

PRIVATHOSPITALERNES NEDTUR FORTSÆTTER

Privathospitalerne markedsandel falder for tredje år i træk. Alene fra 2010 til 2013 er privathospitalernes markedsandel - målt som andel af alt offentligt finansieret aktivitet - faldet med 54 pct., så markedsandelen i dag ligger på 1,03 pct. Til sammenligning er markedsandelen for privathospitaler i Sverige ca. 12 pct. Faldet i privathospitalernes markedsandel skyldes blandt andet, at færre offentlige patienter henvises til privathospitalerne. Og det er til trods for, at der er flere argumenter for, at en stærk privat hospitalsektor vil være en fordel for Danmark. For det første kan privathospitalerne tilbyde gode og billige behandlinger samt lægge et konkurrencepres på de offentlige hospitaler, som bidrager til at give mere sundhed for skattekrone. For det andet medfører eksistensen af privathospitaler større valgmulighed for patienterne til at vælge, hvor de vil behandles. For det tredje kan danske privathospitaler tiltrække sundhedsturister, hvilket på længere sigt vil være til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark. For det fjerde kan privathospitalerne bidrage til at nedbringe ventelisterne, hvilket både gavner patienterne og reducerer det offentlige udgifter til sygedagpenge.

Privathospitalernes markedsandele

Privathospitalernes markedsandel målt som andel af alt offentligt finansieret aktivitet er endnu engang faldet. Nye tal fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse viser, at privathospitalernes markedsandel i 2013 lå på 1,03 pct. Alene fra 2010 til 2013 er privathospitalernes markedsandel faldet med 54 pct., jf. figur 1. Til sammenligning er markedsandelen i Sverige 12 pct. (2011-tal) og i Frankrig 24 pct. (2011-tal).¹

Figur 1. Privathospitalernes markedsandel som andel af alt offentligt finansieret aktivitet



Kilde: www.sum.dk

Anm.: På grund af ministeriets opgørelsesmetode, hvor markedsandelen måles ved DRG-produktionsværdien, så er udviklingen i markedsandelen renset for udviklingen i privathospitalernes priser. 2013 er et foreløbigt tal.

Reduktionen i privathospitalernes markedsandel kan henføres til 3 forhold:

- At færre patienter henvises til privathospitalerne.
- En ændret patientsammensætning på privathospitalerne.
- Lavere DRG-takster.²

¹ Kilde: Ekonomifakta.se, Drees(2012): Le panorama des établissements de santé samt DSI (2009): Privat-Offentligt Samspil.

² 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

Det bør bemærkes, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opgørelse³ af markedsandelen ikke tager højde for udviklingen i privathospitalernes takster. Hvis det fx er tilfældet, at privathospitalerne over årene er blevet billigere (sammenlignet med udviklingen i de offentlige hospitalers takster), så vil faldet i markedsandelen være undervurderet. Og der er grund til at tro, at dette er tilfældet. Fra 2008 er regionerne begyndt at benytte udbudsaftaler, og analyser viser, at behandlinger foretaget af privathospitalerne via disse udbudsaftaler i 2011 i gennemsnit lå på 48 pct. af DRG-taksten, dvs. halv pris sammenlignet med hvad en tilsvarende behandling koster på et offentligt hospital.⁴

Opgang vendt til nedtur

I perioden 2002-2008 var væksten i det offentliges brug af private sundhedsydelser stor. Væksten blev bl.a. ansporet af indførelsen af det udvidede, frie sygehusvalg, hvor det især var operationer af fx hofter, ryg og knæ (ortopædkirurgi), som privathospitalerne specialiserede sig i at udføre. Endvidere blev væksten ansporet af skattefritagelsen på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.

Men i 2008 stagnerede denne vækst, og over de efterfølgende år vendte væksten til en egentlig tilbagegang. Denne udvikling skyldes bl.a. et stigende ønske i flere regioner⁵ (men bestemt ikke alle⁶) om at holde flest mulig patienter i eget regi, hvorfor flere af de typer behandlinger, som privathospitalerne traditionelt havde udført, blev hjemtaget. Men udviklingen skyldes også, at regionerne i kølvandet på sygehusstrejken begyndte at øge brugen af udbud, hvilket betød, at regionerne udnyttede konkurrencen på markedet for sundhedsydelser til at presse privathospitalernes priser yderligere. Dette lagde et hårdt pres på privathospitalerne, men gav skatteyderne mere sundhed for pengene.

Og med regeringsskiftet i 2011 fulgte endvidere et vendepunkt i den politiske stemning over for privathospitalerne. I perioden umiddelbart efter valget blev der fremsat og gennemført lovforslag, som trækker behandlinger fra privathospitalerne tilbage til de offentlige hospitaler.⁷ Dette vendepunkt i den politiske stemning syntes at have sendt et tydeligt politisk signal til regionerne. Senest har Region Syddanmark f.eks. valgt at stoppe alle deres udbudsaftaler med privathospitalerne.

Hvad er potentialet ved en privat hospitalssektor?

Der er flere årsager til, at en stærk privathospitalssektor kan være en fordel for Danmark.

For det første kan privathospitalerne bidrage til at give mere sundhed for skattekrone. Det skyldes, at regionerne via udbud af sundhedsydelser kan presse privathospitalernes priser. Udbud

får man sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper. Disse sammenhænge ligger til grund for beregningen af de såkaldte DRG-takster. Kilde: sst.dk.

³ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse måler markedsandelen som DRG-produktionsværdien, dvs. forholdet mellem den producerede mængde på privathospitalerne gange DRG-taksten og den samlede producerede mængde på både privathospitalerne og de offentlige hospitaler gange DRG-taksten.

⁴ 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. Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet har vurderet, 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 har vurderet, 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.

⁵ Se fx Region Midtjylland (2010): Oplæg til strategi for udbud af behandlingsydelser 2011, Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), "Privathospitalsområdet", Udbudsstrategi for Region Hovedstaden 2010-2013.

⁶ 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."

⁷ Jf. fx loven om differentieret behandlingsgaranti (L30). Af lovforslagets bemærkninger fremgår det, at loven vil have den effekt, at behandlinger flyttes fra privathospitalerne til de offentlige hospitaler. Se også notatet CEPOS(2012): Regeringen vil øge ventetiden på behandlinger.

er således en slags markedsafprøvning, hvor man kan få private leverandører af sundhedsydelser til at konkurrere om at levere sundhedsydelserne bedst og billigst. CEPOS har tidligere lavet en analyse, der viser, at privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst ligger på ca. 48 pct. af DRG-taksten, dvs. ca. halvdelen af hvad en tilsvarende behandling koster på et gennemsnitligt offentligt hospital.⁸ Af samme årsag rapporterer mange regioner 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 udbud⁹, og Region Midtjylland sparer hvert år 4-5 mio. kr. ved at sende rygpatienter i udbud¹⁰.

For det andet betyder eksistensen af privathospitalerne, at borgerne i højere grad har mulighed for at 'stemme med fødderne'. Den differentierede behandlingsgaranti bevirker nemlig, at patienter - som ikke kan blive behandlet på de offentlige hospitaler indenfor en given periode (1 måned for de mere alvorlige sygdomme og 2 måneder for de mindre alvorlige sygdomme) - har ret til at vælge behandling på private sygehuse og klinikker. Således kan patienterne frit vælge det bedste private tilbud, såfremt ventetiden på offentlige behandlinger bliver for lang. Desuden skaber dette et konkurrencepres på de offentlige hospitaler, idet de offentlige hospitaler risikerer at miste patienter, hvis ventelisterne er for lange.

For det tredje er der også mulighed for, at danske privathospitaler kan tiltrække sundhedsturister fra udlandet og dermed få andel i den store internationale efterspørgsel efter sundhedsydelser. Det vil ikke bare hjælpe privathospitalerne ud af deres nuværende krise, men vil også være til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark.¹¹

For det fjerde kan de kortere ventelister på privathospitalerne bidrage til, at patienter hurtigere kommer i behandling og derved hurtigere kan komme tilbage i arbejde. På den måde reduceres de offentlige udgifter til sygedagpenge, samtidig med at den hurtigere tilbagevenden på arbejdsmarkedet påvirker virksomhedernes produktion positivt.

Anbefalinger udbudspligt

Det anbefales, at regionerne køber de behandlinger, der er bedst og billigst - uanset leverandør.

Mange regioner melder om store besparelser, når de via udbudsaftaler sender patienter videre til privathospitalerne. Alligevel synes en markedsandel på 1,03 pct. at afspejle at regionerne er tilbageholdne med at bruge privathospitalerne.¹² Denne skepsis møder man fx ikke i Sverige, jf. boks 1.

⁸ Cepos (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

⁹ Region Nordjyllands hjemmeside (2011): Udbud sikrer gevinster.

¹⁰ Se fx artiklen Dagbladet Ringkøbing-Skjern (2011): Udbud sparer regionen penge.

¹¹ CEPOS (2013): Privathospitaler, sundhedsturisme og vækstpoterentialer.

¹² Det tidligere Sundhedsministeriums interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010.

Boks 1. Svenske 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 private leverandører af sygehusedydelser.

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 Stokholm. 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, at deres succes skyldes bedre arbejdsgange og korte kommandoveje.

Kilde: The World Bank Group (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships, Capio (2007): We renew and unite.

På den baggrund anbefales det at indføre en udbudspligt på behandlinger, der sikrer, at danskerne får mest sundhed for pengene. Endvidere anbefales det, at Konkurrencestyrelsen overvåger markedet for sundhedsydelser.