

Offentligt-privat samarbejde på sygehusene

September 2002

Indhold

Side

<u>1. Indledning</u>	1
<u>2. Erfaringer</u>	3
<u>3. Potentialer</u>	11
<u>4. Barrierer</u>	13
<u>5. Indsatsområder</u>	21

1. Indledning

Erhvervsfremme Styrelsen gennemførte i 2001 en ressourceområde-analyse af medico/sundhedserhvervene i Danmark. Som opfølgning på rapporten blev der nedsat en Task Force for fremtidens Bioteknologi, Sundhed og Erhverv med deltagelse af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Videnskabsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Task forcen afgiver september 2002 rapport til regeringen med en række policy-anbefalinger på medico/sundhedsområdet. I rapporten indgår et kapitel som har til formål at afdække potentialet i en fortsat udvikling af offentlig-privat samarbejde inden for sygehusvæsenet.

Som led i udarbejdelsen heraf har Task forcen bedt PLS RAMBØLL Management om at bidrage med sparring og bistand vedr. udbud, udlicitering og partnerskaber. Ligeledes har Institut for Serviceudvikling bidraget med en række case-analyser.

PLS RAMBØLL har gennemført fokusgruppemøder i henholdsvis København og Århus med repræsentanter for sygehuse og amternes sundhedsforvaltninger. Som mødedeltagere til fokusgrupperne inviteredes personer, som repræsenterer det strategiske beslutningsniveau på sygehusene og i amternes sundhedsforvaltninger, og som kunne bidrage med synspunkter og information om emnerne.

Tillige er der for at belyse især barrierer for offentlig-private samarbejder gennemført enkelte telefoninterview blandt private leverandørvirksomheder.

Temaerne for de afholdte fokusgruppemøder var:

1. Erfaringer

Hvilke erfaringer har sygehusene hidtil gjort med udliciteringer og andre typer af samarbejder med private virksomheder?

2. Potentialer

Hvilke muligheder er der for at øge omfanget af offentlig-private samarbejder på sygehusene? Hvilke fordele ved offentlig-private samar-

bejder på sygehusene kan der ud fra erfaringerne peges på? Hvilke opgaver egner sig og hvilke egner sig ikke?

3. Barrierer for samarbejder

Opleves i dag forhindringer af nogen art for offentlig-private samarbejder? Hvilke ulemper ved offentlig-private samarbejder på sygehusene kan der ud fra erfaringerne peges på – og hvordan kan ulemperne evt. undgås?

4. Indsatser

Hvilke indsatsområder og initiativer bør regeringen fremme, såfremt omfanget af offentlig-private samarbejder på sygehusene skal øges?

De informationer, som er indsamlet gennem fokusgruppemøderne og telefoninterviewene, er i de følgende afsnit beskrevet under ovenstående overskrifter.

2. Erfaringer

Resultaterne af fokusgrupperne viser, at udbud af sygehusenes serviceopgaver og i et vist omfang også samarbejdet med private virksomheder om kliniske opgaver er blevet et mere udbredt fænomen indenfor de seneste år. Men også andre former for offentlig-privat samarbejde omkring opgaveløsningen har vundet indpas på sygehusområdet.

Der findes - så vidt PLS RAMBØLL har erfaret - ikke noget samlet overblik over, hvor stor en andel af driftsydelserne på sygehusene som varetages af private leverandører. Det var mange fokusgruppedeltageres indtryk, at omfanget stadig er forholdsvis begrænset, men at det har været stigende gennem de senere år.

Der er en række erfaringer med, *hvilke typer af opgaver* der traditionelt udliciteres eller indgås offentlig- privat samarbejde om, *hvilke be- væggrunde* der ligger bag udlicitering / offentlig- privat samarbejde, *hvilke fordele* der knytter sig hertil, samt *hvilke potentialer* der er for fremtidige offentlig- private samarbejder på sygehusområdet.

I det følgende afsnit beskrives væsentlige erfaringer som deltagerne i de to fokusgruppeinterview gav udtryk for, at sygehusene hidtil har gjort med udliciteringer og andre typer af samarbejder med private virksomheder.

Der tegner sig generelt et billede af, at offentlig-private samarbejder er blevet mere udbredte indenfor de seneste år. Samtidig er der en tendens til, at omfanget af offentlig-privat samarbejde på sygehusområdet vil blive større i de kommende år.

Denne udviklingstendens skyldes bl.a. en accept af, at sygehusene skal være konkurrencedygtige i opgaveløsningen og at det er nødvendigt at indgå aftaler med private leverandører i det omfang det er mere fordelagtigt end at løse opgaven selv.

Der foregår på sygehusområdet generelt en afsøgning af mulighederne for effektiviserings – og rationaliseringsgevinster, og der søges

nye veje og metoder at løse opgaverne gennem udlicitering og andre former for offentlig- privat samarbejde.

På de teknisk prægede serviceområder er der i betydeligt omfang efterhånden en forholdsvis pragmatisk holdning til, om opgaverne løses af sygehuset selv eller af private leverandører. Man skal ikke længere end 2-3 år tilbage før dette ikke var tilfældet. Dog synes der at være en tendens til, at socialdemokratisk styrede amtsråd har været mere tilbageholdende med udliciteringer end borgerligt styrede amtsråd. Frederiksborg og Sønderjyllands amter er generelt de amter, som er gået længst i samarbejdet med private virksomheder inden for sygehusvæsenet.

Det var en generel opfattelse blandt fokusgruppedeltagerne, at en vigtig forudsætning for at indgå et offentlig-privat samarbejde eller for at udlicitere en opgave til det private er, at man i sygehusvæsenet er klar til og villig til at blive målt og vejet. Det skyldes, at der i stigende grad stilles krav om øget effektivisering og kompetenceudvikling.

Samtidig er det en afgørende forudsætning, at man er i stand til at beskrive en ydelse/opgave for at kunne samarbejde med en privat virksomhed eller for at kunne sende opgaven i licitation. Dette medvirker bl.a. til at skabe større bevidsthed om, hvad der er for opgaver, der løses i det offentlige, hvilket dermed også medvirker til at sætte fokus på, hvad man får for pengene.

Fokusgruppedeltagerne gav udtryk for, at de hidtidige erfaringer med udliciteringer og andre typer af samarbejder med private virksomheder på sygehusområdet overordnet kan grupperes i tre kategorier:

- Samarbejde om ikke-kliniske opgaver/ serviceydelser
- Samarbejde om forskning
- Samarbejde om kliniske opgaver.

2.1 Samarbejde om ikke-kliniske opgaver

Størsteparten af de opgaver, der udliciteres, eller hvor der indgås anden form for offentlig-privat samarbejde, er indtil nu primært de ikke-kliniske opgaver – dvs. hovedsageligt serviceydelser. Disse ydelser omfatter f.eks. opgaver som rengøring, vinduespudsning, vaskeri, transport af tøj, køkkendrift og gartneropgaver.

Derudover er der flere sygehuse som har indgået aftaler med private virksomheder om fælles indkøb, leverandørfunktion samt pakke- og depotfunktioner. Opgaverne omfatter således overvejende en lang række af de periferiopgaver, der foregår på sygehusene i modsætning til de egentlige kerneopgaver.

Måden eller formen, hvorpå der samarbejdes med det private om disse serviceydelser, varierer dog fra amt til amt og fra sygehus til sygehus. På serviceområdet spænder erfaringerne fra "benhård" udlicitering, over offentlig-private aktieselskaber til partnerskaber. Endnu er det mest almindeligt, at opgaverne udliciteres, men der er også enkelte eksempler på, at man tilstræber et egentligt partnerskab med den/de private virksomheder om opgaven, evt. etableret gennem forudgående udbud.

Selvom de hidtidige erfaringer med udbud og udlicitering har været overvejende gode er der interesse for at afprøve mere partnerskabs-lignede samarbejder i sygehusvæsenet, blandt andet for at tilgodese ønsker om større fleksibilitet og fremme innovation.

Oprettelse af et aktieselskab i samarbejde med en privat virksomhed er en af de samarbejdsformer, som nævnes af fokusgruppemedtagerne. I et af amterne har man således oprettet et selskab i samarbejde med en privat virksomhed, som skulle overtage vaskerifunktionen på et af amtets sygehuse. Begrundelsen for at oprette et selskab er, at amtet derved fortsat har mulighed for løbende at foretage reguleringer, hvorimod der ved ren udlicitering sker en overdragelse af hele opgaven i en sådan form, at det kan mindske kommunikation og handlemuligheder.

De fleste fokusgruppetagere gav dog udtryk for, at opgaver som vaskeri, rengøring, vinduespudsning, køkkendrift eller gartneropgaver ofte udliciteres til et privat firma. Der synes dog som nævnt ikke at være noget samlet overblik over udliciteringsgraden eller hvor mange sygehuse, som har indgået aftaler med private leverandører om de nævnte opgaver.

Som noget nyt har man på flere sygehuse indgået partnerskaber med private firmaer, dels som partnering i forbindelse med byggeri og dels partnerskaber i forbindelse med løsning af serviceopgaver. Fordelen ved partnering / partnerskaber har bl.a. været, at brugerne (klinikere og forskere) i højere grad har været inddraget i planlægningen, at firmaerne har været mindre bundet af detaljerede kravspecifikationer og at byggeopgaver og serviceløsninger har kunnet udvikles i en dialog.

Endelig nævnes også indgåelse af aftaler med privathospitaler omkring ydelsesleverancer som et af de nyere udviklingstiltag på sygehusområdet. Disse aftaler er indgået som følge af regeringens to måneders behandlingsgaranti.

2.2 Samarbejde om forskning

Det andet området hvor erfaringerne viser, at der forekommer offentlig- privat samarbejde er på forskningsområdet. Samarbejdet med private virksomheder omkring forskning omfatter bl.a. udvikling af nye medikamenter og udvikling af nyt udstyr.

Ligeledes er sygehusvæsenet i stigende grad begyndt at indarbejde forskning i forbindelse med licitationer, hvor der skal leveres apparatur. Forskning er således blevet en del af udbuddet. Derved kan man i kontrakten for det første forpligte leverandøren til at stille en vis volumen til rådighed og for det andet at afholde kurser og forestå oplæring af medarbejdere.

Da offentlig-privat samarbejde om forskning, produktudvikling, uddannelse m.v. behandles i anden sammenhæng i forbindelse med

opfølgningen af Medico/Sundhedsrapporten er dette tema ikke nærmere uddybet her.

2.3 Samarbejde om kliniske opgaver

Som det fremgår af ovenstående har der indtil nu hovedsageligt været tradition for at indgå offentlig- privat samarbejde omkring de ikke-kliniske opgaver. Erfaringerne viser dog, at licitationerne og samarbejdet mellem offentlig- privat indenfor de senere år har bevæget sig ind på de kliniske områder, der opfattes som sygehusenes kerneopgaver.

Ved offentlig-privat samarbejde om kliniske opgaver anvendes private leverandører af sundhedsydelser som en buffer for det offentlige sygehusvæsen, der kan bidrage til at nedbringe ventelisterne på området. Det offentlige sygehusvæsen behøver dermed ikke at være dimensioneret til at kunne klare enhver spidsbelastning.

Et eksempel herpå, som flere af fokusgruppedeltagerne fremhæver, er operationer af grå stær. I dag kan sådanne operationer laves lige så godt udenfor sygehusene og samtidig ofte både hurtigere og billigere. Flere sygehuse sender derfor patienter til privathospitaler for at få foretaget operationer af grå stær.

Et andet eksempel på kliniske opgaver, hvor der foregår et offentlig-privat samarbejde, er omkring hjertekirurgi. Det fremhæves dog som forudsætning, at kvaliteten skal kunne dokumenteres at være mindst lige så god som på de offentlige sygehuse.

Et af de problemer, der af enkelte fokusgruppedeltagere blev fremhævet i forhold til at overlade kliniske opgaver til den private sektor er, at det kan skabe vanskeligheder for sygehusene, hvis alle de lettere opgaver med forholdsvis lave kostpriser overlades til det private, mens de tunge opgaver forbliver på sygehusene. Det skyldes at plejetyngden er beregnet ud fra en helhedsbetragtning hvori indgår både tunge og lette opgaver. Fjernes de lette opgaver, har det konsekvenser for arbejdstilrettelæggelsen og dimensioneringen af de sygeple-

jefaglige opgaver. Sygeplejeopgaverne bliver således relativt tungere, hvis de lette opgaver fjernes fra sygehusene.

2.4 Hvorfor offentlig- privat samarbejde?

Det varierer fra amt til amt, hvorvidt man har udformet en decideret udbudspolitik og retningslinier for hvordan samarbejder gribes an. Det fremgik af fokusgrupperne, at der i nogle amter er udarbejdet en udliciteringspolitik, hvor det er specificeret, hvilke opgaver der kan udliciteres, hvordan der skal udliciteres, ud fra hvilke kriterier osv.

I andre amter gennemføres udbud og andre former for offentlig-privat samarbejde fra sag til sag uden at der er en egentlig politik på området. Opgaver udbydes når det findes formålstjenstligt, og hvor opgaven kan løses billigere eller mere hensigtsmæssigt af en privat leverandør.

Fokusgruppemedtagerne nævner forskellige *årsager* til, hvorfor man i udgangspunktet vælger at udlicitere en opgave eller indgå et samarbejde med et privat firma om opgaveløsningen.

Det mest almindelige argument for at udlicitere eller indgå anden form for offentlig- privat samarbejde er *økonomien*. Flere af fokusgruppemedtagerne giver her udtryk for, at såfremt et privat firma kan levere en serviceydelse billigere, uden at det forringer kvaliteten, vælger man at udlicitere. I forhold til kerneopgaverne – dvs. de kliniske opgaver, foretages der dog andre overvejelser, inden man vælger at udbyde.

En anden årsag der nævnes, er, at man ved indgåelse af samarbejder får mulighed for at *tiltrække kapital*. Investeringer i ny teknologi har typisk afgørende betydning, hvis der skal opnås rationaliseringsgevinster. Det kan i det offentlige sygehusvæsen være vanskeligt at tilvejebringe den nødvendige kapital til investeringer i nyt udstyr, og samarbejder med en eller flere private virksomheder om eksempelvis afprøvning og udvikling kan være en måde tilvejebringe nyt udstyr. Der er dog her for det meste tale om udviklingskontrakter og andre

former for offentlig-privat samarbejde end udbud og offentlig-private aktieselskaber, men der er også eksempler på at sygehusene har anvendt udbudsinstrumentet som led i teknologiske og produktionsmæssige fornyelser.

En tredje årsag til f.eks. at lægge lettere kliniske opgaver ud til private virksomheder (såsom privathospitaler) er, at man undgår at skulle dimensionere sygehusene til at kunne klare enhver spidsbelastning og for at undgå for lange ventelister.

En fjerde årsag der nævnes er, at man med offentlig-privat samarbejde generelt får mulighed for at trække på de kompetencer, som den private sektor ligger inde med, samtidig med at det private får mulighed for at trække på viden og kompetencer i den offentlige sektor. Ofte vil det således være denne "win-win" situation, der får både den offentlige og den private part til at indgå et samarbejde.

2.5 Fordele ved udliciteringer og offentlig- privat samarbejde

På baggrund af de erfaringer der foreløbig er gjort med udlicitering og andre former for offentlig- privat samarbejde på sygehusområdet, er det ud fra fokusgrupperne muligt at fremhæve en række oplevede fordele.

En af de fordele ved offentlig- privat samarbejde, som fokusgruppedeltagerne nævner, er, at de private virksomheder har mulighed for at specialisere sig i bestemte opgaver som f.eks. køkkendrift eller rengøring, hvilket medvirker til at skabe et bedre resultat.

Ved at "skrælle det uvæsentlige af ydelserne" og anvende de nyeste teknologier, har de private virksomheder mulighed for at *professionalisere* en opgave. Endvidere er der mulighed for at få udnyttet ubrugte potentialer, når der ses med nye øjne på en opgave, da man derved undgår den "hjemmeblindhed", som traditioner kan skabe.

Desuden nævnes det, at medarbejdere ofte udviser større engagement, når de tilhører kernemedarbejderne i et firma – som f.eks. et køkken- eller rengøringsfirma.

En anden fordel ved offentlig- privat samarbejde er, at der findes forskellige kompetencer inden for hhv. det offentlige og private. Ved f.eks. at indgå et offentlig- privat forskningssamarbejde om udvikling af nye medikamenter kan der drages nytte af den uundværlige viden, som lægerne sidder inde med, og de forretningsmæssige kompetencer som de private firmaer råder over. Det er opfattelsen blandt fokusgruppedeltagerne, at de to sektorer er ikke store nok i Danmark til at kunne løfte opgaven hver især.

Alt i alt er fordelene ved udlicitering og andre former for offentlig- private samarbejder på sygehusområdet, at der kan opnås en mere *effektiv drift*, at der kan drages nytte af *nye kompetencer*, at der bliver mulighed for at yde en *bedre service* og at der kan opnås *økonomiske besparelser*. Derudover giver udlicitering eller offentlig- privat samarbejde mulighed for at benytte det private som "bufferkapacitet".

Endelig gives der udtryk for, at konkurrence i sig selv er godt for både kvalitet og økonomi.

3. *Potentialer*

På baggrund af de erfaringer der indtil nu er gjort i forhold til udlicitering og offentlig- privat samarbejde på sygehusene, er det muligt at opstille et scenarium for, hvorledes offentlig- privat arbejde kan udvikle sig i fremtiden. Med udgangspunkt i erfaringerne er der basis for at skitsere, dels hvilke muligheder der er for at øge omfanget af offentlig- privat samarbejde på sygehusene, dels hvilke opgaver der egner sig, og hvilke der ikke egner sig.

Det er overvejende opfattelsen blandt fokusgruppemedtagerne, at serviceområdet tegner sig for det største potentiale. Med udgangspunkt i de fordele man indtil nu har oplevet – såsom effektivisering, økonomiske besparelser og bedre service udgør serviceområdet et stort potentiale. Der er på mange sygehuse en stor andel af serviceopgaverne, som ikke har været konkurrenceudsatte.

Derudover har erfaringerne vist, at indgåelse af offentlig- privat samarbejde især er fordelagtigt i de tilfælde, hvor der er behov for kapital til nyinvesteringer. Det gælder både i forbindelse med investeringer i nyt apparatur, der kan bidrage til at skabe et dynamisk forsknings- og behandlingsmiljø, hvilket videre kan bidrage til at sikre fastholdelse og rekruttering. Derudover gælder det investeringer i teknologi, der skal medvirke til at opnå rationaliseringsgevinster – f.eks. i forbindelse med serviceydelserne. Til eksempel kan nævnes, at et amt i stedet for selv at investere i ny teknologi på køkkenområdet har udliciteret kostproduktion til et privat firma, som har fået til opgave at sørge for teknologisk fornyelse og vedligeholdelse.

Forskningsområdet er ligeledes et af de områder der nævnes af fokusgruppemedtagerne som et område, hvor offentlig- private samarbejder kan blive mere udbredt. Flere af fokusgruppemedtagerne nævner i den sammenhæng, at det er vigtigt, at det private også gøres ansvarlig dels for uddannelse af personale dels for ny forskning. Potentialet består bl.a. i, at et samarbejde om forskning både kan være en fordel for det private og for det offentlige. Samarbejdet kan således fungere som en fælles udviklingsplatform for både offentlig og

privat. Disse potentielle win-win situationer er det nødvendigt at udnytte for at skabe flere samarbejder.

Grænserne for hvor udlicitering eller offentlig- privat samarbejde kan anvendes på serviceområderne fremhæves af nogle af fokusgruppedeltagerne som værende sygehusenes administrative opgaver såsom løn- og personalefunktioner. Der er dog ikke enighed herom, idet andre fokusgruppedeltagere indvendte, at også lønopgaven kan udføres i samarbejde med private virksomheder, og at der ikke på dette område er belæg for at monopolisere.

Derimod er der enighed om, at de kliniske kerneopgaver fortsat bør ligge hos det offentlige. Nogle deltagere mente dog, at der derimod intet er til hinder for at udlicitere eller samarbejde med private virksomheder om lettere kliniske opgaver, så længe kvaliteten ikke forringes.

Ligeledes fremhæver flere, at der er et potentiale i at tilknytte løst ansat arbejdskraft (vikarer) fra private virksomheder til at udnytte sygehusenes kapacitet på de tidspunkter af dagen eller i weekenden, hvor f.eks. operationsstuer ikke anvendes. Private virksomheder eller læger kan f.eks. anvende sygehusene faciliteter til at operere ventelistepatienter, der skal have foretaget lettere kliniske indgreb så som grå stær. Dette kan anvendes som et alternativ til at sende patienter til privathospitaler for at nedbringe ventelister.

4. *Barrierer*

Som det er fremgået ovenfor, er der i sygehusvæsenet en lang tradition for at samarbejde med private virksomheder. Det fremgår videre, at der de seneste år er sket en udvikling i de forskellige former for samarbejde, som på nogle områder går i retning af mere vidtgående samarbejdsformer, eksempelvis i form af joint ventures og/eller partnerskaber. Udviklingen kan dog endnu ikke siges at have et særligt stort omfang, sammenlignet med omfanget af de mere traditionelle kunde-leverandørforhold i sygehusvæsenet.

I forlængelse heraf belyses nedenfor ud fra de to fokusgrupper, hvilke forhindringer, der i dag opleves at være for offentlig-private samarbejder. Tillige er der gennemført enkelte telefoninterview med større servicevirksomheder, der indgår i offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet for at belyse barriererne set fra private virksomheders side.

Med forhindringer menes i denne sammenhæng dels barrierer, dvs. forhold som vanskeliggør etablering af offentlig-privat samarbejde, samt egentlige ulemper, som indebærer, at det vurderes mindre fordelagtigt eller decideret ufordelagtigt at etablere offentlig-privat samarbejde indenfor sygehusvæsenet.

Med offentlig-private samarbejder menes i denne sammenhæng samarbejdsformer, som rækker udover traditionelle samarbejder om produktudvikling, udviklingsaftaler, forskningssamarbejde m.v., dvs. der fokuseres på samarbejdsformer som udlicitering, partnerskaber og joint-ventures.

Det er vurderingen, at der på baggrund af de gennemførte fokusgrupper særligt bør fremhæves følgende områder som mulige forhindringer for en øget udbredelse af offentlig-privat samarbejde:

- Mangel på leverandører /fravær af et marked
- Personalets og ledelsens holdninger
- Øvrige holdningsmæssige barrierer
- Manglende viden i det offentlige

- Behovet for at se sygehuset som en helhed.

De barrierer og ulemper som beskrives i det efterfølgende er efter PLS RAMBØLLs vurdering i væsentligt omfang de samme, som også nævnes i forhold til et øget offentlig-privat samarbejde på andre områder, eksempelvis i forhold til det administrative område, som i lighed med sygehusvæsenets kerneydelser også først for nylig er kommet i fokus som et muligt samarbejdsfelt.

Også her er der blevet peget på modstand hos medarbejderne, og mere generelt på holdningsmæssige problemer, samt på fraværet af et velfungerende marked med mange kompetente leverandører med dokumenteret positive erfaringer.

4.1.1 Mangel på leverandører /fravær af et marked

Som en første forhindring fremhæves i fokusgrupperne mangel på leverandører / fravær af et marked. Denne forhindring skal særligt ses i relation til en udbredelse af offentlig-privat samarbejde på nye områder. På traditionelle samarbejdsområder som håndværkerydelser osv., hvor der ofte er et mangeårigt samarbejde med lokale virksomheder, er denne forhindring selv sagt ikke relevant.

På IT-området og i forhold til det administrative område, samt i forhold til at udbyde serviceopgaver i "bundtet" form udtrykkes derimod tvivl om, hvorvidt der er tilstrækkeligt med leverandører, som reelt har den nødvendige størrelse og viden til at kunne løfte opgaven – og til at skabe konkurrence.

Hvis markedet ikke er til stede eller fungerer effektivt nok, vil det være et problem i forhold til udbud og partnerskaber. På det kliniske område påpeges desuden, at der er et begrænset antal klinikere i Danmark. Fra flere sider udtrykkes således et ønske om at "få de private leverandører mere på banen med deres produkter og ydelser".

Ovenstående er delvist sammenhængende med en konstatering hos nogle fokusgruppemedlemmer, at der er et begrænset antal udenlandske leverandører på markedet for ydelser til sygehusene. Man oplever ikke, at internationaliseringen er slået igennem på dette område.

Som en mulig forklaring på dette peges på, at Danmark har et relativt begrænset befolkningsgrundlag og dermed i international sammenhæng udgør et relativt begrænset marked. Fra anden side påpeges en tradition for at købe dansk.

4.1.2 Kultur og holdninger

Holdningerne blandt det kliniske personale på sygehusene må på baggrund af fokusgrupperne vurderes at være en potentiel barriere for et øget offentlig-privat samarbejde.

Det understreges fra deltagerne, at der naturligvis er forskel på de konkrete ydelser således at modstanden vurderes at være mindst på de traditionelle områder, hvor man er vant til at samarbejde med private leverandører (hvilket i et vist omfang vurderes at spille positivt over på andre opgaver indenfor serviceområdet. Modstanden vurderes derimod at være størst på de kliniske områder, og her både hos læger og sygeplejersker).

Et interessant forhold i denne forbindelse er, at personalets modstand vurderes at være størst, såfremt der fysisk kommer andre ind på sygehusene udefra – købes derimod en ekstra kapacitet eksternt (eksempelvis i forbindelse med ventelisteprojekter) er modstanden mindre eller ikke-eksisterende.

Det er naturligvis vanskeligt at sige, hvad modstanden skyldes. Der peges i fokusgrupperne på flere forhold:

- At der er relativt stive faggrænser og forventninger til arbejdsgange og –processer.
- At der er en frygt for, at samarbejde med det private, og herunder særligt udbud, giver anledning til "at skulle løbe hurtigere", hvilket formentligt skyldes, at udbud ofte er blevet gennemført i forbindelse med besparelser.
- At der i forlængelse heraf er frygt for, at der vil være færre faglige udfordringer pga. en øget standardisering af arbejdsopgaverne.

Også rent ledelsesmæssigt peges på en potentiel holdningsmæssig barriere. Der gives dels udtryk for, at der kan være modstand mod at afgive nogle af sine opgaver /sit ansvarsområde. Samtidig har medarbejdernes modstand også en vis betydning. Som det formuleres af én af deltagerne ”orcker man ikke at have ballade med medarbejderne”.

Endelig fremhæves som en potentiel barriere for offentlig-privat samarbejde, at der generelt er stor politisk og mediemæssig fokus på sygehusområdet. Konkrete overvejelser vedrørende offentlig-privat samarbejde kan derfor alt andet lige få u hensigtsmæssig stor opmærksomhed og blive genstand for offentlige diskussioner og negativ medieomtale.

Den politiske styring af sygehusområdet kan dermed være anledning til en barriere for offentlig-privat samarbejde i det omfang politikerne er tilbageholdende med at løbe risici. Hypotesen om tilstedeværelsen af denne barriere understøttes af, at offentlig-privat samarbejde især er udbredt på sygehuse, som er længere væk fra den politiske styring end hovedparten af de offentlige sygehuse, herunder Hørsholm Sygehus og Aabenraa Sygehus.

4.1.3 Øvrige holdningsmæssige barrierer

Når ovenstående er sagt skal det på den anden side også fremhæves, at der fra flere sider gives udtryk for, at en væsentlig barriere for et øget offentlig-privat samarbejde på sygehusområdet er den megen fokus på barrierer!

Argumentet bygger på, at der er mange myter og misforståelser, som unødigt komplicerer forholdene.

Først og fremmest, at man i stedet for at starte med at definere et fælles formål og fælles målsætninger som regel tager udgangspunkt i, at parterne er meget forskellige, har forskellige interesser og målsætninger osv. Sandheden er måske snarere, at lighederne mellem den offentlige og den private sektor er mere fremtrædende end forskellene.

Dernæst, at disse misforståelse bliver bakket op af en anden myte, nemlig at resultatet bliver forringet kvalitet. Ofte vil der være tale om, at man i forbindelse med et samarbejde med en privat leverandør for første gang etablerer et grundlag for at måle kvaliteten – hvorved dette bliver mere synligt – og heraf opstår et større fokus på dette område; men ikke pr. definition en lavere kvalitet. Der er selvfølgelig eksempler på dette, men det vil ofte i lige så høj grad handle om en række udenomsopgaver, som falder væk, fordi de ikke indgår som en del af den samarbejdsaftale, der er indgået.

Det holdningsmæssige aspekt har således både en direkte side og en mere indirekte side.

4.1.4 Manglende viden

Som det er fremgået ovenfor, er det vurderingen, at der er en række holdningsmæssige barrierer for øget offentlig-privat samarbejde. Der er ikke hos politikere, ledelse og medarbejdere en generel positiv forventning til en privat leverandørs intentioner for at indgå i et samarbejde, men derimod en vis frygt for modsatrettede interesser, og for at den private leverandør udelukkende vil varetage et profithensyn – på bekostning af samarbejdet og den offentlige partner.

I den forbindelse fremhæves i fokusgrupperne på forskellige områder, hvordan manglende viden i sygehusvæsenet kan være med til at forstærke dette. Der tænkes på flere forskellige forhold:

- Manglende overblik over priser /omkostninger.
- Manglende overblik over ydelserne.
- Manglende viden om mulighederne.

Det manglende overblik over priser /omkostninger ved sygehusvæsenets forskellige ydelser som en forstærkende faktor: Mangel på information om priser /omkostninger skaber et ulige udgangspunkt for samarbejdet, som potentielt kan medføre indgåelse af en ufordelagtig kontrakt.

Som eksempel nævnes DRG-taksterne, der ikke kan siges at give et reelt grundlag for en kvalificeret sammenligning med en privat leve-

randørs priser pga. beregningsgrundlaget og desuden i nærværende sammenhæng kan kritiseres for at mangle kvalitetsaspektet.

Det manglende overblik over ydelserne vedrører det forhold, at der ikke er den store erfaring med kravspecificering, hvorfor det ofte opleves vanskeligt at formulere funktionskrav til ydelserne – og dermed at etablere grundlaget for et samarbejde.

Videre er det klart, at der er behov for at koble disse to forhold og etablere et egentligt overblik over sammenhængen mellem pris, kvalitet og indhold.

Endelig er der den manglende viden om mulighederne. Dette forhold er delvist beskrevet ovenfor i forbindelse med de myter som gør sig gældende på området og som afføder "automatreaktioner, hver gang der tales om offentlig-privat samarbejde". Men det påpeges også i fokusgrupperne, at der generelt mangler viden om de positive erfaringer og om de forskellige muligheder, som eksisterer for at komme omkring ved nogle af de mere typiske barrierer, jf. ovenfor. Som eksempel kan nævnes, at der efterspørges viden om de private leverandører samt at disse i højere grad kommer på banen.

Det blev endelig også nævnt i fokusgrupperne, at udbud og andre former for offentlig-privat samarbejde forudsætter en viden om udbudsreglerne, håndtering af processer m.v. som ikke alle sygehuse har. Der er dog generelt mulighed for at trække på viden og kompetencer i de amtslige sundhedsforvaltninger.

4.1.5 Behov for at se sygehusene som en helhed

Som en sidste potentiel barriere skal fremhæves forskellige kommentarer i fokusgrupperne, som alle tager udgangspunkt i et behov for at se sygehusene som en helhed.

For det første peges på, at det er et problem, hvis samarbejdet med de private leverandører begrænses til de lette opgaver med en stor volumen, således at det offentlige står tilbage med de tunge og mere komplicerede opgaver (der er tale om opgaver på det kliniske område). Der er forståelse for, at dette giver visse stordriftsmuligheder,

men samtidig understreges, at der er behov for en vurdering af de samlede konsekvenser – i og med en sådan løsning kan fordyre løsningen af de tilbageværende opgaver. Samtidig er det vurderingen, at en sådan tilgang kan være med til at forstærke modstanden hos personalet.

For det andet peges på, at sygehusene har en række øvrige opgaver, som kan være en barriere og som i det mindste bør indtænkes i forhold til øget offentlig-privat samarbejde. Der tænkes på opgaver som uddannelse (herunder uddannelsesstillinger og –forløb), forskning og akut behandling.

4.1.6 Barrierer set fra private virksomheder

I forbindelse med afdækningen af oplevede barrierer for offentlig-privat samarbejde er der blandt to private virksomheder, som løser serviceopgaver på sygehuse, indsamlet yderligere oplysninger gennem telefoninterview.

Virksomhederne oplever ikke, at der er formelle barrierer i forhold til gældende regler for etableringen af samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder.

Derimod peger man på at manglende sammenlignelighed med hensyn til kalkulationer udgør en barriere, idet det offentlige budget- og regnskabssystem ikke indeholder afskrivning og forrentning. Det er i sygehusvæsenet generelt ikke muligt at lave omkostningsægte beregninger, som viser hvad det koster at producere de enkelte ydelser, og virksomhederne oplever at der ofte er store variationer med hensyn til hvad der medtages i beregningerne. Tillige oplever virksomhederne vanskeligheder i forbindelse med at fremskaffe tilstrækkeligt pålidelige produktionstal til at kunne udarbejde priser og investeringskalkulationer.

For det andet peger virksomhederne på konstaterede skævheder i forhold til moms, idet virksomhederne ikke som amterne kan afløfte moms ved indkøb af materialer og udstyr. Dette medfører at virksomhedernes omkostningsstruktur påvirkes. Set fra virksomhedernes synsvinkel kan sygehusene producere ydelserne billigere på grund af

muligheden for at løfte moms'en af. Et af firmaerne har oplyst, at der i Sverige - som følge af en større privat andel i produktionen af sundhedsydelser - skulle være indført en momsordning som ligestiller offentlige og private udbydere af sundhedsydelser.

Set fra virksomhederne indebærer de nævnte forhold i princippet en konkurrenceforvriddning, idet offentlige udbydere opgør omkostningerne ud fra andre forudsætninger end virksomhederne, og de offentlige omkostninger er derfor ikke sammenlignelige med markedspriserne.

Set fra virksomhederne nævnes også som en hæmsko for udvikling af offentlig-privat samarbejde, at der undertiden ikke er tilstrækkelig politisk afklaring inden samarbejdet indledes. Dette kan medføre at der opstår politisk usikkerhed og at indledte samarbejder afbrydes efter at virksomhederne har anvendt betydelige ressourcer til forberedelse og opstart. Der efterlyses større kontinuitet i den erhvervspolitiske linie og i politikken omkring inddragelse af private virksomheders kompetencer.

Beslutningsprocesserne i sygehusvæsenet opfattes som meget tunge og den politiske proces omkring samarbejder som unødvendigt besværlig. Set med virksomhedernes øjne søger politikerne at sikre sig på alle måder i samarbejdet med private virksomheder, hvilket giver langsommelige processer og en skæv risikodeling til ugunst for de private samarbejdspartnere.

Endelig ses det som en barriere for at øge samarbejdet på de kliniske områder, at private udbydere af eksempelvis laboratorieydelser på offentlige sygehuse ikke har mulighed for at behandle både patienter henvist af det offentlige sundhedsvæsen og private patienter. For de private udbydere er større volumen en mulighed for at øge effektivitet og rentabilitet, men volumenforøgelsen kan efter nugældende regler ikke ske ved at eksempelvis forsikringspatienter får adgang til ydelser fra den private udbyder. Dette begrænser mulighederne for at virksomhederne kan få indtjening nok til at kunne investere i det nyeste udstyr.

5. *Indsatsområder*

PLS RAMBØLL har endelig i forbindelse med nærværende undersøgelse spurgt deltagerne i de gennemførte fokusgrupper om, hvilke særlige indsatsområder og initiativer, som kan være med til at fremme omfanget af offentlig-private samarbejder på sygehusene. Der skal i forlængelse heraf særligt fremhæves følgende forslag:

1. Inspiration og vejledning
2. Opmærksomhedsskabende aktiviteter
3. Markedsfremmende initiativer
4. Anvendelse af økonomiske incitament.

5.1.1 **Inspiration og vejledning**

Der er i fokusgrupperne blevet peget på et behov for inspiration og vejledning for herved at forøge den tilgængelige viden samt i øvrigt at fremme de konkrete processer og de hertil hørende udfordringer, som følger med etablering af offentlig-privat samarbejde. Der har konkret været peget på følgende tiltag:

- Udarbejdelse af eksempelsamlinger
- Udarbejdelse af metodevejledninger
- Etablering af en internetportal.

Ad eksempelsamlinger: Der er fra flere sider blevet peget på, at den væsentligste metode til håndtering af de holdningsmæssige barrierer går via det gode eksempel, som konkret viser, at de forskellige negative forventninger ikke er har noget på sig.

Det kan på denne baggrund anbefales, at der udarbejdes konkrete eksempelsamlinger, som eksplicit adresserer de spørgsmål, som typisk rejses i forbindelse med offentlig-privat samarbejde. Der bør i den forbindelse så vidt muligt indgå navne på konkrete kontaktpersoner. Der kan med fordel indgå case-beskrivelser, som bredt dækker de forskellige opgaveområder og de forskellige former for offentlig-privat samarbejde.

Ad metodevejledninger: Der er fra forskellige side blevet peget på et behov for egentlige vejledninger, eksempelvis i forhold til fastlæggelse af pris og kvalitet (kravspecificering). Der kan også være tale om kompetenceopbygning i forhold til håndtering af EU-direktiverne (hvor går eks. grænserne for indgåelse af partnerskaber i forhold til forhandlingsforbud osv.).

Ad etablering af internetportal: Eksempelsamling og metodevejledninger er i fokusgrupperne foreslået samlet via etablering af en internetportal, hvor man helt overordnet kan udveksle viden og inspiration. Internetportalen kan også indeholde et idékatalog med utraditionelle ideer til fremme af offentlig-privat samarbejde.

5.1.2 Opmærksomhedsskabende og markedsfremmende aktiviteter

Videre påpeges i fokusgrupperne, at der generelt kan være et behov for at skabe opmærksomhed om mulighederne for offentlig-privat samarbejde. Partnerskaber, joint ventures osv. er ikke nødvendigvis områder, der er et udbredt kendskab til, hvorfor det vil kunne virke positivt med eksempelvis gennemførelse af et roadshow med fokus på sådanne forhold eller afholdelse af en konference.

Ved sådanne lejlighed er det afgørende, at der medvirker repræsentanter for begge parter, som har konkrete erfaringer.

Det er generelt indtrykket, at der på en række områder ikke er det fornødne kendskab mellem de potentielle private leverandører og sygehusvæsenet. Dette taler for gennemførelse af yderligere en række markedsfremmende aktiviteter, i første omgang for at afholde nogle arrangementer (eks. workshops), hvor parterne har mulighed for at møde hinanden og uformelt diskutere mulighederne for fremtidige samarbejde.

5.1.3 Anvendelse af økonomiske incitamenter

I forlængelse af behovet for gode eksempler nævner én af fokusgrupperne, at det bør overvejes at anvende økonomiske incitamenter i en startfase, eksempelvis via konkret projektstøtte til etablering af forskellige former for nyskabende offentlig-privat samarbejde mod at

erfaringerne stilles til rådighed for andre. Som eksempel foreslås afholdelse af projektkonkurrencer.

I en af fokusgrupperne drøftedes også mulighederne for markeds-skabelse gennem øgede incitamerter til joint ventures. Generelt fandt man begrænsningerne i gældende lovgivning for etablering af fælles aktieselskaber for restriktive. Der efterlystes incitamerter til skille opgaver ud, som egner sig til forretningsmæssig drift.