

OFFENTLIG-PRIVAT PARTNERSKAB I SUNDHEDSVÆSENET

- Løsning på fysiske og økonomiske kapacitetsudfordringer?



Aalborg Universitet
Master of public Governance
Masteropgave (E19)
Anne Louise Bach Christensen (071179)
Vejleder: Per Nikolaj Bukh

Indholdsfortegnelse

Summary.....	3
1. Indledning.....	4
1.1 Kapacitetsudfordringer på offentlige sygehuse	4
1.2 Omkostningseffektivitet	4
1.3 Public-private partnership	7
1.4 Fagprofessionelles motivation	10
1.5 Problemformulering	11
1.6 Den videre opgave.....	12
2. Sundhedsvæsenets økonomitildeling.....	13
2.1 De offentlige sygehuse	13
2.2 De private sygehuse	14
3. Public-private partnership i sundhedsvæsenet.....	17
3.1 Infrastrukturel PPP	19
3.2 Integreret PPP.....	20
3.3 PPP baseret på klinisk service.....	21
4. Erfaringer med PPP/OPP	22
4.1 Analysevalg	23
4.2 Globale erfaringer.....	24
4.2.1 Erfaringer fra Spanien.....	25
4.2.2 Erfaringer fra Storbritannien	26
4.2.3 Erfaringer fra Iran	27
4.3 Nationale erfaringer	29
4.3.1 Aabenraa modellen	30
4.3.2 Vejle-modellen	31
4.4 Sammenfatning	32
5. Alternative løsninger i dansk kontekst	33
5.1 Co-location private wings	33
5.2 Differentieret økonomisk OPP-model	35
5.2.1 Case på differentieret økonomisk OPP-model	37
5.3 Integreret private wing model.....	39
5.4 Udbud af enkelte ydelser	40
5.5 Udbud af serviceafdelinger	41
6. Diskussion	43

6.1 Kapacitetsudnyttelse	44
6.2 Totaløkonomi og omkostningseffektivitet	45
6.3 Kvalitet af patientbehandling	46
7. Konklusion og perspektivering	47
Litteraturliste	49

Summary

Due to an increasing elderly population with even more chronic diseases and new healthcare technologies, healthcare costs are rapidly rising and the access to capacity is challenging. Public-Private Partnership (PPP) is an increasingly common mechanism for the renewal of the public healthcare sector, as it is promoted as a means to increase value for money, lower the total costs and increase the quality.

The subject of this paper is Public-private partnership (PPP) in healthcare and more specific in hospitals, in order to find out whether it could be part of the strategic solution on the challenges of capacity and economy in the public healthcare sector. The aim is to describe and discuss the impact of PPP on capacity and cost effectiveness with great attention to continuously delivering high-quality healthcare services. The paper will also contain strategic considerations regarding implementation PPP-models using SWOT-analysis as an analytical framework. Through SWOT-analyses on existing PPP-models this paper also hopes to contribute to developing alternative solutions due to the principles of PPP.

Countries and cases were selected for the analysis based on the three most common PPP-models: Integrated model (Spain), Infrastructure-based model (UK and Denmark) and Clinical Services model (Iran and Denmark). Due to the evaluation of the SWOT-analysis of the existing PPP-models, five alternative solutions were developed to fit in with the Danish context. SWOT-analysis were also made to evaluate the alternative PPP-solutions.

This paper argues, after reviewing the literature, that PPP-models are likely to provide more value of money, although not as much as theoretically expected. It is still unclear whether PPP-models can reduce lifecycle costs. This is due to the fact, that the total costs can not be calculated until the termination of the contract, which often is 25-30 years.

The conclusion regarding PPP-models impact on the quality of healthcare compared to conventional procurement should be interpreted with some degree of caution, as studies with sufficient data to draw this conclusion from, are lacking.

It can be concluded that PPPs are not a “one-size fits all” solution, but must be designed within the local context. Caution should also be taken to ensure the decision making around the PPP strategy in order to get political support, as well as, support from the health professionals, as they are essential for success due to the hierarchy in the Danish hospitals. It is also clear, that a common IT-support system is of outmost importance to ensure transparency of performance and financial scale, which hopefully will enable a beneficial relationship between the parties.

To ensure future decisions regarding choosing the procurement method that offers highest cost effectiveness, future studies with systematic assessment are warranted.

1. Indledning

1.1 Kapacitetsudfordringer på offentlige sygehuse

Supersygehuset i Gødstrup bliver min nye arbejdsplads. Det er det hospital i Danmark, der skal dække det største geografiske område på knap 5000 km² med et patientgrundlag på 284.000 indbyggere, hvilket naturligt nok kræver en vis kapacitet – både fysisk og økonomisk.

Et stort sygehus som imidlertid med tiden er blevet mindre grundet besparelser på ca. 650 mio. kr. Der er på denne baggrund fjernet en etage fra hele byggeriet, og en af de tegnede bygninger bliver ikke realiseret. Overordnet giver dette store fysiske kapacitetsproblemer, hvilket i øvrigt også er gældende for de øvrige supersygehuse, der opføres i Danmark i disse år som følge af kvalitetsreformen i 2007.

Udover allerede kendte kapacitetsudfordringer har Sundhedsstyrelsen netop sendt dimensioneringsplanen 2021-2025 i høring, hvoraf man af den demografiske udvikling kan se, at den danske befolkning over 65 år vil stige i fremtiden. En større befolkning over 65 år vil med stor sandsynlighed sætte sundhedsvæsenet yderligere under pres i henhold til kapacitet, specielt da den generelle folkesundhed samtidig er faldende (Jensen 2018, Sundhedsstyrelsen 2017).

Ovenstående kunne naturligvis løses relativt let, hvis der var uanet økonomisk kapacitet, men dette er desværre heller ikke tilfældet. Dette til trods for øget tildeling af økonomiske midler til sundhedsvæsenet ved seneste finanslovsforhandlinger, og generelle sunde offentlige finanser vurderet ud fra vismandsrapporten fra de økonomiske råd efteråret 2019.

1.2 Omkostningseffektivitet

Grundet den pressede økonomiske kapacitet i det offentlige sundhedsvæsen, har man i de senere år haft stor fokus en ny form for økonomistyring, som fremmer omkostningseffektivitet. Denne beskrevet som effektbaseret økonomistyring og forstået ud fra brøken

$$\text{Omkostningseffektivitet} = \frac{\text{Effekt}}{\text{Omkostninger}}$$

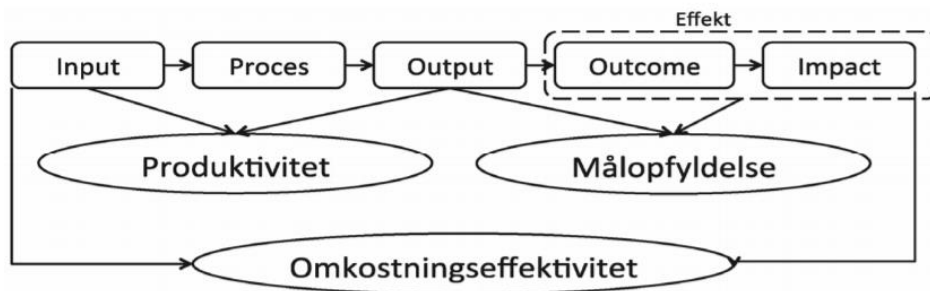
Figur 1: Omkostningseffektivitets brøken (Bukh & Christensen 2018a, p. 58)

Ledelseskommisionen har ligeledes fastslået, at *"der skal skabes størst mulig værdi for pengene"* (Ledelseskommisionen 2018, p.9), uddybet ved at *"værdiskabelsen for borgeren og samfundet er det centrale omdrejningspunkt for organisationen"* (Ledelseskommisionen 2018, p. 19).

Det bliver således helt centralt at sætte de *rigtige* effektmål, og ikke mindst vigtigt, at såfremt målene ikke er omkostningseffektive, skal de fjernes igen (Bukh & Christensen 2019, p.12).

Tankegangen her er ikke helt ny, da Peter Drucker allerede i 1963 udtaler: *"There is surely nothing quite so useless as doing with great efficiency what should not to be done at all"* (Drucker 1963).

Måling af effekt forstås i denne opgave samlet som outcome og impact jf. figur 2, hvoraf outcome vurderes som den kortsigtede effekt og impact vurderes som den langsigtede effekt.



Figur 2: Model af omkostningseffektivitet (Bukh & Christensen, 2018)

Udover effektmålene bliver det ligeledes nødvendigt at have fokus på omkostningerne – altså på ressourceforbrug og økonomi, når der henvises til omkostningseffektivitet. Jeg vil derfor give Bukh & Christensen ret i, at *”det centrale i den form for effektbaserede strategier og styring, som træder frem i disse år, er ikke så meget, at der er fokus på effekt, men at der samtidig også er fokus på den økonomiske side af aktiviteten, og at effektstyring dermed også er et spørgsmål om økonomistyring”* (Bukh & Christensen 2019, p. 23).

Effektbaseret økonomistyring har også bredt sig til sundhedsvæsenet, hvor man dog anvender værdibaseret styring med henvisning til Micheal Porters Value-Based Health Care (Porter 2010, Porter & Lee 2013). I denne opgave opfattes værdi også som outcome og impact – altså som effekt. Det bliver vigtigt at økonomistyring motiverer og giver incitament til at skabe bedre effekt/værdi. Det indebærer både den direkte og den indirekte effektbaseret økonomistyring (Bukh & Christensen 2018b).

Effekt i sundhedssektoren efter den værdibaserede tankegang har været kompliceret at måle. Man har i Region Midtjylland via *”Ny styring i et patientperspektiv”* forsøgt at måle outcome og impact i stedet for output, hvilket har vist sig særdeles vanskeligt (Højgaard, Wolf & Bech 2017, Bollerup 2018, Wisborg og Knudsen 2018). Specielt den langsigtede effekt har voldt vanskeligheder, og tildelingskriterierne vil derfor ofte fortsat i praksis være outputbaseret – alternativt efter kortsigtede effekter (Bukh & Christensen 2018a).

En af argumenterne for manglende effektbaserede tildelingsmodeller har været, at der ikke på nuværende tidspunkt eksisterer et understøttende datagrundlag (Refnov 2018, Wisborg 2018). Danske Regioner har derfor nedsat en arbejdsgruppe til at identificere muligheder for at måle omkostningseffektivitet. Dette primært i forhold til den direkte effektbaseret økonomistyring. De har identificeret fire principielle metoder til opgørelse af omkostninger ved patientforløb (Danske Regioner 2018):

- Opfølgning på indikatorer, hvor omkostningerne opgøres pr. antal ydelser.

- "Bottom up" opgørelser, hvor forløbsomkostningerne opgøres i kroner for et afgrænset område, hvilket indebærer en marginal tilgang til omkostningsopgørelsen.
- "Top down" opgørelser, hvor samtlige omkostninger på et hospital fordeles på patientforløb (omkostningsdatabasen).

Alle ovenstående tre metoder er karakteriseret ved en gennemsnitsbetragtning på patientforløbsomkostningerne, hvorved de kan anvendes til benchmarking på tværs af sammenlignelige afdelinger eller op mod landsgennemsnittet.

Gennemsnitsbetragtningerne giver derimod ikke mulighed for at se på forløbene internt på afdelingerne i henhold til at vurdere om patientforløbene varierer uhensigtsmæssigt. Til dette formål kan time-driven activity-based costing anvendes.

- Time-driven activity-based costing (TDABC), hvor der kontinuerligt beregnes på omkostninger for de enkelte unikke forløb. En videreudvikling af ABC-metoden, som laver en direkte beregning af aktivitet- og patientforløbsomkostninger. Da denne model giver mulighed for at måle både kvalitetsparametre og økonomiske parametre på individniveau, vurderes denne som et meget spændende alternativ til traditionelle metoder. Dog bemærkes det, at modellen er meget omkostningstung.

Netop af hensyn til ressourcetrækket forbundet med ovenstående fire metoder, anbefaler arbejdsgruppen, at omkostningsdatabasen forbedres og bliver tilgængelig for alle afdelinger – herunder også gerne for øvrige sektorer. Her er der dog som loven er i dag, ikke lovgivningsmæssigt hjemmel til at samkøre data.

Omkostningsdatabasen er udviklet af Sundhedsstyrelsen med henblik på at beregne taksten på Diagnose Relaterede Grupper (DRG).

DRG – Diagnose Relaterede Grupper.

DRG er et casemix system baseret på den internationale diagnoseklassifikation ICD (International Classification of Diseases). DRG-systemet anvendes til at systematisere sygdomme og er således betegnelsen for sammensætningen af patienter. Grupperne skal være klinisk meningsfulde, hvilket konkret betyder, at patienter i samme casemix-gruppe i videst muligt omfang skal have ensartede sygdoms- og behandlingsmønstre.

Grupperne skal ligeledes være ressourcehomogene, hvilket i princippet betyder, at patienter i samme gruppe forventes at påføre nogenlunde samme økonomiske belastning til det offentlige sundhedsvæsen.

DRG-takst systemet består af godt 700 takster, som er beregnet ud fra den gennemsnitlige omkostning ved en given gruppe af behandling gennemført på et offentligt hospital.

Tilsvarende findes DAGS-takster (dansk ambulant grupperings-system), som består af godt 200 takster for ambulant behandling.

Omkostningsdatabasen omkostningssætter al patientbehandling, som samles på den enkelte patientkontakt, hvorefter der beregnes et nationalt gennemsnit. Databasen indeholder således store mængder data, der kunne anvendes til at analysere marginale omkostninger også, hvilket dog ikke anvendes i dag (Danske Regioner 2018).

Man har således vurderet, at den effektbaseret tildelingsmodel fortsat er bundet op på omkostningsdatabasen og heraf DRG-systemet. Det kan diskuteres, hvorvidt DRG-systemet kan tilgodese effektbaseret økonomistyring. Da dette ikke er hovedfokus på denne opgave, vælger jeg forenklet at vurdere, at afregningssystemet baseret på DRG/DAGS takster fortsat vil være rimeligt at anvende gerne med højere grad af forløbstakster med evt. tillæg af pay for performance (P4P), da DRG og "bundled payment" ikke nødvendigvis adskiller sig fra hinanden (Pedersen 2017). Det anerkendes dog, at Porter & Lees tilgang var individuel, og forløbstakster er mere overordnet og mere aktivitetsbaserede end effektbaserede.

Til trods for udfordringer ved en effektbaseret økonomitildelingsmodel, er det dog fortsat særdeles vigtigt rent ledelsesmæssigt at have et effektbaseret fokus, og som Bukh & Christensen beskriver, så skal *"hver enkelt organisation indrette sin styringspraksis og sine politikker og strategier, så effekten bliver udgangspunktet"*, og de fortsætter: *"det kræver, at den viden der findes tages i brug, og at ledere omsætter den til konkrete værktøjer og løsninger, der passer til de udfordringer, de står overfor"* (Bukh & Christensen 2019, p. 24). Man skal naturligvis lære af hinanden, men det afgørende er, hvordan teknikkerne anvendes og kombineres. Der er her ofte tendens til at fokuseres på forskelligheder, men man burde måske i større udstrækning have fokus på sammenhænge og synergier.

Det kan således være hensigtsmæssigt at se ud over egen organisation, udover egen region og helt udover egne landegrænser for at opnå inspiration til løsninger.

1.3 Public-private partnership

Da sundhedsvæsenet også internationalt har stået over for samme økonomiske kapacitetsvanskeligheder grundet en sundhedsmæssig voksende opgave med flere komplekse behandlingsmuligheder til en aldrende befolkning med flere kroniske sygdomme, har man i flere lande ligeledes set på mulige løsninger. En af løsningsmodellerne har været udnævnt som særlig omkostningseffektiv: Public-private partnership (PPP). På dansk benævnt offentlig-privat partnerskab (OPP).

Modellen blev introduceret i starten af 1990-erne og interessen var især stor i Storbritannien, Spanien, Canada og Australien, som således har længerevarende erfaringer med PPP. I Danmark var der en vis skepsis på området, men specielt siden 2011, hvor VK-regeringen som led i en strategi for offentlig-privat samspil nedsatte en OPP-enhed i Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, har der været et tiltagende antal projekter. I regionalt regi har det primært været projekter om parkeringshuse, men i 2017 stod det første OPP-byggede sygehus dog færdig – Psykiatrisk Sygehus i Vejle.

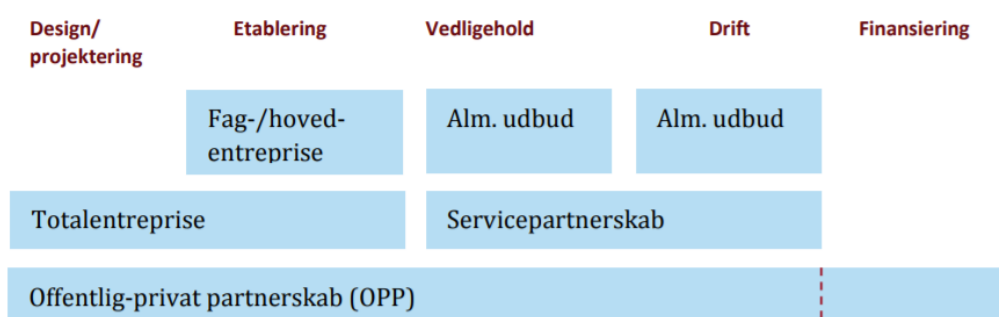
OPP kan dække over forskellige typer samarbejde mellem offentlige og private parter. En gennemgående og ensartet definition på Public-private partnership (PPP), har ikke ud fra litteraturgennemgang været mulig at opnå. I denne opgave er definitionen fra National Council for Public-Private Partnerships fra 2013 valgt (Petersen 2013):

“A Public-Private Partnership (PPP) is a contractual agreement between a public agency and a private sector entity. Through this agreement, the skills and assets of each sector are shared in delivering a service or facility for the use of the general public”

Definitionen er ganske bred, og heraf findes der mange forskellige varianter af PPP – specielt i forhold til ejerskab, investeringer, økonomiske risici og ikke mindst varighed af evt. kontrakter.

Det centrale ved PPP er, at flere opgaver kobles sammen i ét udbud med en lang kontraktperiode. Derudover indgår der aftaler om projektets finansiering, hvilket ofte er privat, men hele eller dele af finansiering kan dog også komme fra den offentlige part. Hvorvidt et OPP-projekt behandles som et offentligt lån afhænger af risikodelingen i projektet, hvilket kan være af betydning, da offentlige lån skal indgå i opgørelsen af ØMU-gælden. Dette kan være en udfordring for de lande der i forvejen overskrider ØMU-kriteriernes grænse, hvilket dog ikke er tilfældet i Danmark, hvor ØMU-gælden i 2018 var på 34,2%, og der var overskud på ØMU-saldoen på 0,6% (Danmarks statistik). Det er dog også blevet diskuteret, hvorvidt OPP-projekters regnskab overhovedet kan være registreret som off balance sheet, da et privat finansieret projekt i sundhedsvæsenet næsten altid vil være et lån, som det offentlige skal tilbagebetale (ikke altid tilfældet ved brugerbetalte parkeringshuse). Da det ikke i dansk regi har den store konsekvens, er denne diskussion dog udeladt.

Ved bygge- og anlægsprojekter, hvor OPP indtil nu har været mest benyttet, etableres der én samlet kontrakt, hvor både anlæg- og driftsfasen indgår i stedet for traditionelt i mindst to kontrakter. OPP er ofte kendetegnet ved, at den private leverandør designer, projekterer, etablerer, drifter og vedligeholder i én samlet kontrakt.



Figur 3: Model for OPP på bygge- og anlægsområdet (Konkurrencestyrelsen 2016)

Ved at samle flere opgaver opnås en højere grad af helhedsvurdering, der giver incitament til at foretage totaløkonomiske hensigtsmæssige valg. Derudover vil man i forbindelse med OPP-projekter kunne anvende den private sektors ekspertise om teknologi og innovation, idet der i udbuddet ofte er formuleret mål og funktioner fremfor processer og aktiviteter. Derved opnås ligeledes incitament til at optimere på selve processerne, da en effektivisering eller besparelse vil tilfalde den private leverandør. For at optimere den totaløkonomiske fordelagtighed er det derudover vigtigt med konkurrencen omkring kontrakten, der også er et centralt element ved OPP. Herved skabes yderligere totaløkonomiske fordele.

Udover den totaløkonomiske gevinst, er fordelene ved OPP ligeledes den lange tidshorisont, der giver en budgetsikkerhed, hvilket kan være en fordel, da besparelser i forbindelse med økonomiforhandlingerne således ikke rammer drift- og vedligehold i OPP-projektet. Den lange tidshorisont kan dog også være en ulempe, da den vanskeliggør omprioriteringer og derved låser offentlige beslutningstagere over flere valgperioder. En anden ulempe kan også være de relativt høje transaktionsomkostninger, samt at renten ved privat finansiering ofte er højere end ved offentlig finansiering. Specielt i udlandet har man valgt at tilbyde mere fordelagtige lån til OPP-projekter for at muliggøre yderligere økonomiske fordele.

I Danmark har man politisk forsøgt at fremme OPP ved at danne deponeringsfritagelsespuljen. Deponeringsfritagelsespuljen kan give dispensation til hel eller delvis deponeringsfritagelse, da regionerne ellers skal deponere et beløb, der modsvarer de samlede opførelsesomkostninger. I 2020 er der afsat 400 mio. kr. (Danske Regioners Økonomiske Vejledning 2020).

Selvom OPP traditionelt har været anvendt til byggeri og anlæg, er der dog inden for de senere år tilkommet OPP-modeller, der mere beror på samarbejde, hvor parterne arbejder i en form for netværk. Man forsøger her at opnå en deling af risici, ansvar og gevinster til fordel for begge partnere (Petersen 2013). Der er endnu ikke bred erfaring med denne modeltype hverken nationalt eller internationalt.

Flere CEPOS rapporter har i denne sammenhæng sat fokus på, at det ville være oplagt at invitere privathospitalerne indenfor på de offentlige sygehuse (Holstein 2019a,c). CEPOS angiver ligeledes at der vil være økonomiske fordele ved at lade de private og offentlige sygehuse kappes om at levere behandlinger bedst og billigst (Holstein 2014, 2016).

Jeg er som udgangspunkt enig med CEPOS i, at det med stor sandsynlighed er muligt at effektivisere sundhedsvæsenet og få højere omkostningseffektivitet. Jeg er dog ikke nødvendigvis enig i, at konkurrenceudsættelse mellem den private og offentlige sundhedssektor er den mest optimale løsning. Jeg er i den henseende, qua mit arbejde som ledende overlæge, bekymret for at *billigst* behandling vil risikere at medføre dårligere kvalitet. Jeg mener klart, at de faglige standarder (effekten) skal være i fokus. Dog vil et øget *samarbejde* med den private sektor umiddelbart ses som en fordel for at få mest mulig effekt for pengene.

Skal der indføres en ny strategi om øget samarbejde som OPP-model, kræver det som tidligere beskrevet hensigtsmæssige økonomistyring. Den økonomiske tildelingsmodel er ligeledes samtidig

en incitamentmodel, som således skal motivere de fagprofessionelle til skabe størst mulig værdi for pengene.

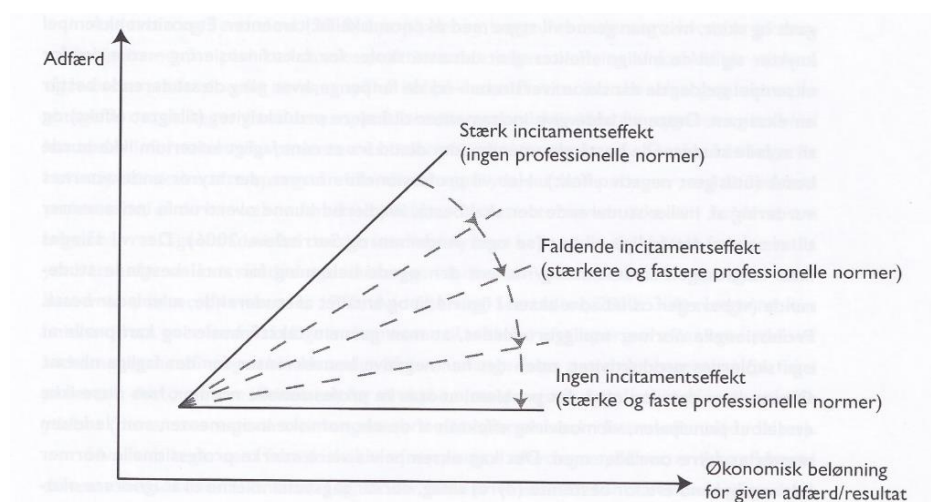
1.4 Fagprofessionelles motivation

Motivation indeholder både motivationens retning og motivationsniveauet, hvor retningen indebærer viden om menneskelige behov (Bukh & Christensen 2018). Jeg mener derfor, at de fagprofessionelles normbegreber er vigtig viden, da det giver kendskab til de indre motivationsfaktorer.

Kodeordet for professionelle er faglighed, de er til dels styret af kaldsetik, og er derfor som udgangspunkt modstandere af regelstyring (Lerborg 2013). Der er altså risiko for, at de professionelle vil modarbejde strategiske beslutninger såfremt de ikke følger deres normbegreber, hvilket vil medføre nedsat effektivitet. Jeg giver hermed Peter Kragh Jespersen ret i, at lægerne har bevaret en betydelig decentral indflydelse, og at man ikke uden videre kan negligere deres autonomi (Jespersen 2008).

Effektstyring kan vurderes sårbar i henhold til lægernes autonomi, da effektindikatorer kan have svært ved at indfange kompleksiteten af patientbehandlingen. Desuden kan der opstå et modsætningsforhold mellem den politisk administrative effektforståelse og den professionelle effektforståelse, hvorfor jeg mener, at man under udarbejdelse af effektmål skal sikre sig, at målet ikke kortsletter den fagprofessionelles dømmekraft. Dette kan øge risikoen for, at de professionelle i et krav om effektiv ressourceudnyttelse vil modarbejde målsætningen med nedsat effektivitet til følge (Møller & Andersen 2017).

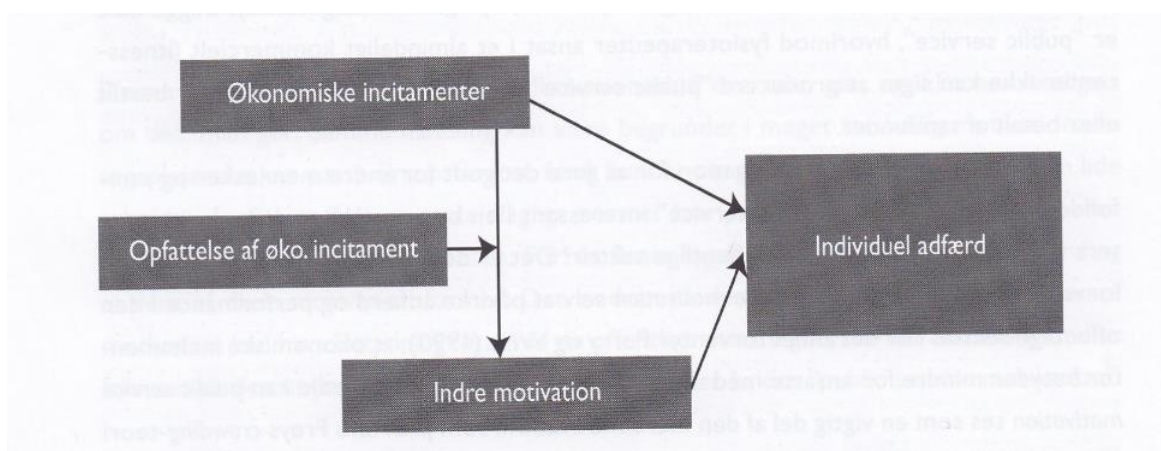
Jf. tidligere beskrivelse bliver effektstyring også et spørgsmål om økonomistyring. Økonomistyring af fagprofessionelle i det offentlige sundhedsvæsen har været et omdiskuteret emne, da der har været divergerende holdninger til, hvorvidt stærkt fagprofessionelle lader sig styre af økonomisk belønning (Andersen et al 2017, Colding-Jørgensen 2009). Der har været argumenteret for, at jo stærkere normtankegang desto svagere økonomisk incitamenteffekt.



Figur 4: Professionelle normer påvirker effekten af økonomiske incitamenter (Andersen et al 2017, p.57)

Jeg er dog af den klare overbevisning, at enhver økonomisk tildelingsmodel samtidig er en incitamentsmodel, som derved påvirker ledere og medarbejdere både i deres holdninger og handlinger - uanset profession. For som Helene Bækmark skriver: *"Budgets eats everything for breakfast"* (Bækmark 2018, p. 45). Jeg er dog opmærksom på, at de hospitalsansatte læger inkl. de ledende overlæger ikke belønnes personligt ved at være omkostningseffektive, og en evt. merindtjening på afdelingsniveau kun overføres i beskedent omfang til næste budgetår. I Hospitalsenheden Vest kan f.eks. 1% af et evt. overskud overføres.

Skal man gennem OPP-modeller opnå optimal omkostningseffektivitet hos de fagprofessionelle, mener jeg derfor, at man skal være opmærksom på både de økonomiske incitamenter samt normbegreber hos de fagprofessionelle, således at deres indre motivation og de økonomiske incitamenter peger i samme retning jævnfør Freys argument:



Figur 5: Illustration af Freys argument (Andersen et al 2017, p.70)

Freys overordnede påstand er, at eksterne motivationsfaktorer som eksempelvis økonomiske incitamenter kan have en skadelig effekt på adfærden. Dette sker indirekte via den indre motivation - kaldet crowding effekten. Hvorvidt den indre motivation påvirker adfærden i positiv (crowding in) eller negativ retning (crowding out) afhænger af, hvordan incitamentet opfattes. Hvis de økonomiske incitamenter opfattes kontrollerende, givende forringet selvbestemmelse og opfattes som om kompetence ikke værdsættes, vil det medføre en ringere indsats (crowding out). Derimod vil det give en øget indsats, såfremt de opfattes støttende og givende øget selvbestemmelse (crowding in).

Såfremt det forudsættes at den effektbaserede tankegang kan forenes med OPP-modellers tanke om omkostningseffektivitet, bør det med fagrelevante effektmål være muligt at forene OPP med de fagprofessionelles normbegreber, hvorved der opnås crowding in. Således mener jeg, at OPP kan være en mulighed i sundhedsvæsenet.

1.5 Problemformulering

Selvom OPP kan være en mulighed, er det dog vigtig fortsat at undersøge, hvorvidt det er hensigtsmæssigt. Resultaterne vedr. højere grad af omkostningseffektivitet i forbindelse med OPP/PPP-modeller diskuteres fortsat i både national som i international litteratur. I særdeleshed

med sparsom evidens på sygehusområdet i henhold til hvad OPP/PPP betyder for omkostningseffektiviteten og ikke mindst for kvaliteten af ydelser.

Set i lyset af de tidligere beskrevne besparelser og heraf kapacitetsudfordringer frem mod udflytningen til Regionshospitalet Gødstrup (RHG), bliver formålet med opgaven først og fremmest at give et overblik over mulige offentlig-private partnerskabs modeller og deres strategiske muligheder inden for sundhedsvæsenet. Der opsøges viden ud fra national og international litteratur, og ud fra denne forståelsesramme ønskes besvarelse på følgende problemformulering:

I hvilken udstrækning kan et øget samarbejde mellem det private og det offentlige sundhedsvæsen medføre højere grad af fysisk kapacitetsudnyttelse samt medføre højere grad af omkostningseffektivitet uden at påvirke kvaliteten af patientbehandlingen?

For at afgrænse omfanget af opgaven samt sikre valide data, knyttes opgaven til egen praksis, og jeg har derfor valgt at have fokus på sygehusvæsenet og i egen casebeskrivelse på operationsområdet (OP-området).

1.6 Den videre opgave

Opgavens hypotese er således, at offentlig-privat partnerskab og en tilhørende hensigtsmæssig økonomistyringsmodel bygget på effektstyring kan være en løsningsmodel, man bør overveje i fremtidens sygehusvæsen for at omkostningseffektivisere. Dette da den kan være mulighedsskabende i forhold til højere grad af både fysisk og økonomisk kapacitet. Grundet min profession som ledende overlæge, mener jeg i høj grad, at man bør sikre, at en løsningsmodel ikke skaber forringelse af kvaliteten af patientbehandlingen. Dette er også essentiel i forhold til de fagprofessionelles normbegreber og hermed for opbakning i forhold til senere implementering af evt. løsningsforslag.

Som opfølgning på indledning vil jeg give et indblik i de økonomiske tildelinger for henholdsvis de offentlige hospitaler og privathospitalerne for at fremme forståelsen i henhold til senere beskrevne løsningsforslag. Dette ligeledes for at synliggøre de økonomiske rammers forskellighed mellem det private- og det offentlige sygehusvæsen.

Ud fra den allerede udgivet litteratur vil der herefter gives et overblik over erfaringer med PPP/OPP både internationalt som nationalt ud fra tre grundmodeller, som indledningsvis i afsnittet vil beskrives. Jeg vil i analysedelen via SWOT-analyser beskrive styrker, svagheder, muligheder og trusler ved de udvalgte cases i et forsøg på at se de strategiske muligheder. Analyserne vil anvendes til at udvikle alternative forslag set ind i en dansk kontekst.

Endeligt vil jeg således komme med alternative løsningsforslag, som jeg vil eksemplificere med data fra egen organisation. Jeg vil i sammenhæng hermed også forsøge at introducere forløbstakster med tillæg som en ide til en afregningsmodel. Dette som en mulighed for at kombinere den effektbaserede økonomistyring og offentlig-privat samarbejde. Der er naturligt altid fordele og ulemper, som vil diskuteres i slutningen af opgaven, som endeligt afsluttes med perspektivering over skalerbarheden af offentlig-privat samarbejde.

2. Sundhedsvæsenets økonomitildeling

Der findes overordnet set to typer af leverandører af sundhedsydelser – offentlige udbydere og private udbydere. Jeg har som tidligere beskrevet valgt sygehusvæsenet som hovedfokus i denne opgave.

2.1 De offentlige sygehuse

De offentlige sygehuse i Danmark står samlet set for ca. 98 % af al aktivitet i sygehusvæsenet målt ud fra omsætningen (Holstein 2019a). De er underlagt sundhedsloven, som har som præmis, at alle skal have let og lige adgang til sundhedsvæsenet, at behandlingen skal være af høj kvalitet, at patienterne skal have valgfrihed, og at ventetiden skal være kort.

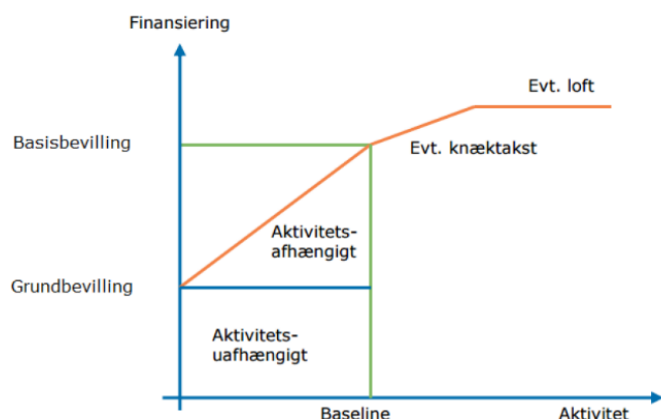
Ydelserne til de offentlige sygehuse er finansieret via skattebetalinger, og er politisk prioriteret, da organisationsdiagrammet tilsiger, at regionen er den øverste ledelse. Det er således regionerne, der har ansvaret for driften af de offentlige sygehuse. Rent økonomisk laves der årlige aftaler mellem Danske Regioner og Regeringen, og i 2020 modtager Danske Regioner et statsligt bloktilskud på ca. 82 % samt et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag på ca. 17 % og et relativt nyt nærhedsfinansierings tilskud på ca. 1,3% (Danske Regioners Økonomiske Vejledning 2020). Nærhedsfinansieringen afløser den tidligere aktivitetspulje, og ligger i tråd med effektbaseret styring, da nærhedsfinansierings puljen på 1,5 mia. kr. kun udbetales til Regionerne, såfremt de præsterer på følgende fem kriterier, som skal sikre sammenhæng og mere patientnær behandling til gavn for patienterne:

- 1: Reduktion i antal DRG-sygdomsforløb pr. borger
- 2: Reduktion i DRG-værdi pr. kroniker (KOL og/el type 2- diabetes)
- 3: Reduktion i akutte somatiske genindlæggelser
- 4: Stigning i andel af virtuelle forløb
- 5: Implementering af digitale løsninger til sammenhæng for patienten

Hvorvidt de fem kriterier sikrer værdi for patienten, kan naturligvis diskuteres, og de specifikke kriterier er dynamiske og kan udskiftes. Dog har der været politisk enighed om, at de første fire kriterier som udgangspunkt fastholdes i de kommende år for at sikre et vedvarende fokus på sammenhæng og stabilitet (Danske Regioners Økonomiske vejledning 2019).

Afregningen mellem de enkelte regioner og de offentlige sygehuse har indtil 2019 (og delvis også herefter) bestået af en grundbevilling uafhængig af aktivitet samt en aktivitetsafhængig bevilling, der er styret via DRG-takstsystemet. Denne model blev først introduceret i slut 1990'erne, men blev først rigtigt indført i efteråret 2001, hvor også den statslige meraktivitetspulje blev introduceret. Der har siden 2007 været aftale med regeringen om mindst 50 % DRG-budgettering (Colding-Jørgensen 2009), om end det de senere år ikke har været en eksplicit del af økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Regeringen (Refnov 2018).

Tildelingsmodellens baseline beregnes med udgangspunkt i den DRG-/DAGS-vægtede aktivitet året før samt et tillæg for produktivitetskrav (tidligere 2%, men blev dog suspenderet i 2018).



Figur 4: Tildelingsmodel (Højgaard, Wolf & Bech 2017, p.15)

Nogle regioner afregner endvidere for aktivitet, der ligger ud over baseline. Ofte dog med en mindre procentdel af den officielle DRG-takst.

DRG-modellen, som altså primært var et aktivitetsstyringsredskab, blev dog beskyldt for at fordre et styringsregime, hvor effektiviseringer lidt forenklet var ensbetydende med øget produktion uafhængigt af kvalitet og behov. Dette førte til, at incitamentudvalget i en rapport fra 2013 anbefalede, at den aktivitetsbaserede finansiering blev indrettet, så den relevante aktivitet i højere grad blev honoreret. I 2016 blev der i økonomiaftalen afsat midler til at afprøve nye styrings- og afregningsmodeller med afsæt i værdibaseret styring. I Region Midtjylland indførte man derfor "ny styring – i et patientperspektiv". Både økonomisk og kvalitetsmæssigt er der dog sparsomme resultater: *"Det overordnede fund i den sundhedsøkonomiske følgeforskning er, at Ny styring i et patientperspektiv muligvis resulterede i marginale og sporadiske kvalitetsforbedringer"* (Bollerup et al. 2018). Således får de offentlige hospitaler også i Region Midtjylland fortsat i praksis primært økonomisk tildeling som vist i figur 4, om end man fra 2020 som tidligere beskrevet har indført nærhedsfinansieringsprincipperne.

2.2 De private sygehuse

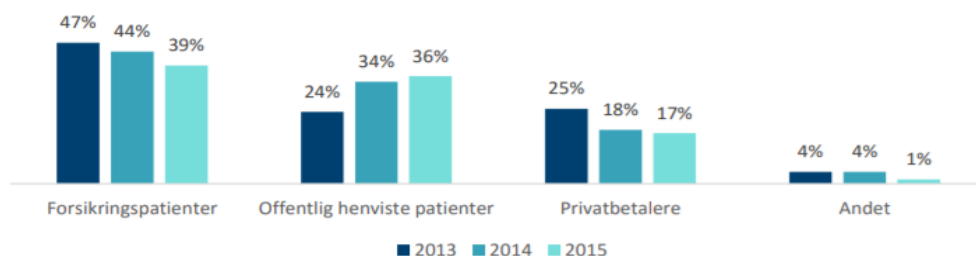
Sundhedsloven § 79 tilsiger, at patienter har krav på udredning inden for 30 kalenderdage samt behandling inden for 30 kalenderdage. Såfremt dette ikke kan overholdes eller hvis operationstidens ændres i offentligt regi, har patienten ret til at blive udredt eller behandlet på et privat sygehus enten via Det Udvidede Frie sygehusvalg (DUF) eller via en udbudsaftale. Efter Sundhedsloven § 87 indgår Regionsrådene aftaler med private sygehuse. Det er dog ikke alle ydelser, der tilbydes på privathospitalerne, da privathospitalerne ikke er forpligtet til at modtage alle patienter i modsætning til de offentlige sygehuse.

Taksterne for ydelser er som udgangspunkt baseret på DRG-takster, men kan forhandles mellem regionerne og de private sygehuse. For at begrænse udgifterne til DUF, hvor taksterne har ligget mellem 80-95% af DRG-værdien (Holstein 2014), er det muligt for regionerne at købe sig til ekstra kapacitet hos en privat udbyder gennem et udbud, og på denne måde opnå ofte betydelige

rabatter. Andelen af offentlig finansieret aktivitet, der udføres på private sygehuse, lå i 2017 på 1,25% (Holstein 2019c).

Udover offentlig finansiering modtager privathospitalerne også økonomi fra patienter selv (privatbetalere) eller fra forsikringsselskaber via sundhedsforsikringer.

Nedenstående figur 5 viser bruttoomsætningen fra de forskellige indtægtskilder.

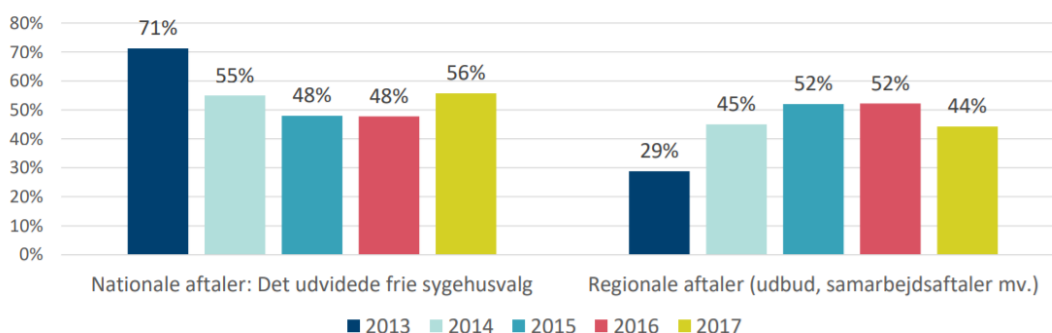


Figur 7: Fordeling af bruttoomsætning på patientgrupper fra 2013-2015 (Sundhed Danmark 2016)

Selvom der ses et fald i forsikringspatienter, er der dog en tiltro blandt medlemmerne af Sundhed Danmark om, at denne andel af patienter vil være stigende i fremtiden (Sundhed Danmark 2016), hvilket ligeledes er i overensstemmelse med det øgede antal sundhedsforsikrede patienter, der ses i Danmark (Pedersen 2017, Ritzaus Bureau 2019).

I henhold til forsikringspatienter er der i denne opgave alene anvendt data fra "behandlingsforsikring". Således er brugerbetalingsforsikring og "kritisk sygdomsforsikring" ikke medtaget (Andreasen et al 2009).

I henhold til de offentlige henviste patienter kan det ydermere differentieres jf. nedenstående figur 6, der angiver, hvor stor en andel, der kommer fra DUF og fra udbudsafalterne.



Figur 8: Andel af omsætning fordelt på DUF og udbudsafalter (Sundhed Danmark.dk)

Der ses frem til og med 2016 tendens til et fald i DUF og en tilsvarende stigning i udbudspatienter, hvilket findes helt naturligt, da taksten for DUF er væsentlig højere end udbudspriser (Holstein 2014). Stigningen i 2017 skyldes formentlig stramningerne vedr. udrednings- og

behandlingsgarantien, som i ultimo 2016 politisk blev ændret fra 60 til 30 dage, hvilket de offentlige hospitaler umiddelbart havde svært ved at imødekomme.

Samlet set findes et mindre fald både i antallet af patienter behandlet i det private fra 2016 til 2017, samt i den samlede økonomiske omsætning i den private sektor. Der ses derudover en let stigning af gennemsnitspris pr. behandlet patient siden 2013.



Figur 9: Antal patienter og omsætning i privat regi (Sundhed Danmark.dk)

Hvorvidt ovenstående priser indeholder en overkompensation i de privates favør, har været til diskussion. Dette hidrører ofte ud fra diskussionen vedr. marginalomkostninger og deres effekt på brugen af privathospitaler.

I DRG-taksten, som anvendes som udgangspunkt for afregning, indgår udgifter til f.eks. vagtberedskab, administration og uddannelse, og taksten vil således typisk være højere end det koster at behandle en ekstra patient, da vagtberedskabet eksempelvis ikke forhøjes ved behandling af en ekstra patient. Det er dog problematisk at beregne marginalomkostningernes rette niveau, da der kan være forskelle både på tværs af sygehuse og på tværs af behandlinger – selv inden for samme DRG-gruppe. Dette da der f.eks. anvendes forskellige implantater eller medicin, som kan give forskel i omkostningerne (Sundhedsstyrelsen 2002).

Selv med Sundhedsstyrelsens omkostningsdatabase har det ikke været muligt at udregne eksakte takster for marginalomkostninger, og der afregnes derfor fortsat efter gennemsnitspriser ud fra DRG-taksterne. Gennemsnitspriser kan også i højere grad give økonomisk incitament til meraktivitet, såfremt der er ledig kapacitet, hvorved en evt. ekstra kapacitet vil kunne udnyttes.

Det kan konstateres, at regionerne ofte først anvender privathospitalerne, når de har opbrugt kapaciteten på egne hospitaler ud fra den betragtning at marginalomkostningerne på de offentlige hospitaler er lavere end prisen på behandlinger på privathospitaler.

Denne vurdering er CEPOS dog ikke fuldt ud enig i. Fra sygehusledelsens kortsigtede perspektiv findes det billigere at behandle en ekstra patient, såfremt man har kapacitet til dette, men fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør man nok i stedet tænke ud fra de gennemsnitlige

totalomkostninger – altså hvor udføres behandlingen samlet set billigst (Holstein 2019a,c). Konklusionen fra CEPOS har netop angivet, at *”de offentlige hospitaler alt andet lige ville kunne høste store gevinster ved at øge arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet”* og mener, at: *”det ville være oplagt at invitere privathospitalerne indenfor på de offentlige hospitaler”* (Holstein 2019a p. 12).

3. Public-private partnership i sundhedsvæsenet

Der er store forskelle indenfor PPP-modellerne - det varierer fra fuld privatisering til blot en relativ simpel kontrakt om en serviceydelse. Man har primært i den internationale litteratur underopdelt PPP ud fra måden at drive modellen på.

Jeg har i denne opgave valgt at have fokus på de tre mest anvendte overordnede principper, som nedenstående tabel giver et overblik over.

PPP MODEL TYPE	INFRASTRUKTUREL	INTEGRERET	KLINISK SERVICE
	Infrastruktur + finansiering + klinisk support service	Infrastruktur + finansiering + klinisk support service + klinisk service	Klinisk service
PRIVAT YDELSE	Den private partner designer, bygger, finansierer og vedligeholder bygninger. Leverer desuden de kliniske support serviceopgaver (f.eks. vaskeri, parkering, kantine osv.)	Den private partner designer, bygger, finansierer og vedligeholder bygningerne. Leverer desuden både de kliniske serviceopgaver samt de kliniske support serviceopgaver.	Den private partner leverer kliniske serviceopgaver (f.eks. røntgen, biokemi, dialyse)
OFFENTLIG YDELSE	Den offentlige partner leverer klinisk personale samt patienter og er ansvarlig for den kliniske drift	Den offentlige partner leverer patienter	Den offentlige partner kan også levere kliniske serviceopgaver (f.eks. operationsstuer)
PPP MODEL NAVNE*	DBFM, DBFMO, DBOT, PFI,	DBOD, DBFMO, Alzira-modellen	Lejekontrakt baseret
EKSEMPEL	UK, Vejle-modellen	Spanien	Iran, Aabenraa-modellen

*D – Design; B – Build; F – Finance; M – Maintaine; O – Operate; T – transfer; D – deliver; PFI – Private Finance Initiative

Tabel 1: overblik over de tre mest almindelige PPP-modeltyper (Inspiration fra Abuzaineh 2018)

Et af de centrale tiltag i PPP-modellerne er balancegangen med passende fordeling af ansvar og risici mellem den offentlige og den private part. Dette bør håndteres meget nøje og udarbejdes klart og tydeligt i kontrakten. En uhensigtsmæssig fordeling af risici kan medføre unødige omkostninger, og det er derfor vigtigt at risici tilføres den part, der kan løfte opgaven bedst og billigst.

Tabel 2 angiver risikofordelingen i de tre overordnede modeller opdelt efter planlægning, konstruktion, generelle og driftsmæssige risici.

	INFRASTRUKTUREL	INTEGRERET	KLINISK SERVICE*
PLANLÆGNINGS RISICI			
GEOGRAFISK PLACERING	Offentlig	Offentlig	Offentlig
DESIGN	Deles	Privat	Privat/offentlig
ÆNDRINGER	Varierende	Varierende	Varierende
KONSTRUKTIONS RISICI			
KONSTRUKTION	Privat	Privat	Privat
BUDGET OVERSKRIDELSER	Privat	Privat	Privat
FORSINKELSER I BYGGERIET	Privat	Privat	Privat
BYGGETEKNISK GENNEMGANG OG UDBEDRING AF EVT. FEJL OG MANGLER	Varierende	Varierende	Varierende
GENERELLE RISICI			
FORCE MAJEURE	Deles	Deles	Deles
ÆNDRINGER I LOVGIVNING/GUIDELINES	Offentlig	Offentlig	Offentlig
FINANSIERING	Privat	Privat	Privat/offentlig
DRIFT RISICI			
DRIFTSUDGIFTER	Privat	Privat	Privat/offentlig
UDSTYR	Varierende	Privat	Privat/offentlig
SERVICE DEMAND	Offentlig	Offentlig	Varierende
HR	Offentlig	Deles	Privat/offentlig
KLINISK KVALITETSKONTROL	Offentlig	Privat	Deles

*Risikofordelingen i den kliniske service model afhænger af, hvorvidt det er den private sektor der lejer/køber af den offentlige sektor eller omvendt.

Tabel 2: Risikofordeling mellem de tre PPP-modeltyper (Inspiration fra Abuzaineh 2018)

Finansieringen af PPP-modellerne overordnet og heraf lidt forenklet struktureres med privat finansiering eller offentlig finansiering.

Ved privat finansiering varetages altså den fulde investering og de dertilhørende risici i privat regi. Den private partner betales ofte ved løbende driftsbetalinger over kontraktperioden, som indeholder betaling for både anlæg, løbende drift og vedligehold. Desuden inkluderes finansieringsomkostninger og evt. afskrivning af bygningerne. Således vil der ved kontraktens udløb være offentligt ejerskab (hvis afskrivning har været en del af kontrakten), eller privat ejerskab (såfremt afskrivning ikke har været en del af kontrakten).

Ved offentlig finansiering udbetales en fastsat pris ved afslutningen af anlægsfasen og herefter en løbende betaling for drifts- og vedligeholdelsesomkostninger. Fordelen herved er, at der kan optages billigere lån og de efterfølgende drifts- og vedligeholdelsesomkostninger er mindre. I dansk regi er deponeringsreglerne i denne forbindelse værd at bemærke, idet det deponerede beløb frigives, når der betales for anlægget – modsat projekter finansieret privat. Dette kan have afgørende betydning i de tilfælde, hvor der er givet afslag via deponeringsfritagelsespuljen.

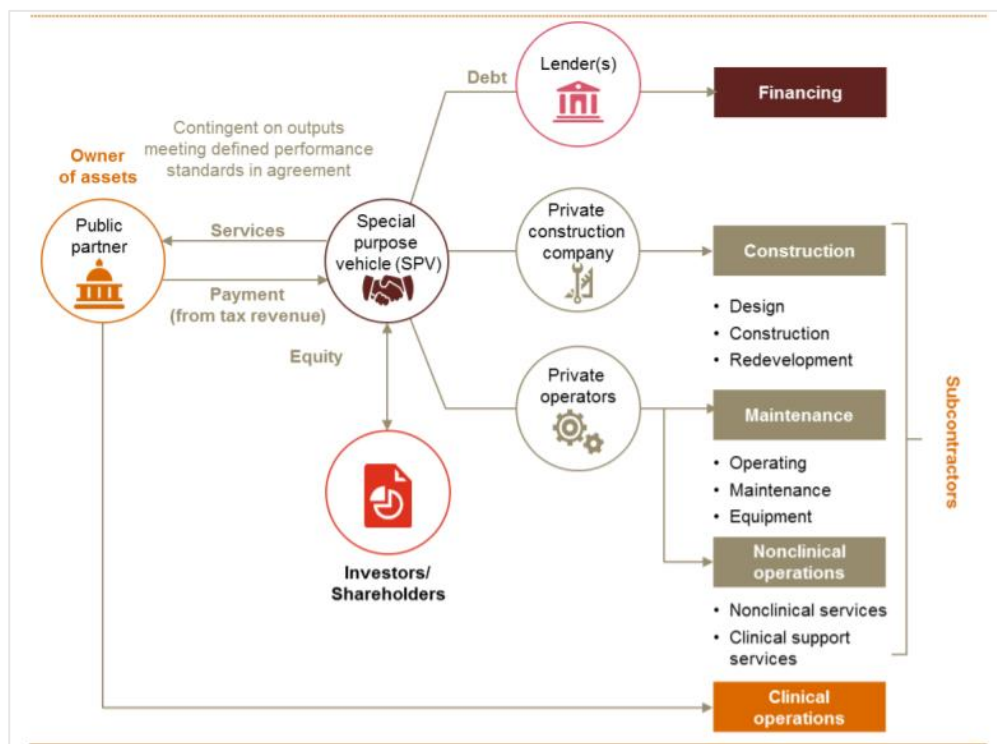
Ved klinisk service-modellen, hvor der ikke skal "anlægges" noget, vil der ofte være tale om fuld privat finansiering. Afregningen kan efterfølgende ske per capita afregning, pr. ydelse eller som brugerbetaling, hvilket der dog ikke i Danmark er stor erfaring med qua skattebetalt behandling.

Den økonomiske incitamentsstruktur, der knytter sig til de forskellige modeller, kan være forskellige både ud fra den finansielle afregning, samt i forhold til de risici der i øvrigt knytter sig til kontrakten. De vil derfor blive beskrevet under de enkelte cases.

3.1 Infrastrukturel PPP

Den infrastrukturel-baserede model er den mest benyttede model globalt set. Der eksisterer dog flere varianter af modellen alt efter, hvor mange kliniske support serviceopgaver, der er indeholdt i kontrakten.

Generelt set sørger den private partner for at finansiere, designe, bygge og vedligeholde alt, og har derfor også den finansielle risiko for byggeriet. Det betyder ofte i praksis, at hospitaler bygget over denne model overholder budget og leveres til tiden, da det økonomiske incitament fordrer optimering af processerne. Det er her centralt for at opnå den totaløkonomiske fordel, at den offentlige part afgiver styrelsen på anlægsfasen, men alene udstikker rammerne. Efter opførelsen står den private partner for at løse den infrastrukturelle del af hospitalets opgaver, herunder eksempelvis kantinedrift, parkering, rengøring, sikkerhed mm. Dette frigør det offentlige sundhedsvæsen til at fokusere på leveringen af sundhedsydelser og styringen heraf, men da der ofte er tegnet kontrakter på mellem 25-30 år, vil der være reduceret adgang til at gennemføre ændringer, hvilket kan give udfordringer, da vilkårene i sundhedsvæsenet kan ændres relativt meget på 25-30 år. Ved kontraktens udløb overgår bygninger og udstyr som oftest til det offentlige sundhedsvæsen, da afskrivning oftest er inkluderet i prisen.

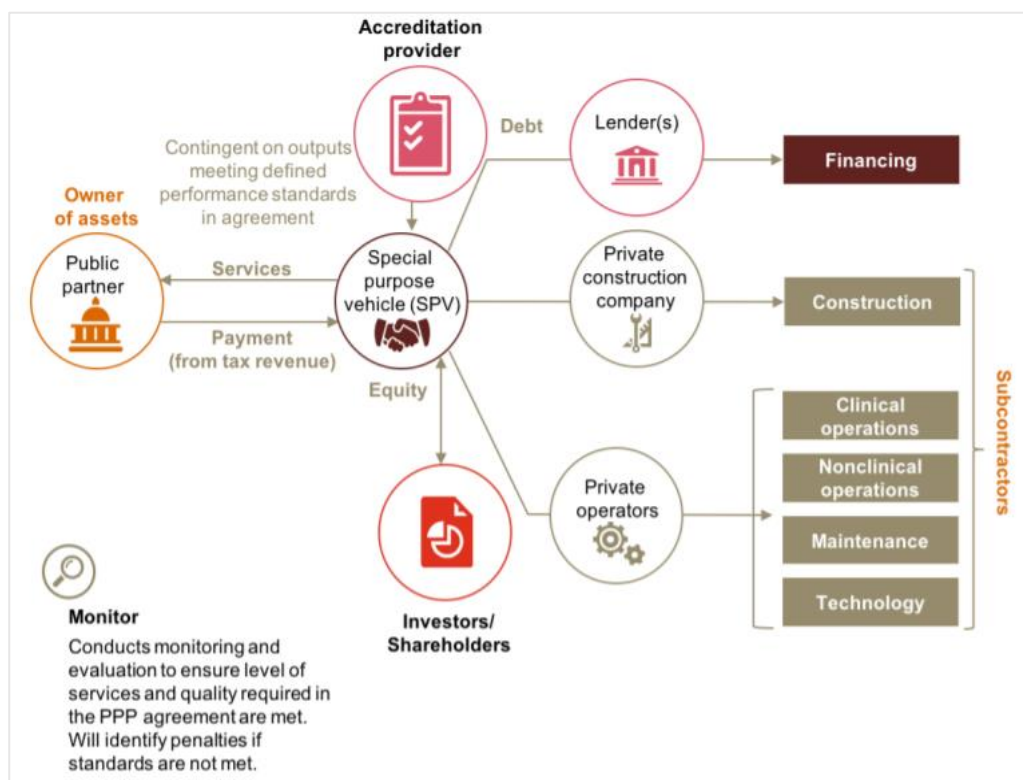


Figur 10: Model af strukturen af den infrastrukturelle PPP-model (Abuzaineh 2018)

Afbetalingen fra den offentlige part er oftest via en årlig fast betaling sammensat med en eventuel variabel betaling af de kliniske support serviceopgaver. Den variable betaling kan variere årligt, men i flere lande har man anvendt reguleringer hver 5. år for at sikre en vis økonomisk stabilitet. Generelt har den offentlige part væsentlig mindre budgetmæssig fleksibilitet i hele kontraktperioden grundet afbetalingerne, hvilket kan være en udfordring rent politisk.

3.2 Integreret PPP

Den integrerede model kan i princippet indeholde både den primære og den sekundære sektor, men i denne opgave fokuseres på sekundærsektoren (sygehusvæsenet). Denne model integrerer alle opgaver herunder også den kliniske drift, hvilket ofte gør den til en kompleks opgave både for den private samt for den offentlige part i henhold til kontrakten. Denne skal sikre, at udviklingen inden for både bygninger, udstyr samt behandling tilgodeses. Derfor er transaktionsomkostningerne ved denne model ofte væsentlig højere end ved de øvrige modeller. Den indledende proces er også ofte væsentlig mere tidskrævende. Man har derfor i flere lande etableret en central enhed, der håndterer disse kontraktudbud. Man har i Danmark udviklet standardmodeller til flere typer OPP-projekter, men har ikke erfaring med den integrerede model. (Konkurrencestyrelsen 2016).



Figur 11: Struktur af den integrerede PPP-model (Abuzaineh 2018)

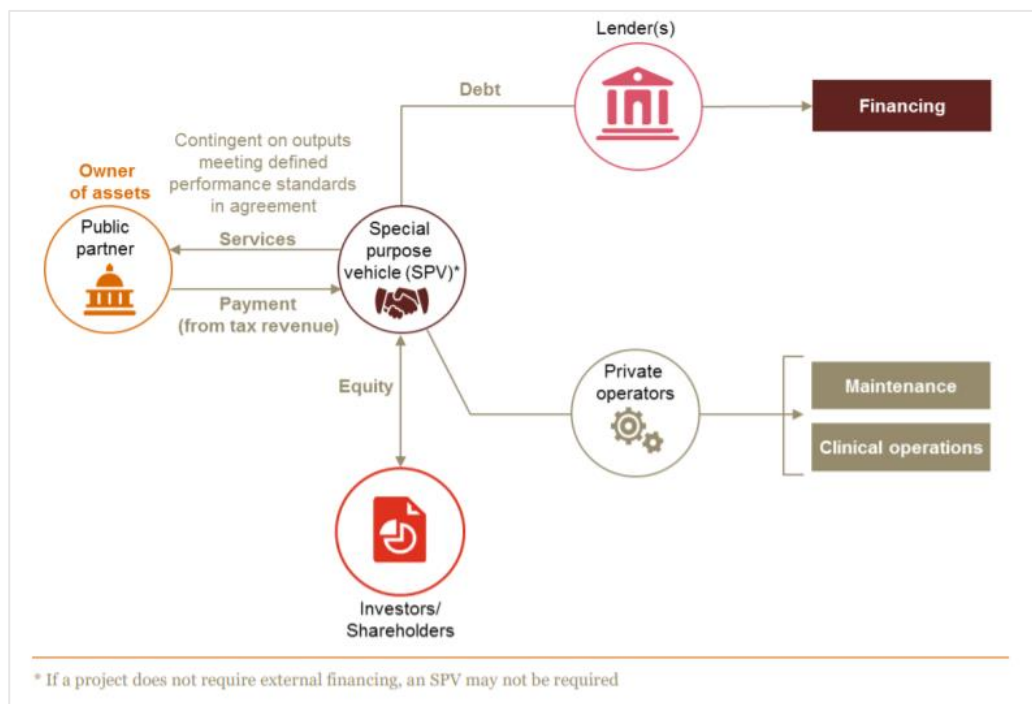
Den integrerede model adskiller sig væsentlig ved, at den private part også har det HR-mæssige ansvar for de fagprofessionelle. I dansk regi kunne man forestille sig, at der kunne opstå udfordringer herved, idet langt de fleste hospitalsansatte læger er ansat i offentligt regi, hvor ledelsesstrukturen er, at læger leder læger. Denne konstruktion er fortsat vurderet hensigtsmæssigt grundet lægernes grad af magt og autonomi, om end forskning også viser, at ledelse anerkendes af fagprofessionelle (Jakobsen et al. 2015; Byg 2016).

Det findes også til den integrerede model flere økonomiske afregningsmodeller. Ofte ses en kombination af en fast per-capita afregning, som inkluderer antal borgere i optageområdet, der skal serviceres og derudover en vis form for aktivitetsbaseret afregning, hvilket kan være både svarende til de kliniske serviceopgaver samt de kliniske support serviceopgaver.

Afregningsprincippet ligner afregningen for de praktiserende læger i Danmark. De modtager et fast honorar pr. patient og derudover dels honorar pr. fremmøde samt for visse ydelser derudover.

3.3 PPP baseret på klinisk service

Denne model vedrører oftest at udvide udbuddet af kliniske ydelser, herunder at den private part f.eks. indkøber nyt udstyr så som scannere, biokemisk udstyr eller dialyse enheder, som de også bemander – som en finance-maintain-operate-deliver model. Det vil oftest foregå i bygninger ejet af den offentlige part.



Figur 12: Struktur af PPP baseret på klinisk service (Abuzaineh 2018)

Modellen vedrører ofte mindre partnerskaber, hvilket gør at kontraktudarbejdelse og de dertilhørende omkostninger ikke vurderes særligt høje. Det vigtige i denne form for kontraktudarbejdelse er dog afgrænsningen af snitflader mellem parterne, da dele af udstyr vil være privat ejet, mens andet integreret i bygningerne vil være offentligt ejet.

Da den finansielle risiko ved modellen også vurderes mindre end de øvrige modeller, vil konkurrencen om kontrakterne øges, hvilket kan være afgørende for at opnå totaløkonomiske fordele. Fordelen for den offentlige part gør, at de har en central rolle i forhold til at modne markedet forud for et evt. udbud. Økonomisk er der stor forskel på, hvorvidt der laves kortere eller længere kontrakter med årligt fast beløb bundet op til en fast mængde ydelser eller om der aktivitetsafregnes pr. procedure eller patient. Der kan også her forefindes blanding af de to økonomiske principper.

4. Erfaringer med PPP/OPP

En udbredt tese omkring OPP/PPP er, at den kan reducere totalomkostningerne og derved skabe omkostningseffektivitet eller som beskrevet i den internationale litteratur "greater value for money". Dette er der dog ikke i forskningslitteraturen enighed om (Hjelmar 2019, Petersen 2019).

Dette skyldes dels de mange forskellige varianter af OPP/PPP-modeller, og at der i artiklerne har været forskellig tilgang til effektmåling samt opgørelse af omkostninger. De forskellige effektmål har været målt som f.eks. belægningsprocent, længde af indlæggelse og mortalitet, mens omkostningerne har været opgjort i DRG-værdi eller i reelle omkostninger. Et andet vigtigt argument er, at en effektevaluering af OPP bør omfatte hele kontraktperioden, hvilket i realiteten

er svært, da kontraktperioden ofte forløber over 25-30 år. Det vil da ofte være punktmålinger, der evalueres ud fra.

Jeg vil vælge at fremhæve Ole Helby Petersens systematiske review fra 2019, som netop forsøger at give et overblik over, hvorvidt PPP bidrager med bedre totaløkonomiske løsninger, med bedre kvalitet og højere omkostningseffektivitet end den konventionelle model. 21 studier blev inkluderet. Efterfølgende blev konklusionen, at totalomkostningerne ved PPP var højere og omkostningseffektiviteten den samme hos begge modeller. I relation til kvaliteten var der så få studier, at der ikke kunne konkluderes endeligt på området. Det skal bemærkes, at der er taget udgangspunkt i den infrastrukturelle PPP-model, som kun er en af de tre grundmodeller.

Senere i 2019 udgav VIVE dog rapporten med evalueringen af opførelsen af de to psykiatriske sygehuse henholdsvis i Vejle og i Aabenraa, som netop sammenlignede kvaliteten på tværs af et OPP-byggeri og et konventionelt offentligt byggeri. I denne rapport konkluderes det, at kvaliteten i OPP-byggeriet samlet var højere. Kvaliteten af patientbehandling er ikke undersøgt i denne rapport. Den totaløkonomiske vurdering var, at OPP-modellen var 2,5 % dyrere. Her italesættes det dog, at det netop er en punktvurdering, og at den endelige totaløkonomiske vurdering først kan finde set ved kontraktens udløb i 2042. Hvis restværdien af OPP-byggeriet er højere end det traditionelle byggeri, kan OPP-projektets samlede totaløkonomi ende med at være mere fordelagtig (Hjelmar 2019).

Jeg mener således fortsat, det er interessant af vurdere de strategiske muligheder for OPP-projekter i sygehusvæsenet.

4.1 Analysevalg

Der ønskes en strategiske vurdering af, hvorvidt OPP-modellerne er en hensigtsmæssige løsning i det danske sundhedsvæsen. Jeg vælger derfor at tage udgangspunkt i SWOT-analyser.

SWOT er en forkortelse af ordene: Strengths, Weaknesses, Opportunities og Threats – oversat til dansk: styrker, svagheder, muligheder og trusler. Analysen er oprindeligt udarbejdet i 1960'erne af Albert Humphrey til udvikling af private virksomheders strategi. Heraf også for at evaluere interne og eksterne forhold omkring virksomheden, for herefter at udvikle nye strategier for virksomheden (Teoli & An 2019). SWOT-analyserne er senere udbredt til hele den offentlige sektor og ligeledes til sygehusvæsenet, hvor det har været et omdiskuteret emne (Hill & West 1997, Wijngaarden 2012).

Jeg har valgt SWOT-analysen, idet jeg ser sundhedsvæsenet som tiltagende markedsgjort. Selvom der ikke er tale om "frit marked", mener jeg alligevel godt at SWOT-analysen kan anvendes, da den giver mulighed for at vurdere, hvilke fordele og ulemper en given PPP-model har, og for at sætte sættes modellens aktuelle interne fordele og ulemper i relation til det omgivende samfund. Dette for at give et godt oversigtsbillede over modellernes strategiske muligheder fremadrettet ved at give mulighed for at videreudvikle initiativer/løsningsforslag, der maksimerer indflydelsen fra modellernes styrker og muligheder, og minimerer indflydelsen fra modellernes svagheder og

trusler. Jeg anerkender, at jeg primært bruger analysen som grundlag for diskussion og anerkender også analysens øjebliksbillede, hvilket selvfølgelig er en ulempe i et dynamisk samfund.

Generaliserbarheden ved at anvende udenlandsk litteratur begrænses ligeledes, da der kan være stor forskel i infrastrukturen i det offentlige sygehusvæsen på tværs af lande. Jeg mener dog, at analysen og den efterfølgende diskussion alligevel kan være brugbar, så længe man er meget opmærksom på den kontekst, man generaliserer til.

Der er ønsket en strategisk vurdering af hver af de tre PPP-grundmodeller, hvorfor der er fundet cases på dem. Samtidig har erfaringsgrundlaget været vigtigt, da min. to af casene gerne skulle have erfaring igennem længere tid for at evaluere på de mere langsigtede fordele og ulemper. Casene er ligeledes valgt inden for Europa.

Danske erfaringer er også medtaget, selvom Danmark ikke i samme grad som øvrige europæiske lande har benyttet mulighederne vedr. brug af OPP i sundhedsvæsenet. De er dog alligevel medtaget, da de alternative løsninger der ønskes netop skal ses ind i dansk kontekst.

1: Case på integreret model: Alzira-modellen (Spanien). Langvarig erfaring med PPP. Alzira-modellens kontrakt blev udarbejdet 1997-1999.

2: Case på mix mellem private wing og klinisk servicemodellen: Moheb Hospital Model (Iran). Nyligt introduceret PPP og kan have høstet erfaring fra øvrige landes PPP-modeller.

3: Case på infrastrukturel model: UCLH-modellen (UK). Langvarig erfaring med PPP-modeller og er samtidig udvalgt, da landet infrastruktur-mæssigt ligner Danmark, selvom det erkendes at de fire sundhedsvæsen i henholdsvis England, Skotland, Wales og Nord Irland har hver deres eget sundhedssystem. Fælles for dem er dog, at de består af et stort offentligt sundhedsvæsen (National Healthcare Service (NHS)) og et mindre privat sundhedsvæsen. I UK består sundhedssektoren også af primær- og sekundærsektoren.

4: Dansk case på klinisk service-model: Aabenraa-modellen

5: Dansk case på infrastrukturel model: Vejle-modellen

4.2 Globale erfaringer

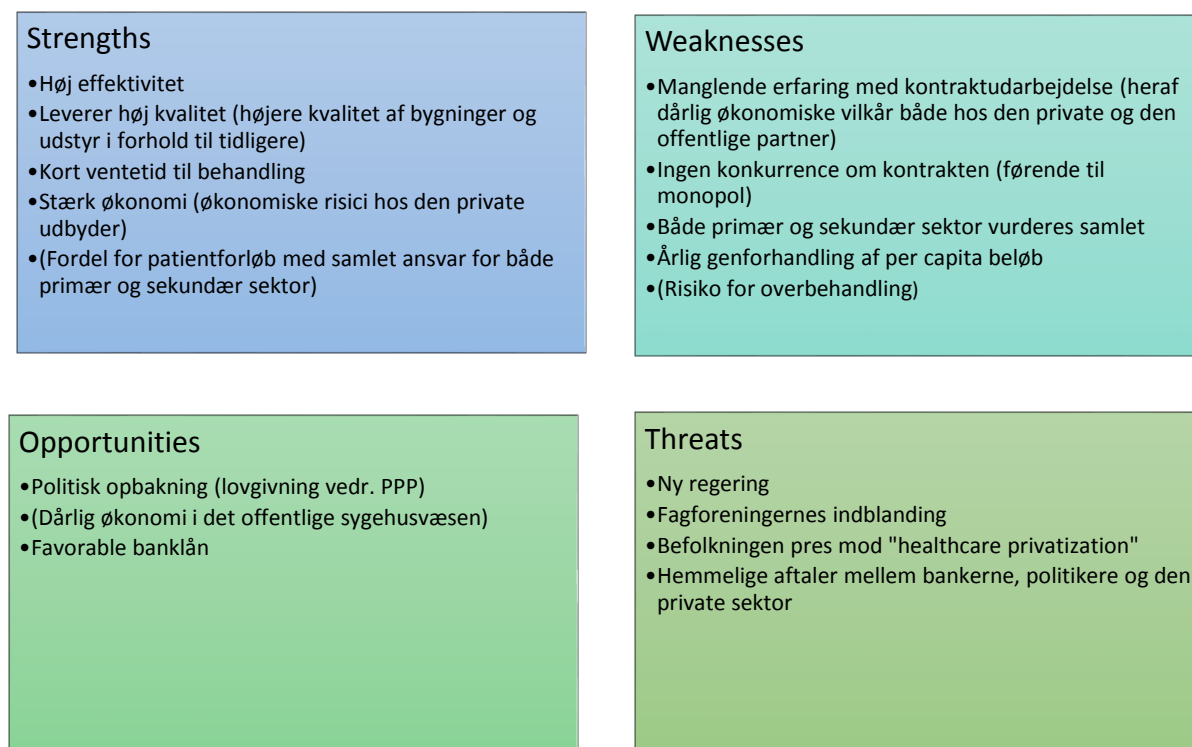
Kapacitetsudfordringer og knappe økonomiske ressourcer er som tidligere nævnt ikke et isoleret dansk fænomen, men findes i langt de fleste lande. Generelt set står offentlige udbydere for den største andel af forbruget i sundhedsvæsenet, hvilket internationalt i udviklingslande gennemsnitligt ligger på mellem 50-80 % af den samlede sundhedsudgift (Bastani 2019). Det skal bemærkes, at det i den internationale litteratur har været vanskeligt konsekvent at gennemskue hvilke tal, der er beregnet ud fra, hvorfor primærsektoren i visse tilfælde også kan være inkluderet. I Danmark er den offentlige sektor absolut den største forbruger af sundhedsydelser – i sekundærsektoren med 98,5 % (Holstein 2019). I udviklingslande er antallet af PPP-projekter støt stigende og udgjorde i 2017 i gennemsnit 2% af BNP (Petersen 2019).

4.2.1 Erfaringer fra Spanien

I 1997 blev "National law on new legal mechanism for care provision within the National Health System" vedtaget, hvilket i praksis betød, at public-private partnerships blev lovliggjort. Den såkaldte "Alzira model" var en af de første PPP-modeller indført. Den blev indført som en fuld integreret model, hvor den private aktør byggede og varetog alle sundhedsydelser både i primær- og sekundær-sektoren. Hospitalet stod færdigt i 1999, men grundet underestimering af omkostninger måtte kontrakten dog genforhandles i 2003 til ulempe for både den private og offentlige partner.

Modellen har ligeledes været udsat for en del kritik, da lovgivningen ikke tog hensyn til monopol på sundhedsydelser samt til arbejdsvilkår for sundhedspersonale i den private sektor. Dette førte til revision af lovgivningen i 2015 efter regeringsskifte, hvorved vilkårene blev så forringede, at man praktisk talt annullerede kontrakten vedr. Alzira-modellen, som ophørte 1. april 2018. Lovgivningen giver fortsat mulighed for PPP-modeller, men dog under mere restriktive vilkår (Comendeiro-Maaløe et al 2019a).

Analysen er dannet ud fra oplysninger fra artikler (Acerete et al 2011, Caballer-Tarazona et al 2016, Comendeiro-Maaløe et al 2019a & 2019b, Miguel et al 2019). Data der kunne bekræftes/afkræftes i henhold til dette er medtaget, mens egne refleksioner er angivet i parentes. Analysen er lavet før, der blev indført ny lovgivning. Dette for at vurdere forholdene i PPP-modellen.



Figur 13: SWOT-analyse af Alzira-modellen

Ud fra SWOT-analysen af Alzira-modellen vurderes PPP-modellen som et godt initiativ, som burde udbredes. Der er via lovgivningen politisk opbakning, og det er samtidig vist, at PPP-modellen er omkostningseffektiv, og bygninger og udstyr er af højere kvalitet. Ses der på de mere latente initiativer, kunne flere favorable banklån forsøges indført, således konkurrencen kunne øges, og de monopollignende tilstande fjernes. Man kunne også via lovgivningen forsøge at få mulighed for at genforhandle per-capita beløbet sjældnere for at sikre øget økonomisk stabilitet. Derudover kunne det vurderes, hvorvidt primær og sekundærsektoren skulle vurderes samlet. Et mere akut initiativ ville nok være at overbevise befolkningen, fagforeningerne og derved den nye regering om styrkerne i OPP-modellen.

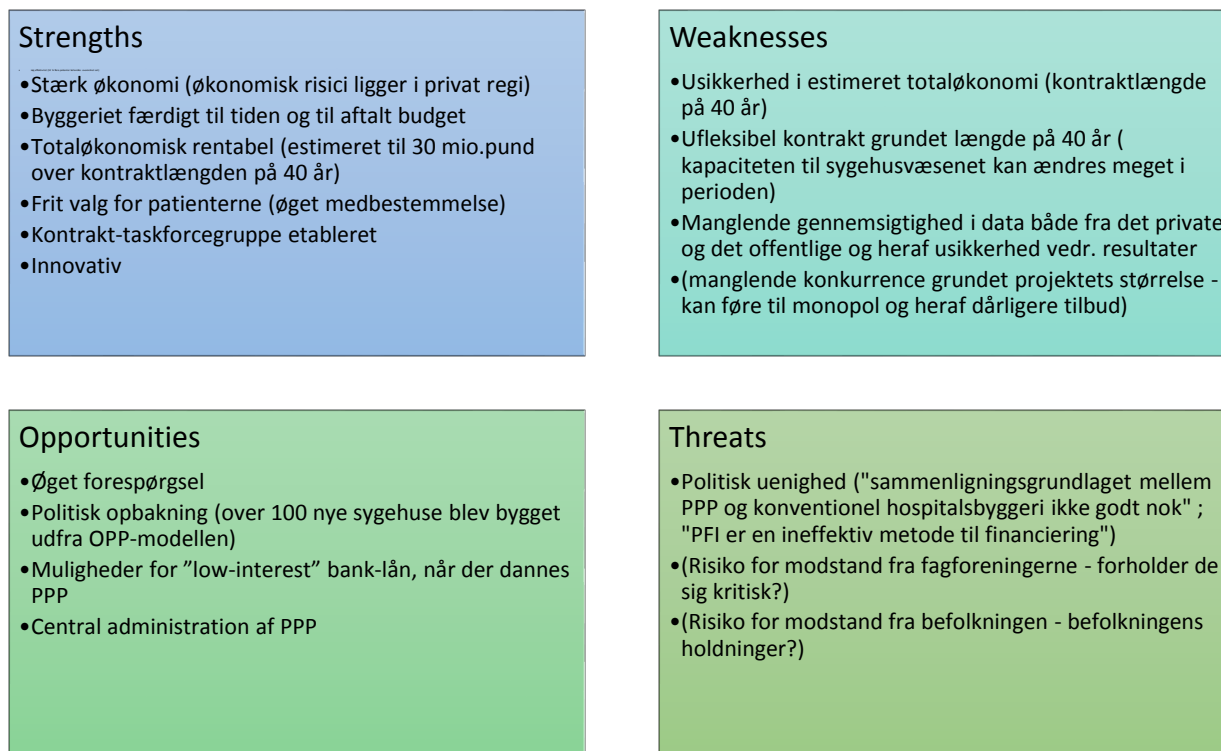
4.2.2 Erfaringer fra Storbritannien

Sundhedsydelse kommer primært fra National Health Service (NHS), hvilket er en offentlig institution betalt over skatteyder. Patienter kan her frit vælge mellem behandling på et offentligt sygehus eller et privat sygehus, som NHS har indgået aftale med. Der eksisterer også privat forsikrede patienter, som primært behandles på privathospitaler, men i realiteten kan de behandles privat på et offentligt hospital, hvorefter regningen sendes til forsikringselskabet. Denne aftale er dog et levn fra indførelsen af NHS og bruges meget sjældent, hvorfor denne ikke er med i den overordnede PPP-evaluering fra UK.

I 1992 og årene herefter indgik NHS PPP-aftaler med flere private firmaer. Denne tendens blev promoveret væsentligt, da Regeringen i 1994 indgik en aftale om "universal testing rule", som betød at privat finansiering skulle tages i betragtning ved samtlige offentlige projekter. Labour Regeringen afskaffede "universal testing rule" i 1997, og indførte i stedet PPP-konceptet. De følgende 12 år stod 100 nye NHS-hospitaler færdige, og i alt over 920 OPP-projekter er gennemført (Hamilton 2012, Petersen 2013).

Det største PPP-projekt var University College London Hospital (UCLH), som indgik som en infrastrukturel model (DBFO-model). Det var således et OPP-byggeprojekt med efterfølgende støtte til infrastrukturen heriblandt drift og vedligehold af bygninger samt rengøring, kantine, parkeringsforhold mm. NHS driftede selv selve behandlingerne – herunder med ansvar for al sundhedsfagligt personale.

Analysen er dannet ud fra artikler (Hamilton et al 2012, Hood et al 2006, Spackman 2002). Data der kunne bekræftes/afkræftes i henhold til dette er medtaget, mens egne refleksioner er angivet i parentes.



Figur 14: SWOT-analyse af UCLH-modellen

Ud fra analysen af UCLH opfattes PPP-modellen som et godt initiativ, der giver totaløkonomisk gevinst samt omkostningseffektivitet. Derudover ses flere innovative tiltag. Da der i Storbritannien er øget efterspørgsel på sundhedsydelser samt politisk opbakning til modellen, virker det ikke underligt at over 100 NHS-hospitaler er bygget over denne model. Nye initiativer kunne dog indeholde kontrakter med mulighed for fleksibilitet, da omprioriteringer i forhold til bygninger, sammenholdt med nye behandlingsmodaliteter, på den måde bedre kunne håndteres. Desuden kunne det være fordelagtigt med højere grad af gennemsigtighed gennem tværsektorielle IT-systemer. Hvorvidt det ville kunne nedtone den politiske uenighed, er dog uvist.

4.2.3 Erfaringer fra Iran

Iran har ikke lang tradition for PPP-modeller, men de øgede udgifter til sundhedsvæsenet har også her sat økonomien under pres.

Hasheminejad Hospital er et universitetshospital primært inden for det nefrologiske samt urinvejskirurgiske område. Det stod i 2000-2003 med store økonomiske vanskeligheder, hvorfor man i 2004 valgte at indgå i et samarbejde med Moheb Institution, som er en privat virksomhed. Moheb "lejede" 2 hospitalsfløje på henholdsvis 16 og 18 sengepladser, som de renoverede og lavede til en privat fløj til privat-forsikrede patienter – såkaldte private wings. Efterspørgslen var så stor, at man valgte at udvide. Således blev der bygget et helt nyt privathospital i 10 etager med 100 sengepladser, som stod færdig i 2009 lige ved siden af det offentlige hospital – såkaldt co-location modellen. Fordelen er her, at specialisterne kan servicere begge hospitaler uden at anvende tid på at komme fra privat til offentligt sygehus. Moheb institutionen betaler til

Hasheminejad Hospital for at leje udstyr, operationsstuer mm. samt til uddannelse af personale. Beløbet udbetales ikke direkte til Hasheminejad Hospital, men anvendes til, at Moheb institutionen renoverer og moderniserer Hasheminejad hospitalet. Kontraktlængden er 12 år.

Modellen startede således som en private wing-model i kombination med den kliniske servicemodel, hvor det var den private part, der købte ydelser af den offentlige part. Det endte med en kombination af private wing som co-location i kombination med den kliniske servicemodel.

Bastani et al har undersøgt performance indikatorer før og efter PPP modellens indførelse. Dette for at undersøge, hvorvidt påstanden om effektivisering via indførelse af PPP var korrekt. Der blev målt på 9 performance indikatorer, som viste statistiske signifikante forbedringer inden for 8 ud af 9 indikatorer.

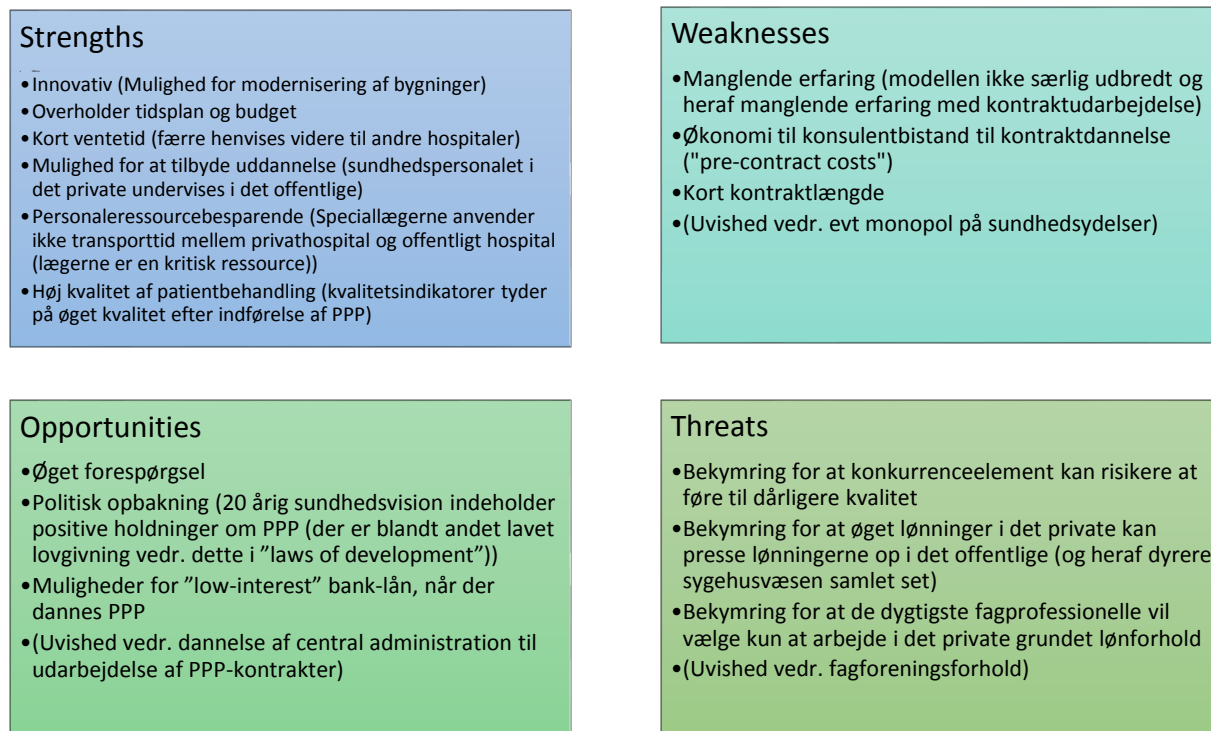
Table 1. The status of performance indicators in Hasheminejad hospital before and after the implementation of PPP model

Performance indicators	Mean and standard deviation		Variation rate	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
	Before PPP	After PPP					
Bed occupancy rate	76.18±7.08	81.36±4.61	+5.18	649	1145	-2.72	0.006
Average length of stay	5.10±0.24	4.46±0.32	-0.64	61	2141	-7.39	<0.001
Bed efficiency or circulating	4.62±0.54	5.72±0.52	+1.10	110	606	-7.00	<0.001
Days of hospitalization	2861±469	3167±412	+306	515	1011	-3.79	<0.001
Number of admissions	565±80	708±72	+143	141.5	637.5	-6.75	<0.001
Clinic referrals	4168±1048	5250±581	+1082	214	710	-6.18	<0.001
Emergency referrals	1686±449	2239±441	+553	202	698	-6.27	<0.001
Number of surgical operations	650±151	1061±130	+411	55	551	-7.44	<0.001
Number of deaths	1.65±0.79	1.55±0.79	-0.10	478.5	2558.5	-4.08	<0.001

Tabel 3: Performance indikatorer efter indførelse af PPP-model i Iran (Bastani et al 2019)

Dog skal det her bemærkes, at der blev sammenlignet mellem de første 6 mdr. i 2012 og de første 6 mdr. i 2017 – altså over en årrække på 5 år. Man har i den sammenhæng ikke sammenlignet med udviklingen på hospitaler, som ikke indgik PPP-kontrakt. Man kunne overveje om den generelle udvikling i de 5 år, også ville have en tendens til at forbedre de målte performance indikatorer på offentlige hospitaler uden PPP-model.

SWOT-analysen er dannet ud fra artikler (Barzegar et al 2016, Bastani et al 2019, Etemadian et al 2013, Poursaghari et al 2016, Tabibi et al 2015). Data der kunne bekræftes/afkræftes i henhold til dette er medtaget, mens egne refleksioner er angivet i parentes.



Figur 15: SWOT-analyse af Moheb Hospital Modellen

Også i denne SWOT-analyse fra Iran virker PPP-modellen med private wings og tilkøb af kliniske ydelser som et godt initiativ målt på kvalitetsindikatorer samt økonomi. Derudover er der i denne model øget samarbejde på tværs af sektorerne mht. uddannelse af personale, og de kritiske personalemæssige ressourcer er også forsøgt håndteret. De umiddelbare initiativer, der kunne overvejes, er dannelse af en central PPP-enhed, såfremt modellen skal udbredes. Dette vil centralisere erfaring og nedsætte det ressourcemæssige forbrug til kontraktudarbejdelse. Det vurderes vigtig at anvende ressourcer på at sikre fortsat opmærksomhed på de økonomiske forhold, personalemæssige forhold samt kvalitetsindikatorerne, således bekymringerne tilgodeses.

4.3 Nationale erfaringer

Et tættere samarbejde mellem det offentlige og det private sundhedsvæsen er heller ikke en ny tankegang i Danmark, som dog var lidt senere til at afprøve modeller vedr. OPP end i den øvrige del af Europa.

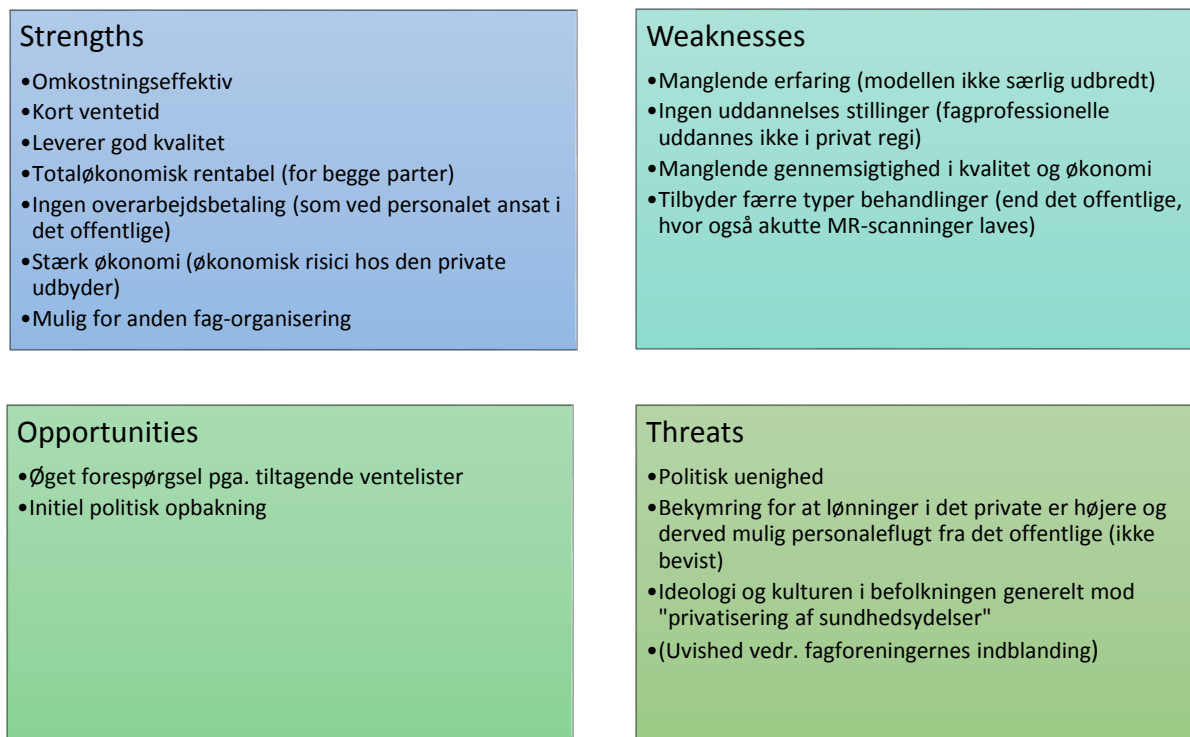
I Region Midtjylland forsøgte man i 2002 via det dengang eksisterende Ringkøbing Amt at få lavet aftale med firmaet Transmedica om at levere ortopædiske operationer, da ventelisterne på visse operationer var meget lange. Disse operationer blev udført på Ringkøbing Sygehus efter åbningstid eller ved ledig kapacitet med personalet fra Transmedica. Der var dog relativ stor modstand fra de faglige organisationer og i særdeleshed fra DSR (Leick 2002), hvorfor dette projekt blev nedlagt igen, uden at man rigtigt nåede at få erfaringer med modellen.

4.3.1 Aabenraa modellen

Et af de første længerevarende projekter startede i 2001, hvor man i det daværende Sønderjyllands Amt indgik en aftale vedr. driften af en MR-scanner.

Den private udbyder Thava (sidenhen Astra Billeddiagnostisk Center) indkøbte MR-scanneren og lejede sig ind på Aabenraa Sygehus mod en garanteret årlig mængde offentlige patienter. Alt personale kom fra Thava. Aftalen løb i 10 år, hvor OPP-aftalen forestod 42 % af alle MR-scanninger i Region Syddanmark (Rasmussen 2011a,b). Kvaliteten af scanningerne svarede til de offentlige drevne scanninger jf. en audit Region Syddanmark fik lavet i 2006 (Holstein 2016). Rapporten angav samtidig, at scanninger pr. time var væsentlig højere end andre MR-scannere i Region Syddanmark (2,63 vs. 1,47-1,57), og herved den mest omkostningseffektive.

Rent økonomisk var der tale om betaling på 2250 kr. pr. udført MR-scanning mod DRG-værdien på 2805 kr – således potentiel besparelse på 20 %. Det skal her anføres, at der ikke indgik uddannelse samt forskning i privat regi. Det har ikke været muligt at få oplysninger om sammenligningsgrundlaget for patientsammensætningen, hvilket kan være særdeles relevant, da børn samt ikke-selvhjulpne patienter ofte tager længere tid. I nedenstående analyse er denne faktor derfor udeladt, da det antages at vilkårene har været ens for begge parter.



Figur 16: SWOT-analyse af Aabenraa-modellen

Aftalen blev dog opsagt af Region Syddanmark, da daværende Sundhedsdirektør Jens Elkjær dels ikke mente, at *"Aabenraas nye profil egnede sig ret godt til at have en særskilt, privat driftsenhed, som ikke hang sammen med den øvrige drift"* (Rasmussen 2011a), og dels grundet en betragtning om at marginalomkostningerne var billigere ved at scanne patienter i offentlig regi, da regionen

kun betalte 55 % af DRG-taksen pr. behandling til det offentlige sygehus. Dog var der ikke her medtaget afskrivning på selve MR-scanneren, som ligeledes ligger i regionalt regi.

Både totaløkonomisk og i forhold til omkostningseffektivitet virker Aabenraa-modellen ellers som et særdeles fornuftigt initiativ. Desuden er det værd at bemærke, at kvaliteten af ydelser ligeledes er undersøgt og fundet på niveau med kvaliteten generelt i det offentlige sygehusvæsen. Da der samtidig findes øget forespørgsel på MR-scanninger, burde modellen set ud fra SWOT-analysen fortsætte. Man kunne overveje, hvorvidt uddannelseskrav i forhold til fagprofessionelle burde indgå. Da der jo findes viden om, at den politiske uenighed blev så overskyggende, at projektet blev stoppet, bør et nyt initiativ nok være, at der også her skal være højere grad af gennemsigtighed i forhold til både de totaløkonomiske forhold samt kvalitet og omkostningseffektivitet. Man kunne her overveje, hvorvidt den private partner i højere grad skulle overveje at invitere den offentlige part indenfor – evt. ved oprettelse af uddannelsesstillinger.

4.3.2 Vejle-modellen

Region Syddanmark vedtog i 2007 at opføre to psykiatriske hospitaler beliggende i Vejle samt i Aabenraa. Byggeriet i Aabenraa blev udført som et traditionelt offentligt byggeri og stod færdigt i 2015, mens byggeriet i Vejle blev gennemført som OPP-byggeri og stod færdigt i 2017.

OPP-modellen i Vejle blev gennemført som den infrastrukturelle model, som DBFO (design-build-finance-operate) med en kontraktlængde på 25 år (udløber januar 2042). Region Syddanmark skal i 2042 betale et engangsbetrag på ca. 215 mio. kr. for at overtage bygningen, hvilket svarer til ca. 73 mio.kr. i 2017-priser (Hjelmar et. al 2019, p.40). Beløbet afhænger dog af byggeriets stand og værdi ved kontraktudløb. Såfremt det aftalte beløb betales, har byggeriet i Vejle totaløkonomisk samlet været 2,5 % dyrere end byggeriet i Aabenraa. Der er i projektet opnået fuld deponeringsfrihed.

Byggeriet i Vejle var færdigt til tiden i modsætning til Aabenraa byggeriet, der var 9 mdr. forsinket. Kvaliteten af byggeriet vurderes samlet set højere i Vejle ud fra byggeteknisk gennemgang, hvilket kom til udtryk ved flere fejl og mangler ved ibrugtagning af sygehuset i Aabenraa, herunder problemer med vandindtrængning på facaderne, revner i gulve samt manglende funktion af ventilationssystemet. Den rent æstetiske løsning samt brug af innovative løsninger er også vurderet en smule højere i Vejle byggeriet, men de fagprofessionelle har bedømt begge byggerier som værende en væsentlig forbedring i forhold til tidligere bygninger.

Driften af de kliniske funktioner varetages af det offentlige sygehusvæsen.



Figur 17: SWOT-analyse af Vejle-modellen

Vejle-modellen som en klassisk OPP-model (infrastrukturel) virker i henhold til kvaliteten af bygningerne som et godt initiativ. Desuden skal det bemærkes, at det stod færdigt til aftalt tid og til overholdt budget, hvilket ved øvrige traditionelle sygehusbyggerier ofte ikke er tilfældet. Dette forhold vurderes særdeles fordelagtig ved OPP. Politisk opbakning er også til stede og derfor tænkes det ud fra denne analyse, at der vil komme flere initiativer til OPP-byggerier i sygehusvæsenet, hvilket da også ses (godtsygehusbyggeri.dk). Af nye initiativer kan der overvejes fortsat fokus på både de kvalitetsmæssige og økonomiske indikatorer, hvilket et udvalg som f.eks. Center for forskning i offentlig-privat samspil (COPS) kunne medvirke til. Det er her vigtigt, at den private sektor også er offensiv i forhold til gennemsigtighed, da dette vurderes kan medføre fortsat politisk opbakning samt være medvirkende til en holdningsændring i befolkningen på længere sigt.

4.4 Sammenfatning

Af ovenstående SWOT-analyser synes jeg, at OPP-modellerne generelt har flere styrker end svagheder. Derudover er der naturligvis trusler, men også fortsat muligheder, hvorfor det åbner op for nye initiativer.

Den altoverskyggende trussel er politisk forankret. Jeg vurderer ud fra Danske Regioners hjemmeside, at truslen i øjeblikket er lav, da der angives at: *"Regionerne arbejder for et tæt offentligt-privt samarbejde for at skabe et bedre og mere effektivt sundhedsvæsen. Målet er den tredobbelte bundlinje om øget kvalitet for patienterne, øget effektivitet og erhvervsudvikling og vækst (www.regioner.dk)"*.

I regionalt regi er de store sygehusbyggerier da også analyseret og vurderet i forhold til OPP. Det blev ikke vurderet totaløkonomisk fordelagtigt grundet kompleksiteten af byggerierne og den teknologiske udvikling, som i gennemsnit vil kræve at 20 % af et sygehus er under konstant ombygning (Konkurrence- og forbrugerstyrelsen 2015). Dog findes der flere igangværende OPP-byggerier, herunder flere psykiatriske sygehuse (se bilag 1).

De alternative OPP-løsningsforslag i denne opgave vil også inkludere de mere samarbejdsrelaterede OPP-modeller.

5. Alternative løsninger i dansk kontekst

Af de tre PPP-grundmodeller, der er beskrevet tidligere i opgaven, vil fokus i de alternative løsningsforslag være primært på den kliniske service-model og de mere samarbejdsrelateret OPP-modeller.

Ud fra de mulige initiativer, der blev klarlagt ved analysen af de eksisterende modeller, vil der særligt være fokus på gennemsigtighed på tværs af den private og den offentlige part. Dette for at sikre det nødvendige tillidsfulde partnerskab mellem de to parter. Jeg mener også, at den politiske og fagprofessionelle opbakning til dels herved kan sikres, og ad åre vil der om muligt også ske en holdningsændring i befolkningen.

5.1 Co-location private wings

Forslaget her lægger sig op ad den iranske model med tæt fysisk relation mellem privathospitalet og det offentlige hospital. Dette for at sikre sammenhængende patientforløb samtidig med optimal kapacitetsudnyttelse – her forstået som både den fagprofessionelle og den fysiske kapacitet.

I henhold til køb/leje af kapacitet er forslaget primært tiltænkt med private køb af offentlige kliniske serviceydelser. Ved mangel på offentlig sengekapacitet og samtidig ledig sengekapacitet på det private sygehus, kunne det være muligt, at den offentlige part lejede sig ind hos den private part. Altså en løsning med gensidig mulighed for at udnytte kapaciteten.

Selve byggeriet i denne model er således en fuld privat løsning, men tænkes opført i meget tæt relation til det offentlige sygehus og gerne sammenhængende med det via et gangsystem eller lignende, som set ved Vejle-modellen. Man kunne overveje, hvorvidt grunden hvorpå det private sygehus opføres kunne være offentlig betalt mod mulighed for at låne sengepladser, når byggeriet stod færdigt.

Den private partner kan købe sig til f.eks. laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, fuldt udstyrede ambulante stuer eller operationsstuer beliggende på det offentlige sygehus, hvorved den private part i forhold til nyanskaffelser vil spare mange mio. kr. Hvorvidt det totaløkonomisk er rentabelt, bør vurderes ud fra de øvrige økonomiske kontraktmæssige forhold.

OPP-kontrakten kunne indeholde et garanteret minimum antal undersøgelser/udlejninger pr. år, som var garanteret til en fastsat pris. Derudover kunne der udarbejdes tillæg til kontrakten ved

behov – f.eks. ved indførelse af nye behandlingsformer. Ud fra erfaringer med de tidligere danske OPP-projekter, vil det være fordelagtigt, hvis kontraktlængden indeholder en driftsfase på mere end 10 år, og ofte er der potentiale til at forbedre totaløkonomien ved længere driftsperioder på over 20 år (Konkurrence- og forbrugerstyrelsen 2015).

Såfremt den økonomiske tildelingsmodel skulle give incitament til omkostningseffektivitet, ville betaling pr. døgn (ved udlejning af sengepladser) eller pr. time (ved lån af operationsstuer/ambulante stuer) eller pr. undersøgelse (ved biokemiske/røntgen undersøgelser) være en fordelagtig løsning. Det vil dog kræve gennemsigtighed i priser som minimum på afdelingsleder-niveau. Det harmonerer dog godt med Moderniseringsstyrelsen målbillede fra 2014, hvor visionen blandt andet er *”at statslige institutioner ved, hvad deres aktivitet koster”*.

Ved et så tæt samarbejde mellem det private og det offentlige sygehus, kan der opstå udfordringer i forhold til snitflader. Det tænkes derfor fordelagtig med tæt dialog både på topleder niveau, men også på mellemlider og medarbejder niveau for derved at forsøge at sikre fagprofessionel opbakning. Man kunne overveje fælles kantineforhold.



Figur 18: SWOT-analyse af co-location wing modellen

Såfremt kvaliteten af patientbehandling (effekten) vurderes ens i det private og det offentlige, ville ovenstående model formentlig give mulighed for omkostningseffektivitet, da omkostningerne med stor sandsynlighed vil være mindre, da kapaciteten i højere grad udnyttes. Dette kræver selvfølgelig en vurdering af, hvor hurtigt udstyr slides ned i forhold til anvendelse og forældelse.

For at sikre gennemsigtighed findes det særdeles hensigtsmæssigt at udvikle et fælles IT-system – alternativt koble privathospitalerne op på det offentlige system således, at man i højere grad kan følge kvaliteten samt driften hos hinanden. Allerede i dag findes både elektroniske patientjournaler, Landspatientregisteret (LPR), omkostningsdatabasen og Business Intelligence portalen (BI-Portalen), som umiddelbart vurderes gode til at hente data fra. Tilgængeligheden til de enkelte systemer på tværs af sektorer er dog en udfordring, og det kræver politisk opbakning i forhold til lovændring, såfremt det skal løses.

Rent strategisk vil det kræve aftaler og tillidsfuld dialog mellem parterne, hvilket ved kontraktudarbejdelse vil kræve mange ressourcer både økonomisk og tidsmæssigt. Den økonomiske gevinst vurderes dog efterfølgende stor.

5.2 Differentieret økonomisk OPP-model

For at udvide ovenstående model til i endnu højere grad af få incitament til at udnytte ledig kapacitet, kunne man overveje en model med højere grad af benchmarking og med en differentieret økonomisk model, som i princippet kunne være gældende både for den private og den offentlige partner. Denne model vil højere grad konkurrenceudsætte mellem den private partner og den offentlige partner ved at muliggøre tilkøb af operationsstuer for begge parter.

Såfremt den offentlige part skulle anvende dette koncept, ville en del af OP-anæstesiaafdelingens budget anvendes til et aktivitetsbudget, som blev tildelt de kirurgiske afdelinger, som efterfølgende kunne købe operationsstuer på timebasis – alternativt pr. operation, hvorved forholdet mellem OP-anæstesiaafdelingen og de kirurgiske afdelinger i højere grad ville bygge på et kunde-leverandørforhold.

Ved overskydende kapacitet kunne den private partner eller andre offentlige sygehuse byde ind, hvorved der kunne kapacitetsudnyttes i højere grad både internt i det offentlige og fortsat i det private.

Udgangspunktet for den differentierede kapacitetspris kunne udregnes helt simpelt som budget divideret med antal OP-timer med udgangspunkt fra sidste års aktivitet. Dette kunne eksempelvis være 3000 kr. pr. time for en operationsstue, hvilket kunne resultere i nedenstående ydelseskatalog.

Hverdag kl. 7-9	2.000 kr./time
Hverdag kl. 9-15	5.000 kr./time
Hverdag kl. 15-18	4.000 kr./time
Fredag 12-17	2.000 kr./time
Weekender	1.000 kr./time
Afbudstid > 1 uge	1.500 kr./time
Afbudstid < 1 uge	1.000 kr./time
Afbudstid < 1 dag	500 kr./time

Figur 19: Forslag til ydelseskatalog (udarbejdet af Per Nikolaj Bukh)

I den differentierede budgetmodel er det tiltænkt, at det offentlige hospital og de implicerede afdelinger får tæt på 80 % af DRG-værdien og regionen kun omkring 20 % (vanligt får regionen 50 % af DRG-værdien). Dette vil i højere grad gøre konkurrencevilkårene mellem den private og den offentlige partner mere ligeværdige. Her kunne man overveje, hvorvidt parterne også skulle afregnes efter niveauet af komplikationer til patientbehandlingen for at tilgodese den effektbaseret økonomistyring, da en differentieret budgetmodel i høj grad ville ses som en aktivitetsstyrende model.

Den økonomiske mellemafregning mellem de offentlige afdelinger internt eller mellem den offentlige udbyder og den private udbyder ville ske årligt, men de øvrige forhold vedr. kontrakt dannelse og tilretning heraf, vil foregå på samme principper som tidligere løsningsmodel.



Figur 20: SWOT-analyse af den differentieret økonomiske OPP-model

Igen kan det konstateres, at gennemsigthed (gerne ved fælles IT-løsninger) er et initiativ, man er nødt til at overveje i henhold til OPP-projektet, og i særdeleshed hvis man ønsker at anvende effektbaseret afregning af komplikationer.

Derudover skal også den politiske uenighed kommenteres, da det kan skabe højt trusselsniveau mod OPP. Det er derfor nødvendigt at udforme de kontraktmæssige forhold således, at der tages højde for transaktioner ved kontraktbrud gældende begge veje.

5.2.1 Case på differentieret økonomisk OPP-model

For at sikre så valide data som muligt, er der i nedenstående eksempel taget udgangspunkt i ørenæsehals kirurgiske operationer i Region Midtjylland og den kapacitet, der venter i Gødstrup i 2021. Der vil alene være fokus på planlagte operationer, da den akutte aktivitet dog er svær at forudse og heraf svær at styre. Modellen kan naturligvis udvides til også at omfatte ambulant aktivitet.

I Gødstrup er der planlagt med 4 fuldt udstyret ørenæsehals-operationsstuer, hvoraf den ene vil være bemandet til akutte operationer i døgndrift. Der er taget udgangspunkt i de 3 elektive stuer, som er planlagt bemandet til offentlige patienter i tidsrummet 07.30-15.00 mandag til fredag.

Stuerne er i 2020 bemandet svarende til 39 uger om året i almindelig drift samt 13 uger med "nedluk" i varierende grad. (se bilag 2 for detaljeret nedlukplan).

Ud fra ovenstående kapacitetsplanlægning forventes det, at driften i 2021 vedligeholdes. Man har således ikke taget yderligere opdrift med i kapacitetsberegningerne.

Ud fra nedluksplanen og ud fra en vurdering af, at det offentlige fortsat vil "leje" stuerne fra 7.30-15.00, kan man udleje ørenæsehals operationsstuer svarende til ca. 7 timer på hverdage (kl. 15-22), mens det kunne være op til 10 timer på hver af de 3 ledige OP-stuer i weekender og helligdage.

I Region Midtjylland blev der i 2017 behandlet 27.439 patienter i privat regi, hvoraf ca 3-5 % var patienter med øre-, næse- eller hals-problemstillinger (Holstein 2019). Disse tal er formentlig en blanding af ambulante besøg og operationer. Tal fra Region Midtjylland viser, at der i 2018 i ørenæsehals regi blev opereret 815 i privat regi, mens det tal pr. 1.10.19 ligger på 805. 2019 tal er dog ikke helt valide grundet registreringsudfordringer i forbindelse med indførelse af LPR3.

Der er primært tale om mindre operationer såsom fjernelse af mandler, polypper samt operationer på næseskillevæg, hvorved det estimeres, at man kan operere ca. 3-5 patienter pr. arbejdsdag.

Realistisk ville man således have behov for ca. 20 operationer om ugen i ca. 40 uger, hvilket nedenstående beregninger er lavet ud fra.

Indtægter		
• Udleje af OP-stue mandag-onsdag-torsdag 15-22	(7 timer*4000 kr. pr. time*3) = 84.000 kr	
• Udleje af OP-stue lørdag 8-18	(10 timer*4000 kr. pr. time) = 40.000	
Indtægter pr. år	124.000 kr. pr. uge*40 uger	4.960.000 kr.
Udgifter		
• Procedurebakker til operation (2250 kr. pr. procedure)*	(1850 kr.*5 pr. dag*4 dage) = 37.000 kr.	
• Narkose (400 kr. pr. bedøvelse)	(400 kr.*5 pr. dag*4 dage) = 8000 kr.	
• Rengøring både af stue samt procedurebakker (1488 kr. pr. dag)	(1488 kr. pr. dag*4 dage) = 5952 kr.	
Udgifter pr. år	50.952 kr. pr. uge*40 uger	2.038.080 kr.
Indtjening pr. år**		2.921.920 kr.

*variable omkostning som afhænger af operationstype. 2250 kr. vurderet som gennemsnit.

**Nedskrivning af medicoteknisk udstyr er ikke medtaget i beregningerne, hvorfor det estimeres at en vis %andel skal gives til regionerne, da de afholder denne udgift.

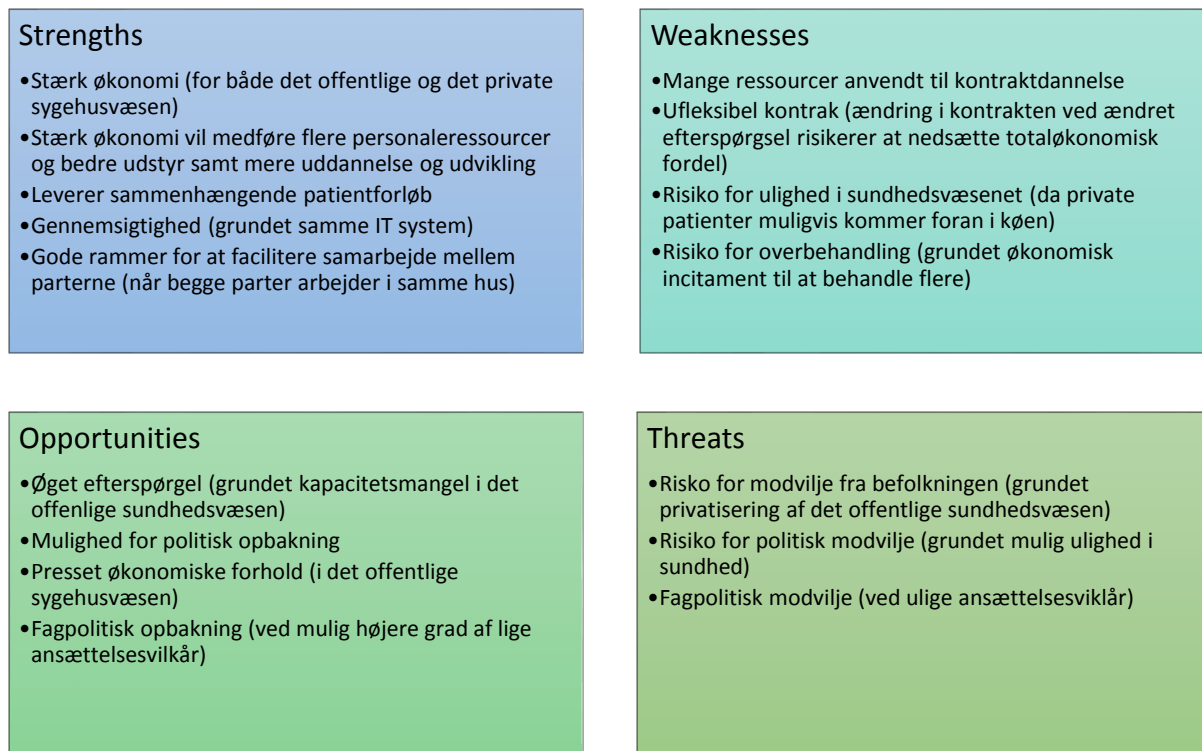
Udlejningsmodellen ville altså kunne give en regelret indtjenings mulighed for det offentlige hospital, men ville samtidig kunne give privat hospitalerne en fordel rent økonomisk, da de ikke ville skulle investere i bestyknings af operationsstuen, som i ørenæsehals-regi beløber sig til 5.333.000 kr. pr. operationsstue.

5.3 Integreret private wing model

Svaghederne ved både co-location wing-modellen samt den differentieret økonomiske OPP-model findes i uenighed om udstyr samt manglende synlighed på tværs af sektorerne. Skulle dette håndteres, kunne en mere integreret model være en løsning. De private senge skulle således ligge internt på hospitalet med alle muligheder for service (blodprøver, røntgen, operationer osv) samt fælles fuldt integreret IT-system, således alle kvalitetsmæssige måleparametre var synlige på tværs af det private og det offentlige med fælles vilkår for indrapportering af kvalitetsdata.

Købet/tilbygning af eksempelvis en etage på sygehuset ville betyde en delvis DBFMO-model, dog med primær fokus på finance-maintain-operate. Forholdet mellem parterne ville kræve høj grad af tillid og meget klare snitflader. I modsætning til nybyggeri, kan renoveringsprojekter eller tilbygninger være mere udfordrende at organisere som OPP, da der forinden skal være meget klare aftaler om, hvilke opgaver, der er en del af aftalen og hvilke der ikke er (Konkurrencestyrelsen 2015). Såfremt det skal være omkostningseffektivt at integrere en privat afdeling fuldt ud, kræver det et særdeles godt samarbejdsklima på alle ledelsesniveauer samt høj grad af tillid.

Rent økonomisk kunne modellen indeholde simple forløbsafregninger med tillæg ved f.eks. behov for ekstra scanninger, blodprøver el lign, som ikke var inkluderet i selve forløbet. Man kunne overveje, hvorvidt forløbstaksterne skulle justeres i henhold til alder, comorbiditet el lign. Ligeledes kunne den svenske model med "garanti-perioden" for komplikationer/genindlæggelse tænkes indført, hvor et mindre beløb tilbageholdes i fx 6-12 mdr. og udbetales, såfremt der ikke har været komplikationer/genindlæggelser som en form for P4P (Pedersen 2017).



Figur 21: SWOT-analyse af integreret private wing-model

5.4 Udbud af enkelte ydelser

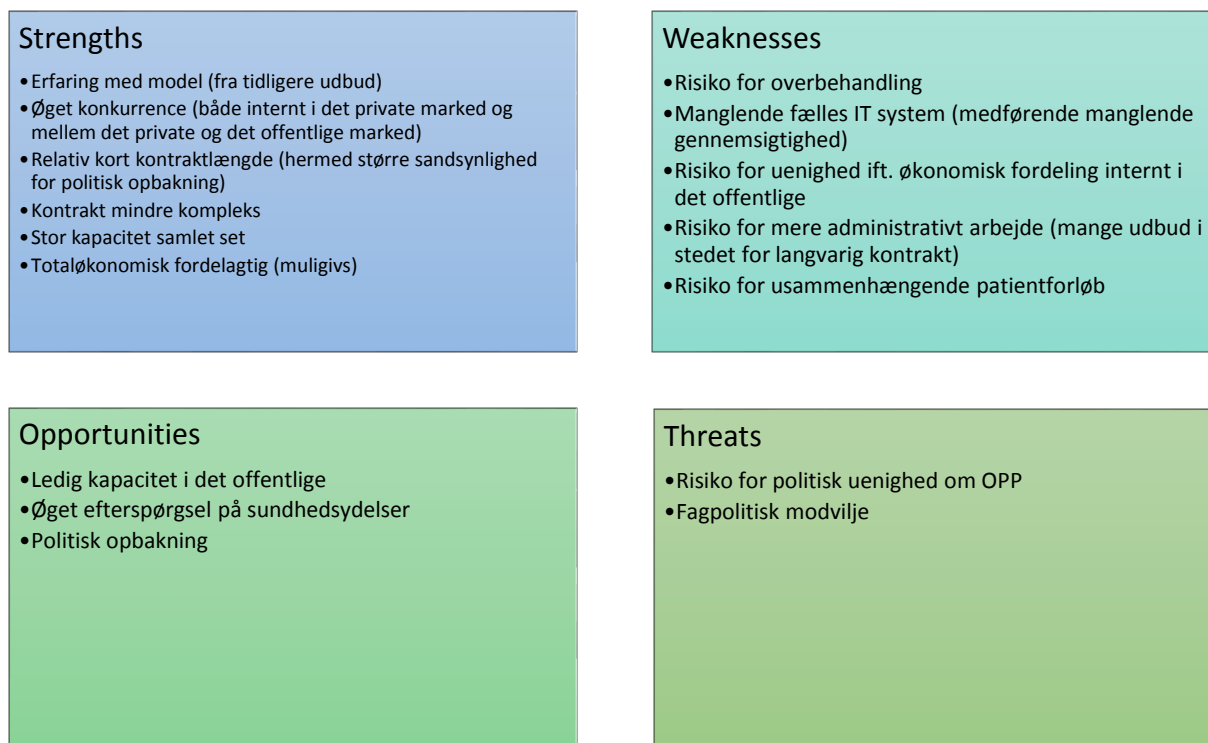
Som flere af de ovenstående SWOT-analyser tyder på, så kan kontraktudarbejdelsen, og ikke mindst både det tidsmæssige- og ressourcemæssige forbrug til dette være en udfordring. Desuden vil konkurrenceelementet være minimalt i de store projekter, da der simpelthen er mangel på firmaer med ressourcer nok til at løfte opgaven, hvilket kan risikere at føre til monopoldannelse.

For at reducere denne kontraktkompleksitet og øge konkurrenceelementet, kan enkelte opgaver udliciteres gennem udbud. Udbud har været diskuteret i flere CEPOS rapporter som værende en rentable model for det offentlige sundhedsvæsen, da privathospitalernes gennemsnitlige udbudstakst ofte er billigere ift. den DRG-værdi, som de offentlige hospitaler får pr. ydelse (Holstein 2014, 2016, 2019a,b,c).

I henhold til udbud indeholder enkelt ydelses-modellen en grundholdning om, at både det private sygehusvæsen, men også det offentlige sygehusvæsen har mulighed for at byde ind på udbuddene. Herved vil man i endnu højere grad udnytte kapacitetsoverskud også i det offentlige sygehusvæsen. Ved konkurrenceudsættelse vil incitamenterne til omkostningseffektivitet øges – om ikke andet på afdelingsledelses- samt hospitalsledelsesniveau.

Ved udbud i OPP-regi er det vigtigt at alle forventelige risici håndteres forud for projektets iværksættelse, således de kan indarbejdes i kontrakten. Det bliver således ikke som udgangspunkt muligt at ændre projektet undervejs.

Som i den integrerede private wing model, kunne man også her afregne via forløbstakter med afregning en gang om året. Dog kunne man ud fra et totaløkonomisk perspektiv også vælge at udbyde en fastsat mængde forløb, hvorved prisen pr. forløb muligvis kunne gøres billigere.

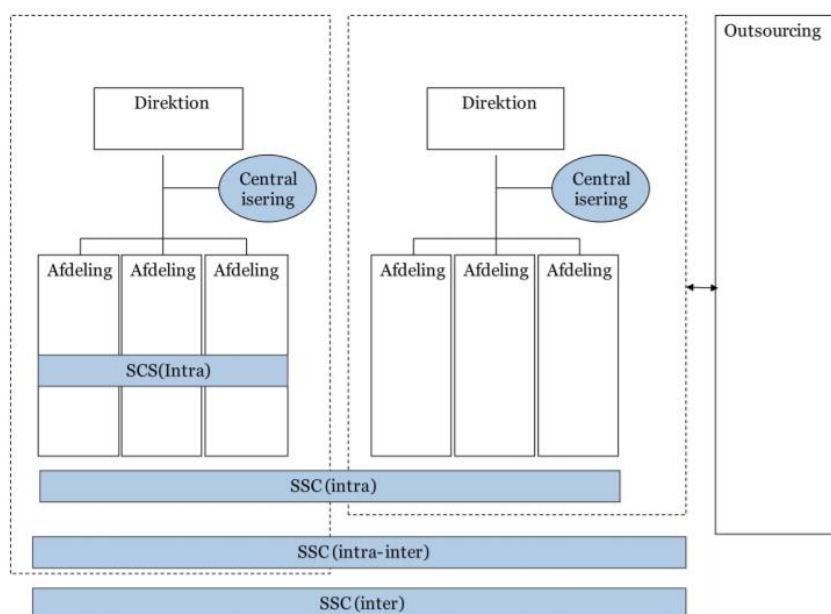


Figur 22: SWOT-analyse på enkelt ydelsesmodellen

5.5 Udbud af serviceafdelinger

En gentagen trussel ved tidligere SWOT-analyser er også kultur og ideologi blandt befolkningen og politikerne, hvor "privatisering af sundhedssystemet" synes at have en negativ klang. Såfremt man ønsker at beholde al direkte patientbehandling i offentligt regi, men samtidig ønsker en model, hvor omkostningseffektiviteten også i driftsfasen bliver tilgodeset, kan det overvejes at lade den private sektor overtage nogle af de kliniske serviceafdelinger. De kliniske serviceafdelinger benævnes også i litteraturen "Shared Service Centre" (SSC). Det kan defineres på flere måder, men er forenklet set en centralisering af en række støttefunktioner i en organisation. Det skal traditionelt set antage karakter af et kunde-leverandørforhold, men da der er mange forskellige måder at konstruere og organisere et SSC på, kan forholdet mellem SSC og de organisatoriske enheder variere meget.

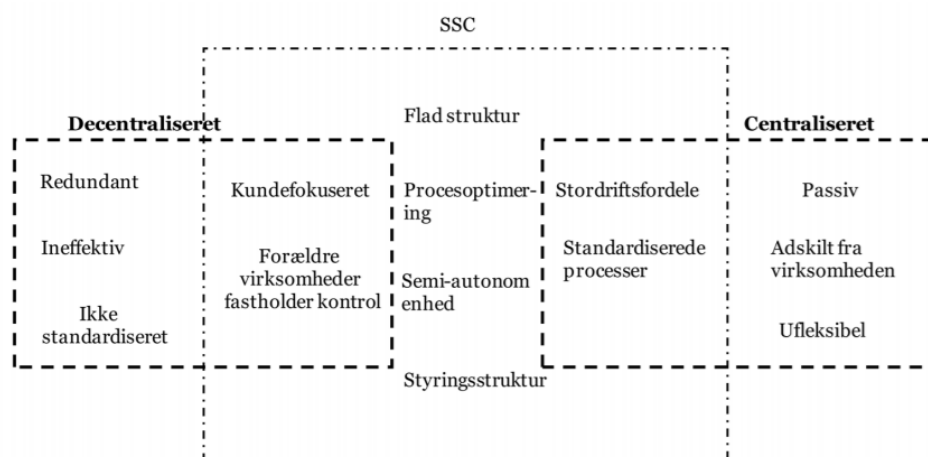
SSC er også blevet en del af debatten om omkostningseffektivitet, idet forhåbningen er, at centralisering af støttefunktioner kan genere besparelser og mere effektiv drift. I offentligt hospitalsregi i Danmark har man valgt flere modeller og har også mulighed for outsourcing jf. figur 23.



Figur 23: Placeringsmuligheder for et SSC (Harritz 2012, p.3)

Uanset tilknytning opfattes SSC som en selvstændig enhed med en relationel tilknytning til de afdelinger, som skal serviceres.

Flere teoretikere påpeger, at kunde-leverandørforholdet er særdeles vigtigt, og at beslutningsprocessen omkring hvilke ydelser, der skal tilbydes, rent principielt ikke kan centralisere til SSC, da det vil bryde helt med grundprincippet om SSC (Harritz 2012, 2013). Det påpeges ligeledes, at det er helt essentielt, at balancen mellem centralisering og decentralisering etableres for at sikre udveksling af viden, arbejdsmetoder og "best practise" mellem de involverede organisatoriske enheder jf. figur 24.



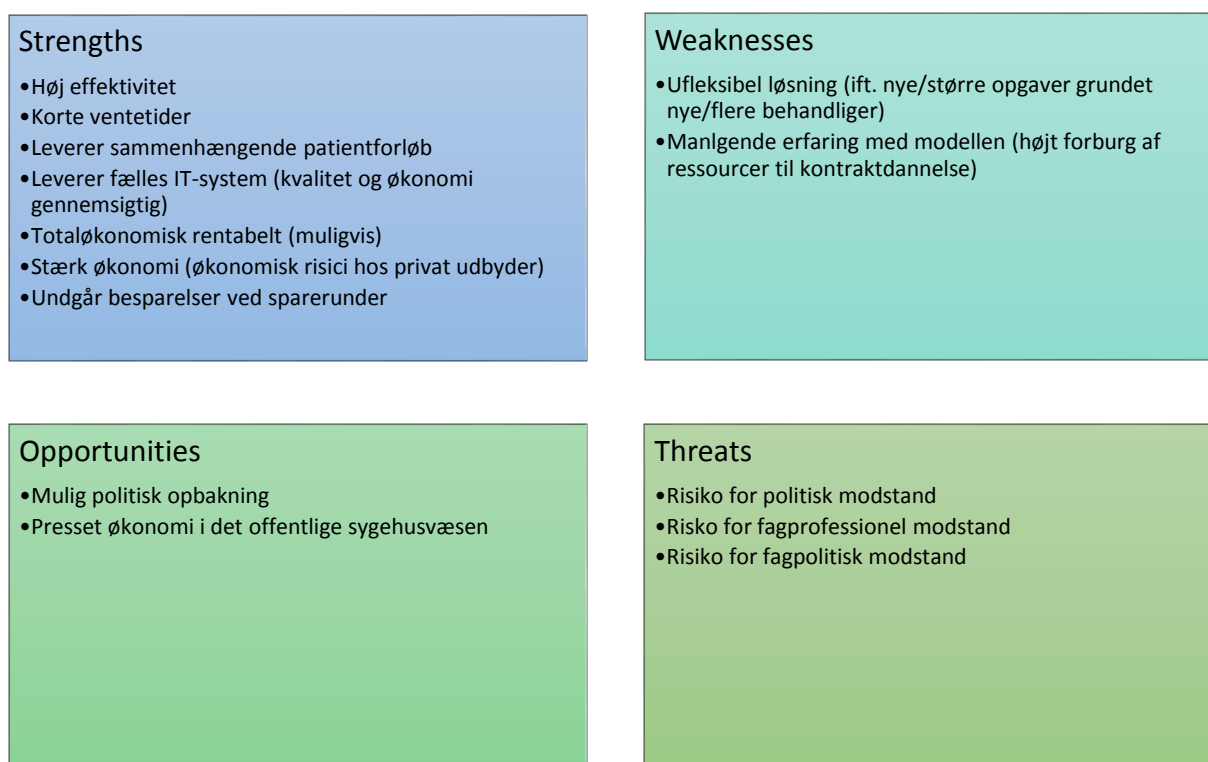
Figur 24: Fordele og ulemper ved centralisering og decentralisering (Harritz 2013, p.41)

Danske erfaringer viser, at netop denne balancegang er særdeles problematisk, hvilket har givet både utilfredshed og økonomiske udfordringer – herunder manglende omkostningseffektivitet.

Mangelfuld kommunikation og snitfladeproblematikker har været påpeget som væsentlige årsager (Harritz 2012).

Aabenraa-modellen er et godt eksempel på udbud af SSC, men i dette løsningsforslag tænkes udbud af en hel afdeling. I henhold til SWOT-analysen i Aabenraa løsningen, kunne en alternativ løsning være at integrere uddannelse af fagprofessionelle, da dette muligvis også kunne øge både den politiske, fagpolitiske og fagprofessionelle opbakning.

Ved at udbyde SSC som OPP-model ville en langvarig kontrakt sikre stabile driftsforhold, da SSC-afdelingerne således ikke ville rammes ved offentlige besparelser. Det ville dog muligvis medføre, at besparelser ville ramme hårdere hos de kliniske afdelinger, som varetager den direkte patientbehandling.



Figur 25: SWOT-analyse af OPP-SSC-modellen

6. Diskussion

I ovenstående løsningsmodeller og dertilhørende SWOT-analyser ses der muligheder i samarbejdet mellem det private og det offentlige sundhedsvæsen, men dog også udfordringer. SWOT-analyserne ses overordnet med flere styrker og muligheder end svagheder og trusler, men antallet alene er dog ikke retvisende for den samlede strategiske vurdering af OPP. Det overordnede spørgsmål i henhold til problemformuleringen er også fortsat, hvorvidt OPP som løsningsmodel hænger sammen med højere grad af kapacitetsudnyttelse, omkostningseffektivitet og ikke mindst med krav om høj faglig kvalitet, og ligeledes om det overhovedet er muligt at implementere i en dansk kontekst med høj politisk og fagprofessionel autonomi.

6.1 Kapacitetsudnyttelse

Allerede i 2014 lavede Deloitte en undersøgelse af operationskapacitetsudnyttelse på Viborg Sygehus som viste, at kun 66% blev udnyttet. Man konkluderede her, at dette kunne øges til 80-85 % (Region Midtjylland 2014). Den regionale gruppe ”Sikkert OP-flow”, som jeg er medlem af, arbejder med dette emne, hvor præliminære data har vist, at der fortsat er ledig kapacitet – også inden for normal åbningstid. Udvides denne åbningstid vil der være endnu mere ledig kapacitet, men udfordringen er dog, at en sådan udvidelse af åbningstid koster penge. Derfor mener jeg, at man ved at invitere den private sektor indenfor i en OPP-model, kunne udnytte allerede eksisterende kapacitet i væsentlig højere grad. Man ville herved sikre de sammenhængende patientforløb og i samme ombæring mulighed for at få en økonomisk gevinst, da en del medicoteknisk udstyr ikke umiddelbart slides ned, men udskiftes grundet alder.

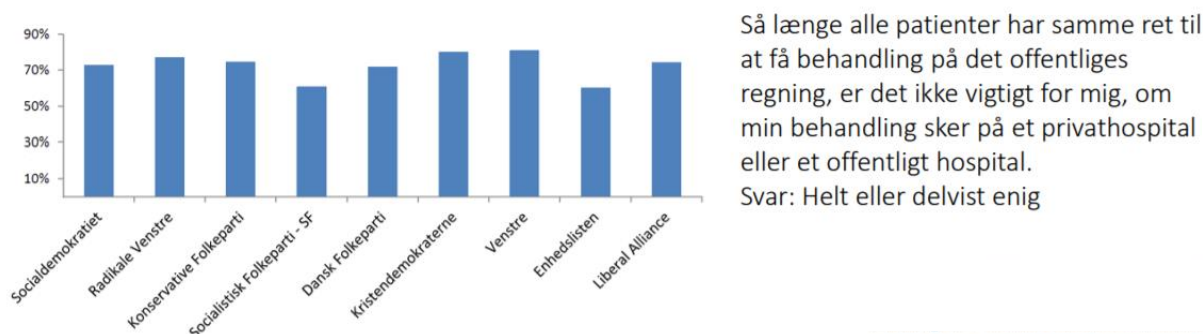
En løsning hvor det private inviteres til at udnytte offentlig ledig kapacitet, vil kræve især politisk, fagpolitisk og ikke mindst fagprofessionel opbakning, hvorfor disse parter skal involveres i OPP-udbudsmaterialet. Såfremt der blev sat ligeværdige krav om kvalitet og ikke mindst om registrering, mener jeg de fagprofessionelles normbegreb jf. effektbaseret styring ville medføre opbakning til en sådan model.

Den politiske agenda er dog en mere usikker parameter. Det er vist, at den politiske agenda alene kan være årsag til at kontrakter dannes og ikke mindst brydes igen. (Set både i Spanien i forbindelse med lovændringerne i 2018, som medførte ophør af Alzira-modellen samt nationalt ved ophør af samarbejdet i Aabenraa omkring udbuddet af MR-scanninger).

”Privatisering af sundhedssystemet” synes da også at have en negativ klang både hos politikere og befolkningen til trods for, at der nationalt samt regionalt er lavet tiltag for at fordre samarbejdet mellem den private og offentlige sektor. Flere infrastrukturelle OPP-projekter opføres i disse år, med de private sygehuse er fortsat ikke rigtigt inviteret indenfor. Det skyldes efter CEPOS’ opfattelse manglende politisk opbakning, og det problematiseres i artiklen fra 2019: *”Det er således ikke mærkeligt, at regionerne – som anser sig selv som ejere af de offentlige hospitaler – eller sygehusdirektørerne ikke reagerer på private hospitaler og klinikers lave priser. For i deres mikroperspektiv vil brug af private hospitaler og klinikker altid være dyrere end deres marginalomkostninger. Ligesom at brugen af private hospitaler og klinikker konkret betyder, at de skal reducere i deres egen kapacitet, hvilket ikke er eftertragtet. I Sundhedsministeriet og på Christiansborg burde logikken dog være en anden”* (Holstein 2019a, p.11).

CEPOS mener således, at det kan skyldes regionernes manglende incitament, da de som ejer af de offentlige sygehuse, både er bestiller og udfører. Jo større brug af privathospitaler, desto mere skal regionen jo reducere i deres egen kapacitet, hvilket giver incitament til at holde på egne behandlinger, hvilket kan være i strid med et samfundsøkonomisk perspektiv (Holstein 2019).

Den befolkningsmæssige opbakning til behandling i privat regi burde være positiv ifølge Nordstat, der i marts 2015 netop har forsøgt at kortlægge befolkningens holdning hertil. Det blev undersøgt via en spørgeskemaundersøgelse, hvor nedenstående figur 26 forsøger at vise opbakningen til privathospitaler fordelt efter politisk overbevisning.



Figur 26: Opbakning til behandling på privat hospital (Sundhed Danmark 2015)

Der ses ud fra ovenstående en bred opbakning i befolkningen. Dog har det ikke været muligt at få oplysninger om, hvordan befolkningsgrundlaget i undersøgelsen er udvalgt, og hvor mange mennesker, der er adspurgte. Fortolkningen af data kan derfor ikke tildeles yderligere værdi, end at der umiddelbart ikke virker til at være forskel ud fra politisk overbevisning – måske lige fraset SF og enhedslistens vælgere.

6.2 Totaløkonomi og omkostningseffektivitet

Ofte handler den politiske debat om bedre udnyttelse af ressourcerne og i sundhedsdebatten om, hvordan man får mest mulig effekt for pengene.

I henhold til OPP-modellerne kan det således diskuteres, hvorvidt den totaløkonomiske vurdering ved OPP er fordelagtig og dernæst om incitamenterne ved modellen fordrer omkostningseffektivitet. Evaluering af OPP-projekter anses dog som en meget kompleks opgave.

Totaløkonomisk kan den eksisterende litteratur da heller ikke endeligt konkludere, hvorvidt OPP er fordelagtig. Dette skyldes blandt andet, at totaløkonomien først kan opgøres endeligt ved kontraktens udløb, hvorfor der ofte er tale om midlertidige evalueringer eller punktmålinger. Lande som Spanien og England, som er lande med længst erfaring med OPP har udgivet overvejende positive resultater, men kritiseres dog for metodiske fejl i deres opgørelser (Hjelmar 1019, Petersen 2017). Dernæst har det været problematisk at sammenligne artikler, da graden af medindregnet omkostninger ikke har været ens, hvilket ofte skyldtes manglende datatilgængelighed. Ligeledes kan data være vanskelige at gennemskue ift. udenlandske studier grundet forskelle i infrastrukturen. Det eneste danske studie, der i sygehusregi sammenligner et klassisk OPP-projekt med et traditionelt offentligt byggeri vurderer, at OPP-projektet som udgangspunkt er totaløkonomisk dyrere. Vurderingen beror på, at bygningernes restværdi på overdragelsestidspunktet er ens, og her kan man overveje, hvorvidt OPP-byggeriet her vil være i bedre stand. Dette vurderes muligt, da kvaliteten er vurderet højere ved ibrugtagning, og incitamentstrukturen omkring de totaløkonomiske bedste løsninger fordrer, at materialevalg generelt kan være bedre ved OPP-byggeriet end ved det traditionelle offentlige byggeri. Men det kan kun tiden vise.

Ved de OPP-modeller, som beror mere på samarbejde end på byggeri, og hvor den private partner inviteres ind på det offentlige hospital vurderes den totaløkonomiske løsning bedre, specielt hvis de private behandlinger udbydes som udbud i stedet for anvendelse af det frie udvidede

sygehusvalg (CEPOS 2014, 2016, 2019a,c; Rasmussen 2011). CEPOS mener ligeledes, at et offentlig privat partnerskab vil have en afsmittende effekt og udmønte sig i omkostningseffektivisering i hele sygehusvæsenet (Holstein 2014). Det vurderes ud fra, at det private sygehusvæsen er mere omkostningseffektiv og ved at konkurrenceudsætte vil incitamenterne give omkostningseffektivitet hos begge parter. Privatsygehusenes omkostningseffektivitet skyldes ifølge CEPOS, at privathospitalerne ofte er mere specialiserede og strømlinede, da de leverer færre typer behandling. Desuden muliggør fraværet af overenskomstfastsatte faggrænser også en anden logistik og organisering, som overordnet ofte gør privathospitalerne billigere. Hvorvidt dette altid er tilfældet, er svært at vurdere, og det konkluderes da også af Dansk Sundhedsinstitut, at videns- og statistikgrundlaget er ufuldkomment, og der stilles kritisk spørgsmål ved, hvorvidt *”hensynet til private virksomheders ønske om diskretion iht. produktion og økonomi skal tælle højere end sundhedspolitiske hensyn om kvalitetssikring og effektiv ressourceudnyttelse”* (Andreasen et al. 2009, p.9).

Hvis man skal sammenligne økonomi på lige vilkår mellem den private aktør og den offentlige aktør, er det naturligvis vigtigt at rammevilkårene også er ens. Dette emne har også været til diskussion. Samlet set vurderes det af Takstudvalget, at offentlige hospitaler har højere omkostninger svarende til ca. 25 %. Her er uddannelse værdisat til 5-10% samt akutfunktion til ca. 15% (Andreasen 2009, p.49, Holstein 2014). I henhold til den forskningsmæssige aktivitet, så menes den at være så integreret i den daglige praksis og ligeledes meget forskelligartet, hvorfor Takstudvalget har konstateret, at en værdisætning ikke har været mulig. Omvendt har privathospitalerne ekstra udgifter svarende til 13 % - heraf moms (5%), lønsumsafgift (3%) og afskrivning (5%). Ovenstående beregning er ifølge Dansk Sundhedsinstitut dog sat for højt, hvorfor de vurderer, at privathospitalerne overkompenseres med op mod 20%. Denne vurdering er lavet ud fra en aftaletakst på 95% af DRG-værdien, hvilket var niveauet i 2008-2009. I 2017 ligger aftaletaksten med et gennemsnit på 78% af DRG-værdien (Holstein 2019a), hvorfor jeg samlet vurderer, at privathospitalerne ikke generelt overkompenseres længere.

I henhold til OPP-modellerne kunne man lave fleksible forløbstakster med en fælles simpel grundtakst for begge sektorer, men med tillæg til f.eks. uddannelse/forskning, samt til akutfunktion, døgnbemanding, pakkeforløb samt forebyggelse og genoptræning. Man kunne eksempelvis i en differentieret budgetmodel tage højde for uddannelse og værdisætte en OP-stue med uddannelsesfunktion 10 % billigere. Man kunne også overveje i en evt. kontrakt dannelse at indlejre uddannelse som et krav, hvilket man f.eks. har erfaringer med ved byggetekniske udbud.

Hele ovenstående diskussion mener jeg konstaterer, at sundhedsvæsenets markedsgørelse kræver aftaler/lovgivning vedr. gennemsigtighed i dataindrapportering både i forhold til økonomi og kvalitet.

6.3 Kvalitet af patientbehandling

Der findes ikke nogen databaser, der direkte sammenligner kvaliteten mellem behandlinger foretaget privat eller offentligt, og der eksisterer kun ganske lidt litteratur, der adresserer emnet. Bastani et al har forsøgt med at sammenligne kvaliteten før og efter indførelse af PPP, men tidsforskydningen på fem år gør det dog svært at konkludere på emnet (Bastani 2019). Hele

diskussionen af selve effektmålene som udtryk for kvalitet i behandlingen udgør ligeledes en udfordring. Jeg vil derfor mene, at man ikke på nuværende tidspunkt kan konkludere, hvorvidt indførelsen af OPP har betydning for kvaliteten af patientbehandlingen.

Dansk Sundhedsinstitut har i deres rapport fra 2009 udtrykt bekymring om kvalitet, overbehandling og patientsikkerhed i det private sygehusvæsen. De konkluderer dog, at de forskellige udsagn ikke kan hverken af- eller bekræftes. Jeg mener her, at man dels bør bemærke, at samtlige privathospitaler også akkrediteres under den danske kvalitetsmodel, og at det kan konstateres, at en stor andel af lægerne beskæftigede på privathospitalerne, har deres hovedbeskæftigelse på de offentlige hospitaler (Andreasen 2009).

Hvorvidt nogle af OPP-modeller vil give incitament til overbehandling er relevant at diskutere, da nogle af modellerne giver delvis økonomisk incitament til dette. Der findes umiddelbart ingen studier, der adresserer det, men jeg mener, at der kan laves et delvist sammenligningsgrundlag til perioden efter indførelsen af det udvidede frie sygehusvalg (DUF). Her opstod der også incitament til overbehandling. I denne sammenhæng kunne det konstateres, at antallet af operationer i forbindelse med indførelsen af DUF steg med 10 % uden at ventetiden dermed forsvandt. En efterfølgende analyse af Dansk Sundhedsinstitut sandsynliggjorde tesen om indikationsskred, som en forklaring på den manglende sammenhæng mellem aktivitet og ventetid (Kjellberg 2008). Skulle forklaringen være, at der blot var tale om en tilfældig variation, ville dette med stor sandsynlighed også kunne findes i tallene fra 2008 og frem til 2018, hvilket ikke har været tilfældet. Der ses i disse tal en variation omkring 2% (www.esundhed.dk). Om aktivitetsændringen samlet set udgjorde en fornuftig ressourceanvendelse, eller om der er tale om decideret overbehandling, kan ikke afgøres på ovenstående baggrund, da det afhænger af, hvorvidt patienterne har haft effekt af behandlingen. Personligt vælger jeg den tilgang, at fagprofessionelle selvfølgeligt styres af økonomiske incitamenter, men også i høj grad af faglighed, hvorfor jeg forsigtigt tolker ovenstående som værende fornuftig ressourceanvendelse. Diskussionen vedr. overbehandling som følge af økonomisk gevinst ved indførelsen af OPP er således også svær at konkludere endeligt på.

7. Konklusion og perspektivering

Denne opgave angiver, at det danske offentlige sundhedsvæsen med stor sandsynlighed ville kunne kapacitetsudnytte i langt højere grad ved et øget samarbejde med det private sundhedsvæsen til gavn for begge parter. Derudover tyder de foreløbige danske resultater samt litteraturen fra udenlandske studier på, at incitament strukturen også vil give en højere grad af omkostningseffektivitet, om end den muligvis ikke er så stor som teoretisk muligt. De totaløkonomiske resultater er fortsat så sparsomme, at det kan være svært at vurdere, hvorvidt OPP overordnet er en økonomisk fordelagtig løsning. OPP vil dog nok næppe løse alle økonomiske udfordringer i sundhedsvæsenet.

Hvorvidt OPP-modellen udfordrer målet om patientbehandling af høj kvalitet, kan der heller ikke konkluderes på, men det er interessant, at de strategiske analyser tyder på, at OPP fortsat kan

sikre de sammenhængende patientforløb, hvilket vurderes som en vigtig parameter i den samlede patientbehandling.

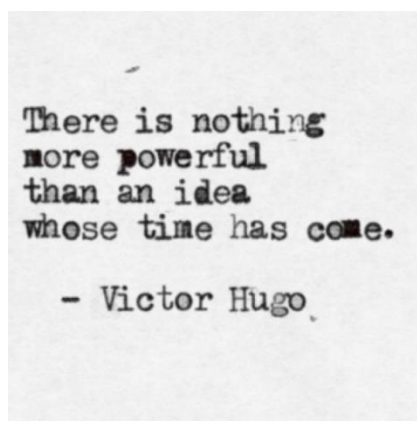
Udover ovennævnte findes det også interessant, at man formentlig kan få mere innovative løsninger, da de bedste ressourcer både fra det private og det offentlige i højere grad kan interagere.

Jeg har i opgaven konstateret, at politisk opbakning vil være essentiel for implementering af OPP-projekter og har ligeledes vurderet, at manglende it- og dataunderstøttelse på tværs af sektorerne er vigtige emner at få løst snarest.

Ovenstående kræver dog en særdeles velfungerende organisatorisk struktur som er underbygget af en økonomistyringsmodel, der fordrer effektstyrings principperne. Dette vil være en udfordring fremadrettet, da effektmålene også skal afspejle de fagprofessionelles indre motivationsfaktorer for at sikre følgeskab. En udfordring, men ikke nødvendigvis en umulighed.

Hvilken OPP-løsning der overordnet giver bedst mening, kan ikke vurderes, da one size fits all tilgangen ikke gælder ved OPP. Jeg mener således, at man er nødsaget til at tage udgangspunkt i de konkrete udfordringer, der skal løses, for at finde den mest hensigtsmæssige løsning. Da jeg også mener, at økonomistyring er en central parameter rent styringsmæssigt, kunne det være hensigtsmæssigt at udvikle på ideerne omkring OPP, omkostningseffektivitet og kvalitet i et samarbejde mellem sundheds-fagprofessionelle og økonomer.

Selvom samarbejdsaftaler mellem det private og det offentlige har eksisteret igennem de seneste årtier, eksisterer der i dansk kontekst fortsat ikke meget forskning på området. Jeg er derfor særdeles spændt på den afsluttende rapport på OPP-projektet i Vejle i 2042, men inden da, ser jeg også frem mod rapporterne fra COPS (center for forskning i offentlig-privat samspil). Håbet er her, at de netop skal bidrage med viden om både de økonomiske og kvalitetsmæssige effekter af udlicitering og fritvalgsordninger. Jeg håber i denne sammenhæng, at man rent politisk fortsætter opbakningen til offentlig-privat samspil, da jeg rent strategisk vurderer, at der fortsat findes muligheder for implementeringen af løsningsmodeller der tilgodeser offentlig-privat partnerskab.



Litteraturliste

- Abuzaineh, N. et al. 2018. "PPPs in healthcare: Models, lessons and trends for the future". *Healthcare public-private partnerships series*, No.4. San Francisco: The Global Health Group. USA.
- Acerete, B., Stafford A. & Stapleton, P. 2011. "Spanish healthcare public private partnerships: The Alzira model". *Critical Perspectives on Accounting*, vol.22, issue 6, aug. 2011, pp. 533-549.
- Agency for Healthcare Research and Quality. "Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality". *Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*. Rockville 2012.
- Andersen, L. B. et al. 2017. *Økonomiske incitamenter i den offentlige sektor*, 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag
- Andreasen, M. N. et al. 2009, "Privat/offentligt samspil i sundhedsvæsenet", *Dansk sundhedsinstitut*
- Barzegar, m. et al. 2016. "Designing a Public-Private Partnership Model for Public Hospitals in Iran". *International Journal of Hospital Research*, 2016, 5(1): 41-45.
- Bastani, P. et al. 2019. "Can public-private partnership (PPP) improve hospitals' performance indicators?", *Med J Islam Repub Iran*, 2019(11 feb);33.4
- Bollerup S. et al. 2018. "Ny styring i et patientperspektiv. Resultater fra følgeforskning". *DEFACTUM, Region Midtjylland*. Aarhus. Danmark.
- Bukh, P. N. & Skovvang Christensen, K. 2018. "Effektbaseret økonomistyring", *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, nr. 2/2018, 95. årgang, s. 53-66
- Bukh, P. N. & Christensen, K.S. 2018. *Nye modeller for effektbaseret styring* (tematekst III). I *Strategi og styring med effekt*, Bukh, P.N. & Christensen, K.S. (eds.). København: DJØF Forlag.
- Bukh, P. N. & Christensen, K. S. 2019, "Fremtidens økonomistyring er effektbaseret", *Administrativ debat*, Januar 2019, s. 23-26.
- Byg, V. 2016. "Medical Professionals Designing Hospital Management Models". Aalborg Universitetsforlag.
- Bækmark, H. 2018. "Effekt som fremtidens velfærdsparadigme". I *Strategi og styring med effekt*, Bukh, P. N. & Christensen, K.S. (eds.), København: DJØF Forlag
- Caballer-Tarazona, M. & Vivas-Consuelo, D. 2016. "A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain". *Health Economics Review* (2016) 6:17
- Colding-Jørgensen, E. 2009. "Indførelsen af takststyring i det danske sundhedsvæsen". Masterafhandling, MPA, Copenhagen Business School.
- Comendeiro-Maaløe, M. et al. 2019. "Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model". *Health Policy*. 2019. 123(4): 408-411.
- Comendeiro-Maaløe, M. et al. 2019. "A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015". *Health Policy*. 2019. 123(4): 412-418.

Danmarks Statistik. "Danmark lever sikkert op til begge ØMU-kriterier". Available:

<https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=29396>

Danske Regioner Team Styring og Sammenhæng. Arbejdsrapport: Beskrivelse af afregningsmodeller til at understøtte værdibaseret styring. København 2016

Danske Regioner. "OPP – Offentlige-Private Partnerskaber". Available: <https://www.regioner.dk/regional-udvikling/offentligt-privat-samarbejde/opp-offentlige-private-partnerskaber>

Danske Regioner. "Offentlig-privat samarbejde som driver for innovation". Available:

<https://www.regioner.dk/sundhed/sundhedsinnovation-og-forskning/offentlig-privat-samarbejde-som-driver-for-innovation>

Danske Regioners Økonomiske Vejledning 2019. Available: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-vejledning/oekonomisk-vejledning-2019>

Danske Regioners Økonomiske Vejledning 2020. Available: <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-vejledning/oekonomisk-vejledning-2020>

Danske Regioner. 2019. "Omkostninger for patientforløb". Available:

<https://www.regioner.dk/media/11343/bilag-h-afrapportering-omkostninger-for-patientforloeb-final.pdf>

Danskernes sundhed. Available: <http://www.danskernessundhed.dk/>

Region Midtjylland. 2014. "Udnyttelse af operationskapaciteten i Region Midtjylland", Deloitte December 2014

De økonomiske råd. Formandskabet. 2019, "Dansk økonomi efterår 2019". Rapport, efterår 2019.

Drucker, P.F. 1963. "Managing for Business Effectiveness". *Harvard Business Review*, 41(3), 53–60

Esundhed opslag 30.12.19. Available <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Operationer>

Etemadian, M. et al. 2013. "An Iranian-Islamic Model of Public-Private Partnership in Hospital Management: Introducing Moheb Hospital Model", *International Journal of Hospital Research*; 2013, 2(2):95-98

Godtssygehusbyggeri.dk. 2019. "Oversigt over OPP". Available: <https://godtssygehusbyggeri.dk/maal-og-styring/offentligt-privat-samarbejde/oversigt-over-opp>

Hamilton, G. et al. 2012. "A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector. A Review of Different PPP Case Studies and Experiences". Discussion Paper for the conference "PPPs in Health"; Manila.

Harritz, D. 2012. "Design af en styringsmodel for et Shared Service Center". I *Økonomistyring*, Per Nikolaj Bukh (ed.). København: Børsen Forum.

Harritz, D. 2013. "Konstruktion og styring af shared service centre i den offentlige sektor". PhD, institut for økonomi og ledelse, Aalborg Universitet.

Hill, T & Westbrook, R. 1997. SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall. *Long Range Planning*, Vol.30, No 1, pp. 46-52.

- Hjelmar, U., Kjellberg & Petersen, O.H. 2019. "Erfaringer med offentlig-privat partnerskab (OPP). Evaluering af etablering af psykiatriske afdelinger i Aabenraa og Vejle 2012-2018.". *VIVE rapport*, maj 2019.
- Hood, J., Fraser, I. & McGarvey, N. 2006. "Transparency of Risk and Reward in U.K. Public-Private Partnerships", *Public Budgeting & Finance*, winter 2006; pp. 40-58
- Holstein, M.A. 2014, "Privathospitalernes udbudstakst: 43 % af DRG taksten", København, *CEPOS*
- Holstein, M.A. 2016. "Regionernes udbud af MR-scanninger", København, *CEPOS*
- Holstein, M.A. 2019a, "Privathospitaler har sparet det offentlige for op til 1,5 mia. kr. de seneste 10 år", København, *CEPOS*
- Holstein, M.A. 2019b, "Det er offentlige hospitaler, der bliver overbetalt, Mette Frederiksen", København, debatindlæg i *Berlingske*.
- Holstein, M.A. 2019c, "Privathospitalernes markedsandele er halveret på 10 år", København, *CEPOS*.
- Højgaard, B, Wolf, R.T. & Bech, M. 2017. "Alternative styrings- og afregningsmodeller for sygehuse med afsæt i værdibaseret styring". *Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning*.
- Jakobsen, M.S, Ejersbo, N. & Bech, M. 2015. "Faglig, hybrid eller generalist – ledelse i sundhedsvæsenet: Et studie af ledende overlæger i Danmark". *Økonomistyring & Informatik*. Årgang 31, nr.2.
- Jensen, H.A.R. et al. 2018. "Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017". *Sundhedsstyrelsen*.
- Jespersen, P. K. 2008. "De professionelle, fagbureaukratiet og omstilling i den offentlige sektor". Kap 4 i *Sociale organisationer i en omstillingstid*, red. af Bømler, T. København: Hans Reitzels Forlag
- Kjellberg, J., Herbild, L., Svenning AR. 2008. "Indikationsændringer ved meraktivitet". Dansk sundhedsinstitut, København.
- Konkurrence- og forbrugerstyrelsen. 2012. "Erfaringer fra de danske OPP-projekter. Konkurrence- og Forbrugeranalyse 04".
- Konkurrence- og forbrugerstyrelsen. 2013. "Barrierer for OPP ved kommuner og regioners bygge- og anlægsprojekter. Konkurrence- og Forbrugeranalyse 05".
- Konkurrence- og forbrugerstyrelsen. 2015. "Økonomisk fordelagtighed ved offentlig-private partnerskaber".
- Konkurrence- og forbrugerstyrelsen. 2016. "Standardmodel for offentlig-private partnerskaber (OPP). Nyanlæg".
- Ledelseskommissionen. 2018. "Sæt borgerne først: Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften". København, *Ledelseskommissionen*
- Leick, C. 2002. "Private operationer på offentlige sygehuse". *Sygeplejersken*, (25): 10-12
- Lerborg, L. 2013. *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*, 3. Udgave. København: Jurist og Økonomforbundets forlag.

- Miguel, J.L.F & Belda F.C. 2019. "New hospital management models as an alternative for the sustainability of public hospital system: An analysis of efficiency in health expenditure". *Journal of Healthcare Quality Research*. Vol.34, issue 3, may-june 2019, pp. 131-147.
- Møller, M. Ø. & Andersen, V. N. 2017. "Resultatbaseret statsstyring af lokal kernevelværd". *Politik*: 20(2), 50-67
- Pedersen, K.M. 2017. Værdibaseret styring. Er det smitsomt? *COHERE diskussion paper*, nr. 3, Odense
- Petersen, O.H. 2013. Offentlige-private partnerskaber (OPP): Notat om danske og internationale erfaringer med OPP. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Petersen, O.H. 2019. "Evaluating the costs, quality, and value for money of infrastructure public-private partnerships: a systematic literature review". *Annals of Public and Cooperative Economics* 90:2 2019
- Porter, M. E. 2010. "What is value in health care". *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363, No. 26, pp. 2477-2481.
- Porter, M. E. & Lee, T. H. 2013. "The strategy that will fix health care". *Harvard Business Review*, Vol. 91, No. 10, pp. 50-70.
- Pourasghari, H. et al. 2016. "Public Hospital Facilities Development Using Build-Operate-Transfer Approach: Policy Consideration for Developing Countries", *Iran Red Crescent Med J.* 2016; 18(12)
- Rasmussen, J. G. 2011-02-24. "Syddanmark slukker for Europas mest effektive scanner". *Dagens medicin*.
- Rasmussen, J. G. 2011-02-24. "Thava-direktørs tilbud: Vi kan scanne for under 1.000 kr". *Dagens medicin*.
- Refnov, J. 2018. "Økonomisk styring på vej: Værdibaseret finansiering og afregning i sundhedsvæsenet". I *Strategi og styring med effekt*, Bukh, P.N. & Christensen, K.S. (eds.), København: DJØF Forlag.
- Regeringen. 2013. "Afregning med private sygehuse – baggrundsrapport". Danske regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Ritzaus Bureau. 2019-08-25. "Antallet af private sundhedsforsikringer fortsætter med at stige". *Finanswatch*.
- Sadeghi, A. et al. 2016. "Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision", *J Pak Med Assoc*, 2016, vol. 66, No. 11: 1401-1406
- Spackman, M. 2002. "Public-private partnerships: lessons from the British approach", *Economic Systems* 26, 2002; pp. 283-301
- Steen Pedersen, F. 2017-08-01. "Boom i danskere, der vil have privat sundhedshjælp". *Berlingske*.
- Sundhed Danmark. 2016. Rapport: "Branchestatistik 2015".
- Sundhedsstyrelsen. 2002. Rapport fra fritvalgssarbejdsgruppen. Afregning af fritvalgspatienter. Available: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2002/Publ2002/afregning_til_fuld_DRG-takst,-d-.pdf.ashx
- Sundhedsstyrelsen & Statens institut for folkesundhed. 2017. "Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil". Rapport, København, 2017.
- Tabibi, S.J. et al. 2015. "Comparative study of public-private partnership in hospitals of Iran and other selected countries". *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*; 2015 Vol.5 (S2), pp.1589-1597

Teoli, D. & An, J. 2019. "SWOT Analysis". NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institute of Health.

Wijngaarden, J.D.H, Scholten, G.R.M & Wijk, K.P. 2012."Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Inj J Health Plann Mgmt* 2102; 27: 34-49.

Wisborg, K. & Knudsen, E.S. 2018. "Erfaringer med frisætning fra DRG-styring i fem afdelinger på Aarhus Universitetshospital". I *Strategi og styring med effekt*, Bukh, P.N. & Christensen, K.S. (eds.), København: DJØF Forlag

Figurliste

Figur 1: Omkostningseffektivitets brøken (Bukh & Christensen 2018a, p. 58)	4
Figur 2: Model af omkostningseffektivitet (Bukh & Christensen, 2018)	5
Figur 3: Model for OPP på bygge- og anlægsområdet (Konkurrencestyrelsen 2016)	8
Figur 4: Professionelle normer påvirker effekten af økonomiske incitament (Andersen et al 2017, p.57)	10
Figur 5: Illustration af Freys argument (Andersen et al 2017, p.70)	11
Figur 6: Fordeling af bruttoomsætning på patientgrupper fra 2013-2015	15
Figur 7: Fordeling af bruttoomsætning på patientgrupper fra 2013-2015 (Sundhed Danmark 2016)	15
Figur 8: Andel af omsætning fordelt på DUF og udbudsftaler (Sundhed Danmark.dk)	15
Figur 9: Antal patienter og omsætning i privat regi (Sundhed Danmark.dk)	16
Figur 10: Model af strukturen af den infrastrukturelle PPP-model (Abuzaineh 2018)	20
Figur 11: Struktur af den integrerede PPP-model (Abuzaineh 2018)	21
Figur 12: Struktur af PPP baseret på klinisk service (Abuzaineh 2018)	22
Figur 13: SWOT-analyse af Alzira-modellen	25
Figur 14: SWOT-analyse af UCLH-modellen	27
Figur 15: SWOT-analyse af Moheb Hospital Modellen	29
Figur 16: SWOT-analyse af Aabenraa-modellen	30
Figur 17: SWOT-analyse af Vejle-modellen	32
Figur 18: SWOT-analyse af co-location wing modellen	34
Figur 19: Forslag til ydelseskatalog (udarbejdet af Per Nikolaj Bukh)	36
Figur 20: SWOT-analyse af den differentieret økonomiske OPP-model	37
Figur 21: SWOT-analyse af integreret private wing-model	40
Figur 22: SWOT-analyse på enkelt ydelsesmodellen	41
Figur 23: Placeringsmuligheder for et SSC (Harritz 2012, p.3)	42
Figur 24: Fordele og ulemper ved centralisering og decentralisering (Harritz 2013, p.41)	42
Figur 25: SWOT-analyse af OPP-SSC-modellen	43
Figur 26: Opbakning til behandling på privat hospital (Sundhed Danmark 2015)	45

Tabelliste:

Tabel 1: Overblik over de tre mest almindelige PPP-modeltyper	s.17
Tabel 2: Risikofordeling mellem de tre PPP-modeltyper	s.18

Bilagsliste:

Bilag 1: Oversigt over OPP-projekter
Bilag 2: Detaljeret nedlukningsplan