



13-11-2013

Sag nr. 13/1927

Dokumentnr. 50966/13

## Offentlig-privat samarbejde i regionerne

Regionerne har allerede nu et meget omfattende samarbejde med det private erhvervsliv. Regionerne havde i 2012 sammenlagt udgifter til private på 56,6 milliarder kroner. Udgifterne er fordelt på områderne varekøb (ca. 16,2 milliarder kroner), praksisydelser (ca. 20,7 milliarder kroner), udgifter til kollektiv trafik og kulturel virksomhed (ca. 1,6 milliarder kroner) samt tjenesteydelser inkl. entreprenør- og håndværkerydelser mm. (ca. 18,1 milliarder kroner).

### Udgifter til private i regnskab 2012, alle områder, drift, mio. kr.

<b>Varekøb i alt, heraf</b>	<b>16.230</b>
- Sygehusmedicin	6.450
- Øvrige lægelige artikler	3.517
- Implantater	1.163
- Øvrigt varekøb	5.099
<b>Praksisydelser, heraf</b>	<b>20.691</b>
- Almen lægehjælp	7.958
- Speciallægehjælp	3.148
- Medicintilskud	6.093
- Tandlægebehandling	1.512
- Fysiurgisk behandling	832
- Kiropraktor	115
- Fodterapeuter	83
- Psykologbehandling	236
- Øvrige ydelser	714
<b>Øvrige tilskud og overførsler, heraf</b>	<b>1.585</b>
- Kollektiv trafik	1.528
- Kulturel virksomhed	57
<b>Øvrige ydelser, heraf</b>	<b>18.139</b>
Tjenesteydelser u. moms	10.028
Entreprenør- og håndværksydelser	1.460
Øvrige tjenesteydelser mv.	6.651
<b>Udgifter til private i alt</b>	<b>56.644</b>

Kilde: Danmarks Statistik

### **Regionernes indkøb af varer og tjenesteydelser**

På indkøbsområdet er der tale om et omfattende samarbejde mellem regionerne og det private erhvervsliv. I alle fem regioner er der oprettet én strategisk indkøbsfunktion, der optimerer processerne og realiserer effektiviseringspotentialer. I hver region arbejder indkøbsfunktionen efter en politisk vedtaget indkøbspolitik.

For at udbygge samarbejdet mellem regionerne på indkøbsområdet har Danske Regioner udarbejdet en samlet strategi for indkøbs- og logistikområdet. Strategien skal sikre, at regionerne sparer yderligere en mia. kroner på indkøbsområdet frem mod 2015 ved at realisere otte konkrete målsætninger. Besparelserne realiseres bl.a. gennem flere udbud i den enkelte region, flere fælles indkøb, digitalisering af indkøbsområdet og en optimering af logistikken blandt andet gennem oprettelsen af centrale lagre.

Samtidig er det vigtigt at skabe gode rammer for den omfattende fælles samhandel med leverandørerne. Samarbejdet med leverandørerne på områder som logistik og e-handel er med til at skabe gevinster for begge parter. Regionerne fortsætter samtidig arbejdet med at udvikle fælles standarder på indkøbs- og logistikområdet. Fælles standarder og genkendelige krav i udbud gør det nemmere for leverandøren at byde på ordren.

Regionerne arbejder desuden på at fremme innovation i indkøbsprocesserne. Et redskab til at fremme innovative indkøb er at øge brugen af udbudsformer, der kan fremme innovative løsninger på de behov, som regionerne har skitseret. Regionerne arbejder for, at der stilles færre krav til leverandørernes løsningsmodeller og i stedet at der er større mulighed for fleksibilitet bl.a. ved at stille flere funktionskrav. Dette skal konstant vejes op mod regionernes behov for at sikre, at de indkøbte løsninger har den tilstrækkelige kvalitet og sikkerhed. Regionerne arbejder desuden så vidt muligt med totaløkonomiske beregninger frem for alene at fokusere på den laveste pris. Beregninger der kan indeholde hensyn til kvalitet, funktionalitet, bæredygtighed, besparelser på sigt mv.

En alvorlig udfordring er de nuværende regler på udbudsområdet, der er en barriere for at effektivisere og videreudvikle brugen af offentlige udbud. Den oprindelige hensigt med reglerne har ikke været at skabe barrierer for konkurrenceudsættelse, men tværtimod at skabe øget konkurrence, ligebehandling og gennemsigtighed. Det er en forudsætning for bedre offentlig-privat samarbejde, at reglerne forenkles og gøres mere fleksible. I den for-

bindelse beklager Danske Regioner at den netop gennemførte revidering af EU's udbudsregler ikke har medført mere fleksibilitet og mindre bureaukrati.

Side 3

I september 2013 startede arbejdet med at formulere en dansk udbudslov. Danske Regioner deltager i arbejdet og håber at loven fremover kan være med til at smidiggøre de danske udbudsregler på trods af det vanskelige udgangspunkt

### **Regionernes brug af Offentligt-Private Partnerskaber (OPP)**

Regionerne ser muligheder i at benytte OPP'er i et større omfang og er allerede i gang.

I regionerne har OPP-modellen hidtil været anvendt i sammenhæng med de tre deponeringsfritagelsespuljer på hver 300 millioner kroner, som har været aftalt i økonomiaftalerne med regeringen for 2012, 2013 og 2014. Regionerne har i alt fået bevilget deponeringsfritagelse på 655,5 millioner kroner fra de tre puljer til ni OPP-projekter. Der mangler endnu at blive udmøntet 50 millioner kroner fra 2014-puljen. Regionerne har indtil videre fået tilsagn om fritagelse i forbindelse med bl.a. etablering af ny psykiatrisk afdeling i Region Syddanmark, etablering af rensningsanlæg samt køle og nødstrømsanlæg i Region Hovedstaden, udvidet stråleterapicenter i Region Sjælland samt hospicepladser og nybyggeri af et psykiatrisk center i Region Midtjylland

OPP er en interessant mulighed i de tilfælde, hvor projekterne samlet set kan give bedre totaløkonomi over længere sigt, og hvor regionerne i samarbejde med de private aktører kan skabe innovative løsninger, der på sigt kan give bedre kvalitet og besparelser på den øvrige drift. Endvidere er budget-sikkerhed for hele perioden noget der taler for OPP. Der er dog en række udfordringer:

Det er en forsinkelseeffekt på grund af den betydelige usikkerhed om de skattemæssige konsekvenser. Usikkerheden vedrører først og fremmest afskrivningsforholdene vedrørende ejendomme, som senere overdrages til den offentlige part. Det er eksempelvis nødvendigt at indhente udtalelser fra SKAT for hvert enkelt OPP-projekt, før byggekonsortiet kan afgive et præcist tilbud, hvilket kan være meget tidskrævende. Endvidere er de kontraktmæssige processer i forhold til indgåelse i et OPP mere ressourcetrækvende i forhold til et mere traditionelt udbud. OPP-processen vil derfor typisk forudsætte relativt store projekter, der oftest er flerårige.

I forhold til anvendelsen af OPP-puljer som incitament for at overkomme barrierer bør de således være flerårige og af et omfang, så de kan rumme egentlige større OPP-projekter. Det vil gøre finansieringen og planlægningen af OPP-projekter, hvor der søges om dispensation fra deponeringsforpligtelsen, mere sikker, hvis der kan søges for hele byggeperioden og ikke kun for et år af gangen.

I øvrigt skal det bemærkes at i lande, hvor der ikke er deponeringskrav, f.eks. Holland og England, anvendes OPP i betydeligt større grad.

### **Offentligt-Privat Innovation (OPI) og forskning**

Regionernes sygehuse har 700 – 800 forskningsaftaler hvert år med private virksomheder. Hertil kommer strategiske partnerskaber mellem regioner og virksomheder. Flere regioner har eksempelvis indgået en strategisk samarbejdsaftale, der omfatter et tættere samarbejde om pilotprojekter, tests og brugerdreven innovation. Regionerne får hermed adgang til den nyeste teknologi inden for strategisk vigtige områder, mens den private virksomhed får adgang til forskning og klinisk afprøvning af nyudviklede teknologier.

Samlet bidrager det til at øge produktivitet og innovationskraft, da en række private virksomheder har særlige kompetencer inden for en række specialområder i tilknytning til det kliniske arbejde på et sygehus.

Regionerne etablerede i samarbejde med Fornyelsesfonden et Partnerskab for Sundheds- og Sygehusinnovation (Sygehuspartnerskabet) i 2011. Formålet var at fremme udvikling og markedsmodning af nye danske sygehusløsninger med eksportpotentiale. Partnerskabet har støttet 14 udviklingsprojekter, hvor virksomheder og sygehuse er gået sammen om at udvikle nye løsninger primært inden for området logistik og sporbarhed. Via partnerskabet udvikles nye løsninger, der kan bidrage til en mere effektiv drift. Løsningerne har relativt stor volumen, da de udvikles i samarbejde med flere hospitaler. Dette projekt er med til at sikre, at regionerne mere systematisk deler og udvikler viden om centrale elementer i sygehusbyggeri. Puljen udløber ved udgangen af 2013. Fremadrettet vil en ny pulje dog kunne sikre mulighed for udvikling og markedsmodning af nye løsninger via en tæt kobling til et fællesregionalt projekt om videndeling i sygehusbyggeri.

OPI er vigtigt instrument til at samle offentlige og private parter om udvikling af nye teknologier og services til den offentlige sektor. Imidlertid kan de juridiske spilleregler for samarbejdet være uklare og omstændelige, og

den private part frygter ofte, at OPI-samarbejdet kan risikere at diskvalificere virksomheden fra et eventuelt kommende udbud.

Side 5

Regionerne har taget initiativ til at deltage i et samarbejde om at udvikle modeller for offentlig-privat innovation (OPI-Lab). Erhvervsorganisationerne har deltaget i en styregruppe. I regi af OPI-Lab er der således udviklet konkrete juridiske modelaftaler og guidelines for OPI.

### **Kliniske forsøg**

Udvikling, tilpasning og afprøvning af nye lægemidler, nye sundheds-it løsninger og nye medicotekniske løsninger i form af klinisk afprøvning bidrager løbende til innovation og udvikling både inden for sundhedssektoren og i industrien.

De kliniske forsøg omhandler primært lægemiddelafrøvning, herunder særligt afprøvning for industrien. De kliniske forsøg bidrager til udvikling af nye lægemidler til gavn for patienterne i form af bedre behandling, industrien i forhold til innovation, vækst og beskæftigelse og det offentlige i form af bedre behandlingsmuligheder for patienterne, øget forskning og sygdomsforståelse samt mere effektiv behandling.

Regionerne har etableret én indgang for industrien til kliniske forsøg, der skal styrke det offentlig-private samarbejde. Men der er stadig ret høje transaktionsomkostninger i form af tidskrævende ansøgninger til staten og registreringer for det kliniske personale.

Det er endvidere en udfordring, at sygehusene alene måles på deres behandlingsproduktion, hvor den løbende driftsoptimering udfordrer sygehusenes rolle som en stærk samarbejdspartner for industrien i forhold til klinisk afprøvning.

Der er aktuelt et arbejde i gang mellem Danske Regioner og relevante ministerier for yderligere at styrke offentligt-privat samarbejde om klinisk forskning.

### **Aftaler med private leverandører af sundhedsydelser**

#### *Praksissektoren*

Kontrakterne i praksissektoren er overvejende baseret på aktivitetsbestemt ydelsesafregning. Det betyder, at den enkelte praktiserende sundhedsperson kan øge sit overskud ved at producere mere og/eller begrænse omkostnin-

gerne. Derfor antages det normalt, at modellen sikrer, at yderne har egeninteresse i og et økonomisk incitament til at øge produktiviteten løbende.

Side 6

Overenskomsterne i praksissektoren genforhandles regelmæssigt med ca. 2-3 års interval. Den offentlige forhandlingspart har de seneste år stillet krav om at få del i produktivitetsevinsten i forhandlinger om ydelser og takster.

Danske Regioner ser et potentiale for at øge produktiviteten i almen praksis. Dette understøttes af almindelige aktivitetsdata, som dokumenterer relativt store forskelle mellem klinikker på produktion og udgiftsniveau pr. patient.

Danske Regioner har de seneste år forsøgt at tydeliggøre kravene til og målene med tilbuddene i almen praksis ved at udvikle aftalen med PLO fra en traditionel overenskomst, hvor kernen er et honorarkatalog, i retning af en kontrakt med udgangspunkt i den praktiserende læges roller og opgaver.

Grundet lægemangel især i udkantsområder er der de seneste år indført nye driftsmetoder i almen praksis. F.eks. modeller som satellitpraksis, ansatte praktiserende læger, regionsklinikker, "licensordninger", hvor en læge driver praksis i en periode uden investering i ydernummer, lokaler og apparatur.

Sundhedsloven er for nylig ændret, så almene lægeydelser efter 1. september 2014 kan udbydes til andre private leverandører. Loven indfører adgang til, at en region kan foretage offentlige udbud af driften af en lægepraksis. Udbuddet skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges sådan, at der kan sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Den private leverandør vil i så fald ikke eje ydernummeret og ikke kunne videresælge det.

Kapacitetsstyringen er en vigtig faktor til sikring af høj produktivitet og effektiv ressourceudnyttelse. I april 2011 blev automatisk frigivelse af nye ydernumre i områder med patienttilgang afskaffet til fordel for en årlig vurdering af det reelle behov. Det kan på sigt få stor betydning. Lægerne får et bedre grundlag for at øge patientantallet pr. praksis, og ledige ydernumre kan forbeholdes områder med særlige behov eksempelvis forsøg med nye løsninger.

Danske Regioner formoder, at en ændring af de økonomiske incitamenter i retning af mere fast honorar pr. patient vil øge fokus på, hvordan tilbuddet

kan tilpasses den enkelte patients behov med den mest effektive indsats. Også reduktion af ydelser der gives samtidig med andre ydelser<sup>1</sup> kan bidrage til produktionsgevinster.

Parterne har som led i de igangværende forhandlinger aftalt at udarbejde et inspirationskatalog med bud på effektiviseringsmuligheder i almen praksis.

Speciallægepraksis er også et område, hvor potentialet for at øge produktiviteten er stor bl.a. fordi, der anvendes meget udstyr og ny teknologi.

I aftalen om speciallægehjælp, er der en bestemmelse om knækgrænser. Det betyder konkret, at speciallægens ydelsesbetaling reduceres fremadrettet, når speciallægen rammer en vis aktivitet. Dette skaber en form for produktivtetsgevinst for regionerne, da de marginale ydelser bliver billigere.

Herudover moderniseres de enkelte specialer med mellemrum, hvilket har til hensigt at holde et speciale fagligt og behandlingsmæssigt opdateret. Her indgår bl.a. forhandling af pris for nye ydelser, vurdering og effekt af ny teknologi for eksisterende ydelser og sammenhæng til hele sundhedsvæsenet. Her er der altså muligheder for at opnå produktivtetsgevinster.

Fremadrettet kan man i speciallægepraksis skele til det udvidede frie sygehusvalg. Her forhandles løbende takster for forskellige behandlinger, hvis der sker ændringer i teknologi, behandlingsmetoder, retningslinjer mv. Produktivtetsgevinster kan derfor indhentes hurtigt. Brug af udbud kan også overvejes for at sikre ønsket kvalitet og konkurrencedygtige priser.

#### *Privathospitaler og klinikker*

I anvendelsen af private hospitaler og klinikker uden for overenskomsterne har regionerne samarbejdet via krav i sundhedsloven, som f.eks. det udvidede frie sygehusvalg, via udbud og senest i form af opstarten af et partnerskab mellem Region Sjælland og en gruppe private hospitaler.

Regionerne arbejder løbende med optimering af driftsoverenskomster med de specialsygehuse og hospices nævnt i Sundhedslovens § 79 stk. 2. Indskrivningen af specialsygehuse med navns nævnelse i sundhedsloven, og en af ministeriets fast defineret sum, der skal købes ydelser for, skaber ikke økonomiske incitament for specialsygehusene til at effektivisere.

---

<sup>1</sup> Eksempelvis forslag om rabat ved to konsultationsydelser til samme patient samme dag.

På det udvidede frie sygehusområde forhandles alle takster løbende, og der stilles årligt krav om en to procent produktivitetstgevinst. I forhandlingerne med Brancheforeningen for Private sygehuse og Klinikker (BPK) skabes nye behandlingsforløb, og der reguleres efter nye operationsmetoder og retningslinjer på konkrete områder. Ved specifikke forhandlinger holdes taksterne op mod den konkrete arbejdsmængde i ydelsen. F.eks. forhandles regulering i taksterne, hvis operationsmetoder ændres fra åbne operationer til kikkertoperationer grundet lavere operationstid. Ligeledes skabes udrednings- og behandlingsforløb, hvor de private leverandører kan optimere tilrettelæggelsen, mens taksterne modsat sænkes.

Regionerne benytter sig også af udbud, hvor mængden af sundhedsydelser er tilstrækkeligt stor til, at omkostningerne ved udbud opvejes af gevinsten ved at få prisen konkurrenceudsat. Udbud udgør ca. 15 procent af udgifterne/ydelserne registreret i Landspatientregisteret til de private hospitaler og klinikker og er hovedsageligt inden for de kirurgiske og billeddiagnostiske specialer.

### **Standarder for sundheds-IT**

Sundhedsvæsenet står lige nu over for et gennembrud i forhold til den digitale udveksling af data. Gennem de seneste år er der arbejdet for standardisering af dataudveksling, samt etablering af relevante referencearkitekturer, gældende for hele sundhedsvæsenet. Det gælder bl.a. inden for måledata, video, spørgeskemaer og billeder. Det betyder, at der inden for en overskuelig fremtid er etableret en digital infrastruktur og it-arkitektur, der gør det muligt at understøtte samarbejdet.

Denne udvikling skaber samtidig helt nye muligheder for det private erhvervsliv, når udviklingen af nye digitale løsninger kan ske med udgangspunkt i standarder og arkitektur, der er vedtaget nationalt og som også er internationalt anerkendte. Det skaber en sikkerhed for leverandørerne, samtidig med at markedet bliver større og mere sikkert for innovation.