

Privathospitaler, sundhedsturisme og vækstpoten- tialer

14. januar 2013

CEPOS

Forfatter(e):
Christian Jervelund, Partner Copenhagen Economics
Mia Amalie Holstein, Chefkonsulent Cepos

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sammenfatning	5
1 Globale trends	6
1.1 Stor international efterspørgsel efter sundhedsydelser	6
1.2 Stor vækst i sundhedsturisme	7
1.3 Singapore – Asiens centrum for sundhedsydelser	8
1.4 Danmarks potentiale som nordens centrum for sundhedsydelser	10
2 Privathospitalerne som vækstmotor	12
2.1 Stærk sundhedsklynge	12
2.2 Hvorfor er de danske privathospitaler ikke med?	13
2.3 Hvad er potentialet ved en stor privathospitalssektor?	14
2.4 Er der barrierer for sundhedsturisme?	17
2.5 Frankrig og Sverige er i dag foran Danmark	18
3 Hvad kræver omstillingen?	20
3.1 Konkurrence i sundhedsvæsenet - udbudssiden	20
3.2 Information til patienterne - efterspørgselssiden	20
3.3 Takststyringssystemet	21
3.4 Politisk modstand	22
4 Konklusion	23

Oversigt over tabeller

Tabel 1 Forventede forbrugerudgifter til sundhed i Asien, mio. USD	7
Tabel 2 Økonomiske fordele ved eksport af sundhedsydelser	9
Tabel 3 Stærk sundhedsklynge (2010)	12
Tabel 4 Privathospitalernes specialisering	13
Tabel 5 Danmarks, Sveriges og Frankrigs udestående tilgodehavender (2004)	18

Oversigt over figurer

Figur 1 Fremskrivning af de offentlige sundhedsudgifter for EU15 og OECD som pct. af BNP	6
Figur 2 Antal amerikanere, der rejser udenlands for at få sundhedsydelser	7
Figur 3 Antal udenlandske patienter i Singapore	9

Forord

Privathospitalerne er under pres. På kort tid er opgang vendt til nedtur og privathospitalerne melder om ondt i økonomien. Omsætningen er faldet og massive underskud truer med at udløse flere konkurser. Der er ingen tvivl om, at en omstilling er nødvendig, hvis privathospitalerne også skal være en del af fremtidens sundhedsvæsen.

Men der er optimisme at spore. Det er nemlig regeringens forventning, at danske sundheds- og velfærdsvirksomheder har et godt udgangspunkt for at udnytte den øgede internationale efterspørgsel efter sundheds- og velfærdsløsninger. Og det er regeringens målsætning, at Danmark i højere grad skal udnytte de erhvervsmæssige styrkepositioner til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark.

Det var på den baggrund, at vi stillede os selv de tre spørgsmål: "Hvordan ser efterspørgslen efter sundhedsydelser ud i et internationalt perspektiv, og hvordan vil den udvikle sig?", "Hvilken rolle kan danske privathospitaler spille i denne udvikling til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark?" og "Hvordan kan regeringen bedst understøtte denne udvikling?"

Vi har derfor over sommeren og efteråret 2012 gennemført en række interviews med aktører fra regionerne, privathospitaler, offentlige hospitaler og lægemiddelindustrien. Med det formål at få input fra de mennesker, der er tæt på hospitalerne i dagligdagen til at besvare ovenstående spørgsmål. Vi har derudover læst og behandlet en lang række statistikker og rapporter fra både ind- og udland.

Resultatet er et notat, der tilbyder fakta, analyser og ideer til, hvordan regeringens målsætning kan udmøntes i praksis. Notatet er både henvendt til politikere samt private og offentlige aktører.

Copenhagen Economics og CEPOS har ingen formel tilknytning til hinanden. Men som tidligere kolleger i Copenhagen Economics taler vi jævnlig sammen (Christian og Mia) fordi vi begge har sundhedsvæsenet som fokusområde.

Sammenfatning

I Danmark – såvel som i mange andre lande verden over – er den aldrende befolkning, de almindelige velfærdsstigninger og udviklingen af ny teknologi med til at generere en enorm efterspørgsel efter sundhedsydelser. Faktisk er efterspørgselspresset så stort, at væksten i landenes sundhedsudgifter ofte overstiger den generelle økonomiske vækst. Presset udmønter sig i lange ventelister fordi udbuddet rationeres og patienter, der i stadigt stigende grad søger behandling uden for hjemlandets grænser.

Den store efterspørgsel verden over er en udfordring for landene, men også en mulighed. Der er eksempelvis et stort potentiale, hvis stærke, danske privathospitaler formår at gribe den stigende internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser – til gavn for privathospitalet, men også for vækst og beskæftigelsen i Danmark. Denne mulighed hjælpes på vej af et nyt EU-direktiv, der fra 2013 baner vejen for et stærkere og mere integreret indre marked for sundhedsydelser i EU. Patienter kan lettere vælge mellem landene og hospitaler kan åbne afdelinger i andre lande. Og den danske regering har gjort det til sin målsætning, at Danmark i højere grad skal udnytte sine erhvervsmæssige styrkepositioner på sundheds- og velfærdsområdet globalt.

Men meldingen fra de danske privathospitaler er klar: Branchen er svækket. Privathospitalerne har ondt i økonomien og konkurser truer branchen. Det skyldes for det første, at de sidste års store takstreduktioner har presset privathospitaler på indtjeningen. For det andet har regionerne hjemtaget flere af de behandlinger, som de private hospitaler traditionelt har udført. For det tredje har sundhedsmyndighederne skærpet regler for, hvornår man som patient kan blive indstillet til fx fedmeoperationer på det offentlige regning; et marked som privathospitalerne dominerede. En omstilling er nødvendig, hvis danske privathospitaler fremadrettet skal kunne gribe den øgede internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser.

En svækket privathospitalssektor er således ikke kun et anliggende for privathospitalerne. Det har også betydning for samfundet. Potentialet for eksport, vækst og jobskabelse inden for sundhedssektoren drevet af den globale efterspørgsel, kan gå Danmarks næse forbi i fraværet af en stærk privat hospitalssektor. Dette potentiale skal både findes i udnyttelsen af EU's indre marked, fx med hensyn til opbyggelsen af stærke internationale hospitalskæder, men også i forhold til den globale stigning i sundhedsturismen. Og man kan ikke forvente, at de offentlige hospitaler kan gribe denne efterspørgsel: Offentlige institutioner eksporterer almindeligvis ikke! Både udenlandske og indenlandske erfaringer tyder på, at en stærk privathospitalssektor er nødvendig.

I Sverige udgør privathospitalernes markedsandel ca. 12 pct. Sverige er således et af de lande, som høster gevinsten af mere privat engagement i sundhedssektoren. Fx driver Capio, en svensk, privat sundhedsvirksomhed, det offentlige St. Görans sygehus i Stockholm. Capio har derudover oparbejdet ekspertise, så de kan konkurrere i lande som fx Tyskland og England, hvor selskabet har åbnet hospitaler, der sikrer indtjening til Sverige gennem innovation, specialisering og stordriftsfordele. Og succesen er stor. I 2006 udgjorde Capios eksport ca. 10 mia. svenske kr. Kan danske privathospitaler fostre en sådan virksomhed?

Singapore har satset målrettet på sundhedsturisme. Mens andre lande forsøger at bremse deres sundhedsudgifter, har Singapore brugt milliarder af dollars på at øge deres kapacitet. Koblet med marketingsinitiativer har det medført, at Singapore på 10 år er blevet et populært sted for patienter fra hele Asien. Singapore vurderer, at sundhedsturismen i dag udgør ca. 1 pct. af deres BNP, svarende til 13,9 mia. kr. og har skabt 13.000 jobs. Kunne Danmark blive nordisk centrum for sundhedsturisme?

Det er vores vurdering, at der ikke er betydelige juridiske og administrative barrierer til hinder for, at privathospitalerne griber den internationale efterspørgsel. Til gengæld er der en række rammevilkår, som gør det sværere for privathospitalerne at finde fodfæste i markedet for danske sundhedsydelser og vokse sig til en størrelse, som gør, at de kan ekspandere og/eller tiltrække sundhedsturister udefra. Vi vurderer, at manglende information om behandlingskvalitet og politisk modvilje er eksempler på sådanne rammevilkår.

Kapitel 1

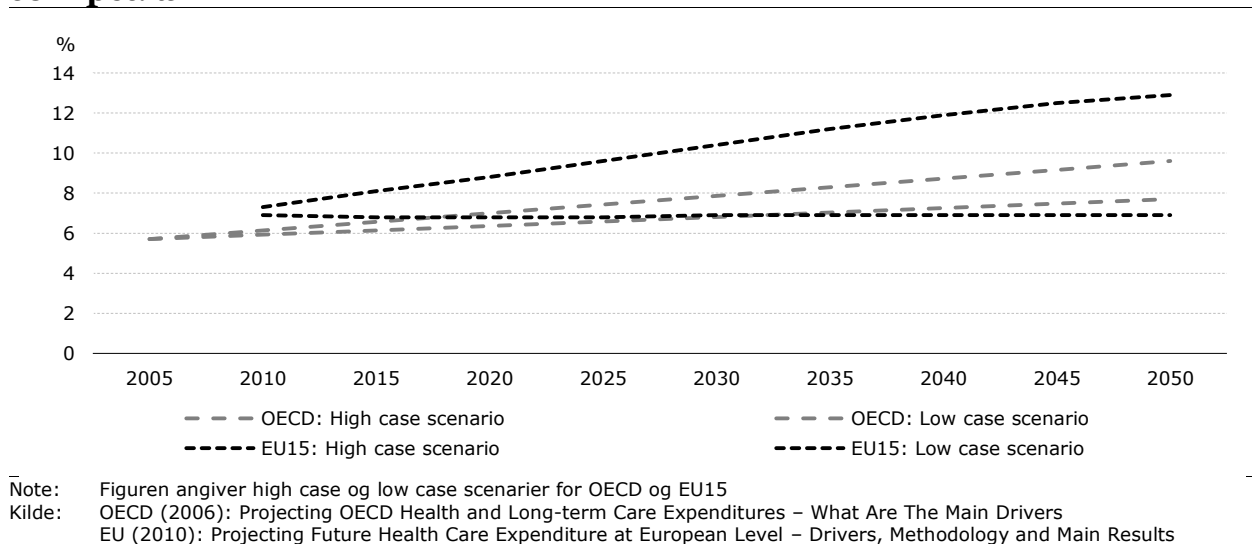
Globale trends

Sundhedsområdet i Danmark er udsat for et stigende udgiftspres. Det skyldes for det første, at Danmark har en aldrende befolkning, og idet ældre i gennemsnit har et større forbrug af sundhedsydelser end yngre, vil det føre til stigende sundhedsudgifter. For det andet er den teknologiske udvikling på sundhedsområdet med til at øge udgifterne til sundhed. Eksempelvis bevirker indførslen af nye behandlingsmetoder, at lægerne kan tilbyde højere kvalitet til glæde for patienterne. Men ofte betyder nye behandlingsmetoder også, at der introduceres behandlinger, som er mere kostbare end de gamle, samt at det er muligt at behandle patienter, som tidligere ikke ville have fået tilbuddet. For det tredje er de almindelige velfærdstigninger med til at stimulere efterspørgslen hos både yngre og ældre. Jo højere befolkningens velstand er, desto større er presset for kvalitet i de offentlige tilbud. For det fjerde er stigningen i antallet af livsstilssygdomme og kronikere også med til at drive udgifterne på sundhedsområdet i vejret.¹

1.1 Stor international efterspørgsel efter sundhedsydelser

Den globale efterspørgsel efter sundhedsydelser er stor af mange af de samme årsager. Faktisk er den globale efterspørgsel så stor, at væksten i de samlede offentlige sundhedsudgifter forventes at overstige den generelle økonomiske vækst, jf. figur 1. Frem mod 2050 forventes den gennemsnitlige årlige vækst i OECD-landenes sundhedsudgifter i selv det mest restriktive scenarie at være 0,7 pct. højere end væksten i BNP.²

Figur 1 Fremskrivning af de offentlige sundhedsudgifter for EU15 og OECD som pct. af BNP



¹ Velfærdskommissionen (2006): Fremtidens velfærd – vores valg

² Egne beregninger på baggrund af data fra OECD (2006): Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures – What Are The Main Drivers

Det er ikke kun i højdindkomstlandene, at efterspørgslen efter sundhedsydelser er stor. Fremover må man forvente, at efterspørgslen efter sundhedsydelser i de nye vækstøkonomier i Asien og Latinamerika vil stige i takt med, at den økonomiske velstand øges, og middelklassen bliver større. Tabel 1 angiver den årlige vækst i de forventede forbrugerudgifter til sundhed i Asien i perioden 1999-2030.

**Tabel 1 Forventede forbrugerudgifter til sundhed i Asien, mio. USD
(fremskrivning til 2030)**

Land	1999	2015	2030	Årlig vækst 99-30
Japan	301.085	421.974	591.401	2,2 %
Kina	11.423	64.593	365.250	11,8 %
Taiwan	19.274	36.759	70.106	4,3 %
Korea	16.484	30.584	56.745	4,1 %
Indien	11.423	26.343	60.751	5,5 %
Hong Kong	4.786	8.505	15.114	3,8 %
Singapore	2.073	3.930	7.450	4,2 %

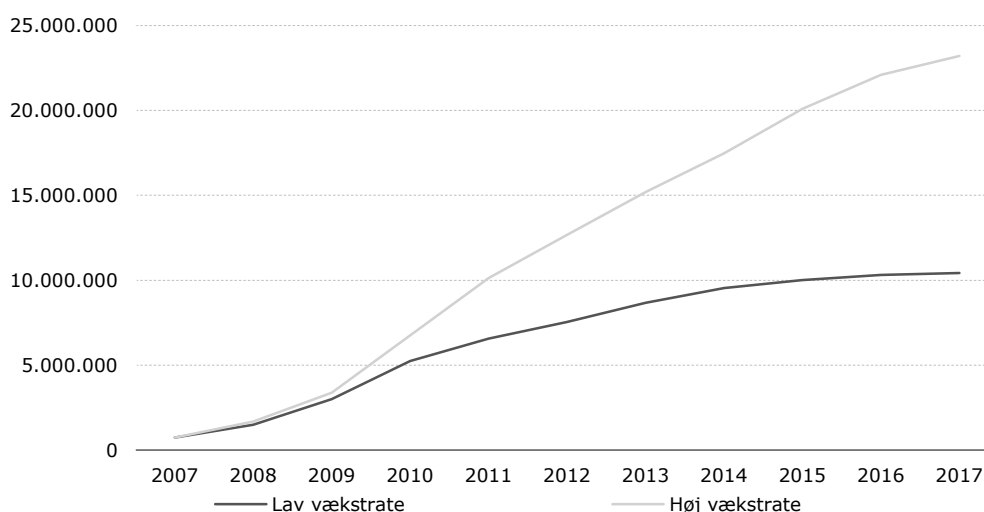
Kilde: Euromonitor (2001): International Marketing Forecast

Den store efterspørgsel efter sundhedsydelser i Danmark er en udfordring for det danske sundhedsvæsen, men også en mulighed. Der er et stort potentiale, hvis danske virksomheder formår at gribe den øgede internationale efterspørgsel. Det vil skabe vækst og beskæftigelse i Danmark.

1.2 Stor vækst i sundhedsturisme

Meget tyder på, at markedet for sundhedsturisme er stærkt voksende. I 2007 søgte ca. 750.000 amerikanere eksempelvis behandling i udlandet. Dette tal forventes at stige kraftigt de kommende år, jf. figur 2, og meget litteratur tyder på, at den samme tendens er gældende for resten af verden³.

Figur 2 Antal amerikanere, der rejser udenlands for at få sundhedsydelser



Note: Cirka 750.000 amerikanere rejste i 2007 udenlands for at købe sundhedsydelser. Efter 2010 forventes det, at vækstraten vil aftage på grund af kapacitetsbegrænsninger på de primære markeder for sundhedsturisme.

Kilde: Deloitte Center for Health Solutions (2008): Medical Tourism, Consumers in Search of Value

³ Der foreligger ikke officielle tal for det samlede globale marked for sundhedsturisme.

Men det er ikke kun amerikanere, der rejser til udlandet for at få behandling. I 2008 søgte omkring 400.000 udlændinge behandling i USA og brugte omkring 5 mia. dollars.⁴

Der er forskellige årsager til, at folk vælger at købe sundhedsydelser i udlandet. Grundlæggende er prisen ikke den afgørende faktor. I en undersøgelse foretaget af McKinsey⁵ blandt sundhedsturister svarer:

- 40 % at de søger verdens mest avancerede og nyeste teknologier for sundhedsydelser
- 32 % at de søger højere kvalitet af sundhedsydelser end de kan opnå i hjemlandet
- 15 % at de søger hurtigere adgang til sundhedsydelser grund ventelister i hjemlandet
- 9 % at de søger lavere priser for nødvendige medicinske behandlinger
- 4 % at de søger lavere priser for typer af behandlinger som plastikkirurgi, fedmekirurgi, ortopædisk kirurgi, og rhinoplastik (næseoperationer)

Drivkraften bag øget global samhandel indenfor sundhedsydelser er grundlæggende tre ting. For det første er global samhandel båret af privathospitalernes ønske om at få adgang til store markeder – et ønske som typisk er fremherskende i sektorer med betydelige stordriftsfordele.⁶ Det kan således betale sig for privathospitalerne at specialisere sig og tilbyde behandlinger på det globale marked. For det andet sætter patienterne pris på en stor variation i udbuddet af sundhedsydelser. Årsagen er, at en stor variation øger chancen for at finde præcis den behandling, der passer bedst til den pågældende patient. Det kan være at modtage den nyeste behandling, den bedste behandling eller en bestemt behandling. Endeligt kan global samhandel også forklares ved et effektivitetsargument. I kraft af at patienter vælger at 'shoppe' rundt efter sundhedsydelser øges konkurrencen mellem hospitalerne på tværs af landegrænser, hvilket fører til lavere priser og mere sundhed for pengene.

1.3 Singapore – Asiens centrum for sundhedsydelser

Singapore et af de lande, der bruger milliarder af dollars på at opgradere sine sundhedsfaciliteter. Landet har allerede et unikt omdømme i Asien som global sundhedsudbyder, og i fremtiden forventes flere og flere patienter fra især Indien og Kina at søge til Singapore for behandling.

"Singapore Medicine", et partnerskab mellem det offentlige og industrien etableret i 2003, har til formål at fremme Singapore som et regionalt medicinsk centrum for sundhedsturisme.

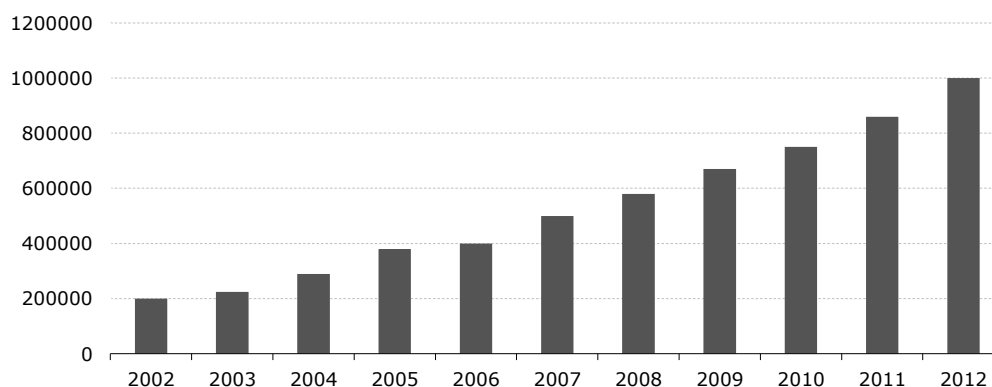
Antallet af udenlandske patienter behandlet i Singapore steg fra 200.000 til 400.000 mellem 2002 og 2005, en stigning på over 20 pct. om året. I 2009 havde Singapore over 660.000 udenlandske patienter.⁷ Singapores regering håber at øge antallet af udlændinge, der kommer til Singapore for lægebehandling til 1 million om året i 2012, jf. figur 3.

⁴ Deloitte Center for Health Solutions (2008): Medical Tourism, Consumers in Search of Value

⁵ The McKinsey Quarterly Health care (2008): Mapping the market for medical travel.

⁶ Stordriftsfordele betyder, at der er en omkostningsfordel ved at være en stor virksomhed, idet omkostningen ved en behandling falder som antallet af behandlinger, som hospitalet udfører, stiger. Herved kan det betale sig, for hospitaler at specialisere sig i en bestemt type behandlinger.

⁷ The Singapore Economic Development Board (2012)

Figur 3 Antal udenlandske patienter i Singapore**Antal patienter**

Kilde: Singapore Healthcare Sector (http://www.rafflesmedicalgroup.com/ImgCont/249/suisse_Stronggrowth%20diagnosis.pdf)

Effekten af dette fokus er, at Singapores omsætning indenfor sundhedsturisme for 2012 forventes at udgøre 13,9 mia. danske kr. om året svarende til 1 pct. af BNP og 13.000 nye arbejdspladser, jf. tabel 2.⁸

Tabel 2 Økonomiske fordele ved eksport af sundhedsydelser

	2000	2007	2012 (E)
Antal udenlandske patienter	147.000	500.000	1.000.000
Omsætning i alt* for:			
- Patienter	DKK 1,6 mia.	DKK 5,6 mia.	DKK 11,1 mia.
- Ledsagere	DKK 0,37 mia.	DKK 1,4 mia.	DKK 2,8 mia.
Andel af BNP:			
- Sundhedsydelser	0,20 %	0,55 %	0,95 %
- Turisme i forbindelse med behandling	0,05 %	0,10 %	0,15 %
Jobs i sundhedssektoren som følge af udenlandske patienter	Basis år	5.100	13.000

Note: *Valutakurs på 4,64 (29.05.12) er blevet brugt til omregning af \$ til DKK. (E) angiver, at tallene er estimater.

Kilde: http://app.mti.gov.sg/data/pages/507/doc/ERC_SVS_HEA_Annex1.pdf (fra 2005) og The Singapore Economic Development Board (2012)

Ifølge 'Singapore Medicine' vælger udlændige at rejse til Singapore for at få medicinsk behandling pga. følgende:

- Brandet "Singapore": excellence, efficiency and effectiveness
- Sikkert miljø – generelt et stabilt land, der er trygt at befinde sig i
- Let tilgængeligt fra hele verden og god infrastruktur
- Engelsk er primære sprog for uddannelse og forretningsaktiviteter
- Omkostninger: Selvom omkostningerne ved behandling ofte er større end i resten af Asien, så tjener de sig ofte hjem igen i form af kortere hospitalsophold.
- Mødested for professionelle i sundhedsindustrien og er samtidig regionens center for forskning og kliniske tests på området.
- International akkreditering og certificeringer – kliniske resultater bliver publiceret offentligt

Mange af disse parametre er formentligt også gældende for Danmark. Kunne Danmark blive et nordisk centrum for sundhedsydelser?

⁸ http://www.hpm.org/Downloads/Events/FTD-Konferenzen/BS-0051_Handout_FTD_12-08_Singapore_4.pdf

1.4 Danmarks potentiale som nordens centrum for sundhedsydelser

Danmarks eksport af sundhedsydelser til andre lande er til sammenligning med Singapores ubetydelig. Og det på trods af, at Danmark har store erhvervsmæssige styrkepositioner indenfor sundhedsområdet og måske relativt nemt kunne opbygge en stærk privathospitalssektor.

Der er flere lighedspunkter mellem det, som udenlandske sundhedsturister efterspørger og hvad det danske sundhedsvæsen kan tilbyde. Fx er Danmark kendetegnet ved fokus på god kvalitet, et sikkert miljø, et stærkt brand og god infrastruktur etc. Danmark står også stærkt, når det kommer til klinisk forskning inden for blandt andet diabetes, hjerte-kar-sygdomme, centralnervesystemet og onkologi, hvor der er tradition for kliniske interventionsforsøg, hvor forskellige medicinske behandlinger sammenlignes. Hvis Danmark formår at tiltrække flere sundhedsturister, er der desuden potentiale for, at Danmark også kan blive endnu stærkere på områder som klinisk forskning. Danmark er nemlig internationalt et attraktivt land at udføre denne type forskning i på grund af vores homogene, forskningsvelvillige og fuldt registrerede befolkning.⁹

Endvidere foreligger der rent juridisk en reel mulighed for, at Danmark kan øge sin eksport/import af sundhedsydelser. På et rådsmøde den 28. februar 2011 blev et "EU-direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser" formelt vedtaget for EU's medlemslande – med krav om, at alle medlemslande gennemfører direktivet senest den 25. oktober 2013. EU-direktivet går i sin helhed ud på at skabe endnu større klarhed vedrørende patienters ret til at modtage lægehjælp i en anden medlemsstat for at sikre en mere generel og effektiv anvendelse af friheden til at gøre brug af og levere sundhedsydelser på tværs af landegrænser i EU. Desuden sikrer direktivet, at de nødvendige krav med hensyn til sikre og effektive sundhedsydelser af høj kvalitet opfyldes, når der er tale om grænseoverskridende ydelser.

Direktivet fastsætter blandt andet følgende:

- Overordnet set vil patienter få lov til at modtage sundhedsydelser i en anden medlemsstat og få refunderet op til niveauet for udgifterne, som ville have været gældende, hvis behandlingen var blevet udført i hjemlandet.
- Medlemslandene skal etablere 'nationale kontaktpunkter', hvor patienterne kan få information omkring deres rettigheder og praktiske aspekter af modtagelse af sundhedsydelser på tværs af landegrænser.

De lovgivningsmæssige muligheder for øget eksport af sundhedsydelser eksisterer således allerede, og i EU-regi er der et stærkt fokus på øget europæisk samarbejde om sundhedsydelser.

Endeligt stemmer øget sundhedsturisme godt overens med regeringens målsætning om, at Danmark i højere grad skal udnytte de erhvervsmæssige styrkepositioner indenfor sundheds- og velfærdsløsninger, jf. boks 1.

⁹Sundhedsministeriet: Klinisk forskning i Danmark - Tid til handling
http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/klinisk.ashx

Boks 1 Regeringens satsning på sundheds- og velfærdsløsninger

Regeringens erhvervs- og vækstpolitik består af to delelementer. Dels ønsker regeringen at styrke af virksomhedernes generelle vækstvilkår og dels at foretage en fokuseret indsats på erhvervsområder, som har et særligt potentiale.

Det er regeringens vurdering, at der er et særligt potentiale indenfor sundheds- og velfærdsløsninger. Det skyldes bl.a. den stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser i BRIC-landene.

Erhvervs- og Vækstministeriet skriver i et debatoplæg: *”Danske sundheds- og velfærdsvirksomheder har et godt udgangspunkt i forhold til at udnytte den øgede internationale efterspørgsel efter sundheds- og velfærdsløsninger til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark. Vi har erhvervsmæssige styrkepositioner inden for medicinalområdet, det medicotekniske område samt hjælpemiddelområdet, og vi har mange større virksomheder, særligt lægemiddelvirksomheder, der klarer sig godt internationalt.”*

Regeringen har desuden i den seneste 2020-plan sat sig det mål at udnytte Danmarks styrkeposition inden for velfærdsteknologi for at udnytte eksport mulighederne for danske sundheds- og velfærdsvirksomheder.

Regeringen har derfor nedsat et vækstteam for sundheds- og velfærdsløsninger, som har til formål at komme med anbefalinger og nye initiativer, som kan hjælpe med at efterkomme regeringens målsætning. Ydermere er Fonden for Velfærdsteknologi nedsat med det formål at udbrede brugen af velfærdsteknologi i regionerne og blandt sygehusene. Dette skal ske ved at fonden helt eller delvist finansierer sundhedsprojekter, som f.eks. er organiseret mellem offentlige sygehuse og private virksomheder, som kan skabe mere innovation og effektivitet i den offentlige sektor.

Kilde: Erhvervs- og Vækstministeriet (2012): Fakta: Baggrund om regeringens erhvervs- og vækstpolitik. Erhvervs- og Vækstministeriet (2012): Debatoplæg til dialogmøde om styrket vækst på sundheds- og velfærdsområdet. Statsministeriet (2012): Danmark i arbejde. Hjemmeside for Fonden for Velfærdsteknologi. Hjemmeside for Vækstteam for Sundheds- og Velfærdsløsninger hos Erhvervs- og Vækstministeriet.

Kapitel 2

Privathospitalerne som vækstmotor

Danmark har en styrkeposition inden for sundhedsområdet. Med stærke virksomheder der inden for lægemiddel- og medicoindustrien forsker, markedsfører og eksporterer, deres produkter og ydelser. Men Danmark står svagt i forhold til den private behandlerdel. Dette er en udfordring, da kun private behandlingssteder i praksis eksporterer og udnytter nye eksportmuligheder. Det gør offentlige behandlingssteder ikke. Det ser vi nærmere på i dette kapitel.

2.1 Stærk sundhedsklynge

Finansiering af sundhedsområdet udgøres i Danmark hovedsageligt af de regionale og de kommunale sundhedsudgifter, som i 2011 sammenlagt udgjorde 139,8 mia. kr. (hhv. 105,6 mia. kr.¹⁰ for regionerne og 32,9 mia. kr.¹¹ for kommunerne). Dette dækker bl.a. udgifter til hospitalssektoren, praksissektoren, medicin, genoptræning, forebyggelse og ældreområdet.

Hertil kommer det private forbrug af sundhedsydelser til blandt andet medicin, tandlæge, privathospitaler, høreapparater mv. I 2011 udgjorde det private forbrug knap 23,3 mia. kr.¹² Endvidere bidrager forsikringssektoren via sundhedsforsikringer. I 2011 udbetalte forsikringsselskaberne ifølge Forsikring og Pension 1,2 mia. kr.¹³

De danske sundheds- og velfærdsvirksomheder bidrager også med en bred vifte af teknologier og løsninger relateret til borgernes sundhed, pleje og omsorg. Erhvervs- og vækstministeriet grupperer virksomhederne inden for *lægemidler, det medicotekniske områder, service- og driftsløsninger og hjælpemiddelområdet samt sundheds-it*.¹⁴

Alt i alt har Danmark mange styrkepositioner på sundhedsområdet. Særligt er vi stærke indenfor lægemiddelindustrien og medicoindustrien. Privathospitalerne er dog forholdsvis små, sammenlignet med andre lande, og har ikke oplevet samme vækst som resten af industrien, jf. tabel 3.

Tabel 3 Stærk sundhedsklynge (2010)

Industri	Omsætning	Antal ansatte	Eksport
Lægemiddelindustri	DKK 67 mia.	20.000	DKK 52 mia.
Medicoindustri	DKK 50 mia.	20.000 (DKK) 20.000 (udland)	DKK 18 mia.
Privathospitaler	DKK 2,2 mia.	2.127	~0

Kilde: Lundbeck's Faktaark 'Lægemiddelindustriens bidrag til samfundet', Oplysninger fra Lægemiddelindustriforeningen, Analyse udarbejdet af Dansk Aktie Analyse for Jyllandsposten (tal fra Medicoindustrien), Den private sygehussektor i tal 2010, BPK, <http://um.dk/da/eksporttraadet/sektorer/sundhed/>

¹⁰ SUM: Særkørsel fra Danmarks Statistik

¹¹ SUM: Særkørsel fra Danmarks Statistik

¹² Statistikbanken.dk, tabel NAT05

¹³ Forsikring og Pension

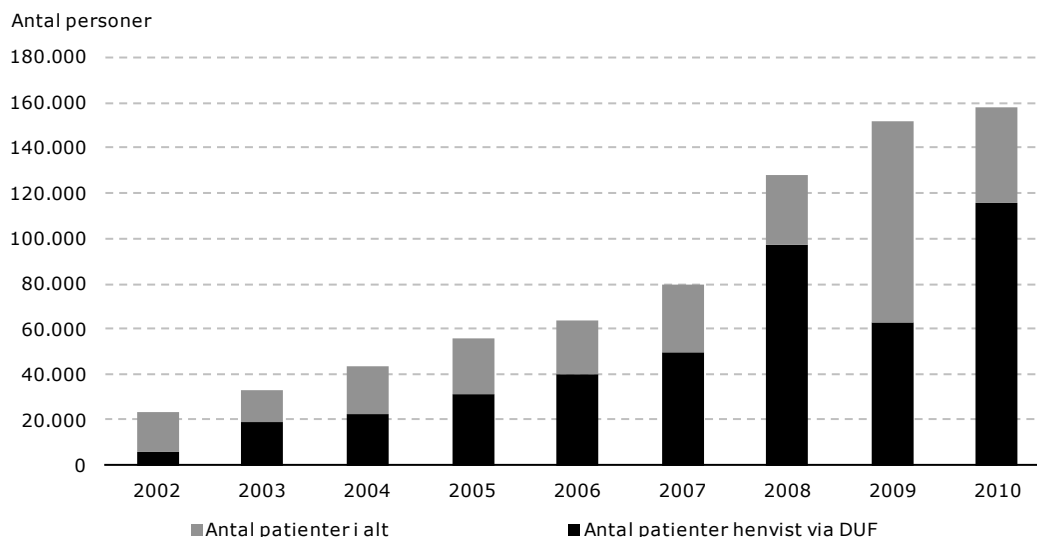
(http://prod.forsikringogpension.dk/presse/statistik_og_analyse/statistik/forsikring/antal/sider/sundhedsforsikring_antal_forsikrede_praemier_erstatninger.aspx)

¹⁴ Erhvervs- og Vækstministeriet m.fl. (2012): Debatoplæg til dialogmøde om styrket vækst på sundheds- og velfærdsområdet.

2.2 Hvorfor er de danske privathospitaler ikke med?

Op igennem 00'erne oplevede den private hospitalssektor en stigende strøm af patienter fra det offentlige i tilgift til, at private sundhedsforsikringer blev mere udbredt, jf. figur 4.

Figur 4 Antal patienter på private sygehuse (2002-2010)



Note: DUF står for det udvidede frie sygehusvalg

Kilde: 'Antal DUF patienter' er fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet(2011): Tal på sundhed og 'antal patienter i alt' er fra Sundhedsstyrelsen (2012): Aktivitet på private sygehuse 2006-2010

Det var især operationer på fx hofter, ryg og knæ (ortopædkirurgi), som privathospitalerne op igennem 00'erne specialiserede sig i at udføre, jf. tabel 4. Privathospitalerne blev gode til at gøre disse operationer til 'samlebåndoperationer'. Det betød skarpt faldende omkostninger, hvilket resulterede i gode marginer.

Tabel 4 Privathospitalernes specialisering

Primære ydelser på private sygehuse i 2010	Andel privathospitaler der udfører operationer på dette område ud af alle privathospitaler
Ortopædkirurgi	68 %
Neurokirurgi	42 %
Organkirurgi	42 %
Plastikkirurgi	42 %
Reumatologi (bevægeapparatet)	42 %

Kilde: BPK, "Den private sygehussektor i tal", <http://privatehospitaler.dk/wp-content/uploads/PBK-WEB-05-12-1011.pdf>

Privathospitalerne formåede med andre ord at gøre visse behandlinger til en 'commodity', en standardvare. Det førte til et attraktivt marked, hvilket samtidig førte til en stærk vækst i antallet af privathospitaler med øget konkurrence til følge.

Men denne vækst blev hurtigt vendt til en tilbagegang for privathospitalerne. I kølvandet på sygehusstrejken og i forbindelse med finanskrisen begyndte regionerne i 2008 at øge brugen af udbud. Herved udnyttede regionerne den hårde konkurrence på markedet for sundhedsydelser til at presse privathospitalernes priser yderligere. Det betød, at skatteyderne fik mere sundhed for pengene, men hårde tider for privathospitalerne med konkurser og konsolideringer til følge, jf. boks 2. Endvidere medførte regeringsskiftet i 2011 et vendepunkt i den politiske stemning over for privathospitalerne. Flere af de typer behandlinger, som privathospitalerne traditionelt havde udført, blev hevet tilbage i offentligt regi med henblik på, at de offentlige hospitaler selv skulle udføre operationerne.

Boks 2 Mange privathospitaler går konkurs eller må konsolidere sig

Bare over de sidste par år er en række privathospitaler enten fusioneret eller gået konkurs. Blandt de lukkede hospitaler finder man:

- Arresødal Privathospital
- Furesø Privathospital
- Thava Imaging
- Søllerød Privathospital
- City Privathospital

Blandt de store konsolideringer finder man Aleris og Hamlet, som er gået sammen og nu udgør Danmarks største privathospital.

Kilde: Opslag på CVR-registeret

Problemet for mange privathospitaler i dag er, at de som følge af udviklingen op igennem 00'erne, har indstillet sig på at levere standardiserede ydelser. Men markedet er vendt, regionernes brug af udbud er steget og konkurrencen fra både private og offentlige aktører er hård. Dette er godt for skatteyderne, da udbud er en slags markedsafprøvning, som sikrer, at skatteyderne får mest sundhed for skattekrone, jf. boks 3. Men de nye forhold presser økonomien i privathospitalerne.

Boks 3 Offentligt finansierede patienter på privathospitalerne

Der er grundlæggende to måder, hvorpå privathospitalerne modtager patienter fra regionerne:

Enten kan regionen, hvis ikke det indenfor behandlingsgarantien er muligt at tilbyde patienterne behandling på et offentligt hospital, sende patienterne videre til et privathospital (samarbejdssygehus), som regionen har indgået aftale med efter udbud eller forhandling.

Alternativt kan patienten selv efter behandlingsgarantien er overskredet vælge at benytte sig af det udvidede, frie sygehusvalg, hvorved patienten frit kan vælge at benytte et af de privathospitaler (aftalehospitaler), som regionen har indgået aftale med.

På de offentlige hospitaler ligger taksten for en behandling i gennemsnit på 100 pct. af DRG-taksten¹⁵. Under det udvidede, frie sygehusvalg modtager privathospitalerne ca. 83 pct. af DRG-taksten. Udbudstaksten lå i 2011 i gennemsnit på 48 pct. af DRG-taksten.¹⁶

Kilde: Region Hovedstaden: Samarbejdssygehus (hjemmesiden), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet, Cepos (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

2.3 Hvad er potentialet ved en stor privathospitalssektor?

Privathospitalerne må søge nye veje. Nye kunder i EU og globalt kan være et bidrag. Det vil kræve nye forretningsmodeller og markedsføringsiltag. En offentlig sektor, der er klar til at bruge de private for fx at

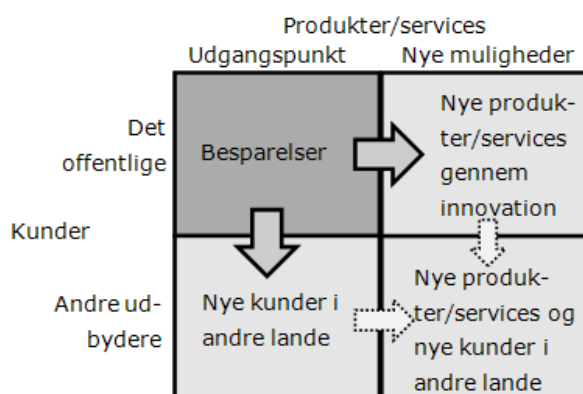
¹⁵ DRG-systemet er et redskab til at gruppere patienter i Diagnose Relaterede Grupper. Således grupperes patienterne efter diagnose, behandling, køn, alder mv. Til de enkelte grupper kobles deres faktiske aktiviteter og udgifter. Dermed får man sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper. Disse sammenhænge ligger til grund for beregningen af de såkaldte DRG-takster. Kilde:

<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Om%20DRG/Mere%20information%20om%20Dansk%20Casemix%20system.aspx>,
<http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedsokonomi/Udvikling%20i%20takster.aspx>

¹⁶ Ved en sammenligning af taksterne er det vigtigt at huske på, at de private og de offentlige hospitaler ikke er underlagt samme rammevilkår og forpligtelser. Fx skal de offentlige hospitaler foruden behandlingerne også dække udgifter til akutfunktion, uddannelse og forskning. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 15-25 pct. af DRG-taksten. Omvendt så har privathospitalerne også omkostninger, som de offentlige hospitaler ikke har. Fx skal privathospitalerne selv stå for afskrivninger, investeringer mv., ligesom privathospitalerne heller ikke kan få refunderet deres købsmoms eller lønsumsafgift. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderer, at disse udgifter samlet udgør 13 pct. af DRG-taksten. Endvidere er karakteren af de behandlinger, der foretages på henholdsvis de offentlige hospitaler og privathospitalerne, forskellig. Der er en tendens til, at privathospitalerne oftest tager sig af de mindre komplicerede tilfælde.

få besparelser, øget kvalitet eller privat innovation, kan desuden være med til at sætte gang i en positiv vækstspræl for privathospitalerne. Denne effekt er illustreret i figur 5.

Figur 5 Dynamik ved outsourcing af offentlige ydelser



Figuren til venstre viser den generelle dynamik, der opstår ved at outsource offentlige tjenester. Det øverste venstre hjørne markeret 'besparelser' indikerer, at når en offentlig myndighed udliciterer og bestiller en egenproduceret service fra den private sektor, er det sandsynligt at spare omkostninger. Det kan også føre til nye innovative tjenester (øverste højre hjørne), eller det kan føre til, at det private firma begynder at eksportere til andre kunder i andre lande (nederste venstre hjørne). Eller i bedste fald både innovation og eksport (nederste højre hjørne).

Kilde: Copenhagen Economics (2009): Offentlig Köpkraft som tillväxtmotor.

Der er flere måder, hvorpå privathospitalerne kan udvikle deres ydelser og dermed i første omgang blive mere attraktive for regionerne og i anden omgang blive mere attraktive internationalt. Eksempelvis er det muligt, at vi fremover vil se, at nogle privathospitaler forsøger sig med et helt nyt produktfokus. Man kan forestille sig, at de vil forsøge at opnå en høj vækst og profit ved at anlægge en Blue Ocean Strategi, dvs. ved at skabe ny efterspørgsel i et nyt marked frem for at fortsætte denne intense konkurrence med andre privathospitaler om de nuværende patienter. Andre vil måske begynde at fokusere på helhedsforløb, jf. boks 4, mens andre igen muligvis vil specialisere sig yderligere. Endeligt vil nogle vedblive med at levere standardiserede sundhedsydelser til en lav takst og små marginer til gavn for skatteydere og patienter. Endeligt vil der også være privathospitaler, som i dag ikke er rentable og som ikke formår at omstille sig, der vil blive tvunget til at forlade markedet for sundhedsydelser.

Boks 4 Helhedsforløb

En mulighed er, at privathospitalerne i højere grad begynder at tænke i helhedsforløb.

Et eksempel på et helhedsforløb er fx at oprette sundhedscentre. Sundhedscentre kunne være den måde, hvorpå privathospitalerne i fremtiden kan bidrage til at løfte de mange nye sundhedsopgaver. Her vil fokus være på sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning af patienter efter sygehusindlæggelse.

Der findes flere forskellige typer af sundhedscentre. Der er de centre, som har et bredt fokus og varetager mange typer af opgaver rettet mod flere målgrupper, og så er der de centre, som har et mere målrettet fokus. Det kan fx være kronikercentre, med fokus på patienter med kroniske sygdomme og livsstilssygdomme, eller genoptræningscentre med fokus på patienter før og efter indlæggelse på et sygehus.¹⁷

Et andet eksempel på et helhedsforløb er, at privathospitalerne søger at overtage driften af et større dansk offentligt hospital. Dette har ikke været afprøvet i dansk regi, men i Sverige har man positive erfaringer.

Siden 1994 har man i Sverige gennemført reformer, som har haft som målsætning at introducere konkurrence, forbedre kvaliteten og sænke omkostninger i sygehussektoren. Som følge heraf valgte man i 1999 at udleje et af Stockholms offentlige hospitaler (240 sengepladser), St. Görans Sjukhus, til Capio, som er en af Europas førende

¹⁷ <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhedscentre.pdf>

private leverandører af sygehusydelser.

St. Görans Sjukhus tilbyder over 31 specialer, herunder ortopædkirurgi, endokrinologi, plastikkirurgi mv. Lige siden 1999 har hospitalets omkostninger ligget under gennemsnittet for alle hospitaler i Stockholm. Alene i de første par år lykkedes det St. Görans Sjukhus at reducere enhedsomkostningen med 30 pct., hvilket betyder, at hospitalet kan behandle 100.000 flere patienter årligt for de samme ressourcer. Dette er en gevinst både for patienterne men også for de offentlige sundhedsudgifter. Selv forklarer Capio deres succes med bedre arbejdsgange og korte kommandoveje.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed (2006): Sundhedscentre i kommunerne, The World Bank Group (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships, Capio (2007): We renew and unite.

Igennem en stærk privat behandlingsdel, der står på skuldrene af stærke sundhedsuddannelser, medico- og lægemiddelvirkomheder, kan Danmark lukke det 'hul' der mangler i den danske sundhedsklynge. Det vil gøre det muligt for Danmark for alvor at realisere regeringens drøm og potentialet i den nuværende styrkeposition om vækst, eksport og beskæftigelse inden for en højproduktiv industri.

I dag er der ganske få danske privathospitaler, som har erfaringer med at tiltrække patienter fra udlandet. Et eksempel er dog HjerteCenter Varde. Her har man indgået en særlig aftale med den norske sundhedsøkonomiske forvaltning, Helfo, jf. boks 5.

Boks 5 HjerteCenter Varde

Ablation af hjerteflimmerpatienter er et af de mange områder, hvor nordiske og europæiske sundhedssystemer har kapacitetsunderskud. Den norske sundhedsøkonomiske forvaltning, Helfo, valgte derfor i februar 2010 at lave et stort internationalt udbud indenfor kardiologi og hjertekirurgi, hvor leverandører fra Sverige, Danmark og Tyskland kunne byde ind.

Modsat mange andre nordiske og europæiske sundhedssystemer er der dog i Danmark ledig kapacitet indenfor ablation af hjerteflimmerpatienter i privat regi. HjerteCenter Varde valgte derfor at byde på opgaven. Resultatet var, at HjerteCenter Varde vandt opgaven og blev Helfos foretrukne leverandør. Tildelingskriterierne var 60 % pris og 40 % kvalitet, og HjerteCenter Varde slog den nærmeste konkurrent, Westkustens klinikum Heide fra Tyskland, på begge dele.

Det kan være meget attraktivt for et privathospital at få en andel af andre landes markeder. Fx er der vurderinger der tyder på, at værdien af det norske ablationsmarked er på knap 130 mio. kr. årligt.

Kilde: Interview med HjerteCenter Varde, HjerteCenter Vardes hjemmeside, samt oplysninger fra konsulentfirmaet Zeppelin.

En privat behandlingsdel, der fuldender sundhedsklyngen vil kunne skabe udviklingen indenfor andre områder, som fx lægemiddelindustrien, medicoindustrien og hjælpemiddelindustrien. Høj kvalitet i hospitalsvæsenet er en forudsætning for, at fx lægemiddelindustrien kan være konkurrencedygtig internationalt og for at nye produkter kan udvikles, testes og evalueres.

Det bør her nævnes, at offentlige hospitaler i teorien også kunne udnytte EU's indre marked og tiltrække udenlandske sundhedsturister. Tidligere erfaringer med systemeksport tyder dog på, at de offentlige hospitaler ikke er særlig succesfulde, når det kommer til at eksportere deres know-how, jf. boks 6.

Boks 6 Systemeksport

Systemeksport, også kaldet projekteksport, er betegnelsen for kommuners eksport af dansk know-how som er oparbejdet i forbindelse med løsning af kommunale velfærdsopgaver. Systemeksport blev introduceret i 1993 ved indførelse af loven om kommuners deltagelse i erhvervsudviklingsaktiviteter, og har typisk omfattet eksport af know-how indenfor løsninger af affaldshåndtering, spildevandshåndtering og kloakering. Dog har det ligeledes været forsøgt med eksport af kapacitetsopbygningsopgaver indenfor bløde velfærdsopgaver som f.eks. uddannelsesområdet og sundhedsområdet.

Systemeksport har dog ifølge en rapport udarbejdet for bl.a. Københavns Kommune kun opnået begrænset succes siden 1993. Dette skyldes delvist, at nye EU-direktiver siden 1993 har medført at et stigende antal projekter skal udbydes via EU-udbud. Det har resulteret i, at danske offentlige instanser har mødt større konkurrence, når der skal eksporteres viden indenfor velfærdsområdet. Private aktører har haft større succes med at levere total-løsninger og derfor optræder de kommuner som i dag deltager i systemeksport som rådgivnings- eller projektstyringspartner og ikke som eksportører af totale velfærdsløsninger. En anden forklaring kan være, at kommunerne ikke har været gearret til eksport.

Endvidere bør det nævnes, at danske og udenlandske undersøgelser i en række sektorer finder, at privat opgavevaretagelse på konkurrencemarkeder generelt er mere effektive end offentlige monopoler.

Kilde: www.regioner.dk "EU-udbudsregler". Viborg kommune (2010): "System eksport i Viborg Kommune". Innovayt (2011): "Foranalyse til INTERREG IVA projekt vedr. fremme af systemeksport i Øresundsregionen". Retsinformation: Lov 383 af 22/12/1993, Rambøll(2008): Stort udliciteringspotentiale på 15 mia. kr. i den kommunale sektor.

I forhold til at tiltrække sundhedsturister til de offentlige hospitaler er dette heller ikke en oplagt mulighed. Det skyldes for det første, at de offentlige hospitaler ifølge sundhedsloven kun har mulighed for at tilbyde sygehusydelser til udenlandske sygehusmyndigheder og sygeforsikringskasser, såfremt det offentlige hospital forinden har tilbudt ydelserne til de andre regionsråd, og disse har afvist tilbuddet. Desuden må de offentlige hospitaler ikke være dimensioneret med dette for øje. For det andet er det ikke det offentliges opgave – med skatteborgernes penge i ryggen – at tage den risiko, der er forbundet med at tiltrække sundhedsturister og derefter konkurrere med private sundhedsleverandører om at behandle private betalingspatienter fra ind- eller udland.¹⁸ Endeligt ville det kræve, at de offentlige hospitaler får et fuldt overblik over, hvad de behandlinger de tilbyder koster, så danskerne ikke statsstøtter udenlandske behandlinger.

2.4 Er der barrierer for sundhedsturisme?

Det er vores vurdering, at der umiddelbart ikke er uoverkommelige juridiske og administrative barrierer, som hindrer privathospitalerne i at tiltrække sundhedsturister fra udlandet eller etablere sig med afdelinger i andre lande. Blandt de identificerede barrierer kan nævnes:

- *Visumregler.* Det er centralt at hele behandlingsforløbet kan gennemføres på samme visum. Man må dog forvente at et turistvisum, der tillader ophold i Danmark i 90 dage, ofte vil være nok.
- *Nødberedskab.* Der skal selvfølgelig være et nødberedskab i tilfældet af, at der opstår komplikationer under behandlingen. Dette vil muligvis kræve en særlig aftale med de offentlige hospitaler. Selve finansieringen kan løses ved, at patienterne tegner en forsikring.
- *Beredskab i forhold til multiresistente bakterier.* I tilfælde af at udenlandske patienter indfører multiresistente bakterier vil det kræve et beredskab i forhold til at håndtere dette.
- *Sundhedsloven.* Selvom der i andre lande er andre regler for, fx hvor mange stråler en patient må udsættes for, skal privathospitalerne naturligvis overholde den danske sundhedslov – også når de

¹⁸ Kilde: Svar til folketinget på spørgsmål 3483 af 14. juni 2012.

opererer på udenlandske patienter. De danske privathospitaler vil derfor ikke på alle områder være konkurrencedygtige med privathospitaler i andre lande.

Der er dog en række rammevilkår, som relaterer sig til konkurrencen på markedet for sundhedsydelser, patientinformation, takststyringssystemet og det politiske miljø, som kunne forbedres væsentligt til gavn for både patienter og privathospitaler, jf. kapitel 3.

2.5 Frankrig og Sverige er i dag foran Danmark

Der er stor forskel på, i hvor høj grad lande tilbyder sundhedsydelser til udlændinge. Tabel 5 nedenfor viser en oversigt over udestående tilgodehavender *fra andre lande* (for patienter behandlet i udlandet) såvel som *til hjemlandet* (for udenlandske patienter behandlet i hjemlandet) i 2004. Det fremgår, at der er flere danskere, der behandles i udlandet, end udlændinge der behandles i Danmark. Det forholder sig omvendt for Sverige og Frankrig.

Tabel 5 Danmarks, Sveriges og Frankrigs udestående tilgodehavender (2004)

Lande	Hjemlandets patienter som behandles i udlandet (1.000 Euro)	% af total inden for EEC-lande	Udenlandske patienter som behandles i hjemlandet (1.000 Euro)	% af total inden for EEC-lande
Danmark	6.440	0,53 %	1.634	0,13 %
Sverige	9.483	0,78 %	17.179	1,41 %
Frankrig	103.927	8,52 %	346.235	28,38 %

Note: ECC står for European Economic Community.

Kilde: European Observatory on Health Systems and Policies (2006): Cross-border Health Care in the European Union – Mapping and analyzing practices and policies

Der kan være flere forklaringer på dette. En forklaring kan være, at den danske privathospitalssktor ikke er lige så udviklet som i andre lande.

Det franske sundhedssystem er – modsat det danske – kendetegnet ved en høj andel af privat, kommerciel sygehusproduktion. I Frankrig skønnes det, at mindst 25 pct. af sygehuskapaciteten er privat, kommerciel drift med fokus på de kirurgiske specialer og obstetrik.¹⁹ I dag beskæftiger danske privathospitaler godt 2.000 personer²⁰. Hvis de danske privathospitaler havde samme markedsandel som Frankrig, så ville der være ansat godt 25.000 i den private hospitalssktor. Derudover er Frankrig længere fremme end de fleste lande, når det kommer til sundhedsturisme. I 2010 modtog Frankrig ca. 57.851 udenlandske patienter på både private og offentlige hospitaler. De fleste patienter kom fra England og Belgien.

I Sverige har privathospitaler ligeledes en større markedsandel end i Danmark. I 2011 udgjorde privathospitalernes markedsandel omkring 12 pct. af al offentlig finansieret aktivitet.²¹ Til sammenligning er markedsandelen i Danmark ca. 2 pct.²² Sveriges eksport af sundhedsydelser (primært direkte investeringer i andre lande) er også betydeligt større end den danske, som næsten er ikke-eksisterende. Sveriges eksport af sundhedsydelser var i 2006 13 mia. svenske kroner, svarende til godt 0,4 pct. af det svenske BNP. Heraf stod det svenske firma Cipro for 10 af disse 13 mia. svenske kroner, jf. boks 7 nedenfor.²³ Ser man bort fra direkte investeringer i udlandet, så rejser der også hvert år patienter til Sverige for at få behandlinger på både private og offentlige hospitaler. Det svenske Exportråd anslår, at værdien af den sundhedsturisme, som udføres på offentlige hospitaler svarer til ca. 150 millioner svenske kroner årligt.²⁴

¹⁹ Kilde: DSI: Privat-Offentligt Samspil.

²⁰ Hvoraf der er 800 læger, 850 sygeplejersker, 50 SOSU-assistent, 300 lægesekretærer, 50 fysioterapeuter og 15 laboranter.

²¹ Kilde: Ekonomifakta.se

²² Kilde: Indenrigs- og Socialministeriet (2010): "Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet".

²³ Kilde: Nutek(2007): Framtidens Näringsliv: Vård och omsorg - En framtidsbransch.

²⁴ Kilde: Nutek(2007): Framtidens Näringsliv: Vård och omsorg - En framtidsbransch

Boks 7 Svenske Capio

Den svenske offentlige sektor har længe eksperimenteret med outsourcing af traditionelle offentlige ydelser til private virksomheder. Et interessant eksempel er det private svenske firma Capio. Capio blev startet udelukkende som et resultat af den offentlige sektors outsourcing af laboratorieydelser fra hospitaler i den svenske region Skaraborg i 1994. Over de senere år har flere svenske regioner outsourcet sundhedsydelser, hvor Capio har haft succes med at overtage. Da Stockholm for 10 år siden besluttede at outsource driften af hele det offentlige hospital Skt. Görans sygehus, vandt Capio også kontrakten. I 2001 opkøbte Capio desuden et hospital i England primært til behandling af patienter under privat forsikring. Et par år senere gik Capio skridtet videre og vandt en kontrakt for de britiske sundhedsmyndigheder om at opbygge og drive op til 10 nye offentlige sygehuse. Capio har siden da bidraget yderligere med innovation og konkurrence i det indre marked og er i dag aktiv i 5 EU-medlemsstater. I 2006 udgjorde Capios export af sundhedsydelser ca. 10 mia. svenske kroner.

Kilde: Copenhagen Economics (2009): Offentlig Köpkraft som tillväxtmotor

Kapitel 3

Hvad kræver omstillingen?

En af de største barrierer privathospitalerne møder, når de byder på internationale udbud er, at de sjældent er underleverandør til det offentlige. Det udfordrer privathospitalerne; ofte er det et kvalitetsstempel at være underleverandør til det offentlige, og det kan være direkte diskvalificerende i en udbudsrunde, hvis de private hospitaler ikke har en sådan kontrakt. At danske privathospitaler sjældent er underleverandører til de offentlige hospitaler har dog en simpel forklaring. I Danmark udgør de offentlige hospitals markedsandel omkring 98 pct. af al offentlig aktivitet og privathospitalerne inddrages kun såfremt det offentlige ikke har kapacitet. Der findes dog en række tiltag, som danske politikere kunne foretage, der ville forbedre privathospitalernes rammevilkår og øge deres chancer for at lykkes som væksterhverv.

De vigtigste rammevilkår er:

- Konkurrence i sundhedsvæsenet
- Information til patienterne
- Takststyringssystemet
- Politisk modstand

Nedenfor gennemgås disse områder punkt for punkt.

3.1 Konkurrence i sundhedsvæsenet - udbudssiden

I dag er konkurrencen mellem offentlige hospitaler meget begrænset. Både for offentlige hospitaler inden for samme region og mellem regioner. Det er almindeligt, at offentlige hospitaler anser sig selv som en samlet virksomhed, og vores interviews viser, at det ikke er velset at de 'stjæler' patienter fra hinanden - hverken via annoncering eller på markedsføring på egen hjemmeside. Af denne årsag er der i dag kun en beskedent konkurrence mellem offentlige hospitaler.

Der er dog grund til at tro, at Danmark kan opnå en række positive effekter ved at øge konkurrencen i sundhedsvæsenet. Dels tyder udenlandske erfaringer ifølge Konkurrencestyrelsen på, at en øget konkurrence mellem *offentlige* hospitaler kan føre til et bedre markedsudfald,²⁵ idet øget konkurrence kan resultere i en bedre ressourceallokering, blandt andet som følge af øget specialiseringen i sundhedsvæsenet.²⁶ Endvidere vil øget konkurrence mellem offentlige hospitaler gøre det lettere for private hospitaler at byde ind på lige fod med det offentlige. Således kunne konkurrence mellem offentlige hospitaler føre til en større accept af privathospitalerne som aktør på markedet for sundhedsydelser.

3.2 Information til patienterne - efterspørgselssiden

Siden 1993 har alle patienter henvist til behandling på et offentligt hospital haft ret til selv at vælge, hvilket offentligt sygehus de vil behandles på.²⁷ Denne rettighed kaldes det frie sygehusvalg. Det frie sygehusvalg kan ifølge Konkurrencestyrelsen²⁸ principielt bidrage til at øge konkurrencen i sundhedsvæsenet. Det skyldes, at det har givet patienterne en større mulighed for at 'stemme med fødderne'. Således kan patienterne frit vælge det bedste behandlingstilbud.

²⁵ Konkurrencestyrelsen (2003): Konkurrenceredegørelse

²⁶ En øget specialisering vil særligt være relevant for mindre akutte behandlinger på hospitalerne i tæt befolkede områder. Et eksempel kunne være diabetesbehandlinger. Hvis der er hospitaler i hovedstadsområdet, som leverer sundhedsydelser til en høj kvalitet og meget billigt, så må man formode, at der er noget at hente ved at øge muligheden for konkurrence, således at disse hospitaler med tiden ville stå for mere af behandlingen. Samtidigt kunne de andre hospitaler specialisere sig i andre behandlinger.

²⁷ Konkurrencestyrelsen (2003): Konkurrenceredegørelse

²⁸ Konkurrencestyrelsen (2003): Konkurrenceredegørelse

Denne ret bruges dog kun i begrænset omfang. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet²⁹ havde ca. 87 pct. af patienterne i 2006 kendskab til det frie sygehusvalg og heraf oplyste ca. 46 pct. af disse patienter, at de selv havde valgt, hvilket sygehus de skulle indlægges på. Der kan være mange forklaringer på dette. En forklaring kan være, at patienterne har manglet den nødvendige information, det kræver, at tage et informeret valg.

Sundhedskvalitet.dk er den hjemmeside, hvor patienter siden 2006 har kunnet finde information om kvaliteten af behandlinger foretaget på offentlige hospitaler.³⁰ Hjemmesiden er dog ikke særligt benyttet. Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen³¹ havde hjemmesiden i 2009 gennemsnitligt 6.000 unikke besøg pr. måned fra patienter og pårørende, hvoraf kun 3600 vedrørte en konkret patientsituation. Dette svarer til ca. 43.200 årligt. Til sammenligning blev der alene i 2009 opereret 660.000 personer.³² Hertil kommer, at siden pt. ikke er opdateret siden den 20. december 2011, da en ny formidlingsløsning er under overvejelse.

Der er grund til at tro, at det frie sygehusvalg kombineret med et øget detaljeringsniveau af informationen på sundskvalitet.dk og et øget kendskabet til hjemmesiden vil betyde, at patienterne i højere grad vil 'stemme med fødderne'. Dette kunne drive en konkurrence på kvalitet mellem offentlige hospitaler til glæde for danske patienter. Endvidere kunne dette have en positiv effekt på privathospitalerne i det omfang, at deres kvalitetsmål blev inkluderet på sundhedskvalitet.dk.

3.3 Takststyringssystemet

Takstafregningen i Danmark foregår vha. det såkaldte DRG-system. DRG-systemet er et system, der opdeler hospitalernes behandlinger i en lang række grupper efter diagnose, behandling, alder, køn mv. Til hver ydelse knyttes en takst, som er fastsat på baggrund af et fordelingsregnskab. Ideelt set burde taksterne afspejle ressourceforbruget ved at producere ydelserne.³³ Det er dog ikke altid tilfældet, hvorfor DRG-systemet er årsag til flere problemer i sundhedsvæsenet.

For det første er DRG-systemet hverken særligt præcist eller transparent. Det har ført til store problemer i relation til samspillet mellem landets hospitaler – både mellem de offentlige og de private hospitaler og mellem de store og de små hospitaler. Fx forholder det sig generelt således, at de store og overvejende offentlige hospitaler modtager alle de svære/dyre patienter af en given type, mens de lette/billige patienter bliver behandlet på de små og til dels også private hospitaler. Derved vil store og overvejende offentlige hospitaler få et underskud, mens små og delvist også private hospitaler modtager overskud.

Hertil kommer, at DRG-systemet bevirker, at vi i sundhedsvæsenet har problemer med sammenhængen af patientforløb, ganske enkelt fordi, hospitalerne udløser flere DRG-kroner ved, at lade patienten besøge hospitalet af flere omgange i stedet for at klare det hele samme dag.

Man bør finde et alternativ til DRG-systemet så mange af disse systeminducerede udfordringer i sundhedsvæsenet overkommes. Det vil både have positive effekter for samspillet mellem de offentlige hospitaler og samspillet mellem de private og de offentlige hospitaler. En mulighed er at introducere 'bundled payments'. Ideen er at ændre sundhedsvæsenets afregningssystem på en sådan måde, så alle aktører involveret i et givet standardiseret behandlingsforløb overgår til at få en samlet betaling for deres ydelser (som de så må dele indbyrdes), i stedet for at afregningen foregår til hver enkelt aktør for hver eneste delbehandling (hvilket oftest er tilfældet i dag). Dette alternative afregningssystem vil have to effekter. Dels vil man i højere grad introducere en markedspris, idet de forskellige aktører vil skulle forhandle om deres betaling. Herved undgår man urimelig afregning som følge af upræcise DRG-systemer. Endvidere vil initiativet ensrette sundhedsudbydernes incitamenter og øge tilskyndelsen til, at den ansvarlige læge planlægger et hensigtsmæssigt behandlingsforløb.

²⁹ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010): Sundhedsvæsenet i et nationalt perspektiv.

³⁰ Det tilgængelige data er i bedste fald tilgængelig på afdelingsniveau og kun for grupper af behandlinger.

³¹ Sundhedsstyrelsen(2009): Anbefalinger til videreudvikling af Sundhedskvalitet.dk

³² Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010): Sundhedsvæsenet i et nationalt perspektiv.

³³ Sundhedsstyrelsens hjemmeside

3.4 Politisk modstand

Mange regioner rapporterer om store gevinster, når de sender behandlinger ud til privathospitalerne via udbud. Fx har Region Nordjylland sparet ca. 16 mio. kr. ved at sende fedmekirurgi i udbud³⁴ og Region Midtjylland sparer hvert år 4-5 mio. kr. ved at sende rygpatienter i udbud³⁵. At der er store gevinster at hente er ikke overraskende. Udbud er en slags markedsafprøvning, hvor man kan få private (og i princippet også offentlige) leverandører af sundhedsydelser til at konkurrere om at levere sundhedsydelserne bedst og billigst.

Alligevel er der fra politisk hold en tilbageholdenhed over for at benytte privathospitalerne. For det første er der ofte et politisk ønske i flere af regionerne³⁶ (men bestemt ikke alle³⁷) om at holde flest mulig patienter i eget regi. For det andet fremsættes og gennemføres der lovforslag, som trækker behandlinger fra privathospitalerne tilbage til de offentlige hospitaler.³⁸ For det tredje er der indført skærpede regler for, hvornår man kan blive indstillet til fx en fedmeoperation på det offentliges regning og flere regioner er i øjeblikket ved at hjemtage mange af de behandlinger, som de private hospitaler traditionelt har udført.

Den politiske modstand skaber en usikkerhed hos privathospitalerne, der betyder, at danske privathospitaler har sværere ved at finde fodfæste i markedet for sundhedsydelser og vokse sig til en størrelse, som gør, at de kan ekspandere eller tiltrække sundhedsturister til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark.

³⁴ Region Nordjyllands hjemmeside (2011): Udbud sikrer gevinster.

³⁵ Se fx artiklen Dagbladet Ringkøbing-Skjern (2011): Udbud sparer regionen penge

³⁶ Se fx Region Midtjylland (2010): Oplæg til strategi for udbud af behandlingsydelser 2011, Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), "Privathospitalsområdet", Udbudsstrategi for Region Hovedstaden 2010-2013.

³⁷ Se fx Udbudsstrategi for Region Sjælland 2010-2013, hvor der står, at "Målet for Region Sjælland er at opnå de bedste løsninger, og dermed er det heller ikke et selvstændigt mål at udføre opgaverne i eget regi."

³⁸ Jf. fx lovforslaget om differentieret behandlingsgaranti (L30). Af lovforslagets bemærkninger fremgår det, at loven vil have den effekt, at behandlinger flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler.

Kapitel 4

Konklusion

Den store efterspørgsel efter sundhedsydelser er både en udfordring og en mulighed. Det er en udfordring for den danske regering, fordi det sætter økonomien under pres. Men det er også en mulighed i den forstand, at danske privathospitaler netop nu har muligheden for at få andel i den store internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser. Det vil ikke bare hjælpe privathospitalerne ud af deres krise, men vil også være til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark.

Mulighedernes vindue er netop nu, hvor der er et nyt EU-direktiv på vej, som vil skabe et stærkere og mere integreret indre marked for sundhedsydelser. Og netop nu hvor den danske regering har gjort det til sin målsætning, at Danmark i højere grad skal udnytte Danmarks erhvervsmæssige styrkepositioner på sundheds- og velfærdsområdet til at gribe den voksende internationale efterspørgsel.

Men fra privathospitalernes side kræver det en omstilling. De skal være langt mere opsøgende både i forhold til at udnytte EU's indre marked, fx med hensyn til at opbygge og opkøbe hospitalskæder i udlandet, men også i forhold til at gribe noget af den globale stigning i sundhedsturismen. Og det ville ikke skade, hvis regeringen foretog en revurdering sektorens rammevilkår – særligt med henblik på konkurrencen, patientinformation og takststyringssystemet. Det kræver et stærkt hjemmemarked for at kunne klare sig på den globale scene. Når det er sagt, så er det vores vurdering, at der ikke er nogen betydelige juridiske og administrative barrierer i vejen for, at privathospitalerne griber denne efterspørgsel.

En imødekommelse af den internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser både være til gavn for virksomhederne og for vækst og beskæftigelse i Danmark. Det viser udenlandske erfaringer. I Sverige har den private sundhedsvirksomhed Capio vokset sig så stærk, at den kan konkurrere i lande som Tyskland, England og Spanien og i 2006 havde en eksport svarende til 10 mia. svenske kroner. Og i Singapore har den massive satsning på sundhedsturisme betydet, at Singapores BNP i dag udgør 1 pct., svarende til 13,9 mia. kr. og skabt 13.000 jobs.

Hvorfor skulle danske privathospitaler ikke kunne fostre en virksomhed som Capio? Og hvorfor skulle Danmark ikke blive det nordiske eller europæiske centrum for global sundhedsturisme?

