniveau, er ca. det samme som i 2008. Antallet af de øvrige operationer i tabel 1 har ligeledes været rimelig konstant siden 2008.

Regionernes brug af udbud

Det udvidede frie sygehusvalg blev suspenderet fra november 2008 til juli 2009. Selvom ordningen var sat ud af kraft, gjorde regionerne stadigvæk brug af de private sygehuse. Regionerne brugte i stort omfang udbud, når de anvendte private sygehuse til behandlinger.

Efter suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg ophørte i juli 2009 har regionerne fastholdt brugen af udbud. Det skønnes med en vis usikkerhed, at udbud tegner sig for omkring 40 – 50 procent af de patienter, der behandles på et privat sygehus betalt af regionerne. De øvrige behandles via det udvidede frie sygehusvalg.

Den store stigning i regionernes brug af udbud, har vist et behov for, at udvikle nogle fælles udbudsværktøjer, som gør det lettere både regioner og private sygehuse. Et sådan projekt blev derfor igangsat i starten af 2010, jf. boks 3.

Boks 2

Projekt vedrørende fælles værktøjer til udbud af sundhedsydelser

Projektets formål er at udarbejde fælles værktøjer for offentlige og private til udbud af sundhedsydelser. Formålet med det fælles værktøj er, at lette processen for udbud på sundhedsydelser både for regioner og private leverandører.

Resultaterne af projektet er dels en kortlægning af erfaringerne fra de regionale udbud fra starten af 2010 og dels et antal udbudsmaterialer til udbud af forskellige former for udbud af sundhedsydelser. Eksempelvis findes der nu materialer til udbud af sundhedsydelser både til rammeaftaler og til udbud af kontakter med faste mængder ydelser. Projektets resultater sigtes mod at kunne tages i brug i slutningen af 2010.

Projektet er i regi af Danske Regioner og finansieret, som et samarbejde mellem staten og Danske Regioner.