

PRIVATHOSPITALERNES MARKEDSANDELE ER HALVERET PÅ 10 ÅR

14-03-2019

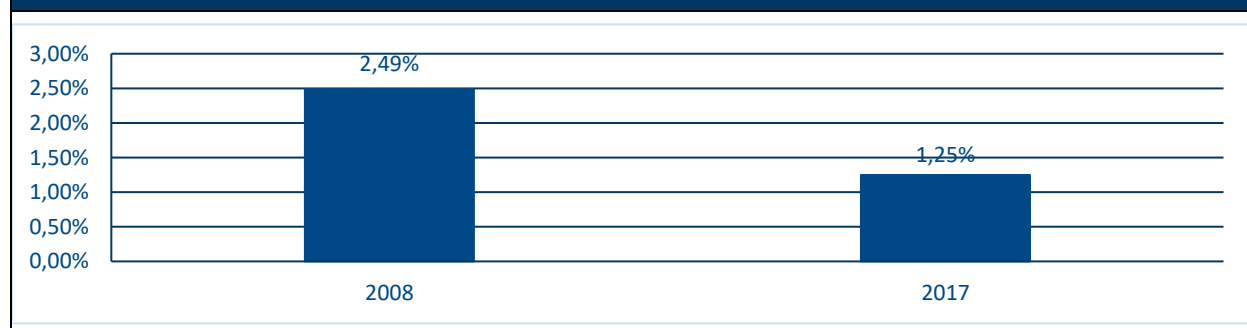
AF MIA AMALIE HOLSTEIN 53557177

RESUMÉ

Privathospitalerne har gennem de seneste 20 år været en del af tilbuddet til de offentlige patienter. Branchen har været med til at sikre kortere ventelister, konkurrencedygtige priser og har sat de offentlige afdelinger under et konkurrencepres, der har øget produktiviteten. Alligevel oplever branchen, at regionerne ligger færre og færre penge på privathospitalerne. Og det til trods for, at regionerne kan hente store besparelser ved netop at bruge privathospitalerne. Notatet viser, at:

- Fra 2008 til 2017 er privathospitalernes markedsandele faldet med 50 pct., så markedsandelen i dag ligger på 1,25 pct. af al offentlig finansieret aktivitet svarende til offentlige udgifter til privathospitalerne på ca. 0,9 mia. kr.
- Faldet i markedsandele skyldes ikke udviklingen i antallet af patienter, hvor der har været en stigning. Derimod skyldes faldet sandsynligvis en ændret patientsammensætning på privathospitalerne i retningen mod at udføre flere udredninger samt mindre og dermed billigere behandlinger. Endeligt kan det ikke udelukkes, at der kan have været en effekt fra udviklingen i DRG-taksterne¹.
- Regioner melder ellers om store besparelser, når de via udbud sender behandlinger videre til privathospitaler. Et tidligere CEPOS-notat har desuden vist, at privathospitalerne de seneste 10 år har sparet det offentlige for op til 1,5 mia. kr.
- I lyset af at markedsandelen er faldet trods lave priser anbefales det, at regeringen styrker regionernes incitamenter til at købe behandlingerne der, hvor de er bedst og billigst. Det gøres ved at sikre de rette incitamenter til netop dette, dvs. ved at opdele regionernes rolle, således at de ikke både er bestillere af sundhedsydelse og ejere af sygehusene.

Privathospitalernes markedsandel på det somatiske område som andel af al offentlig finansieret aktivitet

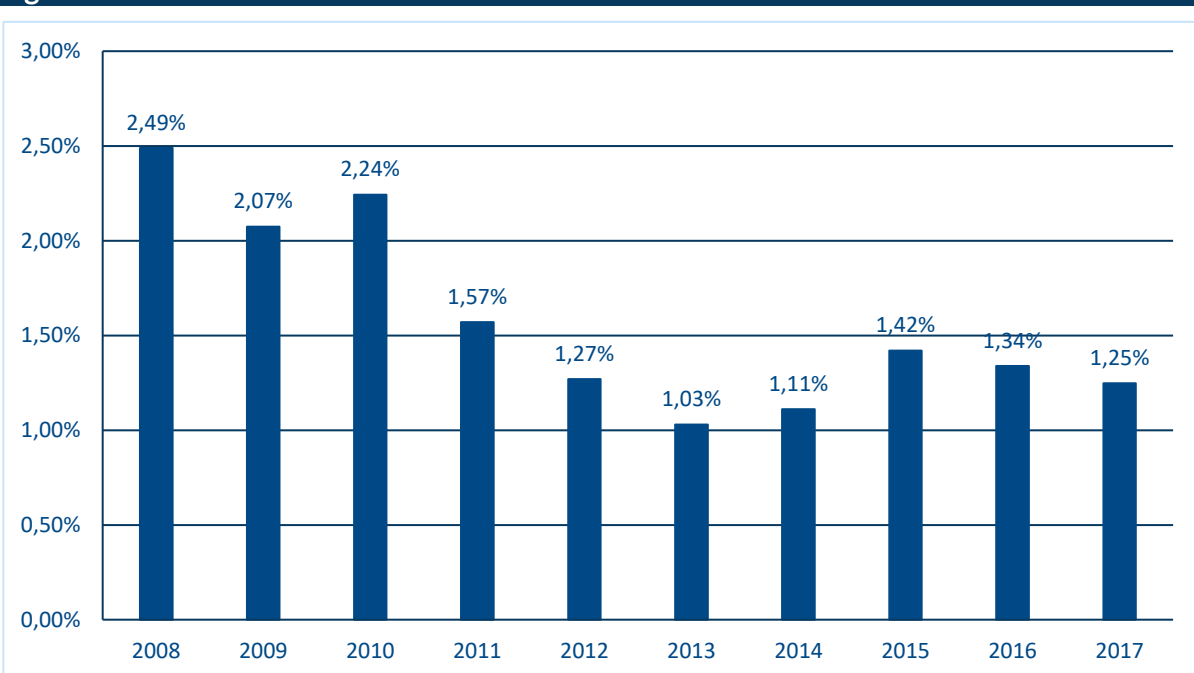


¹ DRG-systemet er et redskab til at gruppere patienter i Diagnose Relaterede Grupper. Således grupperes patienterne efter diagnose, behandling, køn, alder mv. Til de enkelte grupper kobles deres faktiske aktiviteter og udgifter. Dermed får man sammenhængen mellem aktivitet og udgift for forskellige behandlingstyper. Disse sammenhænge ligger til grund for beregningen af de såkaldte DRG-takster.

PRIVATHOSPITALERNES MARKEDSANDEL

Privathospitalernes markedsandel på det somatiske område målt som andel af al offentligt finansieret aktivitet lå i 2017 på 1,25 pct. svarende til 861 mio. kr². Fra 2008 til 2017 er privathospitalernes markedsandel faldet med 50 pct., jf. figur 1. Til sammenligning lå den private markedsandel på det somatiske område på hhv. 8 pct. i Sverige (2015-tal) og 10 pct. i Norge (2016-tal).³

Figur 1. Privathospitalernes markedsandel på det somatiske område som andel af al offentligt finansieret aktivitet



Kilde: Data tilsendt af Sundhedsministeriet

Anm.: På grund af sundhedsministeriets opgørelsesmetode, hvor markedsandelen måles ved DRG-produktionsværdien, så illustrerer ovenstående fald alene et fald i patienter, en ændret patientsammensætning og udviklingen i DRG-værdi. Det afspejler ikke udviklingen i privathospitalernes priser. Fertilitetsbehandling og psykiatri indgår ikke i data. Speciallægebehandling og patienter behandlet på privathospitaler i udlandet indgår ikke i data.

Reduktionen i privathospitalernes markedsandel kan henføres til tre forhold, som uddybes nedenfor:

- Udviklingen i antal patienter, der er henvist til privathospitalerne.
- Ændringen i patientsammensætning på privathospitalerne.
- Udviklingen i DRG-takster.

² Dette tal dækker både patienter behandlet via udbudsaftaler og via det udvidede frie sygehusvalg (DUF).

³ Kilde: DK: Data tilsendt fra Sundhedsministeriet, NO: Statistisk Sentralbyrå, tabel 09447 "Kjøp af private tjenester". SV: Sveriges Kommuner och Landsting, Köp av verksamhet 2015 Kommuner, landsting och regioner 2006–2015.

ANTAL PATIENTER

I 2017 blev 112.348 patienter⁴ henvist fra regionerne til privathospitaler. Det er en udvikling på godt 30 pct. siden 2008, men blot 1 pct. siden 2010. Faldet i privathospitalernes markedsandel er således ikke drevet af et fald i antallet af patienter. Tværtimod har der været en stigning.

Tabel 1. Patienter henvist til privathospitaler fra regionerne, antal										
Region	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nordjylland	12.641	13.368	14.071	9.448	10.274	9.637	13.120	14.765	14.455	15.303
Midtjylland	15.579	19.251	19.711	21.541	22.094	27.336	26.410	32.104	31.825	27.439
Syddanmark	11.942	19.635	21.914	11.790	3.822	1.909	2.516	2.240	916	2.759
Hovedstaden	30.569	39.906	36.613	33.495	34.269	35.706	40.500	46.579	43.341	44.756
Sjælland	14.749	18.692	18.367	20.311	17.885	13.757	20.349	32.938	29.951	22.091
Total	85.480	110.852	110.676	96.585	88.344	88.345	102.895	128.626	120.488	112.348

Kilde: Data tilsendt fra Danske Regioner

Det er dog interessant at bemærke, at der er stor forskel på i hvilket omfang regionerne bruger privathospitalerne. Ud af de 112.348 patienter blev kun 2.759 patienter videresendt til privathospital af Region Syddanmark.

⁴ Kilde: Data tilsendt fra Danske Regioner. Her opgøres patienter som unikke CPR-numre. De sidste tal for 2017 er trukket fra Landspatientregisteret efter de lukkede for 2017 i slutningen af marts 2018.

PATIENTSAMMENSÆTNINGEN

Det er desværre ikke muligt på baggrund af data fra Danmarks Statistiks forskerdatabase alene at se på udviklingen i offentligt finansierede behandlinger på privathospitalerne. Man kan kun se på offentligt- og privatfinansierede behandlinger⁵ tilsammen. Her har privathospitalernes markedsandel været stigende.

Ser man på de underliggende bevægelser i patientstrømmene, så fremgår det, at der i perioden 2007 til 2015 var et fald i andelen af penge brugt på privathospitalerne på behandlinger af 'sygdomme i kredsløbsorganer', 'sygdomme i øjne og øjneomgivelser', og 'endokrine sygdomme'. Faldet i behandling af sygdomme i kredsløbsorganer kan måske forklares ved, at regionerne i 2011 valgte at hjemtage behandlinger foretaget på HjerteCenter Varde, og som følge heraf måtte Privathospitalet Varde lukke i starten af 2017. Dele af privathospitalet blev dog flyttet til Privathospitalet Mølholm. Omvendt indgik Region Sjælland i 2013 en partnerskabsaftale med blandt andre Aleris-Hamlet Hospitalet, der blandt andet omfattede kardiologien, hvilket trækker i den anden retning.

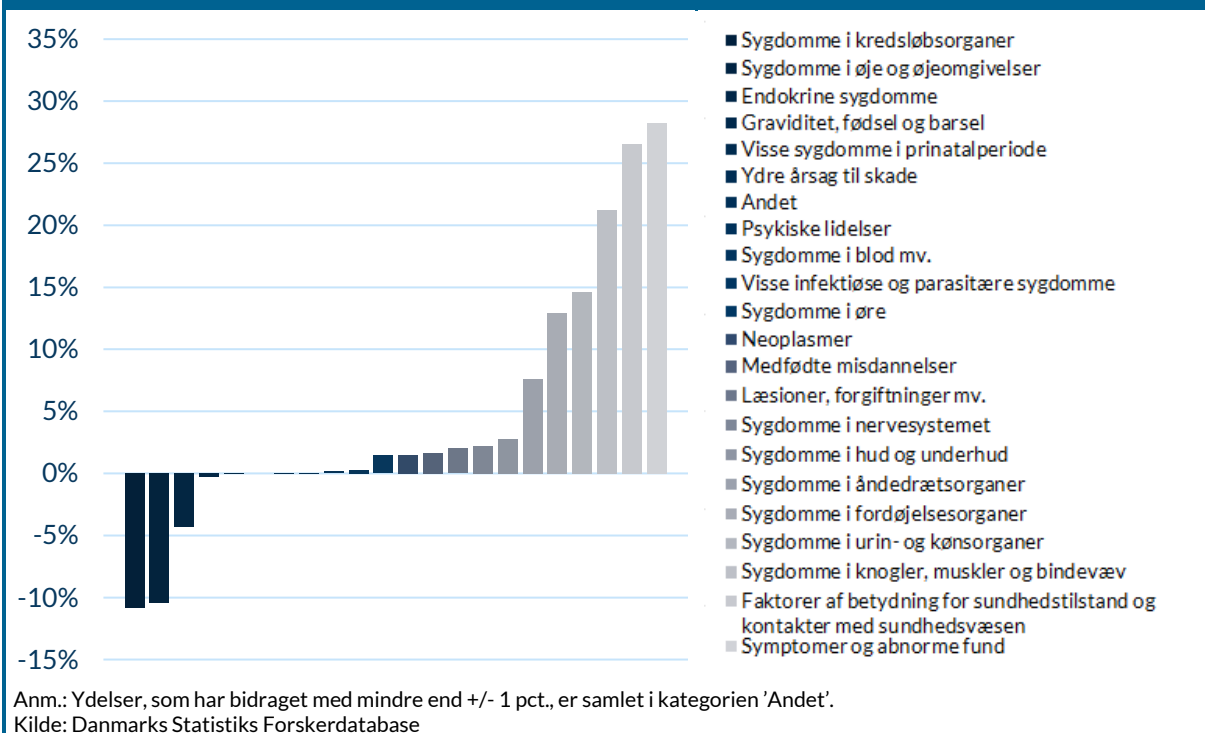
Omvendt har den største vækst været i grupperne 'symptomer og abnorme fund', 'faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen', 'sygdomme i knogler, muskler og bindevæv' og sygdomme i urin- og kønsorganer'. Væksten i grupperne 'symptomer og abnorme fund' og 'faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet' kan forklares ved, at udredningspatienter fylder mere og mere på privathospitalerne, det dækker fx over skanninger, behandling af smerter eller mistanke om fx kræft eller hjertekarlidelser. Ortopædkirurgien og urologien fylder også stadig meget for privathospitalerne. Indenfor Ortopædkirurgien indgik det daværende Privathospitalet Hamlet fx en udbudsftale med Region Sjælland i 2010.

Alt i alt har privathospitalerne ifølge deres brancheforening, Sundhed Danmark, oplevet et skift i patientsammensætning i retning af behandlingsområder, hvor behandlingerne er billigere⁶. Der er specielt langt flere patienter under udredning og dele af udrednings- og behandlingsforløb, hvor kun enkeltundersøgelser sendes ud.

⁵ Heri indgår også forsikringspatienter.

⁶ Oplyst af Sundhed Danmark.

Figur 2. De enkelte ydelsers andel af stigningen i privathospitalernes markedsandel (både offentlige patienter og privatbetalere), 2007-2015



TAKSTER

Sundhedsministeriet opgør⁷ markedsandelen i DRG-produktionsværdi. Opgørelsen af markedsandelen er følsom overfor, hvordan udviklingen har været i de enkelte DRG-takster i perioden 2008 til 2017. Og det ved vi ikke meget om. For hverken Danske Regioner, Sundhedsministeriet eller Sundhedsdatastyrelsen har analyseret udviklingen i DRG-taksterne på privathospitalerne, dvs. opgjort om procedurerne i gennemsnit er blevet billigere eller dyrere over tid sammenlignet med det offentlige. Desværre har det heller ikke været muligt selv at lave denne analyse, blandt andet fordi Danmarks Statistik ikke ligger inde med en grupperingsnøgle, der tager højde for, hvordan udviklingen har været af DRG-grupperne over tid.

Hvis de DRG-takster, som svarer til de behandlinger, der udføres på privathospitalerne, er reduceret væsentligt over tid sammenlignet med det offentlige sygehus' takster, vil denne prisefekt påvirke markedsandelen i nedadgående retning. Det kan ikke udelukkes, at det har været tilfældet.

⁷ Sundhedsministeriet 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.

ANBEFALINGER

Generelt kan privathospitalerne bidrage til at give mere sundhed for skattekrone. Det skyldes, at regionerne via udbud af sundhedsydelser kan presse privathospitalernes priser. Udbud 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. 43 pct. af DRG-taksten, dvs. ca. halvdelen af hvad en tilsvarende behandling koster på et gennemsnitligt offentligt hospital.⁸ I en anden analyse har CEPOS vist, at privathospitalerne har sparet det offentlige for op til 1,5 mia. kr. de seneste 10 år.⁹ 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 udbud¹⁰, og Region Midtjylland sparer hvert år 4-5 mio. kr. ved at sende rygpatienter i udbud¹¹.

Alligevel synes en markedsandel på 1,25 pct. at afspejle, at regionerne er tilbageholdne med at bruge privathospitalerne.¹² For selvom omtrent det samme antal patienter blev behandlet på privathospital i 2017 sammenlignet med 2010, så har vi ikke set den vækst, som prisforskellene kunne retfærdiggøre. Tværtimod har der været en bevægelse mod at privathospitalerne i højere grad har foretaget billigere behandlinger. Denne tilbageholdenhed er ikke lige så stor i Sverige og Norge, hvor de private markedsandele på det somatiske område er hhv. 8 og 10 pct.

Et almindeligt argument for at holde behandlinger i offentligt regi er, at de offentlige hospitalers marginalomkostninger (dvs. omkostninger ved behandling, når alle de faste omkostninger til fx bygninger og maskiner er betalt) er lavere end, hvad prisen (som ligger over marginalomkostningen) er ved at sende behandlinger ud til privathospitalerne. Og idet 'offentlige hospitalsbygninger jo står her i forvejen' argumenteres der for, at behandlinger bør ligge i offentligt regi. Argumentet er dog hverken holdbart på lang sigt eller på kort sigt.

På lang sigt er alle omkostninger variable¹³, dvs. da vil det altid være mest økonomisk fordelagtigt at placere behandlinger der, hvor gennemsnitsprisen på behandlinger er lavest. Hvis det er billigere på sigt at lade privathospitalerne varetage flere af fx de helt simple opgaver, bør flere behandlinger overlades til det private. På lang sigt bør vurderingen af, hvor man skal lægge behandlingerne, bero på en sammenligning af de offentlige og privates totalomkostninger.

⁸ CEPOS (2014): Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten.

⁹ CEPOS (2019): Privathospitalerne har sparet det offentlige for op til 1,5 mia. kr. de seneste 10 år.

¹⁰ Region Nordjyllands hjemmeside (2011): Udbud sikrer gevinster.

¹¹ Se fx artiklen Dagbladet Ringkøbing-Skjern (2011): Udbud sparer regionen penge.

¹² Kilde: Sundhedsministeriets interne udredningsarbejde 'Udredningsarbejde om afregning med private sygehuse' version 4/11-2010.

¹³ Bygninger og maskiner kan på sigt altid lejes ud eller sælges.

På kort sigt holder argumentet heller ikke. For det første bør vurderingen af, hvor behandlingerne skal placeres være baseret på en afvejning af, hvad omkostningen er ved ledig kapacitet på de offentlige hospitaler sammenholdt med omkostningen ved at have for lidt kapacitet (og måtte bruge privathospitalerne).¹⁴ Endvidere er det også en mulighed at tillade privathospitalerne at leje sig ind på de offentlige hospitaler og dermed nyde godt af hospitalets stordriftsfordele samtidigt med, at de leverer behandlinger til en favorabel pris.

Det anbefales derfor, at regeringen styrker incitamentet til at købe de behandlinger, der er bedst og billigst. Det gøres bedst ved at opdele regionernes roller, så de ikke både er bestillere af sundhedsydelser og ejere af sygehusene.

¹⁴ Hertil kommer en vurdering af synergieffekten mellem de elektive og de akutte afdelinger samt stordriftsfordelene på de offentlige hospitaler.