

Rapport



Rapport om brugen af private leverandører på det regionale sundhedsområde

– Erfaringer fra konkurrenceudsættelse
af fem typer af sundhedsydelser

2015

Rapport om brugen af private leverandører på det regionale sundhedsområde

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen

Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Tlf.: +45 41 71 50 00
E-mail: kfst@kfst.dk

Online ISBN 978-87-7029-617-5

Rapporten er udarbejdet af
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen.

Oktober 2015

Indhold

Kapitel 1	
Indledning og hovedkonklusioner	5
1.1 Indledning.....	5
1.2 Hovedfund og centrale erfaringer	5
1.3 Præsentation af cases.....	13
1.4 Rapportens struktur	15
Kapitel 2	
Rammevilkår	17
2.1 Kortlægning af nuværende kontrakter på det regionale sundhedsområde.....	17
2.2 Centrale rammevilkår for det regionale sundhedsområde	23
2.3 Konkurrenceudsættelse som redskab til effektiv ressourceanvendelse.....	27
Kapitel 3	
Baggrunden for at udbyde sundhedsydelser.....	31
3.1 Regionernes drivkræfter for at udbyde sundhedsydelser	31
3.2 Leverandørernes drivkræfter for at indgå i samarbejde med regionerne	34
Kapitel 4	
Tilrettelæggelse af konkurrenceudsættelse på det regionale sundhedsområde.....	36
4.1 Udbudsproces	38
4.2 Kontraktform og overvejelser om volumenbestemmelser i kontrakten.....	40
4.3 Tildelingskriterier og overvejelser om kvalitet i kontrakten	43
4.4 Kontraktlængde	45
4.5 Afregning i kontrakten.....	46
4.6 Leverandørens mulighed for at levere supplerende ydelser	47
4.7 Uddannelse som en del af samarbejdet	48
Kapitel 5	
Kontraktopfølgning og erfaringer fra samarbejdet.....	50
5.1 Kontraktopfølgning	50
5.2 Erfaringer fra samarbejdet i kontraktperioden	52
Kapitel 6	
Brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet	58
6.1 Brugen af de undersøgte kontrakter	58
6.2 Resultater fra samarbejdet	58
Bilag 1	
Analysetilgang og dataindsamling.....	61

7.1	Analysetilgang og hypoteseudvikling	61
7.2	Dataindsamling	61
7.3	Afgrænsning for analysen.....	63

Kapitel 1

Indledning og hovedkonklusioner

1.1 Indledning

De fem regioner i Danmark driver hovedparten af det danske sundhedsvæsen. Behandlingen af borgerne kan foregå på flere måder. Langt størstedelen af alle sundhedsydelse på det regionale sundhedsområde udføres på de regionale sygehuse. På nogle områder har regionerne dog valgt at indgå kontrakter med private leverandører om udførelsen af specifikke sundhedsydelser. Disse kontrakter omtales ofte også som "udbudsaftaler". Der er forskel på, hvor mange kontrakter de enkelte regioner har indgået med private leverandører, der leverer sundhedsydelser.

Denne rapport beskriver erfaringer med at anvende private leverandører af sundhedsydelser via udbud på det regionale sundhedsområde.

Rapporten tager udgangspunkt i ti cases samt en kortlægning af de centrale rammevilkår for området. De undersøgte cases afspejler konkrete erfaringer fra fem forskellige sundhedsområder. Erfaringerne afgrænses således umiddelbart til konkurrenceudsættelse af de specifikke sundhedsydelser i de pågældende regioner. Casene relaterer sig til udbud som alternativ til behandling via Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde står bag rapporten. Formålet er, at erfaringerne kan fungere som inspirationsmateriale for regioner, der overvejer at konkurrenceudsætte sundhedsydelser.

Der er indsamlet erfaringer fra konkurrenceudsættelse af fem sundhedsområder:

- » Urologi
- » MR-scanninger
- » Neurologi
- » Øjenlægeydelser (grå stær operationer)
- » Ortopædkirurgi

De udvalgte sundhedsområder er underlagt forskellige rammevilkår. For hvert område er der indhentet erfaringer fra to forskellige eksempler på konkurrenceudsættelse, hvilket giver i alt ti cases. I alle de undersøgte cases fungerer aftalen med den private leverandør som bufferkapacitet for regionen. I størstedelen af de undersøgte cases henvises patienten således til den private leverandør fra de kliniske afdelinger på de regionale sygehuse, når der ikke er kapacitet til at udrede eller behandle patienten indenfor en fastsat tidsperiode.

Rapporten bygger på data indsamlet for sekretariatet for Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde af Deloitte Consulting i efteråret 2014. Endvidere har Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, KORA, bidraget med baggrundsnotat til afsnittet om de centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde.

1.2 Hovedfund og centrale erfaringer

Hovedfund og erfaringer er identificeret på baggrund af de ti cases. Ud af de ti undersøgte cases tager tre cases udgangspunkt i samme kontrakt, da den pågældende region har udbudt

ydelser indenfor flere specialer i samme kontrakt. I to af de undersøgte cases resulterede konkurrenceudsættelsen ikke i en kontrakt, og disse bidrager således hovedsageligt med erfaringer i forhold til indledende overvejelser om tilrettelæggelse af udbudsprocessen. Rapportens væsentligste fund og erfaringer er sammenfattet i boks 1.1.

Boks 1.1 Hovedfund og centrale erfaringer

Hovedfund

- » I alle de undersøgte cases udtrykker regioner og leverandører, at de har overvejende positive erfaringer med at udbyde sundhedsydelser.
- » For samtlige af de undersøgte cases, giver regionerne udtryk for, at forventningerne til kontrakten er blevet indfriet ift. at sikre ret til hurtig udredning og behandling, samt at give økonomiske besparelser sammenlignet med at sende patienter videre via det udvidede frie sygehusvalg (DUF).
- » Hovedparten af de undersøgte regioner giver udtryk for, at tæt og åben dialog mellem regionen og leverandøren er udgangspunktet for et godt samarbejde.

På tværs af de enkelte cases er følgende tendenser identificeret:

Baggrund for at konkurrenceudsætte

Regionernes primære drivkræfter for at konkurrenceudsætte:

- » Manglende kapacitet på egne sygehuse
- » Forventningen om økonomiske besparelser

Leverandørernes primære drivkræfter for at afgive tilbud:

- » Kapacitetsudnyttelse
- » Udsigten til økonomisk gevinst

Tilrettelæggelse af konkurrenceudsættelse på det regionale sundhedsområde

Udbudsproces

- » Alle på nær én af de undersøgte cases er konkurrenceudsat via direkte tilbudsindhentning og forhandling. Kun i en enkelt case er konkurrenceudsættelse sket via udbud.

Kontraktform og overvejelser om volumengaranti

- » Alle de undersøgte kontrakter er tilrettelagt som rammeaftaler uden volumengaranti for leverandørerne. Der er således tale om konkurrenceudsættelse af bufferkapacitet.
- » Flere leverandører fremhæver, at de kunne byde ind med lavere priser, hvis de blev garanteret en bestemt patientvolumen.
- » En enkelt region fremhæver, at det kan være forbundet med risiko for regionen at indskrive en volumengaranti i kontrakten. Der kan fx opstå udfordringer, hvis regionen eksempelvis ikke kan overholde de lovede antal henvisninger. Endvidere fremhæves det, at patienter stadig har frit sygehusvalg og derfor kan frabede sig at blive henvist til en privat leverandør.
- » Som alternativ til volumengaranti kan regionerne, hvor det er relevant, indarbejde incitamentsmekanismer i kontrakterne. Som fx en trappemodel for betaling, hvor regionen betaler en lavere pris jo flere patienter, de henvises til den private leverandør.

Tildelingskriterier og overvejelser om kvalitet

- » I alle de undersøgte cases stiller regionen krav om, at leverandøren skal være akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel eller arbejde aktivt på at opnå en godkendelse. Dette er et lovkrav for ydelser, der finansieres af det offentlige.
- » I over halvdelen af de undersøgte cases har pris og kvalitet været tildelingskriterier for kontrakten. I de resterende cases har pris været det primære kriterie sammen med fx mindstekrav om geografisk afstand fra regionen.

Kontraktlængde

- » De undersøgte kontrakter har en varighed på mellem seks måneder og tre år.

Afregning

- » I hovedparten af de undersøgte cases afregnes den private leverandør for hver enkelt ud-

ført ydelse. Kun i en enkelt kontrakt afregnes leverandøren for hvert afsluttet patientforløb knyttet til et specifikt cpr. nr.

Uddannelse

- » Enkelte regioner fremhæver, at de har overvejelser om at inddrage private leverandører i uddannelsesforpligtelsen. Det fremhæves, at overvejslen som udgangspunkt først bliver relevant, når brugen af kontrakten skaleres til en større volumen.

Kontraktopfølgning og erfaringer fra samarbejdet

Kontraktopfølgning

- » I alle på nær én case henviser regionerne til, at Den Danske Kvalitetsmodel anvendes som instrument for kontraktopfølgning.
- » Endvidere udfører regionerne kontrol af fakturaer og stiller krav om løbende afrapportering på forskellige kvalitetsparametre.

Samarbejdet i kontraktperioden

- » Overordnet set er alle de undersøgte aftaler præget af et godt samarbejde mellem regionen og leverandøren. Samarbejdet kategoriseres i størstedelen af casene som ukompliceret og funktionelt.
- » I tilfælde hvor der er opstået udfordringer, er disse blevet adresseret tidligt, og i ingen af de undersøgte cases gives der udtryk for samarbejdsvanskeligheder.

Leverandørens mulighed for at levere supplerende ydelser

- » I enkelte af de undersøgte kontrakter kan leverandøren yde yderligere eller anden behandling enten op til en vis beløbsgrænse eller ud fra en på forhånd fastlagt liste over behandlinger.
- » I de aftaler hvor dette er muligt, fremhæver parterne, at denne praksis gør samarbejdet mere fleksibelt og mindre bureaukratisk.

Visitering og henvisning af patienter

- » I størstedelen af de undersøgte cases sker henvisning til den private leverandør primært fra de kliniske afdelinger på de regionale sygehuse. I enkelte cases har en central visitationsenhed en koordinerende funktion.

God dialog med regionens egne afdelinger kan påvirke aftalen

- » Enkelte regioner påpeger, at en god dialog med de kliniske afdelinger på regionens sygehus før, under og efter konkurrenceudsættelsen, bl.a. sikrer forventningsafstemning og kan bidrage til at samarbejdet tilrettelægges på en måde, der faciliterer et godt samarbejde.

Private leverandører tilrettelægger arbejdet anderledes

- » I enkelte af casene fremgår det, at leverandøren har tilrettelagt arbejdet omkring ydelsen anderledes end på de regionale sygehuse.
- » Flere leverandører fremhæver, at dette påvirker deres effektivitet og det medvirker til, at de kan tilbyde lavere priser for de enkelte ydelser.

Brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet

Brugen af kontrakterne

- » Alle regioner og leverandører giver udtryk for, at de undersøgte aftaler har været brugt efter hensigten.
- » I tre af de undersøgte cases bliver der henvist flere patienter til kontrakten, end det var forventet ved kontraktindgåelsen.

Resultater fra samarbejdet

- » For alle de undersøgte kontrakter udtrykker regionerne, at samarbejdet har medført de ønskede effekter. Herunder at kontrakterne har medført kapacitet til at overholde de tidsfrister, der følger af ret til hurtig udredning.
- » Den hurtige behandling af patienter har ligeledes medført, at færre patienter overgår til DUF. Det har resulteret i, at hovedparten af regionerne påpeger, at de har haft økonomiske besparelser som følge af aftalen, da udbudsprisen oftest er lavere end DUF-taksten.

Nedenstående afsnit beskriver og uddyber de enkelte erfaringer i lyset af de læringspunkter og refleksioner, som regionerne og leverandørerne selv fremhæver. Endvidere berøres de centrale rammevilkår, der har betydning for de enkelte områder. De centrale rammevilkår uddybes i kapitel 2.

Hovedfund

I de undersøgte cases, der har resulteret i en kontrakt, udtrykker partnerne, at de overvejende har positive erfaringer med at udbyde sundhedsydelser. I rapporten belyses en række aspekter, der kan påvirke samarbejdet, men disse aspekter har umiddelbart ikke påvirket de overordnede erfaringer fra de undersøgte cases.

For samtlige af de undersøgte cases, der resulterede i en kontrakt, giver regionerne udtryk for, at forventningerne til kontrakten er blevet indfriet ift. at sikre ret til hurtig udredning og behandling. Desuden medførte det økonomiske besparelser sammenlignet med at sende patienter videre til det udvidede frie sygehusvalg (DUF).

Hovedparten af de undersøgte regioner giver udtryk for, at tæt og åben dialog mellem regionen og leverandøren er udgangspunktet for et godt samarbejde.

Udbudsproces

Alle på nær én af de undersøgte cases er konkurrenceudsat via direkte tilbudsindhentning og forhandling. I den undersøgte case om urologi, fremhæver Region Midtjylland, at valg af udbudsproces var en central refleksion og et læringspunkt for dem. De understreger, at ved mindre end fire potentielle leverandører, kan det være en fordel at forhandle med leverandørerne frem for at lave et decideret udbud. Direkte forhandling giver mulighed for løbende at lave tilretninger i materialet, og ordregiveren kan løbende efterspørge eventuelle manglende dokumenter fra tilbudsgiverne.

Konkurrencesituationen på markedet kan således have betydning for, hvilken udbudsproces der er bedst egnet til opgaven. I to af de undersøgte cases resulterede konkurrenceudsættelsen ikke i en kontrakt. I en af disse cases beskriver regionen selv, at de kun modtog to tilbud. Disse to var begge ukonditionsmæssige, da de ikke opfyldte dokumentationskravene. Endvidere var begge tilbudsgivere lokaliseret langt fra regionens ydregrænser. I den anden case, hvor konkurrenceudsættelsen ikke resulterede i en kontrakt, fremhæver regionen, at ingen af tilbudsgiverne, som de forhandlede med, var interesserede i at indgå en kontrakt uden volumengaranti. Erfaringerne fra de to undersøgte case kan indikere, at der i de pågældende regioner på daværende tidspunkt ikke eksisterede velfungerende markeder indenfor disse sundhedsydelser i forhold til de krav, som regionen stillede i udbuddet.

Læringspunkt:

Regionerne bør være opmærksomme på konkurrencesituationen på markedet, når de udbyder sundhedsydelser. Med til overvejelserne hører også, hvordan der sikres en effektiv konkurrence på lang sigt.

I de undersøgte cases fremhæver flere regioner, at direkte forhandling giver mere fleksibilitet i udbudsprocessen og den efterfølgende kontraktindgåelse.

De kliniske afdelinger og mulige leverandører kan med fordel inviteres til dialog inden udbuddet. Det kan bidrage til et bedre udbud og et mere velfungerende samarbejde.

Regionerne kan med fordel være opmærksomme på, hvordan samarbejdet mellem regionen, afdelingerne og leverandøren tilrettelægges i kontraktperioden. Leverandørerne bør i den forbindelse have fokus på, hvordan de bidrager til et godt samarbejde.

Når regionen udbyder opgaver på sundhedsområdet skal dette ske i henhold til regionens eventuelle udbudspolitik, herunder eventuelt anvendelse af arbejdsklausuler.

Kontraktform og overvejelser om volumenbestemmelser i kontrakten

Alle de undersøgte kontrakter er tilrettelagt som rammeaftaler uden volumengaranti for leverandørerne. Der er således tale om konkurrenceudsættelse af bufferkapacitet.

Regionerne beslutter selv, om de ønsker at give volumengarantier i deres kontrakter med private leverandører. Fordelen ved en volumengaranti kan bl.a. være, at tilbudsgiverne kan tilbyde en lavere pris, fordi de er sikret en vis omsætning. Modsat kan en volumengaranti medføre en risiko, fordi regionen er forpligtet til at henvise et vist antal patienter til den private leverandør. Hvorvidt fordelene ved at give en volumengaranti overstiger den risiko, som regionen påtager sig, afhænger bl.a. af den model for økonomisk styring, som regionen har valgt. Hvis regionen forpligter sig til at henvise et bestemt antal patienter uden at ændre sygehusets samlede kapacitet, kan det resultere i, at der skabes overkapacitet på de regionale sygehuse. Det kan medføre, at afdelingerne på de regionale sygehuse ikke kan leve op til eventuelle aktivitetskrav, som er aftalt mellem regionen og sygehuset. Det kan derfor være vanskeligt for regionerne at give volumengarantier i deres kontrakter med private leverandører. Dette kan bl.a. skyldes, at det er vanskeligt at forudsige udsving i patientvolumen, og det er derfor også svært at fastsætte et tal for det forventede antal henvisninger.

Endvidere kan høje volumengarantier påvirke sygehusets, og i sidste ende regionens, muligheder for at opnå det produktivitetskrav, som er fastlagt i økonomiaftalen mellem regionerne og staten, fordi produktivitetsstigningen således skal findes andet sted end ved meraktivitet. Hvis der skal gives volumengarantier i kontrakterne, kunne det således være nødvendigt for regionen at justere på regionens egen kapacitet.

Modsat kan volumengarantier medføre, at flere leverandører ønsker at deltage i konkurrencen, og derved kan der opnås lavere priser. I de undersøgte cases fremhæver flere leverandører, at de kunne byde ind med lavere priser, hvis de blev garanteret en bestemt patientvolumen.

I den undersøgte case om Neurologi fra Region Nordjylland, fremhæver leverandøren, at det kan være problematisk for de private leverandører, hvis samarbejdet forudsætter investering i nyt udstyr, eftersom sådanne investeringer er risikofyldte ved et eventuelt fald i antal henvisninger eller udløb af kontrakten.

Som alternativ til volumengarantier kan regionerne overveje at indsætte mekanismer i kontrakterne, der bidrager til at afdække volumenrisikoen fx i forbindelse med afregning. Det kan fx være en trappemodell i afregningen, således at regionen opnår en lavere pris jo flere patienter, der henvises til aftalen.

Læringspunkt:

Regionerne kan overveje at tydeliggøre volumenrisikoen. Dette kan anvendes til at opveje, om prisen med volumengaranti er så lav, at regionens egen risiko for at give en volumengaranti bliver dækket. Der kan ligeledes indsættes mekanismer i kontrakten, der øger regionens incitament til at anvende kontrakten, fx trappemodeller for afregning eller mængderabat.

Kan regionerne med sikkerhed forudsige, at der vil blive sendt en række patienter til den private leverandør, kan de med fordel give en mindre volumengaranti, da dette forventes at kunne medføre en lavere udbudspris.

Tildelingskriterier og overvejelser om kvalitet i kontrakten

I alle de undersøgte cases stiller regionen krav om, at leverandøren skal være akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel eller arbejde aktivt på at opnå en godkendelse. Det er et

lovkrav, at sundhedsydelser, der overlades til private leverandører eller finansieres af regionerne, som udgangspunkt skal være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel.

I over halvdelen af de undersøgte cases, der er resulteret i en kontrakt, har pris og kvalitet været tildelingskriterier for kontrakten. I de resterende cases har pris været det primære kriterie sammen med fx mindstekrav om geografi. I de cases hvor der både tildeles efter kvalitet og pris, vægter pris typisk højere end kvalitet. I én enkelt case vægter de to kriterier lige.

Sundhedsområdet er genstand for en række kvalitets- og dokumentationskrav. Overholdelsen af kravene ligger implicit i al aktivitet på området. Dette kan være baggrunden for, at kvalitet ikke fremhæves yderligere i de undersøgte cases.

En region påpeger dog, at regionerne i deres egne kontrakter har mulighed for at stille yderligere kvalitetskrav i forhold til aftalerne under DUF.

Kontraktlængde

De undersøgte kontrakter har en varighed mellem seks måneder og tre år.

Fastsættelsen af kontraktlængden påvirkes af forskellige aspekter. I de tilfælde hvor en kontrakt anvendes til at afhjælpe en afgrænset mangel på kapacitet, kan en kortere kontraktlængde være hensigtsmæssig. I tilfælde hvor der er tale om en mere permanent anvendelse af private leverandører som supplement til regionens egen kapacitet, kan længere kontrakter forventes at resultere i lavere priser. Det er dog afgørende, at kontraktlængden fastsættes under hensyn til konkurrencesituationen på markedet. Lange kontrakter kan risikere at låse markedet, særligt på områder hvor den offentlige efterspørgsel er stor.

Afregning i kontrakten

I hovedparten af de undersøgte cases afregnes den private leverandør for hver enkelt udført ydelse. Kun i Region Sjællands partnerskabsaftale, der dækker flere specialer, afregnes leverandøren for hvert afsluttet patientforløb knyttet til et specifikt cpr. nr. Regionen har gode erfaringer med denne afregningsform.

Leverandørens mulighed for at levere supplerende ydelser

I enkelte af de undersøgte kontrakter kan leverandøren give yderligere eller anden behandling enten op til en vis beløbsgrænse eller ud fra en på forhånd fastlagt liste over behandlinger. I de aftaler hvor dette er muligt, fremhæver parterne, at denne praksis gør samarbejdet mere fleksibelt.

I tilfælde hvor den private leverandør får lov til at tilbyde mere eller anden behandling uden yderligere tilladelse, er det afgørende, at regionen følger op på kontrakten, så det ikke skaber et incitament for overbehandling.

Læringspunkt:

Regionerne kan med fordel overveje, hvordan afregningsmodellen i kontrakten sammensættes, således at der skabes incitament til effektiv udredning og behandling af patienter samt til hensigtsmæssig udnyttelse af kontrakten.

Uddannelse

I enkelte af de undersøgte cases fremhæves overvejelser omkring opretholdelse af uddannelsesforpligtelsen.

I den undersøgte case om urologi, påpeger Region Midtjylland, at spørgsmål om uddannelse har givet anledning til refleksion og at det har været et læringspunkt for dem. De fremhæver, at hvis en stor del af regionens ydelser på et givent fagområde varetages af private aktører,

skal det overvejes, hvordan regionen fremadrettet varetager behovet for uddannelse af speciallæger. Det kunne fx være ved at inddrage de private leverandører.

Det samme fremhæves som refleksion og læringspunkt i den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland. Regionen og leverandøren drøftede mulighederne for et mere strategisk samarbejde om eksempelvis varetagelsen af uddannelsesforpligtelsen inden for specialer, hvor det er meningsfuldt, og hvor det ellers ville skabe en udfordring for regionen.

I casen om Neurologi fra Region Sjælland indgår uddannelse også som refleksion og læringspunkt. Regionen fremhæver, at i forhold til uddannelsespligten bør regionerne have en vis andel ydelser selv. Dette bør ikke blive et problem, hvis der ikke gives volumengaranti til leverandørerne. Regionens partnerskabsaftale giver dog muligheden for ekstra ydelser i forhold til uddannelse og innovation, men dette har man endnu ikke gjort brug af.

Overvejelserne om inddragelse af private leverandører i uddannelsesforpligtelsen, bliver som udgangspunkt først relevant, når den private leverandør udfører en større del af regionens behandlinger på et område, eller i tilfælde hvor private leverandører overtager hele sundhedsområder fra regionerne.

Kontraktopfølgning

I de undersøgte cases har regionerne generelt stort fokus på kontraktopfølgning. I alle på nær én case, henviser regionerne til, at Den Danske Kvalitetsmodel anvendes som instrument for kontraktopfølgning. Endvidere udfører regionerne kontrol af fakturaer og stiller krav om løbende afrapportering på kvalitetsparametre. En enkelt region fremhæver, at de via deres egne kontrakter kan stille yderligere krav til de private leverandører, sammenlignet med kontrakterne under DUF.

Overordnet set er alle de undersøgte aftaler præget af et godt samarbejde mellem regionen og leverandøren. Samarbejde kategoriseres i størstedelen af casene som ukompliceret og funktionelt. I tilfælde hvor der er opstået udfordringer, er der blevet taget hånd om dem tidligt, og i ingen af de undersøgte cases gives der udtryk for samarbejdsvanskeligheder. Det gode samarbejde er i de undersøgte cases hjulpet på vej via en tæt, løbende og åben dialog mellem regionen og leverandøren om tvivlsspørgsmål, forventningsafstemning og uoverensstemmelser.

I den undersøgte case om MR-scanninger fremhæver Region Midtjylland og leverandøren tillid i samarbejdet som en refleksion og et læringspunkt. De fremhæver, at grundlaget for et godt samarbejde er tillidsforholdet mellem udbyderen og leverandøren. Det opbygges ved en tydelig forventningsafstemning omkring kvalitet samt en gensidig forståelse af hinandens incitamenter for at indgå i kontrakten.

Læringspunkt:

Som i andre udbud bør regionerne være opmærksomme på at følge op på de krav som fremgår af kontrakten, herunder særligt de kvalitetskrav, som aftalen indebærer.

Visitering og henvisning af patienter

I størstedelen af de undersøgte cases sker henvisning af patienter til den private leverandør primært fra de kliniske afdelinger på de regionale sygehuse. Patienten henvises i første omgang fra sin praktiserende læge til en afdeling på et regionalt sygehus. Hvis afdelingen ikke har kapacitet til at behandle patienten inden fx to måneder, henvises patienten videre til den private leverandør. I enkelte cases har en central visitationsenhed en koordinerende funktion.

I den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelsen af samarbejdet. Leverandøren fremhæver, at korte

tidsfrister i kontrakten kan gøre arbejdsgangene meget sårbare, og det er derfor vigtigt at have fokus på kommunikation og gode henvisningsprocedurer.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelse af samarbejdet og henvisningen. Leverandøren fremhæver, at det ville være mere effektivt og ressourcebesparende, hvis der var mulighed for en mere direkte henvisningsform end den nuværende, hvor alle patienter skal igennem de enkelte afdelinger, inden de henvises til den private leverandør.

Læringspunkt:

I planlægningen af henvisningsprocedurer bør regionerne sikre, at der skabes incitament til at optimere korte og sammenhængende patientforløbet.

God dialog med regionens egne afdelinger kan påvirke samarbejdet

Enkelte regioner påpeger, at en god dialog med de kliniske afdelinger på regionens sygehus før, under og efter konkurrenceudsættelsen, sikrer forventningsafstemning og bidrager til, at samarbejdet i kontrakten, herunder henvisningsprocedure, tilrettelægges på en måde, der faciliterer et godt samarbejde mellem afdelingerne og den private leverandør. Det kan i sidste ende bidrage til et bedre samarbejde mellem den private leverandør og regionen, hvis konkurrenceudsættelsen og kontrakten er tilrettelagt hensigtsmæssigt for de berørte parter.

I en enkelt region har personalet på de regionale sygehuse været kritiske overfor inddragelsen af private leverandører. Bekymringen har gået på, at kvaliteten hos de private leverandører er ringere. Regionen tilføjer dog i den forbindelse, at der i det pågældende samarbejde ikke har været nævneværdige fejl eller komplikationer.

I de undersøgte cases om urologi fra Region Midtjylland og Region Sjælland fremhæver regionerne den interne dialog som refleksion og læringspunkt. Regionerne fremhæver, at dialog med de berørte afdelinger før, under og efter kontraktindgåelsen er en vigtig kilde til forventningsafstemning om indholdet i kontrakten og etablering af samarbejdet. I casen om MR-scanninger fra Region Midtjylland fremhæver regionen også, at den interne dialog om forventningsafstemningen er vigtig i forhold til formålet med samarbejdet og indholdet af kontrakten. Region Sjælland fremhæver i casen om neurologi, at et af de vigtigste læringspunkter er, at det er essentielt, at regionen har tæt kontakt til og dialog med de enkelte afdelinger på de regionale sygehuse.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver regionen en refleksion vedrørende personalet på regionens afdelinger og hos de private leverandører. Regionen fremhæver, at mange læger både er ansat på regionens egne sygehuse og hos den private leverandør. Det kan være problematisk, hvis lægerne på et tidspunkt siger op på det regionale sygehus. Men samtidig kan det også være en fordel, da overlappet ofte skaber tillid i samarbejdet mellem den private leverandør og de regionale afdelinger. Afdelingerne vil således ikke være bekymrede for at henvise patienter til den private leverandør.

Læringspunkt:

Regionerne bør overveje, hvordan de i udbudsprocessen bedst inddrager sygehusene og i særdeleshed de berørte kliniske afdelinger. Særligt under planlægning af samarbejdet og kontraktopfølgning, kan det være afgørende for udbuddets succes, at de involverede parter er inddraget fra start. Tilrettelæggelsen af samarbejdet har også betydning for, om de kliniske afdelinger og den private leverandør får incitament til at udnytte kontrakten bedst muligt.

Private leverandører tilrettelægger arbejdet anderledes

I enkelte af casene fremgår det, at leverandørerne har tilrettelagt arbejdet omkring ydelsen anderledes end der er tradition for. Flere leverandører fremhæver, at dette påvirker deres effektivitet, og det medvirker til, at de kan tilbyde en lavere pris for de enkelte ydelser.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver regionen og leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelsen hos den private leverandør. Det fremhæves, at fordelene ved private leverandører er, at de er langt mere fleksible i forhold til arbejds- og åbningstider og dermed i højere grad udnytter deres kapacitet. I den undersøgte case om neurologi fra Region Sjælland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt vedrørende nye samarbejdsformer. Leverandøren fremhæver, at regionen kunne købe personaleydelse hos den private leverandør og således selv stille udstyr til rådighed. Udførelse af udredning og behandling kunne således fx finde sted efter lukketid på de regionale sygehuse.

Disse eksempler på en anderledes arbejdstilrettelæggelse kan være medvirkende til, at de private leverandører kan tilbyde lavere priser.

Læringspunkt:

Private leverandører på sundhedsområdet tilrettelægger ofte opgaveudførelsen anderledes end regionerne. Dette kan bidrage til mere effektiv ressourceanvendelse.

Brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet

Alle regioner og leverandører giver udtryk for, at de undersøgte aftaler har været brugt efter hensigten, og i tre af de undersøgte cases bliver der henvist flere patienter på kontrakterne, end det var forventet ved kontraktindgåelsen.

Antallet af henvisninger kan forventes at have en sammenhæng med, hvorvidt leverandøren opfatter samarbejdet som vellykket og i nogen grad også, om samarbejdet fungerer godt.

I alle de undersøgte cases har regionen konkurrenceudsat bufferkapacitet, altså deres underkapacitet. Brugen af kontrakten påvirkes således også af, om regionen oplever en øget eller konstant efterspørgsel for den pågældende ydelse. I tilfælde af et fald i efterspørgslen vil regionerne som udgangspunkt ikke henvise patienter til de private leverandører.

Alle regioner i de undersøgte cases tilkendegiver, at samarbejdet har medført de ønskede effekter. Kontrakterne har øget kapaciteten, så det muligt at overholde tidsfristerne, der følger af ret til hurtig udredning. Den hurtige behandling af patienter har ligeledes medført, at færre patienter overgår til DUF. Det har resulteret i, at hovedparten af regionerne påpeger, at de har opnået økonomiske besparelser som følge af kontrakten.

De økonomiske besparelser, der fremhæves i de undersøgte cases, skal ses i forhold til den volumen, som udbydes, samt til prissætningen på det private marked for den pågældende ydelse. De priser, som de private leverandører byder ind med, kan være afhængig af den forventede kontraktvolumen.

1.3 Præsentation af cases

Rapporten er udarbejdet på baggrund af data indsamlet af Deloitte Consulting. Datamaterialet består af fem casebeskrivelser, der beskriver erfaringerne med at udbyde sundhedsydelser inden for fem forskellige sundhedsområder.

I tabel 1.1 fremgår en oversigt over de undersøgte sundhedsområder samt hvilke regioner og leverandører, der har bidraget til casebeskrivelserne for de enkelte områder.

Tabel 1.1 Oversigt over undersøgte sundhedsområder og cases

Område	Region - primær	Region - sekundær	Leverandør
Urologi	Region Midtjylland	Region Sjælland	AROS Privathospital
MR-scanninger	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	MR Scanner Viborg
Neurologi	Region Sjælland	Region Nordjylland	Aleris-Hamlet hospitaler
Øjenlægeydelse	Region Hovedstaden	Region Syddanmark	Øjenlæge Allan Berger
Ortopædkirurgi	Region Nordjylland	Region Sjælland	Teres Medical Denmark

Som baggrund for hver casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra to forskellige regioner og én leverandør. Hver casebeskrivelse tager således udgangspunkt i to forskellige kontraktrelationer. Den ene beskrives som primær kontraktrelation og danner det primære grundlag for casen. Den anden beskrives som sekundær case og inddrages som supplement til uddybelse af erfaringerne. I bilag 1 præsenteres en yderligere gennemgang af metoden for rapporten.

De undersøgte sundhedsområder ligger indenfor forskellige lægefaglige specialer og udover generelle rammevilkår, er hvert område ligeledes genstand for en række specifikke rammevilkår. Det kan fx være, at det konkrete område er omfattet af områdespecifik lovgivning eller har strukturelle rammevilkår, der har betydning for området.

Et eksempel på dette er kræftpakkerne. Der er fra politisk hånd vedtaget en række kræftpakker, der betyder, at patienter med begrundet mistanke om kræft og patienter med kræft skal tilbydes den bedst mulige udredning og behandling uden unødigt ventetid. Regionerne er forpligtet til at tilbyde disse kræftpakker, og det kan påvirke regionens ressourceforbrug på de enkelte områder.

Et andet aspekt, der påvirker rammevilkårene for de enkelte områder, er antallet af speciallæger samt specialeplanen, der fastlægges af Sundhedsstyrelsen. Dette beskrives yderligere i kapitel 2 der gennemgår de centrale rammevilkår for sundhedsområdet.

I denne rapport anvendes konsekvent betegnelserne sundhedsydelse og sundhedsområde. Med disse betegnelser menes konkrete behandlinger og andre aktiviteter indenfor sundhedsvesnet, herunder scanninger.

De fem undersøgte sundhedsområder

Dette afsnit giver en kort introduktion til de fem undersøgte sundhedsområder.

Urologi er et medicinsk og kirurgisk speciale, som omfatter undersøgelse og behandling af sygdomstegn og sygdomme i nyrerne, urinlederne, urinblæren, urinrøret og hos mænd prostatakirtlen og pungen. Denne casebeskrivelse omhandler udlicitering af godartet urinvejskirurgi, hvilket vil sige urinvejskirurgi omhandlende ikke-cancer relaterede lidelser. Til brug for denne casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra Region Midtjylland og deres leverandør AROS Privathospital samt Region Sjælland. Region Sjælland har indgået et strategisk partnerskab på sundhedsområdet med et privat konsortium. Partnerskabet dækker over flere specialer, og regionens erfaringer på de forskellige sundhedsområder kan derfor relateres til samme kontrakt og udbudsproces, men kan variere for andre aspekter.

MR-scanninger bruges til at vise billeder af knogler, brusk, ledbånd, korsbånd, menisk, muskler og sener samt detaljer om nerver og blodkar. Billederne bruges i vurderingen af det videre behandlingsforløb. En MR-scanning varer typisk fra en halv til halvanden time. Undersøgelsestiden afhænger af hvad og hvor meget, der skal undersøges og om der eventuelt skal gives kontrastvæske. Til brug for denne casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra Region Midtjylland og deres leverandør MR Scanner Viborg samt Region Hovedstaden.

Neurologi er et medicinsk speciale, som omfatter sygdomstegn og sygdomme i nervesystemet. Det gælder både sygdomme i centralnervesystemet (hjerne og rygmarv) og i nerverne/nervebanerne ude i kroppen (perifere nerver). Neurologiske sygdomme og lidelser karakteriseres således ved, at de rammer vores perifere- og centralnervesystem. Til brug for denne casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra Region Sjælland og deres leverandør Aleris-Hamlet hospitaler samt Region Nordjylland. I Region Nordjylland resulterede konkurrenceudsættelsen ikke i en kontrakt, og regionen indgik derfor direkte aftale med et hospital på samme vilkår som under det udvidet frie sygehusvalg. Erfaringerne på dette område fra Region Nordjylland kan således hovedsageligt bidrage til at belyse de indledende overvejelser om bl.a. processen for konkurrenceudsættelse, samt til refleksioner i forhold til markedsforhold.

Øjnelægedelser (oftalmologi) herunder grå stær operationer. Grå stær er en øjensygdom, som rammer øjets linse. Ved fremskreden grå stær, også kaldt katarakt, kan der ofte skimte en grå skygge bag pupillen – deraf navnet på sygdommen. Ved grå stæroperationer fjernes den naturlige linse og den erstattes af en plastiklinse. Operationen tager ca. 15-30 minutter. Til brug for denne casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra Region Hovedstaden og Øjnelæge Allan Berger, der er én af indledningsvis fem leverandører på regionens kontrakt, samt Region Syddanmark. I Region Syddanmark resulterede konkurrenceudsættelsen ikke i en kontrakt, og regionen indgik i stedet en direkte aftale med regionens speciallæger. Erfaringerne på dette område fra Region Syddanmark kan således hovedsageligt bidrage til at belyse de indledende overvejelser om bl.a. processen for konkurrenceudsættelse, samt til refleksioner i forhold til markedsforhold.

Ortopædkirurgi er kirurgisk behandling af sygdomme i og skader på bevægeapparatet. Eksempler på ortopædkirurgi er behandling af knoglebrud, led- og håndskader. Til brug for denne casebeskrivelse er der afholdt interview med repræsentanter fra Region Nordjylland og deres leverandør Teres Medical Denmark samt Region Sjælland.

1.4 Rapportens struktur

Udover dette indledende og sammenfattende kapitel består rapporten af fem øvrige kapitler samt et bilag og et baggrundsnotat

Kapitel 2 præsenterer baggrunden for rapporten og giver en indledende introduktion til det regionale sundhedsområde og de aspekter, der påvirker regionernes muligheder for at konkurrenceudsætte sundhedsydelser. Kapitel 3 beskriver baggrunden og drivkræfter for at udbyde sundhedsydelser i de undersøgte cases. Kapitel 4 præsenterer, hvordan regionerne har tilrettelagt konkurrenceudsættelsen i de undersøgte cases. Kapitel 5 beskriver, hvordan kontraktopfølgningen har forløbet i de undersøgte cases, samt hvad de overordnede erfaringer fra samarbejdet har været. Kapitel 6 giver et indblik i, hvad resultatet af konkurrenceudsættelsen har været og præsenterer, hvad regionerne og leverandørerne selv fremhæver som de væsentligste refleksioner og læringspunkter.

Bilag 1 beskriver, hvilke metoder der er anvendt for rapporten.

Boks 1.2

Baggrund om Rådets for Offentlig-Privat Samarbejdes arbejde

Den offentlige sektor skal forvalte skatteborgernes penge effektivt og sikre, at opgaverne løses bedst til prisen. Erfaringer viser, at der er et betydeligt potentiale for at opnå økonomiske og kvalitetsmæssige fordele, når offentlige myndigheder skaber konkurrence og samarbejder med private om opgaveløsningen.

Når der første gang skabes konkurrence om offentlige opgaver, fører det ofte til en optimering af arbejdsgange og udstyr, bedre overblik og styring af området samt større fokus på at opnå et ønsket kvalitets- og serviceniveau. Herefter kan der bygges videre på erfaringerne ved genudbud, og når opgaverne løbende udbydes, kan konkurrencen blive en drivkraft for kontinuerlig udvikling, effektiviseringer og innovation. Hvis der derimod ikke er konkurrence om opgaverne, er der heller ikke et markedspres, som løbende tilskynder til effektivitet, innovation og at yde god service til borgerne.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde har blandt andet til opgave at bidrage til, at den offentlige opgaveløsning sker effektivt, innovativt og på et kvalitetsmæssigt niveau, der matcher det konkrete behov. Det er her ikke væsentligt, om det er offentlige eller private leverandører, der løser opgaven. Men det er væsentligt at sikre, at potentialer for effektivitet, kvalitetsudvikling og nytænkning bliver udnyttet.

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde har derfor til opgave at understøtte konkurrencen om de offentlige opgaver og fremme samarbejdet mellem offentlige myndigheder og private virksomheder. Det skal ske ved at tilvejebringe ny viden, målrettet formidling og fremme af dialog med parterne på området. Rådet skal dermed bidrage til, at mulighederne for at skabe konkurrence og samarbejde om de offentlige opgaver styrkes og sker på et solidt videns- og erfaringsgrundlag.

Mere konkret har rådet til opgave at analysere effekterne af konkurrenceudsættelse og andre former for offentlig-privat samarbejde i forhold til parametre som eksempelvis effektivitet, kvalitet og innovation på baggrund af nationale og internationale erfaringer. Desuden skal rådet informere og vejlede om resultaterne af rådets arbejde for at sikre, at den nye viden på området hurtigt finder anvendelse i praksis, eksempelvis gennem udgivelse af konkrete vejledninger og anbefalinger til nye initiativer.

Læs mere om Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde på www.rops.dk

Kapitel 2

Rammevilkår

Dette kapitel giver et indblik i regionernes nuværende brug af kontrakter med private leverandører på det regionale sundhedsområde og præsenterer de mest centrale rammevilkår, der påvirker regionernes muligheder for at udbyde sundhedsydelser. Endeligt gives en generel baggrund for rammevilkårenes betydning for brugen af konkurrenceudsættelse som middel til effektiv ressourceanvendelse på det regionale sundhedsområde.

2.1 Kortlægning af nuværende kontrakter på det regionale sundhedsområde

De fem danske regioner har bl.a. til opgave at styre og administrere det danske sundhedsvæsen. Regionerne har herunder bl.a. ansvaret for at tilbyde regionens borgere udredning og behandling.

Langt størstedelen af de behandlinger, som regionernes patienter modtager, foretages på regionernes egne sygehuse. Hertil kommer en række specialsygehuse, som regionerne er forpligtet til at anvende i relation til specifikke lidelser. Disse specialsygehuse fremgår af sundhedsloven. Regionerne har i enkelte tilfælde valgt at indgå kontrakter med private sygehuse og klinikker om leveringen af sundhedsydelser. De private sygehuse benævnes ofte samarbejdssygehuse. Tabel 2.1 viser en oversigt over kontrakter på det regionale sundhedsområde, som det fremgik af regionernes hjemmesider i januar 2015.

Tabel 2.1 **Oversigt over regionernes kontrakter på sundhedsområdet**

Region	Ydelse	Leverandør
Region Hovedstaden	Ortopædkirurgi - Rygkirurgi	Aleris-Hamlet Privathospitaler
	Grå stæroperationer	Speciallægeklinikken CENTRALEN v. øjenlæge Ken Ninn-Pedersen, Øjenklinikken v. Allan Berger ApS
	Søvnapnø behandling	Nordsjællands Snorke- og Apnø-klinik
	MR-skanninger	Astra, Lyngby, MR Scanning Parkens Privathospital
	Urologi	Kysthospitalet, Skodsborg, Bekkevold Privathospital, Aleris-Hamlet Privathospitaler
	Plastikkirurgi	Bodylift Center
	Alm. Plastikkirurgi	Teres Hospitalet Parken
Region Sjælland	Ortopædkirurgi - Knæ- og hofte-alloplastikker	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Rygbehandling - Kirurgiske og medicinske behandlingsforløb	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Ortopædkirurgi - Hånd- og håndledskirurgi	Bekkevold Privathospital/Center for Rygkirurgi
	Kardiologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Lungemedicin/ Allergologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Neurologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Neurofysiologi	Epilepsihospitalet Filadelfia
	Søvnapnø	Epilepsihospitalet Filadelfia

	Urologi	Aleris-Hamlet
	Gynækologi/Urologi	Privathospitalet Møn
	Kirurgiske endoskopier	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Plastikkirurgi efter massivt vægttab	Aleris-Hamlet
	Gastroenterologi/hepatologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Endokrinologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Reumatologi	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
	Refraktionskirurgi (Nærsynethed)	Øjenlægenes Lasercenter
	Skelen	Lukas Øjenhospital
	Non-malign Smertebehandling	Hospitalet Valdemar. Klinikken ligger på Næstved Sygehus, men drives af Valdemar
	Billeddiagnostiske undersøgelser	Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar
Region Nordjylland	Ortopædkirurgi	Aleris-Hamlet, Teres Medical, Privathospitalet Skørping
	Kardiologi	Privathospitalet Skørping, Aleris-Hamlet
	Reumatologi	Aarhus Speciallægeklinik, Teres Medical
	Urologi	Aleris-Hamlet
	Gynækologi	Privathospitalet Skørping, Aleris-Hamlet
	Søvnapnø	Privathospitalet Skørping
	MR-scanninger	MR Scanning Aalborg
Region Midtjylland	Ortopædkirurgi - Skulderoperationer	Viborg Privathospital
	Ortopædkirurgi -Rygoperationer	OPA Ortopædisk Privathospital Aarhus, Privathospitalet Skørping
	MR-scanninger	MR-Scanner Viborg, Aleris-Hamlet Hospitaler
	Plastikkirurgi	Teres Hospitalet, Aros Privathospital
	Urologi	Aros Privathospital, Aleris-Hamlet Privathospital, Viborg Privathospital
	Tværfaglig smertebehandling	Mølholm Privathospital
	Medicinsk gastroentreologi	Endoskopiklinikken, Aleris-Hamlet Herning
	Ultral lyd	Røntgenklinikken
	CT-scanninger	CT-klinikken
	Psykatri	Sirculus, Axess Medica, Psykiatrisk Klinik for Børn & Unge v/Speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatri Paula Gadeberg
Region Syddanmark	Kræftlidelser	St. Franziskus-Hospital, Flensburg Universitäts-Krankenhaus Schleswig Holstein, Kiel
	Fødsler	KreisKrankenhaus Niebüll

Kilde: De respektive regioners hjemmesider januar 2015

Kontrakterne dækker som udgangspunkt over en kontrakt mellem en region og en privat leverandør af de specifikke sundhedsydelser. Kontrakterne kan omhandle en bestemt undersøgelse, udredning eller behandling og kan være tilrettelagt, som køb af enkelte ydelser eller hele patientforløb inden for den pågældende ydelse. Nogle kontrakter har tilknyttet flere leverandører, og hvordan patienter henvises til de forskellige leverandører afhænger af vilkårene i kontrakten. Størstedelen af de eksisterende kontrakter fungerer som bufferkapacitet for regi-

onerne, hvor regionen sender patienter til de private leverandører på kontrakten, når regionernes egne sygehuse ikke har kapacitet til at tilbyde behandling inden for en afgrænset tidsramme.

Som det fremgår af tabellen, er der stor forskel på, hvor mange kontrakter de enkelte regioner har indgået. Regionerne har flere muligheder i forhold til at imødekomme den eventuelle mangel på kapacitet og udover kontrakter via udbud, har flere regioner fx oprettet garantiklinikker, der kan bistå de regionale sygehuse i at imødekomme efterspørgslen. Det er op til den enkelte region at vælge, hvilken løsning de finder bedst. Forskellen kan skyldes en række forskellige faktorer som fx de individuelle strukturelle rammevilkår, som de fem regioner har samt de rammevilkår, der beskrives i dette afsnit. Denne rapport belyser erfaringerne fra otte forskellige cases fordelt på fem forskellige sundhedsområder. Af de otte cases har kun seks resulteret i en kontrakt.

Gældende regler for konkurrenceudsættelse af sundhedsydelser

Det er op til den enkelte region at tilrettelægge og udbyde kontrakter på sundhedsområdet, herunder også vurdere hvilken udbudsproces, der er bedst egnet til at købe den pågældende ydelse.

Som offentlige ordregivere er regionerne forpligtet til at konkurrenceudsætte deres indkøb, herunder også deres kontrakter vedrørende sundhedsydelser. For større opgaver betyder det, at regionerne skal følge EU's udbudsdirektiver. Under de gældende regler kategoriseres størstedelen af ydelserne på det regionale sundhedsområde som bilag B-tjenesteydelser. For disse ydelser gælder mere lempelige regler, sammenlignet med andre ydelser. Læs mere om køb af bilag B-ydelser i boks 2.1.

Boks 2.1

De gældende udbudsregler for køb af sundhedsydelser

Udbudsreglerne fastlægger, hvordan offentlige ordregivere skal skabe konkurrence om de varer og tjenesteydelser, som indkøbes hos private leverandører. EU's udbudsdirektiv inddeler tjenesteydelser i to grupper. Disse grupper er:

»Bilag A-tjenesteydelser, eksempelvis it-ydelser og konsulent-, arkitekt- og ingeniørydelser.
»Bilag B-tjenesteydelser, eksempelvis ydelser på det sociale, sundhedsmæssige og uddannelsesmæssige område.

B-ydelser kan indkøbes på lempeligere vilkår end A-ydelser. Konkret er indkøb af B-ydelser alene omfattet af udbudsdirektivets bestemmelser om, at opgaven skal beskrives efter bestemte tekniske specifikationer samt at ordregiveren skal offentliggøre en meddelelse om, at kontrakten er indgået, hvis kontraktværdien overstiger udbudsdirektivets aktuelle tærskelværdi.

Kontraktindgåelsen er dog fortsat omfattet af grundlæggende traktatretlige principper om blandt andet ligebehandling, gennemsigtighed og proportionalitet, hvis kontrakten har en klar grænseoverskridende interesse. Det beror på en konkret vurdering, hvorvidt en kontrakt har en klar grænseoverskridende interesse.

Læs mere om køb af bilag B-tjenesteydelser i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vejledning om køb af B-tjenesteydelser.

I foråret 2013 blev forhandlingerne om det nye EU-udbudsdirektiv afsluttet, og den endelige vedtagelse fremsatte krav om implementering i medlemsstaternes nationale lovgivning senest i april 2016. I forbindelse med implementering i dansk lov nedsatte regeringen i juni 2013 et udbudslovsudvalg. Udvalget havde til formål at udarbejde et forslag til en dansk udbudslov. Udbudslovsudvalget afleverede sit forslag i december 2014 og forslaget forventes fremsat i

foråret 2015. I boks 2.2 beskrives forslag til de nye regler vedrørende udbud af sundhedsydelser, som følger af forslag til den nye udbudslov.

Boks 2.2

Udpluk fra forslag til dansk udbudslov vedr. køb af sociale og andre specifikke tjenesteydelser – light ydelser

Det nye EU-udbudsdirektiv ophæver sondringen mellem bilag A og bilag B-tjenesteydelser og indfører i stedet et sæt lempeligere regler for visse specifikke tjenesteydelser, herunder sociale og andre specifikke tjenesteydelser. Forslaget til den danske udbudslov, der skal gennemføre det nye udbudsdirektiv, indeholder således en ny procedure for udbud af disse tjenesteydelser. Denne boks giver et kort overblik over nogle af de ændringer, som den nye udbudslov vil medføre.

Der indføres et særligt afsnit i udbudsloven, der gælder for indkøb af sociale og andre specifikke tjenesteydelser. Bestemmelserne i afsnittet finder anvendelse for kontrakter, der ved udbudstidspunktet svarer til eller overstiger en anslået værdi på 5.580.000 kr. eksklusive moms. Denne tærskelværdi er fastsat i det nye EU udbudsdirektiv.

Ordregivere skal på forhånd offentliggøre en udbudsbekendtgørelse eller en forhåndsmeddelelse med henblik på at gøre potentielle tilbudsgivere opmærksom på muligheden for at afgive ansøgning om deltagelse eller tilbud.

Udbudsloven foreskriver ikke brug af bestemte udbuds- og tildelingsformer for sociale og andre specifikke tjenesteydelser. Det indebærer, at regionerne er frit stillet til at vælge den mest hensigtsmæssige procedure for deres indkøb, så længe proceduren overholder de generelle EU-udbudsretlige principper om ligebehandling, gennemsigtighed og proportionalitet. Af disse principper følger, at ordregiveren, i forbindelse med tilrettelæggelsen af proceduren, er forpligtet til følgende:

- » at udarbejde et materiale, der sætter interesserede tilbudsgivere i stand til at afgive tilbud
- » at fastsætte et tildelingskriterium samt eventuelle underkriterier
- » at følge proceduren for underretning af ansøgere og tilbudsgivere som beskrevet i udbudslovens § 169. Her beskrives det bl.a. at underretningen skal ske hurtigst mulig, samtidigt til alle tilbudsgiverne og skriftligt

Når kontrakten er indgået, skal ordregiveren offentliggøre en bekendtgørelse om indgået kontrakt på TED.

Personlige tjenesteydelser med værdier under denne tærskel vil normalt ikke være af interesse for udbydere fra andre medlemsstater, hvorfor de ikke er omfattet af udbudsloven, medmindre der er konkrete tegn på det modsatte, som f.eks. ved EU-finansiering af grænseoverskridende projekter eller, hvis en sådan kontrakt har en klar grænseoverskridende interesse, hvorefter de skal udbydes i overensstemmelse med lovens afsnit 4.

Kontrakter kan tilrettelægges på forskellige måder

Når regionerne samarbejder med private leverandører, kan kontrakterne opbygges på flere måder. I dette afsnit beskrives kort et udpluk af de kontraktformer, som offentlige ordregivere kan anvende i samarbejdet med private leverandører.

Hovedparten af de nuværende kontrakter på det regionale sundhedsområde er struktureret som rammeaftaler. I en rammeaftale er antallet af ydelser, der skal leveres, ikke fastsat. Aftalen giver derimod ordregiveren muligheden for at anvende kontrakten, ud fra det behov ordregiveren har. På nogle områder fastsættes typisk et minimumskøb eller et forventet træk på aftalen.

Offentlige ordregivere kan også købe ind via traditionelle kontrakter, hvor der fastsættes en bestemt volumen, som ordregiveren er forpligtet til at købe. Disse kontrakter anvendes ofte i

tilfælde, hvor den offentlige ordregiver har konkret viden om, hvor mange ydelser eller varer, der er behov for.

Ordregivere kan alternativt vælge at indgå længerevarende kontrakter med en privat leverandør af sundhedsydelser, som fx partnerskabsaftaler. Et partnerskab kan tilrettelægges på mange forskellige måder, men indebærer ofte, at en offentlig ordregiver og den privat leverandør indgår et samarbejde om udførelsen af ydelser, drift eller lignende over flere år. På det regionale sundhedsområde i Danmark er der kun enkelte eksempler på længerevarende partnerskaber mellem en region og en privat leverandør eller et konsortium.

Et eksempel på et længerevarende samarbejde er fx et samarbejde om drift af praktiserende lægehuse, som Region Midtjylland udbød i 2014. Muligheden for at lade private leverandører drive praktiserende lægehuse blev muligt med en ændring af sundhedsloven, der trådte i kraft i september 2014. Med lovændringen blev det muligt for regionerne at varetage lægedækningen ved selv at besætte de såkaldte ydernumre og derefter lade private leverandører varetage driften af fx lægeklinikker. Loven påpeger i den forbindelse, at hvis en praktiserende læge ønsker at overtage ydernummeret på overenskomstmæssige vilkår, er regionen forpligtet til at indgå samarbejde med lægen også selvom, der pågår en udbudsproces. Denne lovfæstede rettighed kan medføre usikkerhed for de private leverandører i udbudsprocessen, da regionen kan være nødsaget til at annullere udbuddet, hvis en praktiserende læge viser interesse.

En af de regioner, der har benyttet den nye mulighed i sundhedsloven er Region Midtjylland. Region Midtjylland indgik i november 2014 kontrakter med tre forskellige leverandører om drift af lægeklinikker i henholdsvis Lemvig, Balling og Sunds i Vestjylland. I udbudsprocessen havde læger, der ville overtage klinikkerne på almindelige overenskomstmæssige vilkår fortrinsret i forhold til de private leverandører, men ingen af de fire læger, der bød ind, opfyldte betingelserne i udbuddet. Tilbuddene fra de interesserede private virksomheder blev vurderet ud fra pris og med mindstekrav om, at klinikkerne skulle drives ud fra samme kvalitetskrav, som regionen normalt stiller til praktiserende læger. Priserne i de tre aftaler, som Region Midtjylland har indgået på området, er alle steder lavere, end de udgifter som regionen selv kan drive klinikkerne for og på niveau med den gennemsnitlige udgift pr. patient, som regionen i dag betaler de praktiserende læger.

Baggrunden for at regionen udbød driften af de praktiserende lægehuse, var, at regionen selv har haft vanskeligt ved at tiltrække det tilstrækkelige antal læger til de konkrete geografiske områder.

Et andet eksempel på en mere strategisk anvendelse af udbud kan findes i Region Sjællands strategiske partnerskab på sundhedsområdet. I 2013 indgik regionen en partnerskabsaftale med et konsortium bestående af tre leverandører. Partnerskabet omhandlede indledningsvist fire forskellige specialer, men er senere blevet udvidet til flere. Kontrakten havde som udgangspunkt en varighed på tre år. Læs mere om partnerskabsaftalen i Region Sjælland i boks 2.3.

Boks 2.3 Partnerskabet i Region Sjælland

Strategiske partnerskab om sundhedsydelser

Region Sjælland indgik i 2013 en partnerskabsaftale med et konsortium bestående af Aleris-Hamlet, Hospitalet Valdemar og Falck Healthcare. Aftalen fungerer som bufferkapacitet for regionen, og regionens patienter henvises således til det private konsortium, når de regionale sygehuse ikke har kapacitet til at udrede eller behandle patienterne.

- » Partnerskabet omhandlede indledningsvis udredning og behandling indenfor følgende specialer:
 - » Lungesygdomme
 - » Hjertesygdomme
 - » Allergisygdomme
 - » Neurologiske lidelser
- » Partnerskabet er i driftsperioden blevet udvidet med aftaler inden for nye specialer og omhandler nu også følgende specialer:
 - » Kardiologi
 - » Ortopædkirurgi
 - » Rygbehandling
 - » Endokrinologi
 - » Kirurgiske endoskopier
 - » Reumatologi
 - » Plastikkirurgi efter excessivt vægttab
 - » Billeddiagnostiske ydelser
 - » Urologi
 - » NON – malign smertebehandling

Udbudsprocessen

Region Sjælland udbød partnerskabet via direkte tilbudsindhentning og efterfølgende forhandling. Kontraktlængden for partnerskabet er tre år med en mulighed for forlængelse på 12 måneder. Udover de opridsede specialer indeholder kontrakten ligeledes mulighed for samarbejde om uddannelse, men denne mulighed er endnu ikke blevet benyttet. Partnerskabet er en rammeaftale uden volumengaranti, og aftalen er ikke eksklusiv. Regionen kan derfor vælge at indgå aftaler med andre private leverandører, dog først efter at mulighederne indenfor partnerskabet er afsøgt.

I forbindelse med dataindsamlingen til denne rapport har regionen tilkendegivet, at den største opgave i udbudsprocessen af partnerskaber var at få afdækket alle specialområderne samt at få lavet kravspecifikationer til alle ydelserne. Forud for udbuddet afholdt regionen dialog med flere potentielle leverandører for at få input til processen.

I denne rapport er partnerskabet afspejlet som primær case under området neurologi, samt som sekundær case under ortopædkirurgi og urologi.

I nogle af de lande, som Danmark traditionelt sammenligner sig med, spiller strategiske udbud af sundhedsydelser en større rolle. I Sverige har sygehuset St. Görän i Stockholm fx været drevet af en privat leverandør siden 1994. Hospitalet håndterer 31 specialer og har ligeledes en akutfunktion. Et andet eksempel fra Sverige er Karolinska Universitetshospital, der er tilrettelagt som et offentlig-privat partnerskab, hvor et privat konsortium bygger det nye sygehus samt varetager anlæg, vedligeholdelse og drift af et sygehus frem til 2040.

2.2 Centrale rammevilkår for det regionale sundhedsområde

Dette afsnit giver en kort overordnet beskrivelse af hvilke centrale rammevilkår, der påvirker regionernes muligheder for at udbyde sundhedsydelser.

Regionernes arbejde på sundhedsområdet reguleres bl.a. af sundhedsloven, bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og specialeplanen, der fastlægges af sundhedsstyrelsen. Disse er centrale i forhold koordinering og planlægning af sygehusvæsenet og bidrager til at sikre den mest effektive ressource anvendelse. Dette afsnit beskriver indledningsvis de rammevilkår, som fremhæves i de undersøgte cases og præsenterer efterfølgende de rammevilkår, der påvirker opgavevaretagelsen og den økonomiske styring af sygehusvæsenet.

Regulering af sundhedsområdet

I de undersøgte cases fremhæves særligt følgende rammevilkår, som aspekter der ligeledes påvirker konkurrenceudsættelse på sundhedsområdet.

Det drejer sig om følgende:

- » Det udvidede frie sygehusvalg
- » Ret til hurtig udredning
- » Det frie sygehusvalg

Ret til hurtig udredning medfører, at patienter inden for én måned, efter at de er henvist fra egen læge, skal have besked om, hvad de fejler. Hvis det ikke er muligt for regionen at udrede patienten inden for én måned, skal regionen inden for samme frist udarbejde en plan for udredning. Hvis ikke det er fagligt muligt at udrede eller afkræfte sygdommen, skal patienten have en udredningsplan med oplysninger om det videre forløb. En patients bopælsregion er forpligtet til at overholde ret til hurtig udredning, og fristerne gælder således også for eventuelle samarbejdsygehuse. Den nuværende ret til hurtig udredning trådte i kraft 1. september 2013 og omfattede på daværende tidspunkt alle somatiske patienter, dvs. legemlige lidelse, som modsætning til psykiske lidelser. Fra 1. september 2014 blev retten udvidet til også at omhandle psykiatriske patienter.

Det frie sygehusvalg medfører, at patienter, der henvises til sygehusbehandling, frit kan vælge mellem alle offentlige sygehuse samt en række private specialsygehuse. Patienter kan afvises, hvis det valgte sygehus ikke har kapaciteten til at modtage patienten og ved akut indlæggelse kører, ambulancen til det nærmeste sygehus.

Det udvidede frie sygehusvalg (DUF) betyder, at patienter har ret til behandling på et privat hospital, hvis der er udsigt til mere end to måneders ventetid i det offentlige sygehusvæsen. Ved alvorlig sygdom er fristen én måned. Patientens bopælsregion skal således betale et privat sygehus for patientens behandling, hvis de ikke selv kan varetage den inden for den omtalte periode. DUF-patienter kan kun vælge og henvises til private sygehuse, der har indgået en aftale med Danske Regioner, og derved opfylder en række specifikke krav om bl.a. kvalitet, faglige kompetencer og behandlingserfaring. Disse sygehuse benævnes aftalesygehuse. De takster, som bopælsregionen skal betale det private aftalesygehus kaldes DUF-takster, og taksterne forhandles centralt mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker. Det udvidede frie sygehusvalg blev indført i 2002.

I figur 2.1 fremgår en oversigt over sammenhængen mellem ret til hurtig udredning og det frie og udvidede sygehusvalg. Ret til hurtig udredning træder som nævnt i kraft, når en patient henvises fra egen praktiserende læge til sygehusbehandling.

Figur 2.1 Oversigt over sammenhængen mellem ret til hurtig udredning og det frie og udvidede sygehusvalg



Ret til hurtig udredning samt det frie og udvidede sygehusvalg kan ses som tiltag, der påvirker regionernes forsyningspligt. Forsyningspligten medfører, at en region skal sikre behandling af alle borgere fra deres egen region. Ret til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg opstiller således en tidsfrist i forbindelse med overholdelse af forsyningspligt. Udover ret til hurtig udredning og det udvidede frie sygehusvalg, er regionerne ligeledes forpligtet til at tilbyde patienter med livstruende sygdomme specifikke behandlingsforløb. Prioriteringen af disse forløb, som eksempelvis kræftpakker, er politisk besluttet og påvirker ligeledes regioners opgavevaretagelse.

De beskrevne lovmæssige rammevilkår er langtfra udtømmende, men skitserer nogle af de vilkår, der påvirker regionernes brug af private leverandører mest.

Opgavevaretagelse på de regionale sygehuse

Der sker en central koordinering af, hvilke opgaver de enkelte offentlige sygehuse skal udføre. Fordelingen af opgaver samt specialiseringsniveau beskrives i specialeplanen, der udarbejdes af Sundhedsstyrelsen. Samt i de regionale planer for sygehusstrukturen, som alle regioner har vedtaget.

Formålet med specialeplanen er at sikre høj faglig kvalitet i behandlingen, helhed i patientforløbene samt at sikre den bedste ressourceudnyttelse. Specialeplanlægningen skal desuden bl.a. fremme den nødvendige opbygning og vedligeholdelse af ekspertise, forskning og udvikling samt uddannelse.

Specialiseringsniveauet i specialeplanen inddeles i følgende funktioner:

- » Hovedfunktioner:
 - » *Hovedfunktioner* dækker langt størstedelen af sygehusenes basale opgaver. Disse berøres ikke af specialeplanen, og Sundhedsstyrelsen rådgiver om hovedfunktionerne, men beslutter ikke, hvor de skal placeres. Regionerne planlægger selv, hvor hovedfunktioner placeres.
- » Specialfunktioner:
 - » *Regionsfunktioner* er funktioner, som har en vis kompleksitet, er relativt sjældent forekommende og/eller kræver en del ressourcer, herunder fx samarbejde med flere andre specialer. Der varetages typisk én regionsfunktion i hver region.

» *Højt specialiserede funktioner* er funktioner, som har en stor kompleksitet, er sjældent forekommende og/eller kræver mange ressourcer, fx samarbejde med flere andre specialer. En højt specialiseret funktion varetages typisk 1-3 steder i landet. Der er enkelte private hospitaler, der er godkendt til at varetage højt specialiserede funktioner. Sundhedsstyrelsen fastsætter kravene til de forskellige funktioner, og regionale sygehuse kan ansøge om at få tildelt en bestemt specialfunktion. Hvis en region ikke selv er godkendt til at varetage en bestemt specialfunktion, er regionen forpligtet til at skabe mulighed for behandling for regionens borgere, hvis behovet opstår. Det kan bl.a. ske via samarbejdsaftaler med andre regioner, der er godkendt til funktionen.

Private sygehuse kan ligeledes ansøge om at blive godkendt til bestemte funktioner, og private sygehuse, der modtager patienter fra det offentlige, både via kontrakter (udbudsaftaler) som samarbejdssygehuse eller via det udvidede frie sygehusvalg, som aftalesygehuse skal være godkendt til den pågældende funktion i specialeplanen.

Det afhænger således af specialeplanen, hvilke konkrete opgaver det enkelte regionale sygehus kan og må varetage.

Overordnet kan opgavetyperne på tværs af de forskellige sundhedsområder og specialer inddeles i følgende kategorier:

- » Støttefunktioner
- » Akutfunktion
- » Uddannelse og forskning
- » Elektive behandlinger

På de enkelte sygehuse afhænger omfanget af de forskellige opgavetyper af, hvilke funktioner sygehuset er godkendt til.

De aktiviteter, der kan betegnes som *støttefunktioner*, er bl.a. laboratoriefunktioner, kantinedrift, rengøring og lignende. Uafhængigt af hvilke funktioner et sygehus varetager, er der således en række støttefunktioner, der bidrager til at opretholde driften af sygehuset.

Akutfunktionen relaterer sig til akutte ydelser, herunder fx akutmodtagelse, skadestuer og lignende. Specialeplanen fastlægger hvilke sygehuse, der skal have hvilke akutfunktioner, herunder specialiseringsniveau på de enkelte akutfunktioner.

Opgaver indenfor *uddannelse og forskning* afhænger ligeledes af specialeplanen. Sygehuse er således forpligtet til fx at uddanne speciallæger inden for de områder, hvor de har godkendte funktioner.

Elektive behandlinger dækker over alle planlagte behandlinger som fx operationer og lignende.

På det enkelte sygehus er der ofte en tydelig sammenhæng mellem de forskellige opgavetyper. For at opretholde en akutfunktion, skal et sygehus fx have adgang til et bredt udsnit af medicinsk udstyr døgnet rundt, samt have personale på standby. For at sikre bedre ressourceanvendelse bliver de ressourcer, der står på standby i forbindelse med akutfunktionen, ofte udnyttet til elektive behandlinger. Som udgangspunkt gør det samme sig gældende for uddannelse og forskning. Her skal et sygehus ligeledes opretholde et vist niveau, fx i antal, for at kunne varetage uddannelsesforpligtelsen af speciallæger.

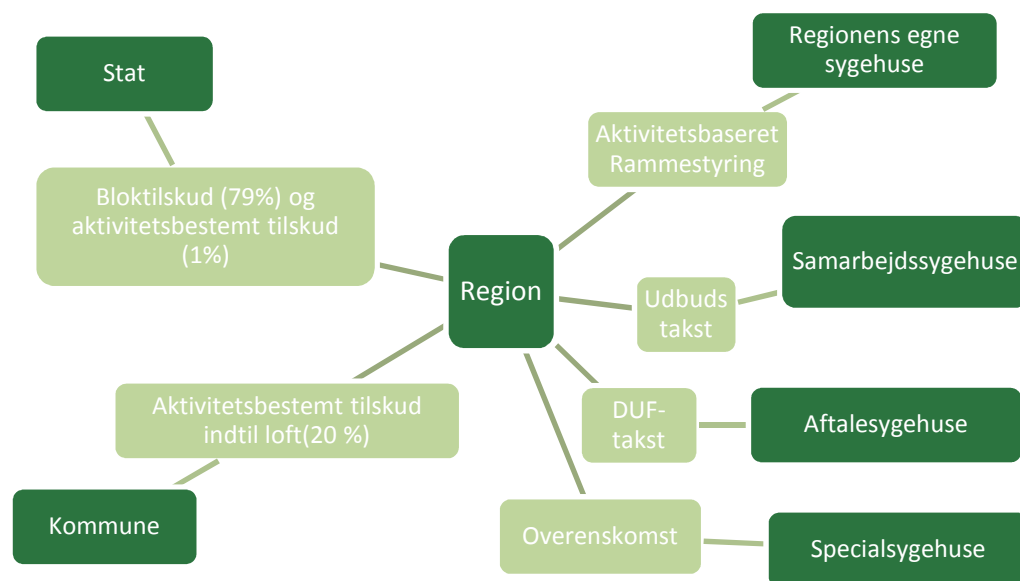
Disse centrale rammevilkår påvirker således regionernes muligheder for at inddrage private leverandører i opgavevaretagelsen. Som følge af den nuværende specialeplan er det eksempelvis ikke muligt at inddrage private leverandører i varetagelsen af akutfunktioner, da ingen private sygehuse har fået tildelt en akutfunktion.

Økonomisk styring

Regionernes økonomiske rammer fastsættes i den årlige økonomiaftale mellem regeringen og regionerne. Danske Regioner forhandler aftalen på vegne af de fem regioner, og aftalerne fastlægger således regionernes økonomiske rammer på sundhedsområdet. Udover fokus på bl.a. budgetoverholdelse, budgetlofter og realisering af en aftalt aktivitet, har økonomiaftalerne siden 2007 indeholdt et produktivetskrav for sundhedsområdet. I de seneste økonomiaftaler har produktivetskravet været på 2 pct., hvilket indebærer, at regionerne skal øge deres produktivitet med 2 pct. årligt. Produktivetskravet er knyttet op på, at regionerne skal levere mere aktivitet for de samme penge og realiseres dermed gennem en løbende vækst i sygehusaktiviteten.

Den nuværende økonomiske styring af regionerne kan karakteriseres som aktivitetsbaseret rammestyring. Regionernes samlede finansiering af sundhedsområdet består af et statsligt bloktilskud (ca. 79 pct.), et aktivitetsafhængigt tilskud fra den statslige aktivitetspulje (1 %) og et tilskud fra den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering (20 pct.). Se figur 2.2. Den statslige aktivitetspulje bliver først udløst, når den aftalte aktivitetsvækst (i 2015 2 pct.) er opnået.

Figur 2.2 **Overblik over regionernes og de regionale syghuses primære økonomisk styring**



Størstedelen af regionernes budget for sundhedsområdet er således ikke direkte relateret til aktiviteten da det finansieres af bloktilskud. De ca. 21 procent af finansieringen der stammer fra kommunal medfinansiering og statslig aktivitetspulje er imidlertid aktivitetsbaseret. Det er således vigtigt at adskille finansieringens sammensætning og hvordan finansieringen udmøntes i regionerne. Finansieringen udmøntes på baggrund af den registrerede aktivitet. Aktiviteten opgøres via DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper). DRG systemet opdeler alle ydelser på sundhedsområdet i grupper, og taksten er et udtryk for de direkte udgifter til denne type behandling på et offentligt sygehus. Taksten inkluderer således alle sygehusets udgifter, herunder bl.a. også udgifter til opretholdelse af akutberedskab, uddannelses forpligtelsen og drift af sygehuset. Det er Statens Serum Institut der hvert år beregner DRG-taksterne.

Det er op til den enkelte region, hvordan de afregner deres regionale sygehuse bl.a. vha. DRG-taksterne, og de enkelte regioner anvender forskellige modeller for økonomisk styring. Der er nogle fælles træk i de modeller, som regionerne anvender. Typisk indeholder modellen en eller flere af følgende elementer: En grundbevilling, der relateres til opnåelsen af et bestemt antal behandlinger (baseline) og tager udgangspunkt i en lokal vurdering af omkostninger bl.a. ud fra specialeplanen, produktiviteten og patientmix. En aktivitetsafhængig afregning, der afhænger af sygehusets aktivitet og derved kan variere. Denne takst er typisk defineret som en procentdel af DRG-taksten. Denne takstafregning fortsætter typisk op til, at sygehuset har nået et på forhånd fastsat aktivitetsniveau, en baseline. I nogle regioner afregnes sygehuse også for aktivitet over baseline, dog ved en lavere takst også kaldet en knæktakst. Sygehuse har typisk et afregningsloft, og når dette er nået, modtages der ikke afregning for meraktivitet.

En central del af regionernes økonomiske styring af de regionale sygehuse er den budgetkontrol, der ligger i afregningsloftet. Afregningsloftet repræsenterer den maksimale afregning fra regionen til det regionale sygehus. Afregningsloftet begrænser sygehusets incitament til meraktivitet udover det aftalte niveau, da sygehuset ikke afregnes for denne aktivitet. Dette er dog ikke ensbetydende med, at sygehuset ikke kan bruge flere penge, da sygehuset fortsat har en forpligtigelse til at behandle de patienter der har brug for behandling. Især vil andre udgifter end personale (eksempelvis medicin) kunne medføre, at sygehuset fortsat bruger penge, selv om der ikke længere afregnes fra regionerne. Faktorer som eksempelvis medicinforbrug kan derfor ikke styres alene med afregningslofter, men håndteres i den løbende dialog og økonomifølgning mellem region og sygehus. Budgetkontrol kan således ikke forveksles med budgetsikkerhed, da det ikke er afregningen fra regionerne til sygehuset, der fastsætter hvor mange udgifter sygehuset kan afholde.

Når en regional afdeling sender en patient til en privat leverandør eller til et aftalesygehus under DUF, påvirker henvisningen ikke afdelingens aktivitet og ydelsen registreres således ikke under afregningsloftet. Øget brug af de private kan derfor presse en regions økonomi, da det reelt svarer til at regionen udvider kapaciteten, med hvad dertil kommer af udgifter til personale med videre.

Ovenstående gennemgang af de centrale rammevilkår for det regionale sundhedsområde viser, at rammevilkårene påvirker regionernes muligheder for og incitamenter til at anvende private leverandører. Nedenstående afsnit giver en uddybende beskrivelse af rammevilkårenes betydning for konkurrenceudsættelse som redskab til effektiv ressourceanvendelse på det regionale sundhedsområde.

2.3 Konkurrenceudsættelse som redskab til effektiv ressourceanvendelse

Som beskrevet ovenfor, kan regionernes bevæggrunde for at indgå kontrakter med private leverandører af sundhedsydelser, være mange og forskellige. Som baggrund for analysen beskrives her nogle grundlæggende teoretiske overvejelser om anvendelsen af konkurrenceudsættelse som middel til effektiv ressourceanvendelse på sundhedsområdet, samt en kort beskrivelse af det private marked. Disse overvejelser knytter sig således ikke direkte til de undersøgte cases, men kan benyttes som baggrund for bedre forståelse af erfaringer med at udbyde sundhedsydelser på det regionale sundhedsområde.

Prisen på sundhedsydelser på et privat og et offentligt sygehus kan ikke sammenlignes direkte

Et centralt element for anvendelse af private leverandører på sundhedsområdet, er spørgsmålet om prisen på de pågældende ydelser. Som udgangspunkt kan styk prisen på sundhedsydelser ikke sammenlignes på tværs af private og offentlige sygehuse.

På offentlige sygehuse betegnes prisen for en specifik ydelse som en DRG-takst. DRG-taksten er et udtryk for sygehusets gennemsnitlige driftsomkostninger indenfor en specifik gruppe af

ydelse. I denne takst er inkluderet sygehusets udgifter til bl.a. opretholdelse af akutberedskab, uddannelsesforpligtelsen og drift af sygehuset.

Private sygehuse er ikke forpligtet til at opretholde et akutberedskab eller uddanne speciallæger, men de har til gengæld udgifter til afskrivning af investeringer, momsbetalinger m.m. Den pris som de private sygehuse byder ind med i konkurrenceudsættelsen betegnes ofte som udbudstakster.

Det giver således umiddelbart ikke mening at sammenligne DRG-takster med udbudstakster, da disse dækker over forskellige udgifter.

I forbindelse med det frie udvidede sygehusvalg (DUF) forhandles en DUF-takst mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for Privathospitaler og klinikker. Denne takst ligger som udgangspunkt under DRG-taksten bl.a. fordi de private sygehuse ikke er forpligtet af akutplanen- og specialeplanen. DUF-taksten er den pris, som regionerne skal betale det private sygehus, når en patient, typisk efter to måneder, sendes videre til et privat aftalesygehus.

Når regionerne indgår en kontrakt med en private leverandør, er det ofte med henblik på at øge deres kapacitet, så de kan tilbyde behandling til regionens borgere hurtigst muligt og inden det udvidet frie sygehusvalg træder i kraft efter typisk to måneder. De udbudstakster, som regionerne forhandler i deres egne kontrakter, ligger ofte under de DUF-takster, som regionen skal betale, hvis de ikke selv kan tilbyde behandling indenfor tidsfristerne under det udvidede frie sygehusvalg. I de tilfælde, hvor regionen ikke selv har kapacitet til at udføre behandling indenfor to måneder, kan det således medføre en økonomisk gevinst for regionen, hvis de kan tilbyde deres borgere behandling på en kontrakt frem for at betale DUF-taksten.

Markedet for sundhedsydelse

Et andet hensyn, der med fordel kan inddrages i regionernes overvejelser om inddragelse af private leverandører, er konkurrencesituationen på det pågældende marked, og en eventuel konkurrenceudsættelse bør tilrettelægges på en måde så der sikres og opretholdes en effektiv konkurrence på markedet.

Tal fra Brancheorganisationen for privathospitaler og klinikker, der dækker ca. 75 pct. af markedet for private sundhedsydelse, viser, at deres medlemmer i 2013 havde en omsætning på 1,75 mia. kr. Patientsammensætning for organisationens medlemmer var i 2013 fordelt således:

- » 47 pct. forsikringspatienter
- » 17 pct. DUF-patienter
- » 7 pct. patienter via kontrakter med regioner (udbud)
- » 25 pct. privatbetalende patienter
- » Herudover er 4 pct. af patienterne angivet under kategorien "andet"

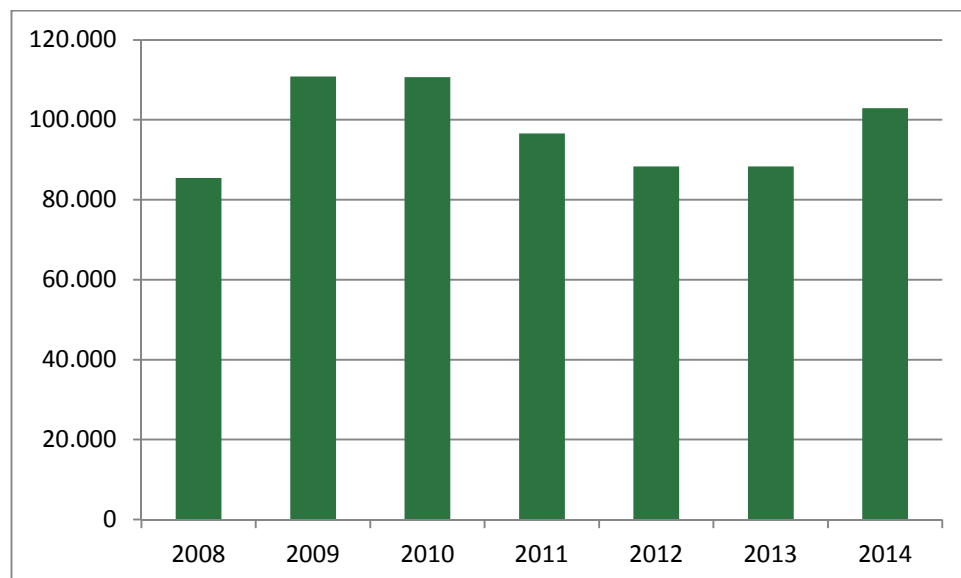
Størstedelen af patienterne på disse privathospitaler henvises fra en forsikring og afsætningen til det offentlige, herunder både DUF-patienter og patienter via udbudte kontrakter, udgør 24 pct.. Tallene er gennemsnitsbetragtninger, og enkelte hospitaler eller klinikker kan have anderledes patientsammensætninger og være mere afhængige af offentlige betalte patienter.

Fordelingen mellem de forskellige patientgrupper kan have betydning for, hvor attraktivt det er for privat hospitalerne at deltage i offentlige udbud. For privathospitaler, der har en stor andel af forsikringspatienter, kan det antages, at disse dækker størstedelen af hospitalets faste udgifter og optager en stor del af kapaciteten. Den kapacitet, som de private leverandører byder ind med i regionernes udbud, kan i nogle tilfælde beskrives som overkapaciteten. Det kan være medvirkende til, at privathospitalerne kan byde ind med lavere priser, da en lav betaling for overkapaciteten er bedre end ingen betaling. Dette kan være bl.a. være en af grundene til, at regionerne kan modtage tilbud, hvor prisen ligger langt under DUF-taksten.

Dette tydeliggør dog også en udfordring i forhold til skalering af regionernes nuværende brug af private leverandører. Hvis en region vælger at udvide deres brug af private leverandører via udbud til en større andel af de samlede patienter, kan det ikke forventes, at leverandørerne ville kunne byde ind med samme lave priser for en større volumen. Ved en øget volumen skulle den private leverandør angiveligt investere i nyt udstyr og eventuelt ansætte mere personale, hvilket ville øge omkostningerne og derved prisen. Uagtet om de private leverandører er mere effektive, vil en større mængde offentlige patienter på et givent tidspunkt medføre behov for nye investeringer.

Den nuværende brug af private leverandører på sundhedsområdet, er dog stadig yderst begrænset. Nedenstående tabel viser antallet af offentligt finansierede patienter på private hospitaler, sammenlignet med andelen af patienter generelt.

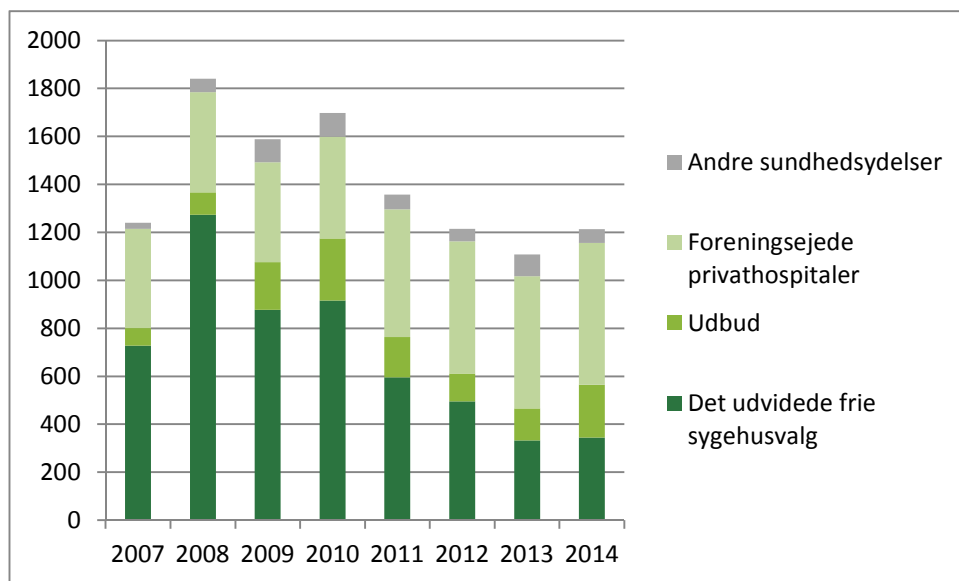
Figur 2.3 Oversigt over antallet af patienter der er henvist til privathospitaler og klinikker fra regionerne



Kilde: Landspatientregisteret, feb. 2014.

Frem til 2008 var afregningen af DUF-patienter i højre grad bundet op på DRG-taksten, og i den periode steg antallet af privat hospitaler og klinikker markant. I forbindelse med konflikten på sygehusområdet i 2008, blev det udvidet frie sygehusvalg suspenderet og i månederne efter, indgik flere regioner kontrakter med private leverandører. Efterfølgende er afregningen af DUF-patienter sket via en forhandlet DUF-takst. I figur 2.4 fremgår en oversigt over fordelingen af regionernes omkostninger til privathospitaler og klinikker.

Figur 2.4 Regionernes omkostninger til privathospitaler og klinikker i mio. kr.



Kilde: Regionernes regnskaber maj 2015

Kapitel 3

Baggrunden for at udbyde sundhedsydelse

Dette og de følgende tre kapitler beskriver erfaringerne med at anvende private leverandører af sundhedsydelsen på fem forskellige sundhedsområder. Områderne er forskellige, og erfaringerne relaterer sig specifikt til de undersøgte sundhedsområder og de pågældende regioner. Dette kapitel beskriver regionernes drivkræfter for at konkurrenceudsætte og leverandørernes drivkræfter for at afgive tilbud. I kapitel 4 belyses erfaringerne med at tilrettelægge konkurrenceudsættelsen og i kapitel 5 beskrives kontraktopfølgning og erfaringerne fra selve samarbejdet. I det sidste kapitel redegøres for brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet.

3.1 Regionernes drivkræfter for at udbyde sundhedsydelse

Dette kapitel sætter fokus på de undersøgte regioners drivkræfter for at udbyde sundhedsydelse samt de private leverandørers drivkræfter for at byde ind og indgå samarbejde med regionerne.

I alle de undersøgte cases er regionernes baggrund for at indgå i et samarbejde med en privat leverandør, at regionen mangler kapacitet på regionens egne sygehuse, og konkurrenceudsættelsen fungerer derfor som bufferkapacitet for specifikke sundhedsydelse. Den øgede kapacitet, som kontrakterne giver, betyder at regionen kan leve op til ret til hurtig udredning og behandling. Forventningen om økonomiske besparelser er ligeledes en drivkraft for regionerne i alle de undersøgte cases.

For de private leverandører i de undersøgte cases er den mest udbredte drivkraft for at indgå i et samarbejde med en region, udsigten til økonomiske gevinster og udnyttelse af leverandørens kapacitet. De primære drivkræfter, som regionerne fremhæver som afgørende for at inddrage private leverandører, fremgår af tabel 3.1. Som det fremgår af tabellen er drivkræfterne overordnet de samme på tværs af de undersøgte områder.

Tabel 3.1 Regionernes primære drivkræfter for konkurrenceudsættelse

Drivkræfter	Områder
Mangelende kapacitet (i to cases pga. mangel på speciallæger, kræftpakker i casen om urologi)	Urologi, MR-scanninger, Neurologi, Øjenlægeydelse, ortopædkirurgi
Bufferkapaciteten konkurrenceudsættes for at sikre hurtig udredning og behandling	Urologi, MR-scanninger, Neurolog, Øjenlægeydelse, ortopædkirurgi
Forventning om økonomiske besparelser	Urologi, MR-scanninger, Neurolog, Øjenlægeydelse, ortopædkirurgi

I de følgende afsnit belyses de enkelte drivkræfter.

Manglende kapacitet på egne sygehuse er drivkraft for konkurrenceudsættelse

På alle de undersøgte sundhedsområder har regionerne haft manglende kapacitet til udredning og behandling af den pågældende ydelse på deres egne sygehuse, og det har været en

drivkraft for at konkurrenceudsætte ydelsen. Grundene til manglende kapacitet på de pågældende områder kan være mange og i de undersøgte cases, er det bl.a. mangel på speciallæger eller udsving i antal patienter.

I fire af de undersøgte cases, fremhæves det, at manglen på speciallæger bidrager til, at regionerne ikke har den fornødne kapacitet. Dette gør sig gældende for de undersøgte cases om urologi fra Region Midtjylland og Region Sjælland, samt for begge de undersøgte cases om neurologi fra Region Nordjylland og Region Sjælland.

I de undersøgte cases om MR-scanninger fra Region Midtjylland og Region Hovedstaden fremhæver begge regioner, at MR-scanninger er en af de ydelser, der har været konkurrenceudsat i længst tid og at det historisk også skyldes mangel på speciallæger. I den sammenhæng beskriver Region Midtjylland endvidere, at ventetiden, efter deres overbevisning, ville forøges væsentligt, hvis opgaven alene skulle varetages med regionens nuværende kapacitet.

For den undersøgte case om øjenlægeydelser fra Region Hovedstaden fremhæver regionen, at der er politisk ønske om, at regionens sygehuse selv skal varetage ydelserne. Det er dog ikke muligt at imødekomme den store efterspørgsel med den nuværende regionale kapacitet, og derfor udbyder regionen ydelserne.

Manglende kapacitet nævnes også som primær drivkraft i den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland.

Drivkraften vedrørende manglende kapacitet skal ses i sammenhæng med en anden primær drivkraft som regionerne fremhæver for de undersøgte cases: at kontrakten med den private leverandør bidrager til at sikre ret til hurtig udredning og behandling.

I de undersøgte cases konkurrenceudsætter regionerne i høj grad ydelserne, for at leve op til bl.a. reglerne om ret til hurtig udredning og kontrakterne fungerer således som bufferkapacitet, der sikrer, at regionen overholder deres forpligtelser. Ret til hurtig udredning indebærer, at regionen skal udrede patienten eller lægge en plan for et udredningsforløb indenfor én måned efter, at patienten er henvist til det offentlige sygehus. Læs mere om ret til hurtig udredning i boks 3.1.

Boks 3.1

Ret til hurtig udredning

Den nuværende *Ret til hurtig udredning* trådte i kraft 1. september 2013. Retten omfattede på daværende tidspunkt alle somatiske patienter.

Ret til hurtig udredning betyder, at patienter inden for én måned, efter at de er henvist fra egen læge, skal have besked om, hvad de fejler.

Hvis det ikke er lægefagligt muligt at udrede patienten inden for én måned, skal regionen inden for samme frist udarbejde en plan for udredningsforløbet.

Pr. 1. september 2014 blev retten udvidet til også at omhandle psykiatiske patienter. Tidligere var fristen for udredning af psykiatiske patienter to måneder.

En patients bopælsregion er forpligtet til at overholde ret til hurtig udredning, og fristerne gælder således også for samarbejds- og aftalesygehuse.

Hvis en region ikke lever op til ret til hurtig udredning, eksisterer ingen direkte sanktion, og patienten kan efterfølgende klage til Patientklagenævnet.

I de undersøgte cases kan ret til hurtig udredning således ses som et centralt rammevilkår, der påvirker regionernes drivkræfter for og grad af konkurrenceudsættelse.

Forventning om økonomiske besparelser

I alle de undersøgte cases, fremhæver regionerne, at forventningen om økonomiske besparelser var en drivkraft for at konkurrenceudsætte den pågældende sundhedsydelse.

Forventningen om en økonomisk besparelse skal bl.a. ses i sammenhæng med det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Det udvidede frie sygehusvalg giver patienter ret til at benytte et privat sygehus, der har aftale med Danske Regioner (et aftalesygehus), hvis patientens bopælsregioner ikke kan tilbyde behandling indenfor to måneder (én måned ved alvorlig sygdom). Når en patient behandles på et aftalesygehus under det udvidede frie sygehusvalg, skal bopælsregionen betale en DUF-takst til aftalesygehuset. Læs mere om det udvidede frie sygehusvalg i boks 3.2.

De takster (priser på behandlinger), som regionerne kan opnå gennem konkurrenceudsættelse af sundhedsydelser, er ofte lavere end de takster, som regionerne skal betale til de private aftalesygehuse, når en patient behandles via det frie udvidede sygehusvalg. Regionerne kan derfor opnå en økonomisk besparelse, hvis de selv kan tilbyde behandling til regionens patienter indenfor fristen på to måneder (én måned ved alvorlig sygdom) fremfor at sende dem videre til aftalesygehuse under det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan bruge deres egne kontrakter som en bufferkapacitet og undgå, at patienter fra regionen overgår til DUF, hvis der mangler kapacitet på regionens egne sygehuse.

Boks 3.2

Det udvidede frie sygehusvalg (DUF)

Det udvidede frie sygehusvalg (DUF) blev indført i 2002 af den daværende VKO-regering. DUF medfører, at patienter har ret til at vælge behandling på et privat sygehus, hvis patientens bopælsregion ikke kan tilbyde behandling indenfor to måneder efter udredningstidspunktet (én måned ved alvorlige sygdom).

Patientens bopælsregion skal således betale et privat sygehus for patientens behandling, hvis de ikke selv kan varetage den, inden for den omtalte periode. Regionerne kan kun henvise DUF-patienter til private sygehuse, der har indgået en aftale med Danske Regioner. Disse sygehuse benævnes aftalesygehuse. Danske Regioner har i forbindelse med DUF opstillet en række kriterier for de enkelte sundhedsområder og de private sygehuse skal leve op til disse, før de kan opnå status som aftalesygehus. Det kan fx være kriterier om kvalitet eller antal udførte ydelser pr. år. DUF-aftalerne fungerer som en godkendelsesmodel og alle private sygehuse, der kan leve op til kriterierne, skal således have mulighed for at indgå en aftale med Danske Regioner og komme på listen over godkendte aftalesygehuse for den pågældende ydelse.

De takster, som bopælsregionen skal betale det private aftalesygehus, forhandles centralt mellem Danske Regioner og Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker. Denne takst kaldes en DUF-takst.

Patienter, der vælger at benytte det udvidede frie sygehusvalg, skal selv betale transport frem og tilbage fra den private leverandør.

I de undersøgte cases kan det udvidede frie sygehusvalg derfor også ses som et centralt rammevilkår, der påvirker regioners drivkræfter for at konkurrenceudsætte samt øger graden af konkurrenceudsættelse.

I alle de undersøgte cases har konkurrenceudsættelsen af den pågældende sundhedsydelse resulteret i en økonomisk besparelse, og forventningerne i forhold til mere kapacitet er ligeledes blevet opfyldt. Læs mere i kapitel 6, hvor brugen af kontrakterne og resultaterne belyses.

3.2 Leverandørernes drivkræfter for at indgå i samarbejde med regionerne

De private leverandørers primære drivkræfter for at indgå i et samarbejde med en region, fremgår af tabel 3.2. Følgende afsnit uddyber leverandørernes drivkræfter.

Tabel 3.2 Leverandørers drivkræfter for at indgå i samarbejde med regionerne

Drivkræfter	Områder
Kapacitetsudnyttelse	Urologi, MR-scanninger, neurologi, ortopædkirurgi
Økonomisk gevinst	Urologi, MR-scanninger, neurologi, øjenlægeydelser,
Stor patient volumen	Ortopædkirurgi

Kapacitetsudnyttelse og udsigten til økonomisk gevinst er leverandørernes drivkraft

Leverandørerne i de undersøgte cases har primært indgået i samarbejdet for at sikre bedre kapacitetsudnyttelse samt for at opnå en økonomisk gevinst. De to drivkræfter kan ofte ses i sammenhæng, da uudnyttet kapacitet kan repræsentere en potentiel indtjening.

I fire af de undersøgte cases fremhæves kapacitetsudnyttelse, som en primær drivkraft for at indgå i samarbejdet med regionen. Det gør sig gældende for de undersøgte kontrakter om urologi, MR-scanninger, neurologi og ortopædkirurgi, og det kan indikere, at der er uudnyttet kapacitet på det private marked for disse sundhedsområder.

Undersøgelsen belyser ikke nærmere, hvilken kapacitet leverandørerne byder ind med, altså hvor den resterende del af de private leverandørers ydelser afsættes.

I en enkelt case beskriver leverandøren, at de patienter, der henvises fra regionen udgør 85 pct. af virksomhedens aktivitet for den pågældende ydelse. Det drejer sig som den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland. Leverandøren forklarer, at de i den tidligere kontraktperiode ikke havde en kontrakt med regionen, og derfor havde virksomheden stort kapacitetsoverskud og mistede indtjening. Leverandøren havde således et stort ønske om at vinde det pågældende udbud og indgå en kontrakt med regionen. Det medførte at de, i det undersøgte udbud, sænkede priserne og afgav en tilbudspris svarende til en tredjedel af DUF-taksten på den pågældende ydelse.

I denne case er det således tydeligt, at leverandøren byder ind med overkapacitet, hvorfor de kan tilbyde en lavere pris. Hvorvidt leverandøren ville kunne tilbyde den samme lavere pris i tilfælde, hvor de ikke havde overkapacitet, beskrives ikke. Aspekter vedr. afregning og priser berøres yderligere i kapitel 4.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland, beskriver leverandøren at ca. 40 pct. af omsætningen fra virksomhedens Aalborg afdeling stammer fra kontakten med det offentlige, herunder særligt kontrakten om ortopædkirurgi. Leverandøren beskriver, at kontrakterne gav udsigt et en stor patientvolumen, og dermed gav mulighed for en højere grad af kapacitetsudnyttelse, hvilket forventedes at opveje den rabat på DUF-taksten, som leverandøren bød ind med i tilbuddet.

Med de udvidede muligheder for arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring, har markedet for private sundhedsydelser i nogen grad ændret sig de seneste år. Andelen af forsikringspatienter på de private sygehuse er således steget, og dette kan forventes at påvirke privathospitalernes indtjening og mængden af overkapacitet. Læs mere om det private marked for sundhedsydelser i kapitel 2.

Hvorvidt leverandørernes forventninger om økonomiske gevinst og kapacitetsudnyttelse er blevet indfriet i de undersøgte kontrakter, belyses i kapitel 6.

Boks 3.3

Perspektivering og læringspunkter

Baggrunden for at udbyde sundhedsydelser

I de undersøgte cases fremhæver regionerne følgende primære drivkræfter for at udbyde sundhedsydelser:

- » Manglende kapacitet (i to cases pga. mangel på speciallæger, kræftpakker i casen om urologi)
- » Bufferkapaciteten konkurrenceudsættes for at sikre hurtig udredning og behandling
- » Forventning om økonomiske besparelser

I de undersøgte cases fremhæver de private leverandører følgende drivkræfter for at byde på udbud af sundhedsydelser:

- » Kapacitetsudnyttelse
- » Økonomisk gevinst
- » Stor patient volumen

Kapitel 4

Tilrettelæggelse af konkurrenceudsættelse på det regionale sundhedsområde

Dette kapitel belyser regionernes erfaringer med at tilrettelægge konkurrenceudsættelsen af de undersøgte kontrakter. Herunder forskellige aspekter af udbudsprocessen som fx, hvilken udbudsproces der er anvendt, hvilken kontraktform aftalen bygger på, hvilke tildelingskriterier der er tildelt efter, og hvordan afregning sker.

I størstedelen af de undersøgte cases er konkurrenceudsættelsen sket via direkte tilbudsindhentning, hvor regionen har indhentet tilbud fra og indgået i direkte forhandlinger med private leverandører. Flere regioner fremhæver, at den direkte forhandling giver større fleksibilitet, og gør det nemmere at indgå kontrakter. I én af de undersøgte cases er kontrakten indgået på baggrund af et udbud.

I to af de cases, hvor konkurrenceudsættelsen skete ved direkte tilbudsindhentning, resulterede udbudsprocessen ikke i en kontrakt. Konkret drejer det sig om den undersøgte case om neurologi fra Region Nordjylland og casen om øjenlægeydelser fra Region Syddanmark. Den manglende kontrakt skyldes bl.a., at tilbuddene ikke var konditionsmæssige eller, at leverandørerne ikke var interesserede i at indgå kontrakt på de vilkår, som regionen ønskede. Som beskrevet i kapitel 1 kan disse to cases ikke bidrage med erfaringer fra selve samarbejdet, men derimod særligt med erfaringer fra udbudsprocessen.

Region Sjælland har valgt at udbyde en partnerskabsaftale, der inkluderer flere specialer. De undersøgte cases om urologi, neurologi og ortopædkirurgi fra Region Sjælland administreres således under samme kontrakt og de belyste erfaringer går i nogle tilfælde på tværs af de tre cases. Tilrettelæggelsen og samarbejdet i denne case adskiller sig således i nogle tilfælde fra de andre undersøgte cases. Erfaringerne fra denne case kan således også skyldes andre aspekter som fx synergier. Læs mere om partnerskabet i kapitel 2.

Tabel 4.1. indeholder en oversigt over udbudsprocessen og kontraktformen for de undersøgte cases. I de følgende afsnit beskrives de forskellige aspekter af udbudsprocessen.

Table 4.1 Oversigt over udbudsproces og kontraktform for de undersøgte cases

Case	Urologi		MR-scanninger		Neurologi		Øjenlægeydelser		Ortopædkirurgi	
	Primær	Sekundær	Primær	Sekundær	Primær	Sekundær	Primær	Sekundær	Primær	Sekundær
Region	Midtjylland	Sjælland	Midtjylland	Hovedstaden	Sjælland	Nordjylland	Hovedstaden	Syddanmark	Nordjylland	Sjælland
Udbudsproces	Direkte tilbudsindhentning og forhandling/	Direkte tilbudsindhentning	Udbud	Direkte tilbudsindhentning	Direkte tilbudsindhentning	Direkte forhandling	Direkte tilbudsindhentning	Direkte tilbudsindhentning	Direkte tilbudsindhentning	Direkte tilbudsindhentning
Antal tilbud	Tre	Fire	Fem	To	Fire	Ingen	Fem	To	Tre	Fire
Kontraktform	Rammekontrakt med to leverandører	Rammekontrakt	Rammekontrakt	Rammekontrakt	Rammekontrakt	Ingen kontrakt	Rammekontrakt med fem leverandører	Ingen kontrakt (Udbud som rammekontrakt)	Rammekontrakt	Rammekontrakt
Udvælgelses- og tildelingskriterier	Pris (60 pct.) og kvalitet (40 pct.). Mindstekrav: Maks. 50 km fra regionen	Pris (55 pct.) og kvalitet (45 pct.). Mindstekrav: maks. 60 km fra regionen	Pris (50 pct.), Kvalitet (50 pct.) Mindstekrav: Maks. 50 km fra regionen	Pris og geografi	Pris (55 pct.) og kvalitet (45 pct.), Mindstekrav: maks. 60 km fra regionen	-	Pris og minimumskrav ift. fx geografi og kapacitet	Ingen kontrakt (Udbud med pris som tildelingskriterie)	Pris	Pris (55 pct.) og kvalitet (45 pct.), Mindstekrav: maks. 60 km fra regionen
Kontraktlængde	2 år	3 år med option på ét år.	11 ½ måneder	1 år med option på 2x6 måneder	3 år med option på ét år.	-	6 måneder med option 3x6 måneder	-	14 måneder. Forlænget 8 måneder	3 år med option på ét år.
Forventet brug af aftalen	450 udredning 113 operationer pr. år (4.065 mio. kr.). Revideret til 2.600 udred. og 650 operat. pr. år (23,4 mio. kr.).	-	6.000 – 7.000 scanninger pr. år (15,73 mio. kr.).	7200 pr. år.	-	-	480 pr. år	-	1500 pr. år. (500 fra sep.-dec. 2013)	-
Faktisk brug af aftalen	356 patienter (1. maj – 27. okt. 2014) ¹	1393 (9 måneder af 2014)	6.300 patienter/7.832 scanninger (1. januar – 30. sep. 2014)	6722 fra jan.14 - okt.14 (Gns. 672 pr md.)	1.707 (9 måneder af 2014)	-	492 patienter (Gns. 41 pr. måned)	-	Ca. 1900 patienter (1. sep. 2013 til 1. sep. 2014).	908 patienter (9 måneder af 2014)
Baggrund	Oprindeligt et EU-udbud, men to ud af tre tilbud var ukonditionsmæssige og ét overholdt ikke kapacitetskravene. Udbuddet blev annulleret.	Partnerskabsaftale der omhandler flere specialer.	Kontakten blev udbygget med en tillægsaftale pga. større kapacitetsbehov. Regionen udbød og indgik samtidig kontrakt med en anden leverandør om samme ydelser.	-	Partnerskabsaftale der omhandler flere specialer.	Inden leverandører ønskede at indgå kontrakten med Region Nordjylland på området uden en volumengaranti	Hvis den billigste leverandør ikke har kapacitet til behandling, anvendes kontrakten med den næst billigste osv.	Udbuddet blev annulleret, da begge tilbud var ukonditionsmæssige. Regionen udvidede i stedet deres § 3 aftale med en række praktiserende læger i regionen.	-	Partnerskabsaftale der omhandler flere specialer.

¹ Supplerende data indsamlet af Danske Regioner: Region Midtjylland har oplyst at det er 738 patienter, og at de er henvist til AROS dvs. til operation.

4.1 Udbudsproces

Som følge af det nuværende udbudsdirektiv kategoriseres sundhedsydelser som udgangspunkt som bilag II B-ydelser. Det medfører, at offentlige ordregivere af sundhedsydelser har vide rammer for, hvordan de konkurrenceudsætter deres ydelser, når de vil indlede samarbejde med private leverandører. Læs mere om de gældende udbudsregler for sundhedsydelser i kapitel 2.

Som det fremgår af tabel 4.1 er størstedelen af kontrakterne i de undersøgte cases indgået, efter en proces med direkte tilbudsindhentning og i nogle tilfælde forhandling mellem regionen og de inviterede tilbudsgivere. Kun i den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland konkurrenceudsatte regionen ydelsen via traditionelt udbud.

Region Midtjyllands kontrakt om urologi var i første omgang ligeledes konkurrenceudsat via et traditionelt udbud, men da to af tre tilbud var ukonditionsmæssige, og den sidste ikke overholdt kapacitetskravene, annullerede regionen udbuddet og indledte direkte forhandlinger med de tre tilbudsgivere. Forhandlingen resulterede i en ændring i kontraktens opsætning, og konkret blev en af de udbudte delaftaler opdelt på to leverandører.

Den direkte tilbudsindhentning indebærer, at regionen identificerer en række leverandører, som de vurderer, er konkurrencedygtige og relevante. Regionen beder efterfølgende disse leverandører om at indgive tilbud på den pågældende ydelse. Graden af konkurrence i denne form for konkurrenceudsættelse afhænger i høj grad af, hvordan tilbudsindhentningen tilrettelægges, og hvorvidt leverandørerne har indtrykket af, at der pågår en reel konkurrence.

I den undersøgte case om øjenlæge ydelse fra Region Hovedstaden indgik regionen en rammekontrakt med alle de leverandører, der havde afgivet tilbud. Regionen fremhævede i den forbindelse, at der var tale om en priskonkurrence, og modellen for fordeling af henvisninger indenfor rammeaftalen skaber her incitament for konkurrence blandt de private tilbudsgivere.

Når kontrakter indgås efter direkte forhandling, kan regionen løbende justere i materiale og efterspørge manglende materialer fra tilbudsgiverne. Når kontrakter er udarbejdet på baggrund af direkte forhandling, har parterne ligeledes mulighed for at ændre i kontrakten efter kontraktindgåelsen. Dette giver større fleksibilitet sammenlignet med traditionelle udbud, hvor der ikke må foretages væsentlige ændringer i kontrakten efter kontraktindgåelsen. I den forbindelse fremhæver Region Nordjylland i den undersøgte case om ortopædkirurgi, at det er nemmere for tilbudsgiverne, da der ikke er samme formelle krav til tilbuddene og processen i direkte forhandling. Endvidere beskriver regionen, at direkte forhandling giver større fleksibilitet, hvilket gør det nemmere at indgå kontrakter.

Hovedparten af fordelene ved direkte forhandling kommer også tilbudsgiverne og de efterfølgende leverandører til gavn, herunder de mindre formelle krav til tilbuddene. Enkelte leverandører giver dog udtryk for, at processen med direkte forhandling kan virke uigennemsigtig. I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland bekræfter leverandøren, at tilbuds- og kontraktindgåelsesprocessen for dem var en smule uigennemsigtig på grund af regionens parallelle dialogmøder med forskellige leverandører. Den pågældende leverandør fremhæver dog også at fordelene ved denne form for konkurrenceudsættelse er, at det i mindre grad kræver udarbejdelse af ny dokumentation. For den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland tilkendegiver leverandøren ligeledes, at udvælgelsesprocessen var en smule uigennemsigtig bl.a. på grund af afvigelser i kravspecifikationer og kvalitetskrav.

Regionerne modtog mellem to til fem tilbud

I de undersøgte cases har regionerne indhentet og modtaget mellem to og fem tilbud. For den case, hvor kontrakten blev konkurrenceudsat ved et traditionel udbud, modtog regionen fem tilbud.

Som beskrevet indledningsvis resulterede to af de undersøgte konkurrenceudsættelser ikke i en kontrakt. I den undersøgte case om øjenlæge ydelse fra Region Syddanmark modtog regionen kun to tilbud, og begge disse viste sig efterfølgende at være ukonditions-mæssige. I casen fra Region Nordjylland om neurologi indgik regionen i forhandlinger med tre leverandører, der var udvalgt på baggrund af deres kapacitet, deres viden på området og deres geografiske placering. Kontraktforhandlingerne udmøntede sig ikke i en egentlig kontrakt, da ingen af leverandørerne var interesserede i at indgå en kontrakt uden en garanteret volumen. Region Nordjylland beskriver, at det manglende resultat muligvis skyldes, at der er begrænset konkurrence på området for neurologi i Nordjylland, på grund af mangel på speciallæger. Regionen mener endvidere, at ydelser indenfor neurologi kan være svære at effektivisere og optimere, og at det derfor i mindre grad egner sig til konkurrenceudsættelse.

I den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland fremhæver regionen, at hvis det vurderes, at der er flere end fire egnede tilbudsgivere, kan konkurrenceudsættelsen med fordel ske ved traditionelt udbud, da direkte forhandling er ressourcekrævende.

I skrivende stund er den nye danske udbudslov til behandling i folketinget. Hvis loven vedtages, som forslaget er fremsat, vil det få betydning for hvilke procedure regionerne skal anvende til at udbyde sundhedsydelser. Læs mere om den kommende udbudslov i kapitel 2.

Boks 4.1 Perspektivering og læringspunkter

Udbudsproces

Alle på nær én af de undersøgte cases er konkurrenceudsat via direkte tilbudsindhentning og forhandling.

I den undersøgte case om urologi, fremhæver Region Midtjylland, at valg af udbudsproces var en central refleksion og læringspunkt for dem. De understreger, at ved mindre end fire potentielle leverandører kan det være en fordel at forhandle med leverandørerne frem for at lave et decideret udbud, da direkte forhandling giver mulighed for løbende at rette i materialet og efterspørge manglende dokumenter.

Konkurrencesituationen på markedet kan således have betydning for, hvilken udbudsproces der er bedst egnet til opgaven. I to af de undersøgte cases resulterede konkurrenceudsættelsen ikke i en kontrakt, og grundene herfor kan være mange. I en af disse cases beskriver regionen selv, at de kun modtog to tilbud. Disse to var begge ukonditions-mæssige, da de ikke opfyldte dokumentationskravene. Endvidere var begge tilbudsgivere lokaliseret langt fra regionens ydegrænser. I den anden case, hvor konkurrenceudsættelsen ikke resulterede i en kontrakt, fremhæver regionen, at ingen af tilbudsgiverne, som de forhandlede med, var interesserede i at indgå en kontrakt uden volumengaranti. Erfaringerne fra de to undersøgte case kan indikere, at der i de pågældende regioner ikke eksisterer et velfungerende marked indenfor disse sundhedsydelser i forhold til de krav, som regionen stillede i udbuddet.

Læringspunkt:

Regionerne bør være opmærksomme på konkurrencesituationen på markedet, når de udbyder sundhedsydelser herunder også overveje, hvordan der sikres en effektiv konkurrence på lang sigt.

En forudgående dialog med regionens egne kliniske afdelinger og mulige leverandører inden selve udbuddet igangsættes kan bidrage til et bedre udbud og et mere velfungerende samarbejde.

Når regionen udbyder opgaver på sundhedsområdet, skal dette ske i henhold til regionens eventuelle udbudspolitik, herunder eventuelt anvendelse af arbejdsklausuler og pligten til at overholde "følg eller forklar"-princippet. "Følg eller forklar"-princippet indebærer, at regionerne enten skal anvende klausuler om uddannelses- og praktikaftaler i relevante udbud eller forklarer, hvorfor de ikke gør det.

I de undersøgte cases fremhæver flere regioner, at direkte forhandling giver mere fleksibilitet i udbudsprocessen og den efterfølgende kontraktindgåelse.

4.2 Kontraktform og overvejelser om volumenbestemmelser i kontrakten

Som det fremgår af tabel 4.1 er alle de undersøgte kontrakter tilrettelagt som rammekontrakter med én eller flere leverandører. Rameaftaler er alle rameaftaler uden volumengaranti for leverandøren, hvilket betyder, at leverandøren ikke er garanteret et bestemt antal henvisninger eller ydelser. Rameaftalerne anvendes således hovedsageligt som bufferkapacitet for regionerne, for at sikre hurtig udredning eller behandling, når regionen ikke har kapacitet på egne sygehuse.

Én enkelt region og flere leverandører fremhæver, at det kan forhøje prisen på ydelserne, at regionen ikke kan garantere et bestemt antal ydelser i kontrakten. Dette gør sig gældende for den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland, hvor regionen tilføjer, at usikkerheden for leverandøren kan påvirke den pris, de kan tilbyde regionen. I den undersøgte case om neurologi fra Region Sjælland, tilføjer leverandøren, at de har taget en risikopræmie for denne usikkerhed. I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland beskriver leverandøren ligeledes, at regionen kunne tilbydes en endnu lavere pris, hvis der blev givet en volumengaranti.

I den undersøgte case om neurologi fra Region Nordjylland, oplyser regionen, at ingen af de private leverandører var interesserede i at indgå en kontrakt på området uden volumengaranti. Det var således ikke mulig for regionen at indgå en kontrakt om neurologi. I casen om ortopædkirurgi fremhæver Region Nordjylland, at de tidligere har haft dårlige erfaringer med at give volumengarantier i kontrakter med private leverandører, fordi regionen ikke kunne overholde det lovede antal henvisninger. Regionen oplever ligeledes, at det er svært at give volumen garantier, fordi patienterne, som følge af det frie sygehusvalg, har ret til at ønske behandling på et offentligt sygehus, også selvom ventetiderne overskrider de fastsatte frister.

Dette kunne ligeledes indikere, at markedet for neurologiydelser i Nordjylland ikke er velfungerende eller at den kapacitet, der eksisterer på det private markedet, allerede bruges til fx forsikringspatienter.

I Region Midtjyllands kontrakt om urologi er der indsat en model for afregning, der i nogen grad forsøger at imødekomme ønsket om at give volumengaranti og opnå lavere priser. I deres kontrakt er der indsat en trappemodel, der medfører en lavere pris jo flere patienter regionen henviser. Læs mere om denne model i boks 4.2.

Udsving i antal patienter gør det vanskeligt for regionerne at forudsæ antallet af henvisninger

I fem af de undersøgte cases, er der i kontrakten angivet en forventet volumen eller brug af kontrakten. Den forventede volumen er således et skøn på hvor meget regionen vurderer, de vil anvende kontrakten. I fire af de undersøgte cases giver regionerne udtryk for, at det ofte er vanskeligt at forudsige den forventede patient volumen og derved det forventede antal henvisninger. Dette beskrives bl.a. som begrundelsen for ikke at give en volumengaranti i kontrakterne. I to cases har de pågældende regioner oplevet, at leverandøren ikke har været i stand til at følge med i antallet af henvisninger.

De fem cases, hvor der var angivet en forventet brug af kontrakten, er Region Midtjyllands kontrakt om urologi, Region Midtjylland og Region Hovedstadens kontrakter om MR-scanninger, Region Hovedstadens aftale om øjenlægeydelser, samt Region Nordjyllands kontrakt om ortopædkirurgi. I de undersøgte cases fra Region Sjællands partnerskab fremgår ikke nogen fastlagt forventet volumen og det samme gør sig gældende for de to cases, der ikke resulterede i en kontrakt.

I de undersøgte cases om urologi, oplever både Region Midtjylland og Region Sjælland, samt leverandøren på Region Midtjyllands kontrakt, udfordringer i forhold til, at regionerne har svært ved at vurdere antallet af henvisninger. Regionerne kan derfor ikke varsle leverandø-

terne om eventuelle udsving i kapacitetsbehovet. I Region Midtjylland blev kontrakten og det forventede antal henvisninger udvidet markant i kontraktperioden. Dette skete på grund af en væsentlig stigning i kapacitetsbehovet, som følge af et øget antal cancerpatienter og mangel på speciallæger. Region Midtjylland fremhæver, at de fremadrettet vil forsøge at sikre varsling fra de enkelte afdelinger, hvis der sker udsving i antal henvisninger.

I Region Midtjyllands kontrakt om MR-scanninger var kapacitetsbehovet ligeledes større end først antaget. For at imødegå dette blev der indgået en tillægsaftale med den oprindelige leverandør. I kontrakten med den oprindelige leverandør er der dog en øvre ramme på 200 scanninger om ugen. Hvis antallet af henvisninger overstiges, skal regionen betale en højere pris for de overskydende patienter. Samtidig med udvidelsen af den eksisterende kontrakt indgik regionen efter udbud, en supplerende rammeaftale med en anden leverandør om samme ydelser. Denne senere kontrakt bliver først taget i brug, når den oprindelige leverandør ikke længere har kapacitet. Region Midtjylland fremhæver, at det er en udfordring at forudsige behovet for MR-scanninger, fordi området er præget af store udsving. På grund af denne usikkerhed vælger regionen ofte at begrænse tidsrammen for kontrakten og ikke indbygger volumengarantier i deres kontrakter. Regionen anerkender, at den usikkerhed, som manglende volumengarantier medfører for leverandøren, muligvis påvirker prisen på ydelsen.

I casen om neurologi fremhæver Region Sjælland ligeledes, at det er vanskeligt at forudsige antallet af henvisninger til leverandørerne, da mængden af patienter er meget svingende. Dette er uhensigtsmæssigt for både regionen og leverandøren. Leverandøren understreger i den sammenhæng, at det er problematisk for leverandøren, at de skal have kapacitet til rådighed for at overholde tidsfristerne i kontrakten og samtidig er underlagt en usikkerhed i forhold til eventuelt manglende volumen. Den pågældende leverandør tilføjer, at de i den forbindelse har tillagt deres pris en risikopræmie på grund af denne usikkerhed. Den pågældende leverandør påpeger ligeledes, at risikoen i forhold til udsving i volumen af henvisninger kan være problematisk, hvis kontrakten forudsætter investering i nyt udstyr.

For to af de undersøgte cases beskriver regionen, at leverandøren har vanskeligt ved at imødekomme efterspørgslen. Region Hovedstaden fremhæver, at de, i deres kontrakt om øjenlægeydelser, oplever udfordringer i forhold til, at leverandørerne ikke har kapacitet til at følge med antallet af henvisninger og det på trods af, at regionen har fem leverandører på deres rammeaftale. Regionen påpeger, at de selv i nogen grad kan forebygge dette ved, så vidt muligt, at give leverandørerne et forholdsvis præcist estimat for den fremadrettede udvikling i antallet af henvisninger. En af de fem leverandører påpeger dog, at regionen har været god til at varsle udviklingen i antallet af henvisninger, hvilket har givet mulighed for at tilpasse kapaciteten. Dette fremhæves, som væsentligt i forhold til at fremme samarbejdet og fleksibiliteten i kontrakten.

I casen om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland, oplever regionen ligeledes, at den største udfordring i samarbejdet er, at leverandøren til tider ikke har kapacitet til at modtage alle de henviste patienter. Dette skyldes bl.a. at de ikke har mulighed for at være forberedt på eventuelle opsving i antallet af henvisninger. Regionen understreger i den forbindelse, at det er en fordel at have flere leverandører på rammeaftalen, således at patienterne kan sendes til flere leverandører i tilfælde af opsving. Leverandøren på den pågældende kontrakt beskriver i den forbindelse, at en manglende volumengaranti giver usikkerhed hos leverandøren, og at en garanti ville give lavere priser.

Boks 4.2

Perspektivering og læringspunkter**Kontraktform og overvejelser om volumenbestemmelser i kontrakten**

Alle de undersøgte kontrakter er tilrettelagt som rammeaftaler uden volumengaranti for leverandørerne. Der er således tale om konkurrenceudsættelse af bufferkapacitet.

Regionerne beslutter selv, om de ønsker at give volumengaranti i deres kontrakter med de private leverandører. Fordelen ved en volumengaranti kan være, at tilbudsgiverne kan tilbyde en lavere pris, fordi de er sikret en vis omsætning. Modsat kan en volumengaranti medføre en risiko for regionen, fordi regionen er forpligtet til at henvise et vist antal patienter til den private leverandør. Hvorvidt fordelene ved at give en volumengaranti overstiger den risiko, som regionen påtager sig, afhænger bl.a. af den model for økonomi styring, som regionen har valgt.

Hvis regionen forpligter sig til at henvise et bestemt antal patienter uden at ændre sygehusets samlede kapacitet, kan det resultere i, at der bliver overkapacitet på de regionale sygehuse. Det kan medføre, at afdelingerne på de regionale sygehuse ikke kan leve op til eventuelle aktivitetskrav, som er aftalt mellem regionen og sygehuset. Det er derfor vanskeligt for regionerne at give volumengarantier i deres kontrakter med private leverandører. Dette skyldes bl.a. at det er yderst vanskeligt at forudsige udsving i patientvolumen, og det er derfor også vanskeligt at sætte tal for det forventede antal henvisninger.

Endvidere kan det påvirke sygehusets, og i sidste ende regionens, muligheder for at opnå det produktivitetskrav, som er fastlagt i økonomiaftalen mellem regionerne og staten, fordi produktivitetsstigningen således skal findes anden steder end ved meraktivitet. Hvis der skal gives volumengarantier i kontrakterne, kunne det således være nødvendigt for regionen at justere på regionens egen kapacitet.

Modsat kan volumengarantier medføre, at flere leverandører ønsker at deltage i konkurrencen, og derved kan der opnås lavere priser. I de undersøgte cases fremhæver flere leverandører, at de kunne byde ind med lavere priser, hvis de blev garanteret en bestemt patientvolumen.

I den undersøgte case om Neurologi fra Region Nordjylland fremhæver leverandøren en refleksion i forhold til volumen. Leverandøren fremhæver, at det kan være problematisk for de private leverandører, hvis samarbejdet forudsætter investering i nyt udstyr, eftersom sådanne investeringer er risikofyldte ved et eventuelt fald i antal henvisninger eller udløb af kontrakten.

Som alternativ til volumengarantier kan regionerne overveje at indsættes mekanismer i kontrakterne, fx i forbindelse med afregning, der bidrager til at afdække volumenrisikoen. Det kan fx være en trappemodell i afregning, således at regionen opnår en lavere pris jo flere patienter, der henvises til aftalen.

Læringspunkt:

Regionerne kan overveje at tydeliggøre volumenrisikoen. Dette kan anvendes til at opveje, om prisen med volumengaranti er så lav, at regionens egen risiko for at give en volumengaranti bliver dækket. Der kan ligeledes indsættes mekanismer i kontrakten, som fx trappemodeller for afregning eller mængderabat, der øger regionens incitament til at anvende kontrakten.

I tilfælde hvor regionerne med sikkerhed kan forudsige, at der vil blive sendt en række patienter til den private leverandør, kan de med fordel give en mindre volumengaranti, da dette forventes at kunne medføre en lavere udbudspris.

4.3 Tildelingskriterier og overvejelser om kvalitet i kontrakten

I over halvdelen af de undersøgte cases har pris og kvalitet været tildelingskriterier for kontrakten. I de resterende cases har pris været det primære kriterie, sammen med fx mindstekrav om geografi. I de cases, hvor der både tildeles efter kvalitet og pris, vægter pris typisk højere end kvalitet. I én enkelt case vægter de to kriterier lige.

I alle de undersøgte cases stiller regionen krav om, at leverandøren skal være akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel eller arbejde aktivt på at opnå en godkendelse. Det er et lovkrav, at sundhedsydelse, der overlades til private leverandører eller finansieres af regionerne, som udgangspunkt skal være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Læs mere om Den Danske Kvalitetsmodel i boks 4.3.

Boks 4.3

Den Danske Kvalitetsmodel²

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et kvalitetsudviklingssystem, der har til formål at sikre løbende og systematisk kvalitetsudvikling af sundhedsydelser i Danmark.

Modellen opstiller målsætninger for, hvad der er god kvalitet, og disse formuleres i akkrediteringsstandarder. Når et sygehus eller en klinik søger godkendelse efter DDKM, søger de om at blive akkrediteret. Alle offentlige sygehuse er omfattet af DDKM og privatsygehuse og klinikker kan søge om akkreditering.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) driver og udvikler modellen, og de vurderer, om det pågældende sygehus lever op til standarderne. IKAS er ikke en tilsynsmyndighed, og vurderingen går således på, sygehusets evne til at arbejde med sin kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

Formålet med DDKM er bl.a. at medvirke til at forebygge fejl i sundhedsvæsenet, skabe mere sammenhængende patientforløb, dokumentere og synliggøre kvalitet i sundhedsvæsenet.

Når regionerne overlader eller finansierer sundhedsydelser på private hospitaler og klinikker, skal disse som udgangspunkt være omfattet af DDKM. Af Danske Regioners standardkontrakter fremgår det, at leverandører skal være eller aktivt arbejde for, at blive omfattet af DDKM.

Alle organisationer, der er omfattet af DDKM, bliver evalueret hvert tredje år, fx ved et eksternt survey, hvor fagfolk besøger organisationen og vurderer i hvilken grad der leves op til standarderne.

Kilde: IKAS publikationer.

Udover DDKM skal regionale sygehuse og leverandører af sundhedsydelser leve op til en række kvalitetskriterier, herunder bl.a. de nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsens og regionernes egen kvalitetsorganisation. I forhold til konkurrenceudsættelse kan disse retningslinjer ses som en garanti for et vist kvalitetsniveau, og dette kan forklare, hvorfor de undersøgte regioner og leverandører ikke fokuserer mere på kvalitet i de undersøgte kontrakter.

² I aftalen om regionernes økonomi for 2016, blev regeringen og regionerne enige om at udfase akkrediteringen for de offentlige sygehuse. Regionerne kan dermed omprioritere ca. 100 mio. kr. årligt til en nytænkning af kvalitetsindsatsen på sygehusene.

I den undersøgte case om urologi i Region Midtjylland, fremhæver regionen, at de lægger vægt på, at den private leverandør er akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel og derved lever op til de samme krav, som de offentlige sygehuse. I praksis identificerer regionen ofte potentielle leverandører ud fra, om Danske Regioner har en aftale med den pågældende leverandør, da de stiller krav om akkreditering. Regionen tilføjer, at grunden til, at kvalitet kun vægter 40 pct. i udbuddet, er, at der stilles krav om akkreditering og det antages derfor, at kvaliteten som udgangspunkt er høj.

I den undersøgte case om MR-scanninger, stillede Region Midtjylland ligeledes krav om, at leverandøren skulle akkrediteres efter Den Danske Kvalitetsmodel. Hvis ikke leverandøren allerede var godkendt, skulle der arbejdes aktivt for at opnå godkendelse. Regionen påpeger ligeledes retten til at ophæve kontrakten, hvis leverandøren mistede sin akkreditering.

I den undersøgte case om øjenlægeydelser i Region Hovedstaden, fremgår det ligeledes af kontrakten, at leverandørerne skal være eller arbejde på at blive omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Regionen beskriver ydermere, at der i praksis er stort fokus på patienternes oplevelse af kvaliteten. De har derfor opstillet en række minimumskrav i kontrakten, bl.a. et krav om, at lægerne hos leverandøren skal kunne kommunikere med patienterne på dansk. Det understreges i den forbindelse, at regionen har fokus på at stille de samme kvalitetskrav til de private leverandører og de regionale sygehuse, for at sikre, at patienter ikke oplever en betydelig kvalitetsforskel. En af regionens drivkræfter for at udbyde ydelsen var således også at sikre høj kvalitet. Gennem deres egne kontrakter har regionen mulighed for at tilføje kvalitets- og minimumskrav, som ligger udenfor Danske Regioners standardaftale under DUF.

I casene om ortopædkirurgi fremhæver begge regioner, Region Nordjylland og Region Sjælland, at de anvender Danske Regioners aftaleskabelon og derved også har krav om, at leverandøren er akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel. Leverandøren på kontrakten i Region Nordjylland tilkendegiver, at de, på grund af kravet om akkrediteringen, har været nødt til at have faste medarbejdere ansat for at opretholde kvalitetsstandarderne. Leverandøren ser således kravet om akkreditering som en kvalitetssikring i sig selv.

Region Sjælland stiller i deres partnerskabsaftale, her belyst i casene om urologi, neurologi og ortopædkirurgi, også krav om, at leverandøren skal være akkrediteret efter den Danske Kvalitetsmodel. Region sætter yderligere krav om, at leverandøren skal indsende deres seneste rapport fra Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS), der administrerer og kontrollerer opretholdelse af Den Danske Kvalitetsmodel. Endvidere henviser regionen til, at de i deres partnerskabsaftale stillede krav til, at leverandøren skulle dokumentere deres soliditet, overholdelse af arbejds- og hviletider, oplysninger om klagehistorik, samt at leverandøren skulle holde åbent i weekenden og på helligdage med relevante medarbejdere.

Boks 4.4 Perspektivering og læringspunkter

Tildelingskriterier og overvejelser om kvalitet i kontrakten

I alle de undersøgte cases stiller regionen krav om, at leverandøren skal være akkrediteret efter Den Danske Kvalitetsmodel eller arbejde aktivt på at opnå en godkendelse. Det er et lovkrav, at sundhedsydelser, der overlades til private leverandører eller finansieres af regionerne, som udgangspunkt skal være omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel.

I over halvdelen af de undersøgte cases, der er resulteret i en kontrakt, har pris og kvalitet været tildelingskriterier for kontrakten. I de resterende cases har pris været det primære kriterie sammen med fx mindstekrav om geografi. I de cases, hvor der både tildeles efter kvalitet og pris, vægter pris typisk højere end kvalitet. I én enkelt case vægter de to kriterier lige.

Sundhedsområdet er genstand for en række kvalitets- og dokumentationskrav og overholdelsen af disse ligger implicit i al aktivitet på området. Dette kan være baggrunden for, at kvalitet ikke fremhæves yderligere i de undersøgte cases.

En region påpeger dog, at regionerne i deres egne kontrakter har mulighed for at stille yderli-

gere kvalitetskrav i forhold til aftalerne under DUF.

4.4 Kontraktlængde

Kontraktlængden i de undersøgte cases varierer og har en varighed mellem tre år og seks måneder. Erfaringerne fra de undersøgte cases indikerer, at kontraktlængden kan påvirke samarbejdet, herunder også den pris som leverandøren kan tilbyde. Casebeskrivelserne viser, at regionens overvejelser om kontraktlængde påvirkes af forskellige aspekter som fx hvilket område, der udbydes og hvilken konkurrencesituation der er på det pågældende marked. En enkelt region fremhæver, at kontraktlængden kan påvirke den fremtidige konkurrencesituation, og kontraktlængden skal derfor fastlægges på en måde, så markedet ikke fastlåses uhen-sigtsmæssigt.

De undersøgte kontrakter om MR-scanninger har begge en varighed på et år (12 måneder for kontrakten i Region Hovedstaden og 11 ½ måned for kontrakten i Region Midtjylland). Begge regioner understreger, at der kan være en sammenhæng mellem kontraktlængden og den pris, som leverandøren kan tilbyde og længere kontrakter kunne potentielt resultere i lavere priser. Region Hovedstaden har i den pågældende kontrakt indskrevet en option på forlængelse af kontrakten på to gange seks måneder. Men hvorvidt dette kan påvirke den tilbudte pris må antages at afhænge af, om leverandøren vurderer, at regionen vil udnytte optionen. Region Midtjylland forklarer, at de begrænser tidsrammen for kontrakterne, bl.a. på grund af usikkerheden i forhold til at forudsige antallet af patienter.

Region Sjællands partnerskab har en kontraktlængde på tre år. Regionen beskriver, at de tidligere havde flere enkeltstående og kortere kontrakter. Det var ressourcekrævende for regionen og skabte utryghed på de enkelte afdelinger på grund af de skiftende leverandører. Udover at sikre hurtigere udredning og behandling, skulle den lange kontrakt om flere specialer således også nedbringe udbudsomkostningerne og sikre stabilitet og kontinuitet i samarbejder med private leverandører.

Den undersøgte case om øjenlægeydelse i Region Hovedstaden har umiddelbart den korteste kontraktlængde på seks måneder, dog med mulighed for forlængelse på tre gange seks måneder. Den korte kontraktlængde skyldes, ifølge regionen, at der er stor konkurrence på markedet, og regionen ønsker derfor ikke at fastlåse konkurrencen i en længere periode. Regionen beskriver, at den effektive konkurrence bl.a. skyldes, at det er forholdsvis nemt for nye leverandører at komme ind på markedet for gråstær operationer, da det ikke kræver store investeringer i udstyr. Leverandøren på den pågældende kontrakt, der er én af fem leverandører, påpeger dog, at den begrænsede kontraktperiode kan være problematisk, da det bliver risikabelt for leverandøren at investere i nyt udstyr eller ansætte nye medarbejdere. Her tilføjes endvidere, at leverandøren kunne tilbyde bedre priser og bedre kvalitet, i form af nyt udstyr og opkvalificering af medarbejdere, hvis der var bedre vilkår i kontrakten.

Boks 4.5 Perspektivering og læringspunkter

Kontraktlængde

De undersøgte kontrakter har en varighed mellem seks måneder og tre år.

Fastsættelsen af kontraktlængden påvirkes af forskellige aspekter. I de tilfælde, hvor en kontrakt anvendes til at afhjælpe en afgrænset mangel på kapacitet, kan en kortere kontraktlængde være hensigtsmæssig. I tilfælde, hvor der er tale om en mere permanent anvendelse af private leverandører som supplement til regionens egen kapacitet, kan længere kontrakter forventes at resultere i lavere priser. Det er dog afgørende, at kontraktlængden fastsættes under hensyn til konkurrencesituationen på markedet. Lange kontrakter kan risikere at låse markedet, særligt på områder hvor den offentlige efterspørgsel er stor.

4.5 Afregning i kontrakten

I hovedparten af de undersøgte cases afregnes den private leverandør for hver enkelt udført ydelse. Kun i Region Sjællands partnerskabsaftale, der dækker flere specialer, afregnes leverandøren for hvert afsluttet patientforløb knyttet til et specifikt cpr. nr.

I den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland, blev der under forhandlingerne af kontrakten indbygget en trappemodel for afregningen. Modellen sikrer, at regionen får en lav pris og samtidig minimeres leverandørens økonomiske risiko i forhold til, at der henvises få patienter til kontrakten. Leverandøren tilkendegiver, at afregningsmodellen har skabt større sikkerhed og ro i samarbejdet. Læs mere om afregningsmodellen i boks 4.5.

Boks 4.6

Eksempel på afregning af ydelser via trappemodel fra Region Midtjyllands kontrakt

I forbindelse med kontraktforhandlingerne for deres kontrakt vedrørende urologi indbyggede Region Midtjylland og den pågældende leverandør en trappemodel for afregning af ydelser. Trappemodellen opstillede tre forskellige pristrin, der relaterede sig til, hvor mange patienter regionen henviste til kontrakten. Desto flere patienter regionen henviste til leverandøren desto lavere pris skal regionen betale.

Over 300 udredningsforløb/ 75 operationer pr. år: laveste pris

150 – 300 udredningsforløb/ 40 – 75 operationer pr. år: højere pris

Under 150 udredningsforløb og 40 operationer pr. år: fuld DUF-takst

Leverandøren får én pris for udredninger og én anden for behandlinger og konkret afregnes for de faktiske ydelser, de udfører. Det forventede antal henvisninger på kontrakten var over 300, og regionen må derfor indledningsvist have forventet at opnå den laveste pris.

Modellen sikrer, at regionen får en lavere pris og samtidig minimeres leverandørens økonomiske risiko i forhold til at der henvises få patienter til kontrakten. Modellen kan således ses som en mulighed for at i mødekomme udfordringerne med at give volumengarantier i kontrakterne.

Det kan ligeledes antages, at trappemodellen giver regionen et øget incitament til at anvende kontrakten, da de opnår en lavere pris ved flere henvisninger.

I Region Sjællands partnerskabsaftale afregnes leverandører pr. afsluttet patientforløb med reference til selve henvisningen. Regionen fremhæver, at der har været enkelte undtagelser i forbindelse med længere patientforløb, hvor leverandøren har modtaget afregning løbende.

Et eksempel på en afregningsform, der ligger mellem de to beskrevne, ses i den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland. Her sker afregningen ved, at leverandøren sender en faktura pr. patient pr. 30 dage for den udførte undersøgelse eller behandling. Denne model for afregning henter inspiration fra en aftale mellem Danske Regioner og Brancheorganisationen for privathospitaler og klinikker, hvor regionerne ønskede afregning for pr. patient, og privathospitalerne ønskede betalingen så ofte som muligt.

Et andet aspekt, der i nogen tilfælde påvirker afregningen, er kompleksiteten i den udførte ydelse. I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland, er der i kontrakten indsat en regulering af prisen i forhold til antallet af komplekse scanninger. Det er således fastsat, at kun 10 pct. af de henviste patienter skal være komplekse scanninger. Hvis antallet af komplekse scanninger overstiger 10 pct., får leverandøren en højere betaling. I forhold til de

ikke-komplekse scanninger er der ligeledes fastsat en øvre ramme i kontrakten, og hvis antallet af henvisninger overstiger dette, modtager leverandøren ligeledes en højere betaling for de overskydende patienter. Leverandøren fremhæver i den forbindelse, at regionen har været villig til at tilrette aftalen. Det skete bl.a. i forbindelse med en sær aftale om scanninger med kontrastvæsker, hvor regionen anderkendte, at disse var mere komplekse og derfor burde koste mere end først antaget.

Boks 4.7
Perspektivering og læringspunkter

Afregning i kontrakten

I hovedparten af de undersøgte cases afregnes den private leverandør for hver enkelt udført ydelse. Kun i Region Sjællands partnerskabsaftale, der dækker flere specialer, afregnes leverandøren for hvert afsluttet patientforløb knyttet til et specifikt cpr. nr. Regionen har gode erfaringer med denne afregningsform.

4.6 Leverandørens mulighed for at levere supplerende ydelser

I enkelte af de undersøgte kontrakter kan leverandøren give yderligere eller anden behandling enten op til en vis beløbsgrænse eller ud fra en på forhånd fastlagt liste over behandlinger. I de cases hvor dette er muligt, fremhæver parterne, at denne praksis gør samarbejdet mere fleksibelt og mindre bureaukratisk.

I de undersøgte cases om urologi giver både kontrakten fra Region Midtjylland og Region Sjælland mulighed for, at leverandøren udfører et afgrænset antal yderligere eller andre ydelser, uden forudgående godkendelse fra regionen. Region Midtjylland uddyber i den forbindelse at behandlingen hos den private leverandør tager udgangspunkt i det udredningsforløb, der er udarbejdet af Danske Regioner, og leverandøren skal som udgangspunkt have tilladelse fra regionen, hvis der skal gives anden eller yderlig behandling. Kontrakten tillader dog, at leverandøren kan gennemføre behandlinger på op til 20.000 kr. ud fra nogle faglige retningslinjer, uden forudgående tilladelse fra regionen. Det giver fleksibilitet i samarbejdet og mindsker bureaukratiet med at administrere kontrakten.

Region Sjælland har i deres partnerskabsaftale udarbejdet en liste over ydelser, som leverandøren må udføre, uden yderligere tilladelse fra regionen. I casen om neurologi fra Region Sjælland fremhæves ligeledes, at den private leverandør må udføre behandlinger på tværs af de konkrete specialeområder, som kontrakten indeholder. Det betyder, at leverandøren, uden yderligere tilladelse fra regionen, må udføre ydelser fra andre specialer, hvis det er hensigtsmæssigt, når patienten alligevel er i et udrednings- eller behandlingsforløb.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland indeholder kontrakten ligeledes en liste over ydelser, som leverandøren kan udføre uden yderligere tilladelse fra regionen. Her fremhæves det ligeledes, at det gør kontrakten mere fleksibel og mindre bureaukratisk.

Region Midtjylland nævner, i forbindelse med den undersøgte case om urologi, at der i praksis kan opstå problemer, når leverandøren skal bede om tilladelse til yderligere behandling, hvis denne godkendelsesproces ikke er koordineret med henvisningsprocessen for patienterne. Denne problemstilling uddybes i følgende afsnit.

Boks 4.8
Perspektivering og læringspunkter

Leverandørens mulighed for at levere supplerende ydelser

I enkelte af de undersøgte kontrakter kan leverandøren give yderligere eller anden behandling enten op til en vis beløbsgrænse eller ud fra en på forhånd fastlagt liste over behandlinger. I de aftaler, hvor dette er muligt, fremhæver parterne, at denne praksis gør samarbejdet mere

fleksibelt.

I tilfælde, hvor den private leverandør får lov til at tilbyde yderligere eller anden behandling uden yderligere tilladelse, er det afgørende, at regionen følger op på kontrakten, således at det ikke skaber incitament for overbehandling. Tiltaget skal give mere fleksibilitet i samarbejdet, men ikke unødvendige behandlinger.

4.7 Uddannelse som en del af samarbejdet

I enkelte af de undersøgte cases nævnes forholdet med uddannelse af speciallæger for det pågældende område. For områder, hvor de private leverandører varetager en stor andel af ydelserne på et pågældende område, kan der opstå udfordringer med uddannelsen af speciallæger. For cases, hvor der udføres en langt mindre andel af ydelserne på private sygehuse, er udfordringerne med uddannelse af speciallæger som udgangspunkt ikke noget problem.

I den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland, beskriver regionen, at de har overvejelser om, hvordan regionen fremadrettet skal kunne varetage behovet for uddannelse af speciallæger, hvis en stor del af ydelserne på et givent fagområde varetages af den private leverandør. Regionen nævner i den forbindelse, at dette kunne ske ved at inddrage de private leverandører i arbejdet med at uddanne speciallæger.

I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland tilføjer regionen ligeledes, at de i dialogen med den private leverandør har drøftet muligheden for et mere strategisk samarbejde om eksempelvis varetagelse af uddannelse af speciallæger på områder, hvor det ellers kunne blive en udfordring for regionen.

Region Sjælland beskriver, i den undersøgte case om neurologi, at de ikke mener at partnerskabsaftalen medfører problem i forhold til uddannelsespligten. Da leverandørerne på aftalen ikke har nogen volumengaranti, kan regionen tilpasse antallet af henvisninger, så de selv varetager det nødvendige antal ydelser på de pågældende områder. I partnerskabsaftalen er dog indskrevet en mulighed for ekstra ydelser i forhold til uddannelse og innovation. Det har regionen dog endnu ikke gjort brug af, og regionen har en målsætning om at kunne udrede og behandle 95 pct. af regionens borgere på egne sygehuse, så regionen arbejder aktivt på at hjemtage flere ydelser, særligt indenfor neurologi.

I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland fremgår det, at ca. 25 pct. af regionens ydelser på dette område udføres af private leverandører og overvejslen af uddannelse kan ses i denne sammenhæng.

Boks 4.9 Perspektivering og læringspunkter

Uddannelse

I enkelte af de undersøgte cases fremhæves overvejelser omkring opretholdelse af uddannelsesforpligtelsen.

I den undersøgte case om urologi, påpeger Region Midtjylland, at uddannelse har været en refleksion og læring for dem. De fremhæver, at hvis en stor del af regionens ydelser på et givent fagområde varetages af private aktører, skal det overvejes, hvordan regionen fremadrettet skal varetage behovet for uddannelse af speciallæger. Det kunne fx være ved at inddrage de private leverandører.

Det samme fremhæves som refleksion og læringspunkt i den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland. Regionen og leverandøren har her drøftet mulighederne for et mere strategisk samarbejde om eksempelvis varetagelsen af uddannelsesforpligtelsen indenfor specialer, hvor det er meningsfuldt, og hvor det ellers ville skabe en udfordring for regionen.

I casen om Neurologi fra Region Sjælland indgår uddannelse også som refleksion og lærings-

punkt. Regionen fremhæver, at i forhold til uddannelsespligten bør regionerne have en vis andel ydelser selv, men dette bør ikke blive et problem, hvis der ikke gives nogen volumengaranti til leverandørerne. Regionens partnerskabsaftale giver dog muligheden for ekstra ydelser i forhold til uddannelse og innovation, men dette har man endnu ikke gjort brug af.

Overvejelserne, i forhold til inddragelse af private leverandører i uddannelsesforpligtelsen, bliver som udgangspunkt først relevant, når den private leverandør udfører en større del af regionens behandlinger på et område eller i tilfælde, hvor private leverandører overtager hele sundhedsområder fra regionerne.

Kapitel 5

Kontraktopfølgning og erfaringer fra samarbejdet

Dette kapitel belyser hvilke kontraktopfølgingsmetoder, der anvendes i de undersøgte cases. Endvidere beskrives regionernes og leverandørernes erfaringer fra samarbejder i kontraktperioden, herunder processen for visitering og henvisning af patienter til kontrakten.

5.1 Kontraktopfølgning

I de undersøgte cases har regionerne generelt stort fokus på kontraktopfølgning. I alle på nær én case, henviser regionerne til, at Den Danske Kvalitetsmodel anvendes som instrument for kontraktopfølgning. Endvidere udfører regionerne kontrol af fakturaer og stiller krav om løbende afrapportering på kvalitetsparametre. I tabel 5.1 ses et udpluk af de mest anvendte kontraktopfølgingsmetoder i de undersøgte cases.

Tabel 5.1 Oversigt over de mest anvendte kontraktopfølgingsmetoder i de undersøgte cases om konkurrenceudsættelse af sundhedsydelser

Metode	Baggrund
Henvisning til Den Danske Kvalitetsmodel	Leverandører, der er akkrediteret efter den danske kvalitetsmodel tjekkes typisk hvert tredje år. Læs mere om Den Danske Kvalitetsmodel i boks 4.1.
Regnskabskontrol	Fakturaer fra leverandøren gennemgås og om nødvendigt, analyseres ud fra en lægefaglig vurdering. Kontrollen kan sikre, at regionen får den ydelse, som de betaler for.
Afrapportering på kvalitetsparametre	Leverandøren er typisk i kontrakten forpligtet til, fx kvartalsvis, at afrapportere på en række kvalitetsparametre, som fx klagesager, antal ansatte og komplikationer til regionen.
Telefonisk kontakt	Løbende telefonopringninger mellem regionen og leverandøren.
Opfølgingsmøder	Faste møder hvor samarbejdet drøftes ud fra en evt. fastlagt dagsorden. Det kan også være møder på flere niveauer i regionen og hos leverandøren, fx ledelsesmøder.

I de undersøgte cases om urologi henviser både Region Midtjylland og Region Sjælland til, at leverandøren i kontrakten er forpligtet til at være akkrediteret efter den danske kvalitetsmodel eller aktivt arbejder på at blive omfattet. Denne henvisning indikerer, at regionerne opfatter Den Danske Kvalitetsmodel som et anvendeligt instrument for kontraktopfølgning, der anvendes til at sikre kvalitet i kontraktperioden. Regionerne pointerer ligeledes, at de har løbende telefonisk kontakt, samt møder med deres private leverandører for at følge op på kontrakten. I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland henvises ligeledes til Den Danske Kvalitetsmodel. Dette er også tilfældet i de undersøgte cases om øjenlægeydelser fra Region Hovedstanden og ortopædkirurgi i Region Nordjylland. Region Sjælland har i deres partnerskabsaftale ydermere stillet krav om, at leverandøren løbende skal indsende deres seneste IKAS rapporter, og i den forbindelse må der maksimalt påpeges fem mangler i auditer.

Region Midtjylland uddyber yderligere, at de i deres kontrakt om urologi udfører regningskontrol, hvor de gennemgår fakturaer og om nødvendigt, analyserer dem ud fra en patientfaglig vurdering. Denne kontrol bidrager til at sikre, at regionen får de faktiske ydelser, som de betaler for, samt at ydelserne svarer til den undersøgelse eller behandling, som patienten formodes at skulle modtage. For den konkrete kontrakt skal leverandøren ligeledes kvartalsvis afrapportere en række kvalitetsparametre, som fx klagesager, til regionen. I de undersøgte cases om MR-scanninger henviser både Region Midtjylland og Region Hovedstaden til, at de også udfører regnskabskontrol/regningskontrol.

Region Hovedstaden har i deres kontrakt om øjenlægeydelser indskrevet en række optioner på kontraktopfølgning i kontrakten. Regionen kan således øge kontrollen af leverandøren, hvis de finder det relevant eller nødvendigt.

I den undersøgte case om neurologi fra Region Sjælland, henviser regionen til, at de i deres partnerskabsaftale også fører regningskontrol, og leverandøren skal hver uge sende regionen deres opdaterede ventelister samt antallet af patienter, der er henvist til dem. I forbindelse med kontrakten har regionen og leverandørerne ligeledes nedsat et samarbejdsforum, hvor ledere fra leverandøren og regionen mødes halvårligt og ud fra en fast dagsorden drøfter arbejds gange, snitflader og udfordringer.

De undersøgte cases er præget af godt samarbejde

Overordnet set er alle de undersøgte cases præget af et godt samarbejde mellem regionen og leverandøren. Samarbejdet kategoriseres i størstedelen af casene som ukompliceret og funktionelt. I tilfælde, hvor der er opstået udfordringer, er disse blevet adresseret tidligt, og i ingen af de undersøgte cases gives der udtryk for samarbejds vanskeligheder. Det gode samarbejde i de undersøgte cases er afstedkommet af en tæt, løbende og åben dialog mellem regionen og leverandøren om tvivlsspørgsmål, forventningsafstemning og uoverensstemmelser.

For de undersøgte cases om urologi udtrykker både Region Midtjylland, leverandøren på den pågældende kontrakt samt Region Sjælland, at deres samarbejde på området har været ukompliceret og funktionelt. Alle parter understreger vigtigheden af uformel og lettilgængelig kommunikation, som fx telefonopkald eller e-mails, der hurtigt kan afklare tvivlsspørgsmål. Region Midtjylland beskriver yderligere, at leverandøren løbende har været fleksibel i forhold til at justere på antallet af ydelser, og den pågældende leverandør tilkendegiver ligeledes, at de har været meget tilfredse med kontraktens fleksibilitet og anvendelse.

I forbindelse med de undersøgte cases om MR-scanninger nævner både Region Midtjylland, leverandøren på deres kontrakt og Region Hovedstaden at samarbejdet på dette område har været præget af god kommunikation, der har gjort samarbejdet ukompliceret og funktionelt. Her fremhæver Region Midtjylland også, at leverandøren har været god til at adressere og skabe dialog omkring eventuelle problemstillinger og været meget fleksible i forhold til at tilpasse deres kapacitet i det omfang, det har været muligt. Region Midtjyllands leverandør på MR-scanninger fremhæver også, at regionen har været villig til at tilrette kontrakten, hvor der har været behov for det.

I casen om neurologi beskriver Region Sjælland og deres leverandør, at kontrakten er meget fleksibel i forhold til løbende tilretning. Både leverandøren og regionen beskriver, at partnerskabet i praksis fungerer som forventet, dog har der været brug for løbende forventningsafstemning. Partnerskabets opbygning med et konsortium af virksomheder fungerer efter hensigten, og det er nemt at håndtere henvisninger, da der kun er én indgang.

Region Hovedstaden beskriver, at de i deres kontrakt om øjenlægeydelser, har rodfæstet kontakten på flere niveauer. I praksis betyder det, at én person i regionen håndterer den direkte kontakt til den private læge (leverandør), én har den daglige kontakt til den ansvarlige for henvisninger, og én anden person varetager kontakten til regnskabsafdelingen hos de private leverandører. Denne opdeling gør det nemmere at fordele arbejds- og ansvarsområder og

skaber tættere kontakt mellem regionen og leverandøren. Overordnet set tilkendegiver både Region Hovedstaden og leverandøren, at samarbejdet har været ukompliceret og eventuelle problemstillinger er blevet hånderet i opløbet, og der har været plads til løbende justeringer og fleksibilitet i samarbejdet.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver både regionen og leverandøren, at samarbejdet har fungeret godt og hensigtsmæssigt. I den forbindelse fremhæves vigtigheden af at have dialog om eventuelle uoverensstemmelser, så eventuelle problemer bliver afklaret og at der findes en løsning i fællesskab. Leverandøren beskriver i den forbindelse, at dialogen sjældent har omhandlet faglige aspekter, men oftest har drejet sig om økonomi og administration. Regionen og leverandøren fremhæver ligeledes fleksibiliteten i kontrakten som afgørende for det gode samarbejde. Flexibiliteten har gjort det muligt løbende at ændre i kontrakten, hvor det har været relevant, og det tilføjes, at parterne skal passe på med at lægge sig fast i en kontrakt. Parterne fremhæver, at samarbejdsformen er efterstræbelseværdig, fordi den er smidig og fleksibel, og derved giver det regionen en forlænget arm, når det er nødvendigt.

Boks 5.1 Perspektivering og læringspunkter

Kontraktopfølgning

I de undersøgte cases har regionerne generelt stor fokus på kontraktopfølgning. I alle på nær én case, henviser regionerne til, at Den Danske Kvalitetsmodel anvendes som instrument for kontraktopfølgning. Endvidere udfører regionerne kontrol af fakturaer og stiller krav om løbende afrapportering på kvalitetsparametre. En enkelt region fremhæver, at de via deres egne kontrakter kan stille yderligere krav til de private leverandører, sammenlignet med kontrakterne under DUF.

Overordnet set er alle de undersøgte aftaler præget af et godt samarbejde mellem regionen og leverandøren. Samarbejdet kategoriseres i størstedelen af casene som ukompliceret og funktionelt. I tilfælde, hvor der er opstået udfordringer, er disse blevet adresseret tidligt og i ingen af de undersøgte cases gives der udtryk for samarbejdsvanskeligheder. Det gode samarbejde er i de undersøgte cases afstedkommet af en tæt, løbende og åben dialog mellem regionen og leverandøren om tvivlsspørgsmål, forventningsafstemning og uoverensstemmelser.

I den undersøgte case om MR-scanninger fremhæver Region Midtjylland og leverandøren tillid i samarbejdet som en refleksion og læringspunkt. De fremhæver, at for at et godt samarbejde skal fungere, er det nødvendigt at udbyderen og leverandøren har en god tillidsrelation, en tydelig forventningsafstemning omkring kvalitet, samt forstår hinandens incitamenter for at indgå i kontrakten.

Læringspunkt:

Regionerne bør være opmærksomme på, at følge op på de krav som fremgår af kontrakten, herunder særligt de kvalitetskrav, som aftalen indebærer.

5.2 Erfaringer fra samarbejdet i kontraktperioden

Dette afsnit beskriver en række centrale aspekter, som har påvirket samarbejdet i de undersøgte cases. Afsnittet belyser proceduren for henvisninger til kontrakterne; regionens erfaringer med intern dialog med de berørte regionale afdelinger; den private leverandørs arbejdstilrettelæggelse og regioners overvejelser om uddannelse.

Visitering og henvisning af patienter

I størstedelen af de undersøgte cases sker henvisning til den private leverandør primært fra de kliniske afdelinger på de regionale sygehuse. I enkelte cases har en central visitationsenhed

en koordinerende funktion. De centrale overvejelser i casene omhandler bl.a. flowet af patientdata og procedurerne for godkendelse af anden eller yderlig behandling.

I tilfælde, hvor regionen henviser patienten til udredning, skal retten til hurtig udredning stadig overholdes, og leverandørerne er derfor ofte forpligtede til at levere indenfor de fastsatte tidsfrister. Retten til hurtig udredning medfører, at patienten skal være udredt inden en måned efter henvisningen eller, i tilfælde hvor det ikke er lægefagligt muligt, skal der være udarbejdet en udredningsplan inden én måned. Læs mere om retten til hurtig udredning i boks 3.1.

I casen om urologi fra Region Midtjylland sker henvisningerne primært gennem de enkelte afdelinger på de regionale sygehuse. Kontrakten indebærer, at den private leverandør skal leve op til tidsfristerne under retten til hurtig udredning. Den private leverandør skal i deres arbejde tage udgangspunkt i et udredningsforløb, der er udarbejdet af Danske Regioner. Regionen nævner, at når henvisningen sker igennem de enkelte afdelinger betyder det, at regionens patientkontor, der er central visitationsenhed, ikke har adgang til patienternes oplysninger. De har således ikke kendskab til, hvilke undersøgelser og behandlinger patienten henvises til. I tilfælde, hvor leverandøren ansøger om at foretage en anden behandling end den patienten er henvist til, kan dette blive problematisk, da tilladelsen søges hos det centrale patientkontor. Regionen har forsøgt at imødekemme dette ved, i forbindelse med første konsultation hos den private leverandør, at indhente patientens tilladelse til at videregive oplysninger til patientkontoret. Hvorvidt dette har afhjulpet problemet vides endnu ikke.

I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland sker henvisningen af en patient fra patientens praktiserende læge til et regionalt sygehus. Hvis afdelingen ikke kan finde en tid indenfor to måneder, hvilket er tidsfristen for, at patienten sendes videre til DUF, henvises patienten til den private leverandør. Kontrakten mellem regionen og leverandøren fastlægger, at leverandøren skal have gennemført MR-scanningen, beskrevet billedet og leveret det til regionen indenfor otte dage efter henvisningen er modtaget. Hvis leverandøren ikke har kapacitet til at udføre scanningen, sendes patienten videre til andre leverandører på kontrakten eller videre til aftalesygehuse under det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Leverandøren på den pågældende kontrakt fremhæver, at de korte tidsfrister i nogle tilfælde kan gøre arbejdsgangene sårbare, og god kommunikation og henvisningsprocedure er i den forbindelse vigtigt.

I den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Hovedstadens henvises patienter fra den praktiserende læge til en central visitationsenhed. Visitationsenheden henviser derefter patienterne til de enkelte afdelinger på de regionale sygehuse. Hvis afdelingen vurderer, at de ikke kan udføre scanningen indenfor to måneder, skal afdelingerne enten henvise patienten direkte til den private leverandør, eller tilbage til visitationsenheden. Alt efter hvilket område der er tale om, underretter visitationsenheden de enkelte afdelinger om, hvilken metode for henvisning der skal benyttes.

I den undersøgte case om neurologi beskriver Region Sjælland, at deres partnerskabsaftale indebærer, at alle henvisninger går gennem én af leverandørerne i konsortiet. Uanset hvilket speciale henvisningen omhandler, er der således én koordinerende leverandør, der fordeler henvisninger til de forskellige underleverandører alt efter speciale og ventetid. Regionen beskriver, at denne opbygning, med én central indgang til hele aftalen, gør det lettere at håndtere de mange forskellige henvisninger, og det er en stor gevinst for regionen.

I den undersøgte case om øjenlægeydelser i Region Hovedstaden, henvises patienter ligeledes fra regionens centrale visitationsenhed til afdelingerne på de regionale sygehuse. Som i regionens kontrakt om MR-scanninger, skal afdelingen vurdere om, de har for lang ventetid, og i disse tilfælde henvises patienten enten direkte til den private leverandør eller tilbage til visitationsenheden. Visitationsenheden forsøger at sikre, at henvisningen sker til den leverandør

der har tilbudt den laveste pris. Når denne leverandørs kapacitet enten er opbrugt eller ikke kan overholde tidsfristerne henvises patienterne til den leverandør med den næstlaveste pris.

I Regions Nordjyllands kontrakt om ortopædkirurgi henvises patienter ligeledes fra de enkelte afdelinger på regionens egne sygehuse til de private leverandører. På den pågældende kontrakt har regionen tre leverandører, og regionen har centralt en oversigt over, hvad ventetiderne er hos de forskellige leverandører. På baggrund af denne oversigt bliver de enkelte afdelinger orienteret om, hvilken leverandør de skal henvise til. Regionen fremhæver, at denne procedure er en stor gevinst for patienterne, da de oplever den kortest mulige ventetid.

Som beskrevet enkelte steder er leverandøren ofte forpligtet til at levere indenfor tidsfristerne i forhold til retten til hurtig udredning. I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland er leverandøren ligeledes forpligtet til at gennemføre en udredning indenfor én måned. Regionen og leverandørerne har i den pågældende kontrakt dog indsat som forudsætning, at leverandøren modtager viderehenvisningen inden otte dage. Med denne bestemmelse har leverandøren ikke alene ansvaret for at overholde tidsfristerne.

Den valgte henvisningsprocedure kan også have betydning for, om kontrakten bliver brugt. Enkelte leverandører nævner i den forbindelse, at det ville give mere effektive arbejdsgange, hvis patienter kunne henvises til den private leverandør direkte fra deres praktiserende læge.

Som beskrevet i afsnittet om kontraktformer og overvejelser om volumenbestemmelser i kontrakten i kapitel 4, påvirker varslinger af udsving i antallet af henvisninger ofte samarbejdet. Den procedure, der vælges for henvisning, kan påvirke regionernes muligheder for at kunne varsle udsving i antallet af henvisninger.

Boks 5.2 Perspektivering og læringspunkter

Visitering og henvisning af patienter

I størstedelen af de undersøgte cases sker henvisning af patienter til den private leverandør primært fra de kliniske afdelinger på de regionale sygehuse. Patienten henvises således i første omgang fra sin praktiserende læge til en afdeling på et regionalt sygehus. Hvis afdelingen ikke har kapacitet til at behandle patienten inden fx to måneder, henvises patienten videre til den private leverandør. I enkelte cases har en central visitationsenhed en koordinerende funktion.

I den undersøgte case om urologi fra Region Midtjylland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelsen af samarbejdet. Leverandøren fremhæver, at knappe tidsfrister i kontrakten kan gøre arbejdsgangene meget sårbare, og det er derfor vigtig at have fokus på kommunikation og gode henvisningsprocedurer.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelse af samarbejdet og henvisning. Leverandøren fremhæver, at det ville være mere effektivt og ressourcebesparende, hvis der var mulighed for en mere direkte henvisningsform end den nuværende, hvor alle patienter skal igennem de enkelte afdelinger, inden de henvises til den private leverandør.

Læringspunkt:

I planlægningen af henvisningsprocedurer bør regionerne sikre, at der skabes incitamenter til at optimere korte og sammenhængende patientforløbet.

God dialog med regionens egne afdelinger kan påvirke samarbejdet

Enkelte regioner påpeger, at en god dialog med de kliniske afdelinger på regionens sygehus før, under og efter konkurrenceudsættelsen, sikrer forventningsafstemning og kan bidrage til at samarbejdet tilrettelægges på en måde, der faciliterer et godt samarbejde. Det kan i sidste ende bidrage til et bedre samarbejde mellem den private leverandør og regionen, hvis kon-

kurrenceudsættelsen og kontrakten er tilrettelagt hensigtsmæssigt for de berørte parter. I en enkelt region, har personalet på de regionale sygehuse være kritiske overfor inddragelsen af private leverandører bl.a. med henvisning til, at kvaliteten hos de private leverandører er dårligere. Regionen tilføjer dog, at der i det pågældende samarbejde ikke har været nævneværdige fejl eller komplikationer.

I de undersøgte cases om urologi fremhæver både Region Midtjylland og Region Sjælland, at dialogen med de berørte afdelinger før, under og efter kontraktindgåelse er vigtig i forhold til afstemme forventninger om, hvad kontrakten skal indeholde, og hvordan samarbejdet skal fungere i driftsperioden, herunder hvordan proceduren for henvisning skal forløbe.

I forbindelse med den undersøgte case om neurologi fra Region Sjælland, erkender regionen, at de største barrierer for samarbejdet har været manglende opbakning fra regionens egne sygehuse. I udarbejdelsen af udbudsmaterialet skulle regionen afdække alle specialeområderne, og de havde i den forbindelse dialog med de berørte afdelinger. Regionen beskriver her, at der på særlige afdelinger har været modstand mod samarbejder, og at det har resulteret i manglende henvisninger til den private leverandør. Regionen fremhæver, at nogle afdelinger typisk har ideologisk modstand mod at anvende kontrakten, og de oplever en fordom om, at den private leverandør laver mange fejl. I den sammenhæng tilføjer regionen, at regionen løbende har fokus på antallet af fejl, og at der endnu ikke har været nævneværdige fejl eller komplikationer.

Regionen tilføjer, at de enkelte afdelinger, såfremt de overholder deres aftalte volumen, ikke bliver skåret i budget ved selve kontraktindgåelsen. Afdelingen mister derimod en indtægt, når en patient viderehenvises til det private. I samme case tilføjer leverandøren, at de til tider har indtrykket af, at de enkelte afdelinger ikke er blevet inddraget i tilrettelæggelsen af kontrakten, og den forventede volumen på kontrakten stemmer fx ikke overens med antallet af henvisninger i praksis. Region Sjælland fremhæver slutteligt, at samarbejdet har været en succes, og at hovedparten af de regionale afdelinger er blevet mere positivt indstillet overfor samarbejdet og fordelene i form af mere kapacitet. Region Sjælland beskriver i den forbindelse, at et af de vigtigste læringspunkter er, at det er essentielt med tæt kontakt til de enkelte afdelinger på de regionale sygehuse.

Boks 5.3

Perspektivering og læringspunkter

God dialog med regionens egne afdelinger kan påvirke samarbejdet

Enkelte regioner påpeger, at en god dialog med de kliniske afdelinger på regionens sygehus før, under og efter konkurrenceudsættelsen, sikrer forventningsafstemning og kan bidrage til, at samarbejdet tilrettelægges på en måde, der faciliterer et godt samarbejde. Det kan i sidste ende bidrage til et bedre samarbejde mellem den private leverandør og regionen, hvis konkurrenceudsættelsen og kontrakten er tilrettelagt hensigtsmæssigt for de berørte parter.

I en enkelt region har personalet på de regionale sygehuse være kritiske overfor inddragelsen af private leverandører bl.a. med henvisning til, at kvaliteten hos de private leverandører er dårligere. Regionen tilføjer dog i den forbindelse, at der i det pågældende samarbejde ikke har været nævneværdige fejl eller komplikationer.

I de undersøgte cases om urologi fra Region Midtjylland og Region Sjælland fremhæver regionerne den interne dialog som refleksion og læringspunkt. Regionerne fremhæver, at dialog med de berørte afdelinger før, under og efter kontraktindgåelsen er en vigtig kilde til forventningsafstemning om indholdet i kontrakten og driften af samarbejdet. I casen om MR-scanninger fra Region Midtjylland fremhæver regionen ligeledes, at den interne dialog om forventningsafstemningen er vigtig i forhold til formålet med samarbejdet og indholdet af kontrakten. Region Sjælland fremhæver i casen om neurologi, at et af de vigtigste læringspunkter er, at det er essentielt, at regionen har tæt kontakt til og dialog med de enkelte afdelinger på de regionale sygehuse.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver regionen en refleksion vedrørende personalet på regionens afdelinger og hos de private leverandører.

Regionen fremhæver, at mange læger både er ansat på regionens egne sygehuse og hos den private leverandør. Det kan være problematisk, hvis lægerne på et tidspunkt siger op på det regionale sygehus, men samtidig en fordel, da overlappet ofte skaber tillid i samarbejdet mellem den private leverandør og de regionale afdelinger, således at afdelingerne ikke er bekymrede for at henvise patienter til den private leverandør.

Læringspunkt:

Regionerne bør overveje, hvordan de bedst inddrager sygehuse, herunder de berørte kliniske afdelinger i udbudsprocessen, særligt planlægning af samarbejdet og kontraktopfølgning, da det kan være afgørende for udbuddets succes. Tilrettelæggelsen af samarbejdet har ligeledes betydning for, om de kliniske afdelinger og den private leverandør får incitamenter til at udnytte kontrakten bedst muligt.

Private leverandører tilrettelægger arbejdet anderledes

I enkelte af casene fremgår det, at leverandørerne har tilrettelagt arbejdet omkring ydelsen anderledes. Flere leverandører fremhæver, at dette påvirker deres effektivitet, og det medvirker til, at de kan tilbyde en lavere pris for de enkelte ydelser.

Leverandøren på Region Midtjyllands kontrakt om MR-scanninger beskriver, at deres økonomiske gevinst på kontrakten afhænger af, om de kan holde en høj effektivitet, da de bød ind med en lav pris pr. scanning. Med henblik på at overholde tidsfristerne i kontrakten har de også stort fokus på at være effektiv og fleksibel, herunder også optimere arbejdsgange. De kunne bl.a. tilbyde en lav pris pr. scanning, fordi de har indgået kontrakt med et spansk bureau om at få scanningsbillederne beskrevet til en takst, der er billigere end hos danske røntgenlæger. Det spanske bureau benytter røntgenlæger over hele verden, hvilket også kan medføre hurtigere arbejdsgange på grund af døgnforskellen. Leverandøren har derudover ansat tre danske røntgenlæger, der har accepteret samme takst, som det spanske bureau, til gengæld mod at være garanteret en stor volumen af billeder. Leverandøren har også udvidet åbningstiderne til kl. 7.30 til kl. 22.00 samt i weekenderne, hvilket har skabt stor tilfredshed blandt patienterne. Effektiviteten og derved deres økonomiske gevinst påvirkes nemt, fx i tilfælde hvor patienter ikke møder op til undersøgelsen. Leverandøren efterspørger i den forbindelse muligheden for at udskrive bøder til patienter, der ikke møder op til undersøgelser.

I den undersøgte case fra Region Hovedstaden om MR-scanninger, udtrykker regionen, at tilrettelæggelse af arbejdet på de regionale afdelinger i nogle tilfælde kunne lære noget af de private leverandørers logistiske tilrettelæggelse af arbejdet fx i forhold til bedre udnyttelse af scannere. Dette kan eksempelvis være, at en eller flere scannere i en periode på fx en uge reserveres og indstilles til én bestemt type scanninger. Scanneren udnyttes herefter til samme type patienter i hele perioden og det minimerer tidsforbruget til indstilling af scanneren mellem hver patient og øger kapacitetsudnyttelsen væsentligt.

I casen om neurologi fremhæver leverandøren på Region Sjællands partnerskabsaftale, at de har stort fokus på stram produktionsstyring og kapacitetsudnyttelse, da dette påvirker deres effektivitet. I den forbindelse har leverandøren udvidet deres åbningstider, samt ansat en del af personalet på akkordlønninger. Regionen tilføjer i den forbindelse, at deres erfaring er, at konkurrenceudsættelsen også påvirker effektiviteten på de regionale afdelinger i forhold til antallet af gennemførte ydelser. Det er regionens vurdering, at dette kan skyldes, at de enkelte afdelinger oplever konkurrenceudsættelsen som en konkurrence.

Boks 5.4
Perspektivering og læringspunkter**Private leverandører tilrettelægger arbejdet anderledes**

I enkelte af casene fremgår det, at leverandørerne har tilrettelagt arbejdet omkring ydelsen anderledes. Flere leverandører fremhæver, at dette påvirker deres effektivitet, og det medvirker til, at de kan tilbyde en lavere pris for de enkelte ydelser.

I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver regionen og leverandøren en refleksion og læringspunkt om tilrettelæggelsen hos den private leverandør. Det fremhæves, at fordelene ved private leverandører er, at de private leverandører er langt mere fleksible i forhold til arbejds- og åbningstider og dermed i højere grad udnytter deres kapacitet.

I den undersøgte case om neurologi fra Region Sjælland fremhæver leverandøren en refleksion og læringspunkt vedrørende nye samarbejdsformer. Leverandøren fremhæver, at regionen kunne købe personaleydelse hos den private leverandør og således selv stille udstyr til rådighed. Udførelse af udredning og behandling kunne således fx finde sted efter lukketid på de regionale sygehuse.

Disse eksempler på en anderledes arbejdstilrettelæggelse kan være medvirkende til, at de private leverandører kan tilbyde lavere priser.

Læringspunkt:

Private leverandører på sundhedsområdet tilrettelægger ofte opgaveudførelsen anderledes end regionerne. Dette kan bidrage til mere effektiv ressourceanvendelse.

Kapitel 6

Brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet

Dette kapitel belyser, i hvilken udstrækning de undersøgte cases er blevet anvendt efter hensigten og beskriver, hvad regionerne og leverandørerne fremhæver som resultatet af samarbejdet. Til sidste skitseres de refleksioner og læringspunkter, som regionerne og leverandørerne fremhæver i de undersøgte cases.

6.1 Brugen af de undersøgte kontrakter

Alle regioner og leverandører giver udtryk for, at de undersøgte kontrakter har været brugt efter hensigten. I tre af de undersøgte cases bliver der henvist flere patienter på kontrakten, end det var forventet ved kontraktindgåelsen.

Region Midtjylland beskriver, at deres kontrakt om urologi overordnet set har været anvendt efter hensigten også selvom antallet af patienter, der henvises til den private leverandør, er væsentlig højere end forventet. Det samme gør sig gældende for den undersøgte case om MR-scanninger fra Region Midtjylland, hvor både regionen og leverandøren beskriver, at de overordnet set mener, at kontrakten er blevet brugt efter hensigten. Det også selvom antallet af henvisninger til kontrakten, har været væsentligt højere end først tiltænkt.

Region Hovedstaden beskriver ligeledes, at deres undersøgte kontrakt om urologi er blevet anvendt efter hensigten i forhold til antal henvisninger, og leverandøren har været fleksibel i forhold til udsving i antallet af henvisninger.

I forbindelse med casen om neurologi, beskriver Region Sjælland, at deres partnerskabskontrakt bliver brugt som forventet, og at partnerskabet med en konstellation af flere leverandører i et konsortium fungerer efter hensigten. Her fremhæves særligt, at administrationen er blevet lettere, fordi regionen kun har én indgang til de private leverandører for alle typer henvisninger.

I den undersøgte case om øjenlægeydelser fra Region Hovedstaden tilkendegiver regionen og leverandøren, at kontrakten har været anvendt som forventet.

I Region Nordjyllands og Region Sjællands undersøgte kontrakter om ortopædkirurgi, beskriver regionerne ligeledes, at kontrakterne efter deres mening, har været anvendt efter forventningerne. Leverandøren på Region Nordjyllands kontrakt fremhæver, at kontrakten bliver brugt udover deres forventning, da der er henvist flere patienter til dem, end først forventet. Regionen og leverandøren beskriver, at den høje brug af kontrakten er en af årsagerne til, at samarbejdet fungerer godt.

6.2 Resultater fra samarbejdet

For alle de undersøgte cases udtrykker regionen, at samarbejdet har medført de ønskede effekter. Kontrakterne har medført mere kapacitet til overholdelse af de tidsfrister, der følger af ret til hurtig udredning. Den hurtige behandling af patienter har ligeledes medført, at færre patienter overgår til DUF. Det har resulteret i, at hovedparten af regionerne påpeger, at de har haft økonomiske besparelser som følge af kontrakten.

I de undersøgte cases om urologi fra Region Midtjylland og Region Sjælland tilkendegiver begge regioner, at deres samarbejde har medført de ønskede effekter i form af mere kapacitet til sikre af ret til hurtig udredning og hurtig behandling, samt økonomiske besparelser i forhold til DUF-taksterne.

Det samme gør sig gældende for de undersøgte cases om MR-scanninger fra Region Midtjylland og Region Hovedstaden, der beskriver, at samarbejdet har indfriet forventningerne i forhold til overholdelse af tidsfristerne, der følger af ret til hurtig udredning. Endvidere har samarbejdet medført økonomiske besparelser, da regionerne har undgået at købe ydelserne til DUF-takster.

I den undersøgte case om neurologi fremhæver Region Sjælland endnu engang, at det har været en stor gevinst for regionen, at de kun har én indgang til de private leverandører, og den optimerede henvisningsprocedure har sparet regionen både tid og ressourcer.

Region Hovedstaden tilkendegiver, at deres kontrakt om øjenlægeydelser har medført de ønskede effekter i form af mere kapacitet, overholdelse af tidsfrister i forhold til ret til hurtig udredning og hurtig behandling, samt medført økonomiske besparelser. Regionen fremhæver ligeledes, at samarbejdet har været en gevinst for regionens patienter, da de har oplevet kortere ventetider, samt høj kvalitet i behandlingerne. Regionen understreger i den forbindelse, at de overordnet har været tilfredse med kvaliteten i ydelserne.

I de undersøgte cases om ortopædkirurgi beskriver både Region Nordjylland og Region Sjælland, at samarbejdet har medført den ønskede effekt i form af mere kapacitet hvilket har medført overholdelse af tidsfristerne, der følger af ret til hurtig udredning samt økonomiske besparelser.

Leverandørerne på de forskellige kontrakter havde ligeledes en række drivkræfter for at indgå i samarbejdet og forventninger til samarbejdet. I de undersøgte cases, var leverandørernes primære drivkræfter, at opnå bedre kapacitetsudnyttelse og høste en økonomisk gevinst.

I tre af de undersøgte cases bliver der henvist flere patienter på kontrakterne, end først forventet. Det gør sig gældende for kontrakten om urologi og MR-scanninger i Region Midtjylland og kontrakten om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland. Dette kan indikere, at leverandørerne som udgangspunkt modtager flere henvisninger, end de indledningsvist var stillet i udsigt og derved får den forventede kapacitet og eventuelt mere dækket.

Leverandørernes anden drivkraft var udsigten til økonomisk gevinst og her kan et højere antal henvisninger end forventet ligeledes indikere, at leverandøren har opnået økonomisk gevinst. I den undersøgte case om ortopædkirurgi fra Region Nordjylland fremhæver både leverandøren og regionen, at grunden til at samarbejdet fungerer, er, at der henvises mange patienter til kontrakten, så leverandøren ikke har tomme operationsstuer.

Gennemgangen af de undersøgte cases har dog ligeledes vist, at den økonomiske gevinst påvirkes af forskellige elementer i samarbejdet, som fx henvisningsproceduren og fleksibiliteten i samarbejdet.

Boks 6.1

Perspektivering og læringspunkter**Brugen af de undersøgte kontrakter og resultatet af samarbejdet**

Alle regioner og leverandører giver udtryk for, at de undersøgte aftaler har været brugt efter hensigten, og i tre af de undersøgte cases bliver der henvist flere patienter på kontrakterne, end det var forventet ved kontraktindgåelsen.

Antallet af henvisninger til kontrakterne kan forventes at have en sammenhæng med, hvorvidt leverandøren opfatter samarbejdet som vellykket og i nogen grad også, om samarbejdet fungerer godt.

I alle de undersøgte cases har regionen konkurrenceudsat bufferkapacitet, altså deres underkapacitet. Brugen af kontrakten påvirkes således også af, om regionen oplever en øget eller konstant efterspørgsel for den pågældende ydelse. I tilfælde af et fald i efterspørgsel vil regionerne som udgangspunkt ikke sende patienter til kontrakterne.

I forhold til det overordnede resultat af inddragelsen af private leverandører udtrykker alle regioner i de undersøgte cases, at samarbejdet har medført de ønskede effekter. Kontrakterne har medført mere kapacitet til overholdelse af de tidsfrister, der følger af ret til hurtig udredning. Den hurtige behandling af patienter har ligeledes medført, at færre patienter overgår til DUF. Det har resulteret i, at hovedparten af regionerne påpeger, at de har haft økonomiske besparelser som følge af kontrakten.

De økonomiske besparelser, der fremhæves i de undersøgte cases, skal ses i forhold til den volumen, som der udbydes, samt til det private marked for den pågældende ydelse. De priser, som de private leverandører byder ind med, kan være afhængig af den forventede kontraktvolumen.

Bilag 1

Analysetilgang og dataindsamling

Denne rapport er udarbejdet af Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde på baggrund af data indsamlet af Deloitte Consulting (Deloitte) samt bidrag og sparring fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA).

I dette bilag beskrives analysetilgangen, dataindsamlingen og afgrænsninger for analysen.

7.1 Analysetilgang og hypoteseudvikling

Rådet for Offentlig-Privat Samarbejder ønsker med denne analyse at indsamle erfaringer med at udbyde sundhedsydelse på det regionale sundhedsområde, samt at undersøge hvilke muligheder, som regionerne har for at udbyde sundhedsydelse.

Regionernes muligheder for at udbyde sundhedsydelse er blevet undersøgt gennem en kortlægning af de centrale rammevilkår for regionerne. Som baggrund for kortlægningen har KORA bidraget med et baggrundsnotat om de centrale rammevilkår på det regionale sundhedsområde.

Datamateriale bestående af fem casebeskrivelser, der beskriver erfaringerne med at udbyde sundhedsydelse indenfor fem forskellige sundhedsområder. Læs mere herom i afsnittet om dataindsamling.

Udover de eksterne bidrag til rapporten, har KORA ved processor Jakob Kjellberg været tilknyttet analysearbejdet som ekstern ekspert i sundhedsøkonomi. Jakob Kjellberg har bistået sekretariatet for Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde med løbende sparring og kvalificering af rapporten.

7.2 Dataindsamling

Deloitte har bistået sekretariatet for Rådet for Offentlig-Privat Samarbejder med dataindsamlingen om regionernes erfaringer med at udbyde sundhedsydelse. Datamaterialet består af fem casebeskrivelser, der beskriver erfaringerne med at udbyde sundhedsydelse indenfor følgende fem områder:

- » Urologi
- » MR-scanninger
- » Neurologi
- » Oftalmologi
- » Ortopædkirurgi

Udvælgelsen af sundhedsområder er sket ud fra kriterier om, hvor der eksisterede erfaringer og de specifikke cases er udvalgt efter input fra Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde.

Til hver casebeskrivelse er der indhentet erfaringer fra to forskellige regioner og én leverandør. Hver casebeskrivelse tager således udgangspunkt i to forskellige kontraktrelationer. Den ene beskrives som primær kontraktrelation og tegner udgangspunktet for casen. Den anden beskrives som sekundær case og inddrages som supplement til uddybelse af erfaringerne.

Der er i alt afholdt fem interviews med repræsentanter fra regionerne. Hvert interviewet har således omhandlet erfaringer med konkurrenceudsættelse indenfor to forskellige områder. I interviewet med fx Region Hovedstaden er der således både blevet talt om erfaringer fra konkurrenceudsættelse af øjenlægeydelser og MR-scanninger, dog med primært fokus på øjenlægeydelser, da Regioner Hovedstanden er primær case i denne casebeskrivelse. To af interviewene med regionerne er afholdt telefonisk og tre er afholdt fysisk.

Til brug for casebeskrivelserne er der ligeledes afholdt fem interviews med forskellige private leverandører, én for hvert område. Af leverandør interviewene er der afholdt tre fysiske interviews og to telefonisk.

Alle interviewene har været simi-strukturerede og haft en gennemsnitlig varighed på halvdelen time. Alle interview er afholdt i efteråret 2014. Spørgeguiden til interviewene blev udarbejdet på baggrund af hypoteserne for analysen, og struktureret ud fra følgende temaer: Kontraktens opbygning og anvendelse, tilrettelæggelsen af selve konkurrenceudsættelsen, baggrunden for at udbyde opgaven, oplevelsen af samarbejdet og erfaringerne fra samarbejdet.

Som baggrundsmateriale til interviewene og casebeskrivelserne har Deloitte ligeledes indsamlet udbudsmateriale og i enkelte tilfælde kontrakter for de forskellige cases.

Tabel 7.1. giver en oversigt over casene.

Tabel 7.1 Case oversigt

Område	Region - primær	Region - sekundær	Leverandør
Urologi	Region Midtjylland	Region Sjælland	AROS Privathospital
MR-scanninger	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	MR Scanner Viborg
Neurologi	Region Sjælland	Region Nordjylland	Aleris-Hamlet hospitaler
Øjenlægeydelser	Region Hovedstaden	Region Syddanmark	Øjenlæge Allan Berger
Ortopædkirurgi	Region Nordjylland	Region Sjælland	Teres Medical Denmark

Deloitte har booket, udført interviews, samt udarbejdet de casebeskrivelser, der udgør datagrundlaget for analysen. Sekretariatet har selv forestået caseudvælgelse, valg af interviewpersoner samt udarbejdelse af spørgeguiden. Dette er sket i samarbejde med Rådet for Offentlig-Privat samarbejde og KORA ved Jakob Kjellberg.

Valg af respondenter kan udgøre en fejkilde, da de udvalgte respondenter efterfølgende kan vise sig, ikke at have tilstrækkelig indsigt i området. Her kunne en udvidelse af antallet af interview pr. case være nyttigt, men pga. resources hensyn var dette ikke muligt.

Hypoteser om hvornår inddragelse af private leverandører kan bidrage til effektiv ressourceanvendelse

Tilrettelæggelsen af rapporten og udarbejdelsen af spørgeguiden til interviewene er udviklet med baggrund i en række hypoteser. Hypoteserne er udarbejdet af Rådet for Offentlig-Privat Samarbejdes sekretariat på baggrund af viden indsamlet gennem bl.a. deskresearch, møder med centrale aktører på området, sparring med KORA ved Jakob Kjellberg, samt fra input fra Råder for Offentlig-Privat Samarbejder.

Hypoteserne er udarbejdet ud fra en overordnet antagelse om, at konkurrenceudsættelse af sundhedsydelse kan bidrage til mere effektiv ressourcens anvendelse, når visse karakteristika er til stede. Hypoteserne for rapporten beskriver disse karakteristika. Tabel 7.2 opridser de hypoteser, der dannede grundlag for tilrettelæggelsen af analysen og spørgeguiden.

Tabel 7.2 Hypoteser om hvornår inddragelse af private leverandører kan bidrage til effektiv ressourceanvendelse

Konkurrenceudsættelse af sundhedsydelse kan bidrage til mere effektiv ressourceanvendelse, når følgende karakteristika er til stede:

Behandlingen er relativt afgrænset (fx en separat del af et behandlingsforløb eller et helt behandlingsforløb)

Behandlingen kan standardiseres og beskrives i en kontrakt (fx understøttes af tekniske standarder)

Der skal være en relativ stabil efterspørgsel

Der er et velfungerende privat markedet for samme ydelse, så privatsygehusenes fasteudgifter dækkes af flere patientgrupper (fx forsikringspatienter), og så der kan skabes effektiv konkurrence

Stor volumen af behandlinger, så det offentlige sygehus kan opfylde sine forpligtelser i forhold til specialeplanen og akutberedskab (fx elektive behandlinger)

Hypoteserne er blevet testet gennem dataindsamlingen og rapporten har vist, at enkelte af hypoteserne ikke har afgørende indflydelse på regionernes vurdering af, om konkurrenceudsættelse på det pågældende område kan bidrage til effektiv ressourceanvendelse. Regioners rammevilkår og selve tilrettelæggelsen af udbuddene imødekommer mange af hypoteserne. Dataindsamlingen gav således anledning til at ændre fokus og rapporten er således ikke struktureret ud fra hypoteserne.

7.3 Afgrænsning for analysen

De metodiske valg, der er foretaget i analysearbejdet, har indflydelse på rapporten anvendelighed. Dette afsnit beskriver de væsentligste overvejelser og begrænsninger i forhold til de metodevalg der er foretaget i analysearbejdet.

Valg af metode for dataindsamlingen medfører visse begrænsninger i forhold til analysens resultater. Ved at undersøge eksisterende erfaringer og bygge casebeskrivelserne på disse, afgrænses analysen til kun at se på områder, hvor der eksisterer erfaringer med at udbyde. Der kan således findes andre områder, der er yderst udbudsegnet, men hvor der endnu ikke er erfaringer. Disse områder vil ikke blive berørt eller identificeret i denne rapport.

Datamaterialet består af fem casebeskrivelser fra fem forskellige områder. Områderne er valgt ud fra kriterier om eksisterende erfaringer og de specifikke udbud er udvalgt på baggrund af kvalitative kriterier og input fra Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde. Der er således ikke metodisk sikkerhed for, at disse cases afspejler de generelle erfaringer med at udbyde sundhedsydelse og hvis andre cases var blevet undersøgt, kunne analysen have givet et andet resultat. Rapportens resultater kan derfor kun i begrænset omfang generaliseres til alle udbud af de pågældende ydelser eller til andre områder.

Der eksisterer forskellige rammevilkår for de forskellige sundhedsområdet og det kan ligeledes give begrænsninger i forhold til at generalisere erfaringer og læringspunkter på tværs af casebeskrivelserne.

Rapporten belyser ikke, hvilke justeringer af rammevilkår, der ville kunne gøre det mere attraktivt at konkurrenceudsætte sundhedsydelse.