

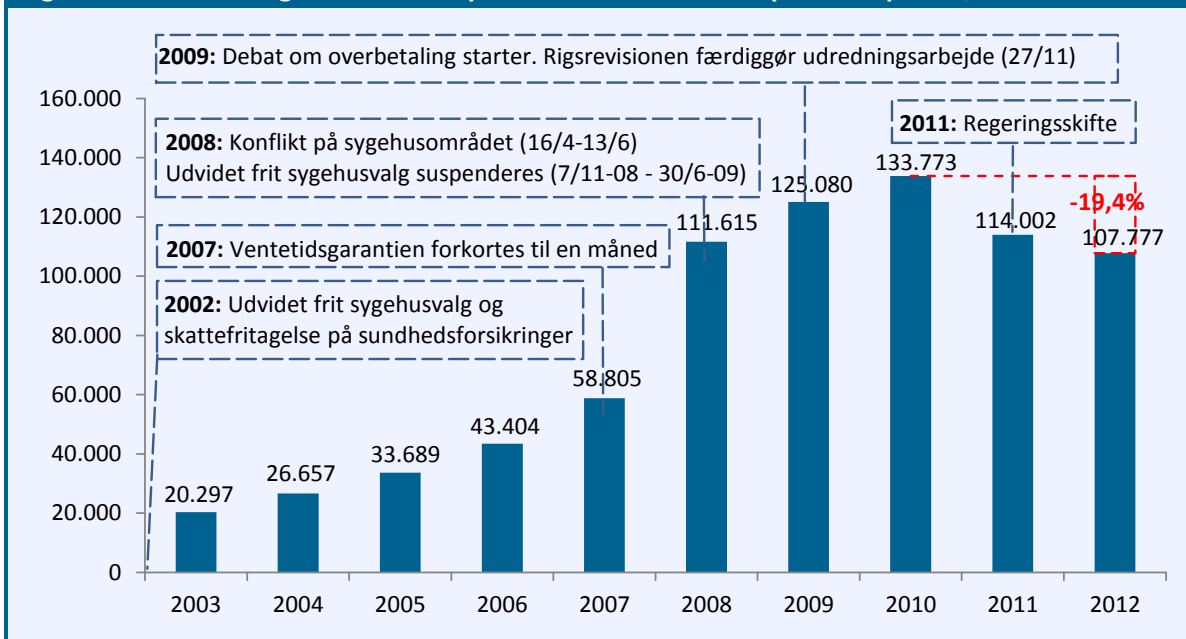
## Privathospitalerne har mistet hver femte offentlige patient

*Fra 2010 til 2012 har danske privathospitaler mistet hver femte offentligt finansierede patient. Faldet afspejler sandsynligvis, at de offentlige hospitaler grundet øget produktivitet har kunnet hjemtage patienter, som tidligere via udbud eller gennem det udvidede frie sygehusvalg har været henvist til privathospitaler. I 2012 udgjorde privathospitalernes markedsandele således 1,25 pct. af alt offentligt finansieret aktivitet mod 2,24 pct. i 2010. Hvorvidt dette er en positiv udvikling eller ej afhænger af, hvilken aktør (privat eller offentlig) der på sigt og i gennemsnit ville kunne udføre behandlingerne bedst og billigst. Hverken Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse eller Danske Regioner har offentliggjort analyser af dette. Det er en mulighed, at privathospitalerne kan bidrage til at give borgerne mere sundhed for skattekrone. For selvom der er forskel på, hvad private og offentlige hospitaler laver, så leverer privathospitalerne allerede i dag behandling via udbud til 48 pct. af DRG-taksten, dvs. ca. halvdelen af, hvad en tilsvarende behandling koster på et gennemsnitligt offentligt hospital. Hvis det på sigt viser sig at være privathospitalerne, der bedst og billigst udfører nogle af de helt standardiserede operationer, så kan denne monopolisering vise sig at blive en bekostelig affære. Endvidere er der andre fordele ved en stærk privathospitalssektor, som Danmark vil gå glip af. For det første kan privathospitalerne lægge et konkurrencepres på de offentlige hospitaler og derigennem bidrage til at give mere sundhed for skattekrone. For det andet medfører konkurrencedygtige privathospitaler større frihed for patienterne til at vælge, hvor de vil behandles. For det tredje vil danske privathospitaler kunne tiltrække sundhedsurister, 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 offentliges udgifter til sygedagpenge.*

### Opgang vendt til nedtur

I perioden 2003 til 2010 oplevede privathospitalerne en stor vækst i tilstrømningen af offentligt finansierede patienter fra 20.297 patienter i 2003 til 133.773 patienter i 2010, svarende til en stigning på over 110.000 patienter over perioden, jf. figur 1. Væksten var særligt ansporet af tre forhold. Det første var indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg, som gav offentlige patienter ret til at blive behandlet på privathospital på det offentliges regning, hvis ventetiden på de offentlige hospitaler oversteg to måneder. For det andet valgte regeringen i 2007 at forkorte ventetidsgarantien fra to til en måned. Og for det tredje betød konflikten på sygehusområdet i 2008, at der blev genereret en ventetidspukkel. Og selvom det udvidede frie sygehusvalg midlertidigt blev suspenderet, så var regionerne dog stadig forpligtet til at købe behandlinger på de private hospitaler og klinikker. I denne periode begyndte regionerne i vidt omfang at gøre brug af udbudsrunder og opnåede herigennem lavere priser på private behandlinger, der således gav befolkningen mere sundhed for pengene.

Figur 1. Antal offentligt finansierede patienter videresendt til privathospitaler, 2003-2012



Anm.: Disse tal er opgjort kvartalsvist. Danske Regioner har via Altinget offentliggjort patienttal for perioden 2008 til 2012 som er opgjort årligt. Grundet opgørelsesmetoden er niveauet lidt lavere, men profilen er den samme. Også her er et fald på ca. 20 pct. fra 2010 til 2012.

Kilde: Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg spørgsmål nr. 569 (alm. del) af 26. juni 2013.

Men i 2010 vendte udviklingen. I perioden 2010 til 2012 er antallet af offentligt finansierede patienter videresendt til privathospitalerne faldet med knap 20 pct., jf. figur 1. Det svarer til, at privathospitalerne har mistet hver femte offentlige patient. I 2010 blev 133.773 offentligt finansierede patienter videresendt til et privathospital. I 2012 var det 107.777 patienter.

### Mulige forklaringer

Der er flere mulige forklaringer på faldet i antallet af offentligt finansierede patienter på privathospitalerne. Enten afspejler faldet en national tendens, dvs. et fald i det totale antal patienter, eller også afspejler udviklingen en bevægelse mod, at flere patienter behandles på offentlige hospitaler.

Det første er ikke sandsynligt, dvs. at der er sket et fald i det totale antal patienter. Godt nok blev de kliniske retningslinjer for ryg- og fedmeoperationer strammet op pr. 1. januar 2011, men den lille påvirkning herfra kan langt fra forklare det markante fald på knap 26.000 patienter behandlet på privathospitalerne.<sup>1</sup> Endvidere tyder aktivitetstal fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse på, at aktiviteten har været stigende fra 2010 til 2012, jf. tabel 1.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kilde: Dansk Rygkirurgisk Selskab (2012): Rygkirurgi i Danmark 2009-2012, Dansk Fedmekirurgiregister (2010): Årsrapport 2010 og Dansk Fedmekirurgiregister (2012): Årsrapport 2012.

<sup>2</sup> Der er en teoretisk mulighed for, at dette er båret af stigninger i DRG-taksten. Men ifølge oplysninger fra Statens Seruminstitut (DRG-kontoret) og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er dette ikke tilfældet.

**Tabel 1. Privat og offentlig sygehusaktivitet (1.000 DRG kr.), faste 2012-priser (2007-2012)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Privat aktivitet	603.585	1.112.919	1.113.986	1.351.624	1.015.602	815.613
Offentlig aktivitet	41.421.915	43.605.245	52.600.211	58.939.442	62.128.065	64.418.531
<b>Total aktivitet</b>	<b>42.025.501</b>	<b>44.718.164</b>	<b>53.714.197</b>	<b>60.291.065</b>	<b>63.143.666</b>	<b>65.234.144</b>

Anm.: Priserne er deflateret med udviklingen i det offentlige forbrug. Tallene er alene opgjort som patientrettede udgifter på det somatiske område.

Kilde: Danmarks Statistik samt data tilsendt fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Det er således mere sandsynligt, at faldet i antallet af offentligt finansierede patienter videresendt til privathospitalerne skyldes, at de offentlige hospitaler har hjemtaget de patienter, der tidligere blev sendt ud til privathospitalerne. Selv melder privathospitalerne både om færre udbudspatienter og færre patienter behandlet under det udvidede frie sygehusvalg. Enten vil disse patienter være at aflæse i ventetidsstatistikkerne, eller også har de sidste års bemærkelsesværdige produktivitetsvækst på de offentlige hospitaler bevirket, at de offentlige hospitaler har kunnet hjemtage patienterne uden at øge ventetiderne, jf. tabel 2.

**Tabel 2. Produktivitetsudviklingen på offentlige sygehuse**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Procent	2,4	1,8	1,9	1,4	-3,2	4,2	5,6	5,3

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2012): Nye målinger af produktivitet i sygehusvæsenet - 2010-2011 og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): Tal på sundhed - bilag.

### Et spørgsmål om økonomi eller ideologi?

Det argument, der almindeligvis fremføres for at hjemtage behandlinger, er kortsigtet, og et argument der bygger på: Givet man i forvejen har maskiner, bygninger og mandskab, så vil det altid kunne betale sig, at så mange behandlinger som muligt udføres på de offentlige hospitaler, idet det på marginalen er billigere end at sende patienter ud til privathospitalerne.

Dette argument er dog problematisk. For man ser bort fra den overvejelse, at der på de offentlige hospitaler er opbygget for meget kapacitet. Og man ignorerer derved muligheden for, at man ville spare penge ved at reducere den offentlige kapacitet og øge den private. Risikoen er, at skatteborgernes penge bruges på behandlinger, der i gennemsnit er dyrere end de private behandlinger, og derved får mindre sundhed for skattekroneerne.

Hvorvidt denne bevægelse mod, at flere behandlinger udføres på offentlige hospitaler, er en økonomisk set god eller dårlig udvikling, afhænger således af, hvor behandlingerne i gennemsnit og på sigt udføres bedst og billigst. Hvis de udføres bedst og billigst på de offentlige hospitaler, er dette en positiv udvikling. Hvis de udføres bedst og billigst på privathospitalerne, er dette et skridt mod mindre sundhed for skattekroneerne. Der findes hverken hos Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse eller hos Danske Regioner offentliggjorte analyser på området. Der findes ej heller et overblik over, hvor meget det i gennemsnit koster at få behandlinger udført via udbud på privathospitaler.

CEPOS har dog i en tidligere analyse indsamlet alle privathospitalernes udbudspriser. Denne analyse viser, at behandlinger foretaget af privathospitalerne via disse udbudsaftaler i 2011 i gennemsnit lå på 48 pct. af DRG-taksten, dvs. ca. halv pris sammenlignet med, hvad taksten er for en tilsvarende behandling på et offentligt hospital. Og selv når man korrigerer for forskelle i rammevilkår,<sup>3</sup> er det ikke på baggrund af denne analyse muligt at afvise, at nogle opgaver

<sup>3</sup> 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

udføres billigere på privathospitalerne. Dette ligger desuden i tråd med, at flere regioner melder om store besparelser, når de via udbud sender behandlinger ud til privathospitalerne.<sup>4</sup> Også i udlandet benyttes privathospitalerne i højere grad end herhjemme. Mens danske privathospitals markedsandel ligger på godt 1 pct., jf. boks 1, så ligger markedsandelen til sammenligning i Sverige på 12 pct. (2011-tal) og i Frankrig på 24 pct. (2011-tal).<sup>5</sup>

### Boks 2. Privathospitalernes markedsandel

Privathospitalernes markedsandel lå i 2012 (målt som andel af alt offentligt finansieret aktivitet) på 1,25 pct. Alene fra 2010 til 2012 er privathospitalernes markedsandel faldet med 44 pct.<sup>6</sup>

Privathospitalernes markedsandel:	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	1,44 %	2,49 %	2,07 %	2,24 %	1,61 %	1,25 %

Det store fald i privathospitalernes markedsandel på 44 pct. skyldes foruden det forhold at færre patienter henvises til privathospitalerne, også 2 andre forhold, nemlig en ændret patientsammensætning på privathospitalerne og lavere DRG-takster.<sup>7</sup>

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

### Overbetalingsdebatten

Muligvis kan faldet i antallet af patienter videresendt til de private hospitaler også forklares ved overbetalingsdebatten. I 2009 startede Rigsrevisionen en debat om, hvorvidt der var sket en overbetaling, når patienter gennem det udvidede frie sygehusvalg enkelvis (dvs. ikke via udbud hvor prisen er lavere) valgte behandling på et privathospital. Stadig den dag i dag er der stor uenighed om, hvorvidt privathospitalerne blev overbetalt eller ej.

Måske kan overbetalingsdebatten også forklare, at der siden regeringsskiftet har været en politisk tilbageholdenhed overfor at benytte privathospitalerne. Der fremsættes og gennemføres eksempelvis en række lovforslag, som trækker behandlinger fra privathospitalerne tilbage til de offentlige hospitaler.<sup>8</sup> Hertil kommer, at der ofte er et politisk ønske i flere af regionerne<sup>9</sup> (men bestemt ikke alle<sup>10</sup>) om at holde flest mulige patienter i eget regi. Det på trods af, at afregningstaksten til privathospitalerne i dag er væsentligt lavere end afregningstaksten til de offentlige hospitaler. Således lå taksten under det udvidede frie sygehusvalg på ca. 83 pct. af DRG-taksten i 2011. Under udbud lå taksten til ca. 48 pct. af DRG-taksten.<sup>11</sup>

### 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 privathospitaler potentielt 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 udarbejdet en analyse, der viser, at privathospitalernes

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.

<sup>4</sup> Se fx Region Nordjyllands hjemmeside (2011): Udbud sikrer gevinster.

<sup>5</sup> Kilde: Ekonomifakta.se, Drees(2012): Le panorama des établissements de santé samt DSI (2009): Privat-Offentligt Samspil.

<sup>6</sup> På grund af ministeriets opgørelsesmetode, hvor markedsandelen måles ved DRG-produktionsværdien, så er udviklingen i markedsandelen renset for udviklingen i privathospitalernes priser. Idet privathospitalernes takster over årene er faldet (sammenlignet med udviklingen i de offentlige hospitalers takster), så vil faldet i markedsandelen være undervurderet.

<sup>7</sup> 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: sst.dk.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Se fx Region Midtjylland (2010): Oplæg til strategi for udbud af behandlingsydelser 2011, Region Nordjyllands personaleinformation (pinfo), "Privathospitalsområdet", Udbudsstrategi for Region Hovedstaden 2010-2013.

<sup>10</sup> 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."

<sup>11</sup> CEPOS (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

gennemsnitlige udbudstakst ligger på ca. 48 pct. af DRG-taksten, dvs. ca. halvdelen af hvad en tilsvarende behandling koster på et gennemsnitligt offentligt hospital.<sup>12</sup> Af samme årsag rapporterer mange regioner om store gevinster, når de sender behandlinger ud til privathospitalerne via udbud. Fx sparer Region Midtjylland hvert år 4-5 mio. kr. ved at sende rygpatienter i udbud<sup>13</sup>.

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 kunne på sigt være til gavn for vækst og beskæftigelse i Danmark.<sup>14</sup>

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**

Det anbefales at indføre en udbudspligt på standardiserede behandlinger. Dvs. at man lader offentlige og private hospitaler konkurrere om at levere en given gruppe af behandlinger bedst og billigst. Derved sikrer man, at danskerne får mest sundhed for pengene. I samme ombæring bør man indføre en sanktionsmulighed i de tilfælde, hvor udbudspligten ikke bliver overholdt, og øge Konkurrencestyrelsens bevågenhed med markedet for sundhedsydelser.

Endvidere bør regeringen sikre stabile rammevilkår. Meget ny lovgivning på kort tid har skabt usikre rammevilkår for privathospitalerne, hvilket betyder, at danske privathospitaler har sværere ved at finde fodfæste i markedet for sundhedsydelser og vokse sig til en størrelse, som gør, at de dels kan presse de offentlige hospitaler til højere effektivitet og kvalitet og dels kan tiltrække udenlandske patienter. Det er derfor helt afgørende for et velfungerende sundhedsvæsen, at regeringen sikrer stabile rammevilkår.

<sup>12</sup> CEPOS (2011): Regionernes udbud af sundhedsydelser.

<sup>13</sup> Se fx artiklen Dagbladet Ringkøbing-Skjern (2011): Udbud sparer regionen penge.

<sup>14</sup> CEPOS (2013): Privathospitaler, sundhedsturisme og vækstpotentialer.