

Milliardpotentiale for regionerne ved øget konkurrenceudsættelse

AF SUNDHEDSPOLITISK CHEFKONSULENT KATRINA FEILBERG, CAND. SCIENT. ADM. OG UNDERDIREKTØR GEERT LAIER CHRISTENSEN, CAND. SCIENT. POL.

RESUMÉ

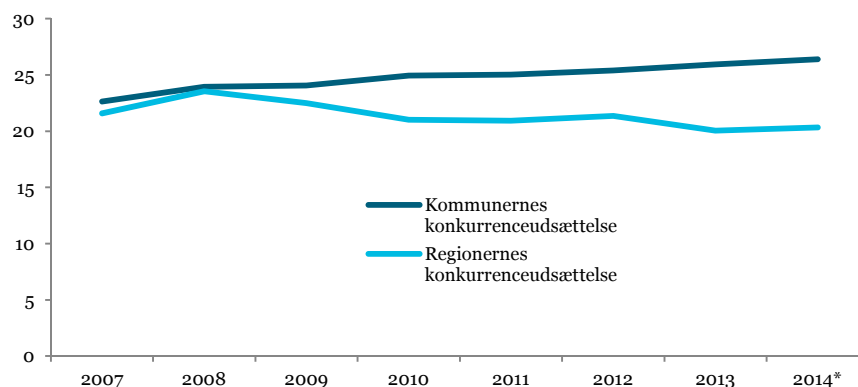
Regionernes helt store mulighed for at øge konkurrenceudsættelsen ligger på sundhedsområdet. Danske Regioner vurderer, at private hospitaler og klinikker kan producere 35 pct. af sygehusydelseerne. I dag har de private aktører en markedsandel på blot 1,5 pct. Det betyder, at opgaver for mindst 26,8 mia. kr. kan konkurrenceudsættes.

Dansk Erhvervs forsigtige vurdering – foretaget på baggrund af dokumenterede erfaringer fra øvrige serviceområder – er, at regionerne kan opnå en økonomisk gevinst på ca. 4,2 mia. kr. gennem en systematisk konkurrenceudsættelse af sygehusydelser.

Milliardpotentiale i øget konkurrenceudsættelse af sygehusydelser

Men mens kommunerne gradvist har øget konkurrenceudsættelsen, går det tilbage i regionerne, jf. figur 1. Regionernes konkurrenceudsættelse er faldet med 1,3 pct.-point siden 2007 til 20,3 pct. i 2014 for hele landet¹. Den negative udvikling skal brydes, hvis regionerne skal indfri potentialet og høste den tilhørende økonomiske gevinst.

Figur 1
Indikator for konkurrenceudsættelse i kommuner og regioner, pct.



Kilde: Danmarks Statistik, KL's IKU-værktøj og Dansk Erhverv.

Note: *For 2014 antages det, at værdien af regionernes egne vundne udbud er det samme som i 2013. Egne vundne udbud udgør en meget lille andel, resultatet påvirkes derfor kun i meget lille grad. Dette gælder gennem hele analysen.

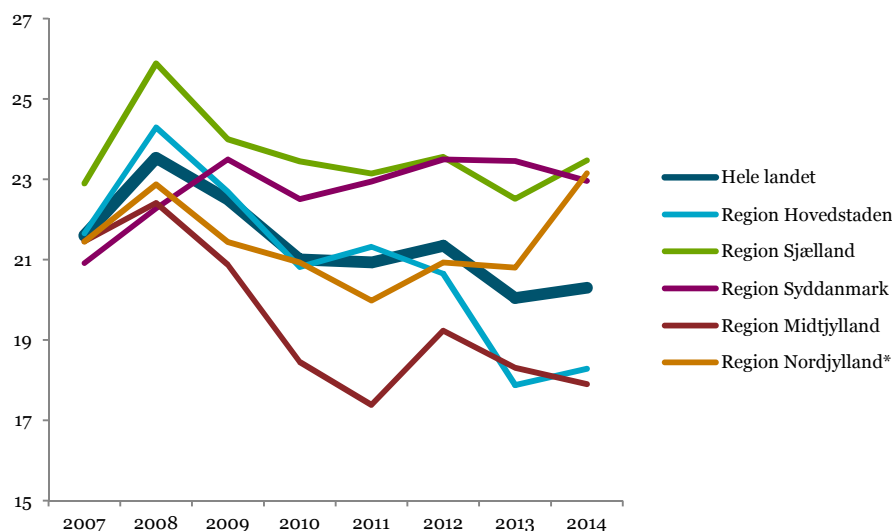
Status quo for konkurrenceudsættelsen i regionerne

Siden 2008 er konkurrenceudsættelse af opgaverne i regionerne ikke steget nævneværdigt. Derimod er potentialet forøget med godt 16 mia. kr., hvilket veksles til et fald i RIKU-indikatoren på 3,2 pct.-point.ⁱⁱ

Negativ udvikling i RIKU-indikatoren fra 2008-2014

Figur 2

Indikator for konkurrenceudsættelse fordelt på regioner, pct.



Kilde: Danmarks Statistik og Dansk Erhverv.

Note: Tallene for region Hovedstaden i 2013 er behæftet med en vis usikkerhed. *Tallene for region Nordjylland er påvirket opad af en stor posteringsændring i 2014.

Graden af konkurrenceudsættelse i regionerne er mere spredt i dag end tidligere, og der har i perioden været en overvejende negativ udvikling i regionernes grad af konkurrenceudsættelse, hvilket fremgår af figur 2. På trods af en positiv udvikling i konkurrenceudsættelsen fra 2013-2014 i flere regioner er niveauet forsat lavere end i 2007. Potentialet for øget konkurrenceudsættelse er således forsat stort i alle regioner.

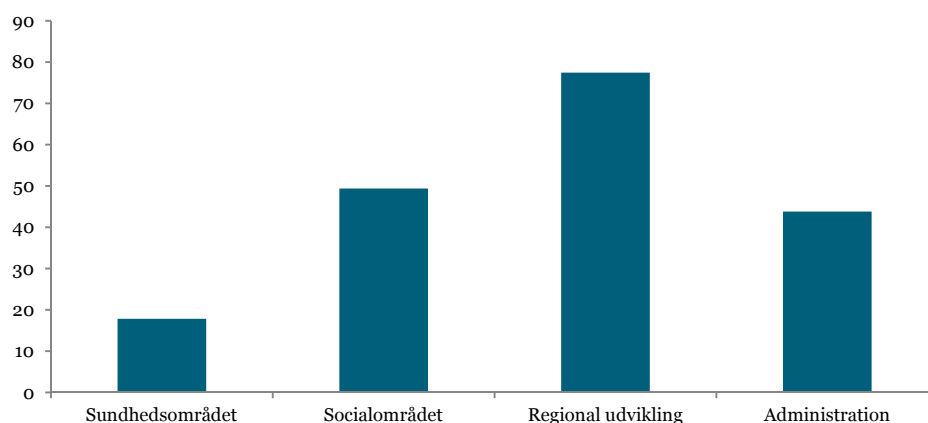
Sundhedsområdet kan konkurrenceudsættes yderligere

Det største potentiale for øget konkurrenceudsættelse i regionerne findes på sundhedsområdet. Regionernes udgifter er fordelt på fire hovedområder (hovedkonti), hvoraf sundhedsområdet er langt det mest omkostningstunge. Samtidig er sundhedsområdet det af de fire områder, hvor graden af konkurrenceudsættelse er lavest, jf. figur 3.

Det største potentiale for øget konkurrenceudsættelse findes på sundhedsområdet

Figur 3

Regionernes indikator for konkurrenceudsættelse fordelt på hovedkontoniveau, pct., 2014



Kilde: Danmarks Statistik og Dansk Erhverv

I 2014 var blot 17,8 pct. af udgifterne på sundhedsområdet konkurrenceudsat, mens hele 77,4 pct. af udgifterne på området for regional udvikling var konkurrenceudsat, jf. tabel 1.

Kun 17,8 pct. af udgifterne på sundhedsområdet er konkurrenceudsat

Tabel 1

Konkurrenceudsættelse i regionerne, 2014

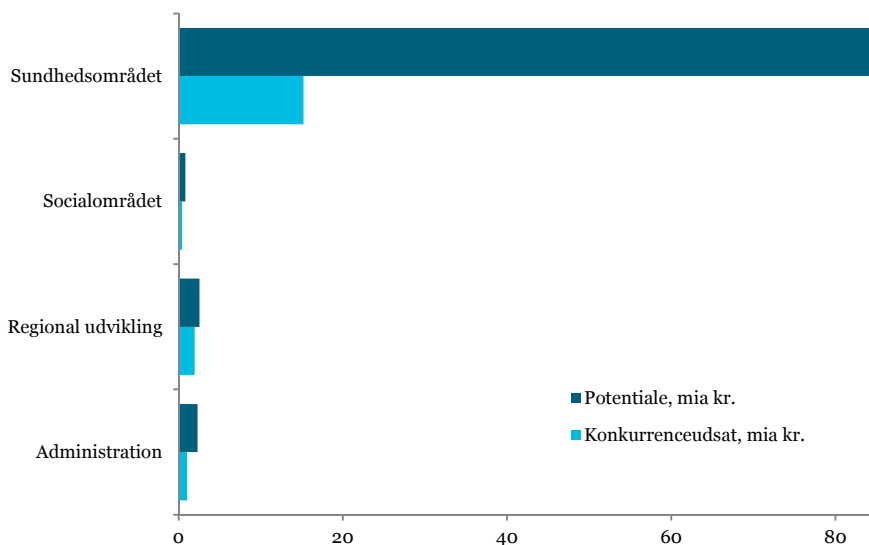
Områder	Opgaver som kan konkurrenceudsættes, mia. kr.	Konkurrenceudsat, mia. kr.	Konkurrenceudsættelses-pct.
Sundhedsområdet	85,4	15,2	17,8
- Heraf sygehuse	79,7	14,0	17,2
Socialområdet	0,8	0,4	49,4
Regional udvikling	2,5	1,9	77,4
Administration	2,3	1,0	43,8
Samlet	91,0	18,5	20,3

Kilde: Danmarks Statistik og Dansk Erhverv.

Der er et milliardpotentiale for at konkurrenceudsætte udgifter på sundhedsområdet i form af fx behandlinger, rengøring og vedligehold. I 2014 blev der konkurrenceudsat for 15,2 mia. kr. på sundhedsområdet, mens der principielt kunne være konkurrenceudsat udgifter for hele 85,4 mia. kr. Det ikke realiserede potentiale for konkurrenceudsættelse i regionerne fremgår af figur 4, hvor det tydeligt ses, at det er på sundhedsområdet, potentialet for at øge konkurrenceudsættelsen er størst.

Figur 4

Potentiale for konkurrenceudsættelse i regionerne, 2014



Kilde: Danmarks Statistik og Dansk Erhverv.

Sygehusene kan skabe konkurrence om minimum 28 mia. kr.

Potentialet for at øge konkurrenceudsættelsen er særligt stort ved behandlinger på sygehusene. Danske Regioner vurderer i notatet ”Regionernes brug af private leverandører”, at private hospitaler og klinikker kan udføre 35 pct. af sygehusydelse*ne*ⁱⁱⁱ, da det er ydelser, som private hospitaler og klinikker i forvejen producerer som fx kikkertoperationer i knæ og fjernelse af galdesten^{iv}.

Danske Regioner vurderer, at 35 pct. af sygehusydelse*ne* kan leveres af private

Private hospitaler og klinikker behandlede i år 2014 for 1,2 mia. offentlige kroner, svarende til 1,5 pct. af de samlede sygehusydelse*er*. Baseret på Danske Regioners eget skøn over, at private hospitaler og klinikker kan producere 35 pct. af de samlede offentlige sygehusydelse*er*, er der et stort uudnyttet potentiale. Ud fra oplysningerne kan det samlede potentiale for privat udførelse af sygehusydelse*er* udregnes til at være 28,0 mia. kr. Fratrækkes den nuværende produktion, kan der potentielt konkurrenceudsættes yderligere 26,8 mia. kr., jf. tabel 2.

Tabel 2

Udregning af potentiale for private hospitaler og klinikker, 2014

Privat producerede sygehusydelse	1,2 mia. kr.
Markedsandel, private hospitaler og klinikker	1,5 pct.
Sygehusydelse (beregnet)	80,0 mia. kr.
Markedspotentiale på 35 pct. (beregnet)	28,0 mia. kr.
Udnyttet potentiale for privat producerede sygehusydelse (beregnet)	26,8 mia. kr.

Kilde: Danske Regioner og Dansk Erhverv.

Note: De samlede sygehusydelse på 80,0 mia. kr. er ikke lig udgifterne til sygehuse på 79,7 mia. kr. Begreberne er forskellige og kan ikke direkte sammenlignes.

Konkret er der visse undersøgelser og behandlinger, som de private aktører i dag ikke har tilladelse til at udføre for det offentlige. Det skyldes, at Sundhedsstyrelsen, ud fra et volumen- og forsyningssikkerhedsperspektiv ift. udelukkende offentlige patienter, for-deler godkendelse til specialiserede behandlinger til de regionale sygehuse – offentlige som private. Hvis godkendelsen ikke er givet til fx en privat aktør, kan denne aktør ikke udføre undersøgelsen eller behandlingen for de offentlige patienter, uanset at de besidder de rigtige faglige kompetencer eller udfører det for private eller udenlandske, offentlige, patienter. En større involvering af de private hospitaler og klinikker vil derfor kræve en revision af praksis for, hvordan specialeplanen udarbejdes, hvilket vil være et skub i den rigtige retning mod en mere effektiv offentlig sektor.

Det nuværende markedspotentiale for private hospitaler og klinikker på 26,8 mia. kr. indeholder i høj grad det, som danskerne behandles for i tusindvis – lige fra kikkert-operationer i knæ og MR-scanninger, til fjernelse af brok og galdesten. Privathospitalerne kan i dag levere ydelse på mange sygehusbehandlinger, og der er potentiale for at udvide paletten med endnu flere. Også de mere specialiserede behandlinger.

Hvis det offentlige i højere grad inddrager private aktører, og dermed sikrer en større volumensikkerhed for de private aktører, vil det skabe grobund for, at private aktører kan opbygge nye specialer og behandlingsmuligheder^v. Dermed vil potentialet ikke begrænses til 26,8 mia. kr., hvor store dele af den nuværende produktion ikke er inkluderet. Så kan potentialet blive langt større.

Revidering af specialeplanen vil medføre øget potentiale for konkurrenceudsættelse af sygehusydelse

Økonomiske gevinster på ca. 4,2 mia. kr.

Øget konkurrenceudsættelse og partnerskaber vil være et middel til at imødekomme de velkendte udfordringer på sundhedsområdet. Den demografiske udvikling betyder, at andelen af ældre i det danske samfund vokser markant. Koblet med stigende krav til serviceniveauet vil det betyde et pres på udgifterne til sundhedsområdet.

En analyse fra tænketanken CEPOS viser, at en række regionale udbud har resulteret i priser, som i gennemsnit er 43 pct. af DRG-taksten. Man kan dog ikke forvente, at en så lav udbudstakst vil kunne fastholdes, såfremt brugen af udbud øges markant. Den lave takst kan nemlig være udtryk for, at privathospitalerne kun får dækket deres variable omkostninger. Øges brugen af udbud, vil de have behov for også at få dækket deres faste omkostninger.^{vi}

Undersøgelser påviser store økonomiske gevinster forbundet med brug af konkurrenceudsættelse

Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse står bag en baggrundsrapport, der viser, at priserne hos de private hospitaler og klinikker under Det Udvidede Frie Sygehusvalg er 85 pct. af den offentlige. Dermed er der en potentiel gevinst på 15 pct.

En række effektanalyser fra Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde, der bygger på erfaringer på tværs af flere serviceområder, viser, at der er økonomiske gevinster i størrelsesordenen 14 pct. ved at konkurrenceudsætte opgaver.

Flere andre analyser konkluderer, at der er tilsvarende gevinster, omend potentialet vurderes forskelligt afhængig af den konkurrenceudsatte ydelse. En analyse fra Dansk Erhverv viser, at der med afsæt i dokumenterede erfaringer fra KL's udbudsportal kan opnås gevinster på gennemsnitligt 15 pct., når en opgave kommer i udbud.

Tabel 3

Dokumenterede økonomiske gevinster ved konkurrenceudsættelse

	Økonomisk gevinst
Rådet for offentlig-privat samarbejde (ROPS) ^{vii}	14 pct.
Dansk Erhverv ^{viii}	15 pct.
Danske Regioner, KL, Økonomi- og indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ^{ix}	15 pct.

Kilde: Se slutnoter.

På baggrund af de dokumenterede økonomiske gevinster, jf. tabel 3, vurderer Dansk Erhverv, at der er et økonomiske gevinstpotentiale ved at konkurrenceudsætte langt flere opgaver på sundhedsområdet.

Det er Dansk Erhvervs vurdering, at regionerne ved konkurrenceudsættelse af sundhedsopgaverne kan opnå en økonomisk gevinst på 15 pct.

Danske Regioners estimat af, at 35 pct. af sygehjælperne kan konkurrenceudsættes sammenkoblet med Dansk Erhvervs vurdering af, at der er en økonomisk gevinst på 15 pct. herved, betyder, at regionerne kan hente en gevinst på omkring 4,2 mia. kr. årligt.

Dette vil være et væsentligt bidrag til at sikre et mere effektivt sundhedsvæsen og samtidig være et vigtigt bidrag til regeringens mål om at effektivisere og modernisere den offentlige sektor for 12 mia. kr. frem mod 2020*.

Metoden

Hver region konkurrenceudsætter en vis andel af deres opgaver. Denne andel kan beregnes ud fra regionernes regnskaber, som oplyses detaljeret af Danmarks Statistik. Der kan derfor udregnes en indikator for konkurrenceudsættelse, som angiver, hvor stor en andel af opgaverne, der er egnede til konkurrenceudsættelse, i forhold til dem som rent faktisk konkurrenceudsættes.

Potentiel økonomisk gevinst på 15 pct. ved konkurrenceudsættelse

Økonomisk gevinst på 4,2 mia. kr. årligt

Beregningsen tager udgangspunkt i regionernes regnskaber fra 2014, og bygger på data fra Danmarks Statistik

Figur 5

Regional indikator for KonkurrenceUdsættelse (RIKU)

Regional indikator for KonkurrenceUdsættelse (RIKU) beregnes som forholdet mellem udgifter til opgaver, som kan konkurrenceudsættes og udgifter til de opgaver, der faktisk bliver konkurrenceudsat.

$$RIKU - procent = \frac{\text{Udgifter til konkurrenceudsatte opgaver}}{\text{Udgifter til opgaver der kan konkurrenceudsættes}}$$

Der er i beregningen taget højde for regionernes egne vundne udbud, hvilket adskiller RIKU-procenten fra Privat Leverandør Indekset (PLI).

Kilde: ØIM

Note: For detaljeret beskrivelse af, hvad der indgår i beregningen af tæller og nævner, se www.oim.dk.

Grundet manglende offentliggørelse af regionernes egne vundne udbud fra før 2011, vil RIKU-procenterne være behæftet med en vis fejlmargen. Egne vundne udbud er dog ikke noget, der ændrer ved den samlede konklusion eller udvikling, da det er et meget begrænset fænomen på regionsniveau.

Modsat den kommunale indikator for konkurrenceudsættelse (IKU) indgår varekøbet i regionernes udgifter, der er mulige at konkurrenceudsætte. På trods af den samme definatoriske opbygning af indikatoren, indgår der derfor forskellige konti i tæller og nævner, hvorfor de to indikatorer ikke er direkte sammenlignelige. ▼

▼ OM DENNE UDGAVE

"Milliardpotentiale for regionerne ved øget konkurrenceudsættelse" er 14. nummer af Dansk Erhvervs Perspektiv i 2015. Redaktionen er afsluttet den 28. maj.

▼ OM DANSK ERHVERVS PERSPEKTIV

Dansk Erhvervs Perspektiv udkommer ca. 25 gange årligt og henvender sig til beslutningstagere og meningsdannere på alle niveauer. Ambitionen er at udgøre et kvalificeret og anvendeligt beslutningsgrundlag i forhold til væsentlige, aktuelle udfordringer på alle områder, som har betydning for dansk erhvervsliv og den samfundsøkonomiske udvikling. Det er tilladt at citere fra Dansk Erhvervs Perspektiv med tydelig henvisning til Dansk Erhverv.

▼ ISSN-NR.: 1904-7894

Dansk Erhvervs Perspektiv indgår i det nationale center for registrering af danske periodika, ISSN Danmark, med titlen "Dansk Erhvervs perspektiv: Analyse, økonomi og baggrund (online)"

▼ KVALITETSSIKRING

Troværdigheden af tal og analyser fra Dansk Erhverv er afgørende. Dansk Erhverv gennemfører egne spørgeskemaundersøgelser i overensstemmelse med de internationalt anerkendte guidelines i ICC/ESOMAR, og alle analyser og beregninger gennemgår en kvalitetssikring.

Denne analyse er offentlig tilgængelig via Dansk Erhvervs hjemmeside. Skulle der beklageligvis og trods grundig kvalitetssikring forefindes fejl i analysen, vil disse blive rettet hurtigst muligt og den rettede version lagt på nettet.

▼ KONTAKT

Henvendelser angående analysens konklusioner kan ske til Sundhedspolitisk chefkonsulent Katrine Feilberg på kfs@danskerhverv.dk eller tlf. 3374 6382.

▼ REDAKTION

Underdirektør Geert Laier Christensen (ansv.), cand. scient. pol.; skattepolitisk chef Jacob Ravn, cand. jur.; cheføkonom Michael H.J. Stæhr, Ph.d., cand. scient. oecon.; chefkonsulent Mira Lie Nielsen, cand. oecon.; konsulent Morten Jarlbæk Pedersen, cand.scient.pol, ph.d.-studerende, konsulent Malthe Mikkøl Munkøe, cand. scient. pol., MA, MA og økonom Andreas Kildegaard Pedersen, cand. polit.

▼ NOTER

¹ Danmarks Statistik og Dansk Erhverv.

² Danmarks Statistik og Dansk Erhverv.

³ Der sondres i vurderingen af markedspotentialet mellem sygehusydelse og sygehusudgifter. Sygehusydelse er kun udgifter forbundet med undersøgelser og behandlinger. Sygehusudgifter tæller også andre udgifter som fx udgifter til rengøring.

⁴ Danske Regioner: <http://www.regioner.dk/sundhed/sundhedsinnovation/brug+af+private+leverand%C3%B8rer>

⁵ Behandlinger fordeles ift. tre specialiseringsfunktioner: hoved-, regions- og højt specialiserede funktioner. Hvilket niveau en behandling kategoriseres på afhænger af den enkelte behandlings kompleksitet, forekomst og behov for ressourcer for at udføre; herunder fx samarbejde med andre specialer.

⁶ CEPOS (2014): "Privathospitalernes udbudstakst: 43 pct. af DRG-taksten"

⁷ Tværgående analyse af ROPS effektanalyser foretaget af Dansk Erhverv.

⁸ Dansk Erhverv (2013): "Udbud af offentlige opgaver giver økonomiske gevinster"

⁹ Afregning med private sygehuse: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Tal_og_analyser/2013/Maj/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/Afrapportering-fra-Udvalget-for-bedre-

¹⁰ incitament/Bagrundsrapport%20Afregning%20med%20private%20sygehuse.ashx

¹¹ Finansministeriet: <http://www.fm.dk/publikationer/2013/vaekstplan-dk-staerke-virksomheder-flere-job/>