

Offentligt-privat samarbejde i sygehusvæsenet

- **Beskrivelse og analyse af en række cases til belysning af offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet**

September 2002

Forord

Sygehusvæsenet har en lang tradition for samarbejde med private virksomheder. Spektret spænder fra indkøb af store og små forbrugsvarer til udvikling og afprøvning af medicin i patientbehandlingen.

I de senere år er der imidlertid kommet fokus på en række nye samarbejdsformer. Det drejer sig eksempelvis om udliciteringer, partnerskaber og joint ventures.

Det er formålet med denne rapport at medvirke til inspiration og fortsat udvikling af sygehusvæsenet ved at kaste lys over nogle af de praktiske erfaringer, der allerede i dag findes med etablering af de nye samarbejdsformer mellem det offentlige sygehusvæsen og private virksomheder.

Analysen er en baggrundsrapport til rapporten ”Bio-/sundhed – et ny partnerskab for vækst”, som er skrevet af Task Forcen for fremtidens bioteknologi, sundhed og erhverv. Task forcens rapport indgår i arbejdet med regeringens vækststrategi (Vækst med vilje) og indeholder en række forslag, der har til formål at forbedre vækstvilkårene for bio-sundhedserhvervene.

Jesper Rasmussen
kontorchef
Erhvervs- og Boligstyrelsen

Indhold

<u>1. Indledning</u>	4
<u>1.1. Baggrund</u>	4
<u>1.2. Hovedkonklusioner</u>	4
<u>2. Rapportens metode og opbygning</u>	5
<u>2.1. Metode</u>	5
<u>2.2. Rapportens indhold og opbygning</u>	6
<u>3. Offentligt-privat samarbejde i sygehusvæsenet – den teoretiske analyseramme</u>	7
<u>3.1. Samspil i sygehusvæsenet – et overblik</u>	7
<u>3.2. Vurdering af case-materialet</u>	11
<u>3.3. Kriterier for vurdering af de enkelte cases</u>	12
<u>4. Erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet</u>	13
<u>4.1. Leverandøraftaler</u>	13
<u>4.2. Partnerskaber</u>	27
<u>4.3. Joint-ventures</u>	36
<u>4.4. Andre</u>	40
<u>5. Offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet – en status</u>	42
<u>5.1. Rationaler for offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet</u>	42
<u>5.2. Resultaterne af offentlige-private samarbejder i sygehusvæsenet</u>	44
<u>5.3. Barrierer og muligheder for offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet</u>	45
<u>5.4. Internationale erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet</u>	47
<u>5.5. Amtskommunernes rolle i offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet</u>	48
<u>6. Konklusion og anbefalinger</u>	48
<u>Bilag 1. Litteratur og referencer</u>	51
<u>Bilag 2. Vurdering af det økonomiske omfang af offentlig-privat samspil i sygehusvæsenet</u>	53
<u>Bilag 3. Det britiske sundhedsvæsens opbygning</u>	54

1. Indledning

1.1. Baggrund

Til brug for opfølgningen på ressourceområder rapporten ”Medico/Sundhed” fra marts 2001 har Erhvervs- og Boligstyrelsen ønsket udarbejdet en rapport, der opsamler danske erfaringer med løsningsmodeller, der inddrager private kompetencer i driften af de offentlige sygehuse.

På den baggrund indgik Erhvervs- og Boligstyrelsen aftale med Institut for Serviceudvikling om udarbejdelse af en rapport med det formål at belyse følgende:

1. Erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet
2. Organisering af offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet
3. Potentialer i offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

Ad 1.

Det primære mål med rapporten er at beskrive en række cases, som kan illustrere inddragelse af private kompetencer på forskellige områder i sygehusvæsenet. Beskrivelserne skulle primært omfatte danske cases suppleret med internationale erfaringer samt omfatte såvel kliniske som ikke-kliniske områder.

På baggrund af de beskrevne cases er det endvidere hensigten at redegøre for:

- de positive og negative erfaringer, der er opnået
- de barrierer og muligheder, som de beskrevne cases illustrerer.

Ad 2.

Ud over udarbejdelsen af en række case-beskrivelser skal rapporten beskrive rationalerne bag en række afprøvede og potentielle samarbejdsformer med inddragelse af private kompetencer i driften af det offentlige sygehusvæsen. Det kan eksempelvis dreje sig om udlicitering, joint ventures og andre samarbejdsformer.

Der gives en vurdering af de problemstillinger og udfordringer, der knytter sig til disse samarbejdsformer. Erfaringerne fra det opsamlede case-materiale sammenkædes med Institut for Serviceudviklings generelle erfaring og viden i disse vurderinger.

I forlængelse af de organisatoriske beskrivelser og vurderinger beskrives også amtskommunernes rolle og kompetencer i kommercialiseringen af den sundhedsfaglige viden.

Ad 3.

På baggrund af de udviklingstendenser, der kan forventes på medico-sundhedsområdet, er det målet med rapporten at vurdere de muligheder og konsekvenser for offentligt-privat samarbejde, som udviklingen må forventes at medføre.

1.2. Hovedkonklusioner

Rapporten beskriver en række cases som illustrer samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder.

Rapporten viser, at der eksisterer en lang række samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. Langt hovedparten af disse er leverandøraftaler mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. Der er generelt meget få eksempler på mere omfattende samarbejder i form af partnerskaber og joint ventures.

Rationalerne for etablering af samarbejder med private virksomheder er som oftest ønsker om økonomiske og kapacitetsmæssige gevinster eksempelvis i form af effektiviseringer, besparelser eller en billigere kapacitetsudnyttelse.

Disse samarbejder etableres som oftest som leverandørydelser og ofte med stor succes; også på sygehusvæsenets kerneområder.

De væsentligste barrierer, de beskrevne cases viser er:

- Holdningsmæssige barrierer; såvel politisk som hos medarbejderne
- Sygehusvæsenets indadvendthed. Der er mangel på tradition for fokus på mulighederne for samarbejde med private virksomheder i sygehusvæsenet
- Det begrænsede private leverandørmarked for ydelser der kan matche sygehusvæsenets egen opgaveløsning.

Rapporten anbefaler:

1. at der sættes øget ledelsesmæssig fokus i amter og på sygehuse på mulighederne i offentlig-privat samspil.

2. at der i amterne fokuseres mere at arbejde med sammenhængen mellem den erhvervspolitiske og den sundhedsmæssige indsats.

3. at der arbejdes med markedsudvikling af flere potentielle private leverandører til sygehusvæsenet.

4. at der sættes positiv fokus på de holdningsmæssige barrierer, der fortsat findes omkring samarbejder med private virksomheder.

2. Rapportens metode og opbygning

2.1. Metode

Som beskrevet tidligere er det primære mål med denne rapport at beskrive en række cases som illustration af offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet. Ligeledes fokuserer rapporten primært på nogle af de nye samarbejdsformer, der er kommet i fokus i de senere år. Det er således ikke målet med rapporten at give hverken et fuldstændigt eller videnskabeligt objektive billede af, hvordan offentlig-private samarbejder fungerer i sygehusvæsenet.

De data, som rapporten bygger på, er baseret på:

- telefoninterviews
- internetsøgning
- eksisterende litteratur
- eksisterende materiale og viden i Institut for Serviceudvikling

Særligt skal opmærksomheden henledes på, at valget af case-formen som udgangspunkt for beskrivelse af problemstillinger og muligheder i offentlig-private samarbejder har den indbyggede bias, at potentielle samarbejder muligvis aldrig er indledt på grund af erkendelse af barrierer for etablerin-

gen allerede i de indledende overvejelser. En række relevante problemer - eksempelvis juridiske barrierer for etablering af et samarbejde - kan således være helt ude for denne rapportes rækkevidde, idet det aldrig er blevet til en case.

Det er i de repræsenterede cases tilstræbt at få data fra såvel de involverede offentlige som private aktører. Ligeledes er det tilstræbt at få så megen konkret viden som muligt om de enkelte cases repræsenteret i materialet.

Endelig skal nævnes, at de beskrevne offentlig-private samarbejder der er anvendt som cases i denne rapport indeholder et forretnings- og konkurrencemæssigt aspekt for de private virksomheder, der indgår i samarbejdet. Som følge heraf har der i enkelte tilfælde været begrænsninger i interviewpersonernes lyst eller mulighed for at udtale sig om projektet. Problemstillingen har i et enkelt tilfælde ført til, at casen er beskrevet i anonymiseret form.

2.2. Rapportens indhold og opbygning

Som indledning til gennemgangen af det indsamlede case-materiale beskrives i afsnit 3.1 en systematik for gruppering af de hidtidige erfaringer med offentligt-privat samarbejde på sygehusområdet. Systematikken grupperer offentlig-private samarbejder dels efter aftaletype og dels efter, hvorvidt der er tale om kliniske (kerne-) eller ikke-kliniske (service-)opgaver. Endvidere beskrives vurderingskriterierne for case-materialet generelt i afsnit 3.2.

Systematikken anvendes efterfølgende til gruppering af de beskrevne cases, der gennemgås i afsnit 4.1- 4.4.

I kapitel 5 gives en samlet vurdering af offentligt-privat samspil i sygehusvæsenet med udgangspunkt i case-materialet blandt andet vedrørende:

- de positive og negative erfaringer, der er opnået
- de barrierer og muligheder, som de beskrevne cases illustrerer
- de generelle problemstillinger og udfordringer
- de realiserede og potentielle gevinster ved offentligt-privat samarbejde

I forlængelse heraf vurderes også amtskommunernes rolle og kompetencer i kommercialiseringen af den sundhedsfaglige viden.

Endelig konkluderes i kapitel 6, ligesom der gives en række anbefalinger for udviklingen af offentligt-privat samarbejde på medico-sundhedsområdet.

3. Offentligt-privat samarbejde i sygehusvæsenet – den teoretiske analyseramme

3.1 Samspil i sygehusvæsenet – et overblik

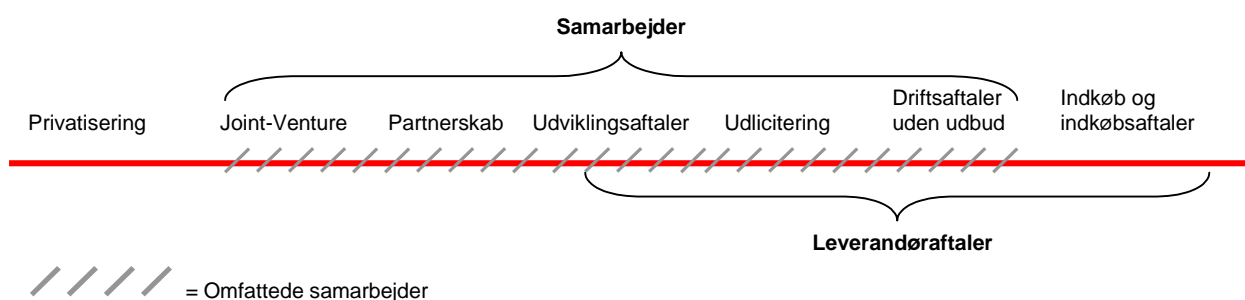
Sygehusvæsenet er kendetegnet ved en omfattende kontakt med private virksomheder i form af leverandøraftaler og samarbejder. Langt hovedparten af disse kontakter er relateret til køb af de forbrugsvare, apparaturer, bygninger m.v., som anvendes i sygehusvæsenets daglige arbejde. En anden omfattende gruppe af kontakter er udviklingsaftaler vedrørende medicinafprøvning. Kvalitetsinstituttet udarbejdede i 1998 for Erhvervsministeriet en statusbeskrivelse¹ vedrørende de mest almindelige samspilsformer i sygehusvæsenet; indkøb, serviceaftaler og udviklingsaftaler. For indblik heri henvises der til den udarbejdede rapport.

I de senere år er sygehusvæsenets kontakter til private virksomheder imidlertid udvidet med en række mere intensive *samarbejder* mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. Det drejer sig eksempelvis om de forsøg, der er gjort med udlicitering af opgaver, om leverandøraftaler med tæt gensidigt samarbejde og om dannelsen af fælles selskaber med det formål at udvikle eller billiggøre driften af sygehusvæsenet. På det allerseneste har begrebet partnerskaber også gjort sit indtog i sygehusvæsenet.

Det er denne type af samarbejder, som denne rapport primært beskæftiger sig med. Omvendt behandler rapporten ikke yderpunkterne i samspillet mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. Det drejer sig om regulære privatiseringer i den ene ende og konkrete indkøb af varer i den anden ende.

Det samlede samspil i form af samhandel og samarbejde kan illustreres som i figur 1.

Figur 1. Oversigt over rapportens dækningsområde



Grænsedragningen mellem leverandøraftaler og samarbejde er naturligvis ikke særlig præcis. Det er imidlertid kendetegnende for de senere års samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder, at de i langt højere grad end tidligere indebærer behov for en tæt og løbende dialog om samarbejdet og dets resultater. Man kan således sige, at den type samarbejder, som denne rapport primært beskæftiger sig med, indebærer mere forpligtende - og som oftest også længerevarende - relationer mellem sygehusvæsenet og de private virksomheder, end indkøb af produkter og ydelser normalt forudsætter.

¹ Kvalitetsinstituttet, oktober 1998: "Erfaringer med offentligt/privat samspil på sygehusområdet".

Endelig har samarbejdet mellem sygehusvæsenet og private virksomheder - når der ses bort fra forsøg med medicinafprøvning - bevæget sig fra primært at omfatte ikke-kliniske serviceydelser til i stadig stigende grad også at omfatte de kliniske områder.

Sammenfattende beskæftiger denne rapport sig primært med de nye typer af forpligtende samarbejdsaftaler mellem sygehusvæsenet og private virksomheder, der i de seneste år er gjort forsøg med på såvel de kliniske som ikke-kliniske områder.

I figur 2 er skematisk vist, hvordan disse nye samarbejdsaftaler kan grupperes efter aftale- og opgavetype. Rapportens case-beskrivelser er i det efterfølgende systematiseret efter grupperingen. De enkelte grupperinger er nærmere beskrevet nedenfor med udgangspunkt i de forskellige aftaletyper.

Figur 2. Gruppering af offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

Opgavetype:	Kliniske opgaver	Serviceopgaver
Samarbejdsaftale:		
Leverandøraftaler		
Partnerskaber		
Joint-ventures		
Andre		

Om grupperingen efter opgavetype

Skellet mellem sygehusvæsenets kliniske og ikke-kliniske opgaver udviskes gradvist i disse år. Det skyldes dels den teknologiske udvikling og dels specialiseringen og de forbedrede medicinske behandlingsmuligheder, der sker inden for de enkelte kliniske specialer. Der er her ikke plads til en dybere beskrivelse af konsekvenserne af denne udvikling. Udviklingen betyder imidlertid, at kravene til sygehusenes ikke-kliniske funktioner gradvist øges, herunder også kravene til viden om og deltagelse i de kliniske opgaver. Som eksempler herpå kan nævnes, at opgaver som portørfunktioner, madproduktion og teknikerfunktioner i stadig stigende grad kræver indsigt i det kliniske arbejde, der foretages inden for de enkelte specialer.

Samtidig - og delvist som konsekvens heraf - er grænserne for, hvilke opgaver der skal opfattes som serviceopgaver, til diskussion. En række af de patientrelaterede opgaver som eksempelvis anæstesi, røntgenundersøgelse og fysioterapi kan i vidt omfang ses som servicefunktioner til de behandlende specialer.

Samlet set kan grænsedragningen mellem kliniske opgaver og serviceopgaver derfor ikke fastslås helt præcist. Når det alligevel er valgt at anvende opdelingen her, skyldes det, at samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder historisk set har taget sit udgangspunkt i serviceområderne - formentlig fordi serviceområderne ikke har været betragtet som sygehusvæsenets kerneopgave og dermed er mindre politiske i sin karakter. Ligeledes har det på serviceområderne været nemmere at definere afgrænsede og relevante opgaver som mål for samarbejdet. Opdelingen i denne rapport kan altså ses som en fortsættelse af en historisk tradition for en skelnen, der fortsat er relevant, men som i de senere år har været under udviskning.

Om grupperingen efter aftaletype

Samarbejdsaftaler mellem sygehusvæsenet og private virksomheder kan være mere eller mindre omfattende med hensyn til samarbejdsparternes gensidige relationer:

- størrelsen af det indholdsmæssige omfang
- hvor forpligtende samarbejdet er
- kravene til, hvor tæt der samarbejdes

Det må generelt antages, at jo mere kompliceret opgaveløsningen er, des mere forpligtende og tæt må samarbejdet være for at opnå succes.

Ligeledes kan rationalerne for etableringen af samarbejdet variere. Rationalerne kan eksempelvis være:

- økonomisk effektivisering
- kvalitetsmæssig udvikling
- udvikling i patient- og medarbejdertilfredshed
- kompetenceudvikling for medarbejdere
- proces- og produktinnovation

Endvidere skal det bemærkes, at rationalerne kan variere mellem de deltagende parter i et samarbejde. Det må antages, at jo mere forpligtende samarbejdet er, des mere vil fælles rationaler være afgørende for succes.

Endelig kan det juridiske grundlag, hvorpå der samarbejdes, naturligvis variere.

Den gruppering efter aftaletyper, der er anvendt i denne rapport, tager udgangspunkt i en juridisk skelnen mellem forskellige aftaleformer, men søger samtidig at inddrage de øvrige faktorer; samarbejdsrationaler og forventningerne til de gensidige relationer. Der er således eksempelvis i skellet mellem udlicitering af en opgave og etablering af et joint-venture et klart juridisk forskelligt grundlag for samarbejdet.

Skellet mellem en udlicitering og et partnerskab er derimod ikke nødvendigvis juridisk forskelligt. Der er i case-materialet eksempler på partnerskaber, som er etableret med udgangspunkt i et udbud. Når en række aftaler med varierende juridisk grundlag er grupperet som partnerskaber, skyldes det, at der klart i aftalegrundlaget og i det praktiske samarbejde er udtrykt intentioner om et mere forpligtende og omfattende samarbejde, end en udlicitering normalt forudsætter, men uden en egentlig selskabskonstruktion.

De enkelte opgavetyper er nærmere beskrevet nedenfor.

Det antages, at graden af omfang, forpligtelse og krav til tæthed i samarbejdet øges, hvis der skal opnås succes, des længere ned i matricen i figur 2 en samarbejdsaftale kan placeres.

Leverandøraftaler

Den del af leverandøraftalerne, som denne rapport omfatter, består af aftaler om, at private virksomheder løser større eller mindre opgaver eller delopgaver af sygehusvæsenets drift. Det kan eksempelvis dreje sig om køb af operationskapacitet til løsning af mindre eller midlertidige venteliste-problemer eller indgåelse af større servicekontrakter vedrørende servicering af avanceret teknisk

udstyr. Langt den mest omfattende del af leverandøraftalerne er dog køb af forbrugsvarer og enkeltstående tjenesteydelser. Aftalegrundlaget vil som oftest være reguleret kontraktligt. Leverandøraftaler kan indgås med eller uden et forudgående udbud.

Partnerskaber

”Partnerskab” er blevet et moderne begreb, som mange organisationer anvender til beskrivelse af de samarbejdsrelationer, de har til andre organisationer og samarbejdspartnere. I de seneste år er begrebet i stadigt stigende omfang også blevet anvendt om samarbejder mellem den offentlige og den private sektor. Typisk anvendes partnerskabsbegrebet i flæng eksempelvis såvel om flere af de offentlige/private selskabsdannelser som om nogle af de samarbejdsaftaler, der indgås mellem offentlige myndigheder og private virksomheder, uden at der indgås aftaler om fælles organisatoriske konstruktioner.

Partnerskabsbegrebet dækker altså i daglig tale over et væld af aftaler fra de mest simple samarbejds- og udviklingsaftaler til mere veludviklede samarbejdsmodeller i form af selskabsdannelser, hvor der dog også er kolossal stor forskel i den enkelte samarbejdspartners indflydelses- og udviklingsmuligheder.

Begrebet anvendes også i udlandet, hvor det dækker over en lang række forskellige samarbejdsaftaler i forbindelse med etablering af samarbejder via gennemførelse af udbud/udliciteringer. Specielt i England bruges partnerskaber direkte i en række af de aftaler, der indgås mellem den offentlige sektor og private leverandører om udførelse af offentlige driftsopgaver. I England anvendes begrebet således også om almindelige køber-/leverandørsamarbejder.

Samlet set er begrebet dermed reelt meget uklart defineret.

Udgangspunktet for denne rapport har derfor været, at kun cases, hvor et betydeligt antal af nedenstående kriterier² har været opfyldt, er defineret som partnerskabskonstruktioner:

- Der skal være gensidig respekt.
- Samarbejdet skal bygge på tillid.
- Det skal være to eller flere ligeværdige partnere.
- Der skal være et fælles økonomisk incitament.
- Der skal udarbejdes fælles mål.
- Der skal være en fælles risikodeling.
- Der skal være et samarbejde.
- Der skal være åbenhed.
- Der skal være en fælles beslutningsdygtighed.
- Der skal være en fælles læring.
- Der skal formuleres fælles værdier.
- Der skal være fælles udviklingsperspektiver.

Aftalegrundlaget kan imidlertid variere. I visse af de cases, der er beskrevet i denne rapport, danner et udbud grundlaget for en partnerskabsaftale. Det kan diskuteres, om der i disse tilfælde er tale om egentlige partnerskaber, idet udbyder altid kan skille sig af med partneren, og at der dermed kan være tvivl om ligeværdigheden. Problemstillingen skal ikke uddybes yderligere her, men bør gøres til genstand for yderligere analyse i andre sammenhænge.

² Kriterierne udgør de kriterier Institut for Serviceudvikling normalt anvender til at karakterisere et partnerskab.

Joint-ventures

I modsætning til partnerskaber indebærer etableringen af joint-ventures en klar juridisk aftale mellem parterne, idet der er tale om en fælles selskabsdannelse³.

Selskabsdannelsen kan eksempelvis ske med det formål at udvikle et område kvalitetsmæssigt eller med henblik på fælles salg af selskabets ydelser.

Andre

I denne gruppe falder andre samarbejder, der ikke umiddelbart har kunnet placeres, under de ovenfor beskrevne grupper.

3.2. Vurdering af case-materialet

I figur 3 er rapportens case-materiale grupperet efter de beskrevne retningslinier.

Figur 3. Offentligt-privat samarbejde i sygehusvæsenet - overbliksskema

	Kliniske områder	Serviceområder
Leverandør-aftaler	<ul style="list-style-type: none"> Case 1. ScanSleep – privat fokus og udvikling på et specialområde Case 2. Privatejet skanner på Åbenrå Sygehus Case 3. MSL Medical driver privatejet rullende nyrestensknuser i Ringkøbing Amt Case 4. Skotland: Ross Hall Hospital. Et privathospital leverer kapacitet til offentlige sygehuse Case 5. Udbud af portør- & rengøringsopgaver på Grindsted/Brørup Sygehus Case 6. Udbud af sygeplejerskevikar til 3 sygehuse i Frederiksborg Amt Case 7. Privathospitalet Hamlet – "ventelisteafvikleren" – eksempel med udgangspunkt i Frederiksborg Amt 	<ul style="list-style-type: none"> Case 8. Private lægesekretærer løser opgaver for Vejle Sygehus Case 9. Vejle Sygehus og IBM: Udbud af udvikling af elektronisk patientjournal
Partnerskaber	<ul style="list-style-type: none"> Case 10. Fyns Amt og Skandinaviske Patienthotell AB: Partnerskabsaftale om drift og ledelse af patienthotel Case 11. Ledelse og udvikling på Rønne Central-sygehus – samarbejde med privathospitalet Hamlet 	<ul style="list-style-type: none"> Case 12. Skotland: New Hairmaiers. Partnerskab om drift af ikke-kliniske funktioner. Case 13. Frederiksborg Amt og ISS Hospitalsservice: Partnerskab om drift af Hørsholm Sygehus Case 14. Nordjyllands Amt og Pharmal: Partnerskab om udvikling af sprøjteproduktion på sygehusapoteket i Aalborg
Joint-ventures		<ul style="list-style-type: none"> Case 15. Fyns Amt og Completa A/S: Drift af serviceopgaver Case 16. Anonym case: Etablering af selskab til servicepartnerskab
Andre	<ul style="list-style-type: none"> Case 17. Ronald McDonald Hus på Rigshospitalet 	

I arbejdet med indsamlingen af case-materialet er det blevet klart, at offentlig-private samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder i altovervejende omfang skal findes som inden for gruppen af leverandøraftaler. Det drejer sig naturligvis i første række om indkøb og indkøbsaftaler. Disse er ikke behandlet yderligere i denne rapport.

En anden væsentlig del af leverandøraftalerne udgøres af driftsaftaler indgået med eller uden forudgående udbud. Det kan være serviceaftaler, ventelisteafviklingsaftaler, udliciteret rengøring o.lign. Især gruppen af mindre driftsaftaler uden forudgående udbud er stor. Gruppen er valgt repræsenteret med i alt 9 cases i materialet, hvilket er betydeligt mindre end det samlede antal af denne type aftaler i sygehusvæsenet.

³ Lov 384.

Herefter kommer udviklingsaftaler, herunder især aftaler om medicinaprøvning. Gruppen har ikke overvældende økonomisk betydning, om end den faglige og medicinske betydning er stor. Gruppen er ikke repræsenteret i materialet.

Det kan konstateres, at omfanget af partnerskaber og joint-ventures i sygehusvæsenet er meget lille set i forhold til leverandøraftalerne - såvel i antal som økonomisk. Der er således en reel overrepræsentation af disse cases i materialet som følge af ønsket om at belyse især udviklingstendenserne på dette område.

Det vurderes, at langt de fleste af de cases, der kan findes i Danmark, er repræsenteret i materialet. Særligt skal det bemærkes, at der ikke er fundet cases, som vedrører joint-ventures på de kliniske områder.

Den samlede værdi af offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet lader sig inden for rammerne af denne rapport kun skønsmæssigt⁴ opgøre. På baggrund af nøgletal for amterne er det imidlertid muligt at give et indtryk af størrelsesforholdene mellem leverandøraftaler og andre aftaler i sygehusvæsenet. Det vurderes, at det samlede omfang af leverandøraftaler i det danske sygehusvæsen udgør ca. 7,5 - 9,3 mia. kr. pr. år. Heroverfor står et samlede omfang af partnerskaber, joint-ventures og andre samarbejdskonstruktioner, der skønnes at udgøre mindre end 0,2 mia. kr.

3.3. Kriterier for vurdering af de enkelte cases

I afsnittene 4.1 – 4.4 gennemgås en række cases på offentligt-privat samarbejde i det danske sygehusvæsen. De danske cases er endvidere suppleret med nogle cases fra udlandet. Med henblik på at kunne vurdere case-materialet er dette beskrevet på tre dimensioner:

1. Hvad har været i rationalet ved indgåelsen af samarbejdsaftalen?

Valget af indgåelse af en samarbejdsaftale med en privat virksomhed kan have forskellige begrundelser. I arbejdet med indsamlingen af case-materialet er det valgt at fokusere på 5 forskellige begrundelser:

- **Økonomi og kapacitet.** Er det ønsker om besparelser, effektiviseringer, bedre kapacitetsudnyttelse, markedsudvidelser eller lignende, der begrunder samarbejdsaftalen?
- **Tilfredshed.** Har ønsket om øget patient-, medarbejder- eller kundetilfredshed været i fokus?
- **Kvalitet.** Er samarbejdet begrundet i ønske om en forbedret kvalitet eller øget tilgang af kvalitativ kompetence?
- **Proces- og produktinnovation.** Er der fokus på behov og ønsker om øget produkt- og procesinnovation?

Ligeledes beskrives de opnåede resultater, hvor dette har været muligt at vurdere.

2. Hvilke barrierer og muligheder kan identificeres i samarbejdsprojekterne?

Et samarbejde kan være hindret eller fremmet af forskellige forhold. For at belyse eventuelle barrierer for samarbejdet er det i case-materialet valgt at fokusere på følgende:

- **Juridiske barrierer.** Lovgivning, interne regler m.m.
- **Økonomiske barrierer.** Eksempelvis forskelle i regnskabsregler og praksis, manglende muligheder for at skaffe finansiering, manglende marked m.m.

⁴ Bilag 2.

- **Organisatoriske barrierer.** Kategorien spænder over en vid række af organisatoriske problemstillinger. Det kan eksempelvis være manglende samarbejde mellem parterne, manglende ledelsesmæssige kompetencer eller manglende afklaring af ansvars- og kompetencefordeling.
- **Ideologiske barrierer.** Her er tale om den eventuelle politiske barriere, der måtte være mod etablering af samarbejdet.
- **Personalemæssige barrierer.** Endelig fokuseres der på, om modstand hos medarbejderne eller grupper af medarbejdere har været af betydning.

De muligheder, som samarbejdspartnerne ser, kan være mere eller mindre relateret til den konkrete case. De beskrevne muligheder er primært anvendt til Institut for Serviceudviklings samlede vurdering (i kapitel 5 og 6) af udviklingsmuligheder, der ligger i etablering af offentlig-private samarbejder.

3. Samlet vurdering af succes eller fiasko?

Med udgangspunkt i beskrivelserne på de to første dimensioner gives der en samlet vurdering af samarbejdernes succes.

I slutningen af beskrivelsen af hver case indgår Institut for Serviceudviklings vurdering af casen med hensyn til de parametre, der er væsentlige for denne rapport. Det er med materialet søgt at belyse alle tre ovenfor beskrevne dimensioner set fra såvel den offentlige som den private samarbejdsparts synsvinkel. Der kan mellem samarbejdets parter naturligvis være forskellige begrundelser for samarbejdet, vurderinger af barrierer og muligheder samt vurderinger af samarbejdets succes. Hvor dette er tilfældet, er forskellene i vurderingerne søgt beskrevet.

4. Erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

4.1. Leverandøraftaler

Case 1. ScanSleep – privat fokus og udvikling på et specialområde

Baggrund

Århus Amt havde problemer med store ventelister for personer med snorke- og søvnproblemer – på grund af lav kapacitet og lav prioritering af området på det amtslige sygehus. Amtet kontaktede derfor sygehuset i Lund, Sverige. Herigennem blev der i første omgang etableret et samarbejde med et hold læger og assistenter, der havde patienter i behandling over typisk 2 dage på Århus Kommunehospitals patienthotel. Behandlingen foregik normalt i weekender.

Det samme lægehold har imidlertid også etableret firmaet ”ScanSleep” med adresse i København. I praksis er det derfor dette firma, som Århus Amt har entereret med. Samarbejdet er ikke etableret efter en licitation, men alene som en midlertidig driftsaftale med baggrund i kendskabet til lægernes faglige ekspertise og amtets akutte ventelisteproblemer.

ScanSleep er også på vej med en samarbejdsaftale med Frederiksborg Amt. Ligeledes har man en bred samarbejdsaftale med det norske sundhedsvæsen og opgaver i Sverige. I ScanSleeps seneste opgave for det norske sundhedsvæsen bliver patienterne sendt fra Norge til behandling på ScanSleeps klinik i København.

Økonomi og kapacitet

Århus Amt havde ikke som indgangsvinkel at spare penge ved entreprisen med ScanSleep. Tværtimod var man rede til at betale ekstra for at få afviklet ventelisten hurtigt. Disse forudsætninger kom også i praksis til at holde stik.

ScanSleep er bevidst om, at deres koncept ikke kan bidrage til, at det offentlige sygehusvæsen sparer penge. Til gengæld føler de sig overbevist om, at deres koncept har større faglig kvalitet end den offentlige behandling.

Tilfredshed

Patienttilfredshed har formelt set ikke været målt i forbindelse med samarbejdet med ScanSleeps virke i Århus Amt. En medarbejder fra amtets forvaltning samt patientvejlederen har dog gjort en del planlagte observationer i forbindelse med patienternes behandling. På baggrund af disse er opfattelsen, at patienterne har oplevet en større tilfredshed, end der normalt opleves med behandlingen i offentligt sygehusregi. Dette tilskrives umiddelbart ScanSleeps gode evne til at tale med patienterne, lægernes professionalitet og ekspertise på området samt det, at patienterne kom hurtigere til. Dette hænger godt sammen med ScanSleeps egen opfattelse af at have udviklet et særligt mobilt koncept, der er anderledes end den offentlige behandling og netop bygger på grundig information samt hurtig og professionel håndtering af patienterne.

ScanSleep oplyser, at de påtænker at arbejde systematisk med måling af kundetilfredsheden som en del af deres koncept – både i forhold til privatkunder og i samarbejdet med det offentlige sygehusvæsen.

Samarbejdet med ScanSleep medførte visse gnidninger hos amtets eget personale. Vurderingen er, at det kan henføres til deres faglige stolthed og umiddelbare undren over, hvorfor svenske læger skulle ind på deres enemærker. Konkret kom det bl.a. til udtryk ved, at amtets egen overlæge ikke så nogen grund til at møde op til et arrangeret møde med lægerne hos ScanSleep.

Kvalitet

Vurderingen fra Århus Amt er, at den faglige kvalitet, der blev leveret af ScanSleep, var rigtig god, men dog ikke bedre end, hvad amtets egne læger kunne have præsteret, hvis opgaven var prioriteret.

Proces- og produktinnovation

Samarbejdet med ScanSleep har ført til to udviklinger internt i Århus Amt: I den kliniske praksis har man lært af samarbejdepartnerens anvendelse af CEPAR-apparatur, som nu anvendes i langt højere grad end tidligere på amtets egen afdeling. Desuden har samarbejdet også medført mere fokus på området, en højere normering, samt at flere typer patienter kan hjælpes.

Samarbejdsbarrierer

Århus Amt giver udtryk for, at det har været både nemt og gnidningsfrit at etablere og gennemføre samarbejdet med ScanSleep. Det gælder både den kliniske udførsel og fleksibilitet med hensyn til kapacitet og arbejdstider.

Ved etableringen af samarbejdet har der været juridiske overvejelser omkring ansvaret for patienten, men med henvisning til ScanSleeps lægers personlige ansvar mente Århus Amt, at ansvarsproblematikken ikke skulle stå i vejen for samarbejdet.

Aktuelt er samarbejdet stoppet, fordi ventelisten er afviklet, og amtet ikke må lave driftsaftaler med private firmaer på de områder, hvor de selv driver klinisk praksis. (Dette forhold ændres dog med

den nye lovgivning pr. 1. juli 2002). Desuden er der ikke den politiske vilje til offentligt-privat samarbejde i Amtsrådets flertal.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Rationalet i Århus Amts aftale med ScanSleep har primært været på løsningen af et kapacitetsproblem samt sikring af en kvalitetsmæssig forsvarlig løsning.
- For ScanSleep er fokus på forretningen i aftalen.

2. Barrierer

- Der er ikke identificeret væsentlige barrierer for samarbejdet. Dog er der en vis politisk uvilje over for etablering af offentlig-private samarbejder.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Det vurderes, at samarbejdet har været en succes for begge parter.

Case 2. Privatejet skanner på Åbenrå Sygehus

Baggrund

Åbenrå Sygehus, der er en selvejende institution etableret af Sønderjyllands Amt, har igennem nogen tid søgt at finde steder, hvor der var grobund for offentligt-privat samspil.

Baggrunden for det konkrete samarbejde var, at ændret lovgivning betød, at behovet for MR-scannere kunne forudses at stige i løbet af en årrække. I Sønderjyllands Amt var der imidlertid kun adgang til én MR-scanner, og selvom der var overvejelser om at investere i endnu en MR-scanner, var det ikke tilstrækkeligt til at dække det stigende behov. Dette sammenholdt med, at det ville være meget omkostningsfuldt at efteruddanne tilstrækkeligt personale, betød, at sygehusets bestyrelse fandt interesse i at samarbejde med Thava Imaging A/S, der tilbød at opstille og drive en MR-scanner på Åbenrå Sygehus.

En samarbejdsaftale blev indgået med start i november 2001. Aftalen indebærer, at Thava Imaging A/S lejer lokaler af Åbenrå Sygehus. Virksomheden har dog selv ansvar for finansiering af lokale-indretningen. Endvidere omfatter aftalen, at Thava Imaging A/S køber og opstiller en MR-scanner. For at sikre en sammenkædning med resten af sygehuset er den administrerende overlæge for den private MR-scanner-afdeling samtidig administrerende overlæge på Åbenrå Sygehus. På denne måde sikres Åbenrå Sygehus det overordnede ansvar for MR-Scanner-afdelingen, ligesom sammenkædningen til resten af sygehuset i øvrigt sikres. Det øvrige personale i MR-scanner-afdelingen er ansat af Thava Imaging A/S. Der er indgået en særlig overenskomst med Dansk Sygeplejerråd, der bl.a. gør det muligt at have afdelingen i drift 70 timer ugentligt med aften- og weekend-åbent. Afdelingens kapacitet er på ca. 100 patienter ugentligt.

Da afdelingen også benytter sygehusets faciliteter så som sekretærer, betaler Thava Imaging A/S en procentsats fra de konti, der knyttet til de faciliteter, som MR-scanner-afdelingen benytter. Ligeledes får Åbenrå Sygehus en andel af indtægterne fra de patienter, der via frit-sygehusvalgs-ordningen benytter MR-scanner-afdelingen, da disse også betyder udgifter for Åbenrå Sygehus.

Økonomi og kapacitet

Sammenholdt med de investeringer, som Sønderjyllands Amt skulle foretage i indkøb af MR-scannere og på uddannelse af personale, sparer amtet penge på samarbejdet.

Thava Imaging A/S har et klart forretningsmæssigt sigte med samarbejdet, men det har dog endnu ikke været muligt at realisere de indtjeningsmæssige mål endnu. Samarbejdets foreløbige korte eksistens taget i betragtning var det dog heller ikke forventeligt. Thava Imaging A/S har dog klare forventninger til, at samarbejdet på lidt længere sigt vil være profitabelt til trods for - ifølge Thava Imaging A/S - kunstigt lave DRG-takster for MR-scanning p.t.

Tilfredshed

Tilfredsheden med samarbejdet og de ydelser, der leveres, er stor både hos Thava Imaging A/S og på Åbenrå Sygehus. Ligeledes er patienterne meget tilfredse med MR-scanner-afdelingens ydelser.

Da MR-scanner-afdelingen fik en langt bedre start end forventet, betød det, at personalet på Åbenrå Sygehus måtte arbejde en del over. Samtidig følte sygehusets egen røntgenafdeling sig overset. Startvanskelighederne er dog nu ude af verden.

Kvalitet

Kvalitetsniveauet fra MR-scanner-afdelingen er ifølge både Åbenrå Sygehus og Thava Imaging A/S "helt i top", ligesom der styr på sikringen af kvaliteten.

Der var dog i starten lidt problemer med at kunne leve op til en garanteret leveringstid (ventetid) på under 14 dage. Leveringstiden var i starten på ca. en måned, men dette problem er løst ved ansættelse af ekstra personale, og leveringsgarantien overholdes nu.

Proces- og produktinnovation

Samarbejdet er alt for nyt til at kunne sige noget konkret om udviklingspotentialer i samarbejdet.

Samarbejdsbarrierer

Der er ikke konstateret barrierer af betydning.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Rationalet for indgåelse af samarbejdsaftalen er fra amtets side et ønske om kapacitetsmæssig sikkerhed på en relativt marginal ydelse. Samtidigt sikres det, at kvaliteten er i orden. Man kan med andre ord sige, at amtet - for en marginal merpris - køber sig sikkerhed for leverancen af en ydelse, der alternativt ville være dyr i egen drift.
- For Thava Imaging A/S er rationalet forretningsmæssigt.

2. Barrierer

- Der kan ikke konstateres barrierer for aftalen af betydning.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Samlet set må aftalen vurderes som en succes. Dog er den forventede indtjening ikke opnået endnu for den private virksomhed.

Case 3. MSL Medical driver privatejet rullende nyrestensknuser i Ringkjøbing Amt

Baggrund

Det var på initiativ fra MSL Medical, der tog kontakt til Ringkjøbing Amt, at dette samarbejde kom i gang. Indtil 1998 havde Ringkjøbing Amt sendt patienter med behov for nyrestensknusning til sy-

gehuse i Århus Amt. Ringkjøbing Amt var ikke tilfredse med den service, der blev leveret i Århus Amt, der efter Ringkjøbing Amts opfattelse havde travlt til at levere en optimal service over for Ringkjøbing Amts patienter.

Ringkjøbing Amt og MSL Medical indgik en driftsaftale. Da der ikke er private konkurrenter på markedet for nyrestensknusning, var der ikke grundlag for en udbudsforretning.

Det koncept, som MSL Medical tilbyder, består i, at en mobil nyrestensknuser - på aftalte datoer - foretager nyrestensknusninger på henholdsvis Holstebro og Herning sygehuse. Det er MSL Medicals teknikere, der som eksperter forestår behandlingen under opsyn af sygehusets læger.

Økonomi og kapacitet

MSL Medical's pris for nyrestensknusning er billigere end prisen for selv at foretage nyrestensknusningerne eller for at sende patienterne til andre amter. Samarbejdet er således umiddelbart økonomisk fordelagtigt for Ringkjøbing Amt.

Selvom MSL Medical er konkurrencedygtig på prisen, har virksomheden en god forretning ud af samarbejdet.

Tilfredshed

MSL Medical vurderer på baggrund af lægernes tilbagemeldinger, at tilfredsheden er stor hos slutbrugerne. Sygehusene og amtet udtrykker også tilfredshed med samarbejdet.

MSL Medical arbejder ud fra princippet om, at amtet ikke skal opleve besvær med samarbejdet, hvilket i høj grad er lykkedes.

Kvalitet

Kvaliteten af den ydelse, som MSL Medical leverer, er højere end den kvalitet, som amtet selv ville kunne levere. Dette skyldes, at MSL Medical har mulighed for hele tiden at have teknologisk tidsvarende udstyr. Samtidigt sikres ekspertviden i behandlingen, idet MSL Medicals teknikere gennemfører 300-400 behandlinger årligt, hvilket er langt højere, end hvad sygehusets egne læger ville kunne gennemføre. MSL Medicals kvalitetsstyring virker ligeledes tilfredsstillende.

Proces- og produktinnovation

MSL Medical sikrer hele tiden, at udstyret er tidssvarende, og der sker således løbende en produktudvikling i takt med den teknologiske udvikling. MSL Medical er også i gang med at udvide produktsortimentet til at omfatte andre behandlinger end nyrestensknusninger f.eks. prostatabehandling.

Samarbejdsbarrierer

Der er ikke konstateret barrierer i samarbejdet.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Også i denne case er hovedbegrundelsen for etableringen af samarbejdet ønsket om økonomisk effektivitet og kapacitetsmæssig sikkerhed i en marginal funktion som amtet ikke vurderer det rationelt selv at udføre. Til forskel fra MR-Scanningen på Åbenrå Sygehus er det imidlertid her den private virksomhed der har taget initiativet til samarbejdet.
- Det langsigtede kvalitetsaspekt spiller også en rolle.

- Også i denne case er rationalet for den private part Thava Imaging A/S forretningsmæssigt.
2. Barrierer
 - Ingen
 3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samarbejdsaftalen vurderes at være en succes.

Case 4. Skotland: Ross Hall Hospital. Et privathospital leverer kapacitet til offentlige sygehuse

Baggrund

Ross Hall ejes af General Healthcare Group (GHG), som er et amerikansk selskab, der driver en varieret mængde af sundhedsvirksomheder i USA og Storbritannien. Sygehusdriften er organiseret i datterselskabet BMI Healthcare, der driver sygehuse i England og Skotland. Ross Hall Hospital ejes af BMI Healthcare, der samarbejder med offentlige hospitaler i forskellige former for partnerskaber, herunder projekter vedrørende ventelisteafvikling. BMI Healthcare's hospitaler kan således tage sig af afgrænsede ventelisteopgaver eller anvendes som bufferkapacitet for det offentlige sygehusvæsen.

Ross Hall Hospital rummer specialerne:

- Hjertekirurgi og kardiologi
- Onkologi (kræftbehandling)
- Øjenkirurgi
- Ortopædkirurgi
- Plastikkirurgi
- Billeddiagnostik (røntgen og scanninger)
- Anæstesi og intensiv
- Patologi
- Fysioterapi
- Generelle helbredsundersøgelser

Ross Hall Hospital varetager primært elektive og relativt velafgrænsede behandlinger. Hovedparten af patientmassen er private forsikringspatienter, men marginal kapacitet anvendes til venteliste projekter for offentlige sygehuse. I forbindelse med venteliste projekter for offentlige sygehuse varetager Ross Hall Hospital alle akutfunktioner for de patienter, der tidligere har været i behandling. Ross Hall Hospital har løbende større eller mindre kirurgiske venteliste projekter for de offentlige sygehuse i Glasgow-området. Alle aftaler indgås som kontrakter om driftsafvikling af en række operationer i forbindelse med ophobning af patienter på sygehusene. Aftalerne indgås til fast stykpris.

Økonomi og kapacitet

Det økonomiske rationale for Ross Hall Hospital for indgåelse af en aftale om ventelisteafvikling kan variere alt efter, om de ønskede venteliste projekter kan rummes inden for Ross Hall Hospital's marginalkapacitet, eller om der er tale om større projekter med meromsætning som mål.

Generelt vurderer Ross Hall Hospital selv, at prisfastsættelsen i vidt omfang sker på Ross Hall Hospital's præmisser. Dette skyldes, at Ross Hall Hospital udelukkende går ind i projekter, hvis de på

forhånd kan kalkuleres som økonomisk rentable, hvad enten rationalet er udnyttelse af marginal kapacitet eller meromsætning.

Det vurderes, at salg af ventelisteoperationer til marginal pris typisk er billigere end det, som det offentlige sygehus selv kan varetage operationen for. Omvendt er stykprisen for større venteliste-projekter ofte dyrere end det offentlige sygehus' gennemsnitsomkostninger ved samme operationstype.

Fra det offentlige sygehusvæsen er den primære begrundelse for at anvende privat sygehuskapacitet ikke økonomisk, men skal ses som en metode til efterlevelse af kravene til begrænsning i ventetiderne, som også det britiske sygehusvæsen er præget af. Der er således ikke megen fokus på økonomien i projekterne. Heri skal formentlig også findes en medvirkende årsag til, at prisfastsættelsen hovedsagligt sker på Ross Hall Hospital's præmisser. Der ligger dog i visse tilfælde på kort sigt en betydelig økonomisk gevinst i at kunne anvende privatsygehuse som bufferkapacitet, idet springvise faste omkostninger kan gøre det relativt dyrt at foretage egen kapacitetsopbygning.

Tilfredshed

Kan ikke vurderes.

Kvalitet

Ross Hall Hospital anvender udelukkende faglig kapacitet, der i forvejen er ansat i sundhedsvæsenet, eller som har offentligt godkendte autorisationer. Det må derfor formodes, at den faglige kvalitet er på linie med det offentlige sygehusvæsen. Imidlertid arbejder Ross Hall Hospital betydeligt mere med den patientoplevede kvalitet end de offentlige sygehuse. Ross Hall Hospital er således akkrediteret efter tre kvalitetsstandarder.

Ross Hall Hospital vurderer selv, at de er betydeligt foran de offentlige sygehuse, når det gælder den patientoplevede kvalitet.

Proces- og produktinnovation

Arbejdet med ventelisteafvikling betyder en væsentlig løbende kompetencetilførsel til Ross Hall Hospital. Den løbende kontakt med det offentlige sundhedsvæsen er fremmende for det faglige miljø på hospitalet, og det er ligeledes en garant for løbende faglig opkvalificering af personale og procedurer.

Hos det offentlige sundhedsvæsen er der imidlertid frygt for, at anvendelse af privat sygehuskapacitet i for stort omfang kan være med til at bremse udviklingen i det offentlige sygehusvæsens egne evner til procesinnovation. Det kan med andre ord blive for nemt at købe sig ud af løbende marginale kapacitetsproblemer i stedet for at arbejde med en revurdering af egne processer.

Samarbejdsbarrierer

Der er ikke konstateret samarbejdsbarrierer.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Som i case 1 er rationalet for det offentlige sygehusvæsen i denne case at håndtere et kapacitetsproblem. I modsætning til case 1 er der imidlertid tale om, at det offentlige sygehus generelt anvender de(t) private sygehus(e) som bufferkapacitet.
- Det private sygehus har udelukkende et forretningsmæssigt sigte med samarbejdet.

- Det private sygehus vægter også den kvalitetsmæssige højere standard ved privat sygehusbehandling som argument for samarbejdsaftalen. Det vurderes imidlertid, at dette ikke har nogen betydelig vægt hos den offentlige part.
2. Barrierer
 - Der kan ikke konstateres barrierer for samarbejdet.
 3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Succesvurderingen afhænger af kriterierne, der lægges til grund. Set alene ud fra parternes direkte rationaler for aftaleindgåelsen må det siges, at samarbejdet er en succes. Hvis imidlertid de eventuelle negative konsekvenser for produkt- og procesinnovation på de offentlige sygehuse også tages i betragtning, begrænses succesen.

Case 5. Udbud af portør- og rengøringsopgaver på Grindsted/Brørup Sygehus

Baggrund

Som led i konstitueringsaftalen i Ribe Amtsråd i valgperioden 1997-2001 aftaltes det, at de områder inden for sygehusvæsenet, hvor det var hensigtsmæssigt, skulle prøves i udbud. Med ”hensigtsmæssigt” mentes i praksis de ikke-kliniske områder. Det betød i første omgang udbud af rengørings- og portør opgaverne. På grund af forskellige organisatoriske overvejelser valgte amtet i første omgang at centrere et udbud af portør opgaverne til Grindsted/Brørup Sygehus.

Udbuddet blev i 2000-01 gennemført som et samlet udbud af rengørings- og portør opgaver. Der kunne bydes på de to opgaver særskilt. Det var der dog ikke nogen tilbudsgivere, der valgte at gøre.

Amtet var på udbudstidspunktet bevidst om, at der ikke var de store danske erfaringer med at udbyde portør opgaver.

Økonomi og kapacitet

Det på forhånd fastlagte hovedformål med udbudsforretningen var at afprøve omkostningseffektiviteten for egen drift. Portør opgaven var i sig selv et udbud i størrelsesordenen 3,5 – 4,0 mio. kr. Opgaven implicerede 15–20 medarbejdere.

Der indkom flere tilbud på den udbudte opgave. Som nævnt i indledningen valgte ingen af tilbudsgiverne at afgive særskilte tilbud på enten rengørings- eller portør opgaver. Kontrolbudet fra Grindsted/Brørup Sygehus var samlet set (rengøring og portører under ét) billigst. Isoleret set var der et af portørtilbudene, der var billigere end kontrolbudet, men da tilbuddet var afgivet under forudsætning af også at få leverancen på rengøring, blev dette tilbud ikke valgt.

Kontrolbudet fra Grindsted/Brørup Sygehus var lavet ud fra vejledningen i statens udbudscirkulære og baserede sig på de oprindelige budgetrammer. Der var ikke tale om et egentlig eget bud på baggrund af det udarbejdede udbudsmateriale - altså ikke en situation, hvor der var egentlig konkurrence mellem den offentlige og private leverandør på det samme udbudsmateriale, men en situation, hvor de private leverandører ikke gav tilbud, der kunne underbyde de eksisterende budgetter.

Med begrundelse i, at kontrolbudet var billigst, afviste Ribe Amt alle indkomne tilbud på portør opgaverne.

Tilfredshed, kvalitet og proces- og produktinnovation

Der var ingen forhåndsforventninger til, at udliciteringen skulle føre til ændringer i hverken kunde- eller medarbejdertilfredshed – ej heller til øget kvalitet eller udvikling.

Efter udbudsforretningen har arbejdet med at lave kravspecifikationer og andre beskrivelser heller ikke været forsøgt anvendt til udvikling og læring i den organisation, der bestod. Der har heller ikke været anden anvendelse af udbudsmaterialet.

Samarbejdsbarrierer

Amtet oplyser, at en forholdsvis kort tidsfrist var en barriere i det gennemførte udbud.

Desuden anses det for en barriere, at det for portør opgaven var svært at finde og beskrive snitfladerne i forhold til andre opgaver på sygehuset. Måske kan det have kompliceret udbudsmaterialet.

Endelig angiver Ribe Amt det som en barriere for flere udbud, at der er store eksterne omkostninger forbundet med en udbudsforretning. I tilfældet med rengørings- og portørudbuddet var der ingen besparelse at hente – kun udgifter til konsulenter.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Rationalet for gennemførelsen af udbudet i Ribe Amt var at prøve økonomien i egen opgavevaretagelse. Der er i denne case således kun tale om en potentiel mulighed for et samarbejde.

2. Barrierer

- Der kan kun konstateres mindre praktiske barrierer for udbudsgennemførelsen.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Hvorvidt casen er en succes, afhænger af, hvilke kriterier der lægges til grund. Man kan sige, at udbudet er en succes i den forstand, at Ribe Amt kan konstatere, at de aktuelle budgetudgifter til den samlede opgavevaretagelse ikke kan reduceres ved at efterspørge en privat leverandør til en specificeret opgave.
- Havde man imidlertid valgt at lade eget bud afgive under samme konditioner som de private tilbudsgivere, kunne det have vist sig, at egen varetagelse af opgaven var såvel dyrere som billigere. Ligeledes havde det været muligt at vurdere forskelle i kvalitet og opgaveløsning.

*Case 6. Udbud af sygeplejerskevikar til 3 sygehuse i Frederiksborg Amt***Baggrund**

Frederiksborg Amt har valgt at udbyde sygeplejerskevikar til Hillerød, Frederikssund og Helsingør Sygehus under ét. Udbudsforretningen gennemføres i april 2002.

Historisk har det været sådan, at de enkelte afdelinger på de enkelte sygehuse selv har haft aftaler og forskellige traditioner for rekvirering af sygeplejerskevikarer. Der er i udbuddet lagt vægt på, at den private part skal afgive tilbud efter stykpris. Samtidig er der en forventning om, at der på de 3 offentlige sygehuse skal arbejdes med mindre og mindre rekvirering fra afdelingerne.

At udbyde en samlet entreprise på dækning af sygeplejerskevikar er ikke unik. Der er f.eks. kendskab til, at der er anvendt lignende metode på Odense Universitetshospital i Fyns Amt.

Økonomi og kapacitet

Der er tale om et udbud i størrelsesordenen omkring 30 mio. kr. Frederiksborg Amt har klare forventninger til stordriftsfordele hos den private leverandør, når denne nu kan vinde den samlede opgave. I princippet skal der efter udbuddet ”kun” betales for én ledelse og organisering hos leverandøren og ikke det samme hos flere parter.

For Frederiksborg Amt er der i denne sag et meget entydig mål – nemlig at spare penge i forhold til tidligere praksis.

I skrivende stund er udbudsforretningen så langt, at Frederiksborg Amt godt tør regne det for givet, at der i initialsituationen indhøstes den forventede besparelse på 5-10%.

I forbindelse med udliciteringen er der ikke lavet økonomiske vurderinger i forhold til vikarordning og overarbejde hos eget personale.

Tilfredshed

Hos Frederiksborg Amt har der i denne forbindelse ikke været nogen bevidste forventninger til gevinster på f.eks. medarbejder- og kundetilfredshed. Omkostningseffektivitet har som nævnt været den altoverskyggende bevæggrund.

Kvalitet

Det gælder således også, at der ikke er forventninger til øget kvalitet i vikararbejdet. Ligeledes har utilfredshed med kvaliteten af de tidligere vikarer heller ikke givet anledning til, at man har valgt at gennemføre et samlet udbud. Der er en forventning om status quo på kvaliteten efter udbuddet.

Kvalitetssikringen af, om der leveres en god faglig kvalitet, vil fortsat i fremtiden ligge hos den rekvirerende afdeling på de 3 amtslige sygehuse.

Proces- og produktinnovation

Selv om der er tale om udlicitering af en økonomisk væsentlig opgave, er der hos den offentlige part ikke nogen beviste forventninger til hverken organisatorisk eller klinisk faglig udvikling eller læring internt som følge af udliciteringen.

Samarbejdsbarrierer

Sygeplejerskevikarer er et nemt og delvist anerkendt område at udlicitere – der er tale om en historisk set typisk underleverandøraftale inden for sygehusvæsenet. Derfor er det ikke overraskende, at bekendtgørelsen og gennemførelsen af udbudsprocessen er gået nemt og uden indsigelser fra medarbejderne i Frederiksborg Amt.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Økonomi og kapacitet er i fokus i udbudet. Frederiksborg Amt forventer en betydelig besparelse ved udbuddet.
2. Barrierer
 - Der vurderes ikke at være væsentlige barrierer.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Kan ikke vurderes.

Case 7. Privathospitalet Hamlet – "ventelisteafvikleren" – et eksempel med udgangspunkt i Frederiksborg Amt

Baggrund

En del af de danske amter har samarbejdsaftaler med Privathospitalet Hamlet - dels på hjerteområdet og dels som back up for ventelisten på amternes egne operationsafdelinger.

Denne case tager udgangspunkt i Frederiksborg Amts samarbejde med Privathospitalet Hamlet. Det er dog Institut for Serviceudviklings opfattelse, at casen kan antages at være repræsentativ for de danske amters samarbejde med privathospitaler.

Hamlet oplyser selv, at man samarbejder meget med amterne, men at deres største kunde dog stadig er den Norske Stat. Desuden har hospitalet selvbetalende private kunder eller kunder med forsikringsordninger.

Økonomi og kapacitet

Det har ikke været muligt at få oplyst omfang og økonomisk størrelse af samarbejdsaftalen mellem Hamlet og Frederiksborg Amt. Samarbejdet med Hamlet er dog ikke primært indledt for at spare penge. Den altoverskyggende begrundelse er ønsket om mere fleksibel kapacitet på operationsområder som for eksempel hjerter, hofter og knæ.

Tilfredshed

Privathospitalet Hamlet gennemfører tilfredshedsundersøgelser med udgangspunkt i den patientoplevede kvalitet. Frederiksborg Amts aftale med Hamlet er dog ikke begrundet i et ønske om opnåelse af øget patienttilfredshed.

Kvalitet

Privathospitalet Hamlet vurderer, at amterne ikke generelt indleder samarbejder med Hamlet ud fra ønsker om bedre kvalitet, men alene for at opnå mere fleksibel kapacitet.

I det konkrete tilfælde med Frederiksborg Amt er der en klar opfattelse af, at den faglige kvalitet hos Hamlet er mindst lige så god som hos amtet selv og hos eksempelvis alternativet Rigshospitalet.

Proces- og produktinnovation

Indgår ikke i overvejelserne om samarbejdsaftalen.

Samarbejdsbarrierer

Ingen af betydning i den konkrete case.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Rationalet i casen er for Frederiksborg Amt udelukkende kapacitet. Det har ikke været muligt at vurdere økonomien. Det må dog formodes, at aftalen er økonomisk rentabel for Hamlet.

2. Barrierer

- Ingen.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Casen kan opfattes som en succes.

Case 8. Private lægesekretærer løser opgaver for Vejle Sygehus

Baggrund

Baggrunden for samarbejdet var utilfredshed med effektiviteten i lægesekretærarbejdet og utilfredsstillende arbejdsmiljøvilkår for lægesekretærene på Vejle Sygehus. Der var også en oplevelse af, at lægesekretærkulturen dræbte mange initiativer. Derfor besluttede ledelsen på Vejle Sygehus sig for at arbejde med etablering og køb af lægesekretærkapacitet hos private lægesekretærer. Inspirationen var hentet fra idéen om øget brug af hjemmearbejdspladser samt fra amerikanske erfaringer med anvendelse af sekretærbureauer til at forestå lægesekretærfunktionerne.

Sygehusets lægesekretærer ønskede på skift at tage en ugentlig hjemmearbejdsdag, men denne løsning var ikke populær i ledelsen på Vejle Sygehus, der ønskede at lave aftaler med private bureauer om løsningen af sekretærfunktionerne. Der fandtes imidlertid ikke et relevant markedsudbud af lægesekretærbureauer. Derfor valgte man at understøtte nogle af sygehusets egne sekretærer i at starte eget lægesekretærbureau. Dette blev gjort ved at give orlov samt en garanteret mindesteindtjening til de lægesekretærer, der prøvede lykken, og siden hen en garanti om alt det arbejde, som lægesekretærbureauerne ønsker. Afregningen med de nyetablerede sekretærbureauer sker ved betaling pr. skrive-sekund.

IT-teknikken gør, at det i dag er muligt at udføre sekretærarbejdet, hvor der mulighed for en ekstern net-opkobling.

I dag er der etableret 5 lægesekretærbureauer - alle enkeltmandsfirmaer. Et enkelt af de nye bureauer har dog haft en ansat medarbejder i en periode og overvejer denne mulighed igen. Et bureau har udvidet arbejdsområdet og skriver også for Mølholm-klinikken og Århus Kommunehospital.

Økonomi og kapacitet

Vejle Sygehus havde ikke som det primære mål at spare penge på projektet, men den nye organisering og afregning har betydet en højere grad af effektivitet. Samtidig er ordningen også en god bufferfunktion for kapaciteten på Vejle Sygehus.

For lægesekretærbureauerne har det betydet en mulighed for at tjene markant flere penge end før ved at yde en ekstra indsats.

Tilfredshed

Tilfredsheden hos sygehusledelsen, lægesekretærbureauerne og afdelingerne, der er de direkte kunder for lægesekretærbureauerne, er stor. En del af sekretærkollegerne på Vejle Sygehus var ikke tilhængere af initiativet i starten, men modstanden er stadig mindre, og lægesekretærbureauerne mangler ikke arbejde.

Kvalitet

Kvaliteten af lægesekretærbureauernes arbejde bliver ikke målt eller sammenlignet, men overordnet vurderet er kvaliteten i orden.

Proces- og produktinnovation

Kulturen blandt lægesekretærene bliver udfordret af de private lægesekretærbureauer, så samarbejdet har således en afsmittende effekt på det øvrige sygehus.

Da der er tale om enkeltmandsvirksomheder, der reelt udfører akkordarbejde, er der ikke ressourcer i lægesekretærbureauerne til produktudvikling eller lignende.

Samarbejdet har dog haft den sideeffekt, at datadisciplinen på Vejle Sygehus er øget.

Samarbejdsbarrierer

De barrierer, der har været i samarbejdet, har næsten udelukkende været forårsaget af forandringsmodstand blandt sygehusets øvrige lægesekretærer.

Der var dog også visse startvanskeligheder med hensyn til udregningen af prisen pr. sekund, da der ikke var indregnet andet end skrive- og læsetid. Traditionelt udfører sekretærene også andre opgaver - eksempelvis telefonopkald og lignende.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Rationalet i samarbejdsaftalen har udelukkende været effektivisering. Herudover er der opnået en bufferkapacitet som sidegevinst.
2. Barrierer
 - Der viste sig en del forandringsmodstand i starten fra medarbejderne på sygehuset.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samarbejdet har været en stor succes for begge parter med en mere effektiv lægesekretærfunktion for sygehuset og en mulighed for lægesekretærene for at prøve nye udfordringer ved at starte eget bureau. Ligeledes har sekretærene opnået en markant indtjeningsfremgang.

Case 9. Vejle Sygehus og IBM: Udbud af udvikling af elektronisk patientjournal

Baggrund

Som et led i den naturlige udvikling med IT i samfundet startede Vejle Sygehus i 1994 et journal-scanningsprojekt sammen med IBM. I 1995-96 blev projektet udvidet til at omfatte en egentlig elektronisk patientjournal (epj). Motivationen for projektet var først og fremmest, at indførelsen af epj skulle støtte det kliniske arbejde, hvor en af fordelene ved epj er, at den i princippet er tilgængelig alle steder hele tiden. Programmet skulle først implementeres på den ortopædkirurgiske afdeling på Vejle Sygehus. Siden har flere afdelinger på Vejle Sygehus implementeret IBM's epj.

IBM's epj anvendtes på det tidspunkt ikke andre steder i Danmark, så ortopædkirurgisk afdeling på Vejle Sygehus var med i den proces, hvor programmet blev oversat fra svensk til dansk – både sprogligt, men også i teknisk forstand med snitflader op mod andre eksisterende IT-systemer f.eks. "Det grønne system". Vejle Sygehus' deltagelse i "oversættelsesprocessen" betød, at de fik rabat på programmet.

I 2001 var projektet nået så langt, at Vejle Sygehus sendte deres epj i udbud. Dette udbud blev vundet af IBM, der lavede en standardkontrakt med Vejle Sygehus om drift og udviklingen af deres epj.

Økonomi og kapacitet

Vejle Sygehus og IBM valgte at indgå en standard-IBM-kontrakt i stedet for eksempelvis en K18 eller en K33 kontrakt. Den tillid, der var opbygget imellem parterne gennem det hidtidige projektsamarbejde, betød, at det var muligt at anvende IBM's standardkontrakt til aftalen. Derved minime-

redes IBM's risiko, ligesom antallet af omkostningsfulde test er færre end ved indgåelse af K18 eller K33 kontrakter.

Ved anvendelsen af en IBM-standardkontrakt kunne Vejle Sygehus således få et billigere produkt, og IBM kunne tjene penge på at levere produktet.

Den sikkerhed, der normalt opnås ved anvendelsen af K18/33 kontrakter, kunne således substitueres med den tillid, som parterne i forvejen havde til hinanden.

Baggrunden for implementeringen af epj på Vejle Sygehus var dog ikke primært økonomisk. Tværtimod blev der fra start investeret de nødvendige ressourcer - både økonomisk og i form af frikøbte medarbejdere - til at sikre en "sikker implementering".

IBM hverken tjente penge eller satte penge til på samarbejdet med Vejle Sygehus frem til 2001. IBM's forretning efter 2001 er ukendt bortset fra oplysningen om, at kontraktforholdene betyder, at aftalen er rentabel.

Tilfredshed

Tilfredsheden er tvedelt, forstået på den måde, at slutbrugerne er tilfredse med produktet, mens der ledelsesmæssigt og i projektgruppen har været nogen frustration over, at IBM ikke afsatte flere ressourcer til projektet – samtidig med, at et sådan projekt altid medfører frustrationer over tekniske problemstillinger.

Forventningen til et samarbejde med en stor international virksomhed var, at IBM havde næsten ubegrænsede ressourcer til et sådan projekt, mens Vejle Sygehus i praksis oplevede, at IBM afsatte meget begrænsede ressourcer.

Tilfredsheden blandt slutbrugerne blev - ifølge Vejle Sygehus - sikret ved, at den interne epj-projektgruppe opvejede for de manglende ressourcer hos IBM.

Proces- og produktinnovation

Implementeringen af epj på Vejle Sygehus har medført store organisatoriske forandringer internt på sygehuset blandt andet i form af ændrede arbejdsgange, men de virkelige gevinster kommer først, når alle afdelinger har indført epj. IBM afsætter en bestemt procentdel af indtægterne fra deres epj til udvikling. Til at opstille og prioritere udviklingsønsker er der nedsat en dansk udviklingsgruppe bestående af repræsentanter for IBM's danske epj-kunder, herunder Vejle Sygehus.

Samarbejdsbarrierer

IBM og Vejle Sygehus giver begge udtryk for, at det er meget problematisk, at der gik næsten 10 år, fra sygehusejerne begyndte at drøfte indkøb af epj til de faktiske programindkøb. Det betyder, at de virksomheder, der skulle tilbyde epj, har måtte "træde vande" i ti år uden at kunne opbygge en profitabel forretning. Den lange beslutningsproces er også den egentlige årsag til, at IBM ikke har kunnet afsætte tilstrækkelige ressourcer til udviklingen af journalen for Vejle Sygehus og de få andre kunder, der har været på området.

Også udbudsrunder, der må gå om på grund af ændrede udbudskrav, kan være en barriere. Dette medfører store udgifter for leverandørerne, der skal lave nye tilbud.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Der har i samarbejdsaftalen været fokus på produkt- og procesinnovation samt på skabelse af tillid.
2. Barrierer
 - Tidsfaktoren hos sygehusvæsenet har været en barriere: Den langvarige beslutningsproces og udbudsrunder, der må gå om.
 3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samlet set er tilfredsheden tvedtelt, idet der var forventninger hos sygehuset om større resourceindsats fra IBM til innovationsprocessen. Processen har dog skabt den nødvendige tillid mellem parterne.
 - Projektet kan således betegnes som en betinget succes.

4.2. Partnerskaber

Case 10. Fyns Amt og Skandinaviska Patienthotell AB: Partnerskabsaftale om drift og ledelse af patienthotel

Baggrund

Baggrunden for samarbejdet var, at Odense Universitetshospital identificerede en gruppe patienter, de betegner som den 3. patienttype (Patienttype 1: De indlagte patienter med stort behandlings- og plejebæhov. Patienttype 2: Ambulante patienter). Denne 3. patienttype er kendetegnet ved patienter, der ikke er behandlings- og plejekrævende, men som endnu ikke er parate til hjemsendelse, f.eks. kvinder, der har født. Denne type af patienter har andre behov end de meget behandlings- og plejekrævende patienter. Behovene er nærmest en blanding af hotel- og sygehusydelse. Derfor var etableringen af et patienthotel på Odense Universitetshospital et ønske hos ledelsen for at øge både kvaliteten og ressourceudnyttelsen i forhold til denne tredje patientgruppe. Selve ideen var inspireret af erfaringer med patienthoteller fra USA og Sverige.

Da Odense Universitetshospital havde kendskab til Skandinaviska Patienthotell AB's drift af patienthoteller i Sverige, tilknyttede man direktøren for dette selskab til projektet som konsulent. Baggrunden for at indhente ekstern viden gennem anvendelsen af en konsulent var sygehusledelsens erkendelse af, at man ingen erfaring havde i at drive hotel. Samarbejdet med Skandinaviska Patienthotell AB var så positivt, at Odense Universitetshospital lavede en partnerskabsaftale med Skandinaviska Patienthotell AB, der skulle levere ledelsen af patienthotellet, mens Odense Universitetshospital skulle levere hotellets øvrige personale samt hotelbygningerne. Selvom driften således foregår i tæt samarbejde mellem ledelsen, der er ansat i Skandinaviska Patienthotell AB og Odense Universitetshospital, sker driften inden for de økonomiske rammer og retningslinier, der vedtages af Fyns Amtsråd.

Ved at lave et sådant samarbejde sikrede Odense Universitetshospital sig ekspertviden inden for hoteldrift samtidig med, at pleje- og behandlingsdelen stadig var hospitalets ansvar. Samtidigt kunne erfaringer fra de andre patienthoteller, som Skandinaviska Patienthotell AB ligeledes har ledelsen af (på samme vilkår), betyde overførsel af viden - både klinisk og organisatorisk - til Odense Universitetshospital.

I de fem år, som patienthotellet har eksisteret, er antallet af hotelgæster steget til det dobbelte. Hotelpatienter udgør nu 60-65 pr. døgn, mens antallet af pårørende, der benytter patienthotellet, hele tiden har ligget stabilt på ca. 40-50 pr. døgn. Patienthotellet har således kun ledig kapacitet i week-ender og ferier.

Økonomi og kapacitet

Da det er billigere for Odense Universitetshospital at have en patient liggende på patienthotellet end på en klinisk afdeling, betyder patienthotellet, at hospitalet opnår en besparelse gennem patienthotellet. Det er simpelthen en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Overordnet set har samarbejdet været en stor succes for begge parter med en direkte gevinst gennem mere effektiv ressourceudnyttelse for sygehuset, mere tilfredse patienter og pårørende.

For Skandinaviska Patienthotell AB er samarbejdet også overskudsgivende.

Tilfredshed

Tilfredsheden hos slutbrugerne opgøres hver måned af personalet i patienthotellet, og målingerne viser, at tilfredsheden er meget høj, og tendensen er stadig stigende. Hos de to samarbejdspartnere er tilfredsheden med aftalen meget stor.

Kvalitet

Kvaliteten af patienthotellets ydelser måles og udvikles løbende. Målingerne viser da også, at den oplevede kvalitet er stigende.

Proces- og produktinnovation

Begge parter fremhæver den læring, der finder sted på tværs af de patienthoteller, som Skandinaviska Patienthotell AB varetager ledelsen af. Vidensoverførslen er både af klinisk og organisatorisk karakter, men også Skandinaviska Patienthotell AB's fokus på service og "professionel" håndtering af andre afdelinger giver afsmitning ud i huset og giver læring.

Også produktudviklingen er højt prioriteret. Skandinaviska Patienthotell AB har f.eks. overtaget driften af Odense Universitetshospitals cafeteria og kantine.

Ligeledes er der en erkendelse af, at den vidensudveksling, der finder sted imellem Odense Universitetshospital og Skandinaviska Patienthotell AB, er en stor gevinst for begge parter.

Samarbejdsbarrierer

De barrierer, der har været i samarbejdet, har hovedsageligt været forårsaget af forandringsmodstand blandt hospitalets kliniske personale.

Der har dog også været problemstillinger, som er forårsaget af den særlige blanding af hospital og hotel. Et eksempel herpå er, at hygiejnekravene til hotelkøkkener og hospitalskøkkener ikke er ens, og patienthotellets køkken falder således ned imellem "to stole". Dette konkrete problem er dog løst, ligesom andre lignende problemer også er løst, som de opstået.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Rationalet i samarbejdsaftalen har primært været proces- og produktinnovation samt kvalitetsudvikling.
2. Barrierer
 - Der er oplevet en del personalemodstand i projektet, primært fra sygehusets kliniske afdelinger.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samlet set må samarbejdet vurderes som en succes.

Case 11. Ledelse og udvikling på Rønne Centralsygehus – samarbejde med privathospitalet Hamlet

Baggrund

I slutningen af 1998 tog Rønne Centralsygehus som det første i Danmark skridt til samarbejde mellem et offentligt og privat hospital i større målestok. Initiativet lagde op til samarbejde på følgende punkter:

- Optimering af operationsaktiviteterne
- Kvalitetsudvikling
- Leder- og medarbejderudvikling
- Overførsel af opgaver fra øvrige fremmede sygehuse (andre amtslige sygehuse) til Hamlet

Beslutningen om alliancen blev truffet på et amtsrådsmøde i september 1998 som et resultat af længere tids politiske forhandlinger, hvor der var fokus på, at der måtte ændringer til, hvis den faglige kvalitet og kapaciteten på leder- og medarbejdersiden på Rønne Centralsygehus skulle bevares i fremtiden. Rønne Centralsygehus følte med andre ord, at de var i vanskeligheder.

I praksis er samarbejdet aldrig blevet så omfattende som oprindeligt planlagt. I en 2-årig periode (1999-2000) har privathospitalet Hamlet dog bistået Rønne Centralsygehus med:

- Optimering af operationsaktiviteterne
- Kvalitetsudvikling (inkl. udvikling af medarbejdere og mellemledere)

Samarbejde og inspiration om ledelsen af Rønne Centralsygehus er aldrig blevet til noget konkret. I slutningen af 2000 er det oprindelige samarbejde afsluttet med en redegørelse.

I skrivende stund består samarbejdet mellem parterne alene i det, der kunne kaldes en "eksklusiv-aftale" på visse operationstyper, der visiteres af Rønnes Centralsygehus' egne læger, og som løbende vurderes på pris og kvalitet i forhold til, om Hamlet er den mest kompetente samarbejdspartner til at løse opgaverne.

Økonomi og kapacitet

De oprindelige samarbejdsforbindelser mellem Bornholms Amt og Hamlet blev etableret ud fra en tro på, at det både kunne bibringe forbedringer i kvalitet og pris. Dette er aldrig bevidst efterprøvet i praksis.

Bornholms Amt har stadig en aftale med Hamlet, da de vurderer, at de stadig kan gøre det bedre og billigere end i eget regi og i regi af de øvrige offentlige sygehuse (specielt Rigshospitalet). Vurderingerne er primært baseret på de eksisterende takstkataloger og DRG-afregninger.

Tilfredshed

Da de oprindelige planer om samarbejdet blev lanceret, afstedkom det stor medarbejderutilfredshed. Man opfattede, at ledelsen "kastede håndklædet i ringen" og havde planer om at overdrage ansvar og ledelse til et privathospital. Medarbejderne mente ikke, at der var noget belæg for, at Hamlet kunne gøre det bedre end Centralsygehusets egen ledelse.

Medarbejder(u)tilfredsheden i forbindelse med det samarbejde, der konkret er implementeret, er ikke eksplicit målt. Forvaltningen i amtet vurderer dog, at samarbejdet er gået godt. Medarbejderne har generelt været glade for arbejdet med Hamlets kvalitetskoncept, der er ISO 9002-certificeret, samt den styrkede ledelsesmæssige fokus, der har været en naturlig del af denne proces.

Patienttilfredsheden er ikke målt specifikt i forbindelse med samarbejdet. Det har ikke været planen, og er det heller ikke i fremtiden.

Kvalitet

Det er Bornholms Amts vurdering, at det nævnte udbytte af Hamlets ISO 9002-certificering er den væsentligste gevinst, der er kommet ud af samarbejdet.

Proces- og produktinnovation

I praksis har Rønne Centralsygehus fået indkørt optimering af operationstilrettelæggelsen. Det er samtidigt vurderingen, at den faglige kvalitet er fastholdt, men ikke udbygget.

Samarbejdsbarrierer

Med hensyn til samarbejdsbarrierer er holdningen hos Bornholms Amt, at så længe den private part ikke får (eller skal overtage) noget formelt ansvar for myndighedsfunktion og medarbejdere, ser Bornholms Amt ikke nogen barriere for samarbejdet med private hospitaler.

At samarbejdet aldrig har udviklet sig som oprindeligt planlagt ses i Bornholms Amt som et sammenfald af praktiske omstændigheder - herunder udskiftning af en forvaltningschef - og så de politiske intentioner, som der aktuelt er flertal for i Amtsrådet.

Aktuelt er der ikke politisk grobund for at fremsætte fornyede tanker om videreførelse eller udbygning af samarbejdet med Hamlet på andet end den nuværende aftale om gennemførelse af udvalgte typer operationer.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Samarbejdsaftales intentioner er relativt omfattende. Fokus er således på kvalitets-, ledelses- og effektivitetsudvikling. Ligeledes var der intentioner om procesinnovation.
2. Barrierer
 - Det kan konstateres, at der har været betydelige politiske barrierer. Ligeledes har medarbejderutilfredshed været en vis barriere.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samlet set må partnerskabsaftalen vurderes som mindre succesfuld set i relation til de oprindelige ambitioner.

Case 12. Skotland: New Hairmyres. Partnerskab om drift af ikke-kliniske funktioner

Baggrund

New Hairmyres Hospital er et nybygget hospital etableret under det offentlige PFI-initiativ⁵ (Private Finance Initiative) i Storbritannien. Det interessante i denne sammenhæng er imidlertid ikke så meget finansieringsformen, men derimod at man i forlængelse af nybygningen af hospitalet fra år 2001

⁵ Se eksempelvis The IPPR Commission on Public Private Partnerships: "Building Better Partnerships", 2001.

har overladt ansvaret for drift af bygninger, faciliteter og ikke-klinisk service til et driftsselskab under samme konsortium af private virksomheder, som har stået for opførelsen. Samtidigt har konsortiet haft alle ikke-kliniske servicefunktioner i udbud med henblik på privat varetagelse.

Opgavefordelingen er derfor således, at den offentlige part⁶ driver hospitalets kliniske funktioner. Dette foregår på traditionel vis, skattefinansieret og ved hjælp af en lokal sygehusledelse. Det etablerede konsortium varetager al bygningsdrift, vedligehold og service. Konsortiet har imidlertid valgt at udbyde alle de ikke-kliniske serviceydelser i licitation. Det drejer sig eksempelvis om levering af sterilvarer, rengøring, receptionsservice, sikkerhed, transport af patienter og varer m.m. ISS Mediclean har her vundet opgaven.

Der er således to typer af private interessenter involveret i sygehusdriften:

- Konsortiet, der tager sig af bygningsvedligehold og bygningsdrift (facility management).
- ISS Mediclean, der tager sig af driften af ikke-kliniske serviceydelser (utility management).

Opgavedelingen er imidlertid organiseret som et partnerskab, der forudsætter en gensidig dialog og tilpasning af aftalegrundlaget med henblik på, at alle parter får udbytte af samarbejdet.

Partnerskabsmodellen er valgt, da der er tale om et meget omfattende samarbejde over en lang periode⁷ med store indbyggede usikkerheder.

Økonomi og kapacitet

Økonomien i aftalerne mellem Trust og konsortium og ISS Mediclean er reguleret i relativt omfattende kontrakter. Den økonomiske konstruktion omkring facility- og utility-management-ordningerne er sådan, at Trust'en betaler konsortium og ISS for forbruget af relativt detaljeret beskrevne vedligeholdelsesstandarder og serviceydelser. Betalingen sker ved en takstbetaling på basis af antallet af senge. Takstbetalingen tager udgangspunkt i en prissætning af ydelserne, men er samtidig reguleret over tid, således at den er relativt høj de første år af partnerskabet og faldende over tid.

Incitamentet for den relativt komplicerede økonomiske konstruktion er at skabe en balance i partnerskabet mellem Trust og private aktører. For Trust'en betyder konstruktionen en relativt stor budgetsikkerhed og en vis risikospredning til de private aktører. Omvendt ligger en del af de private aktører fortjeneste i at påtage sig en del af risikoen ved sygehusdriften. Samtidig er risikoen for de private aktører dog justeret ved den merbetaling, der ligger i taksterne de første år⁸. Skulle Trust'en eksempelvis vælge at springe fra efter et antal år og udbyde opgaverne til andre aktører eller selv overtage, har de private aktører i partnerskabets første år fået en relativt stor andel af investeringen tilbage.

Et eksempel kan illustrere risikospredningen. Såfremt sygehuset vælger at gennemføre et ekstra antal behandlinger på det samme antal senge⁹, vil risikoen for øget nedslidning af bygningerne og et større træk på serviceydelser blive overvæltet på konsortium og ISS Mediclean som følge af afregningen til sengetakst. Konsortium og ISS skal således levere flere ydelser mod samme betaling.

Samlet set har målsætningerne med etableringen af partnerskabet været økonomiske. Det er imidlertid ikke på nuværende tidspunkt muligt at opgøre, hvorvidt de private parter kommer til at tjene penge på engagementet. Det er dog klart, at konstruktionen for den offentlige part vil være dyrere

⁶ Se Bilag 3.

⁷ Bygningsdrift og vedligehold 30 år, serviceydelser 5 år.

⁸ Den faldende takstbetaling over tid udgøres af et overhead de første år.

⁹ D.v.s. ved lavere liggetider.

end ved en traditionel skattefinansiering, idet der i takstfinansieringen er beregnet et overhead til de private virksomheder. Det gælder imidlertid kun, hvis der ses bort fra de gevinster, der på sigt kan ligge i risikospredningen, og som har været et væsentligt formål med partnerskabet. Den relativt korte funktionstid gør, at det ikke på nuværende tidspunkt er muligt at vurdere, hvorvidt partnerskabet vil være en økonomisk fordel for den offentlige part.

Tilfredshed

Der er ikke foretaget egentlige omfattende vurderinger af tilfredsheden med de private aktører i driften, men ved interview med ledelse og medarbejdere udtrykkes der generelt meget stor tilfredshed med de private aktører.

Kvalitet

Det har ikke været muligt at vurdere eventuelle kvalitetsmæssige ændringer i varetagelsen af facility og utility management, idet den nye bygnings- og apparatmæssige standard er væsentligt forskellig fra tidligere.

Proces- og produktinnovation

Partnerskabskonstruktionen har i sit sigte primært været økonomisk. Direkte adspurgt kan aktørerne derfor konstatere, at udnyttelsen af situationen - et nyt sygehus med helt nye faciliteter og indretning - til at arbejde med procesinnovation i udgangssituationen var forsvindende lidt i fokus. Det har imidlertid betydet et omfattende behov for efterfølgende at arbejde med samarbejdsrelationerne. Der er således løbende behov for et tæt samarbejde om justering af arbejdsgange og -processer mellem de offentlige og private aktører. Et ikke uvæsentligt element i dette er beskrivelsen og afgrænsning af samarbejdsfladerne. Det har voldt en del problemer af fagpolitisk, økonomisk og styringsmæssig karakter.

Samarbejdsbarrierer

I kontrakten mellem Trust og konsortium/ISS er indlagt en række bodssystemer, som kan tages i anvendelse, hvis bygningerne ikke vedligeholdes ordentligt, eller hvis ISS ikke lever op til de definerede standarder. Dette har krævet, at alle ydelser er beskrevet ganske præcist, inden kontrakterne er indgået¹⁰.

Konsekvensen er, at det er en ganske betydelig opgave løbende at komme overens om fortolkningen af ydelsesbeskrivelserne og især grænsefladerne for ansvarsplaceringen¹¹. Administrationen af kontrakten har været betydeligt mere tidskrævende end forventet. Det har således været nødvendigt at ansætte en servicechef på sygehuset alene til dette arbejde.

Filosofien bag utility management er, at specialisering i den enkelte opgave giver øget kompetence og dermed mulighed for den mest effektive og driftsikre opgaveløsning. Erfaringer fra New Hairmyres tyder på, at det er muligt at udnytte disse fordele, men at det kræver et meget stort forarbejde med beskrivelse af ydelser, krav og forventninger, og at der efterfølgende vil være en løbende opgave i at beskrive og løse opgaver i samarbejdsfladerne. Indtil nu er det dog vurderingen, at netop partnerskabsformen kan løse denne opgave.

Case-vurdering

¹⁰ Dette arbejde er i øvrigt finansieret af PFI og har kostet ca. 50 mio. kr. i juridisk og finansiell rådgivning.

¹¹ Et eksempel på en problemstilling kan være: Konsortiet har ansvaret for kvaliteten af brandsikkerheden og kan pålægges bod, hvis den ikke efterlever ansvaret. Men hvis det kliniske personale (Trust'ens ansvar) ikke lukker branddørene, hvem har så ansvaret?

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Udgangspunktet for samarbejdet har udelukkende været økonomisk og har omhandlet dels finansiering og dels risikospredning for den offentlige del af sygehusvæsenet. De private samarbejdspartnere har omvendt fokuseret hovedsageligt på opnåelse af indtjening på de fordele, som sygehuset fik af den eksterne finansiering og risikooverdragelsen.
- Som følge af dette har det imidlertid været nødvendigt at gennemføre et omfattende arbejde med hensyn til beskrivelse af ydelser og kvalitetsstandarder. I det daglige arbejde er det imidlertid i lige så høj grad tillid og viljen til samarbejde over en længere periode, der er det bærende element.

2. Barrierer

- Den valgte partnerskabsform er meget tung med hensyn til ydelses- og kvalitetsbeskrivelser. Dette samt de efterfølgende fortolkningsdiskussioner kan være en betydelig opgave og kilde til uenighed og dermed også en potentiel barriere for samarbejdet.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Da casens perspektiver er meget langsigtede, er det vanskeligt at lave endelige konklusioner. Det synes imidlertid at være lykkedes at etablere et godt samarbejdsklima. Det er umuligt at vurdere, hvorvidt samarbejdet er en økonomisk succes. For den offentlige partner findes der ikke noget egentligt sammenligningsgrundlag, og for de private partnere er der gået for kort tid til, at profitabiliteten endnu kan vurderes.
- Det kan dog konkluderes, at den nødvendige tillid mellem partnerne foreløbigt synes at være opnået.

Case 13. Frederiksborg Amt og ISS Hospitalsservice: Partnerskab om drift af Hørsholm Sygehus

Baggrund

Hørsholm Sygehus har gennemført en udbudsrunde med henblik på etablering af et partnerskab om driften af sygehuset. Partnerskabet blev indgået med ISS Hospitalsservice og omfatter områderne rengøring, køkken, kantine, ejendomsdrift, portørtjeneste og drift af reception og telefonpasning.

Hørsholm Sygehus har med udbud af ydelser ”i partnerskab” villet udvikle et samarbejde med en privat leverandør byggende på andre principper end i et traditionelt udbud. Sygehuset har valgt at gå efter en partner, der ikke bare er leverandør af ydelser, men som skal være en integreret del af driften og udviklingen på sygehuset. Den indgåede aftale er 4-årig.

I praksis er udbudet gennemført som et udbud efter forhandling. Samarbejdet med ISS Hospitalsservice begyndte i praksis i februar 2002.

Begge parter i denne case er bevidste om, at udgangspunktet for samarbejdet reelt er en traditionel udbudssituation, men at udbudsmaterialet trods alt er tilrettelagt med henblik på at indlede samarbejdet under overskriften partnerskab. ISS Hospitalsservice accepterer, at det stadig er Hørsholm Sygehus, der reelt har kunderollen, og at ISS Hospitalsservice har leverandørrollen. Kunden kan således ved en ny udbudsrunde lade opgaven gå til en anden leverandør. For begge parter er det dog afgørende, at ISS Hospitalsservice sidder med på inspirationsplan i forhold til ledelse og udvikling på Hørsholm Sygehus. Dertil kommer, at omfanget af opgaven også er så stort og bundtet af så mange typer ydelser, at et partnerskab kan være både reelt og nyttigt.

Hørsholm Sygehus er organiseret med egen bestyrelse og reference direkte til amtets økonomiudvalg. Styreformen gør, at der eksempelvis kan findes følgende kendetegn for virksomheden, som ikke normalt findes på danske sygehuse:

- 3 personer fra det private erhvervsliv i bestyrelsen
- Der udbetales bonus til medarbejderne (overskudsdeling)
- Overførsel af driftsresultat mellem regnskabsårene

Styreformen bakkes op af en amtslig filosofi om, at så mange af hospitalernes støtte- og servicefunktioner som muligt skal på private hænder. Målet er:

- At spare penge eller effektivisere driften
- At koncentrere hospitalernes egen ledelsesmæssige fokus på sygehusets kerneopgaver

Når begge parter i dette udbud vælger at kalde deres samarbejde for et partnerskab og ikke en udlicitering, er det, fordi begge partnere ønsker at bygge på en række af de særlige karakteristika, der kan være i et partnerskab:

- Fælles ledelsesansvar
- Fælles udvikling
- To ligeværdige parter
- ISS Hospitalsservice, som eventuelt deltager i bestyrelsen for Hørsholm Sygehus
- Ønske om at skabe grundlag for en eventuel senere selskabsdannelse

Hovedtanken i partnerskabet bygger altså på åbenhed og tillid, og Hørsholm Sygehus har det klare mål at lære af en privat serviceorganisation. Idéen i udbudet har været at få tilbudsgiverne til at beskrive, hvordan de vil løse opgaven. Udbudsmaterialet indeholder derfor intet om metoder. ISS Hospitalsservices driftsplaner skal godkendes af sygehusets bestyrelse.

Økonomi og kapacitet

ISS Hospitalsservice ikke er valgt, fordi de i ren økonomisk forstand kom med det billigste tilbud, men fordi de også ønskede at deltage i en partnerskabskonstruktion. ISS Hospitalsservices vægtning af indtjening i forhold til partnerskabets øvrige udviklingsområder kan ikke vurderes.

Kvalitet, proces- og produktinnovation

For Hørsholm Sygehus er et vigtigt mål med aftalen at skabe kvalitet og nyudvikling, der kommer både medarbejdere og patienter til gode.

Tilfredshed

Partnerskabet skal fra starten vægte kvaliteten i arbejdet blandt andet ved måling af både medarbejder- og brugertilfredshed.

Samtidig er medarbejderne sikret samme lønudvikling i hele aftaleperioden, som hvis de fortsat var ansatte i det offentlige sygehusvæsen. Desuden vil alle medarbejdere blive omfattet af hospitalets bonusordning (overskudsdeling).

Samarbejdsbarrierer

Der har ikke kunnet konstateres konkrete barrierer for aftaleindgåelsen.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Casens samarbejdsaftale fokuserer på såvel økonomi, tilfredshed hos medarbejdere og patienter, kvalitetsudvikling og innovation og læring.

2. Barrierer
 - Der er ikke konstateret væsentlige barrierer.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Da samarbejdsaftalen lige er indgået, kan aftalen ikke vurderes.

Case 14. Nordjyllands Amt og Pharmal: Partnerskab om udvikling af sprøjteproduktion på Sygehusapoteket i Aalborg

Baggrund

Nordjyllands Amt ønskede i starten af 90'erne at undersøge mulighederne for anvendelse af forud doserede sprøjter til brug ved medicingivning på amtets sygehuse. Målet hermed var primært at opnå den kvalitetsmæssige gevinst, der ligger i en minimering af risikoen for fejdosering i forbindelse med medicingivningen. Dernæst var det målet, at medicinalprodukterne ikke skulle være væsentligt dyrere end de produkter, som sygehusene hidtil havde haft adgang til.

Der indledtes derfor et struktureret undersøgelsesarbejde med henblik på kontakt til en samarbejdspartner i medicinalindustrien, der var villig til at indgå i et fælles udviklingsprojekt om udvikling af fremstilling af forud doserede sprøjter.

I 1995 indledtes så et samarbejde med medicinalproducenten Pharmal, der fortsat eksisterer i dag. Samarbejdet, der i denne sammenhæng kan betegnes som et partnerskab, idet intentionen var en fælles udviklingsmålsætning, kan opdeles i to faser. Fase 1 består af udvikling af sprøjter og påfyldningsapparat. Fase 2 består af salg af sprøjteprodukterne.

Opgavedelingen var fra starten sådan, at Sygehusapoteket og Pharmal i fællesskab skulle stå for udviklingen af selve sprøjterne sammen med en etableret sprøjteproducent. Efterfølgende i fase 2 skulle påfyldning ske i regi af Sygehusapoteket og salg i regi af Pharmal. Nordjyllands Amt forpligtede sig i den forbindelse til en uopsigelig aftale om fremtidigt køb af de udviklede produkter.

Samarbejdet er reguleret af et relativt detaljeret kontraktgrundlag. Der har imidlertid gennem hele forløbet været en klar vilje til fleksibilitet og gensidig forpligtelse parterne imellem af hensyn til at få samarbejdet til at fungere.

Økonomi og kapacitet

Samarbejdet indledtes med en fælles finansiering af fase 1. Det viste sig imidlertid efter et par år, at der var betydelige problemer med produktudviklingen. Problemerne med produktudviklingen har betydet en betydelig overskridelse af de udviklingsomkostninger, der fra starten var kalkuleret med. Som følge heraf har Nordjyllands Amt af politiske og økonomiske grunde set sig nødsaget til at trække sig ud af finansieringen af produktudviklingen. Samarbejdet er dog opretholdt, idet det nu principielt er Pharmal, der alene står for udviklingen, men fysisk er placeret på Sygehusapoteket i Aalborg, herunder også Pharmals medarbejdere, som står for produktudviklingen.

Da der endnu ikke er solgt produkter fra samarbejdet, kan de fremtidige indtjeningsmuligheder ikke vurderes på nuværende tidspunkt.

Tilfredshed

På grund af udviklingsvanskelighederne forventes fase 1 først afsluttet i efteråret 2002. Der har dog været stor tilfredshed med de testprodukter, som samarbejdet har afprøvet på Nordjyllands Amts sygehuse.

Kvalitet

Kan ikke vurderes.

Proces- og produktinnovation

Samarbejdets største gevinst har indtil nu ligget i etableringen af et fagligt miljø mellem Sygehusapoteket og Pharmal. Det faktum, at Pharmal og Sygehusapoteket har været i et tæt samarbejde om udviklingen, og at Pharmals medarbejdere fysisk er placeret på Sygehusapoteket, har betydet en væsentlig udvikling af Sygehusapotekets faglige miljø og kompetencer. Denne udvikling har også klart smittet af på Sygehusapotekets øvrige produktion.

Samarbejdsbarrierer

Der er ikke i processen konstateret formelle barrierer for etableringen af samarbejdet, men processen har været præget af, at Nordjyllands Amt og muligvis også Pharmal ikke var forberedt på, at udviklingsprocessen af et relativt kompliceret produkt kunne forsinkes og fordyres betydeligt. Det kan ikke konstateres, om årsagen hertil har været manglende kompetence og analyse af forudsætningerne for udviklingsprocessen. Der kan eventuelt også være tale om en for svag risikovurdering eller manglende kompetence hertil. Mulighederne synes dog at være til stede.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Rationalet for samarbejdsaftalen har primært været kvalitetsmæssig samt produkt- og procesinnovation.
 - Pharmal's indtjeningsmål kan ikke vurderes.
2. Barrierer
 - Parterne var ikke tilstrækkeligt forberedt på de problemer, der kunne opstå i et kompliceret udviklingsforløb.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samarbejdets kernefokus har ikke været ret succesfuld, idet der fortsat ikke er salgbare produkter. Samarbejdsprocessen har dog medført gevinster i form af kvalitetsudvikling, proces- og produktinnovation på andre områder.

4.3. Joint-ventures

Case 15. Fyns Amt og Completa A/S: Drift af serviceopgaver

Baggrund

I 1996 tog Fyns Amt som det første amt i landet initiativ til dannelsen af et selskab med både offentligt og privat ejerskab, der skulle løse servicefunktionerne i dele af Sygehus Fyn, nemlig på Assens, Bogense og Middelfart sygehuse.

Udgangspunktet var lov 384 om selskabsdannelse med planlagt 49% offentligt og 51% privat ejerskab. Der var forventet en kontraktsum på ca. 262 mio. kr. for 5 år. Heri var indeholdt en forventet besparelse for Fyns Amt på ca. 23 mio. kr. Erhvervsfremme Styrelsen bevilgede 1,4 mio. kr. til

konsulentbistand til projektet, fordi der var tale om et nyt og uafprøvet forsøg på en selskabsdannelse.

På tidspunktet for selskabsdannelsen var det desuden en uprøvet sag at samle mange typer serviceopgaver i et samlet udbud. Der var tale om rengøring, vinduespolering, husassistentopgaver, portør opgaver, tekniske ydelser og gartnerfunktioner.

Private parter, der kunne være interesseret og kvalificeret til at indgå i selskabsdannelsen med Fyns Amt, blev fundet gennem en udbudsrunde.

Det blev svenske Partena A/B, der blev valgt af det fynske amtsråd. Selskabet Completa A/S blev dannet mellem de to parter. Bestyrelsen for det nye selskab fik 9 medlemmer, hvoraf de 2 blev indstillet af amtsrådet og 4 fra de private aktionærer. Tre bestyrelsesmedlemmer blev udpeget af selskabets medarbejdere.

Omkring 190 ansatte - heraf 21 tjenestemænd i amtets sygehusvæsen - blev berørt af den nye selskabsdannelse, men de fik alle tilbudt job i det nye selskab, som også forhandlede nye overenskomster. Lov om virksomhedsoverdragelse blev anvendt, og Fyns Amt sikrede, at løn- og ansættelsesvilkår ikke blev forringet i den første kontraktperiode fra 1997 til 2002.

Som det vil fremgå af casen, levede selskabsdannelsen ikke op til alle forhåndsforventningerne, og i år 2001 valgte det fynske amtsråd at sælge sin aktieandel i selskabet til det franske selskab Sorexho, der i mellemtiden havde opkøbt Partena A/B.

Økonomi og kapacitet

Fyns Amt oplyser, at der var tre hovedformål med selskabsdannelsen, der i lidt omskrevet form kan oplistes som:

- Udvikling og effektivisering af serviceopgaven på de tre sygehuse (forventning om besparelse)
- Udvikling og udvidelse af metoder, produkter og forretningsområder
- Systemeksport af metoder og produkter til andre lande

Der var forventninger til en besparelse og effektivisering på driften, men det var altså kun en af tre lige højt vægtede begrundelser for selskabsdannelsen.

Ved udgangen af den første kontraktperiode kan det konstateres, at det samlet set er lykkedes at opnå besparelser på driften. Ligeledes er der tjent på salget af Fyns Amts andel af selskabet.

Der er i perioden sket løbende kontrakttilpasninger.

Medarbejdertilfredshed

Som udgangspunkt var det ikke et mål at opnå større medarbejdertilfredshed ved selskabsdannelsen. I leverandørvalget fik det dog en vis vægt. Partena A/B gav ikke det absolut billigste tilbud, men de var kendt for at have en god personalepolitik og personalepolitiske holdninger. Ifølge udtalelser fra medarbejderrepræsentanter kom denne opfattelse til at holde stik.

Bemærkelsesværdigt ved Completa's overtagelse var også, at personalet beholdt de samme løn- og ansættelsesvilkår. Det skabte ro og tryghed blandt personalet. Personalet mærkede ikke nogle store ændringer ved overtagelsen andet end en ny uniform og andre mindre markeringer af overtagelsen. Efterhånden kom der imidlertid mere fokus på personalet, som fik mere ansvar og fik flere mulig-

heder for at yde indflydelse på deres ledelse. Det var en meget uvant situation for det personale, der før tilhørte bunden af hospitalspersonalet og opfattede, at der var meget lang vej til toppen.

Kvalitet samt proces- og produktinnovation

Set fra Sygehus Fyn og Fyns Amts synsvinkel har der i den første kontraktperiode på 5 år været to muligheder for at påvirke kvaliteten og udførelsen af serviceopgaverne på de tre sygehuse, som Completa betjener - nemlig som medlem af bestyrelsen i Completa og som kunde til Completa.

Fyns Amt og Sygehus Fyn har fastholdt og undervejs understreget kunde-/leverandørforholdet. Undervejs i kontraktforløbet har Sygehus Fyn udviklet en kvalitetsmodel til tjek og kontrol af udførte opgaver på alle Sygehus Fyns udliciterede områder. Kvalitetsmodellen måler, om Sygehus Fyn får det antal ydelser, som de betaler for, og om kvaliteten er som aftalt i kontraktgrundlaget.

Omvendt er det tydeligt, at Fyns Amt synes, at de har fået for lidt indflydelse og udvikling ud af medejerskabet og de 49% af stemmerne i bestyrelsen.

Det var intentionen, at Completa skulle udvikle og udvide med nye forretningsområder og nye produkter og metoder.

Det oplyses fra Fyns Amt, at det ikke er Completas evne til at levere de aftalte serviceydelser og i den aftalte kvalitet, der har fået amtet til at trække sig ud af selskabet. Amtet har besluttet sig for at satse på at betragte Completa som en leverandør på lige fod med andre leverandører. Tankerne om et selskab, der kunne skabe erhvervsudvikling og i sidste ende skabe eksport, er undervejs opgivet. Der var for modstridende interesser blandt selskabets to ejere.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- Selskabsdannelsen har som udgangspunkt haft fokus på en lang række områder: økonomi, tilfredshed, kvalitet samt proces- og produktinnovation - blandt andet til eksport.

2. Barrierer

- Det er Institut for Serviceudviklings fortolkning, at det kan have været en barriere, at den offentlige part "kun" må eje op til 49% af aktierne (i et offentligt-privat selskab). Således er det ikke muligt for den offentlige part at præge udviklingen i selskabet i den retning, som der kan være offentlig interesse i – eksempelvis set ud fra en vinkel om regional erhvervsudvikling.
- Ligeledes har Institut for Serviceudvikling det indtryk, at det kan have været en barriere, at udbudsmaterialet i 1998 var meget konkret på kravspecifikationer og procedurebeskrivelser. Det har ikke efterladt mange handlemuligheder tilbage hos det nye selskab og selskabets bestyrelse. I sidste ende har det derfor været naturligt at fastholde et kunde-leverandørforhold. Mulighederne for udvikling af et partnerskab mellem ejerne og selskabets egen udvikling har måtte vige pladsen.

3. Samlet vurdering af samarbejdets succes

- Det er Institut for Serviceudviklings vurdering, at selskabsdannelsen kun har haft delvis succes. Der er således opnået en række effektiviseringsgevinster, ligesom fokus på medarbejdertilfredshed og kvalitet i ydelserne er fastholdt og udviklet. De store forventninger til produkt- og procesinnovation i relation til eksempelvis regional erhvervsudvikling, serviceeks-

port m.m. er derimod ikke opnået og er medvirkende årsag til Fyns Amts salg af aktierne i det fælles selskab.

- De økonomiske målsætninger for selskabet kan ikke vurderes.

Case 16. Anonym case: Etablering af selskab til servicepartnerskab

Denne case er ønsket anonymiseret af den private part. Denne anonymisering har i praksis betydet, at det ikke er muligt at beskrive, hvilken funktion de to parter samarbejder om, da funktionen ville betyde, at parterne relativt nemt kunne identificeres. Den funktion, der er genstand for samarbejdet, er imidlertid en serviceydelse, der betegnes som en periferiydelse på sygehusene.

Den private part i casen er en større dansk servicevirksomhed, mens den anden part er sygehusene i et amt.

Baggrund

Baggrunden for samarbejdet var, at sygehusene i amtet skulle spare et større millionbeløb, og det blev derfor besluttet at danne et fælles selskab med den private part om varetagelsen af visse servicefunktioner, hvor den private virksomhed skulle eje 51% og amtets sygehuse de 49% af aktierne. Ved at lægge servicefunktionen ud i det fælles selskab kunne bygninger m.m. sælges til det nye selskab med indtægterne ved frasalget svarende til det millionbeløb, der skulle spares.

Samarbejdet fungerer fortsat, men begge parter vurderer, at det ikke fungerer tilstrækkeligt tilfredsstillende.

Begge parter peger på, at forarbejdet ikke har været godt nok, og at en meget vægtig del af problemet var, at der reelt kun var fokus på amtets besparelspotentiale ved initieringen af samarbejdet. Store dele af de penge, der blev hentet ved frasalget, burde have været geninvesteret i selskabet.

Årsagen til, at det fælles selskab blev valgt som model, var, at det ville give amtet større indflydelse på selskabet. Samtidig blev det vurderet som en god forretning, at amtet relativt ”billigt” kunne være medejer af selskabet og få del i et eventuelt overskud.

Økonomi og kapacitet

Amtet fik et engangsbeløb, men ellers har modellen vist sig at være dyrere for amtet. Desuden har amtet efterfølgende måttet investere nogle hundrede tusinde i selskabet, fordi både amtets sygehuse og den private leverandør ikke på forhånd havde forudset, at funktionen ved overgangen til nyt selskab ville kræve en større investering for, at ydelserne kunne leveres.

Samarbejdet giver overskud for den private part.

Tilfredshed

Der var ved etableringen af samarbejdet en relativ stor utilfredshed med kvaliteten af funktionens ydelser. Tilfredsheden med ydelsen hos slutbrugerne er formentlig større end tidligere, men der er ikke målt på tilfredsheden.

Hverken hos ledelsen eller hos slutbrugerne endsiges hos den private part er der tilfredshed med samarbejdet. Det fortsatte samarbejde er derfor under kritisk overvejelse.

Kvalitet

Den forventede kvalitet af selskabets ydelser har vist sig at være langt fra tilfredsstillende, hvilket i høj grad kan henføres til de manglende investeringer.

Der er dog ifølge amtets sygehuse styr på de helt grundlæggende kvalitetselementer, således at der leves op til gældende lovgivning og andre formelle krav.

Proces- og produktinnovation

Den private part tilbyder løbende nye serviceydelser til amtets sygehuse, men der er ikke meget fokus på denne udvikling fra sygehusenes side. De er relativt resignerende i forhold til det eksisterende samarbejde og har derfor ikke megen interesse i at udvikle samarbejde.

Samarbejdsbarrierer

Barriererne i dette konkrete samarbejde overskygger klart de eventuelle muligheder, der måtte være. Således er der enighed om, at samarbejdet ikke fungerer, og at årsagen til dette dybest set skyldes, at samarbejdet blev etableret med udgangspunkt i behovet for en markant økonomisk indsprøjtning, som salget gav sygehusene. Fokuseringen på at få en hurtig indtjening betød, at det nødvendige forarbejde for samarbejdet ikke blev udført af nogen af parterne med efterfølgende gensidige beskyldninger om skyld og ansvar, der umuliggør et reelt partnerskab.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen
 - Rationalet har udelukkende været på realisering af en økonomisk engangsgevinst.
2. Barrierer
 - Det mangelfulde forarbejde og begrænsede fokus har været en betydelig barriere.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Samarbejdet har ikke været en succes.

4.4. Andre

Case 17. Ronald McDonald Hus på Rigshospitalet

Baggrund

I starten af 2001 blev byggekontrakten på det første Ronald McDonald Hus i Danmark underskrevet på Rigshospitalet. Huset er i skrivende stund under opførelse, og Ronald McDonald Hus har ansat den kommende leder af huset, som aktuelt er ved at gøre klar til åbningen af huset og justering af konceptet til den danske hospitalskultur.

Et Ronald McDonald Hus er den danske udgave af det verdensomspændende koncept Ronald McDonald House. I Danmark er konceptet en delmængde af Ronald McDonald BørneFond. Der er tale om et helt fast koncept, som der findes eksempler på p.t. 218 andre steder i verden.

Økonomi og kapacitet

Ronald McDonald Huset på Rigshospitalet bliver på 1.400 m², og der bliver plads til 12 familier ad gangen.

Opførelsen og indretningen af huset betales 100% af den danske Ronald McDonald BørneFond, som også betaler for drift og administration af huset foreløbigt i de næste 50 år.

Det er en del af forretningskonceptet hos McDonald™ at tage et socialt ansvar. Dette har været tilfældet i 25 år. Engagement i det danske sygehusvæsen er derfor ikke holdt op imod en særskilt kalkule, hvor ”brand” og ”goodwill” afvejes mod investeringen i et supplement til det danske sygehusvæsen.

Tilfredshed

Der er ikke kun tale om, at Ronald McDonald BørneFonden betaler regningen. Det er fonden, der ansætter og driver personale og administration i Ronald McDonald Huset på Rigshospitalet. Dette er en væsentlig del af konceptet, fordi der lægges vægt på at skabe en helt speciel ånd i huset. Det er meningen, at huset skal være et ”*hjem uden for hjemmet*” for de familier med alvorligt syge børn, der får tilbud om ophold i huset. Husets koncept skal give tilfredshed, adspredelse og opmuntring til familier, der gennemlever en svær tid inde på selve hospitalet. Ronald McDonald BørneFonden mener, at de er bedst til at varetage denne opgave, men selvfølgelig i fuld respekt for samarbejdet med det kliniske personale på hospitalet.

Ronald McDonald BørneFond har det synspunkt, at det ikke giver mening at sammenligne deres tilbud med det alternativ, som familierne bliver tilbudt af sygehusene uden et Ronald McDonald Hus. Der er tale om noget væsentligt andet end det, der i dag tilbydes i sygehusregi. Eneste tilnærmelsesvis sammenligning er de hospitaler i Danmark, der i dag har tilknyttet et patienthotel, hvor forældre har overnatningsmuligheder.

Kvalitet

Ronald McDonald Hus anser i sagens natur, at de tilbyder et bedre produkt i form af omsorg, adspredelse og opmærksomhed end det alternativ, som sygehusene selv leverer med en opredning på stuen og ophold ved barnets sygeleje. Ifølge Ronald McDonald Hus er det også helt naturligt, at deres produkt ikke er en opgave, som hverken offentlige eller private sygehuse påtager sig som en del af deres normale drift.

Det pointeres, at der er tale om et klart defineret koncept, som tilbydes verden over, og som bygger på at tilbyde: ”Den mentale rejse fra hospitalet til Ronald McDonald Huset”. Når det så er sagt, oplyser Ronald McDonald BørneFonden, at de altid bruger mange kræfter på at tilpasse deres koncept til den aktuelle sygekultur og -tradition - således også på Rigshospitalet.

Proces- og produktinnovation

Ronald McDonald BørneFond har ingen intentioner om at udvikle flere typer samarbejde med det danske sygehusvæsen ud over konceptet Ronald McDonald Hus. Udviklingen og engagementet er klart defineret og afgrænset i forhold til, at det skal være til børn, og at der er et fast koncept. Hvis det går som i andre lande, kan der imidlertid komme flere Ronald McDonald Huse til i Danmark. Eneste restriktion er, hvor mange midler der er i Ronald McDonald BørneFonden.

Samarbejdsbarrierer

Der har ifølge Ronald McDonald BørneFond ikke været barrierer af nogen art.

Case-vurdering

1. Rationalet i samarbejdsaftalen

- For Ronald McDonald Børnefond er fokus primært på at yde et kvalitativt tilbud med stor brugertilfredshed som led i et forretningskoncept.
- Selvom det ikke er en del af fokus, kan samarbejdet ligeledes ses som en kvalitativ gevinst for sygehusvæsenet.

2. Barrierer
 - Der er ingen oplevede barrierer ved etableringen af børnehuset.
3. Samlet vurdering af samarbejdets succes
 - Da projektet er nyt, kan dette ikke vurderes.

5. Offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet – en status

I dette kapitel vurderes status for offentlig-private samarbejder i det danske sygehusvæsen med udgangspunkt i det indsamlede case-materiale. Ligeledes relateres denne status til internationale erfaringer på området samt til amtskommunernes rolle i relation til etablering af samarbejder mellem offentlige og private virksomheder.

5.1. Rationaler for offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

Af figur 4 fremgår en samlet oversigt over de *offentlige* aktørers begrundelser for etableringen af et samarbejde med private virksomheder i rapportens case-beskrivelser.

Figur 4. Oversigt over fokus i de beskrevne cases

	Økonomi og kapacitet	Tilfredshed	Kvalitet	Innovation	Andet
Leverandøraftaler					
Case 1. ScanSleep/Århus Amt	x		x		
Case 2. Thava Imaging/Åbenrå Sygehus	x				
Case 3. MSL Medical/Ringkjøbing Amt	x				
Case 4. Skotland: Ross Hall Hospital	x		x		
Case 5. 3 sygehuse i Frederiksborg Amt	x				
Case 6. Hamlet/Frederiksborg Amt	x				
Case 7. Grindsted/Brørup Sygehus	x				
Case 8. Lægeseekretærer/Vejle Sygehus	x				
Case 9. Vejle Sygehus/IBM				x	x
Partnerskaber					
Case 10. Fyns Amt/Skandinaviske Patienthotell AB			x	x	
Case 11. Rønne Centralsygehus/Hamlet			x	x	x
Case 12. Skotland: New Hairmaiers			x	x	
Case 13. Frederiksborg Amt/ ISS Hospitalservice	x		x	x	x
Case 14. Nordjyllands Amt/Pharmal	x	x	x	x	
Joint-ventures					
Case 15. Fyns Amt/Completa A/S	x	x	x	x	
Case 16. Anonym case	x				
Andre					
Case 17. Ronald McDonald Hus			x		x

Om rationaler i leverandøraftaler

Som det fremgår, er der en klar tendens til, at leverandøraftaler med eller uden forudgående udbud fokuserer på opnåelse af økonomiske eller kapacitetsmæssige resultater i form af effektiviseringer, besparelser, stordriftsfordele og udnyttelse af marginal kapacitet.

Leverandøraftalerne består typisk af aftaler om, at private virksomheder løser mindre opgaver eller afgrænsede delopgaver af sygehusvæsenets drift. Det kan eksempelvis dreje sig om køb af operationsskapacitet til løsning af mindre eller midlertidige ventelisteproblemer eller indgåelse af servicekontrakter vedrørende servicering af avanceret teknisk udstyr. Aftalegrundlaget vil som oftest være reguleret kontraktligt.

I flere af aftalerne har udgangspunktet været amtets eller sygehusets ønske om at sikre sig bufferkapacitet eller leverancesikkerhed på et område, hvor de faste omkostninger ved selv at forestå driften af opgaveløsningen er for høje.

Måden, hvorpå sygehusvæsenet traditionelt har løst denne problemstilling, er opgavedeling og specialisering mellem afdelinger, mellem sygehuse og mellem amter. Det kan imidlertid undre, at der trods alt ikke findes flere decentrale forsøg på at sikre den ønskede bufferkapacitet på sygehusvæsenets kerneområder ved anvendelse af private leverandører, end tilfældet er - især når der tages i betragtning, at der fortsat er betydelige kapacitets- og planlægningsproblemer i specialdelingen mellem afdelinger, sygehuse og amter.

En årsag kan naturligvis være en forventning om, at prisen ved anvendelsen af private leverandører under alle omstændigheder vil overstige den pris, som man selv kan udføre opgaven for, som følge af den private leverandørs overhead. Denne forventning er givetvis berettiget i mange tilfælde. De potentielle private leverandører til sygehusvæsenets egen varetagelse af opgaverne er ofte små set i forhold til de opgaver sygehusvæsenet har behov for løsning af. Det kan betyde at private leverandører ofte vil have svært ved at opnå de stordriftsfordele, som sygehusvæsenet selv kan opnå alene i kraft af sin størrelse.

Muligheden for anvendelse af private leverandører til risikospredning og skabelse af budgetsikkerhed, som den eksempelvis illustreres i case 2 og 3, skal imidlertid ikke overses alene med begrundelse i, at der muligvis vil være en mer-pris ved anvendelse af private leverandører. Sygehusvæsenet kunne således arbejde mere bevidst med anvendelsen af private leverandører til risikospredning over tid.

Endvidere fremgår det af case-materialet, at andre perspektiver end de økonomiske sjældent er i fokus ved indgåelse af leverandøraftaler. I mange tilfælde tages der udgangspunkt i leverancen af en kendt ydelse i samme organisatoriske og kvalitetsmæssige set-up, som sygehuset hidtil har kendt. Dette kan ligeledes undre, idet indgåelsen af en aftale med en ekstern leverandør er en oplagt anledning til overvejelser om mere omfattende justeringer af såvel kvalitetsmæssig som organisatorisk karakter. Indgåelsen af en aftale med en ekstern leverandør kan således anvendes til en kvalitetsmæssig oprustning af et marginalområde, som det eksempelvis er tilfældet i case 1.

Om rationaler i partnerskaber og joint-ventures

Forsøgene med partnerskaber og joint-ventures i sygehusvæsenet er endnu meget få. De beskrevne omfatter formentlig langt hovedparten af de danske forsøg, der er gjort. Samtidig kan man diskutere, hvorvidt der er tale om reelle partnerskaber i det omfang, at de er indgået efter afholdelsen af et udbud.

De beskrevne cases viser, at fokus for samarbejdsaftalerne er langt bredere, end når der er tale om leverandøraftaler. Årsagerne hertil skal formentlig findes i det faktum, at der er tale om langt mere omfattende opgaveløsninger, der indebærer større usikkerhed for begge parter i samarbejdet.

Om rationaler for de private aktører

For næsten alle de private aktører i de beskrevne cases er fokus primært på, at den enkelte samarbejdsaftale skal være forretningsmæssigt bæredygtig - et forhold, der på den ene side måske ikke er så overraskende (i hvert fald når det gælder leverandøraftalerne), og på den anden side kan det overraske, at der ikke er mere fokus på de private virksomheders muligheder for læring om og af sundhedsvæsenet ved indgåelse af samarbejdsaftaler og på bevidst anvendelse af denne læring til forretnings- og markedsudvikling.

Det er Institut for Serviceudviklings vurdering, at årsagerne hertil skal findes i:

- at danske virksomheder traditionelt har et relativt kortsigtet fokus for indtjening.
- at danske virksomheder overser eller undervurderer muligheder for læring i det offentlige sundhedsvæsen.

5.2. Resultaterne af offentlige-private samarbejder i sygehusvæsenet

Af figur 5 fremgår en oversigt over vurderingen af succesraten i de beskrevne cases.

Figur 5. Oversigt over graden af succes i de beskrevne cases.

	Succes	Delvis succes	Ringe succes
Leverandør- aftaler			
Case 1. ScanSleep/Århus Amt	x		
Case 2. Thava Imaging/Åbenrå Sygehus	x		
Case 3. MSL Medical/Ringkjøbing Amt	x		
Case 4. Skotland: Ross Hall Hospital	x	(x)	
Case 5. 3 sygehuse i Frederiksborg Amt	-	-	-
Case 6. Hamlet/Frederiksborg Amt	x		
Case 7. Grindsted/Brørup Sygehus	(x)	x	
Case 8. Lægeseekretærer/Vejle Sygehus	x		
Case 9. Vejle Sygehus/IBM	x	x	
Partnerskaber			
Case 10. Fyns Amt/Skandinaviska Patienthotell AB	x		
Case 11. Rønne Centralsygehus/Hamlet		(x)	x
Case 12. Skotland: New Hairmaiers	-	-	-
Case 13. Frederiksborg Amt/ ISS Hospitalservice	-	-	-
Case 14. Nordjyllands Amt/Pharmal		x	
Joint-Ventures			
Case 15. Fyns Amt/Completa A/S		x	
Case 16. Anonym case			x
Andre			
Case 17. Ronald McDonald Hus	-	-	-

Oversigten viser, at succesraten i de indgåede leverandøraftaler er høj. Årsagerne hertil skal efter Institut for Serviceudviklings vurdering findes i to forhold:

- at indgåelsen af leverandøraftalerne er relativt klare i deres målfokusering og i opgaveafgrænsningen.
- at anvendelsen af cases som illustration i sig selv har den bias, at potentielle ikke-succesfulde cases sorteres fra allerede i planlægningsfasen (og dermed aldrig bliver til en case!).

Succesraten henleder imidlertid også her opmærksomheden på de potentielle muligheder, der kunne være i anvendelsen af private leverandører til sikring bufferkapacitet og leverancesikkerhed.

Det er endnu for tidligt at sige noget endeligt om resultaterne i en del af de indgåede partnerskaber og joint-ventures. Der synes dog at være en tendens til, at de mere komplicerede samarbejder også giver en mere varieret grad af succes.

5.3. Barrierer og muligheder for offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

Figur 6. Oversigt over barrierer i de beskrevne cases.

	Jura	Økonomi	Organisation	Ideologi	Med-arbejder-modstand	Andet
Leverandør- aftaler Case 1. ScanSleep/Århus Amt Case 2. Thava Imaging/Åbenrå Sygehus Case 3. MSL Medical/Ringkjøbing Amt Case 4. Skotland: Ross Hall Hospital Case 5. 3 sygehuse i Frederiksborg Amt Case 6. Hamlet/Frederiksborg Amt Case 7. Grindsted/Brørup Sygehus Case 8. Lægeseekretærer/Vejle Sygehus Case 9. Vejle Sygehus/IBM				x		x x
Partnerskaber Case 10. Fyns Amt/Skandinaviska Patienthotell AB Case 11. Rønne Centralsygehus/Hamlet Case 12. Skotland: New Hairmaiers Case 13. Frederiksborg Amt/ ISS Hospitalsservice Case 14. Nordjyllands Amt/Pharmal				x	x x	x x
Joint-Ventures Case 15. Fyns Amt/Completa A/S Case 16. Anonym case		x	x			x x
Andre Case 17. Ronald McDonald Hus						

Barriererne

Inden indsamlingen af case-materialet var det ventet, at en række formelle barrierer i form af jura, økonomiske problemstillinger m.v. ville vise sig. Case-materialet har vist, at dette ikke er tilfældet. I det hele taget opgiver interviewpersonerne meget få barrierer for etableringen af samarbejderne i de konkrete cases. Der kan dog identificeres en vis holdningsmæssig modstand - dels politisk og dels blandt medarbejderne i nogle cases. Ligeledes kan der konstateres en række andre barrierer, der dog ofte er specifikke for de konkrete projekter, hvor de findes.

Også her må man antage, at case-formen til belysning af problemstillingen spiller ind. De fleste af de ønsker om etablering af offentlig-private samarbejder, der ikke lader sig gøre som følge af formelle barrierer, bliver formentlig aldrig konkretiseret og dermed aldrig til en case. De manglende juridiske, økonomiske barrierer kan således ikke tages som et udtryk for, at de ikke findes - blot at den her valgte fremgangsmåde dårligt afslører dem.

Flere interviewpersoner - især blandt de private virksomheder - giver imidlertid udtryk for oplevelsen af en række *generelle* barrierer for etableringen af offentlig-private samarbejder. Det drejer sig om:

- Der er reelt meget få private aktører på markedet som alternativ til amternes og sygehusenes egen varetagelse af de opgaver, der potentielt kunne varetages af private. Dermed bliver konkurrenceelementet ikke muligt at afprøve.
- Det offentlige sygehusvæsen har vanskeligt ved at udvikle sig uden for de traditionelle kliniske områder på eksempelvis service, arbejdsgange og planlægning. Det vurderes, at sygehusvæsenet har meget svært ved at få ressourcer og rammer til udvikling og almindelig drift i de meget hie-

rarkiske strukturer i de offentlige sygehuse.

- Den oplevede politiske modstand og modstand fra medarbejderne bekræftes af flere private virksomheder, der ikke har oplevet det i de konkrete cases, de har været interviewet om. Det opleves også, at politikere og forvaltning har svært ved at gennemtrumfe samarbejder over for især sygehusenes overlæger. Der er fortsat megen prestige i at have behandlingstilbudene inden for egne organisatoriske rammer.
- Den tunge beslutningsproces i den offentlige sektor, hvor alle skal høres - ikke mindst politikerne - går igen i flere interviews med såvel offentlige som private interviewpersoner. Flere forhold gør sig her gældende. Dels søger politikerne ofte at sikre sig på alle måder i samarbejdet med den private virksomhed. Det betyder, at processen bliver langsommelig, og at risikodelingen bliver skæv for den private virksomhed. Samtidig præges beslutningsprocessen ofte af, at de ledelsesmæssige ressourcer ikke er tilstrækkelige til at tage sig af både politisering (servicering af politikerne) og den reelle ledelsesmæssige forpligtelse til varetagelse af en optimal drift. Driftshensynene bliver ofte ”Sorteper”, når dette er tilfældet.
- Styrelseslovgivningen og rammerne for, hvilke aktiviteter den offentlige part kan indgå i (eksempelvis offentlige virksomheders begrænsede muligheder for salg til private), nævnes som en barriere.
- Sygehusene kender ikke reelt deres egne priser. Dette gør det vanskeligt at sammenligne med den pris, som private kan levere til. Ligeledes svarer DRG-afregningen ikke overens med de faktiske omkostninger ved opgaveløsningen.

Mulighederne

Omvendt giver en stor del af interviewpersonerne også udtryk for, at der i etableringen af samarbejder mellem offentlige og private virksomheder er en række potentielle positive muligheder.

- **Mulighed for fokus på kerneforretningen.** Samarbejdet mellem et sygehus og en privat aktør på serviceområderne giver sygehuset mulighed for at fokusere på sine kerneopgaver. Det er almindeligt blandt private virksomheder, at man løbende arbejder med udvikling af grænserne for, hvad kerneopgaverne skal omfatte. Dette arbejde skal sikre, at kerneopgaverne løbende varetages optimalt. Derfor pågår løbende overvejelser om eksempelvis, i hvilket omfang man skal organisere serviceydelser inden for rammerne af egen organisation eller ved køb af underleverandører. En tilsvarende tradition eksisterer ikke i sundhedsvæsenet, hvor der er en tendens til at opfatte alle for opgaveløsningen relevante ydelser som en del af kerneopgaven. Et samarbejde om serviceopgaverne med private virksomheder kunne give sygehusvæsenet mulighed for at flytte fokus over på kerneopgaverne.
- **Ændring af periferiopgaver til kerneområde.** Ved at flytte serviceopgaver, der ofte opfattes som periferiopgaver, ud til private aktører kan man opnå, at opgaverne får større ledelsesmæssig fokus og prestige, end hvis de varetages inden for rammen af det omfattende opgavesæt, som sygehusvæsenet varetager. Dette kan betyde langt større medarbejdertilfredshed.
- **Nye muligheder for etablering af kompetenceudviklingsforløb.** Samling af en række periferiopgaver eller udlægning af opgaverne til en privat leverandør, der også varetager andre opgaver,

kan betyde større muligheder for etablering af tillokkende karriere- og udviklingsforløb for medarbejderne.

- **Muligheder for gensidig læring.** Etablering af samarbejder kan betyde mulighed for gensidig læring mellem parterne omkring varetagelsen af eksempelvis ledelse, produkt- og procesinnovation, kvalitetssikring og tilfredshed. Det skal understreges, at læringen ikke kun potentielt går fra privat part til offentlig part. Der ligger et betydeligt læringspotentiale for private virksomheder i områder som ledelse, arbejdsmiljø og kvalitet ved deltagelse i samarbejder med offentlige sygehuse. Ligeledes ligger der et betydeligt potentiale for produkt- og markedsudvikling i den læring, som virksomheden kan opnå ved deltagelse i samarbejdet.

5.4. Internationale erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet

Sammenstilles erfaringerne fra det case-materiale, der er beskrevet i denne rapport med internationale erfaringer, kan der konstateres såvel nogle ligheder som nogle forskelle. De sammenstillinger, der her er foretaget, er primært baseret på erfaringer fra Storbritannien, Sverige og Frankrig.

Med baggrund i erfaringerne fra Storbritannien og Sverige kan det først og fremmest konstateres, at fokus i de forsøg, der i disse lande er gjort med offentlig-private samarbejder, ofte har haft et økonomisk sigte¹². Dette gælder også i de tilfælde, hvor formen har været partnerskaber eller joint-ventures. Derved skiller de internationale erfaringer med partnerskabsdannelse og joint-ventures sig fra de danske cases i denne rapport, idet fokus her har været betydeligt bredere.

Ses der specifikt på anvendelsen af leverandøraftaler som bufferkapacitet, kan man muligvis finde en parallel i det franske sundhedsvæsen¹³. Her fungerer den private del af sundhedsvæsenet i vidt omfang som bufferkapacitet for det omfattende offentlige sygehusvæsen - ikke ved direkte samarbejdsaftaler, men ved at patienterne har mulighed for at benytte og i vidt omfang benytter sig af det frie valg.

Institut for Serviceudvikling vurderer, at anvendelsen af privat sygehuskapacitet med det formål at afvikle permanente eller midlertidige ventelistepukler kan være en betydelig mulighed for det offentlige sygehusvæsen for at styre den tilgængelige kapacitet i forhold til et svingende behov. Man kan med andre ord anvende den marginale kapacitet, som et privat sygehusvæsen opsamler som bufferkapacitet.

Erfaringen fra denne rapport's case 4 viser et eksempel på, at private sygehuse faktisk evner at samle og distribuere den marginale kapacitet, der løbende opstår i sygehusvæsenet. Der ligger imidlertid en væsentlig pointe i, at anvendelsen af marginal kapacitet som bufferkapacitet i visse tilfælde ikke er hensigtsmæssig, idet det kan begrænse incitamenterne til procesinnovation i det offentlige sygehusvæsen. Der er således ikke noget, der tyder på, at det private sygehus i denne case har virket som inspiration for det offentlige sygehusvæsen til procesinnovation.

¹² Thomas Pallesen: Health Care Reforms in Britain and Denmark. The politics of Economic Success and Failure, 1997, E Hospital, Issue3/2000, Vol. 2. Svenska Kommunförbundet, 1998: Långt borte men nära - en introduktion til regionfrågan. KPMG: Markedsdannelse og leverandørstyring

¹³ DSI Institut for Sundhedsvæsen: Det franske sundhedsvæsen, 2001. CREDES, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville: The French Health Care System, Organisation and Function, 2001

Når det gælder de generelle udenlandske erfaringer, må det stadig siges, at de ikke er så konklusive endnu. Det har i arbejdet med denne rapport ikke kunnet findes præcise konklusioner vedrørende de svenske erfaringer med firmatisering og afknopning. De britiske erfaringer med partnerskabsdannelse kan generelt siges at have været en succes med hensyn til tiltrækning af ny kapital til sundhedsvæsenet. Der er imidlertid også en øget bevidsthed om at fokus i højere grad skal vendes mod at anvende partnerskaber kvalitet og udvikling i stedet for primært at fokusere på effektivisering og omkostningsreduktioner¹⁴.

5.5. Amtskommunernes rolle i offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet

De interviews, som denne rapport baserer sig på, samt Institut for Serviceudviklings generelle erfaringer med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet viser, at der i amterne og på sygehusene ikke er stor uvilje mod samarbejde med private virksomheder. Faktisk har man i det fleste tilfælde gode erfaringer hermed.

Det viser sig imidlertid også, at når der ses bort fra leverandøraftaler på serviceområderne, herunder især naturligvis serviceaftaler, udviklingsaftaler og indkøb, er der meget lidt generel fokus på mulighederne i etablering af samarbejder. Sygehusvæsenet har en tradition for at være relativt indadvendt i de løsningsmuligheder, som man arbejder med. Det er således de færreste amtskommuner, der arbejder systematisk med ikke blot mulighederne i offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet, men også med eksempelvis udnyttelsen af markedspotentialer for sygehusvæsenets ydelser og produkter, markedsdannelse og virksomhedsetablering på sundhedsområdet. Man kan med andre ord sige, at der sjældent er særligt meget fokus på en tæt sammenhæng mellem amternes erhvervs-politiske indsats og sygehusvæsenets indsats.

Til trods for dette generelle billede skal det dog retfærdigvis nævnes, at der i enkelte amter er overvejelser om, i hvilket omfang det er muligt at inddrage private virksomheder i opgaveløsningen.

En årsag hertil skal muligvis findes i manglende kompetencer til identifikation af sammenhængene mellem privat erhvervsliv og sygehusvæsen samt manglende tradition for fokus på sammenhængen. Arbejdet med denne rapport har dog ikke kunnet dokumentere dette.

Omvendt råder amter og sygehuse i vidt omfang over gode kompetencer til håndtering af de formelle opgaver i relation til offentlig-private samarbejder. Det drejer sig eksempelvis om de juridiske kompetencer og retningslinier ved udarbejdelse af udbudsmaterialer eller om håndteringen af op-havsrettigheder.

6. Konklusion og anbefalinger

Denne rapport har med udgangspunkt i en række cases vist at der eksisterer en lang række samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. Langt hovedparten af disse samarbejder forekommer imidlertid som leverandøraftaler til sygehusvæsenet. En del af af leverandøraftalerne indebærer dog til en vis grad et samarbejde mellem de offentlige- og private aktører.

Der er generelt meget få eksempler på mere omfattende samarbejder i form af partnerskaber og joint ventures. Selvom det ikke har været hensigten med denne rapport at give et fuldstændigt overblik over omfanget af samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder har arbejdet

¹⁴ Commission on Public Private Partnerships: Building Better Partnerships, 2000

vist at der samlet set er meget få erfaringer med etablering af partnerskaber og joint-ventures i det danske sygehusvæsen.

Rationalerne for etablering af samarbejder med private virksomheder er som oftest ønsker om økonomiske og kapacitetsmæssige gevinster eksempelvis i form af effektiviseringer, besparelser eller en billigere kapacitetsudnyttelse.

Disse samarbejder etableres som oftest som leverandørydelser og ofte med succes; også på sygehusvæsenets kerneområder. Der findes en lang tradition for denne type samarbejder i sundhedsvæsenet.

Der er imidlertid også ofte meget lidt fokus på kvalitets- og udviklingsperspektiverne i sådanne samarbejder.

Det er på nuværende tidspunkt vanskeligt at give et præcist billede af resultaterne af de partnerskaber og joint ventures, der er etableret i sygehusvæsenet.

Der synes dog at være en tendens til at såvel rationalerne som succeserne er mere differentierede end ved leverandørydelser.

De beskrevne cases tyder på, at der reelt er meget få formelle barrierer for etableringen af samarbejder mellem sygehusvæsenet og private virksomheder. De væsentligste barrierer som de beskrevne cases viser er:

- Holdningsmæssige barrierer; såvel politisk som hos medarbejderne
- Sygehusvæsenets indadvendthed. Der er mangel på tradition for fokus på mulighederne for samarbejde med private virksomheder i sygehusvæsenet
- Det begrænsede private leverandørmarked for ydelser der kan matche sygehusvæsenets egen opgaveløsning.

På baggrund af de erfaringer, der i denne rapport er samlet med offentlig-private samarbejder i det danske sygehusvæsen, skal Institut for Serviceudvikling give nedenstående anbefalinger for det fremtidige arbejde med offentlig-private samarbejder i sygehusvæsenet:

1. At der sættes øget ledelsesmæssig fokus i amter og på sygehuse på mulighederne i offentlig-privat samspil.

Der bør arbejdes med at sætte fokus på de muligheder, der er for at anvende samarbejder med private virksomheder til. Der er med andre ord ikke nok ledelsesmæssig opmærksomhed i den offentlige del af sygehusvæsenet på de muligheder samarbejde med private kan give vedørende:

- Muligheder for at proces- og produktudvikle sygehusvæsenets ydelser. Dette kræver fokus på andet end de økonomiske perspektiver i offentlig-private samarbejder.
- Mulighederne for at arbejde med afgrænsningen af sygehusvæsenets kerneforretning således at sygehusvæsenet kan fokuseres på at forbedre denne.
- Mulighederne for anvendelse af private leverandører som bufferkapacitet i situationer hvor etablering af egen kapacitet er omkostningstung.

2. at der i amterne fokuseres mere at arbejde med sammenhængen mellem den erhvervspolitiske og den sundhedsmæssige indsats. Der er med andre ord alt for lidt fokus på det lokale forretnings- og markedsmæssige udviklingspotentiale, der ligger i sygehusvæsenet.

3. At der arbejdes med markedsudvikling af flere potentielle private leverandører til sygehusvæsenet. Sygehusene er store virksomheder i det danske virksomhedsbillede og ofte er mulighederne for etablering af samarbejder med private begrænsede. I den sammenhæng bør også arbejdes med at

åbne virksomhedernes øjne for, hvad der kan opnås af læring og udvikling - såvel produkt-, proces- og markeds-mæssigt - ved etablering af samarbejder med sygehusvæsenet.

4. At der sættes positiv fokus på de holdningsmæssige barrierer der fortsat findes omkring samarbejder med private virksomheder.

Det kan ske ved at fokusere mere på:

- De udviklingspotentialer og kompetenceudviklingsforløb et samarbejde med private virksomheder kan indebære.
- De fordele der ligger i at gøre perifere ydelser til kerneydelser

Samlet set viser denne rapports statusbeskrivelse, at der i sundhedsvæsenet er en spirende bevidsthed om mulighederne ved etablering af samarbejder med private virksomheder. Der er imidlertid fortsat et stort uudnyttet potentiale som såvel sygehusvæsenet som potentielle private virksomheder skal have øjnene op for. De kommende år må anvendes til en indsats herfor.

Bilag 1. Litteratur og referencer

Interviews

Margo Aitchison, patient Services Manager, Ross Hall Hospital, Glasgow
Stig V. Bering, direktør, Herning Sygehus
Søren Berg, læge og partner, ScanSleep
Liz Dillon, director of Nursing, Ross Hall Hospital, Glasgow
Anne Mette Hedegaard, afdelingschef, Sygehus Fyn
Hans Erik Henriksen, direktør, IBM
David Hume, General Manager, New Hairmyres Hospital, East Killbride
Inger Iversen, Ringkøbing Amt
Mhairi Jefferies, director of Nursing, Ross Hall Hospital, Glasgow
Niels Rasmus Jensen, sagsbehandler, Århus Amt
Jens Otto Jeppesen, direktør, Odense Universitetshospital
Dorte Jespersen, Koordinator, Ronald McDonald BørneFond
Anne Kragh Jørgensen, Skandinaviska Patienthotell AB
Niels Erik Jørgensen, kontorchef, Bornholms Amt
Kenneth Serup Jørgensen, planlægningschef, Vejle Sygehus
Lars Kristensen, sygehusapoteker, Sygehusapoteket i Aalborg
Torben Knudsen, sygehusdirektør, Hørsholm Sygehus
Hans Henrik Lyng, MSL Medical
Anne Miller, director of Operations, Ross Hall Hospital, Glasgow
Bruno Pedersen, kontorchef, Frederiksborg Amt
Frits Pedersen, Leder af planlægnings- og IT-afdelingen, Ribe Amt
Flemming Rosleff, direktør, Hamlet
Ian Ross, Director of Strategic Planning, Lanarkshire Trust, Scotland
Anne Mette Rørvig, Fyns Amts Udviklingsafdeling.
Lars Søndergård, divisionschef, ISS Hospitalsservice
Niels Thagaard; Thava Imaging A/S
Stine Villadsen, lægesekretær
Margit Weise, direktør, Aabenraa Sygehus
Allan Wissmann, konsulent, Institut for Serviceudvikling

Litteratur

Arthur Andersen and Enterprise LTD: Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative, 2000
CREDES, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville: The French Health Care System, Organisation and Function, 2001
DSI Institut for Sundhedsvæsen: Det franske sundhedsvæsen, 2001
E Hospital, February 2000, No. 1.
E Hospital, Issue3/2000, Vol. 2.
E Hospital, Issue5/2000 Vol. 2
KPMG: Markedsdannelse og leverandørstyring
Kvalitetsinstituttet, oktober 1998: "Erfaringer med offentligt/privat samspil på sygehusområdet"
National Audit Office: Managing the relationship to secure a successful partnership in PFI projects, 2001

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 7 september 2000

Svenska Kommunförbundet, 1998: Långt borte men nära - en introduktion til regionfrågan.

Sundhedsministeriet, Sundhedsanalyser 1999:7: Sygehusvæsenet - en dansk og international sammenligning.

Thomas Pallesen: Health Care Reforms in Britain and Denmark. The politics of Economic Success and Failure, 1997

Commission on Public Private Partnerships: Building Better Partnerships, 2000

WEB-sider

www.aaa.dk

www.arf.dk

www.bornholm.dk

www.dkk.dk

www.frederiksborgamt.dk

www.fyns-amt.dk

www.hosp.dk

www.iss.dk

www.kbhamt.dk

www.mcdonalds.dk

www.nja.dk

www.ra.dk

www.ribeamt.dk

www.rigshospitalet.dk

www.ringamt.dk

www.scansleep.dk

www.sja.dk

www.stam.dk

www.vejleamt.dk

www.vestamt.dk

www.vibamt.dk

Bilag 2. Vurdering af det økonomiske omfang af offentlig-privat samspil i sygehusvæsenet

De samlede udgifter til driften af sygehusvæsenet 2001¹ kan opgøres til 35,2 mia. kr. Hertil kommer anlægsudgifter på ca. 2,0 mia. kr. Andelen af eksterne køb af forbrugsvarer og serviceydelser på sygehusene udgør normalt ca. 20-25% af de samlede driftsbudgetter. De samlede leverandørydelser til sygehusvæsenet kan dermed anslås til ca. 7,5 –9,3 mia. kr. pr. år.

I skønnet indgår udgifter til:

- varekøb
- anskaffelser
- tjenesteydelser

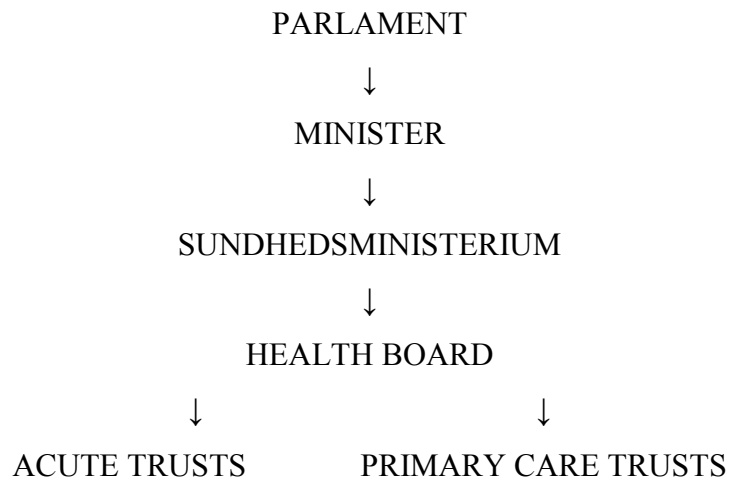
Varekøb og anskaffelser omfatter sygehusenes køb af fysiske produkter hos eksterne leverandører. Tjenesteydelser omfatter sygehusenes eksterne køb af serviceydelser hos private samt hos andre offentlige virksomheder og organisationer.

Det samlede omfang af tjenesteydelser, som sundhedsvæsenet årligt køber hos eksterne offentlige og private leverandører, kan skønsmæssigt ansættes til mindre end 2% af de samlede årlige driftsudgifter (35,2 mia. kr.) svarende til under 700 mio. kr.

Som det fremgår er vurderingen baseret på skøn. Amterne foretager ikke nogen systematiske og ensartede opgørelser af offentlig-privat samspil, udliciteringsgrad eller lignende som kommunerne gør det ("Udliciteringsindikatoren"). Der findes således ikke i amterne noget samlet overblik over sygehusenes samarbejder med private virksomheder.

Mere præcise opgørelser af samspillet mellem sygehusene og private virksomheder fordrer mere dybtgående analyser af sygehusenes regnskaber, end det har været muligt i denne rapport.

¹ Kilde: www.arf.dk samt amternes hjemmesider.

Bilag 3. Det britiske sundhedsvæsens opbygning

Opgaven for en Health Board er af strategisk art, mens en trust er den direkte leverandør af sundhedsydelser på det operationelle niveau. I en Acute Trust (ACT) organiseres universitetshospitaler og større centralsygehuse, mens en Primary Care Trust (PCT) indeholder psykiatriske sygehuse, mindre sygehuse med f.eks. langtidsmedicin og ældrepleje samt det, som vi i Danmark definerer som primærsektoren, herunder de privat-praktiserende læger (GP).