

Private leverandører i regionerne

Med fokus på regionernes
brug af private sygehuse

"Private leverandører i regionerne – Med fokus på regionernes brug af private sygehuse"
er udarbejdet for FOKUS af Louise Herbild

Redaktion: FOKUS sekretariatet

FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ,
som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner.

Copyright: 2011 FOKUS og forfatterne

Juni 2011

Layout: I♥SISTERBRANDT

ISBN nr. 978-87-90837-51-8

Rapporten kan downloades på FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

DSI – Dansk Sundhedsinstitut

AKF – Anvendt KommunalForskning

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørforeningen i Danmark

Regionsdirektørkredsen

FOKUS-udgivelserne handler om kvalitetsudvikling og henvender sig til ledere og medarbejdere,
som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling, samt til politikere i regioner og kommuner. De
synspunkter,

der bliver fremsat i udgivelserne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støtter udarbejdelsen af rapporter gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond.

Forord

I disse år er der vedvarende debat om kvalitet og omkostninger for offentlige og private sygehuse. Den forskningsmæssige viden er dog begrænset, når det kommer til spørgsmålet om, hvad de private sygehuse gør anderledes end de offentlige, og hvordan de bruges bedst.

FOKUS har med denne analyse ønsket at undersøge både kvalitet og økonomisk effektivitet i regionernes brug af private sygehuse, samt hvilke barrierer der kan være for brugen af private leverandører på sundhedsområdet.

Undersøgelsen inddrager blandt andet interview med personer fra de enkelte regioner og Danske Regioner samt kom-

mentarer fra sundhedspersonale. Desuden bruges tal for infektionsrate og genindlæggelsesprocent for forskellige patientgrupper til at sige noget om, hvor der er en kvalitetsforskel i behandlingerne mellem de offentlige og private sygehuse, og hvad denne kan skyldes.

FOKUS-analysen er udarbejdet af projektleder Louise Herbild fra DSI, Dansk Sundhedsinstitut.

Mette Wier, formand for FOKUS
Juni 2011



Indhold

1. Introduktion	5
1.1 Baggrund	5
Kortlægning af brugen af private leverandører	9
1.2 Det udvidede frie sygehusvalg	9
1.3 Udbud af tjenesteydelser	10
1.3.1 Overblik over udbud i regionerne	10
2. Kvalitet og vidensoverførsel	13
2.1 Generelle betragtninger om kvalitet i offentligt og privat sygehusregi	13
2.2 Kvalitetssikring under det udvidede frie sygehusvalg	14
2.3 Kvalitet i de enkelte regioners udbudsaftaler	16
3. Økonomisk effektivitet – og produktivitet	19
3.1 Produktiviteten på danske offentlige og private sygehuse	19
4. Reguleringsmæssige og markedsmæssige barrierer	24
5. Diskussion og konklusion	25
Anvendt litteratur og kilder	29

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 i denne rapport er på regionernes brug af private sygehuse. I en efterfølgende FOKUS-rapport fokuserer forskningsleder Karsten Vrangbæk fra AKF på kommunernes brug af private leverandører på ældreområdet.

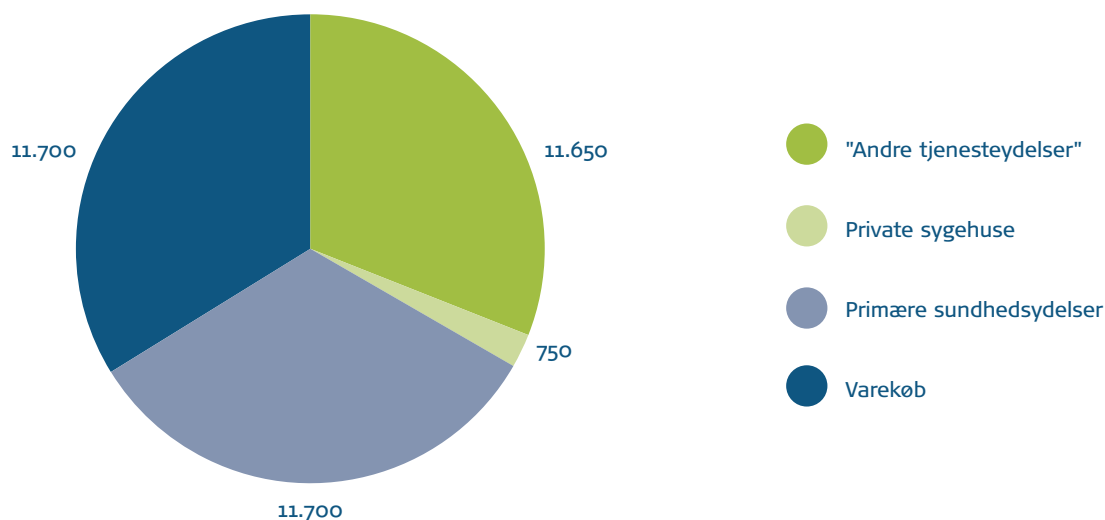
Baggrund

Med undtagelse af en række højt specialiserede behandlinger samt uddannelse af

læger kan størstedelen af regionernes forpligtelser på sundhedsområdet i princippet løses af private leverandører (1).

I 2007 blev ca. 44,4 pct. af driftsudgifterne på sundhedsområdet brugt til betaling for varer og tjenesteydelser til private. Det svarer til 35,8 mia. kr. Af disse blev 11,7 mia. kr. brugt 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. Det vil sige den omsætning i den private sektor, som følger af det udvidede frie sygehusvalg, 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, at private hospitaler havde kontakt med patienter knap 220.000 gange (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, relativ lille (1). Andelen synes dog at være stigende, jf. tabel 1, der viser ud-

viklingen i antallet af udvalgte operationer fordelt på private og offentlige sygehuse. Tallene er opgjort på baggrund af Landspatientregisteret, og der er sandsynligvis forskel regionerne imellem. I Region Syddanmark oplever man fx et mindre fald (3). Knap 33 pct. af udgifterne til private leverandører er opgjort som "andre tjenesteydelser". Det dækker primært støttefunktioner som for eksempel rengøring, vaskeri, vedligeholdelse af grønne anlæg, transportydelser mv. (1).

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

* På grund af sygeplejestrejken, og fordi 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 eller via udbudsaftale med de enkelte regioner, er en langstrakt diskussion om, hvorvidt disse ydelser leveres lige så omkostningseffektivt og med lige så god kvalitet i privat regi som tilsvarende ydelser i det offentlige sygehusvæsen. Til sammenligning er det relevant at bemærke, at de ydelser, der leveres af de privatpraktiserende 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 relativt nye brug af privathospitaler som leverandør af offentligt betalte sygehusydelser. Det var således først ved vedtagelsen af det udvidede frie sygehusvalg 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 inden for en frist på to måneder (5). Denne frist blev siden sat ned til en måned (6). Det udvidede frie sygehusvalg skulle sikre patienterne hurtigere adgang til behandling ved at skabe konkurrence mellem de offentlige og de private sygehuse. Denne konkurrenceudsættelse af sygehusydelserne blev sat på spidsen

ved suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i juni 2008. På grund af den daværende sygeplejestrejke var det ikke muligt at leve op til ventetidsgarantien, og regionerne blev i stedet forpligtet til at købe ledig behandlingskapacitet på de private sygehuse og klinikker svarende til det gennemsnitlige månedlige beløb under det udvidede frie sygehusvalg for at sikre de mest trængende patienter behandling (6). Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg kom til at betyde, at der blev eksperimenteret med andre former for prisfastsættelse gennem de udbudsaftaler, som regionerne lavede med de private sygehuse og klinikker. Desuden udviklede regionerne 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 ny for de fleste regioner. Sygehusydelser har en særlig karakter, som gør, at de er sværere at definere og kontrollere, end varer der traditionelt har været indkøbt via udbud. Konkurrenceudsættelse via udbud er således ikke nødvendigvis lige så ukompliceret på dette felt som på mere traditionelle udbudsområder.

Denne rapport forsøger at vurdere, hvordan regionerne har taget brugen af private leverandører af sygehusydelser til sig. Genstandsområdet er afgrænset til undersøgelses- og behandlingsydelser.

Kortlægning af brugen af private leverandører

Det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehusvalg blev 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 inden for 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 p.t. 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 Brancheforeningen 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 det udvidede frie sygehusvalg er BPK *den eneste* forhandlingspartner i forhold til Danske Regioner (9). De private hospitaler og klinikker, der har indgået aftale med Danske Regioner uden om BPK, er således blevet tilbudt samme vilkår som dem, der er aftalt med BPK.

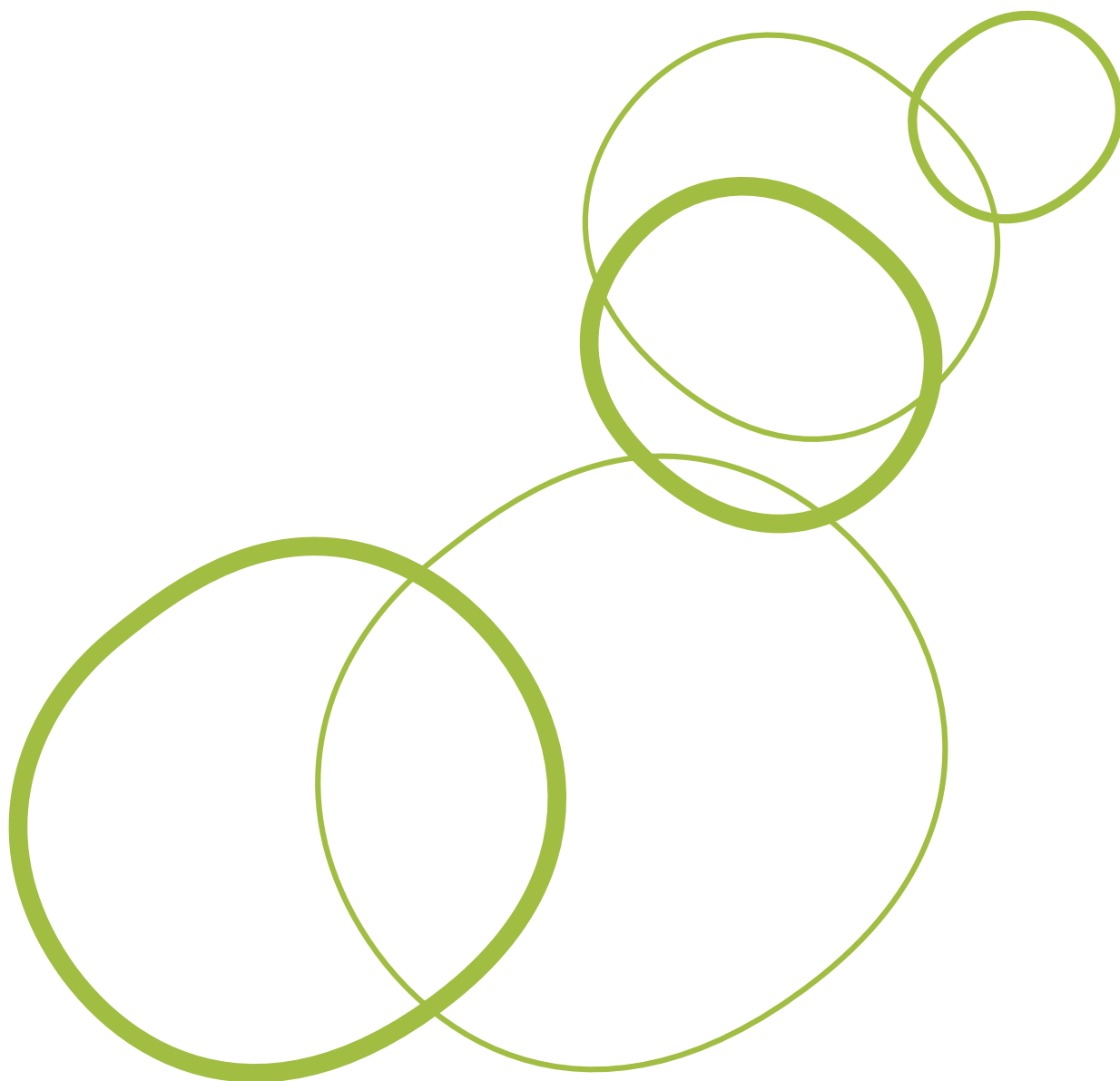
Dette drejer sig for 2010 om knap 220 andre leverandører (2). Til sammenligning kan det nævnes, at antallet mellem 2003-2007 lå omkring 160-170 aftaler (2).

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

Ved indgåelsen af kontrakter mellem Danske Regioner og BPK forhandles indhold og pris. Ydelserne specificeres på procedureniveau, og prisen forhandlede frem til 2009 med afsæt i den gældende DRG-takst (takster for diagnoserelaterede grupper) samt det historiske takstniveau (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 diagnoserelaterede grupper i DRG-systemet, som referencetaksterne dækker. De privat praktiserende speciallæger får 90 pct. af den takst, der er fastsat i aftalen om det udvidede frie sygehusvalg, 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 om, 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 i 2002-2005) 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).



Ud over 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 to. I det efterfølgende er regionernes brug af udbud beskrevet.

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, men som man skønner kan udføres billigere og/eller bedre via udbud.

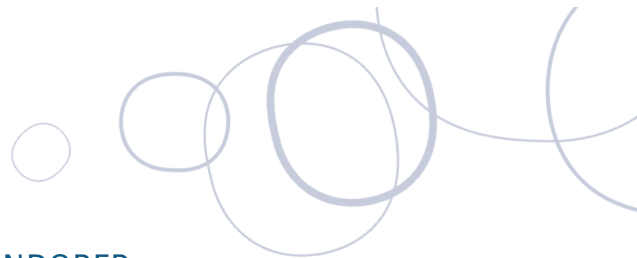
Regionerne er, jf. både dansk og EU-lovgivning, forpligtet til at sende en ydelse i udbud, hvis regionerne ikke vil udføre ydelsen selv (19). Hensigten med udbud er at skabe gennemsækelighed for alle i forhold til kontrakter og økonomi og ikke mindst at sikre, at ydelserne udbydes i konkurrence mellem alle interesserede og kvalificerede. Målet med konkurrenceudsættelsen er selvsagt at stile 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 områ-

det vurderes at være konkurrenceudsat for en stor del af de behandlingsydelser, der laves udbud på.

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 inden for rykirurgi 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 der 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 ni tilbud (23), 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.



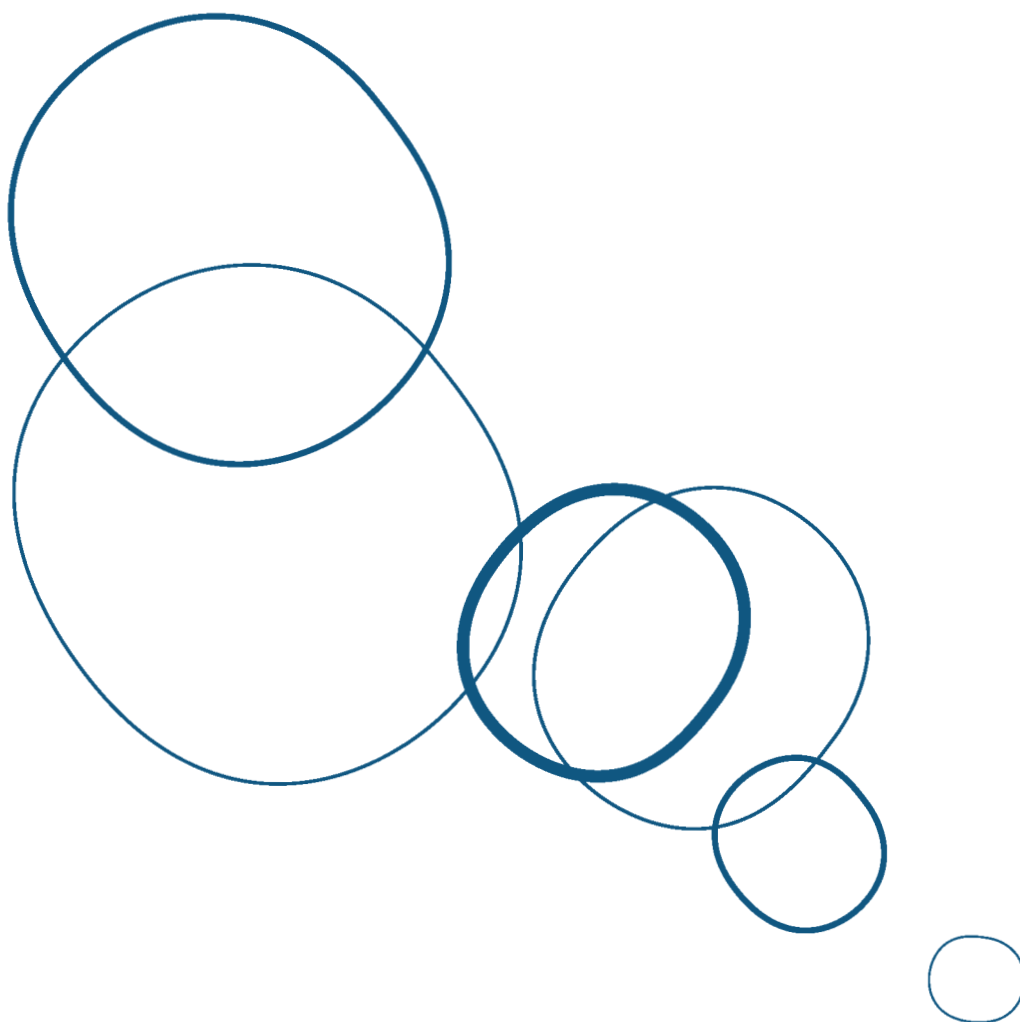
**TABEL 2: UDBUDSAFTALER OG ANTAL LEVERANDØRER
AF SYGEHUSYDELSER I 2010 I DE ENKELTE REGIONER.**

Region	Tjenesteydelse	Leverandør
Region Hovedstaden (oplysninger fra regionens hjemmeside for 2010-2011 samt fra regionens indkøbsafdeling)	Grå stær-operationer	5 leverandører
	MR-skanninger	Unilaps A/S
	Udvalgte ortopædkirurgiske operationer	4 leverandører
	Rygkirurgi	3 leverandører
	Mammografier	2 leverandører
Region Nordjylland (oplysninger fra regionen)	Hånd- og håndledsoperationer	2 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 Syddanmark (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 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 hofteal-oplastik (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 vandladnings- besvær (250-500 stk.) samt operationer på scrotum og penis (100-200 stk.)).	Kysthospitalet A/S

Danske Regioner arbejder p.t. på at udarbejde en udbudsskabelon for sundhedsydelserne, som de enkelte regioner frit kan benytte. Skabelonen indeholder selve udbudsmaterialet, et forslag til en kontrakt samt et forslag til, hvordan eventuelle kravspecifikationer samt bilag skal håndteres. Der eksisterer allerede skabeloner til regionernes udbud i forbindelse med va-

reindkøb og andre tjenesteydelser. Her er omkostningerne også væsentlig større og kontrakterne sandsynligvis ligeledes lettere at definere (1).

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



2. Kvalitet og vidensoverførsel

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 (23). Privathospitaler og private klinikker driver i højere grad forretning og er ikke omfattet af et offentligt sikkerhedsnet, hvis budgetterne overskrides. Derfor er der en vis sandsynlighed for, at økonomiske hensyn går forud for andre hensyn, der normalt er til stede på sundhedsområdet – herunder kvaliteten.

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 re-operationer, 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.

Samtidig udføres behandlinger i det private sygehusvæsen i Danmark inden for

mindre enheder, hvor intern justits i forhold til kvalitet og kontrol meget vel kunne antages at være mindre udpræget end i det offentlige sygehusvæsen. Det skal dog nævnes, at nyuddannede, og antageligt mindre kvalificeret sundhedspersonale, stort set ikke eksisterer i det private system (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. Det medfører, at erfarne medarbejdere brænder ud under presset eller rejser (17). Undersøgelsen peger på, at *"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"* (17).

Som forsvar for en 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 (24). Det betyder dels en organisatorisk enklere behandlingsgang, og dels at de udførende læger bliver meget specialiserede inden for de pågældende behandlingsprocedurer. Et højere antal patienter antages derved at lede til mindre sygelighed (25). Desuden er patientgrundlaget sandsynligvis mere homogent end på de offentlige sygehuse, og det kan trække i den modsatte retning med hensyn til ekspertise. En del læger har imidlertid arbejdet ved de private hospitaler og klinikker som bibeskæftigelse ved siden af deres job på offentlige hospitaler (6). Ekspertisen hos

disse læger må nødvendigvis være nogenlunde lige høj i henholdsvis den private og den offentlige sygehussektor, da det må antages, at erfaringer fra hver sektor flyder mere eller mindre frit, idet lægerne tager deres lærdom med sig. Det påpeges dog samtidig, at den forskydning af aktivitetsfordelingen, der sker mellem det offentlige og private, på sigt kan give problemer i forhold til undervisning og uddannelse af næste generation af kirurger (4). Dette er særligt udtalt inden for fedmekirurgi, 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 på den type af operation, der udføres henholdsvis offentligt og privat (26). Det giver anledning til mistanke om, at videndelingen på tværs af det private/offentlige skel ikke er optimal.

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

Kvalitetssikring under det udvidede frie sygehusvalg

Det udvidede frie sygehusvalg 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 det udvidede frie sygehusvalg, 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 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 (27). For klinikker uden sengepladser, der ikke tilbydes akkreditering gennem Den Danske Kvalitetsmodel, arbejder Danske Regioner p.t. på at udarbejde en anden 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 (28).

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 forpligtet til at sikre, at *"... leverandøren og dennes personale besidder den fornødne lægefaglige kompetence og godkendelser"* (29).

Loven påbyder, at alle private sygehuse og klinikker med mere end en læge tilknyttet, skal registrere en virksomhedsansvarlig læge hos Sundhedsstyrelsen – og hvis der ønskes en aftale under det udvidede frie sygehusvalg, skal dette også ske hos Danske Regioner. Når et privathospital eller en privatklinik har indgået aftale med Danske Regioner under det udvidede frie sygehusvalg, er de 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 privathospitaler eller kliniks arbejde ligger således hos Sundhedsstyrelsen (9;30) efter

samme praksis som 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 (30).

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan man finde "tilsynslisten", hvor alle sundhedsfaglige personer under skærpet tilsyn samt de med midlertidige fratagelser af autorisationen kan ses (31). Ud over "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 u hensigtsmæssigt, at man ikke kan se, hvor den pågældende sundhedsfaglige person arbejder, så man kan undgå at lade sig behandle af 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 lige så kvalificerede som personale ved de offentlige sygehuse.

Sundhedskvalitet.dk er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet for 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"* (32). 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 på behandling (32). Tallene er opgjort på baggrund af Landspatientregisteret og (gen)indlæggelsesprocenten er udtryk for indlæggelse af enhver art inden for 30 dage – dvs. også indlæggelser, der ikke relaterer sig til den, der er søgt efter på sundhedskvalitet.dk.

Ved at søge på henholdsvis indsættelse af ny hofte, nyt 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 lige så god som landsgennemsnittet på de to parametre "genindlæggelse inden for 30 dage" og "infektion efter operation".

Tabel 3 nedenfor viser det gennemsnitlige antal patienter, genindlæggelsesraten og infektionsraten for henholdsvis 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 HENHOLDSVIS OFFENTLIGE OG PRIVATE SYGEHUSE

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

* For privathospitalerne er dette udregnet som antallet af patienter, der får henholdsvis 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.

Ud over kvalitetsinformationen på www.sundhedskvalitet.dk gennemføres der årligt landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser (LUP), hvorfra der kan søges i resultaterne på www.sundhed.dk. For privathospitaler og klinikker med aftaler under det udvidede frie sygehusvalg er det obligatorisk at deltage i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, når det tilbydes (29). En sådan forpligtelse er der ikke altid i aftalerne i de enkelte regioner (3;33;34), selv om de regionale aftaler lægger sig meget op ad den centrale aftale for det udvidede frie sygehusvalg på kvalitetsområdet (35). 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. Knap 59 pct. af patienterne betegner det samlede indtryk af behandlingen som "virkelig godt" – det samme svarer 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 henholdsvis 2,4 og 0,7 pct. af patienterne ved de private sygehuse (36).

Kun på få områder ligger vurderingerne af de ambulante behandlinger ved privathospitalerne lavere end landsgennemsnittet. Det drejer sig om fejl i forbindelse med besøg i ambulatoriet og skade opstået under undersøgelse eller operation. Dette optræder for 3,5 pct. af de privat behandlede mod et landsgennemsnit på 3,0 pct. Når fejlen er sket, vurderer en større del (9,4 pct.) af patienterne, at privathospitalerne håndterer dette virkelig dårligt. Til sammenligning er landsgennemsnittet på 7,6 pct. En større andel af patienter behandlet ved privathospitaler vurderer, at samarbejdet med den kommunale hjemmepleje/

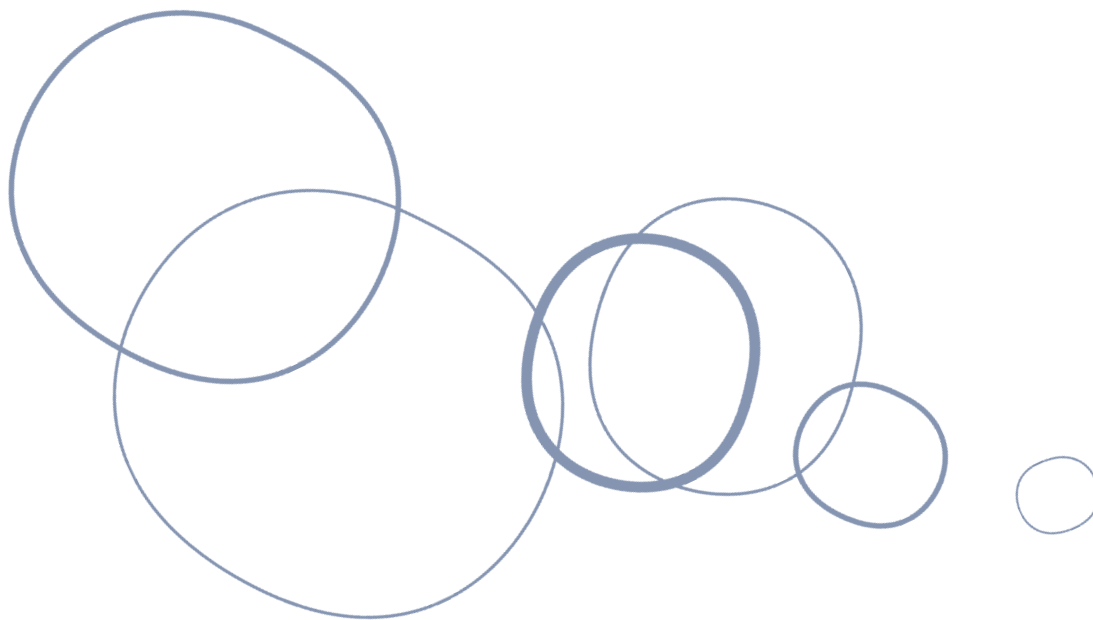
hjemmesygepleje, når dette fungerer dårligt, fungerer "virkelig dårligt" sammenlignet med vurderingerne fra landsgennemsnittet. Tallene er 5,8 pct. for patienter fra privathospitalerne sammenlignet med 4,2 pct. på landsplan. Ved samme spørgsmål er der dog også en større andel privatpatienter, der synes, at samarbejdet har været "virkelig godt" sammenlignet med 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 tryk ved hjemsendelse ligger privathospitalerne generelt højere end landsgennemsnittet i forhold til patienttilfredsheden (36). Dette billede er også fremtrædende, når man kigger på den behandlingsspecifikke patienttilfredshed hos ortopædkirurgiske patienter. Også her er der dog marginalt flere privatbehandlede 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 vurderer kom-

munikationen mellem hospital og kommune til at have fungeret "virkelig dårligt" i forhold til, hvad den gennemsnitlige patient vurderer. Der er dog også flere privatbehandlede, der vurderer, at kommunikationen har fungeret "virkelig godt", sammenlignet med 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 fx kun har været en kontaktperson, at informationsniveauet har været godt, eller at pårørende har været inddraget på en hensigtsmæssig måde.

Kvalitet i de enkelte regions 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 i de efterfølgende kontrakter. I Region Hovedstaden og Region Sjælland anvendes ligeledes journalaudits. I Region Sjælland foregår disse regelmæssigt ved, at en relevant sammensat gruppe af kvalitetspersonale og læger gennemgår 10-20 tilfældigt udvalgte journaler hos leverandøren. Dette ligger så 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, når nye udbud er gennemført. I Region Hovedstaden indberetter aftalesygehusene desuden kvartalsvis 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 henholdsvis gennemførelsen af journalaudits eller virksomhedsbesøg (35), selv om 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 kvaliteten (3). Selv om der i kontrakterne i dag specificeres, at privathospitalet/klinikken er forpligtet 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 størsteparten af kontrakterne er relativt korte (i Region Syddanmark skønnes det eksempelvis, at den 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, 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 end at sikre, at de private aftale-sygehuse indberetter og forpligter sig til at deltage i de landsdækkende patient-tilfredshedsundersøgelser. Årsagen kan dels være et ønske om at have en stærkere kontrol med kvaliteten end den, der opnås via de centrale databaser, dels at de centralt udviklede kvalitetstiltag ikke nødvendigvis er brugbare på mindre privathospitaler og klinikker. 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 afgrænse, hvad der er en sygehusydelse, og hvad der ikke er. Det kan være geografisk bestemt, idet 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. Selv om 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 privat og offentlig sektor siden 2007. Tabel 4 nedenfor viser tallene for klager til patientklagenævnet, mens tabel 5 viser 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 (37).

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. offentligt 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 (37). Antallet af klager stammer fra Region Syddanmarks patientkontor (38).

TABEL 5: FORDELINGEN AF ANTAL ERSTATNINGSSAGER TIL PATIENTFORSIKRINGEN FOR REGION SYDDANMARK

	2007	2008	2009
Visiterede patienter	3.015	10.385	7.347
Totalt antal erstatningssager	660	510	573
Andel vedr. offentligt 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 (37). Antallet af klager stammer fra Region Syddanmarks patientkontor (38).

Det fremgår af tabellerne, at antallet af klager har været svingende. 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 (37). Tallene dækker over antal henvendelser i modsætning til antal *afgørelser*.

3. Økonomisk effektivitet – og produktivitet

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 taget udgangspunkt i de gældende takster for diagnoserelaterede grupper, DRG-takster. 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 inden for 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 patienternes tyngde og behandlingsbehov. Hensigten med at bruge DRG-taksterne er at skabe incitamenter for sygehusene til at sikre, at de får deres omkostninger dækket gennem høj produktivitet og effektiv arbejdstilrettelæggelse. De faktiske behandlingsudgifter for regionerne skulle gerne dækkes jævnfør en nogenlunde ligelig fordeling af "dyre" og "billige" patienter inden for 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). Afhængig af, hvor mange sygehuse i det offentlige sundhedsvæsen der udfører den pågældende behandling, tages der udgangspunkt i de henholdsvis 25, 33 eller 50 pct. billigste. Selv om udgangspunktet for forhandlingerne om taksternes størrelse er blevet forbedret, 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 sygehus og klinikker ikke er forpligtet 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 inden

for samme 32 behandlingstyper er akut (39). Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderede, at akutforpligtelsen i 2005 udgjorde mellem 10-15 pct. af de offentlige sygehuses driftsomkostninger (41). 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 henholdsvis 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. (41).

Ud over akutforpligtelsen har de offentlige sygehuse forpligtelser i forhold til uddannelse af sundhedspersonale samt forskning. Disse forpligtelser har de private sygehuse ikke. På flere af privathospitalerne (bl.a. Hamlet) har man dog uddannelsesstillinger for både sygeplejersker og speciallæger (kirurger). Indenrigs-

og Sundhedsministeriet henviser til en undersøgelse fra 2005 på tre af Københavns Amts største sygehuse, der opgjorde den andel af driftsudgifterne, der vedrørte uddannelse til mellem 7-10 pct. (40). Skønsmæssigt vurderer samme rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at uddannelsesforpligtelsen i snit udgør mellem 5- 10 pct. af driftsomkostningerne på landets sygehuse (40).

Sidst, men ikke mindst, er der forskel på, hvilke patienter det offentlige behandler, og hvilke patienter der behandles inden for 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 én 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 incitamenter 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 hospicer er udeladt, og kun behandlingsforløb på private sygehuse, hvor behandlingen er betalt af regionerne, er medtaget.

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2008 (41).

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 diagnoserelaterede grupper og procedurer på henholdsvis 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 viser, at det gennemsnitlige antal sengedage ved behandling på et privat sygehus er markant lavere for alle de viste behandlinger sammenlignet med det gennemsnitlige antal sengedage på et offentligt sygehus. Med det fokus, der gennem de sidste årtier har været på at nedbringe liggetider, 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 SYGEHUS.

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: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (41).

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. Der er dog ikke nødvendigvis tale om en beregnende eller kritisabel adfærd i det private sygehusvæsen. Tallene i tabel 7 er lige så vel et udtryk for, at privathospitalerne kun får henvist de lettere og mindre plejekrævende patienter, fordi de mere komplicerede patienter rådes til at forblive i det offentlige system på grund af 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. Dog må en afregning baseret på gennemsnitsomkostninger i det offentlige sundhedsvæsen formodentlig betragtes som overkompenserende for de private sygehuses omkostninger, når der ses på patienttyngden og de ekstra forpligtelser hos de offentlige sygehuse. 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 (41). CEPOS anslår overkompensationen til at være i størrelsesordenen 5-44 pct. (42).

En uheldig konsekvens af opdelingen af lettere og sværere patienter på henholdsvis 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 DRG-taksterne – som sidenhen har udgjort grundlaget for afregningen med de private leverandører. I dette lys er det dog relevant at holde in mente, hvor relativt små omkostningerne til privatbehandling under det udvidede frie sygehusvalg er sammenlignet med 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 det udvidede frie sygehusvalg, efter at taksterne er sat ned (9).

Suspensionen af det udvidede frie sygehusvalg i november 2008 (på grund af sygeplejestrejken) blev skelsættende i forhold til regionernes udgifter til sygehusydelse under det udvidede frie sygehusvalg. Der kom dels en ny prisaftale 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 Midtjylland illustreres dette i tabel 8, der viser store variationer i udgifterne til det udvidede frie sygehusvalg i perioden 2007-2010.

TABEL 8: UDGIFTER I REGION MIDTJYLLAND TIL PATIENTER BEHANDLET UNDER AFTALE OM DET UDVIDEDE FRIE SYGEHUSVALG

	2007	2008	2009	Foventet 2010
Udgifter ifm. det udvidede frie sygehusvalg	171,0 mio. kr.	271,1 mio. kr.	188,8 mio. kr.	206,1 mio. kr.

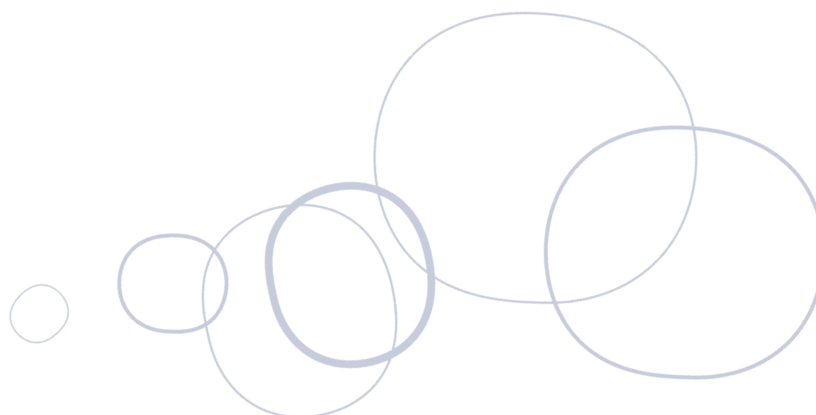
Kilde: Region Midtjylland: Notat om "Vanskeligt styrbare områder i Region Midtjylland", Nov. 2010 (43).

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 pct. 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" (42).

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



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 offentliggjort i beretningen fra samme om "Pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse" fra 2009 (44).

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 %

Hvorvidt privathospitaler er mere effektive end de offentlige hospitaler synes at blive et holdningsspørgsmål. Sammenligningen er svær, idet opgave- og planlægningskompleksiteten på de offentlige sygehuse er så meget voldsommere end i det private. Dertil kommer forskellene i patientsammensætningen. Ovennævnte viser således 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.

4. Reguleringsmæssige og markedsmæssige barrierer

Når man spørger de enkelte regioner, om de oplever reguleringsmæssige eller markedsmæssige barrierer for inddragelse af private medspillere i leveringen af sundhedsydelser 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 gå på kvaliteten af de ydelser, der leveres under aftalen om det udvidede frie sygehusvalg. Det opleves således som svært at sikre, at kvaliteten er god, og det bekymrer, om den kan måle sig med kvaliteten i det offentlige.

Årsagen kan muligvis være, 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, at en hvilken som helst leverandør, der kan påvise at leve op til minimumskravene, har ret til at få en aftale inden for det udvidede frie sygehusvalg. I Danske Regioner opfattes dette da også som en væsentlig udfordring ved det udvidede frie sygehusvalg.

På baggrund af en række sager om kvaliteten ved udførte mammografier i slutningen af 2009 og begyndelsen af 2010 har de enkelte regioner og Danske Regioners mulighed for at kontrollere de private leverandører og kvaliteten af deres arbejde været genstand for bevågenhed (30). Konkret overvejer Indenrigs- og Sundhedsministeriet p.t. at indføre registrering af private le-

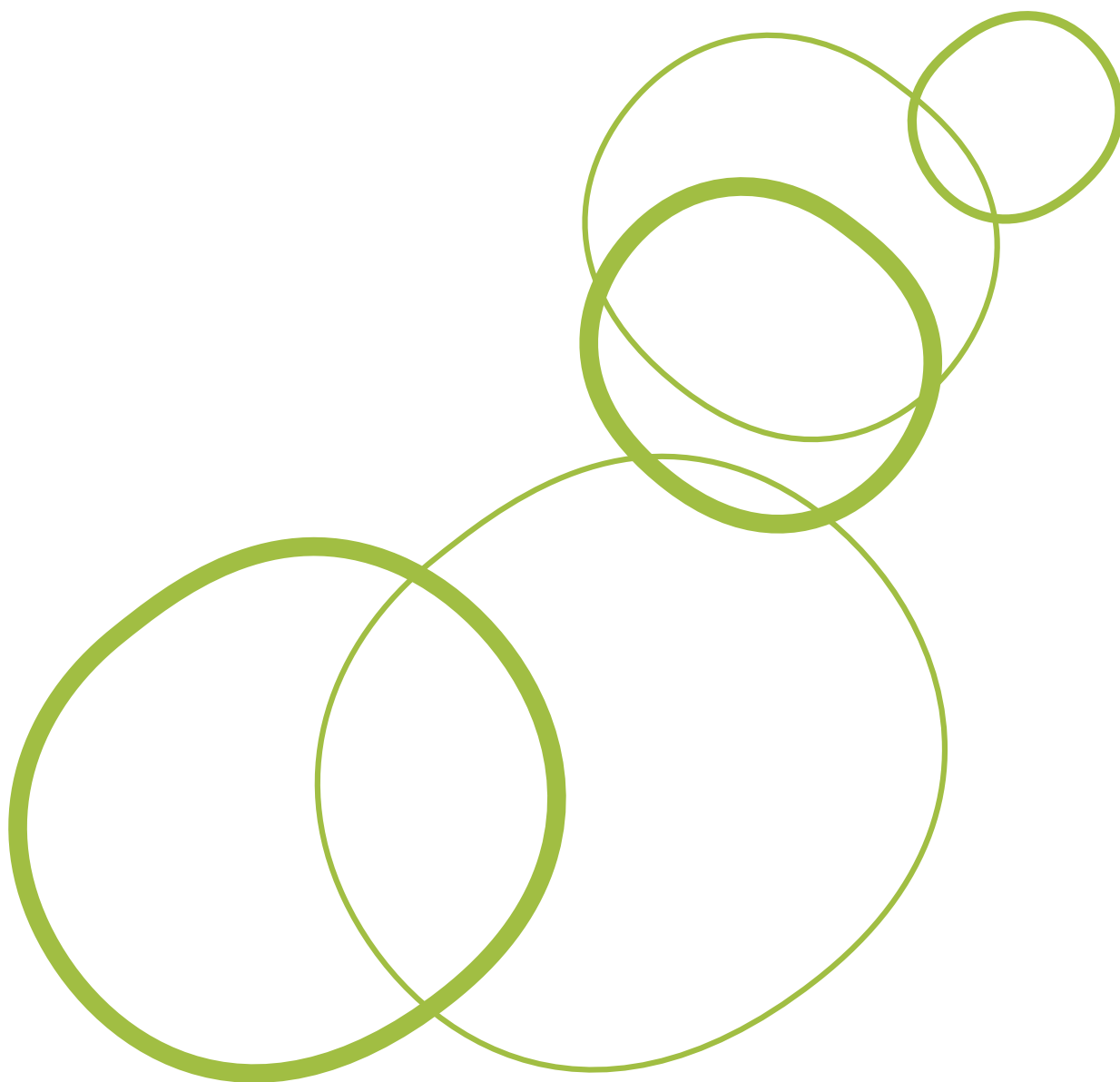
verandører af kliniske mammografier og på baggrund heraf at føre et proaktivt tilsyn (30). Myndighedsansvaret hos regionerne er desuden blevet skærpet, og der er skabt fokus på behovet for bedre at kunne kontrollere kvaliteten, og på at dette skal være en del af kontraktgrundlaget med leverandørerne.

Når man ser på antallet af tilbud, der er indkommet i forbindelse med Region Hovedstadens udbud af MR-skanninger, ortopædkirurgiske procedurer, rygkirurgi og grå stær-operationer må der vurderes at være et reelt marked for disse sundhedsydelser. Det betyder, at prisfastsættelsen i økonomisk forstand må antages at være optimal. Udbuddet af koloskopier i Region Midtjylland med 12 tilbud peger også på en reel konkurrenceudsættelse her. For udbuddet af fedmeoperationer i Region Nordjylland, er konkurrenceudsættelsen mere tvivlsom. Med kun tre tilbud på udbuddet er det knap så sikkert, at prisfastsættelsen her er sket på markedsvilkår. Region Syddanmark har haft udbudt hjerteoperationer, hvortil der dels kun kom to tilbud, hvoraf ingen af dem opfyldte betingelserne for 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 på, at der i juridisk forstand kan være nogle barrierer, der gør, at en leverandør ikke er i stand til at leve op til et udbud, men alligevel godt kan levere ydelsen. Sidenhen er det besluttet i Region Syddanmark, at det ikke

er nødvendigt med 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 ikke så overraskende, idet større beredskab og dyrere udstyr medfører en større risiko ved at starte op som privat. Derfor er det også sandsynligt, at den nuværende tilstedeværelse af et privat marked for sundhedsydelser kan tilskrives de gunstige takster, der har været for privathospitalerne

i en periode. Det stemmer godt overens med, at der er en tendens til, at regionerne har haft de ydelser i udbud, hvor der, jf. Rigsrevisionens liste i tabel 9, var de største besparelser at hente gennem udbud. 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.



5. Diskussion og konklusion

Aftalerne med de private sygehuse og klinikker under det udvidede frie sygehusvalg udgør i større eller mindre grad end ellers manglende "bufferkapacitet" i de enkelte regioners behandlingstilbud. Bufferkapaciteten er nødvendig dels på grund af en i øvrigt stram styring og manglende overkapacitet og dels på grund af 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 dem, Danske Regioner centralt har kunnet forhandle hjem med Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (BPK) (44).

De fastsatte takster i aftalen om det udvidede frie sygehusvalg (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 fastmængdeaftaler, 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 det udvidede frie

sygehusvalg) har man i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark etableret friklinikker, der kun har planlagt 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.

Aftaler på konkurrencevilkår

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 det udvidede frie sygehusvalg, 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 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 noget 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 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.).

Kontrol med kvaliteten

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 det udvidede frie sygehusvalg, 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 hertil 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 inden for regionerne stor forskel på, i hvor høj grad man sørger for at sikre – og efterfølgende monitorere – kvaliteten af de behandlinger, som man betaler for i privat regi. Det umiddelbare indtryk er, 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, fæster 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.

Kvalitet og patienttilfredshed

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 privatopererede patienter. Der observeres i stedet en, om end marginal, højere andel af rapporterede fejl blandt patienter behandlet privat i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (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.

På nuværende tidspunkt er der ikke tilstrækkelige oplysninger om området til at konkludere, om der er forskel på kvaliteten i det offentlige og private eller ej. 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 henholdsvis det offentlige og det private system.

Økonomi og prisfastsættelse

Også når det gælder de økonomiske forhold er konklusionen i denne rapport, at datagrundlaget gør en meningsfuld sammenligning vanskelig. 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.

Overordnede konklusioner

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 bruger 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.

Det har ved samtaler 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 det udvidede frie sygehusvalg. I Region Syddanmark tyder dette arbejde – også på længere sigt på at have haft den sideeffekt, at efterspørgslen efter behandling er faldet.

Det er sandsynligt, at definitionen af indikationskriterier for behandling kunne løse nogle af de udfordringer i forhold til sam-

menligning 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 selekttere 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 også inden for mere økonomisk sammenlignelige grupper.

Afslutningsvist må det siges, at vi i Danmark må betragtes som uerfarne i forhold den optimale brug af private leverandører inden for området af sygehuse og sydelser. Der er formentlig meget tilbage at lære, og den fortsatte omorganisering på baggrund af erfaringsdannelsen i de enkelte regioner tegner sit eget tydelige billede heraf. 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 data-mangel, 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, Hindsø K, Iversen MG. Udvikling og afregningsmønster for kirurgi i privat og offentligt sygehusregi i Danmark 2004-2008. Ugeskrift for Læger 2009 Maj 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 referencetakster 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 "overbetalings-sagen"? 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 Kommunal-Forskning; 2009.
- 18) Løn på privathospital: 3000 kroner i timen. B.T. 05.01. 2010.
- 19) Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen. Udbud og regler. 2010.
- 20) Udbudsrådet. Kommissorium for Udbudsrådet. 2010.
- 21) Danske Regioner. Tildelte EU-udbud. 2010.

- 22) Mailkorrespondance med juridisk specialkonsulent Sidsel Marcussen, Region Midtjylland, den 20.01. 2011.
- 23) 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.
- 24) Kehlet H. Monitorering og kvalitet af den kirurgiske behandlingsindsats. Status og forslag til en handlingsplan. Ugeskrift for Læger 2006 Dec. 4;168(49):4324-7.
- 25) 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 ortopædikirurgiske afdelinger i Danmark. Ugeskrift for Læger 2006 May 29;168(22):2139-43.
- 26) Funch-Jensen P, Iversen MG, Kehlet H. Fedmekirurgi i Danmark – er vi på rette vej? Ugeskrift for Læger 2006 Dec. 8;168(50):4128-30.
- 27) Danske Regioner. Aftale mellem Danske Regioner og BPK om vilkårene for private sygehuse og klinikker vedr. udvidet frit valg. 2009.
- 28) Hamlet har fået kvalitetsstempel. Privathospitalet Hamlet 2011 [cited 2011 Jan 27]; Available from: URL: www.hamlet.dk
- 29) Danske Regioner. Bilag 1 til aftale mellem Danske Regioner og BPK. 2009.
- 30) Rigsrevisionen. Notat til Statsrevisorerne om beretning om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. 2011.
- 31) Sundhedsstyrelsen. Tilsynslisten. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- 32) Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedskvalitet.dk. København: 2010.
- 33) Telefonsamtale med Mette Søgaard Andersen, Region Hovedstaden den 06.12. 2010.
- 34) Løbende korrespondance med Jacob Bertramsen i Region Nordjylland, den 06.01. 2011.
- 35) Opfølgende samtale med Rikke Winther Strunge i Region Syddanmark, den 20.01. 2011.
- 36) Patientoplevelser – ambulante patienter. Sundhed.dk den 09.11. 2010.
- 37) Region Syddanmark. Udvisitering af patienter til private hospitaler – den regionale visitation – bilag 17b -_Udvis_2007-2010_-S...til sygehusledelsesmøde den 21.12. 2010.
- 38) Region Syddanmark. Oversigt over patientklager og erstatningssager i Region Syddanmark – materiale fra Susanne Fritzen ved Region Syddanmarks Patientkontor. 2010.
- 39) Sundhedsstyrelsen. Udredning om afregning med private sygehuse. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.

- 40) Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet. København: 2007.
- 41) Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.
Offentligt tilskud til private sygehuse. 2008.
- 42) Christoffersen H, Larsen KB.
Omkostningsniveauet i offentlig og privat produktion af sygehuseydelse – fakta og fremtidsperspektiver. København: CEPOS; 2009.
- 43) Region Midtjylland. Vanskeligt styrbare områder i Region Midtjylland. Viborg: 2010.
- 44) Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse. 2009.

