

For-Profit versus Not-For-Profit

*En litteraturanalyse af konsekvenser
af ejerskabsforhold i sundhedsvæsenet*

*Jakob Kjellberg
Anders Blædel Lassen*

Maj 2004

DSI Institut for Sundhedsvæsen
ISBN 87-7488-397-2

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	3
1. Introduktion og baggrund.....	5
2. Emnefelt og metode.....	5
3. Kortlægning af forskellige ejerskabsformer.....	6
3.1 Not-for-profit organisationer (NFP).....	7
3.2 For-profit organisationer (FP).....	8
3.3 Private sygeforsikringer.....	8
3.4 Offentlige leverandører.....	8
3.5 Strukturelle forskelle mellem FP og NFP organisationer.....	10
4. Kortlægning af internationale erfaringer med ejerskabsformer.....	11
5. Betydning for omkostninger og effektivitet.....	12
5.1 Pris pr. behandling.....	12
5.2 Afregning mellem leverandør og tredjepartsbetaler.....	13
5.3 Personale og teknologi.....	15
5.4 Administration og marketing.....	16
5.5 Konkurrence.....	17
5.6 Opsamling på dokumentation om omkostninger og effektivitet.....	18
6. Betydning for behandlingskvalitet og adgang.....	20
6.1 Kvalitet.....	21
6.2 Adgang.....	22
7. Internationale udviklingstendenser.....	23
Referencer.....	25

Sammenfatning

Denne rapport udreder hovedtrækkene i den litteratur, der beskæftiger sig med konsekvenser af ejerskabsform på omkostninger, behandlingskvalitet og adgang til sundhedsydelser. Det ville have været ønskeligt at inddrage erfaringer fra europæiske sundhedssystemer i langt højere grad, end det har været muligt. Problemet er, at materialet i høj grad stammer fra USA, hvor sammenligninger primært foretages mellem *'for-profit'* og *'not-for-profit'* sektoren. De relativt få offentligt ejede sygehuse giver et spinkelt grundlag for sammenligning med især nordeuropæiske systemer. Dog er der visse generelle fællestræk mellem *not-for-profit* og offentligt ejerskab. Udover parallelle værdigrundlag, eksempelvis at behandling prioriteres før finansielt overskud, er der også tegn på, at offentlige sygehuses omkostninger ligger på niveau med *not-for-profit* sygehuses.

For-profit og *not-for-profit* leverandører opererer på principielt forskellige vilkår. Hvor *not-for-profit* sektoren er opbygget på grundlag af et behov for sundhedsydelser (ofte med rødder i lokalsamfundet), har *for-profit* sektoren anderledes krav til indtjening og afkast på de store investeringer, der kræves for at drive et behandlende sundhedsvæsen. Overordnet set er forskellen mellem en *FP* institution og en *NFP* institution ejerskabet af profitten, hvor *not-for-profit* institutionerne ikke videregiver profit til den bagvedliggende ejerkreds. Konsekvenser i form af omkostninger, effektivitet, kvalitet og adgang er derfor centrale temaer i de sammenligninger, der foreligger på området.

Frank Sloan har i *Handbook of Health Economics* publiceret en meget gennemarbejdet analyse af ejerskabsforholdenes konsekvenser for sygehuses adfærd (1). Han gennemgår en stor mængde litteratur baseret på datamateriale, der strækker sig frem til omkring midten af 1990'erne, og når følgende overordnede konklusion: "*Overall, the evidence suggests that for-profit and private not-for-profit hospitals are far more alike than different*" (s. 1168). Flere nyere undersøgelser kommer imidlertid frem til resultater, der er noget mere kritiske overfor *for-profit* leverandører med hensyn til især omkostninger og kvaliteten af behandlingen.

Med hensyn til behandlingernes omkostninger og effektivitet gør to tydelige forhold sig gældende. Som også Sloan kommer ind på, investerer *for-profit* sektoren flere penge i teknologi end *not-for-profit* sektoren, men det er uklart, om det har en positiv virkning på de overordnede behandlingsresultater.

Ydermere har USA's fragmenterede marked med mange private leverandører og forsikringselskaber været medvirkende til at fastholde meget høje administrationsomkostninger, og især i *for-profit* sektoren anvendes meget store summer til markedsføring.

Flere af de nyere undersøgelser dokumenterer desuden *'moral hazard'* problemer i USA. Takstbaserede afregningssystemer, som anvendes i forbindelse med eksempelvis Medicare og mange *'managed care'* organisationer, har været medvirkende til at bremse udgiftsvæksten i USA, men kan samtidig skabe incitamenter for *'upcoding'* af DRG-takster, etiske problemer med finansielt involveret lægeligt personale og i nogle tilfælde endda snyd. Problemet ses i begge ejerskabsformer, men er størst i *for-profit* sektoren.

Hvad angår kvaliteten af behandlingen, fremstår især den canadiske forsker P. J. Deveraux's store meta-analyse om forhøjet dødelighed ved *for-profit* behandlinger som en kontrast til Sloan's analyse, hvor der ikke findes tydeligt belæg for kvalitetsforskelle. Andre undersøgelser har konstateret, at *not-for-profit* hospitaler anvender mere og gennemsnitligt højere uddannet sundhedsfagligt personale pr. seng. Netop dette er sat i forbindelse med lavere dødelighed, og der kan muligvis tænkes at være en forbindelse til *for-profit* sektorens besparelser på højtuddannet personale.

I forhold til USA har Canada og Europa større problemer med adgang til behandling. Det hænger i høj grad sammen med politisk prioritering og den måde, systemet finansieres på, mere end på tilstedeværelsen af en privat *for-profit* sektor i sig selv, omend der i nogle regioner med mange *for-profit* leverandører er set et mindre fald i '*uncompensated care*'. For Canadas vedkommende er debatten særlig interessant, da landets sundhedssektor er offentligt finansieret, men i høj grad bygger på private *not-for-profit* leverandører. Tiltagende markedsdannelse har i slutningen af 1990'erne banet vejen for *for-profit* aktører, der blandet andet har ført til problemer med '*mixed funding*', udvanding af offentlig service på visse områder, og ikke – som ellers forudset – medvirket til at løse ventetidsproblemer.

De kommende års udvikling i Nordamerika er særlig interessant. I USA har der gennem nogle år været en stigning i antallet af *for-profit* leverandører, og Canada har for nylig haft en stor debat om konsekvenserne af den voksende *for-profit* sektor i et system med offentlig finansieret universel adgang.

I Danmark og de øvrige skandinaviske lande er *for-profit* sektoren stadig yderst beskednen. Der er dog mulighed for, at denne del af markedet for sundhedsydelser vil blive styrket på længere sigt. Dog vil fremkomsten af flere private *for-profit* leverandører, der først og fremmest er indtjeningsorienterede, næppe være begyndelsen til et parallelt behandlersystem for den mere velhavende del af befolkningen, idet mange af disse leverandørers ydelser finder sted i samarbejde med – og finansieres af – det offentlige sundhedssystem. Ikke desto mindre kan udviklingen tænkes at være med til at ændre opfattelsen af, at leveringen af sundhedsydelser er et rent offentligt anliggende.

Overordnet set er det vanskeligt at drage entydige konklusioner om ejerskabsformens konsekvenser for omkostninger, effektivitet og kvalitet. Den nyere litteratur giver indtryk af en udviklingstendens, der peger i retning af, at *for-profit* sektoren kan have problemer på de nævnte områder. Det drejer sig især om meget høje administrationsomkostninger og om kvaliteten af behandlingerne. Som nævnt finder den ældre litteratur, som delvist er kortlagt af Sloan, derimod kun ubetydelige effekter af ejerskab.

Denne rapport kommer med to mulige forklaringer på denne uoverensstemmelse. For det første bygger Sloan's analyse på ældre litteratur, ofte med et relativt lille datagrundlag i forhold til flere af de nyere analyser. For det andet skete der i sidste halvdel 1980'erne en vigtig ændring med hensyn til finansieringen af USA's sundhedsvæsen med introduktionen af DRG-baseret afregning og *managed care*. Dette begynder for alvor at slå igennem i midten 1990'erne, hvor udgiftskurven målt som andel af BNP for første gang i en 25-årig vækstperiode peger nedad, og dermed sættes et betydeligt pres på sygehusenes indtjening. De undersøgelser, som Sloan refererer til, er tidsmæssigt stort set alle afsluttet, før denne problematik for alvor bliver aktuel i litteraturen, hvorfor de nyere studiers resultater ikke er inkluderet i Sloans' konklusioner.

Disse forklaringsmuligheder skal i forhold til denne rapports sigte kun forstås som hypoteser, og det vil derfor blive interessant at følge resultaterne af de kommende års forskning på området.

1. Introduktion og baggrund

Det danske sundhedsvæsen er baseret på en integreret model, hvor både finansiering og levering af ydelser primært sker ved offentlig organisering (2). Udover privatpraktiserende læger og speciallæger er markedet for privat behandling relativt lille set i forhold til den samlede sundhedssektor.

I de senere år har der i Danmark været debat om det ønskelige i at udvide markedet for private udbydere. Debatten kan ses i sammenhæng med regeringens mål for den samlede offentlige sektor, hvilket blandt andet indbefatter flere individuelle valgmuligheder og øget konkurrence på velfærdsområderne, herunder sundhedsvæsenet (3). Kommende sammenlægninger af kommuner og amter til større enheder vil formentlig yderligere gøde jorden for private leverandører gennem etablering af større og mere attraktive markeder i forhold til i dag (4). Blandt konkrete tiltag, der berører området for privat behandling, er den skattemæssige begunstiggelse af firmaordninger med private tillægsforsikringer (5) samt reglerne om udvidet frit valg fra 2002. Begge tiltag kan på lidt længere sigt tænkes at øge efterspørgslen af behandlinger på private hospitaler og klinikker. Effekterne af ordningen med udvidet frit valg er så småt begyndt at vise sig i den private sektor (6).

Det nuværende beskedne private marked kan næppe siges at have rystet de danske principper om lighed i adgang og solidaritet i finansiering. Ikke desto mindre rejser de politiske signaler en diskussion om den potentielle videreudvikling af dette marked. I den forbindelse kan det være interessant at se på de internationale erfaringer på området for sundhedsydelser leveret af privatejede institutioner.

Størstedelen af forskningen på dette område er foretaget på data fra USA. Det skyldes blandt andet landets meget markedsorienterede sundhedsvæsen, der er præget af et stigende antal private *for-profit* leverandører (7). Disse organisationer er ejet af investorer, der forventer et økonomisk afkast, og diskussionen om hvilken betydning det har for udkommet af sundhedsydelser, har stået på i mere end to årtier. I de senere år har man også i sundhedssystemer, som i højere grad er sammenlignelige med danske forhold, set en vækst i de private *for-profit* markeder – blandt andet i Canada. Erfaringerne herfra er inddraget i det omfang, de er tilgængelige.

2. Emnefelt og metode

Formålet med denne rapport er at kortlægge internationale erfaringer om konsekvenser af ejerskabsforhold for institutioner, der leverer sundhedsydelser – med særlig vægt på betydningen for effektivitet og omkostninger. Der er desuden inkluderet afsnit om betydningen for kvalitet og adgang i forbindelse med ejerskabsform.

Som nævnt baserer mange undersøgelser på området sig på data fra USA, som dermed også dominerer den indsamlede litteratur. Materiale fra andre landes sundhedssystemer er dog i videst muligt omfang også inddraget.

Rapporten baserer sig primært på litteratur, der omhandler ejerskabsforholdene af de institutioner, som leverer sundhedsydelser. Materialet er indsamlet ved søgninger i Medline tilbage til 1996 med følgende Mesh-termer: explode "Health-Facilities-Proprietary"/all subheadings er kombineret med explode "Ownership"/all subheadings eller med "Economic-Competition"/all subheadings. Endvidere er der søgt på "Health-Care-Reform"/all subheadings kombineret med explode "Ownership"/all subheadings og "Economic-Competition"/all subheadings. Søgeresultaterne er gennemgået for relevante referencer ligesom bibliografierne i den anskaffede litteratur. Resultaterne herfra har dannet grundlag for yderligere indsamling af relevante referencer, og der er foretaget Internet-søgninger med henblik på at identificere lovgivning og evt. offentlige debatter i relation til emnefeltet. Desuden er der i sidstnævnte forbindelse også anvendt nyhedsanalyser fra større dagblade.

Emnefeltets karakter indebærer som nævnt store begrænsninger i tilgængelighed af materiale. Således ville det være ønskeligt i højere grad at inddrage europæiske lande med en relativt stor privat sektor som eksempelvis Tyskland, Frankrig og Schweiz, men der foreligger meget sparsom internationalt tilgængelig litteratur for disse lande på området. Dermed har undersøgelser baseret på data fra USA uundgåeligt fået en relativ høj vægt. Landet har imidlertid en sundhedssektor, hvis grundlag er baseret på andre politiske og ideologiske forhold, end det kendes fra de europæiske 'velfærdssamfund'. Rapportens formål er da heller ikke en sammenligning af 'systemer', men søger at alene at identificere dokumenterede fordele og ulemper af privat *for-profit* ejerskab sammenholdt med andre ejerskabsformer.

Rapporten er struktureret med udgangspunkt i en indledende sektion, der indeholder definitioner og karakteristika for de væsentligste aktører, der er omfattet af den indsamlede litteratur. Derefter følger en empirisk sektion med kortlægning og diskussion af litteraturen på området, hvori også indgår korte præsentationer af de anvendte sundhedsøkonomiske begreber.

3. Kortlægning af forskellige ejerskabsformer

Dette afsnit udreder de principielle forskelle i ejerskabsformer hos aktører involveret i levering af sundhedsydelser. Der efterstræbes ikke et højt juridisk detailniveau i denne skelnen. USA indtager en særlig position grundet landets relativt få offentligt ejede hospitaler, men med mange *for-profit* organisationer og *not-for-profit* i direkte konkurrence. Billedet i Europa er noget anderledes, hvor især de nordeuropæiske systemer har tradition for offentlig ejerskab og drift, mens der i mange lande med sygekassessystemer findes en større andel af private leverandører, men som ofte er finansieret gennem obligatoriske sygeforsikringer, og markederne er relativt segmenterede, således at der sjældent er direkte konkurrence mellem forskellige typer af udbydere.

Umiddelbart kan ejerskabsformer blandt leverandører af sundhedsydelser inddeles i privat (*for-profit* eller *not-for-profit*) og offentlig (ejet af stat, delstat, lokale myndigheder o.l.). Med fremkomsten af de senere års organisatoriske nyskabelser inden for sygehussektoren i blandt andet Europa kan der argumenteres for en mere detaljeret gruppering. McKee & Healey (8) inddeler ejerskab af sygehuse i forskellige typer af offentlig-privat interaktion på området

samt i flere kategorier af offentligt ejerskab. I forbindelse med denne rapport er det imidlertid mest hensigtsmæssigt at bibeholde det overordnede perspektiv, der skelner mellem privat *for-profit*, privat *not-for-profit* og offentligt ejerskab. Dels har hovedparten af undersøgelserne dette fokus, dels er det ikke rapportens formål at diskutere fordele og ulemper af forskellige offentlige konstruktioner såsom køber-sælger modeller og lignende.

Generelt kan det siges, at sundhedssystemerne i langt de fleste vestlige lande er baseret på en filosofi om *fri og lige adgang*, bortset fra USA, hvor kerneprincippet snarere er mest mulig *valgfrihed*. Valgfriheden giver sig blandt andet udtryk i et meget fragmenteret marked med en vis konkurrence mellem private aktører. Private forsikringselskaber har typisk afregnet med leverandørerne til deres forsikrede kunder på basis af '*fee-for-service*', men udbredelsen af *managed care* har medført afregningsformer med en større risikodeling mellem betaler og leverandør (9). I USA behandler private leverandører også patienter forsikret gennem offentlige programmer, der blandt andet dækker pensionister, handicappede og visse lavindkomst-grupper. Behandlinger under disse ordninger afregnes fortrinsvis på basis af faste takster med delstaten og/eller det føderale niveau (10).

De fleste undersøgelser af ejerskabsforhold er foretaget på området for hospitalsbehandlinger, men især i USA er andre sektorer som forsikringsmarkedet og leverandører af pleje/genoptræning ofte tæt forbundet med denne.

3.1 Not-for-profit organisationer (NFP)

NFP organisationer bygger på en tankegang om velgørenhed og sikrer ideelt set, at personer uden forsikring, der ikke har råd til egenbetaling, bliver behandlet uden beregning. Denne ejerskabsform har traditionelt været meget udbredt i USA – og er det stadig. I 2002 blev ca. 60% af hospitalerne drevet på denne måde (11), men der har gennem de sidste to årtier været stigende tendens til, at *NFP* hospitaler omlægges til eller overtages af *for-profit* organisationer.

NFP organisationerne kan være organiseret forskelligt, eksempelvis som enkeltvirksomheder, kæder og partnerskaber dannet af et antal læger, samt de såkaldte *managed care* modeller, eksempelvis '*Health Maintenance Organisations*' (HMOs) (1). Indtægterne kommer fra patienters egenbetaling, tredjepartsbetalere samt indirekte offentlig støtte gennem skattemæssige fordele, hvilket *for-profit* organisationer ikke i samme omfang nyder godt af. Dette forpligter dog ikke nødvendigvis til behandling eller pleje af ikke-forsikrede patienter.

I Canada er ca. 95% af hospitalerne drevet som *NFP* organisationer, selvejende eller private (12). Private *NFP* institutioner er desuden udbredt i flere europæiske lande, eksempelvis Belgien og Tyskland, hvor denne ejerskabsform udgør ca. 40% af sengekapaciteten (13). I Frankrig er ca. 5% af sengemassen drevet af *NFP* organisationer, mens yderligere ca. 10% drives af private institutioner, der arbejder under samme finansieringsvilkår som de offentlige (14).

De skandinaviske lande har ikke tradition for, at sundhedsydelser leveres på frivillig basis af private *NFP* organisationer. I Danmark er både ejerskab og drift af sygehusene underlagt offentlige myndigheder, mens Norge og til dels Sverige har selvstyrende driftsenheder under offentligt ejerskab.

3.2 For-profit organisationer (FP)

Private FP leverandører skal som nævnt i et vist omfang varetage forretningsmæssige hensyn. I USA findes der FP leverandører i stort set alle dele af sundhedssektoren inkl. plejehjem mv. Denne rapport omhandler primært FP organisationer involveret i sygehusdrift og 'outpatient services'.¹ Netop USA er blandt de lande, hvor FP leverandører er mest udbredt med ca. 16% (2002-tal) af landets hospitaler drevet på denne måde (11).

Der findes forskellige FP konstruktioner, blandt andet investor-ejede hospitaler (aktieselskaber) og – som ved NFP ejerskab – *managed care* modeller. Personalet (eksempelvis administrative ledere, læger mv.) kan være tilbudt favorable vilkår for medejerskab, fx med henblik på at sikre en vis omkostningsbevidsthed helt ud i det kliniske arbejde.

I Canada findes denne ejerform primært som leverandører af supplerende ydelser, da FP organisationer under den offentlige sygesikring (Medicare) ikke må levere de 'kerne-ydelser', som også dækkes af denne (15).

I Danmark drives kun ca. 1% af det samlede antal sengepladser i sygehusvæsenet af private FP leverandører. Dette tal har været stabilt gennem flere år, men der er en kraftig stigning i markedet for private tillægsforsikringer (16), ligesom de udvidede frie valg har genereret en betydelig vækst i aktiviteten på private klinikker samt i antallet af private klinikker uden sengepladser (6). Effekten af disse tiltag er langt fra entydig, men kan på længere sigt være med til at styrke for-profit markedet. I andre europæiske lande er private FP hospitaler mere almindelige. Eksempelvis falder ca. 20% af sengekapaciteten i Frankrig og 18% i Spanien i denne kategori.

3.3 Private sygeforsikringer

De fleste vestlige sundhedssystemer har et marked for private forsikringer (både FP og NFP ordninger). I lande med offentligt finansierede sundhedssystemer er der oftest tale om supplerende ordninger, som tilbyder dækning af brugerbetaling og/eller ydelser, der ikke er dækket af den offentlige eller sociale sygesikring.

I USA er kun mindre grupper af befolkningen dækket af offentlige forsikringsordninger, og ca. 70% er dækket af private forsikringsordninger, hvor en tredje part betaler for behandlingen/ydelsen (10). Gennem udbredelsen af *managed care* modellerne deler forsikringsselskaber og leverandører i højere grad den finansielle risiko gennem *gate-keeping*, overvågning af aktivitet mv. I HMO-strukturen udgør leverandør og forsikringsselskab en integreret enhed (17).

3.4 Offentlige leverandører

Regulerede offentlige markeder er den dominerende model i mange europæiske lande, hvor valgfriheden ofte ses begrænset af *gate-keeper* funktioner og lovgivning.

¹ Dette refererer til brugen af ambulant behandling samt læge- og sygeplejefaglig behandling, genoptræning mv. i eget hjem.

Offentligt ejerskab af sygehuse er mindre udbredt i USA end i mange europæiske lande. Litteraturen giver relativt få eksempler på konsekvenserne af offentligt ejerskab, men nogle undersøgelser peger på, at der med hensyn til effektivitet og kvalitet er en vis lighed mellem *NFP* organisationer og offentligt ejerskab. Selv om denne rapport ikke kommer nærmere ind på sammenligningsgrundlaget, kan der nævnes parallelle værdigrundlag og et driftsmæssigt rationale om at yde behandling frem for at generere økonomisk overskud. Derudover er der også tegn på, at behandlingsomkostninger på offentlige sygehuse ligger på niveau med *not-for-profit* sygehuse.

Dog kan der netop i USA være større økonomiske byrder pålagt offentlige hospitaler såsom undervisningspligt og behandling i form af '*uncompensated care*'.² Sidstnævnte vil som oftest involvere lavindkomstgrupper med et potentielt større behandlingsbehov end grupper med højere indkomst. Derudover vil offentligt ejede leverandører nyde mindre frihedsgrader til planlægning mv. end *FP* og *NFP* organisationer (1;18).

Boks 1 giver som baggrundsinformation til flere af denne rapports problemstillinger en kort oversigt over de væsentligste organiseringsformer blandt leverandører af sundhedsydelser i USA.

Boks 1 Sundhedsydelser i USA – finansiering og adgang

Hospitaler og andre leverandører af sundhedsydelser kan overordnet inddeles i *for-profit*, *not-for-profit* og *offentligt ejede* institutioner. Sidstnævnte ejerform kan kategoriseres i selvejende institutioner eller direkte styring af en offentlig myndighed (føderalt niveau, delstatsniveau eller et via et offentligt universitet).

Alle typer leverandører finansieres primært gennem private forsikringer, offentlig sygesikring (Medicare + Medicaid) samt brugerbetaling. Desuden modtager *not-for-profit* organisationer frivillige, fradragsberettigede donationer.

I 2002 var anslået 43,6 millioner amerikanere ikke dækket af nogen form for sygesikring (ca. 15% af befolkningen). Hovedparten af disse må forlade sig på muligheden for *uncompensated care*. Denne ydes af alle ejerskabsformer og udgør på landsplan ca. 6% af hospitalssektorens samlede udgifter. Visse typer hospitaler yder en langt højere grad af *uncompensated care* end andre. Universitetshospitaler bruger op mod 20% af budgetterne og de såkaldte '*safety net hospitals*' ca. 26%. *Safety net hospitals* består primært af offentligt ejede samt enkelte *not-for-profit* hospitaler, og de kendetegnes blandt andet ved at modtage en væsentlig andel af '*disproportionate share hospital payments*'. Dette er en omfordelingsnøgle i Medicare/Medicaid programmerne, der sikrer hospitaler involveret i *uncompensated care* en ekstra indtægt. Herudover modtager *safety net hospitals* i gennemsnit 40% af deres indtægter i direkte subsidier fra offentlige myndigheder.

I de senere år har øget konkurrence, blandt andet gennem *managed care*, nedskæringer i Medicaid samt en stigning i antallet af ikke-forsikrede personer ført til lavere overskudsrat i hospitalssektoren som helhed og dermed også i overskuddet til *uncompensated care*. Dette har betydet et endnu større behov for *safety net hospitals*.

Kilder: National Association of Public Hospitals and Health Systems (www.naph.org), U.S. Census Bureau (www.census.gov) samt OECD Health Care Data (2003).

² *Uncompensated care* inkluderer planlagte 'velgørende' ydelser; ydelser hvor patienten ikke forventes at kunne betale, samt ydelser hospitalet forlanger betaling for, men aldrig får (1).

3.5 Strukturelle forskelle mellem FP og NFP organisationer

Overordnet set er forskellen mellem en *FP* institution og *NFP* institution måden at håndtere profit. *NFP* institutionerne videregiver ikke profit til den bagvedliggende ejerkreds og har ofte en række konkurrencemæssige fordele såsom skattefritagelse og muligheden for at modtage frivillige donationer (1). Udviklingen i USA, som de empiriske erfaringer er baseret på, har dog bevirket, at skattefordelene og de frivillige donationer i dag kun har meget begrænset betydning. Det skønnes, at disse fordele maksimalt udgør 3% af omsætningen

Hertil kommer nogle grundlæggende værdimæssige forskelle. *FP* og *NFP* leverandører opererer på principielt forskellige vilkår. Hvor *NFP* sektoren er opbygget på grundlag af et behov for sundhedsydelser (ofte med rødder i lokalsamfundet), har *FP* sektoren anderledes krav til indtjening og afkast på de store investeringer, der kræves for at drive behandlende sundhedsvæsen.

Disse forhold kan forventes at gøre sig gældende på det organisatoriske og regnskabsmæssige plan, men i det følgende kortlægges ud fra den internationale litteratur på området, om forskellene også kan ses at have betydning i forbindelse med leveringen af sundhedsydelser. Da blandet andet det juridiske og historiske grundlag for at drive sundhedsvæsen er forskelligt i forskellige lande, vil forskellene i de vilkår, som *FP* og *NFP* leverandører opererer, på også være forskelligt. Boks 2 beskriver *FP* og *NFP* hospitaler i henholdsvis Danmark og Frankrig.

Da sigtet med denne rapport primært er at præsentere de resultater, som den empiriske orienterede litteratur har fundet, har vi valgt ikke systematisk at gennemgå de teoretiske arbejder der beskriver *FP* og *NFP* hospitalers adfærd. Elementer af teorien vil dog i det omfang de skønnes relevant blive behandlet i de enkelte delafsnit. For en mere systematisk teoretisk gennemgang henvises til Sloan og Evans (1;19).

Boks 2 *NFP* og *FP* hospitaler i Frankrig og Danmark

Vilkårene for at drive henholdsvis *FP* og *NFP* hospitaler i europæiske lande kan være noget forskellig fra vilkårene i USA, blandt andet på grund af en større grad af offentlig finansiering og deraf medfølgende forpligtelser.

I Frankrig fordeler antallet af sengepladser på sygehusene sig således i forhold til ejerskab (1998): 65% findes på offentlige sygehuse, ca. 15,5% på private *NFP* og 20% på private *FP* sygehuse. Hvad angår *NFP* hospitaler, skelnes mellem dem, der har stort set samme finansieringsvilkår og dermed samme forpligtelser som offentlige sygehuse, hvilket svarer til 10,4% af alle sygehussenge. En stor del af *NFP* hospitalerne fungerer dermed reelt, som var de offentligt drevne. *FP* sektoren er typisk organiseret i mindre enheder og varetager typisk korttidsfunktioner som eksempelvis kirurgi.

I Danmark findes kun ca. 1% af den samlede sengekapacitet på private sygehuse. Af disse udgør *NFP* ejerskab kun en ubetydelig del. Der findes ikke samlede opgørelser over ejerskabsform, men de 5 største private klinikker/hospitaler i Danmark er alle aktieselskaber. Kun enkelte, mindre foreningsejede behandlingssteder, som eksempelvis Gigtforeningens hospitaler, er baseret på *NFP*, men derudover kan nævnes, at også sygeforsikringen 'danmark' drives som *NFP* organisation.

Som i Frankrig udgøres danske *FP* leverandører ofte af mindre klinikker, hvis primære behandlingsområde er kirurgiske indgreb. Både *FP* og *NFP* leverandører finansieres i en vis grad af offentlige midler, idet mange anvendes som 'aflastning' for det offentlige sygehusvæsen i forbindelse med ventelister. Der er dog en vis stigning i antallet af private tillægssikringer og dermed et øget potentiale for finansiering af private klinikker med private midler – om end i beskedent omfang relativt set.

Kilder: Danneskiold-Samsøe & Søgaard (14), Pedersen (20), Breinholdt (21), 'danmark' (22), Gigtforeningen (23), Steenberger (6).

4. Kortlægning af internationale erfaringer med ejerskabsformer

Den eksisterende litteratur på området behandler overordnet set tre vigtige problemstillinger i forbindelse med effekterne af ejerskabsforhold: 1) Et større antal undersøgelser søger at identificere, hvorvidt *FP* versus *NFP* ejerskab af leverandører medfører forskelle i omkostninger og effektivitet forbundet med behandling. 2) Derudover beskæftiger en del undersøgelser sig med kvalitetsspørgsmål, inkl. konsekvenser for dødelighed mv. 3) Med særligt henblik på USA pågår tillige en diskussion om konsekvenser med hensyn til adgang til sundhedssystemet. Denne rapport lægger størst vægt på førstnævnte problemstilling, mens de to øvrige behandles mere overordnet.

I en stor analyse fra 2000 har Frank Sloan gennemgået og kortlagt en mængde af den eksisterende litteratur, hvoraf størstedelen er baseret på data fra USA (1). Hans kilder udgøres primært af undersøgelser foretaget fra ca. 1980 frem til midten af 1990'erne, og der vil være et delvist sammenfald med nærværende kildemateriale. Herudover søger denne rapport dog også at inddrage de væsentligste undersøgelser, der er kommet til siden, for derved at få et opdateret billede af udviklingen i litteraturen samt perspektivere Sloan's konklusioner.

5. Betydning for omkostninger og effektivitet

Der kan være visse problemer forbundet med en direkte sammenligning af omkostninger for henholdsvis *FP* og *NFP* organisationer. Sidstnævnte er som regel delvist baseret på frivillige donationer fra lokalsamfundet (om end denne indtægt som nævnt efterhånden er relativt ubetydelig) kombineret med skattemæssige fordele. I et bredere perspektiv kan man derfor argumentere for, at der er visse samfundsmæssige omkostninger (såvel som gevinster) ved *NFP* strukturen. Omkostninger kan forbindes med mistede skatteindtægter, mens gevinster eksempelvis kan være opbygning af normer for velgørende sundhedsinitiativer i lokalsamfundet. Anvendelsen af et 'bredt' perspektiv indebærer dermed et forholdsvis kompliceret regnestykke.

En hel del af den litteratur, der diskuterer sammenhængen mellem ejerskab og omkostninger, relaterer sig til spørgsmålet om effektivitet. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at få klarlagt de engelske termer for dette. Her skelnes mellem '*effectiveness*' (opnået effekt af forhåndenværende ressourcer uden hensyn til omkostninger) samt '*efficiency*' (udnyttelsen af forhåndenværende ressourcer i forhold til både omkostninger og resultat) (24). Hvor det er relevant at skelne, nævnes den engelske terminologi i de følgende passager.

Dette kapitel søger at udrede litteraturen om ejerskabsformens konsekvenser for omkostningerne ved behandling og er for overskuelighedens skyld søgt inddelt i underafsnit, der belyser væsentligste strukturelle indflydelser på evt. forskelle mellem *FP* og *NFP* leverandørers effektivitet. De følgende afsnit ser særligt på omkostningsniveauet forbindelse med prisen pr. produceret ydelse, samt de u hensigtsmæssige incitamenter der kan opstå som følge af eksempelvis afregningssystemer og konkurrencesituation. Dernæst beskrives nogle af de konkrete områder, hvor der er dokumenteret en forskellig ressourceanvendelse i de to sektorer. Afslutningsvis diskuteres konsekvenserne af konkurrencesituationen i USA med perspektiv til Europa.

5.1 Pris pr. behandling

Hvis man alene ser på størrelsen af den regning, der bliver sendt til patienten eller dennes forsikring (privat eller offentlig), er der tegn på, at private *FP* leverandører generelt fakturerer højere beløb for sammenlignelige behandlinger – selv når det 'brede' omkostningsperspektiv inddrages. I USA har '*Institute of Medicine*' i midten af 1980'erne sammenholdt en række omkostningsstudier og fundet, at *FP* hospitaler konsekvent fakturerede højere priser pr. ydelse end *NFP*. Det kunne dreje sig om op til 30% mere beregnet som pris pr. dag for sammenlignelige behandlinger. Prisen for det samlede behandlingsforløb var til gengæld lidt mindre – op til 24%, sandsynligvis grundet kortere indlæggelsestider (25).

Prisen varierer dog afhængig af forsikringstype, samt om der er tale om *Medicare/Medicaid* patienter. Desuden skal det tages i betragtning, at opgørelsen som nævnt stammer fra sidste halvdel af 1980'erne, og ændringer af finansieringsmekanismer mv. gør, at tallene ikke nødvendigvis kan fremskrives til nutidige forhold. Ikke desto mindre illustrerer undersøgelsen en problematisk tendens.

I sidste halvdel af 1980'erne vandt afregning på basis af faste takster gradvis større indpas som styringsredskab i USA. Et væsentligt formål var at opnå større kontrol med udgifterne til de offentlige sygesikringsprogrammer, men derudover har udbredelsen af *managed care* mo-

deller sandsynligvis også været medvirkende til den opbremsning i udgiftsvæksten, der ses i midten af 1990'erne, da disse ordninger blandt andet reducerer hospitalernes mulighed for selv at fastsætte prisen for behandling (9).

Trods større kontrol med udgifter fra tredjepartsbetalerne søger leverandørerne ofte at maksimere indtjeningen på anden vis. Blandt andet har *FP* hospitalerne generelt et relativt merforbrug af og højere takster for '*ancillary services*'. Dette inkluderer blandt andet diagnostiske ydelser (scanninger og lignende), laboratorieprøver og terapi (fysio-, tale-, ergoterapi mv.), som foretages parallelt med behandlingsforløbet og måske vanskeligt kan udføres andet steds, når først patienten er indlagt på eller har kontakt med et givent hospital (25;26).³

Et større forbrug af disse ydelser er ikke nødvendigvis ensbetydende med dårligere eller bedre kvalitet i behandlingen (1), om end det øger omkostningerne ved et givent behandlingsforløb. En sådan situation hænger formentlig i høj grad sammen med en særlig form for konkurrence, der opstår i systemer med tredjepartsbetalere, som afregner efter faste takster (se afsnit 6.5).

Et studie baseret på tyske data fra 1983 finder, at offentlige sygehuse i Tyskland er signifikant dyrere end tyske *FP* sygehuse, mens *NFP* private sygehuse er de billigste (27;28). Forskellene mellem private *NFP* sygehuse og de øvrige organisationsformer er dog ikke statistisk signifikante. Der kan dog stille spørgsmålstejn ved generaliserbarheden af studiets resultater, da operatørerne ikke arbejder under helt sammenlignelige betingelser. Desuden lider studiet under en række metodiske svagheder. Fx er case-mix grupperingen relativt grov, ligesom både fortegn af effekterne og signifikansen er afhængig af modelspecifikationen.

5.2 Afregning mellem leverandør og tredjepartsbetaler

Afregningsprincipperne mellem leverandøren og forsikringsselskabet kan have stor betydning for omkostningsniveauet (29). I systemer, der finansieres via tredjepartsbetalere, som det sker i sygekasse- og forsikringssystemer, kan *fee-for-service* afregning uden nogen form for udgiftsloft skabe incitamenter til *moral hazard* blandt både patienter og leverandører (30), idet ingen af parterne har incitament til at overveje evt. billigere alternativer i en behandlingssituation. Dermed kan der opstå effektivitetsproblemer (*efficiency*), såfremt et givet behandlingsresultat kunne have været opnået for færre ressourcer, og mange undersøgelser ser netop på mulige konsekvenser af dette forhold.

Én af disse ser på DRG-registreringen af lungebetændelser og luftvejsinfektioner i USA i perioden 1989-1996. Det vises, at der for disse behandlinger var en stor stigning i graden af *upcoding* blandt både *FP* og *NFP* hospitaler. *Upcoding* indebærer, at en stigende andel af patienter i en given behandlingskategori bliver registeret som 'komplicerede' frem for 'simple' tilfælde og dermed udløser en højere DRG-takst. I dette tilfælde var stigningen af registrerede tilfælde i de mest givtige DRG-kategorier 10% for *NFP* hospitaler og 23% for *FP* hospitaler. Den samme tendens refereres i forbindelse med registrering af hjerteanfald, om end på en mindre skala (31).

Upcoding finder altså sted ved alle former for ejerskab, men tendensen viser sig stærkest i forbindelse med private *FP* leverandører. Blandt de forhold der ser ud til at være afgørende er,

³ Disse ydelser kan skelnes fra 'luksusydelser', der eksempelvis udgøres af øget komfort, enestue, bedre forplejning etc.

at lægefagligt personale på *FP* hospitaler i langt højere grad deltager i den administrative ledelse – og oftere er finansielt involveret personligt – end det ses på *NFP* hospitaler (31).

Inflation i prisniveauet ses også ved andre former for retrospektive afregningsformer. En undersøgelse fra 1997 analyserede *FP* og *NFP* hospitalers indberettede omkostninger for en række genoptræningsydelser i USA. Afregningen for denne type ydelser var baseret på hvert enkelt hospitals gennemsnitlige omkostninger et givent år. Ud fra dette '*base-year*' blev fremtidige refusionssatser fastlagt, men med loft over udgiftsstigninger. Hospitalerne fik dermed incitament til at maksimere udgifterne i deres *base-year*, hvilket også skete for begge ejerskabsformer – dog tydeligst blandt *FP* hospitaler, hvor udgifterne pr. patient i *base-year* steg med over 20% i forhold til foregående år og efterfølgende stabiliserede sig på et niveau, der var op til 10% højere end det oprindelige (32). Hospitalerne planlagde med andre ord 'forud' for at få mest muligt ud af de retrospektive afregningsformer.

Omfanget af udgiftsstigninger via *upcoding*/udgiftsmaksimering er vanskeligt at kortlægge, da en vis andel vil skyldes reelle forhold, dvs. bedre registreringspraksis, mere præcise diagnoser mv., men der har været flere sager, hvor hospitaler har været under mistanke for bedrageri, eksempelvis som beskrevet i boks 2. De nævnte undersøgelser har endvidere flere svage sider, blandt andet et relativt lille datagrundlag og muligheden for, at der rent faktisk tidligere er sket en underregistrering af de reelle omkostninger. Ikke desto mindre viser undersøgelserne, at afregningssystemet har konsekvenser for omkostningsniveauet, hvilket kan medføre effektivitetsproblemer (*efficiency*), hvis ikke prisstigningerne afspejler en reel forbedring af behandlingerne.

Derudover har *FP* organisationer et større forbrug af *out-patient services* end *NFP*- og offentlige hospitaler. Færre indlæggelsesdage kan hænge sammen med en mere effektiv behandling drevet frem af et omkostningsorienteret fokus på basis af faste takster. En undersøgelse fra USA har dog vist, at det også kan være relateret til det faktum, at Medicare's refusionsregler for *out-patient services* er baseret på *fee-for-service* med færre eller intet udgiftsloft i forhold til andre typer ydelser (7). Der er således potentielt større indtjening ved at udskrive patienten fra hospitalet og gøre brug af såkaldt '*home/skilled nursing care*'. Denne manøvre med at fakturere en '*flat-rate*' DRG-baseret refusion for diagnosen og derpå udskrive patienten tidligt med henblik på at modtage yderligere refusion for de fulde omkostninger ved *home/skilled nursing care* har været udnyttet af blandt andet Columbia/HCA (se boks 3) og er kendt som '*double-dipping*' metoden, da man dermed kan opnå en større indtægt pr. patient end oprindeligt tænkt (33).

Der ses altså et samspil mellem finansieringssystem, afregningsform og ejerskab, og det kan konstateres, at de uheldige incitamenter, der opstår i systemer med tredjepartsbetalere, ses ved begge former for private leverandører, men især hos *FP* leverandører. En af de forklaringsårsager, der ikke tages højde for her, kan være muligheden for, at adfærd og konsekvenser tilknyttet en bestemt ejerskabsform er forbundet med afregningsmetoden. Man kan forestille sig den situation, at afregning på basis af *fee-for-service* netop overvejende sker til *FP* leverandører, hvis disse er mindre tilbøjelige til at indgå i *managed care* ordninger, hvilket udgør en potentiel kilde til bias ved analysen. Det vil desuden være vanskeligt at overføre erfaringerne til andre lande med integrerede systemer, hvor effekterne i så fald skal ses i sammenhæng med andre reguleringsmekanismer og afregningsformer.

Boks 3 *Columbia/HCA* sagen

Columbia/HCA er USA's største *for-profit* leverandør af sundhedsydelser. Kædens forretningsområde inkluderer drift af hospitaler, plejehjem, *ou-patient services* mv. *Columbia* blev grundlagt af en amerikansk forretningsmand i slutningen af 1980'erne, fusionerede senere med *HCA* hospitalskæden og var i 1997 vokset til blandt andet at bestå af:

- mere end 350 private hospitaler (svarende til ca. 7% af alle hospitaler i USA)
- 285.000 ansatte
- virksomhedsdrift i 38 ud af 50 stater
- årlige indtægter på ca. 20 mia. US\$.

Firmaets høje vækstrate er blandt andet opnået gennem:

- opkøb og overtagelse af både not-for-profit og andre for-profit hospitaler
- omkostningskontrol, bonusordninger til hospitalsledelser, som opfylder de finansielle mål, samt inddragelse af læger i finansielt partnerskab
- aggressive reklamekampagner, fx brugte man i 1996 58% mere på reklamer end gennemsnittet pr. hospital i USA.

Trods den finansielle succes har der været kritik af kædens forretningsmetoder, som blandt andet har været underkastet en undersøgelse fra FBI. Der var mistanke om *upcoding* af behandlinger refunderet af Medicare samt andre regnskabsmæssige foranstaltninger beregnet på at maksimere udbetalingen af offentlige midler og reglerne for skattefradrag. *Columbia/HCA* fakturerede således mange flere højt takserede behandlinger til Medicare og udskrev højere regninger for alle typer behandlinger end konkurrenternes gennemsnit. Derudover benyttede kæden sig i langt højere grad af *out-patient services* end andre – grundet refusionsreglernes mulighed for *double-dipping*. *Columbia/HCA* indgik forlig om anklagerne for mere end 1,5 mia. US\$ i perioden 2000-2003. Kæden hedder i dag kun *HCA*, da navnet *Columbia* blev for belastet af en meget negativ medieomtale.

Kilder: Eichenwald (34), Gottlieb (35;36), Berliner (37), U.S. Senate Committee (38).

I de følgende afsnit fremdrages nogle af de konkrete årsager, der i litteraturen beskrives som udslagsgivende i forhold til at skabe evt. forskelle i omkostningsniveauet mellem *FP* og *NFP* sektoren.

5.3 *Personale og teknologi*

Private *FP* leverandører er som nævnt tvunget til en relativt større omkostningskontrol end *NFP* leverandører. I den forbindelse viser flere studier, at sektoren har et lavere antal sundhedsfagligt personale pr. seng end *NFP* hospitaler og færre højtuddannede i det eksisterende sundhedsfaglige personale. Muligvis opvejes en del af disse besparelser ved højere lønninger i *FP* sektoren (25). Uanset dette kan situationen dog være problematisk, da antal og sammensætning af sundhedsfagligt personale har vist sig at være associeret med dødeligheden hos patienterne, således at både færre ansatte og et generelt lavere uddannelsesniveau medfører højere dødelighed. (1;39;40). En evt. sammenhæng mellem kvalitet og ejerskab er yderligere behandlet i afsnit 7.

Med hensyn til investeringer tegnes det modsatte billede, hvor *FP* hospitaler investerer markant større beløb i ny teknologi og informationssystemer end *NFP* (1). Store og i sagens natur ukoordinerede investeringer blandt leverandørerne, som det også ses i Schweiz, medvirker til at skabe en uudnyttet kapacitet af højteknologiske behandlingsmuligheder, men om mere/dyrere teknologi hænger sammen med bedre kvalitet i behandlingen, er usikkert (41;42).

Frankrig har haft tilløb til en lignende udvikling. I 1980'erne sås vækst blandt private udbydere, som begyndte at konkurrere med offentlige udbydere, blandt andet med en vis overkapacitet på hospitalerne til følge (43). Den franske finansieringsstruktur er siden søgt forenklet ved i højere grad at afregne private hospitaler efter samme model som offentlige (44;45).

5.4 Administration og marketing

På grund af den private sektors umiddelbart stærke incitament til effektivisering kan det synes mærkeligt, at en stor andel af USA's samlede sundhedsbudget reelt anvendes til ikke-kliniske opgaver. Dette skal muligvis ses i sammenhæng med konkurrencen på et marked med en relativt stor uudnyttet kapacitet af sundhedsydelser. Siden slutningen af 1990'erne har der i USA været stor opmærksomhed på en meget aggressivt ekspanderende kæde af *FP* hospitaler, der spenderede anseelige summer på at markedsføre sig selv – over 50% mere end det gennemsnitlige beløb, som et hospital bruger på markedsføring (se boks 2).

Markedsføring medregnes normalt i administrationsomkostningerne, hvilke udgør en meget stor udgift i USA's sundhedssystem – en tendens, der også tegner sig i andre systemer med mange private *FP* aktører.

I 1999 blev 31% af de samlede sundhedsudgifter i USA brugt på administration. Til sammenligning lå det canadiske niveau på ca. 17%. Samme år udgjorde personer beskæftiget med administration ca. 27% af den samlede arbejdsstyrke i USA's sundhedsvæsen (ca. 19% for Canada (1996-tal)).⁴ Som det ses af tabel 1, består forskellen mellem de to systemer især af et større ressourceforbrug hos forsikringsselskaber, hospitaler og praktiserende læger i USA.

Tabel 1 Fordelingen af administration på omkostningskategorier i US\$ pr. forsikret i USA og Canada, 1999.

Kategori	USA (US\$)	Canada (US\$)
Administration, forsikringsselskaber	259	47
Arbejdsgiveromk. ved adm. af forsikringsordninger	57	8
Administration, hospitaler	315	103
Administration, plejehjem	62	29
Administration, praksissektoren	324	107
Administration, hjemmepleje	42	13
Total	1.059	307

Kilde: Woolhandler (46).

⁴ Tallene inkluderer ikke ansatte i forsikringsbranchen.

Den undersøgelse, der ligger til grund for tabellen, opgør ikke omkostningerne efter ejerskab. Det gør til gengæld en lidt ældre artikel baseret på tal fra 1994, hvor USA anvendte ca. 26% af de samlede sundhedsudgifter til administration. Opgøres dette tal i forhold til ejerskabsform, topper *FP* sektoren, hvis administrationsomkostninger udgjorde 34% af sektorens samlede udgifter, mens *NFP*- og offentlige hospitaler brugte henholdsvis ca. 25% og 23% af deres samlede udgifter på administration (18). Det kan naturligvis diskuteres, hvorvidt forskellene i 1994 kan fremskrives til situationen i tabel 1, men omstændighederne omkring et fragmenteret marked med mange leverandører har ikke ændret sig væsentligt i perioden. Det betyder blandt andet, der vil være mange dobbeltomkostninger, idet hvert forsikringsselskab har mindre grupper forsikret, men hospitals- og praksissektoren påføres også ekstra omkostninger ved at skulle varetage fakturering og kommunikation i forhold til de mange forsikringsselskaber og -ordninger. Derudover vil de samlede markedsføringsomkostninger også være større, da mange enheder skal konkurrere om kunderne.

Tendenserne ser i øvrigt ud til at være sammenfaldende med erfaringer i blandt andet Tyskland, hvor administrationsomkostningerne for private forsikringsselskaber er opgjort til ca. 20% af selskabernes samlede omkostninger (46).

5.5 Konkurrence

De tiltag, der skal styrke konkurrencen mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet, er efterhånden implementeret i mange sundhedssystemer. Denne rapport søger ikke at afdække de forskellige former for konkurrence, men blot kortlægge litteraturen om konsekvenserne for ejerskabsforhold, når mange leverandører konkurrerer på det samme marked.

Et af hovedargumenterne for at inddrage markedsrelaterede mekanismer i sundhedsvæsenet er ideen om, at fri konkurrence kan medvirke til at forbedre effektiviteten i forhold til at opnå 'mere behandling for pengene' (*efficiency*) (47). Hospitaler baseret på *FP* ejerskab vil have et relativt større incitament til at effektivisere driften (grundet indtjeningskrav), hvor *NFP* og offentlige institutioner som oftest har fokus på behandling frem for indtjening. Derudover forventes *FP* institutioner i USA og Canada i reglen at kunne oparbejde et årligt afkast på 10-15% til investorerne, hvor *NFP* organisationer kan anvende evt. overskud på nyinvesteringer eller velgørenhed (*uncompensated care* og andre frivillige sundhedsfremmende tiltag) (39;48).

Det er almindeligt anerkendt, at ydelser leveret på basis af afregning efter faste takster uden direkte omkostninger for patienten, som det eksempelvis sker ved 'almindelige' private forsikringer i blandt USA og Schweiz, snarere medfører konkurrence på kvaliteter som 'luksus-ydelser' og komfort frem for på priser og højere effektivitet (30;49). De medfølgende højere omkostninger pr. behandling er i begge lande blandt andet søgt modgået ved at introducere *managed care* modeller og/eller refusion efter faste takster, som fra eksempelvis offentlige sygeforsikringer.

Imidlertid kan det stigende forbrug af *ancillary services* i USA (jf. afsnit 6.1) ses som en mulighed for at øge indtjeningen, såfremt disse ikke er underlagt samme udgiftsloft som kerneydelsen. Det betyder, at både *FP* og *NFP* organisationer tvinges til at indrette sig efter samme markedsvilkår, hvilket Sloan også konkluderer er sket. Samtidig nævner han flere eksempler på, at både *managed care* og Medicare-afregning efter faste takster reelt har medvirket til at sænke omkostningerne og øge effektiviteten i hospitalssektoren. Det bygger blandt andet på erfaringer fra Californien, som har været meget langt fremme med at styrke konkurrencen (1).

Andre har søgt at påvise en modsatrettet tendens. En analyse af ejerskabsændringer indikerer, at der i regioner, hvor mange *NFP* organisationer omlægges til *FP* ejerskab, ses store udgiftstigninger, hvilket muligvis kan hænge sammen med, at *FP* organisationer foretrækker at placere sig i områder, hvor konkurrence og udgiftskontrol fra tredjepartsbetaleren er mindre udbredt (7). Disse områder er som regel at finde i mere velstående delstater, hvor befolkningen dermed kan være mere tilbøjelig til at betale for 'luksusydelse' eller har forsikringer, der dækker disse. Grundet potentiel informationsasymmetri kan forbrugeren fejlagtigt opfatte dette som 'bedre behandling' (30), altså en falsk fornemmelse af tryghed. Men som Sloan netop påpeger, er det vanskeligt at skelne mellem ineffektivitet forstået som 'spildte ressourcer', og det forbrugeren opfatter som en investering i kvalitet. Det vil sige, at hvis den enkelte borger faktisk føler sig mere tryk ved at gennemgå ekstra scanninger eller værdsætter øget komfort, er de ekstra ressourcer hertil ikke nødvendigvis udtryk for ineffektivitet, men for brugerens præferencer (1). I et folkesundhedsperspektiv er dette imidlertid problematisk, idet omkostningerne pr. behandling drives i vejret, uden at det nødvendigvis fører til bedre behandlingsresultater.

Problemet med øget forbrug af 'luksusydelse' nævnes også i en rapport om fordele og ulemper ved forskellige ejerskabsforhold fra det statslige svenske SOU. I et høringssvar til samme rapport argumenterer den svenske konkurrencestyrelse dog for, at det svenske sundhedsvæsen har større mulighed for at modvirke problemerne med et stort forbrug af 'luksusydelse' end i USA, hvorfor man ikke umiddelbart kan overføre de amerikanske erfaringer til Sverige (50). Der er dermed modsatrettede tendenser med hensyn til effekterne af konkurrenceelementet i USA. Det ses dels på makroniveau, men også som følge af væsentlige geografiske og demografiske forskelle, hvilket gør det meget vanskeligt at drage entydige konklusioner om betydningen af ejerskabsforhold.

I de fleste europæiske lande vil markederne ofte være segmenteret, således at privat *FP* behandling først og fremmest udgør et supplement til *NFP* og offentlig behandling mere end at foranledige en direkte konkurrencesituation. Tyskland har oplevet en stigning i antallet af private *FP* leverandører i 1990'erne, og en analyse af dette peger på, at offentlige og private *NFP* hospitaler har en bedre effektivitet end private *FP* – blandt andet på grund af *FP* sektorens konkurrence på 'luksusydelse' (51). Desuden har private *FP* leverandører i Europa ofte en væsentlig andel af deres indtægt fra ydelser leveret til det offentlige sundhedssystem med en mindre grad af konkurrence leverandørerne imellem. De private marked kan dermed i mange lande siges at have markedsalignende elementer, men i en noget mindre konkurrencepræget form end i fx USA.

5.6 Opsamling på dokumentation om omkostninger og effektivitet

Som det fremgår, er meget af materialet om effektivitet og omkostninger baseret på forhold i USA, hvilket gør umiddelbare sammenligninger med konkrete europæiske forhold vanskelige. Blandt andet Woolhandler argumenterer dog for, at private *FP* baserede leverandører har grundlæggende anderledes værdimæssig og institutionel adfærd og egenskaber, der ofte fører til et dyrere sundhedssystem, hvor effektiviteten ikke nødvendigvis er tilsvarende bedre (52). I givet fald ville disse egenskaber sandsynligvis også kunne siges at være gældende for europæiske *FP* leverandører, om end finansieringsform og markedsregulering vil være af væsentlig betydning for de konkrete forhold.

Frank Sloan konkluderer i sin omfattende analyse, at omkostninger og effektivitet ikke med sikkerhed kan siges at variere væsentligt mellem henholdsvis *FP* versus *NFP* hospitaler i USA (1). Nogle af de nyere artikler bekræfter, at der overvejende er relativt små forskelle mellem disse to typer ejerskabsforhold, og at mange af de problemer, der findes i USA's markedsprægede sundhedssystem, går igen blandt både *FP* og *NFP* organisationer.

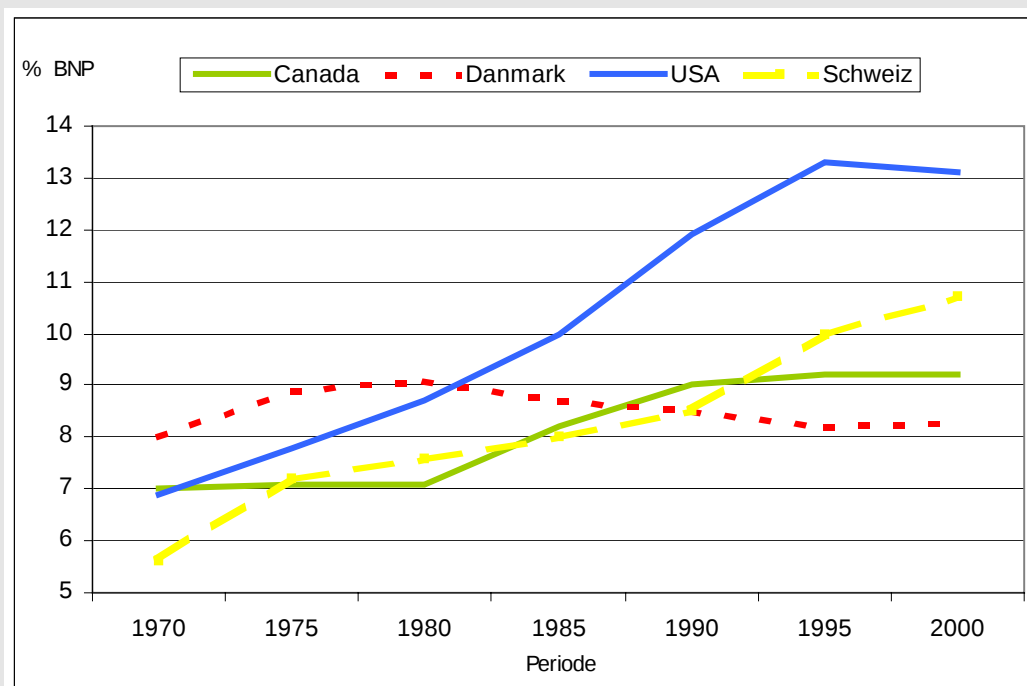
Der er dog samtidig klare indikationer på, at billedet er ved at rykke sig. Flere af de undersøgelser, der er kommet til senere end Sloan's analyse, kommer frem til betydeligt mere negative konklusioner om effektiviteten i *FP* sektoren, hvilket blandet andet kan tænkes at hænge sammen med introduktionen af takstbaseret afregning i 1980'erne. Den begynder for alvor at slå igennem i løbet af 1990'erne – både i de offentlige sygeforsikringer og især i *managed care* organisationer. Den seneste udvikling i udbredelsen af denne afregningsform er således ikke inkluderet i meget af den litteratur, som Sloan's analyse bygger på.

Med hensyn til forskelle i omkostningsniveauer er én af de mest markante forskelle mellem de to ejerskabsformer *FP* sektorens meget høje markedsførings- og administrationsomkostninger. Dels er det generelle niveau for USA højere end i lande med enstrengede finansieringssystemer, dels har ejerskabsformen væsentlig betydning med en meget høj andel af *FP* sektorens budgetter anvendt hertil. Derudover er der belæg for et øget brug af supplerende diagnostiske ydelser og lignende i *FP* sektoren, hvilket medfører ekstra omkostninger, der ikke nødvendigvis hænger sammen med en bedre behandling.

Under alle omstændigheder har øget brug af takstfinansiering blandt både offentlige og private tredjepartsbetalere styrket konkurrencen i nogle områder af USA. Med reference til figuren i boks 4 nedenfor kan den større omkostningskontrol tænkes at have været medvirkende årsag til den stagnerende vækst i sundhedsudgifternes andel af BNP i slutningen 1990'erne. Forklaringen er dog ikke entydig, for samtidig ses klare incitamenter til øget konkurrence på 'luksusydelse', som ikke er underlagt takstfinansiering, samt til *moral hazard* blandt leverandørerne. Dette kommer til ganske vist til udtryk i begge private ejerskabsformer, men tydeligst ved leverandører under *FP* ejerskab. I sidste ende kan det tænkes at hænge sammen med *NFP* sektorens indbyggede 'altruisme' med større fokus på patienter og behandling og mindre fokus på at maksimere overskud.

Ud fra Sloan's analyse kan USA's høje niveau for sundhedsudgifter ikke umiddelbart kobles med tilstedeværelsen af en relativt stor *FP* sektor, men sammenligner man med Schweiz, der ligeledes har et fragmenteret privat marked for leverandører og sygeforsikringer, kan det konstateres, at sundhedsudgifterne også her er markant højere end i andre lande, jf. boks 4 næste side.

Boks 4 Udviklingen i sundhedsudgifter 1970-2000 for udvalgte lande



Kilde: OECD Health Care Data (2003).

Figuren viser udviklingen i sundhedsudgifter i procent af BNP gennem de seneste 30 år for USA og Canada, hvorfra de fleste eksempler i denne rapport stammer. Schweiz og Danmark er inkluderet som eksempler på to forskellige europæiske sundhedssystemer. Det ses, at USA og Schweiz, der begge har en stor privat *FP* sektor, anvender en større del af BNP på sundhedsudgifter end Canada og Danmark, hvor leverandørerne er domineret af henholdsvis *NFP* og offentligt ejerskab. En mulig forklaring kan være, at tilstedeværelsen af en privat *FP* sektor – med høj grad af valgfrihed – er medvirkende til at drive udgifterne i vejret gennem større og flere investeringer i teknologi, komfort og et højere forbrug af *ancillary services*. Derudover kan finansieringsformen tænkes at spille en betydelig rolle, blandt andet i forhold til administrationsomkostninger, jf. afsnit 6.4.

6. Betydning for behandlingskvalitet og adgang

Selve *FP* sektorens grundlæggende krav om et vist økonomisk afkast kan give anledning til overvejelser om betydningen for den behandlingskvalitet, som sektoren leverer. I situationer, hvor sygehusene kan fakturere alle udgifter til en tredjepartsbetaler, er der stadig plads til at indregne afkastet, men hvor patienter er indlagt på basis af *flat-rate* afregningssystemer som Medicare og *managed care* organisationer, kan det tænkes, at *FP* hospitaler – i jagten på indtjening – 'snyder på vægten' og underbehandler patienter. Hypotesen støttes bl.a. af de observerede høje omkostninger per patient til ikke-kliniske procedurer i *FP* sektoren.

En anden mulighed er, at *FP* hospitaler søger at udvælge patientgrupper, hvor omkostningerne til behandling er lavere end den faste takst, som hospitalet modtager fra sygeforsikringen – et fænomen der betegnes '*cream-skimming*'. En evt. sammenhæng mellem behandlingskvalitet og ejerskabsform er derfor en central diskussion.

6.1 Kvalitet

Et af de store problemer i denne sammenhæng er, hvordan – og på hvilke indikatorer – kvalitet skal måles og sammenholdes. Mange undersøgelser ser på resultatet af behandlingen i form af eksempelvis dødelighed, mens andre ser på variable i behandlingsprocessen såsom ventetider, tilfredshed mv.

Sloan's kortlægning på området baserer sig på undersøgelser fra 1980'erne og 1990'erne, og han konkluderer, at behandlingskvaliteten på henholdsvis *FP* og *NFP* hospitaler overordnet set er meget ens (1). Senere undersøgelser peger imidlertid på en vis sandsynlighed for underbehandling af sammenlignelige *case-mix* på *FP* hospitaler, som blandet andet dokumenteres af den canadiske forsker J.P. Devereaux, der i 2002 offentliggjorde en meta-analyse med over 36 millioner patientforløb fordelt på 26.000 sygehuse i USA. Han fandt en 2% højere dødelighed ved *FP* behandling (baseret på mellem 30 og 90 dages opfølgning), og at forskellen var statistisk signifikant (39).

Risikoen for højere dødelighed ved *FP* behandlinger er derudover sat i sammenhæng med dialysebehandling og nyretransplantationer i USA. Disse ydelser er dækket under Medicare-programmet (53), og en undersøgelse fra 1999 sammenholder '*counties*' domineret af henholdsvis *FP* og *NFP* hospitaler. Resultaterne viser, at patienter behandlet på hospitaler i *FP* dominerede *counties* har en 20% højere dødelighed, og at frekvensen af henvisning til ventelister for transplantation er 26% lavere i forhold til patienter behandlet i *NFP* dominerede *counties* (54).

Nyere artikler kommer dermed frem til resultater, der er lidt mere kritiske over for kvaliteten af *FP* behandling end tidligere. Det er vanskeligt at finde en entydig forklaring på dette, men én hypotese kan være, at udbredelsen af *managed care* ganske vist har medført en mindre udgiftsvækst, men også har givet incitament til uhensigtsmæssige besparelser og opportunistisk adfærd som *cream-skimming*, *dumping* og *skimping*⁵ (55). I eksemplet med nyrebehandling kan der tænkes at være en sammenhæng mellem den større dødelighed og besparelser på personale, udstyr mv. ved dialysebehandling samt ønsket om at undgå et potentielt indtægts-tab ved indstilling af dialysepatienter til transplantation. Samtidig konstaterer flere amerikanske undersøgelser dog, at forskellene i *case-mix* blandt *FP* og *NFP* hospitaler er meget små, og de afkræfter således hypotesen om, at *FP* hospitaler *cream-skimmer* patienter (26;56).

Derudover kan inddragelsen af private aktører i forbindelse med behandling – eksempelvis som i Danmark – være kædet sammen med ønsket om at nedbringe ventetider. I Canada er der imidlertid tegn på, at væksten i det private marked rent faktisk har forøget ventetiden på visse behandlinger. I et eksempel fra Alberta-provinsen er der hos øjenspecialister med job på både offentlige og private klinikker længere ventetider for patienten end hos øjenlæger, som udelukkende arbejder på offentlige klinikker (48).

⁵ *Cream-skimming* referer til selektion af profitable patienter; *dumping* dækker over henvisning af tabsgivende til et andet (og typisk offentligt) sygehus, og hurtigere udskrivning af mere syge patienter benævnes *skimping*.

I Spanien kan man ved at benytte private *FP* klinikker undgå ventetid på blandt andet hjerteoperationer. En undersøgelse finder, at der er en lavere dødelighed forbundet med disse i forhold til offentlige institutioner, men at det ikke skyldes kvalitetsforskelle i behandlingen (57). Forskellen skyldes snarere sociale karakteristika forbundet med valg af privat behandling samt muligvis den kortere ventetid.

6.2 Adgang

Sundhedssektoren i USA er, som tidligere beskrevet, kendetegnet ved valgfrihed og konkurrence mellem private initiativer. Da denne valgfrihed til dels også gælder med hensyn til finansiering, har en del af befolkningen ikke købt sygeforsikring – enten grundet bevidst fravalg eller manglende betalingsevne. Sidstnævnte gruppe kan i visse tilfælde være dækket af offentlige forsikringsordninger, men knap 40 millioner amerikanere anslås at være uden nogen form for dækning.⁶ Noget af forklaringen herpå kan uden tvivl tilskrives '*adverse selection*', hvor personer, der selv vurderer at have en lav risiko, vælger at være uden forsikring, såfremt de finder, at præmien er uforholdsmæssig høj. Langt hovedparten er dog afhængige af *uncompensated care* (jf. boks 1), hvor *NFP* organisationer traditionelt er et vigtigt sikkerhedsnet i lokale samfund.

To udviklingstendenser kan tænkes at påvirke muligheden for levering af velgørende behandling. For det først kan øget konkurrence på leverandørmarkedet medføre større omkostningskontrol, også for *NFP* organisationer, og overskydende ressourcer til velgørenhed kan dermed forsvinde på grund af økonomisk pres. Den anden tendens er stigningstakten i omlægning af ejerskab fra *NFP* til *FP* organisationer, hvilket betyder et skift i organisationens primære grundlag fra behandlingsorienteret til forretningsorienteret. Denne ændring kan blandt andet nedtone betydningen af at tilbyde behandling af etiske og altruistiske årsager (58).

Undersøgelser om ejerskab og effekt på allokering af midler til velgørende formål peger i mange forskellige retninger. *NFP* institutioner er ofte involveret i adskillige typer lokalt sundhedsarbejde af velgørende karakter, eksempelvis forebyggelse, samarbejde med skoler etc., som er vanskeligt at måle. De fleste undersøgelser ser derfor på andelen af sygehusbudgetter anvendt til *uncompensated care*, men behovet herfor er ikke lige stort i alle regioner (59). I visse områder af USA kan der ikke registreres afgørende forskel mellem de to typer ejerskab med hensyn til mulighederne for adgang til behandling. Eksempelvis er behovet i et californisk *county* anslået til 1-3% af sygehusenes budgetter, hvilket både *FP* og *NFP* organisationer har levet op til (60).

Et andet billede ses i Florida, hvor man har søgt at styrke konkurrencen ved at omlægge en række offentligt ejede hospitaler til *FP*, hvilket medførte et fald på 2,3% i andelen af *uncompensated care* ydelser (61). Det bekræftes af en analyse lavet på psykiatriske hospitaler, hvor *NFP* hospitaler vist sig at yde mere *uncompensated care*, når der er relativt lidt konkurrence på det lokale marked, og at disse ydelser forringes i takt med øget konkurrence (62).

Det generelle billede viser dog, at selv om øget lokal konkurrence, eksempelvis ved fremkomsten af flere *FP* organisationer på markedet, kan medføre mindre *uncompensated care*, er forskellen i mængden af *FP* og *NFP* ydelser relativt lille – en situation, Sloan konkluderer har været konstant gennem mange år (1).

⁶ U.S. Census Bureau, www.census.gov

I processen mod et mere konkurrencepræget sundhedssystem er Canada blevet interessant for amerikanske *FP* hospitalskæder. På delstatsniveau kan offentlige sundhedsmyndigheder eksempelvis vælge at benytte *FP* leverandører under sygesikringen, men en del af markedet er desuden opstået ved et skred i en lovgivningsmæssig gråzone, der for visse behandlinger har medført øget brugerbetaling og større offentlige udgifter (48). Blandt andet har *FP* leverandører søgt at omgås lovgivningen på kreativ manér ved at udbyde 'pakkeløsninger', hvor patienter tilbydes adgang til brugerbetalte tillægsydelser samtidig med behandling dækket af den offentlige sygesikring. Med en 'løs' styring af ventelisterne betyder det hurtigere adgang til behandling for patienter, der tilkøber private ydelser, og dermed opstår risikoen for parallelle sundhedssystemer (63). Selvom det canadiske sundhedsvæsen stadig er baseret på universel offentlig sygesikring, kan der altså identificeres nogle tendenser til et skred mod mere ulighed i både adgang og finansiering, hvilket nogle analyser ønsker at koble med fremkomsten af *FP* leverandører.

I forbindelse med den danske debat om øget valgfrihed i blandt andet sundhedsvæsenet er det interessant at bemærke, at ca. 95% (2002) af alle privatforsikrede personer i USA anslås at have ændret deres sundhedsforsikring fra den konventionelle form til en *managed care* baseret (17). Disse modeller begrænser reelt den meget udstrakte valgfrihed, som ellers kendetegner sundhedssystemet i USA. Modellerne kan være udformet på forskellig vis, men ofte indebærer de en *gate-keeper* funktion og begrænsede valgmuligheder mellem leverandører. Desuden kan valget af en *managed care* ordning være påvirket af eksempelvis arbejdsgiverbetalte forsikringer med tilknytning til bestemte selskaber (10).

7. Internationale udviklingstendenser

Flere lande har gennem de seneste 10-15 år søgt at implementere forskellige markedslignende mekanismer i styringen af deres sundhedsvæsen såsom øget konkurrence, nye finansieringsformer mv. I USA har den styrkede konkurrence blandt andet medvirket til en stigning i antallet af ejerskabsændringer. I perioden 1990-1996 blev 192 *NFP* organisationer ændret til *FP* ejerskab (7). Udbredelsen af *managed care* modeller, der for alvor tog fart i begyndelsen af 1990'erne (64), udsprang ligeledes af en skærpet konkurrence mellem private leverandører. Ved at udnytte leverandørernes overkapacitet kunne større virksomheder bedre forhandle priser på forsikringsordninger til medarbejdere (17;65).

Udover konsekvenser for omkostninger, kvalitet og adgang har debatten i USA i de senere år også drejet sig om *eksternaliteter* ved *NFP* strukturer. Dette inkluderer spørgsmålet om, hvorvidt tilstedeværelsen af *NFP* organisationer påvirker *FP* leverandører positivt, blandt andet ved at sætte højere '*community standards*' som fx frivilligt/velgørende arbejde i lokalsamfundene (64). Hvis det er tilfældet, vil væksten i *FP* organisationer måske ødelægge denne dynamik. Derudover er der bekymring med hensyn til troværdigheden af især lægernes faglighed, når de i mange tilfælde er finansielt involveret i ejerskabet af den *FP* institution, de arbejder for (31).

En anden dimension er muligheden for offentlig kontrol/styring af sundhedsvæsenet. I lande med særlige skattevilkår for *NFP* organisationer kan dette ses som et styringsredskab, eksempelvis i form af tilskyndelse til behandling af ikke-forsikrede. Denne mulighed for styring mistes til dels, når et sygehus overgår til *FP* basis (66). Skattefritagelse for *NFP* organisatio-

ner er desuden en form for indirekte støtte, og når denne omfordeling forsvinder, er det sandsynligt, at finansieringen af systemet bliver mere regressivt.⁷

I Canada har debatten været relativt politisk betonet, ikke mindst på grund af frygten for, at store *FP* hospitalskæder fra USA vil forsøge at erobre markedsandele hos den nordlige nabo (48). Samtidig har det offentligt finansierede canadiske sundhedsvæsen fx haft problemer med lange ventetider og underinvestering i ny teknologi, om end problemerne varierer mellem de forskellige delstater. Der er derfor stigende offentlig accept af alternative finansieringsformer som delvis løsning af disse problemer (15). Samtidig har der dog været fokus på at bibeholde et offentligt finansieret system, og der er sat ekstra midler af til sundhedsvæsenet i de kommende år på både føderalt- og delstatsniveau (67).

Udviklingen i Europa er noget mere broget. Grænserne mellem offentligt ejerskab, *NFP* og *FP*, smelter i mange lande sammen til blandede strukturer, hvor offentlige og private *FP* institutioner indgår i ofte komplicerede relationer (68). Blandt andet er der i hospitalsvæsenet det aspekt, at de offentlige integrerede systemer har problemer med at finansiere større investeringer i eksempelvis nybyggeri, og at dette i sig selv nødvendiggør samarbejdsrelationer med private investorer omkring finansiering. I de nordeuropæiske systemer er universel dækning ikke nødvendigvis ensbetydende med ren offentlig drift og ejerskab, blandt andet på grund af større fokus på flere valgmuligheder og forsøg på at effektivisere driften. Et eksempel på inddragelse af private aktører i et ellers offentligt integreret system er den såkaldte Stockholm-model (69;70).

Det er vanskeligt at måle kvalitet og effektivitet af privat *FP* behandling i de europæiske lande, og der findes ingen undersøgelser, som er umiddelbart sammenlignelige med de amerikanske. Fra Storbritannien foreligger dog en enkelt analyse af brugerprofilen i den private sundhedssektor. Den giver et kompliceret billede af to hovedstrømninger, hvor det er svært at sige noget om konsekvenserne for lighed. Dels ses konstante skift mellem offentlig og privat behandling, dels er der samtidig grupper af patienter, som kontinuerligt benytter enten offentlige eller private behandlingstilbud (71).

Med en universel dækning, der indretter sig efter patienternes behov, har den private *FP* sektor, i hvert fald i de nordeuropæiske sundhedssystemer, udsigt til at forblive et supplerende marked og ikke nødvendigvis relateret til fremkomsten af et 'two-tier' system (72). Dog finder John Øvretveit i en analyse af den private sektors indflydelse på de nordiske sundhedssystemer, at der er sket en generel accept af dennes indtog på et tidligere særdeles offentligt område. Det kan vise sig at få større betydning i de kommende år, hvor der forventes et stigende økonomisk pres på de offentlige sundhedsvæsen (16).

⁷ Et land som USA har i forvejen et af de mest regressivt finansierede sundhedsvæsen (9).

Referencer

- (1) Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behaviour. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Economics. Elsevier Science, 2000.
- (2) Strukturkommissionen: Sekretariatet. Sektoranalyse på sundhedsområdet. 1-4-2003. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (3) Finansministeriet. En mere borgernær offentlig sektor. 2003. København, Finansministeriet.
- (4) Strukturkommissionen. Strukturkommissionens Betænkning: Sammenfatning. 2004. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (5) Ligningsrådet. Bindende forhåndsbesked om arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter. www.erhverv.toldskat.dk . 1-10-2003. 25-2-2004.
- (6) Steenberger A. Øget aktivitet men intet boom. MANDAT 2003; 2003(5).
- (7) Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending. The New England Journal of Medicine 1999; 341(6):420-426.
- (8) McKee M, Healey J. Investing in hospitals. In: McKee M, Healey J, editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press, 2002.
- (9) Herbild L, Keiding H, Kjellberg J, Søgaard J. Konkurrenceudsætning i sundhedssektoren. 2003. København, Københavns Universitet/DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (10) Irvine B. Background briefing on US healthcare. 2003. London, Civitas.
- (11) American Hospital Association. Fast Facts on U.S. Hospitals. www.hospitalconnect.com/aha/resource_center. 10-12-2003.
- (12) Health Canada. Canada's Health Care System at a Glance. www.hc-sc.gc.ca . 28-11-2002. 22-1-2004.
- (13) Busse R, van der Grinten T, Svensson P. Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, editors. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. 2002: 126-145.
- (14) Danneskiold-Samsøe B, Søgaard J. Det franske sundhedsvæsen. 2001. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (15) Irvine B, Ferguson S. Background Briefing: The Canadian Health Care System. 2003. London, Civitas.
- (16) Øvretveit J. Nordic privatization and private healthcare. International Journal of Health Planning and Management 2003;(18):233-246.

- (17) Docteur E, Oxley H. Health-care systems: Lessons from the reform experience. 5-12-2003. Paris, OECD.
- (18) Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *The New England Journal of Medicine* 1997; 336(11):769-774.
- (19) Evans RG. *Strained Mercy: The economics of canadian health care*. Toronto: Butterworths, 1984.
- (20) Pedersen LL. Udbredelsen af privat sygeforsikring i Danmark. *Nyfgen* 2000; 11 (forår):5-7.
- (21) Breinholdt M. Fem privathospitaler i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164:5841-5843.
- (22) Sygeforsikringen 'danmark'. Årsrapport 2002. 2003.
- (23) Gigtforeningen. Årsrapport 2002. 2003.
- (24) Alban A, Danneskiold-Samsøe B, Kjellberg J, Knudsen MS, Sørensen J. *Sundhedsøkonomi - principper og perspektiver*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
- (25) Institute of Medicine. *For-profit Enterprise in Health Care*. Washington D.C.: National Academy of Sciences, 1986.
- (26) Watt JM, Derzon RA, Renn SC, et al. The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals. *The New England Journal of Medicine* 1986; 314(2):89-96.
- (27) Zweifel P, Breyer F. *Health Economics*. Oxford University Press, 1997.
- (28) Breyer F, Paffrath D, Wolfgang P, Schmidt R. *Die Krankenhaus Kostenfunktion*. Bonn: AOK-Verlag GmbH, 1988.
- (29) Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; 10(1):23-45.
- (30) McPake B, Kumaranayake L, Normand C. *Health Economics: An International Perspective*. London: Routledge, 2002.
- (31) Silverman E, Skinner J. Medicare Upcoding and Hospital Ownership. 2-9-2003. Hanover, Dartmouth Medical School.
- (32) Chan L, Koepsell TD, Deyo RA, et al. The effect of Medicare's payment system for rehabilitation hospitals on length of stay, charges and total payments. *The New England Journal of Medicine* 1997; 337(14):978-985.
- (33) Reinhardt UE. Columbia/HCA: Villain or Victim? *Health Affairs* 1998; 17(2):30-36.

- (34) Eichenwald K. Hospital Chain Cheated U.S., Documents Show. The New York Times 1997 Dec 18.
- (35) Gottlieb M, Eichenwald K. Biggest Hospital Operator Attracts Federal Inquiries. The New York Times 1997 Mar 28.
- (36) Gottlieb M, Eichenwald K. A Hospital Chain's Brass Knuckles, and the Backlash. The New York Times 1997 May 11.
- (37) Berliner H. American Booty. Health Service Journal 2000.
- (38) U.S.Senate Committee on Finance. Memorandum: HCA settlement. 8-5-2003.
- (39) Devereaux PJ, Choi PTL, Lacchetti C et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. JAMC 2002; 166(11):1399-1406.
- (40) Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, et al. Hospital characteristics and mortality rates. The New England Journal of Medicine 1989; 321(25):1720-1725.
- (41) Holly A, Benkassami M. Health and health care inequalities in Switzerland: A brief review of the literature. 2003. Lausanne, University of Lausanne.
- (42) European Observatory for Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Switzerland. 2000. Copenhagen, WHO.
- (43) Bach S. Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France. International Journal of Health Services 1994; 24(4):593-606.
- (44) Nielsen ML, Pedersen C. Udfordringer i det franske sundhedsvæsen. 2003. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (45) Imai Y, Jacobzone S, Lenain P. The changing health system in France. OECD, 2000.
- (46) Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine 2003; 349(8):768-775.
- (47) Buchanan A. Ethics, efficiency and the market. Oxford: Clarendon Press, 1985.
- (48) Armstrong P, Armstrong H, Fuller C. Health Care, Limited: The Privatization of Medicare. 2000. Canada, Canadian Centre for Policy Alternatives.
- (49) Pope GC. Hospital nonprice competition and medicare reimbursement policy. Journal of Health Economics 1989; 8(2):147-172.
- (50) SOU. Vinst för vården. 2004. Stockholm, SOU.
- (51) Helmig B, Lapsley I. On the efficiency of public, welfare and private hospitals in Germany over time: a sectoral data envelopment analysis study. Health Services Management Journal 2001; 14:263-274.

- (52) Woolhandler S, Himmelstein DU. When money is the mission - the high costs of investor-owned care. *The New England Journal of Medicine* 1999; 341(6):444-446.
- (53) Center for Medicare & Medicaid Services. What is Medicare? www.medicare.gov . 2003.
- (54) Garg PP, Frick KD, Diener-West M, Powe NR. Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation. *The New England Journal of Medicine* 1999; 341(22):1653-1660.
- (55) Ellis R. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998; 17:537-555.
- (56) Schneider EC, Zaslavsky AM, Epstein AM. Use of High-Cost Operative Procedures by Medicare Beneficiaries Enrolled in For-Profit and Not-for-Profit Health Plans. *The New England Journal of Medicine* 2004; 350(2):143-150.
- (57) Pons J, Moreno V, Borrás J, et al. Open heart surgery in public and private practice. *Journal of Health Services Research & Policy* 1999; 4(2):73-78.
- (58) Le Grand J. The Provision of Health Care: Is the Public Sector Ethically Superior to the Private Sector. LSE Health and Social Care Discussion Paper 1, 1-20. 2001.
- (59) Yong GJ, Desai KR, Lukas CV. Does The Sale Of Nonprofit Hospitals Threaten Health Care For The Poor? *Health Affairs* 1997; 16(1):137-141.
- (60) Coye MJ. The Sale of Good Samaritan: A View From the Trenches. *Health Affairs* 1997; 16(2):102-107.
- (61) Needleman J, Lamphere JA, Chollet D. Uncompensated Care And Hospital Conversions In Florida. *Health Affairs* 1999; 18(4):125-133.
- (62) Schlesinger M, Dorwart R, Hoover C, Epstein S. Competition, Ownership and Access to Hospital Services. *Medical Care* 1997; 35(9):974-992.
- (63) Lewis S, Donaldson C, Mitton C, Currie G. The future of health care in Canada. *British Medical Journal* 2001; 323:926-929.
- (64) Gray BH. Conversion Of HMOs And Hospitals: What's At Stake? *Health Affairs* 1997;(03/04 1997):29-47.
- (65) Miller RH, Luft HS. Does Managed Care Lead To Better Or Worse Quality Of Care? *Health Affairs* 1997; 16(5):7-25.
- (66) Evans RG. Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1997; 22(2):427-465.
- (67) Detsky A, Naylor CD. Canada's Health Care System - Reform Delayed. *The New England Journal of Medicine* 2003; 349(8):804-810.
- (68) Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health* 2003; 13:24-29.

- (69) A question of choice. *Health Service Journal* 2004; II3(5864):18-19.
- (70) Hjertqvist J. The end of the beginning. 2003. Stockholm, The Timbro Health Policy Unit.
- (71) Propper C. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics* 2000;(19):855-876.
- (72) Williams B, Whatmough P, McGill J, Rushton L. Impact of private funding on access to elective hospital treatment in the regions of England and Wales. *European Journal of Public Health* 2001;(11):402-406.