

## Analyse af regionernes indkøb

Fælles udbud,  
compliance og  
organisering

# Indholdsfortegnelse

Ledelsesresume	1
1. Introduktion	2
1.1 Baggrund og formål	2
1.2 Afgrænsning og tilgang	2
2. Udvælgelse af indkøbskategorier	6
2.1 Regionernes samlede omkostninger til indkøb	7
2.2 Scoping og segmentering af indkøbsomkostningerne	8
2.3 Udvælgelse og afgrænsning af udbudskategorier	10
3. Analyse af fælles udbud og compliance	14
3.1 Metode til at beregne gevinstpotentialer	15
3.2 Gevinster ved højere compliance	19
3.3 Gevinster ved flere fælles udbud	30
3.4 Prioritering og generaliserbarhed	41
4. Analyse af indkøbs- områdets organisering	44
4.1 Kortlægning af organisering på indkøbsområdet	45
4.2 Forbedringsmuligheder i organisering af indkøb	54
5. Forudsætninger og løftestænger for gevinstrealisering	63
5.1 Anbefalede tiltag	64
5.2 Perspektivering og videre analysebehov	67
Bilag	70
Bilag 1. Udbudskategori 2	70
Bilag 2. Organisationsdiagrammer	74
Bilag 3. Casestudier	77

## **Kontakt**

Spørgsmål vedrørende denne rapport's indhold kan stilles til:

- Allan Kirk, partner, tlf. 40 51 59 29
- Ulrik Bro Müller, partner, tlf. 30 93 40 13.

## **Om Deloitte Consulting – fra ide til virkelighed**

Deloitte Consulting fokuserer på udvikling og effektivisering af kundernes organisation, kerneprocesser, økonomistyring og it for at bidrage til realisering af kundernes strategiske målsætninger. Vi kender den offentlige og den private sektor til bunds og kombinerer vores faglige kompetencer med evnen til at lede, styre og gennemføre projekter i komplekse miljøer. Det kan være som rådgivere eller som ansvarlige for processer fra idestadie til implementering.

Deloitte er Danmarks største revisions- og rådgivningsfirma. Vi tilbyder en bred vifte af ydelser og kombinerer konsulentrollen i Deloitte Consulting med Deloitte's kompetencer indenfor revision, skat og finansiering. Det giver vores kunder en unik mulighed for at få integrerede løsninger, der er skræddersyet til de enkelte opgaver.

Vi er del af den globale virksomhed Deloitte Touche Tohmatsu Limited. Vi udvikler og deler viden på tværs af kontorer i mange lande. Inspirationen fra udlandet kombineret med systematisk metodeudvikling på tværs af landegrænser sikrer, at vores løsninger altid tager udgangspunkt i den seneste viden. Det er forudsætningen for, at vi i dag og i fremtiden kan være en attraktiv og værdiskabende rådgiver.

Deloitte Consulting

Tlf. 36 10 20 30

Fax 36 10 20 40

[deloitteconsulting@deloitte.dk](mailto:deloitteconsulting@deloitte.dk)

[deloitte.dk](http://deloitte.dk)

### **Besøgsadresse**

Weidekampsgade 6  
2300 København S

### **Postadresse**

Deloitte Consulting  
Postboks 1600  
0900 København

# Ledelsesresumé

Regionernes samlede omkostninger til indkøb udgør mere end 50 mia. kr. årligt. Det omfatter blandt andet køb af lægemidler, betalinger til andre myndigheder og diverse forsyningsomkostninger, der ikke er udbudsrelevante for de regionale indkøbsfunktioner. De samlede udbudsrelevante indkøb, som regionerne er ansvarlige for, udgør cirka 25 mia. kr. Heraf udgør tjenesteydelser godt 15 mia. kr., og kliniske og ikke-kliniske forbrugsvarer beløber sig til knap 10 mia. kr. årligt.

Som led i regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020 er der vedtaget en række målsætninger for at styrke strategisk indkøb. Det omfatter blandt andet gennemførelse af flere fælles udbud, øget fokus på konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser og højere compliance. Et dominerende mål i strategien er, at regionerne i 2020 skal opnå en årlig besparelse på 1 mia. kr. på indkøbsområdet i forhold til 2015. Besparelserne skal blandt andet realiseres ved bedre anvendelse af købekraft gennem flere fælles udbud, stærkere samarbejde mellem regionerne, øget kontraktdekning og højere compliance.

Deloitte har gennemført en analyse af gevinstpotentialerne ved flere fælles udbud og højere compliance, herunder bedre kontraktdekning. Analysen er gennemført for seks udvalgte udbudskategorier. Derudover har vi kortlagt og analyseret regionernes individuelle og fælles organisering på indkøbsområdet med henblik på at afdække relevante forbedringsmuligheder i forhold til at effektivisere indkøbsområdet generelt og understøtte realisering af de identificerede gevinstpotentialer ved fælles udbud og compliance specifikt.

Særligt indenfor kliniske forbrugsvarekategorier er der høj kontraktdekning og compliance. Gevinstpotentialerne ved at opnå bedre aftalebelægning er derfor størst på ikke-kliniske forbrugsvarekategorier og vedrørende tjenesteydelser. Analysen har eksempelvis vist betydeligt højere timepriser på vikarydelser, når disse ikke er kontraktdekket. I overensstemmelse med 2020-strategien bør regionerne derfor prioritere højere kontraktdekning og compliance særligt indenfor tjenesteydelser og ikke-kliniske forbrugsvarer. Effektiviseringspotentialerne kan udgøre op til 11 % af den totale indkøbsvolumen i givne udbudskategorier.

Der købes i høj grad fuldstændig identiske produkter hos givne leverandører på tværs af regionerne – særligt indenfor kliniske forbrugsvarer. Op imod 45 % af indkøbsvolumen i en given udbudskategori omfatter specifikke varenumre, som alle fem regioner køber. Samtidig er det mindre end 12 % af volumenet i de analyserede udbudskategorier, der omfatter varenumre, som kun én region køber. Derfor er der solidt grundlag for at gennemføre flere fælles udbud, og gevinstpotentialerne beløber sig til over 70 mio. kr. i de analyserede kategorier af varer. Det svarer til over 9 % af indkøbsvolumen, hvor potentialerne alene er beregnet på grundlag af prisforskelle på helt identiske varer. Der er ikke indregnet dynamiske effekter forbundet med større skala og professionalisering eller standardisering af behov mv.

Regionerne er forholdsvis modne på indkøbsområdet og har realiseret 1 mia. kr. i årlige besparelser i perioden 2010-2015. Der er dog betydelige uforløste forbedringspotentialer særligt i forhold til det tværregionale samarbejde. Samarbejdet er blevet forbedret de seneste år, og der er taget initiativer til fortsat styrkelse. Fremdriften og effekten af samarbejdet har imidlertid ikke været så stor, som det vurderes muligt, hvilket især skyldes, at governancemodellen ikke sikrer tilstrækkelig opbakning til fælles udbud. Stærkere governance og muligvis reorganisering vurderes derfor at forudsætte realisering af regionernes fulde effektiviseringspotentialer forbundet med konsolidering og professionalisering af volumen og kompetencer.

# 1. Introduktion

## 1.1 Baggrund og formål

I forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2016 blev det blandt andet aftalt, at der skulle gøres status for fælles løsninger på indkøbsområdet, og at mulighederne for bedre styring og organisering skulle analyseres.

I forlængelse heraf har Danske Regioner udarbejdet en statusrapport for regionernes indkøb forud for opstarten af nærværende analyse. Statusrapporten er blevet udleveret til Deloitte ved analysens opstart, og det er indgået i opdraget, at analysen skulle tage afsæt i den foreliggende statusrapport. Derfor skal vores analyse på flere måder læses som en forlængelse af statusrapporten med en række eksplicite og implicite referencer. Det forudsættes således, at læseren er bekendt med indholdet af statusrapporten, herunder for eksempel udviklingen i regionernes indkøbsomkostninger, de detaljerede beskrivelser af regionernes individuelle organisering og den givne karakteristik af, at regionerne på indkøbsområdet kan side-stilles med produktionsvirksomheder.

Regionerne er karakteriseret ved forholdsvis stor modenhed på indkøbsområdet sammenlignet med andre offentlige myndigheder, og der er sket en væsentlig udvikling de seneste år i forhold til øget strategisk fokus og bevidsthed om samarbejdspotentialer. Der eksisterer dog fortsat betydelige potentialer for effektivisering og øget samarbejde, og målsætninger herom har således en fremtrædende rolle i regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020.

Formålet med denne analyse er derfor dels at afdække effektiviseringspotentialer ved flere fælles udbud og højere compliance, dels at vurdere muligheder for at forbedre organiseringen af indkøb i regionerne – herunder med fokus på at redegøre for de organiseringsmæssige forudsætninger og barrierer for at realisere de identificerede effektiviseringsgevinster.

Analysen omfatter en overordnet kortlægning af regionernes indkøbsomkostninger og organisering på indkøbsområdet både individuelt og i fællesregionalt samarbejde. Der udføres potentialeanalyser indenfor seks udvalgte udbudskategorier i forhold til gevinster ved flere fælles udbud og højere compliance, ligesom der perspektiveres i forhold til realisering og prioritering.

Derudover analyseres det, hvordan de nuværende – individuelle og fælles – organisatoriske rammer understøtter effektivisering på indkøbsområdet dels i forhold til at realisere målsætningerne fra regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020, dels i forhold til at realisere de opgjorte gevinstpotentialer i nærværende analyse. Desuden omfatter Deloitte's analyse anbefalinger til konkrete initiativer med afsæt i identificerede forudsætninger og løftestænger for gevinstrealisering i regionernes samarbejde på indkøbsområdet. I den forbindelse bygger vores analyse videre på – men rækker på flere punkter (såsom vedrørende governance, konsolidering og standardisering mv.) også udover – indholdet af regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020, herunder opstillede målsætninger og besluttede aktiviteter.

## 1.2 Afgrænsning og tilgang

Analysen tager udgangspunkt i data for de fem regioners indkøb i perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015. Det primære datagrundlag for analysen omfatter således et komplet dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse<sup>1</sup> for denne periode. Data er blevet udtrukket af KMD og

<sup>1</sup> Driften og udviklingen af analysesystemet varetages fremadrettet af KMD, så det vil formentlig snart blive omdøbt. Vi har dog valgt at anvende navnet SAS Indkøbsanalyse, da dette er det officielle systemnavn ved udarbejdelsen af nærværende rapport.

stillet til rådighed via regionerne specifikt for denne analyse. Derudover er der suppleret med data fra andre kilder såsom omkostninger til medicinindkøb opgjort af Amgros.

En fordel ved at anvende data fra SAS Indkøbsanalyse er blandt andet, at det i vid udstrækning rummer regionernes samlede indkøb<sup>2</sup> med omfattende detaljeringsgrad helt ned på varelinjeniveau. I modsætning til indkøbs- eller økonomisystemer rummer dataudtrækket fra SAS Indkøbsanalyse således samtlige informationer, der indgår i en faktura, såsom pris, leverandør, bestiller, enhedsangivelse og dato.

Det udleverede datasæt, vi har anvendt som grundlag for analysen, omfatter cirka 13 millioner varelinjer med 100 variable for hver varelinje svarende til et datagrundlag med op til 1,3 milliarder datafelter med potentielt indhold.

Det var som udgangspunkt ambitionen at tage udgangspunkt i det fulde kalenderår 2015, men på grund af en række mangler i datagrundlaget for denne periode har dette ikke været muligt. Ved analysens opstart var data fra Region Nordjylland for november og december 2015 ikke ført ind i SAS Indkøbsanalyse og tilsvarende for Region Hovedstadens data i december 2015. Desuden manglede der fakturadata fra Region Sjælland for fire måneder i perioden juni-september 2015. De enkelte udfald i SAS-data kan blandt andet tilskrives udfordringer i forbindelse med skift mellem økonomisystemer. Der arbejdes i de enkelte regioner på at overføre data henholdsvis genskabe manglende data for de nævnte perioder, så data fra SAS Indkøbsanalyse på sigt vil dække samtlige måneder.

#### **Kategorisering af indkøb i SAS Indkøbsanalyse**

SAS Indkøbsanalyse rummer fakturadata ned på varelinjeniveau. Hver varelinje i en given faktura scannes, hvorpå systemet automatisk tildeler varelinjen en UNSPSC-kode. UNSPSC er en international klassifikationsstandard for varer og tjenesteydelser. På baggrund af UNSPSC-koderne, herunder den tilknyttede nomenklatur, tildeles alle varelinjer information om udbudskategorisering, der specificeres på fire niveauer. Det omfatter udbudstype samt udbudskategoriniveau 1, 2 og 3.

Hver varelinje kan således betragtes på forskellige niveauer, hvor udbudstypen er en meget overordnet karakteristik af indkøbet (fx varekøb), mens udbudskategoriniveau 1 er den mindst detaljerede kategorisering (fx ikke-kliniske forbrugsvarer).

Herpå følger udbudskategoriniveau 2 (fx fødevarer), der er det niveau, regionerne generelt anvender som afgrænsning af indkøbskategorier i forhold til udbudsafgrænsning. Der eksisterer næsten 300 forskellige udbudskategorier på niveau 2.

Sluttelig udtrykker udbudskategoriniveau 3 (fx fødevarer: kolonial, frost og køl) det mest detaljerede niveau. Det omfatter i alt mere end tusind forskellige kategorier med varierende detaljeringsgrad.

Data fra SAS Indkøbsanalyse er sammenligneligt på tværs af de enkelte regioner, da samtlige regioner anvender dette analysesystem, og datainputtet stammer fra samme kilde: originale fakturadata. Efterfølgende har Deloitte beriget disse data med øvrige data fra de enkelte regioners indkøbssystemer og økonomisystemer og med information fra aftalelister og tilbudslister. Derudover har vi gennemført en række interview og øvrig dokumentindsamling for at fuldende og validere både den kvantitative og den kvalitative dataindsamling.

De fem regioner anvender fire forskellige økonomisystemer og fire forskellige indkøbssystemer. Det betyder, at data i disse systemer ikke er fuldt sammenlignelige på tværs af regionerne. Disse data har primært været anvendt sekundært i analysen, herunder til berigelse af og kvalitetssikring af SAS-data.

<sup>2</sup> Dog indgår udlæg og papirfakturaer samt køb fra udenlandske leverandører, der ikke er registreret i Danmark, ikke i SAS Indkøbsanalyse, hvorfor disse data ikke indgår i hverken kortlægningen eller analysen. Der er dog tale om ubetydelige volumener set i forhold til regionernes samlede indkøb.

Data i SAS Indkøbsanalyse er dynamiske, og indholdet af et dataudtræk fra SAS med en given afgrænsning kan derfor ændre sig fra kørsel til kørsel. Det kan blandt andet skyldes løbende korrektion af kategorisering af indkøb på varelinjeniveau.

Det skal bemærkes, at kvaliteten af data fra SAS Indkøbsanalyse afhænger af kvaliteten af de elektroniske fakturaer, der indlæses. Det vil sige, at for eksempel en mangelfuld varelinjeteft vil betyde manglende eller forkert match med UNSPSC-kode og dermed fejlagtig eller ingen kategorisering i forhold til udbudskategori.

Tilmed skal det pointeres, at taksonomien og definitionerne bag kategoriseringen af SAS-data ikke er fuldt færdigudviklet og således vil ændre sig løbende. Herunder kan varer, der p.t. er indplaceret i relevante udbudskategorier, potentielt skifte placering til en anden udbudskategori, i takt med at regionerne justerer taksonomien og afgrænsningen af udbudskategorier. Det gælder især de kliniske forbrugsvarer, da regionerne ikke har gennemarbejdet kategoriseringsstrukturen for disse indkøb.

I sammenhæng med ovenstående skal det fremhæves, at nærværende kortlægning og analyse er gennemført på grundlag af et øjebliksbillede af regionernes indkøb i den afgrænsede periode og med det foreliggende datagrundlag.

Det er i øvrigt væsentligt at bemærke, at regionernes indkøb kunne specificeres på et betydelig mere detaljeret niveau (det vil sige inddeling i udbudskategoriniveau 2 og 3), hvis det blev gjort på grundlag af den nyeste internationale UNSPSC-version. Den seneste internationale opdatering, der for nylig blev frigivet, har version 18.0801, hvorimod den seneste dansk-oversatte og officielt frigivne version er 7.0401, der er mere end ti år gammel. SAS Indkøbsanalyse anvender således den danske oversættelse, der er betydelig mere begrænset i detaljeringsniveau end de nyeste versioner. For eksempel findes der i dag kun én UNSPSC-kode for ortopædkirurgiske implantater på niveau 3 (hvor regionernes årlige indkøbsvolumen udgør cirka 481 mio. kr.), mens der i den nyeste internationale standard findes cirka 100 UNSPSC-koder på niveau 3 for de samme typer indkøb. Hvis den seneste internationale version oversættes og frigives som officiel version og herefter anvendes i SAS Indkøbsanalyse, kan regionerne få en betydelig mere detaljeret kategorisering af indkøbene<sup>3</sup>.

Foruden de kvantitative data har Deloitte som input til og grundlag for analysen afholdt en række interview med relevante nøglepersoner og organisationer i og udenfor regionerne. Det omfatter blandt andet indkøbschefer, controllere, produktspecialister og udbudsansvarlige i de enkelte regioner, der er blevet interviewet om organisering, samarbejde på tværs, validering af data og lignende. Desuden er der gennemført interview med Flemming Sonne, der er direktør i Amgros, og Peter Huntley og Lene Laursen, der er direktør henholdsvis vicedirektør hos Medicoindustrien. I forbindelse med gennemførelse af casestudier er der tilmed afholdt interview med en række nøglepersoner med konkret ansvar, erfaring og indsigt i indkøb på sygehusområdet i Norge, Sverige og Storbritannien.

Hensigten med den kvalitative dataindsamling har været dels at understøtte de kvantitative kortlægninger, analyser og potentialeberegninger, dels at bidrage til den kvalitative kortlægning og analyse af regionernes organisering på indkøbsområdet, herunder vurdering af forbedringsmuligheder.

Den kvalitative analyse af regionernes organisering er orienteret mod roller og ansvar indenfor strategisk indkøb, dvs. vedrørende udbud, kategoristyring, kontraktstyring, systemunderstøttelse og controlling mv. Fokus er således på at afdække, hvordan regionerne individuelt og/eller i fællesskab kan etablere bedre rammer og mere effektive processer særligt vedrø-

<sup>3</sup> En oversættelse af den nyeste version af UNSPSC er besluttet som en konkret aktivitet i oplægget til den nye fælles offentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020, som forventes politisk godkendt medio maj 2016. Aftalen indgås i givet fald mellem staten, KL og Danske Regioner, og i strategien er der afsat budget til en oversættelse i 2016.

rende gennemførelse af udbud samt styring og opfølgning. Derfor vil analyse og anbefalinger især være rettet mod disse funktioner, der samtidig har snitflader til eksempelvis kontrakt- og leverandørstyring samt implementering og systemunderstøttelse. Derimod er analysen afgrænset fra at omfatte mere operationelle dele af indkøbsområdet såsom optimering af forsyningskæden, rekvisition-til-betalings-processer ("procure to pay") og ind-købssupport mv. Der foretages dog i et vist omfang perspektivering af snitflader til enkelte af sådanne roller i analysen og anbefalingerne vedrørende organiseringsmæssige forbedringsmuligheder



## 2. Udvælgelse af indkøbskategorier

Regionernes indkøb udgør over 50 mia. kr. årligt. Når der korrigeres for medicinindkøb, der udbydes af Amgros, samt betalinger mellem myndigheder, skatter og afgifter og andre ikke-udbudsrelevante indkøb, udgør den udbudsrelevante baseline for indkøb knap 25 mia. kr. årligt. Heraf er tjenesteydelser det største udbudsområde med cirka 14,8 mia. kr. årligt.

I dette kapitel kortlægges regionernes samlede indkøbsomkostninger, og der foretages en segmentering med henblik på at identificere en baseline for udbudsegnete indkøb. Sluttelig redegøres for udvælgelse og afgrænsning af seks udbudskategorier til den videre analyse af gevinstpotentialer ved fælles udbud og compliance.

Som beskrevet i kapitel 1 har vi især taget udgangspunkt i data fra SAS Indkøbsanalyse, der dækker de fem regioners samlede indkøb i en periode på tolv måneder. Det omfatter 13 millioner varelinjer, som Deloitte har bearbejdet gennem en femtrinsproces for at nå frem til afgrænsningen af det endelige analysegrundlag. De fem trin omfatter følgende aktiviteter:

1. **Samlet volumen:** Opgørelse af den samlede årlige indkøbsvolumen.
2. **Scope for analysen:** Andelen af den samlede volumen, der indgår i analysens initiale scope – analyse af potentialer for øget brug af fælles udbud, højere compliance og mulig reorganisering på indkøbsområdet – afgrænses på grundlag af opdraget for analysen.
3. **Udbudsrelevant baseline:** Der gennemføres en grundig segmentering af indkøbsvolumen i scope, der identificerer de udbudsrelevante indkøbsomkostninger. Dette udgør analysens baseline.
4. **Udvalgte kategorier:** Af den udbudsrelevante baseline udvælges de seks udbudskategorier, der vil indgå i den videre analyse af potentialer ved fælles udbud og compliance.
5. **Afgrænsning og udsøgning for ekstra volumen:** For de seks kategorier søges i hele datasættet (fra trin 1) for ekstra volumen, der har været fejlplaceret af SAS-motoren. Analysegrundlaget er hermed identificeret.

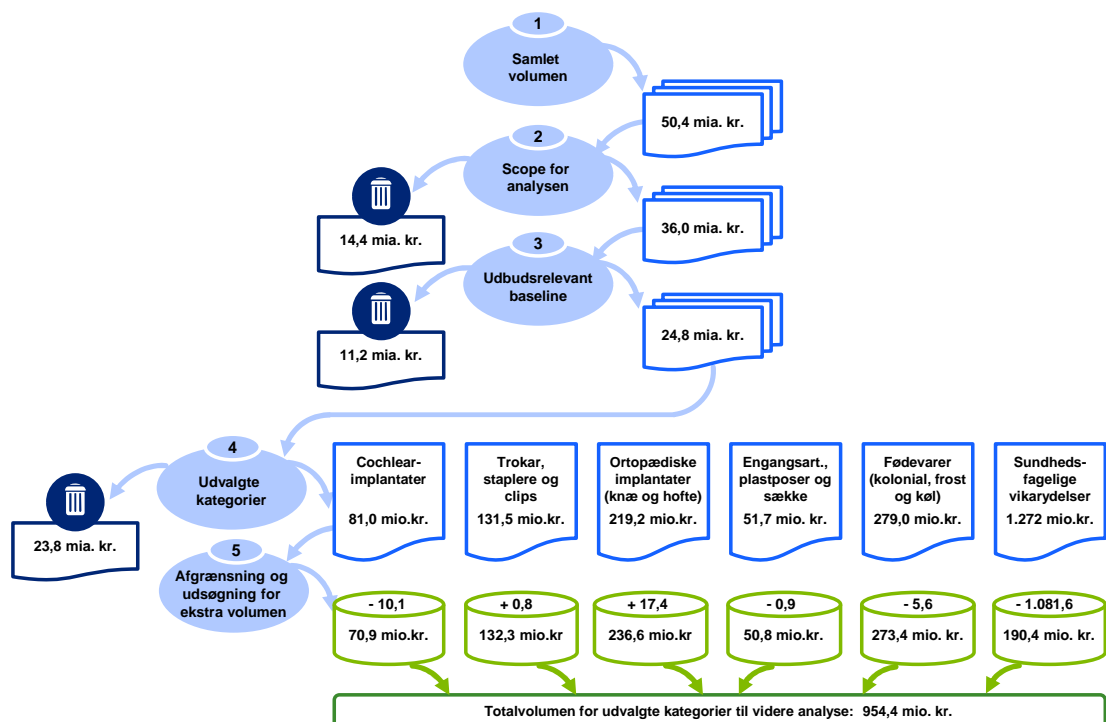
Trin 1 vedrørende kortlægning af regionernes samlede indkøbsomkostninger gennemgås i afsnit 2.1 nedenfor. Herefter omfatter afsnit 2.2 scoping og segmentering af omkostningerne i trin 2 og 3, og afslutningsvis redegør afsnit 2.3 for trin 4 og 5, der omfatter udvælgelse og afgrænsning af udbudskategorier til videre analyse. I de enkelte trin beskrives relevante overvejelser om til- og fravalg, der er indgået i afgrænsningen og dermed de opgjorte omkostningsniveauer.

Processen for kortlægning og afgrænsning af data er illustreret i figur 1. Her ses det øverst i illustrationen, at den samlede indkøbsvolumen for regionerne er på 50,4 mia. kr. Herefter kan de enkelte trin til afgrænsning af data følges ned gennem illustrationen, der ender ud med de udvalgte analysekategorier med de tilhørende volumener.

Den kortlagte indkøbsvolumen er dermed noget højere end den volumen, der er opgjort i Danske Regioners statusrapport. Segmenteringerne og volumenopgørelserne i de næste trin vil derfor også afvige fra tilsvarende opgørelser i statusrapporten. Det skyldes blandt andet, at der er taget udgangspunkt i en senere tidsperiode, at regionerne siden statusrapportens udarbejdelse har foretaget yderligere validering af initiale omkostningsfordelinger, og at De-

loitte er gået lidt dybere i segmenteringen for eksempel i forhold til fordeling mellem drifts- og anlægsudgifter og inklusion af forsyningsomkostninger, der kan konkurrenceudsættes. Deloitte's metode og kortlægningsresultaterne i nærværende rapport er valideret af interessenter i regionerne og af arbejdsgruppen, der har været tilknyttet projektet.

Figur 1. Fem trin i bearbejdning af data og afgrænsning af analysegrundlag



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015.

## 2.1 Regionernes samlede omkostninger til indkøb

Som beskrevet tidligere udgøres datagrundlaget vedrørende indkøbsomkostninger primært af dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse. Trin 1 tager således afsæt i det fulde dataudtræk for at kortlægge de samlede indkøbsomkostninger i regionerne.

### Trin 1. Samlet volumen

Gennem dataudtrækket fra SAS Indkøbsanalyse har Deloitte opgjort, at de fem regioner har købt ind for i alt 46,9 mia. kr. i perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015.

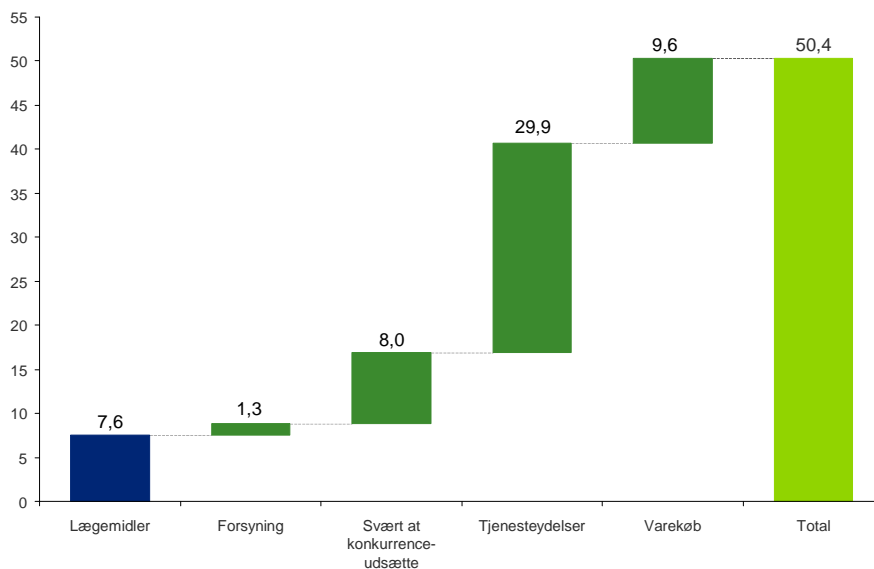
Dette dataudtræk rummer dog ikke den samlede volumen for indkøb, da det ikke er alle regionernes sygehusapoteksindkøb, der indgår i SAS Indkøbsanalyse. Disse indkøb omfatter primært medicin, der købes via sygehusapotekernes egne systemer. I data fra SAS Indkøbsanalyse er udgifterne til medicin opgjort til 4,1 mia. kr., hvorfor der mangler 3,5 mia. kr. i SAS-data i forhold til den samlede indkøbsvolumen vedrørende medicin på i alt 7,6 mia. kr. Lægges disse 3,5 mia. kr. til udtrækket fra SAS Indkøbsanalyse er den samlede volumen for regionernes indkøb således 50,4 mia. kr. i den pågældende periode<sup>4</sup>.

Indkøbene på 50,4 mia. kr. kan inddeles i fem overordnede områder, når der tages udgangspunkt i regionernes praksis. I regionernes egen terminologi udtrykker de fem områder udbudstyper, hvilket omfatter lægemidler (medicin), forsyning, indkøb, der er svære at kon-

<sup>4</sup> Den faktiske indkøbsvolumen er reelt lidt højere. Der er således ikke korrigeret for sygehusapotekers ikke-medicinske indkøb i de regioner, hvor de ikke indgår i SAS Indkøbsanalyse, ligesom udenlandske leverandører, der kun sender papirfakturaer, ikke indgår i dataudtrækket. Det har ikke været muligt at korrigere for disse forhold indenfor analysens rammer, men ifølge regionerne udgør disse indkøb en marginal del i forhold til den samlede volumen.

kurrenceudsætte, tjenesteydelser og varekøb. Heraf udgør tjenesteydelser det klart største indkøbsområde med knap 24 mia. kr. årligt, som det fremgår af figuren nedenfor.

**Figur 2. Overordnet fordeling af indkøb på udbudstyper**



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015. Som beskrevet i starten af kapitlet stemmer det ikke overens med tilsvarende opgørelser i Danske Regioners statusrapport. Deloitte's opgørelse er dog valideret og godkendt af regionerne og opdragsgiver som værende retvisende for regionernes indkøb.

Indkøbet af lægemidler løber som nævnt op i 7,6 mia. kr. i perioden, og i samme år er der brugt 1,3 mia. kr. på forsyning, der blandt andet dækker vand, varme, el og naturgas.

Indkøb kategoriseret som "svært at konkurrenceudsætte" omfatter 8 mia. kr. af det samlede forbrug og dækker blandt andet betaling til andre myndigheder, udgifter til bo- og opholdssteder, husleje, forskningsstøtte og udgifter til drift af trafikkselskaber.

Knap 24 mia. kr. er i perioden brugt på tjenesteydelser, hvoraf 5,6 mia. kr. bruges på sundhedsydelser. Vedligeholdelsedydelser af anlæg, håndværkerydelser, renter og afdrag er også blandt de store poster med udgifter på 1,8 – 3,1 mia. kr.

Sluttelig dækker varekøb samlet omtrent 9,6 mia. kr., hvoraf små 700 mio. kr. ikke kan kategoriseres<sup>5</sup>. Indkøb indenfor ortopædkirurgi, fødevarer og it er blandt de store poster under varekøb med udgifter på 320 – 550 mio. kr. per kategori.

## 2.2 Scoping og segmentering af indkøbsomkostningerne

I trin 1 blev den samlede volumen for regionernes indkøb identificeret til 50,4 mia. kr. En del af denne volumen indgår dog ikke i scope for nærværende analyse eller som effektiviseringsgrundlag i forhold til fælles udbud og compliance. I det følgende afgrænses volumen derfor yderligere for at identificere baseline for analysen.

### Trin 2. Scope for analyse

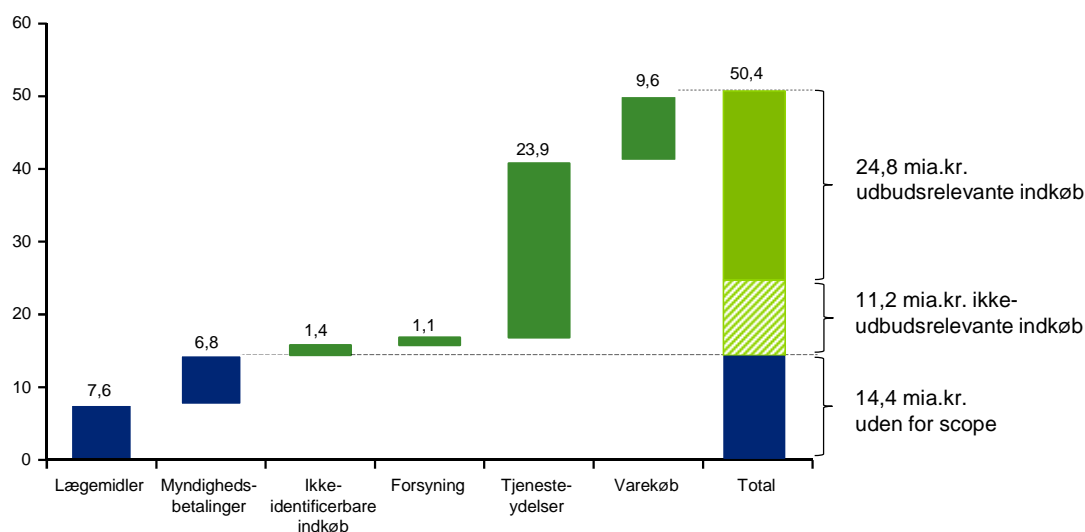
Deloitte har gennemgået samtlige udbudskategorier på niveau 2 med henblik på at vurdere, om den enkelte kategori ligger indenfor analysens scope eller ej. Således har opdragsgiver defineret, at analysen skulle afgrænses til ikke at omfatte køb af lægemidler. Derudover har Deloitte identificeret omkostninger, der ikke kan betragtes som "klassiske" indkøb, da de er underlagt strukturelle bindinger, så hverken prisfastsættelse eller leverandørvalg foregår frit

<sup>5</sup> At disse indkøb ikke kan kategoriseres yderligere skyldes, at fakturaerne ikke kan læses og oversættes af SAS Indkøbsanalyse, for eksempel på grund af mangelfulde, dårlige eller ubrugelige varelinjebeskrivelser.

eller åbent. Disse indkøb har vi grupperet under myndighedsbetalinger, hvilket blandt andet omfatter omkostninger til bo- og opholdssteder, drift af trafikkselskaber og betalinger mellem myndigheder. Omkostningerne hertil indgår således ikke i analysens scope, da de ikke er relevante for fælles udbud, compliance eller mulig reorganisering af indkøb.

I figur 3 har vi fordelt de førnævnte udbudstyper fra trin 1 i en anden inddeling, der afspejler, om de enkelte indkøb er indenfor analysens scope betragtet i forhold til, om de – udover indkøb af medicin – udgør reelle indkøb. Dette er i figuren illustreret med de mørkeblå søjler, der viser indkøbsomkostningerne udenfor scope, kontra de mørkegrønne søjler, der indgår i analysens scope. Lægemidler og myndighedsbetalinger er som nævnt udenfor analysens scope, hvilket beløber sig til i alt 14,4 mia. kr., der hermed udgår af grundlaget for den videre analyse. Dette efterlader 36 mia. kr. af regionernes samlede indkøb som værende relevante indkøb for denne analyse.

**Figur 3. Fordeling af indkøbsomkostninger i forhold til scope og udbudsrelevans**



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015. Som beskrevet i starten af kapitlet stemmer det ikke overens med tilsvarende opgørelser i Danske Regioners statusrapport. Deloitte's opgørelse er dog valideret og godkendt af regionerne og opdragsgiver som værende retvisende for regionernes indkøb.

Der er defineret i alt cirka 277 udbudskategorier på udbudskategoriniveau 2 i SAS Indkøbsanalyse. Fordelingen af indkøbsomkostninger mellem disse kategorier fremgår af bilag 1.

### Trin 3. Baseline for analyse

Af de tilbageværende 36 mia. kr. har Deloitte foretaget en yderligere segmentering for at afgrænse de udbudsrelevante indkøb fra de ikke-udbudsrelevante indkøb. Det er gjort med henblik på at identificere, hvor stor volumen der kan betragtes som indkøb knyttet til den løbende drift, der er egnet til udbud i traditionel forstand. En del af omkostningsbasen er således ikke udbudsrelevant, idet det drejer sig om enten indkøb, der *ikke kan* konkurrenceudsættes (fx dele af forsyningsomkostningerne), eller særlige omkostningsformål, der afholdes i projekter (fx vedrørende anlæg) som led i særlige projekteringsforløb og dertil knyttet særskilt konkurrenceudsættelse.

Det identificerede udbudsrelevante indkøb udgør den egentlige baseline for analysen, idet denne volumen udtrykker de løbende indkøb, som de centrale indkøbsfunktioner kan effektivisere gennem blandt andet (individuelle eller fælles) udbud, højere compliance og andre relevante tiltag.

Gennem denne segmenteringsøvelse har Deloitte umiddelbart identificeret og frasorteret 11,2 mia. kr. som værende ikke-udbudsrelevante. Det frasorterede ikke-udbudsrelevante indkøb dækker primært:

- El (distribution, skatter og afgifter) – 0,6 mia. kr.
- Mellemlregionale sundhedsydelser – 4,3 mia. kr.
- Anlægsrelaterede facility services – 4,6 mia. kr.
- En række indkøb, der ikke kan identificeres af SAS Indkøbsanalyse – 1,4 mia. kr.

Det udbudsrelevante indkøb, der udgør analysens baseline, er således på 24,8 mia. kr., der er fordelt ud på en lang række udbudskategorier indenfor varekøb (9,6 mia. kr.) og tjenesteydelser (15,2 mia. kr.). Herunder er de største udbudskategorier indenfor varekøb for eksempel fødevarer, ortopædkirurgi, it-software og hardware, mens de største udbudskategorier indenfor tjenesteydelser blandt andet omfatter ambulance- og redningsydelser, it-tjenesteydelser og vikarydelser.

Det skal bemærkes, at summen af udbudsrelevante indkøb er højere end de opgjorte 20,8 mia. kr., der fremgår af Danske Regioners statusrapport i en tilsvarende opgørelse af udbudsrelevante indkøb. Det skyldes, at Deloitte har anvendt en dybere tilgang til afgrænsning og segmentering af udbudsrelevante indkøb. Dette er foregået i tæt samarbejde med regionerne, der siden statusrapportens udarbejdelse desuden selv har brugt yderligere ressourcer på at validere og finjustere fordelingen. Deloitte's gennemførte segmentering og resultaterne heraf er drøftet med og godkendt af både controllere i regionerne og arbejdsgruppen tilknyttet denne analyse.

Indenfor analysens rammer har det ikke været muligt at opgøre præcist, hvor stor en del af den samlede udbudsrelevante indkøbsvolumen der er kontrakt-dækket i regionerne. Det skyldes blandt andet, at de indgåede kontrakter ikke er koblet op på de kategoriseringer af indkøb, der nu anvendes i regionerne, og at interessenterne ikke har kunnet fremskaffe de mange kontrakter, der er indgået decentralt, hvilket især omfatter tjenesteydelser.

Det er imidlertid tydeligt, at der er relativt høj kontrakt-dækning indenfor varekøb, herunder især for de ikke-kliniske forbrugsvarer. Derimod er tjenesteydelser i mindre grad kontrakt-dækket, herunder i meget begrænset grad af regionsdækkende kontrakter indgået i den centrale indkøbsfunktion. I Danske Regioners statusrapport skønnes den samlede kontrakt-dækning i 2014 at udgøre knap 50 procent af indkøbsvolumen. Det er sammensat af knap 2/3 kontrakt-dækning af varekøb, mens kontrakt-dækningen af tjenesteydelser estimeres til mindre end 40 %. Den samlede kontrakt-dækning er således forholdsvis lav, hvilket særligt skyldes en lav kontrakt-dækning af tjenesteydelser, hvorimod varekøb er kontrakt-dækket i væsentlig højere grad. Derfor har regionerne også fokus på netop disse forhold i de opstillede mål og initiativer for at indfri målsætningerne i regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020. Her er der blandt andet sat mål om at opnå henholdsvis 80 procent og 75 procent kontrakt-dækning vedrørende henholdsvis varekøb og tjenesteydelser

Regionerne har indgået kontrakter efter fælles udbud på udbudskategorier med indkøbsvolumener på i alt 805 mio. kr. årligt. Det svarer til godt 3 procent af regionernes samlede årlige udbudsrelevante indkøbsvolumen. Kontrakterne er fordelt med 308 mio. kr., der er udbudt fælles mellem alle fem regioner, og 497 mio. kr., der er udbudt fælles mellem 2-4 regioner.

## 2.3 Udvælgelse og afgrænsning af udbudskategorier

Blandt den udbudsrelevante indkøbsvolumen skal regionernes centrale indkøbsfunktioner realisere effektiviseringsgevinster de kommende år, for eksempel gennem flere fælles udbud og højere compliance. De sidste to trin, der gennemgås i det følgende, redegør for udvælgelsen og afgrænsningen af et antal kategorier, der analyseres for relevante potentialer vedrørende fælles udbud og compliance. Potentialeanalyserne af disse kategorier gennemføres efterfølgende i kapitel 3.

## Trin 4. Udvælgelse af kategorier

I samarbejde med arbejdsgruppen for denne analyse er det blevet besluttet at udvælge seks kategorier til videre analyse, der er blevet udvalgt på basis af en række kriterier. De dækker blandt andet følgende dimensioner:



Høj volumen og højt forventet besparelspotentiale. Dette har været baseret på dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse, udbudshistorik og kategoriindsigt/-vurdering fra relevante interessenter i regionerne, herunder indkøbschefer.



Sammensætning af både kliniske og ikke-kliniske varekøb samt tjenesteydelser.



Markedsvurdering – konsolidering skal være hensigtsmæssig ud fra både køber- og leverandørperspektiv.



Begrænsede (fagligt betingede) bindinger i forhold til standardisering på tværs af regioner.



Variierende grader af kontraktdekning.



Relativt stor spredning i leverandøransvendelse, varenummerbrug og disponenter.

Med basis i disse udvælgelseskriterier er der sammen med arbejdsgruppen blevet udvalgt seks kategorier til at indgå i den videre analyse af potentialer for flere fælles udbud og højere compliance. Som udgangspunkt er der udvalgt indkøb på udbudskategoriniveau 2 i SAS Indkøbsanalyse, men på grund af de valgte udbudskategoriernes sammensætning, omfang og kompleksitet er der foretaget en yderligere afgrænsning af tre kategorier. De valgte kategorier er derfor:

1. Cochlearimplantater.
2. Trokarer, staplere og clips.
3. Engangsartikler, plastposer og sække.
4. Ortopædkirurgiske implantater – med yderligere afgrænsning til hofte og knæ.
5. Fødevarer – med yderligere afgrænsning til kolonial, frost og køl.
6. Vikarydelser – frasorteret administrativt personale, læger og personale til respirationsovervågning.

Disse seks analysekategorier udgør således grundlaget for den videre analyse i kapitel 3, hvorfor den resterende volumen for udbudsrelevante indkøb umiddelbart ikke dækkes yderligere. De analyserede gevinstpotentialer vil dog så vidt muligt blive vurderet i forhold til eventuel generaliserbarhed til andre udbudskategorier.

## Trin 5. Afgrænsning og udsøgning for ekstra volumen

I tabel 1 fremgår indkøbsvolumenerne for hver af de afgrænsede udvalgte kategorier. Den gennemførte korrektion har for de tre nederste kategorier omfattet frasortering af alle andre underområder end de udvalgte (såsom ryg- og skulderimplantater indenfor ortopædiske implantater. Indenfor fødevarer er der eksempelvis udeladt kød og fisk. Vikarydelser er afgrænset fra administrativt personale og læger). Derudover er den initiale indkøbskategorisering i SAS Indkøbsanalyse blevet valideret i forhold til, om de registrerede indkøb indenfor hvert område reelt hører under disse udbudskategorier. Dette er gjort i tæt dialog med regionerne i forbindelse med analyseaktiviteterne vedrørende compliance. Konkrete eksempler på indkøb, der har været fejlkategoriseret i SAS Indkøbsanalyse, er konventionelle høreapparater, der er registreret under cochlearimplantater, og tilbehør til området for endoskopi, der er registreret under trokarer, staplere og clips.

**Tabel 1. Afgrænset volumen i de udvalgte kategorier**

Udbudskategori	Volumen på udbuds-kategoriniveau 2	Korrektion i forhold til afgrænsning	Afgrænset volumen
Cochlearimplantater	81,0	-10,1	<b>70,9</b>
Trokarer, staplere og clips	131,5	-17,6	<b>113,9</b>
Ortopædkirurgiske implantater (knæ og hofte)	219,2	0	<b>219,2</b>
Engangsartikler, plastposer og sække	51,7	-4,8	<b>46,9</b>
Fødevarer (kolonial, frost og køl)	279,0	-5,6	<b>273,4</b>
Sundhedsfaglige vikarydelser (ekskl. læger)	1.272,0	-1.081,6	<b>190,4</b>
<b>Udvalgte kategorier i alt</b>	<b>2.034,4</b>	<b>-1.119,7</b>	<b>914,7</b>

Note: Afgrænsningen er udført på baggrund af en validering af varenumre og leverandører foretaget i samarbejde med de enkelte fag- og produktspecialister i regionerne.

Som nævnt i kapitel 1 er udbudskategorisering i SAS Indkøbsanalyse baseret på en algoritme, der scanner varelinjen på den pågældende faktura og derfra kobler teksten til UNSPSC-koder, der dernæst leder til en inddeling i udbudskategorier. Det betyder blandt andet, at systemet ikke fanger fakturaer med eksempelvis blanke varelinjebeskrivelser. Som resultat heraf er der en forholdsvis stor andel af indkøbet fra regionerne, der i SAS ikke kan kategoriseres og derfor placeres i kategorier såsom "Match mangler", "Manglende varelinjetekst" og ikke mindst "Toppen af 42"<sup>6</sup>.

For at sikre, at volumenerne, der betragtes for de seks kategorier, er komplette – udover korrektion og validering som beskrevet i trin 4 – er der foretaget en udsøgning på eventuelle ekstra volumener i det fulde datasæt fra SAS Indkøbsanalyse. Denne ekstra volumen søges frem i datasættet ved at søge på et match af de indkøbte varenumre med tilhørende leverandører i det resterende datasæt<sup>7</sup>. Ved at foretage denne søgning findes et antal varelinjer, der egentlig hører til en af de udvalgte udbudskategorier, men som i SAS Indkøbsanalyse er placeret i en anden (og dermed forkert) kategori. Det kan omfatte både uspecificerede kategorier (såsom "Toppen af 42") og specifikke andre udbudskategorier. Resultatet af denne udsøgning har givet positive resultater, idet vi har fundet ekstra volumen for tre ud af de seks kategorier, jf. tabel 2. De udsøgte data bidrager til at skabe mere komplet indsigt i regionernes omkostningsbase og til et større analysegrundlag for de udvalgte udbudskategorier. Dataene er blevet udleveret til regionerne, der har valideret, at de udsøgte volumener generelt hører til i disse kategorier.

<sup>6</sup> Udbudskategorien "Toppen af 42" er blevet defineret af regionerne. Kategorien rummer de varer, der med en vis sikkerhed kan kategoriseres så vidt, at de hører til kliniske forbrugsvarer (hvor de otte-cifrede UNSPSC-koder alle starter med 42 – deraf navnet), men som ikke kan identificeres yderligere på konkrete underkategorier. I modsætning hertil kan kategorierne "Match mangler" og "Manglende varelinjetekst" end ikke kategoriseres i forhold til eksempelvis varekøb eller tjenesteydelser.

<sup>7</sup> Udsøgning er foretaget ved et match på både varenummer og leverandør-ID for at imødekomme det faktum, at flere leverandører kan bruge de samme varenumre for forskellige leverancer.



**Tabel 2. Ekstra volumen til de udvalgte kategorier**

Udbudskategori	Initial volumen	Ekstra volumen	Samlet volumen
Cochlearimplantater	70,9	0,0	<b>70,9</b>
Trokarer, staplere og clips	113,9	18,4	<b>132,3</b>
Ortopædkirurgiske implantater (knæ og hofte)	219,2	17,4	<b>236,6</b>
Engangsartikler, plastposer og sække	46,9	3,9	<b>50,8</b>
Fødevarer (kolonial, frost og køl)	273,4	0	<b>273,4</b>
Sundhedsfaglige vikarydelser (ekskl. læger)	190,4	0	<b>190,4</b>
<b>Udvalgte kategorier i alt</b>	<b>914,7</b>	<b>39,7</b>	<b>954,4</b>

Note: Til hver kategori er der udarbejdet en liste med tilhørende varenumre og leverandører. Med udgangspunkt heri er det fulde SAS-udtræk søgt igennem for disse varenumre, hvorved eventuelle fejlplacerede varelinjer er identificeret og rettet til rette kategori.

Af tabellen ovenfor fremgår det, at i alt knap 40 mio. kr. er blevet identificeret som relevant volumen til de seks udvalgte analysekategorier blandt varelinjer, der i første omgang har været fejlplaceret SAS Indkøbsanalyse.



# 3. Analyse af fælles udbud og compliance

**Der er et betydeligt potentiale for at realisere effektiviseringsgevinster gennem flere fælles udbud og højere compliance. Potentialerne er beregnet på grundlag af en forudsætning om, at alle regioner kan opnå de samme priser, som de bedste regioner allerede nu realiserer. Der er ikke ubetingede isolerede skalagevinster, men der er flere indikatorer for sammenhæng mellem mængde og enhedspris, der dog aftager med volumen. Gevinsterne er derfor forbundet med et samspil mellem skalaeffekter og professionalisering.**

Som kortlagt i kapitel 2 har regionerne betydelige omkostninger til indkøb. Med så stor en omkostningsbase har det afgørende betydning for regionernes økonomi, at der købes ind så effektivt som overhovedet muligt. Derfor er det vigtigt, at der opnås størst mulig udnyttelse af regionernes fælles købekraft og kompetencer og sikres høj kontraktdekning og herunder høj compliance til de indgåede aftaler. Dette kan reducere både de direkte og de indirekte omkostninger til indkøb i form af mere konkurrencedygtige processer og effektive arbejdsgange.

Den anvendte metode til at beregne gevinstpotentialer ved flere fælles udbud og højere compliance gennemgås i afsnit 3.1 nedenfor. Afsnittet omfatter også en beskrivelse af, hvordan potentialerne kan fortolkes.

I afsnit 3.2 analyseres gevinstpotentialerne vedrørende højere compliance specifikt på grundlag af prisbenchmarking indenfor seks udvalgte udbudskategorier, jf. kapitel 2.3. Potentialerne perspektiveres i forhold til generaliserbarhed til andre kategorier og til anbefalinger til at sikre realisering.

En anden dimension for at realisere gevinster på indkøbsområdet kan være at opnå bedre priser gennem koordinerede fælles udbud. Der er i vid udstrækning ensartede behov mellem regionerne, og de gennemfører således udbud af mange af de samme kategorier. Derfor er der også udbredte overlap i leverandøranvendelse og forbrug, hvorfor der potentielt set kan være fordele ved at gennemføre flere fælles udbud. I afsnit 3.3 nedenfor redegøres der for centrale principper for fælles udbud, og potentialerne for fælles udbud analyseres for de seks udvalgte udbudskategorier. Potentialerne perspektiveres desuden i relation til realiseringsmuligheder og generaliserbarhed til andre kategorier.

Vedrørende både compliance og fælles udbud er gevinstanalyserne i henholdsvis afsnit 3.2.2 og 3.3.2 bygget op i forhold til de tre udbudsområder, som de seks udvalgte udbudskategorier indgår i: kliniske forbrugsvarer (tre udvalgte kategorier), ikke-kliniske forbrugsvarer (to udvalgte kategorier) og øvrige tjenesteydelser (én udvalgt kategori). Dette er gjort for at kunne fortolke gevinstpotentialerne og vurdere generaliserbarhed mv. i kontekst af de specifikke udbudsområder.

Af metodebeskrivelsen nedenfor fremgår det, at der er visse overlap i tilgangene til at beregne gevinstpotentialer. Grundelementet i potentialeberegningerne generelt er prissammenligning af realiserede priser på tværs af regionerne for henholdsvis non-compliant indkøb og den fulde indkøbsvolumen. *Potentialerne ved højere compliance og ved flere fælles udbud kan således ikke summeres*, idet førstnævnte i vid udstrækning vil svare til en delmængde af sidstnævnte. Det betyder dog ikke, at det ene skal prioriteres fremfor det andet. Tværtimod er det en forudsætning for maksimal realisering af gevinstpotentialer, at der både gennemføres flere fælles udbud og sikres større grad af aftalebelagte indkøb.

### 3.1 Metode til at beregne gevinstpotentialer

Potentialeberegningerne er generelt baseret på systematisk prisbenchmarking mellem regionerne på fuldstændig identiske indkøb (på varenummerniveau) hos givne leverandører. Dette er det grundlæggende princip for beregning af potentialer ved højere compliance såvel som ved flere fælles udbud. Der tages dog afsæt i forskellig baseline som grundlag for beregningerne, ligesom referencepriserne er forskellige mellem de to områder. I det følgende redegøres der først for metoden vedrørende højere compliance, hvorefter det tilsvarende beskrives i forhold til flere fælles udbud.

#### Compliance

Den gængse fortolkning af compliance er, at det omfatter indkøb af varer/tjenesteydelser, hvor der foreligger en kontrakt for pågældende varegruppe/ydelsesområde og det konkrete varekøb/den konkrete tjenesteydelse specifikt indgår i en prisaftale med den kontraktshavende leverandør. Dette indebærer, at non-compliant køb omfatter indkøb, hvor varegruppen/ ydelsesområdet er kontraktdekket, men hvor der konkret er købt en anden vare/tjenesteydelse end det direkte sammenlignelige alternativ, der specifikt fremgår af aftalelister, og som dermed ville have været et compliant køb.

I denne analyse har vi anlagt en anden og bredere fortolkning af begrebet non-compliance, så det sidestilles med manglende aftalebelægning. I resten af kapitlet vil **non-compliance** således generelt være udtryk for *indkøb, der ikke indgår i de foreliggende aftalelister i regionerne, uanset om der er indgået kontrakt for varegruppen/ ydelsesområdet eller ej*. Det vil sige, at vi også anvender terminologien non-compliance om de indkøb, hvor der ikke foreligger kontrakt på det pågældende (under)område af de analyserede udbudskategorier. Desuden anvender vi begrebet **aftalebelagt** vedrørende indkøbte varenumre, der specifikt indgår på aftalelister. Deraf følger det, at vi blandt andet omtaler non-compliant indkøb som varer, der ikke er aftalebelagt. Potentiale for aftalebelægning skal her forstås, som at varen efter konkurrenceudsættelse fremadrettet kan inkluderes på aftalelister. Non-compliance er derfor ikke – som det ellers traditionelt er ved den gængse brug af begrebet – kun udtryk for, at der er købt noget forkert i forhold til gældende kontrakter. Derimod favner det bredere, så det omfatter både forkerte indkøb og køb uden aftalebelægning generelt.

Denne tilgang er valgt af især to årsager. For det første giver det som nævnt et større grundlag at analysere gevinstpotentialer på, hvis øget brug af indkøbsaftaler ikke kun handler om forkert adfærd specifikt, men også om bedre og bredere aftalebelægning generelt. For det andet har regionerne så høj kontraktdekning indenfor de analyserede udbudskategorier (bortset fra vikarydelser), at det forekommer retvisende at forudsætte, at alle indkøb, der ikke indgår på aftalelister, er non-compliant. Indenfor analysens rammer har det ikke været muligt at opgøre præcis, hvor store andele af de udvalgte udbudskategorier der specifikt er kontraktdekket. Det skyldes blandt andet, at strukturen for udbudskategorisering er nyudviklet og derfor ikke afspejler, hvordan udbud hidtil har været afgrænset. Herunder har afgrænsningen af udbudskategorierne og af de gennemførte udbud været forskellig mellem regionerne. Baseret på interview med nøglepersoner i regionerne og de høje grader af leverandørcompliance, der er afdækket i afsnit 3.2.1, virker det imidlertid som en rimelig tilnærmelse at betragte udbudskategorierne (eksklusive vikarydelser) som fuldt kontraktdekkede.

**Analysegrundlaget** (baseline) for at beregne gevinstpotentialer vedrørende højere compliance omfatter volumen på non-compliant varekøb, det vil sige de indkøb, der ikke indgår specifikt i eksisterende aftalegrundlag. Det betyder, at non-compliance kan omfatte køb hos kontraktshavende leverandører (kun de køb, der ikke indgår på aftalelister) og køb hos andre leverandører generelt. Derudover kan det omfatte varer, hvor der ikke er indgået prisaftale på et alternativt produkt.

Beregning af gevinstpotentialer foregår ved at sammenligne enhedspriserne på non-compliant indkøb med andre regioners aftalepriser på de helt identiske varer (matchet op på varenummerniveau) hos givne leverandører. Det vil sige, at enhedsprisen for hvert non-

compliant købt varenummer hos specifikke leverandører sammenholdes med den laveste af talepris i andre regioner. Denne pris udgør dermed den aktuelt lavest mulige pris, der kan opnås for et givet produkt ved at konkurrenceudsætte og optage det på aftaleprislister.

Differencen mellem den gennemsnitlige indkøbspris for non-compliant købte varenumre i hver region og den laveste kontraktaftalte pris i andre regioner udtrykker den mulige besparelse for det givne varenummer. Dette ganges med antallet af indkøbte enheder i regionen så besparelsen findes for hele den analyserede non-compliant indkøbsvolumen. Resultatet udtrykker gevinstpotentialer ved at opnå bedre kontraktdekning og aftalebelægge relevante non-compliant varekøb (det vil sige konkurrenceudsætte disse varer, så der indgås specifikke prisaftaler på dem). Tabel 3 viser et udsnit med eksempler på prissammenligning af specifikke varenumre hos en given leverandør. Det antages dermed implicit, at enhver region med tiden vil kunne aftalebelægge identiske indkøb på samme vilkår, som andre regioner har.

**Tabel 3. Eksempel på udregning af potentialer ved højere compliance**

Varenummer hos given leverandør	Laveste aftalepris (kr.)	Vægtet gennemsnitlig enhedspris (kr.)	Antal indkøbte enheder (styk)	Potentiale (kr.)
Varenummer 1	4,00	4,85	51.066	<b>43.406</b>
Varenummer 2a	71.592,00	80.127,00	1	<b>8.535</b>
Varenummer 2b	71.425,00	80.138,00	24	<b>209.108</b>
Varenummer 2c	71.625,00	80.164,00	18	<b>153.693</b>
Varenummer 2d	71.625,00	80.127,00	15	<b>127.528</b>
Varenummer 2e	71.625,00	80.130,00	39	<b>331.704</b>
Varenummer 3i	68.627,00	74.729,00	12	<b>73.225</b>
Varenummer 3ii	68.627,00	74.685,00	9	<b>54.519</b>
Varenummer 3iii	68.627,00	74.709,00	10	<b>60.821</b>
Varenummer 3iv	66.000,00	74.726,00	36	<b>314.148</b>
Varenummer 4	3.165,00	3.290,00	1	<b>125</b>
Varenummer 5	73.974,00	73.974,00	3	<b>0</b>
Varenummer 6	850,00	850,00	2	<b>0</b>

Note: Af fortrolighedshensyn til leverandørernes prissætning er varenumrene blevet anonymiseret.

Denne fremgangsmåde følges systematisk for alle varenumre i den indkøbsvolumen, vi har opgjort som non-compliant for alle regioner, og i hver af de fem kategorier af varekøb (det vil sige eksklusive vikarydelser). Der foreligger ikke et lige så robust datagrundlag for vikarydelser som for de øvrige udbudskategorier, så her er vurderingen af gevinstpotentialer foretaget gennem stikprøvebaserede sammenligninger af timepriser hos leverandører med og uden kontrakt på tværs af regionerne.

### Fælles udbud

Metoden til at opgøre gevinstpotentialerne ved flere fælles udbud følger i vid udstrækning metoden, der er anvendt til opgørelse af potentialer ved højere compliance. Der er dog to væsentlige forskelle. For det første udgør analysegrundlaget her samtlige indkøb indenfor de udvalgte kategorier. For det andet foretages benchmarking med priser på tværs af regioner ikke kun med aftalebelagte priser, men også med priser der generelt er realiseret i andre regioner uafhængig af, om de relevante varekøb er aftalebelagt.

På grund af utilstrækkelig datakvalitet anvendes også her en særskilt tilgang vedrørende vikarydelser. Metoden vil således følge en stikprøvebaseret sammenligning af realiserede timepriser med aftalepriser baseret på kontraktgennemgang.

#### 3.1.1 Validering og repræsentativitet

For at opnå et validt estimat for gevinstpotentialerne har der i samarbejde med regionerne været gennemført omfattende validering af aftalepriser, enhedspriser, forskelle i enhedsan-

givelse (pakke, kasse, styk osv.) og tilbudspriser. Samtidig er der i beregningerne anlagt et metodisk princip om, at forskellen mellem den højeste og den laveste pris, der indgår i sammenligningen, maksimalt må være faktor 2. Hvis forskellen er faktor 2 eller større, udgår dette varenummer af beregningerne. Altså må det dyreste køb maksimalt være dobbelt så dyrt som det billigste for et givet varenummer, hvis det skal indgå i potentialeberegningen. Dette er en ekstra kontrolmekanisme for at sikre, at der ikke indgår varer i beregningerne, hvor prisafvigelsen er meget stor på grund af eventuelle fejl i enhedspriserne, så besparelspotentialet bliver kunstigt højt. Dette har dog den ulempe, at der fjernes varenumre, hvor prisen på det dyreste indkøb reelt er mere end dobbelt så høj som prisen på det billigste. Dette bidrager til at gøre estimatet mere konservativt.

Herudover er kreditnotaer taget ud af analysen, da disse varelinjer ellers ville fremgå med negative beløb og derfor ville fordrøje analysen. Der er således taget forbehold for dette, så de krediterede beløb ikke tæller med i analysen, ligesom gevinstpotentialerne er korrigeret tilsvarende i forhold til de tilhørende oprindelige fakturaer.

Der er desuden en vis indkøbsvolumen, der ikke indgår i analysegrundlaget, hvor varenummeret ikke er angivet, eller andre data mangler (utilstrækkelig varebeskrivelse eller enhedsangivelse mv.) for at kunne validere sammenligneligheden i forhold til enhedspriser. Det er dog valideret med nøglepersoner i regionerne, at de pågældende indkøb hører til de relevante udbudskategorier. For disse indkøb antages det derfor, at det beregnede potentiale (i procent) vil være det samme som det potentiale, der er identificeret på de indkøb, der indgår i analysen efter den beskrevne tilgang. Der ekstrapoleres derfor fra analysegrundlagets volumen op til den fulde validerede volumen i udbudskategorien.

Hvis der for eksempel er beregnet et gevinstpotentiale på 5 procent ud af en analyseret indkøbsvolumen på 80 mio. kr. i en udbudskategori med en volumen på i alt 100 mio. kr., antages det, at der også er et potentiale på 5 procent af de resterende ikke-analyserede 20 mio. kr. Disse 20 mio. kr. vil blandt andet omfatte indkøb, der ikke har kunnet benchmarkes på grund af manglende indkøb eller aftalebelægning i andre regioner eller på grund af utilstrækkelig datakvalitet (varebeskrivelse, enhedsangivelse mv.) til at sikre komplet sammenlignelighed af identiske varekøb.

Det skal desuden bemærkes, at aftalepriserne, der benyttes som benchmarks i analyserne, i nogle tilfælde er de nugældende aftalepriser og ikke nødvendigvis de i analyseperioden gældende aftalepriser. Der opstår således et potentielt tidsmæssigt gab mellem de benchmarkede aftalepriser og perioden for SAS-udtrækket (fra 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015). Dette potentielle tidsgab mellem anvendte aftalepriser og SAS-udtrækket vil hovedsagelig påvirke analyseresultaterne i de enkelte tilfælde, hvor aftalepriserne har ændret sig siden analyseperioden. Hvis de nugældende aftalepriser også var gældende for analyseperioden, vil det tidsmæssige gab således ikke få betydning for de beregnede gevinstpotentialer.

### 3.1.2 Metodiske overvejelser

Den sædvanlige tilgang til at beregne potentialer ved højere compliance tager dels afsæt i non-compliant indkøb i den gængse forstand. Dels sammenholdes enhedspriser på disse indkøb med substituerbare direkte sammenlignelige alternativer, der indgår i eksisterende aftalelister. Vores anvendte metode er et opgør med begge dele. For det første ved at fortolke non-compliance i en bredere forstand, så det omfatter alle indkøb, der ikke indgår på aftalelister, uanset om der er et kontrakt-dækket alternativ eller ej. For det andet ved at sammenligne med enhedspriserne på de helt identiske varer hos givne leverandører, der er aftalebelagt i andre regioner, fremfor med alternative varer i den givne regions egne aftalelister. Den anvendte metode er valgt, da den suverænt bedst tilgodeser to centrale hensyn:

- At gennemføre gevinstberegninger på et så omfattende og robust grundlag som muligt.

- At sikre størst mulig validitet i sammenligningerne af varer og enhedspriser.

Der er således en række fordele ved den her anvendte metode fremfor ved den gængse tilgang. Da der er tale om sammenlægning af fuldstændig identiske varekøb (matchet på varenummerniveau) hos givne leverandører, vil prisforskelle ikke være drevet af direkte forskelle i funktionalitet, kvalitets- eller serviceniveau. Det problem vil normalt være fremtrædende, når man sammenligner forskellige varer hos én eller flere leverandører, der antages substituerbare. I Deloittes tilgang undgår man netop den klassiske diskussion om graden af sammenlignelighed og substituerbarhed, fordi de benchmarkede priser er på nøjagtig de samme varer hos specifikke leverandører. Identificerede prisforskelle og gevinstpotentialer vil derfor ikke handle om at opnå besparelser ved at skifte fra eksempelvis ét implantat til et andet og dermed eventuelt gå på kompromis med kvalitet eller funktionalitet. Da der udelukkende regnes på identiske køb, er potentialerne relateret til at opnå bedre enhedspriser gennem mere effektiv konkurrenceudsættelse og bedre aftalebelægning i forhold til faktiske behov.

Givet analysens tidsmæssige og økonomiske rammer, herunder det foreliggende datagrundlag i regionerne, ville der med den traditionelle tilgang kun kunne sammenlignes enhedspriser på et meget begrænset antal varer baseret på stikprøver. Dette ville udgøre et meget spinkelt analysegrundlag på en lille indkøbsvolumen i stedet for den omfattende indkøbsvolumen, der ligger til grund for Deloittes analyser, jf. afsnit 3.2.2 og 3.3.2. Desuden ville det indebære risiko for bias blot at udvælge stikprøver til sammenligning, blandt andet fordi vi, jf. afsnit 3.3.3, har konstateret de største skalasammenhænge ved indkøb af lave volumener og mindre sammenhænge ved store volumener. Det vil sige, at hvis sådanne stikprøver omfatter de mest (henholdsvis mindst) omfattende non-compliant indkøb, kunne det indebære risiko for at underestimere (henholdsvis overestimere) gevinstpotentialerne. Uanset hvad ville det med den gængse tilgang være vanskeligt at gennemføre en valid prissammenligning og potentialeopgørelse.

Den anvendte metode er således yderst robust, da der kun beregnes potentialer på et fuldstændig objektivt grundlag, herunder på faktisk realiserede enhedspriser og ikke mindst på en betydelig del af den samlede non-compliant indkøbsvolumen.

## Realiserbarhed

Den anvendte metode indebærer en forudsætning om, at alle regionerne vil kunne realisere de samme priser, som de bedste regioner individuelt har realiseret i dag, enten individuelt gennem bedre/bredere aftalebelægning eller i fællesskab gennem fælles udbud. Benchmarkpriserne er imidlertid realiseret hos de givne leverandører på grundlag af forskellige indkøbsvolumener og udbudsstrategier. Herunder kan timing desuden have haft betydning for prisniveauerne, da dynamikker på leverandørmarkedet kan påvirke tilbudspriserne fra udbud til udbud. Det kan derfor diskuteres, hvor nemt potentialerne kan realiseres i praksis<sup>8</sup>. På den ene side kan brede rammeaftaler og/eller fælles udbud uden konsolidering af leverandører eller forbrug medføre, at der ikke opnås samme effektive dynamiske konkurrenceudsættelse som ved de hidtidige individuelle udbud. På den anden side kan konsolidering af udbudsprocessen i sig selv skærpe konkurrencen – eventuelt i kraft af udsigten til potentiell harmonisering ved senere genudbud – og fælles løft af købekraft kan endvidere potentielt medføre endnu lavere enhedspriser end hidtil. Det forudsættes implicit, at kontrakter fortsat tildeles efter princippet om det økonomisk mest fordelagtige tilbud, sådan som princippet hidtil har været for regionernes udbud og realisering af de nuværende aftalepriser.

<sup>8</sup> Der vil være en vis – og varierende – tidshorisont for fuld gevinstrealisering i de forskellige udbudskategorier. Det vil således afhænge af de nuværende kontraktbindinger i den enkelte udbudskategori, hvor hurtigt der kan indgås nye kontrakter med mere konkurrencedygtige priser. Da der typisk indgås maksimalt fireårige kontrakter, vil det fulde gevinstpotentiale forventeligt kunne realiseres frem mod 2020, dvs. indenfor de tidsmæssige rammer af regionernes fælles strategi for indkøb. Kontrakterne der ligger til grund for de i analyseperioden realiserede priser i de udvalgte udbudskategorier udløber således i god tid før 2020 til, at gevinstpotentialerne på netop disse kategorier kan realiseres. I perioden med kontraktbindinger vil der imidlertid kunne realiseres en del af compliancepotentialerne ved at nedbringe non-compliance gennem øget brug af eksisterende indkøbsaftaler.



De kvantificerede gevinstpotentialer skal derfor til dels betragtes som en best case-betragtning af det fulde potentiale, der kan opnås, hvis alle regioner kan realisere de samme laveste enhedspriser, som enkelte regioner realiserer i dag. Omvendt er det imidlertid ikke nødvendigvis udtryk for et maksimalt realiserbart potentiale. Beregningerne inddrager nemlig ikke eventuelle dynamiske effekter af konsolidering, herunder skalafordele og professionaliseringsgevinster, der kan have nedadgående effekt på priserne. I givet fald vil disse forhold medføre realisering af endnu lavere priser, end regionerne hidtil har formået individuelt.

Det vil i øvrigt ikke være urimeligt at antage, at spændet mellem enhedspriser på non-compliant indkøb i en given region og aftalepriser på identiske varer i andre regioner er en god approksimation for det tilsvarende prisspænd i forhold til regionens egne aftalepriser på sammenlignelige alternativer. Som det vil fremgå af potentialeanalyserne i resten af kapitlet, er der i hvert fald ikke tegn på, at der er regioner, der systematisk har de laveste (eller højeste) gevinstpotentialer i kraft af konsekvent højere (eller lavere) enhedspriser. Det vil sige, at de estimerede potentialer tilnærmelsesvis kan være udtryk for, hvor meget regionerne kan spare ved at øge compliance, selv hvis det ikke foregår gennem bredere aftalebelægning, men blot ved at øge brugen af eksisterende aftaler som i den traditionelle tilgang.

Overordnet set vurderes det, at metoden giver en retvisende og robust vurdering af gevinstpotentialerne, da de kun omfatter indkøb på identiske varenumre. Metoden kan principielt medføre enten en over- eller underestimering af potentialerne afhængigt af vurderingen af realiserbarhed. En række tekniske omstændigheder omkring den praktiske beregning af gevinstpotentialer medfører dog, at Deloitte har valgt et forsigtighedsprincip for at minimere risikoen for overestimering.

Det er således Deloitte's vurdering, at estimerne er konservative, og at de reelle gevinstpotentialer derfor kan være større. Det skyldes, 1) at vi har anlagt en regneregulering om, vi kun medregner indkøb, hvor prisen på det dyreste indkøb maksimalt er dobbelt så høj som prisen på det billigste for et givet varenummer, 2) at der ikke beregnes potentialer ved eventuelle substituerbare varer med tilnærmelsesvis sammenlignelighed (det vil sige uens varenumre), og 3) at der ikke indregnes eventuelle skalagevinster eller dynamiske effekter ved eksempelvis fælles udbud, der på givne varenumre kan medføre endnu lavere enhedspriser end hidtil.

## 3.2 Gevinster ved højere compliance

Begrebet compliance dækker, i hvor stort omfang indkøb foretages i overensstemmelse med indgåede kontrakter. Vi har i denne analyse gennemført beregninger af compliance i forhold til såvel leverandøransøgning som forbrug. Det vil i det følgende blive omtalt som henholdsvis leverandørcompliance og varecompliance som beskrevet i afsnit 3.2.1 nedenfor.

Som nævnt tidligere er der sammenhæng mellem compliance og gevinstrealisering. Derfor er det et fokuspunkt for regionerne at sikre så høj aftalebelægning og compliance som muligt. I de følgende afsnit redegør vi for de beregnede gevinstpotentialer ved højere compliance indenfor de seks udvalgte udbudskategorier. Analysen har et snævert fokus på direkte omkostninger og omfatter således ikke gevinstberegninger i forhold til indirekte omkostninger vedrørende processer og risikoeksponering mv. Potentialeberegningerne er således baseret på, hvordan der kan opnås lavere enhedspriser for de indkøb, der ikke indgår i eksisterende pris aftaler, uanset om udbudskategorien er fuldt eller delvis kontrakt dækket.

### 3.2.1 Analysegrundlag

For at beregne gevinstpotentialerne ved at opnå højere compliance har vi først identificeret alle indkøb i de udvalgte kategorier, der er compliant i forhold til henholdsvis leverandørbrug og vareforbrug. Der henvises desuden til afsnit 3.1, hvor der redegøres for, hvordan compliance i denne analyse generelt fortolkes i en bredere forstand end sædvanligt, så det også omfatter indkøb på ikke-kontrakt dækkede områder.

**Leverandørcompliance** udtrykker, hvor stor en del af indkøbsvolumen i en given kategori der omsættes hos den/de kontraktstående leverandører. En opgørelse af leverandørcompliance til 80 procent udtrykker således, at 80 procent af omkostningerne i en given kategori omfatter køb hos leverandører, der er indgået kontrakter med i den givne kategori<sup>9</sup>. Her skæles der ikke til, om de foretagne indkøb specifikt indgår i aftalegrundlaget for den/de delaftaler den pågældende leverandør er blevet tildelt. Leverandørcompliance svarer altså til graden af kontraktdekning målt på de faktiske indkøb. De analyserede udbudskategorier (eksklusive vikarydelser) er som udgangspunkt stort set fuldt kontraktdekkede. De præcise andele af kontraktdekning kan dog ikke opgøres med sikkerhed, da regionerne endnu ikke afgrænser udbudskategorier helt ens. For eksempel er der en del af indkøbene i udbudskategorien trokarer, staplere og clips, som nogle regioner i stedet betragter som hørende til endoskopi.

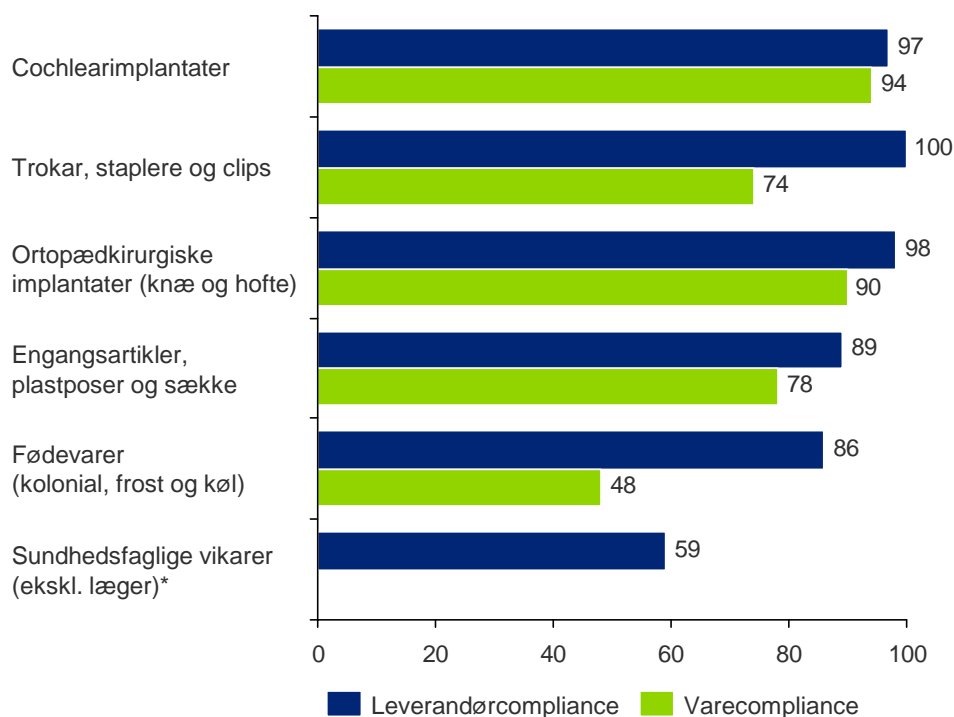
**Varecompliance** er udtryk for, om de foretagne indkøb konkret indgår i specifikke aftalelister hos de kontraktstående leverandører. Dette begreb er i andre sammenhænge end i denne rapport også kendt som varenummercompliance. En varecompliance på eksempelvis 60 procent skal således fortolkes på den måde, at 60 procent af indkøbsvolumen i den givne kategori omfatter indkøb af varer, der specifikt indgår på aftalelister med de leverandører, der er blevet tildelt kontrakt. De resterende 40 procent kan således dels være købt hos leverandører uden kontrakt, dels være købt af ikke-aftalebelagte varer hos den kontraktstående leverandør. Et konkret eksempel på sidstnævnte er indenfor cochlearimplantater, hvor der hos den kontraktstående leverandør ses eksempler på indkøb af implantatet BI300 Implant 4mm, der ikke indgår på aftalelisten. Dette indkøb betragtes således ikke som varecompliant indkøb.

Vedrørende vikarydelser er der kun opgjort leverandørcompliance, mens det forudsættes, at alle køb hos kontraktstående leverandører er ydelsescompliant (svarende til varecompliant). Det vil sige, at der hos en given kontraktstående leverandør antages kun at blive købt de ydelser, leverandøren specifikt har indgået prisaftale med regionen om. Det vil sige, at når en given fagkategori (fx sygeplejersker) er dækket af en leverandøraftale, er alle køb af sygeplejerskevikarer hos den givne leverandør betragtet som ydelsescompliant. Det indebærer imidlertid, at der ikke opgøres manglende compliance i forhold til køb af eksempelvis social- og sundhedsassistentvikarer hos en leverandør, der kun har kontrakt om sygeplejerskevikarer. Dette kan ikke opgøres på grund af utilstrækkelig datakvalitet i fakturagrundlaget, da der ofte mangler beskrivelse af, hvilken faggruppe og/eller vagttype der har været købt. Det er dog ikke så afgørende at opgøre ydelsescompliance i denne udbudskategori, da regionernes største udfordring for at opnå de mest fordelagtige timepriser omfatter manglende kontraktdekning snarere end køb af forkerte faggruppevikarydelser hos kontraktstående leverandører. Derfor analyseres potentialerne for højere compliance her med afsæt i indkøb, der ikke er leverandørcompliant (der per definition samtidig ikke er ydelsescompliant).

Det fremgår af figur 4, at leverandørcompliance generelt er ret høj indenfor alle de udvalgte udbudskategorier. Det skal bemærkes, at compliance indenfor sundhedsfaglige vikarer er meget forskelligartet, da tre af regionerne har næsten fuld leverandørcompliance (kontraktdekning), mens der er to regioner, hvis indkøb af sundhedsfaglige vikarer er fuldstændig non-compliant (det vil sige ingen kontraktdekning). De to regioner, der ikke har kontraktdekning på dette afgrænsede område, har en årlig indkøbsvolumen på henholdsvis 3,5 mio. kr. og 55,9 mio. kr.

<sup>9</sup> I den sammenhæng anvender regionerne både begreberne leverandørcompliance og varegruppecompliance. Leverandørcompliance omfatter køb hos kontraktstående leverandører, uanset om forbruget vedrører de varegrupper, som leverandøren har kontrakt på (for eksempel køb af handsker hos en leverandør, der kun har kontrakt på bleer). Varegruppecompliance omfatter køb hos kontraktstående leverandører på netop de varegrupper, leverandøren har kontrakt på (det vil sige kun køb af handsker hos en leverandør, der kun har kontrakt på handsker). Anvendelse i denne rapport af begrebet leverandørcompliance vil i høj grad være synonym med regionernes brug af begrebet varegruppecompliance. Men vi har ikke forholdt os specifikt til, om leverandører kun har kontrakt på udvalgte dele af de analyserede udbudskategorier. Derfor bruger vi for en sikkerheds skyld begrebet leverandørcompliance.

**Figur 4. Fordeling af leverandør- og varecompliance på de seks udvalgte kategorier**



Note: Afgrænsningen af udbudskategorier er forskellig mellem regionerne. Det indebærer, dels at regionernes sammensætning af udbud og dermed kontraktdekning ikke er ens mellem regionerne indenfor de enkelte udbudskategorier, dels at udbud og kontrakter ikke direkte afspejler afgrænsningen af udbudskategorierne. Derfor vil regionerne i nogle tilfælde fremstå med en lavere leverandør- og varecompliance, end det reelt forholder sig, fordi dele af området kan være omfattet af kontrakter indenfor andre udbudskategorier. Dette har primært betydning for opgørelserne i denne figur og for omfanget af analysegrundlaget, men det påvirker ikke beregningerne af gevinstpotentialerne hverken i (konsekvent) opad- eller nedadgående retning.

\* Som beskrevet i metodeafsnittet dækker non-compliance i denne analyse også ikke-kontraktdekkede indkøb. Det forklarer den lave leverandørcompliance i forhold til vikarydelser, da det dækker to regioner uden kontraktdekning overhovedet og tre regioner med stort set fuld compliance.

De generelt høje grader af leverandørcompliance på tværs af udbudskategorierne er udtryk for, at de leverandørmæssigt set er særdeles godt kontraktdekkede. Det fremgår desuden af figuren, at varecompliance generelt er højere indenfor de kliniske forbrugsvarer end de ikke-kliniske forbrugsvarer. Som det fremgår af de følgende gevinstberegninger indebærer det blandt andet, at der er relativt større gevinstpotentialer ved højere compliance i udbudskategorierne indenfor ikke-kliniske forbrugsvarer.

Analysegrundlaget for at beregne gevinstpotentialer ved højere compliance omfatter non-compliant varekøb. Det vil sige den totale indkøbsvolumen fratrukket den indkøbsvolumen, der er varecompliant. Det omfatter nemlig per definition også alle de varekøb, der ikke er leverandørcompliant. I det følgende afsnit fremgår det, hvor stor (non-compliant) indkøbsvolumen der udgør analysegrundlaget for gevinstberegningerne indenfor hver udbudskategori.

### 3.2.2 Gevinstpotentialer

Gevinstpotentialer ved højere compliance opgøres som tidligere beskrevet ved at sammenholde enhedspriser på non-compliant varekøb i hver region med kontraktligt aftalte enhedspriser på de identiske varer hos givne leverandører på tværs af regionerne og derfra extrapolere dette potentiale på den del af volumen, der ikke indgår i beregningsgrundlaget (hvor der ikke findes referencepriser på identiske varekøb i andre regioners aftalelister). Nedenfor er potentialerne opgjort for hver af de udvalgte udbudskategorier på de tre udbudsområder.

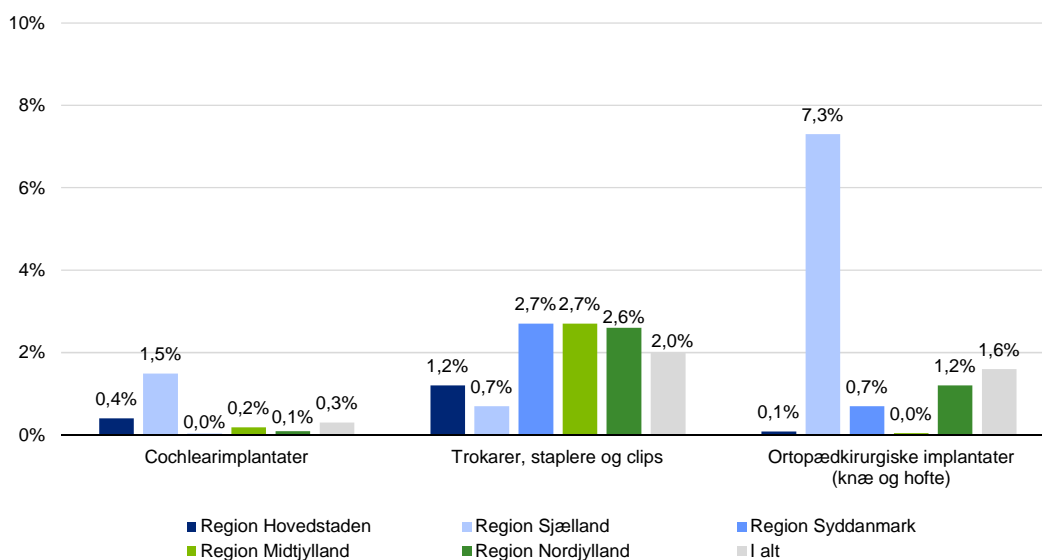


Der er flere forhold, der kan drive et enten højt eller lavt gevinstpotentiale. De to væsentligste drivere er graden af compliance og herunder kontraktdekning og de aktuelle priser på non-compliant indkøb relativt set. Det vil sige jo højere compliance, desto mindre gevinstpotentiale, og jo højere priser på non-compliant indkøb relativt til aftalepriser på tilsvarende varer, desto større gevinstpotentiale. Nedenfor analyseres disse forhold ligeledes for de forskellige udbudskategorier.

### Kliniske forbrugsvarer

I figur 5 er gevinstpotentialerne ved fuld compliance opgjort for de tre udvalgte udbudskategorier af kliniske forbrugsvarer og for hver region. Det fremgår, at de største potentialer findes indenfor trokarer, staplere og clips og ortopædiske implantater. Derimod er der mindst gevinstpotentialer – målt i forhold til den samlede indkøbsvolumen – på cochlearimplantater, hvilket skyldes meget høj compliance indenfor den udbudskategori. Region Sjælland har klart størst gevinstpotentialer indenfor cochlearimplantater og ortopædkirurgiske implantater, hvilket skyldes væsentlig lavere compliance end i de andre regioner, herunder, at der ikke har været så stærk konkurrenceudsættelse.

**Figur 5. Gevinstpotentialer ved fuld compliance på kliniske forbrugsvarer**



Note: Deloitte's egne beregninger på baggrund af dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015, der er beriget med aftalelister og tilbudslister fra regionerne.

I tabel 4 er et udsnit af de underliggende data bag potentialeberegningerne præsenteret for hver af de udvalgte udbudskategorier indenfor kliniske forbrugsartikler. Opgørelserne af non-compliant volumen viser i overensstemmelse med figur 4, at der især er høj compliance indenfor cochlearimplantater og dermed en relativt lille baseline for optimering. Generelt har vi gennemført gevinstberegningerne på mellem knap 31 og knap 84 procent af non-compliant volumenerne. Beregningsgrundlaget er således meget robust, da det samtidig udelukkende omfatter prissammenligninger på helt identiske varekøb.

Tabel 4. Beregningsgrundlag og compliancepotentialer på kliniske forbrugsvarer

Udbudskategori	Cochlear-implantater	Trokarer, staplere og clips	Ortopædkirurgiske implantater (knæ og hofte)	I alt
<b>Total volumen (kr.)</b>	70.948.189	132.337.012	236.562.212	<b>439.847.413</b>
<b>Non-compliant volumen (kr.)</b>	3.958.780 (5,6 %)	34.927.245 (26,0 %)	23.930.922 (10,1 %)	<b>62.816.947 (14,3 %)</b>
<b>Non-compliant volumen, der indgår i beregningen* (kr.)</b>	2.594.423 (65,5 %)	10.678.354 (30,6 %)	20.079.997 (83,9 %)	<b>33.352.774 (53,1 %)</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale i alt (kr.)</b>	185.283	2.617.924	3.865.020	<b>6.668.227</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af total volumen</b>	<b>0,3 %</b>	<b>2,0 %</b>	<b>1,6 %</b>	<b>1,5 %</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af non-compliant volumen</b>	4,7 %	7,5 %	16,2 %	<b>10,6 %</b>

\* Denne volumen dækker varenumre, hvor enhedspriser på identiske varer er realiseret på aftalelister i andre regioner. Fra denne volumen er desuden fjernet kreditnotaer samt varenumre, hvor de realiserede enhedspriser er mere end dobbelt så høje som andre regioners aftalepriser, for at undgå fejlagtige gevinstestimater på grund af muligvis misvisende benchmarks (jf. metodebeskrivelsen i starten af kapitlet).

**Højere compliance:** Ved gennemgangen af gevinstpotentialerne for de tre kliniske udbudskategorier tegner der sig et fælles naturligt billede af, at jo højere compliance de enkelte regioner har, desto mindre gevinstpotentialer findes der. Denne observation er i overensstemmelse med det forventede, da et højt complianceniveau efterlader en tilsvarende lille andel volumen at optimere på, hvor afregningsvilkår typisk er relativt dårlige i forhold til kontraktpriser.

Således hænger det udmærket sammen, at det laveste gevinstpotentiale findes for cochlearimplantater. På tværs af alle fem regioner er compliance for dette område nemlig meget højt med samlet set godt 93 procent, og det beregnede gevinstpotentiale udgør blot 0,3 procent ud af den samlede volumen på 70,9 mio. kr. Også for ortopædkirurgiske implantater er compliance forholdsvis høj på knap 90 procent, men der er alligevel et lidt højere gevinstpotentiale ved fuld compliance end for trokarer, staplere og clips. Potentialet for ortopædiske implantater udgør 1,6 procent ud af totalindkøbene på 236,6 mio. kr., mens det for trokarer, staplere og clips udgør 2 procent svarende til 2,6 mio. kr.

**Bedre priser på non-compliant indkøb:** Det er imidlertid også vigtigt at betragte den anden væsentlige driver for gevinstpotentialet, der omfatter størrelsen på gevinstpotentialet i forhold til den aktuelle non-compliant indkøbsvolumen. Det forhold er nemlig udtryk for, hvor gode eller dårlige priser de enkelte regioner realiserer på non-compliant volumen i forhold til andre regioner, der har indgået pris aftaler på nøjagtig de samme varer.

Her tegner der sig et interessant billede af, at det, der købes udenfor aftaler på cochlearimplantater, også købes til forholdsvis gode priser. Hvis non-compliant indkøb blev aftalebelagt med samme aftalepriser som i de bedste andre regioner, ville der kun kunne spares 4,7 procent af den samlede non-compliant volumen på knap 4 mio. kr.

For de to andre områder ser det ud til, at regionerne opnår noget dårligere enhedspriser på non-compliant indkøb. For trokarer, staplere og clips og ortopædkirurgiske implantater ville der således kunne spares henholdsvis 7,5 og 16,2 procent af de samlede non-compliant volumener på henholdsvis 34,9 og 23,9 mio. kr. Særligt for ortopædkirurgiske implantater er der altså en tendens til, at non-compliant indkøbte varer købes relativt dyrt.

Af figur 5 ovenfor kan det bemærkes, at gevinstpotentialerne for Region Sjælland er forholdsvis høje, når potentialerne ses i forhold til den samlede indkøbsvolumen. At Region Sjælland har det relativt set største gevinstpotentiale indenfor cochlearimplantater er ikke overraskende. Indoperation af disse implantater foretages nemlig ikke på hospitalerne i denne region, hvorfor der kun foretages småindkøb i form af fjernbetjening, batterier og lig-

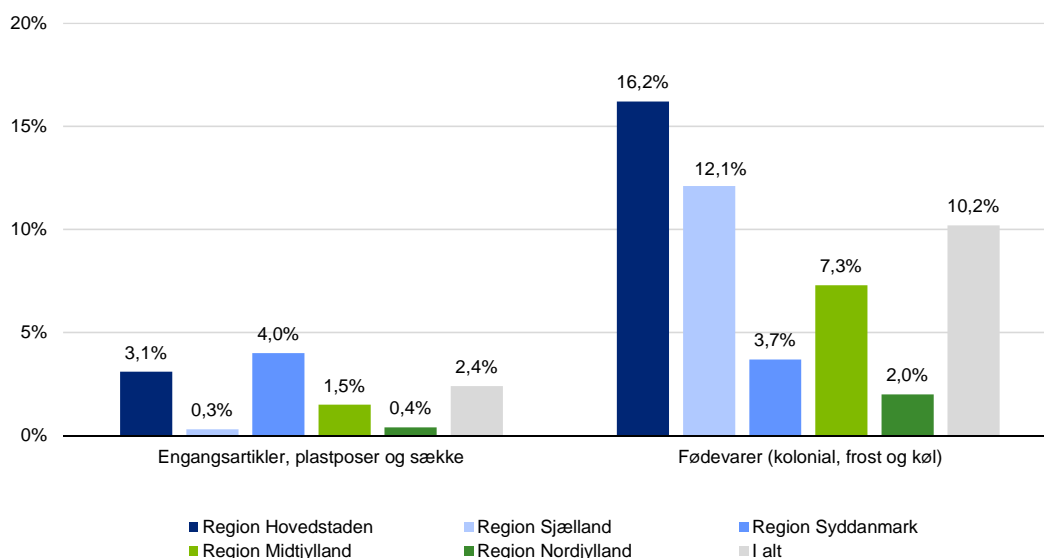
nende tilbehør med en meget begrænset indkøbsvolumen og uden indgåelse af leverandørkontrakter. Hele den indkøbte volumen betragtes i denne analyse derfor som non-compliant, og regionen oplever højere enhedspriser på disse indkøb end andre regioner. Indenfor ortopedkirurgiske implantater har regionen især på knæområdet manglet ressourcer til at konkurrenceudsætte området effektivt, hvorfor der i stedet har været fokus på at forny eksisterende aftaler ved kontraktudløb.

Indkøbsadfærden er især interessant indenfor trokarer, staplere og clips, da der tegner sig et billede af, at regionerne er gode til at købe hos kontrakthavende leverandører (høj leverandørcompliance), men ikke anvender kontrakterne optimalt (relativt lav varecompliance). Sammenlignet med de andre kliniske forbrugsvarekategorier udgør køb af aftalevarer således en mindre andel i denne kategori. Det kan for eksempel skyldes, at sygehusenes behov ikke har været kendt eller har ændret sig siden kontraktindgåelsen, at leverandørens sortiment har ændret sig, eller der har vist sig at være mere differentierede behov mellem sygehusafdelinger end initialt forventet. De identificerede gevinster kan derfor omfatte potentialer i form af at standardisere indkøbet hos de kontrakthavende leverandører og i form af at sikre aftalebelægning af de varer, der faktisk købes ind. Det skal i givet fald finde sted indenfor de udbudslovmæssige og kontraktuelle rammer, der muliggør dette på kort eller lang sigt.

### Ikke-kliniske forbrugsvarer

Det fremgår af figur 6, at der er større gevinstpotentialer ved fuld compliance for de analyserede ikke-kliniske udbudskategorier end for de kliniske forbrugsvarer. Gevinstpotentialiet for engangsartikler, plastposer og sække udgør 2,4 procent, mens det for fødevarer (kolonial, frost og køl) er opgjort til 10,2 procent.

**Figur 6. Gevinstpotentialer ved fuld compliance på ikke-kliniske forbrugsvarer**



Note: Deloitte's egne beregninger på baggrund af dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015, der er beriget med aftalelister og tilbudsletter fra regionerne.

Som det kan aflæses af tabel 5, er potentialeberegningerne gennemført på grundlag af non-compliant volumener på henholdsvis 1,1 og 19,5 mio. kr. Det svarer til cirka 10-14 procent af non-compliant volumener, hvilket er et noget smallere grundlag end for udbudskategorierne indenfor kliniske forbrugsvarer.

Det skyldes blandt andet, at der har været massive udskiftninger i sortimentet hos leverandørerne (især indenfor engangsartikler, plastposer og sække) samt en stor andel indkøb, hvor varenumrene ikke er unikke (især fødevarer). Så selvom der er indgået fælles udbudte kontrakter på begge områder, er forbrugsmønstret så forskelligartet og så afvigende fra de oprindelige tilbudsletter, at dette har begrænset, hvor stor volumen der har kunnet analyse-

res. Det er dog Deloitte's vurdering, at potentialeberegningerne er robuste, da gevinstpotentialer har haft en konsistent størrelse igennem hele forløbet af databearbejdning og validering, hvor beregningsgrundlaget er steget fra en lille volumen op til de endelige volumener.

**Tabel 5. Beregningsgrundlag og compliancepotentialer for ikke-kliniske forbrugsvarer**

Udbudskategori	Engangsartikler, plastposer og sække	Fødevarer (kolonial, frost og køl)	I alt
<b>Total volumen (kr.)</b>	50.778.210	273.401.789	<b>324.179.999</b>
<b>Non-compliant volumen (kr.)</b>	11.262.838 (22,2 %)	142.387.299 (52,1 %)	<b>153.650.137 (47,4 %)</b>
<b>Non-compliant volumen, der indgår i beregningen* (kr.)</b>	1.100.664 (9,8 %)	19.505.600 (13,7 %)	<b>20.606.264 (13,4 %)</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale i alt (kr.)</b>	1.229.838	27.980.331	<b>29.210.169</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af total volumen</b>	<b>2,4 %</b>	<b>10,2 %</b>	<b>9,0 %</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af non-compliant volumen</b>	10,9 %	19,7 %	<b>19,0 %</b>

\* Denne volumen dækker varenumre, hvor enhedspriser på identiske varer er realiseret på aftalelister i andre regioner. Fra denne volumen er desuden fjernet kreditnotaer samt varenumre, hvor de realiserede enhedspriser er mere end dobbelt så høje som andre regioners aftalepriser, for at undgå fejlagtige gevinstestimater på grund af muligvis misvisende benchmarks (jf. metodebeskrivelsen i starten af kapitlet).

**Højere compliance:** Compliance for de to udvalgte udbudskategorier indenfor ikke-kliniske forbrugsvarer er væsentlig lavere end for de kliniske forbrugsvarer. Derfor er gevinstpotentialerne også større. Compliance på engangsartikler, plastposer og sække er på knap 78 procent, mens den på fødevarer er på knap 48 procent. Derfor er der også betydelige gevinstpotentialer indenfor fødevarer, hvor en stor del af de foretagne indkøb ikke indgår på aftalelister. Gevinstpotentialerne udgør således henholdsvis 2,4 og 10,2 procent af indkøbsvolumen i de to udbudskategorier svarende til 1,2 og 28 mio. kr.

**Bedre priser på non-compliant indkøb:** Foruden den forholdsvis lave grad af compliance bidrager det også til størrelsen af gevinstpotentialerne, at regionerne realiserer forholdsvis høje priser på non-compliant indkøb. Gevinstpotentialer udgør således henholdsvis 10,9 og 19,7 procent, når det måles i forhold til non-compliant indkøbsvolumen. Dette er udtryk for, at der kan opnås væsentlig lavere priser, hvis dette forbrug kan flyttes over til varer på eksisterende aftalelister eller ved at aftalebelægge forbruget gennem konkurrenceudsættelse.

Den forholdsvis lave compliance på de to udbudskategorier antyder sammen med de relativt høje priser på non-compliant indkøb, at indkøbet på disse områder relativt set er vanskeligere at styre end indkøbet på udbudskategorierne indenfor kliniske forbrugsvarer. Det kan skyldes flere forhold, herunder for eksempel at der er flere indkøbere på disse områder, og at der er betydelig større spredning i omfanget af forbrugsmuligheder (varenumre). Samlet giver dette en mere heterogen og spredt indkøbsadfærd, der kan være svær at styre og harmonisere i forhold til indgåede kontrakter.

Disse forhold bidrager til, at der er relativt store gevinstpotentialer ved at opnå fuld compliance, dels fordi der i betydeligt omfang købes andre varer end dem, der specifikt er indgået aftalepriser på, dels fordi de non-compliant indkøb foretages til væsentlig højere enhedspriser, end hvad der kan realiseres gennem konkurrenceudsættelse og aftalebelægning af specifikt disse varer.

### Øvrige tjenesteydelser

Tilgangen til at opgøre gevinstpotentialer ved højere compliance på sundhedsfaglige vikarydelser adskiller sig (som tidligere beskrevet) væsentligt fra metoden anvendt i forbindelse med de øvrige udbudskategorier. Kategorien adskiller sig fra de foregående udbudskatego-

rier ved at være en tjenesteydelseskategori, mens de øvrige udbudskategorier er varekøb. Det indebærer, at der er betydelig ringere datakvalitet i fakturagrundlaget, og at den centrale styring af udbudskategorien er væsentlig lavere.

Som beskrevet i afsnit 3.2.1 og som det fremgår af tabel 6 nedenfor, er regionerne enten næsten fuldt kontraktbelagte eller modsat slet ikke kontraktdekkede. I Region Hovedstaden og Region Syddanmark er de sundhedsfaglige vikarydelser – med den i denne analyse anvendte afgrænsning – således ikke kontraktbelagt. Det skyldes, at der i Region Hovedstaden i 2009 blev oprettet et internt vikarkorps blandt andet for at eliminere behovet for eksterne leverandører (og dermed kontrakter). Region Syddanmark har en praksis – men angivelig ikke en formelt vedtaget politik – om at undgå at købe vikarydelser af eksterne leverandører. I Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland er godt og vel den fulde indkøbsvolumen derimod kontraktbelagt.

I modsætning til de foregående udbudskategorier har det ikke været muligt at opgøre den fulde volumen af ydelsescompliant (svarende til varecompliant) indkøb. Baseline for at opgøre gevinster udgøres i stedet af den volumen, der ikke er leverandørcompliant, det vil sige, som bliver købt hos leverandører, der ikke er indgået kontrakt med. Ydelsescompliance har ikke kunnet opgøres, fordi leverandørerne i mange tilfælde ikke specificerer ydelsen i varelinjeteksten. Så det kan ikke udledes, hvilken faggruppe eller vagttype mv. der har været købt.

Den varierende datakvalitet i fakturagrundlaget medfører desværre, at der *ikke har kunnet gennemføres deciderede gevinstberegninger* på et robust datagrundlag fra SAS Indkøbsanalyse som i de øvrige udbudskategorier. Derfor er det sammen med arbejdsgruppen for analysen blevet besluttet at **vurdere potentialerne på et stikprøvebaseret grundlag** med stor vægt på kontraktgrundlag, da dette indeholder mest transparens i timepriserne. Vi har således gennemført analysen ved at lave dybtgående nedslag i prisforskelle på de mest købte vikarydelser hos tre af de største og bredest anvendte leverandører i regionerne. For hver leverandør har vi sammenlignet de aftalebelagte og/eller realiserede priser for forskellige faggrupper og en given vagttype (dagvagt). Ligesom i de forrige gevinstberegninger har vi taget udgangspunkt i at sammenligne identiske køb hos givne leverandører, da det forudsættes, at for eksempel en sygeplejerskevikar i dagvagt omfatter samme leverance, uanset hvor den købes. Der er i den forbindelse korrigeret for eventuelle forskelle i brug af tillæg vedrørende kørsel, uniform, kvalifikationer mv., så timerpriserne er sammenlignet uden sådanne tillæg.

Det fremgår af tabellen nedenfor, hvordan indkøbsvolumen indenfor den anvendte afgrænsning af sundhedsfaglige vikarydelser er fordelt mellem de tre udvalgte leverandører og på tværs af regionerne. Det fremgår, at volumen hos disse leverandører tilsammen udgør 66 procent af regionernes samlede volumen til køb af disse ydelser. På grund af utilstrækkelig datakvalitet og manglende dybdekendskab i regionerne er det desværre ikke muligt at opgøre, hvordan volumenerne er fordelt på faggrupper eller vagttyper.

**Tabel 6. Volumen for leverandører indenfor sundhedsfaglige vikarydelser**

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syd-danmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	I alt
<b>Leverandør 1 (kr.)</b>	Fordeling af omsætningen er kendt, men anonymiseret her					<b>43.949.779 (23 %)</b>
<b>Leverandør 2 (kr.)</b>	Fordeling af omsætningen er kendt, men anonymiseret her					<b>60.057.356 (32 %)</b>
<b>Leverandør 3 (kr.)</b>	Fordeling af omsætningen er kendt, men anonymiseret her					<b>21.757.815 (11 %)</b>
<b>Øvrige leverandører (kr.)</b>	Fordeling af omsætningen er kendt, men anonymiseret her					<b>64.621.444 (34 %)</b>
<b>Alle leverandører i alt (kr.)</b>	<b>3.476.346</b>	<b>90.551.222</b>	<b>55.905.154</b>	<b>30.395.452</b>	<b>10.058.220</b>	<b>190.386.394 (100 %)</b>
<b>Leverandørcompliance</b>	0 %	96 %	0 %	99 %	100 %	<b>59 %</b>
<b>Non-compliant indkøbsvolumen (kr.)</b>	3.476.346	3.264.195	55.905.154	220.226	0	<b>62.865.961</b>

Note: Af fortrolighedshensyn til leverandørernes omsætning i de enkelte regioner er leverandørnavne og omsætning i de enkelte regioner blevet anonymiseret.

Af tabel 7 nedenfor fremgår resultaterne af prissammenligning af ydelser for hver af de tre leverandører. Sammenstillingen er gennemført ved at anvende aftalepriserne fra de tre regioner, der tilsammen har indgået kontrakter med de pågældende leverandører, og timepriser fra SAS Indkøbsanalyse for de to regioner uden indgåede kontrakter. Procentsatserne viser potentialet for at reducere timepriserne (fra højeste timepris ned til laveste timepris) både hos de enkelte leverandører og på tværs af leverandørerne. Man skal være forsigtig med at sammenligne timepriserne for givne faggrupper på tværs af leverandører og regioner, da leverandørerne kan have forskellig prioritet mellem regioner og faggrupper, hvilket afspejler sig i timeprisen. De store variationer antyder dog, at der er mærkbare potentialer for at opnå bedre priser gennem kontraktudfyldning, herunder effektiv konkurrenceudsættelse. Herudover kan prisforskellene være udtryk for, at der foretages en del spotindkøb indenfor denne udbudskategori.

**Tabel 7. Variation i timepriser (indekserede) og prisreduktionspotentiale på forskellige faggrupper hos givne leverandører – non-compliant timepriser versus kontrakt aftalte timepriser**

	Social- og sundheds-assistent	Sygeplejerske	Sygeplejer	Social-pædagog	Sundheds-hjælper
<b>Leverandør 1 (indeks)</b>	100-131 (24 %)	100-148 (32 %)	100-107 (0%)	100 (0%)	100-107 (0%)
<b>Leverandør 2 (indeks)</b>	100-110 (9 %)	100-114 (12 %)	100-115 (13 %)	-	100-123 (19 %)
<b>Leverandør 3 (indeks)</b>	100-175 (43 %)	100-151 (33 %)	100 (0%)	100 (0 %)	100-102 (0 %)
<b>Variation på tværs af de tre leverandører (indeks)</b>	<b>100-175 (43 %)</b>	<b>100-168 (41 %)</b>	<b>100-115 (13 %)</b>	<b>100-106 (0 %)</b>	<b>100-123 (19 %)</b>

Note: Af hensyn til leverandørerne er leverandørnavnene blevet anonymiseret i tabellen og timepriserne indekseret. Der er i alle tilfælde taget udgangspunkt i timeprisen for dagvagter, eksklusive tillæg.

Læsevejledning: For hver faggruppe hos en given leverandør er spændet udtryk for indekset mellem laveste og højeste pris, hvor indeks 100 er lig laveste pris. Et spænd på eksempelvis 100-131 betyder således, at den højeste observerede timepris for den givne faggruppe hos den relevante leverandør er 31 procent højere end den laveste timepris for ditto sammensætning. Alle procentsatser udtrykker prisreduktionspotentialet fra højeste ikke-aftalebelagte pris til laveste aftalebelagte pris for en given leverandør og faggruppe. Hvis der er et spænd i priserne, men gevinstpotentialet er angivet til 0 procent, er det udtryk for, at ydelserne er købt i overensstemmelse med aftalepriser. Det vil sige, at købene har været compliant (kontraktudfyldt), og der derfor ikke er en gevinst ved højere compliance (kontraktudfyldning) specifikt. Der vil dog være en potentiel gevinst i at opnå bedre priser gennem fælles udbud, der således indgår i de senere gevinstberegninger specifikt vedrørende potentialer for flere fælles udbud.

Prisforskellene i tabel 7 giver et indtryk af **potentielle gevinster ved at opnå kontraktudfyldning** af sundhedsfaglige vikarydelser (eksklusive læger). Procentsatserne angiver således



specifikt, hvor stort prisspænd der kan være mellem at have kontrakt-dækkede vikarydelser i forhold til at købe dem uden kontraktgrundlag alene hos de mest anvendte leverandører. Der er endnu større variationer i timepriserne, når der inkluderes andre leverandører. De indgår dog ikke i vurderingen på grund af dårlig datakvalitet, der medfører usikkerhed om sammenlignelighed, og forbruget er i øvrigt noget mindre hos andre leverandører. De opgjorte prisreduktionspotentialer er som udgangspunkt kun gældende for Region Hovedstaden og Region Syddanmark, da de i modsætning til de øvrige regioner ikke har indgået kontrakter med disse leverandører. Det kan dog rimeligvis antages, at der er potentialer af tilsvarende størrelse i de øvrige regioner på indkøb af vikarydelser hos leverandører uden kontrakt. Dette udgør dog ret begrænsede indkøbsvolumener, da der som nævnt er næsten fuld compliance i de andre regioner.

Det er vigtigt at fremhæve, at disse spænd dækker over et omfattende antal forskellige observationer af timepriser. Prispunkterne kan desværre ikke vægtes på en valid måde på grund af utilstrækkelig datakvalitet/detaljeringsgrad i de mellemliggende prispunkter. Derfor kan man ikke fortolke det sådan, at regioner uden kontrakt konsekvent kan opnå 32 procent besparelse på sygeplejerskedagvagter af de indkøb, der foretages hos den første leverandør. Alle potentialerne skal derimod ses som intervaller, der giver indikation på, hvor meget der maksimalt kan spares (helt op til 43 procent på observationerne af de højeste betalte timepriser) ved at indgå aftaler med den konkrete leverandør, som der allerede købes hos. Som bemærket ovenfor kan der endog være endnu større prisspænd, hvis der sammenlignes med timepriser hos øvrige (mindre) leverandører.

Der er således potentielt store gevinster ved at øge leverandørcompliance gennem kontrakt-dækning, da der er væsentlige prisforskelle på kontraktpriser kontra ikke-kontraktpriser hos givne leverandører. Prisforskellene er så store, at de ikke blot kan forklares ved eventuelle forskelle i lokale timepris- og lønniveauer, som vi ikke specifikt har analyseret nærmere. *Besparelspotentialerne kan imidlertid ikke kobles til volumenerne med henblik på at udregne et samlet økonomisk potentiale.* Det skyldes manglende datakvalitet, der dels forhindrer valid vægtning af timepriser for givne faggrupper og vagttyper, dels umuliggør vægtning af volumen i forhold til både faggrupper og vagttyper. Det er dog væsentligt at fremhæve, at det er ganske betragtelige prisreduktionsmuligheder, der er afdækket med 13-43 procent alene på tværs af de tre største leverandører. Heraf er de største forskelle indenfor to af de største faggrupper (social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker). Til sammenligning er der noget mindre forskelle i timepriserne mellem regionernes kontraktaftalte timepriser (højst 19 procent, som det vil fremgå af afsnit 3.2.3 nedenfor). Selvom potentialerne ikke kan kvantificeres, er der ingen tvivl om, at der er tale om betydelige gevinster ved at opnå kontrakt-dækning særligt i Region Syddanmark, hvor den årlige indkøbsvolumen udgør knap 56 mio. kr.

De forholdsvis høje gevinstpotentialer ved compliance i forhold til de øvrige udbudskategorier kan til dels tilskrives, at dette område ikke styres fra centralt hold på samme måde som varekøb. Indkøb af kliniske og ikke-kliniske varekøb kan i højere grad nemmere og mere hensigtsmæssigt systemunderstøttes, hvorfor det på disse områder bedre kan styres, hvordan og hvad der kan købes, og skabes transparens i fordelagtige prisniveauer. Sundhedsfaglige vikarydelser bestilles ligesom størstedelen af alle øvrige tjenesteydelser derimod udenom indkøbssystemer. Det kan gøre det vanskeligt at opnå høj compliance, selv når der er indgået kontrakter på et givet område. Derudover er det vanskeligt for bestillerne at forholde sig til enhedspriserne, når der ikke er transparens i timepriser (fx via indkøbssystemer), der kan bruges som referencepunkt til at vurdere, om afregning finder sted til konkurrencedygtige priser.

### 3.2.3 Opsamling og perspektivering

De kliniske forbrugsvarer bærer samlet præg af en overordnet høj kontrakt-dækning og forholdsvis god brug af aftalebelagte varer, hvilket medfører høje niveauer af compliance. Regionerne indgår generelt bredt dækkende kontrakter med en stor del af leverandørmarkedet indenfor de analyserede udbudskategorier. Det indebærer naturligt et forholdsvis begrænset gevinstpotentialer ved at opnå højere compliance end hidtil. Der betales dog væsentlig højere

priser for non-compliant indkøb i forhold til i andre regioner, der har aftalebelagt de samme varer. Derfor er det en væsentlig konklusion, at der er et gevinstpotentiale for regionerne i at få lige så gode aftalepriser på non-compliant indkøb, som andre regioner har, for eksempel gennem bedre og bredere kontrakt-dækning.

Indenfor de ikke-kliniske forbrugsvarer er der ligeledes potentiale for at opnå bedre priser gennem pris aftaler på varer, der afspejler de faktiske behov. Derudover er der et vigtigt indsatsområde i at opnå bedre styring af forbruget. Der er således et vist forbrug i supermarkeder mv., der bør søges elimineret i et forsøg på at præge den spredte indkøbsadfærd mod øget konsolidering.

Det største potentiale forekommer dog at være indenfor vikarydelser specifikt i de regioner, der ikke har indgået kontrakter på området, dels fordi der er så omfattende volumen, der købes uden kontraktgrundlag, dels fordi timepriserne er markant højere, når de ikke er konkurrenceudsat effektivt gennem centralt udbud og kontraktindgåelse. Indenfor denne udbudskategori er potentialerne således især afgrænset til de to regioner, der ikke har kontrakt-dækket vikarydelser, og de er derfor primært forbundet med at kontrakt-dække området. Det er en stor udfordring, at datagrundlaget er så mangelfuldt, da det blandt andet forhindrer robuste potentialeberegninger. Derfor kan det være svært at afgøre, hvor mange ressourcer der skal investeres i at optimere dette område, og hvordan det skal prioriteres i forhold til andre udbudskategorier.

Samlet set er der afdækket gevinstpotentialer ved højere compliance, herunder kontrakt-dækning, for i alt cirka 36 mio. kr. indenfor de fem analyserede varegrupper og et betydeligt ikke-quantificeret potentiale indenfor vikarydelser. Det forekommer indlysende, at der vil være en positiv businesscase for regionerne i at investere ressourcer i blot nogle få årsværk dedikeret til at realisere disse potentialer.

### Fortolkning og realisering af gevinster

Som tidligere beskrevet indebærer den valgte metode til beregning af gevinstpotentialer i princippet en forudsætning om, at regionerne kan indgå pris aftaler på non-compliant indkøb. Dette kan være vanskeligt på kort sigt på grund af udbudslovmæssige barrierer og kontraktbindinger med nuværende leverandører. Derfor kan der helt praktisk være en tidshorizont af kortere eller længere varighed, før regionerne kan realisere potentialerne. Herunder kan det være en forudsætning for realisering, at regionerne styrker samarbejdet om udbud og kontraktindgåelse for at opnå lavest mulige enhedspriser på tværs af forskelligartede behov mellem regionerne. Omvendt kan de estimerede potentialer muligvis være en approksimation af de tilsvarende prisspænd mellem enhedspriser på non-compliant indkøb og på aftalevarer individuelt i regionerne. I givet fald vil de angivne potentialer kunne realiseres også på kort sigt ved at ændre indkøbsadfærd, så forbruget af varer på aftalelister øges.

Samtidig er det vigtigt at betragte gevinstberegningerne i et mere overordnet perspektiv som en generel anskueliggørelse af, hvad omkostningerne er ved ikke at have den rette kontrakt-dækning i forhold til de faktiske behov og specifikke forbrug. De afdækkede gevinster udtrykker kun de direkte gevinster baseret på sammenligning af eksisterende enhedspriser. En yderligere potentiel gevinst, der ikke er indregnet, er, at højere compliance giver større indsigt i det faktiske forbrugsmønster og større troværdighed i tilsagn om forventet volumen overfor leverandører i kommende udbud, hvilket kan have en yderligere nedadgående effekt på enhedspriserne i forhold til dem, der realiseres i dag.

De afdækkede potentialer anviser altså et behov for, at planlægning og gennemførelse af udbud finder sted på grundlag af dybtgående indsigt i behov og indkøbsadfærd i den relevante udbudskategori. Samtidig erstatter det naturligvis ikke behovet for også at sikre høj compliance gennem kommunikation om indgåede kontrakter, opfølgning på faktisk forbrug og styring af eksempelvis bestillings- og betalingsmulighederne hos andre leverandører eller for andre varer end dem, der er omfattet af kontrakter.



Højere compliance kan for eksempel søges opnået gennem systemunderstøttet styring. Konkrete initiativer kan omfatte bedre styring af, hvilke varer der kan bestilles i indkøbssystemerne, stærkere kontrol af leverandørkataloger, krav til, at der kun betales fakturaer med forudgående elektronisk indkøbsordre, og regler for godkendelse af indkøbsordrer. Generelt forbedres compliance bedst med den rette balancering af styring med opfølgning og ikke mindst vejledning. Således er det særdeles vigtigt at understøtte med kommunikation og support, da compliance i mange tilfælde også handler om interessenters manglende kendskab til aftaler og gevinster, eller hvor let de oplever at kunne gennemføre bestillinger.

### 3.3 Gevinster ved flere fælles udbud

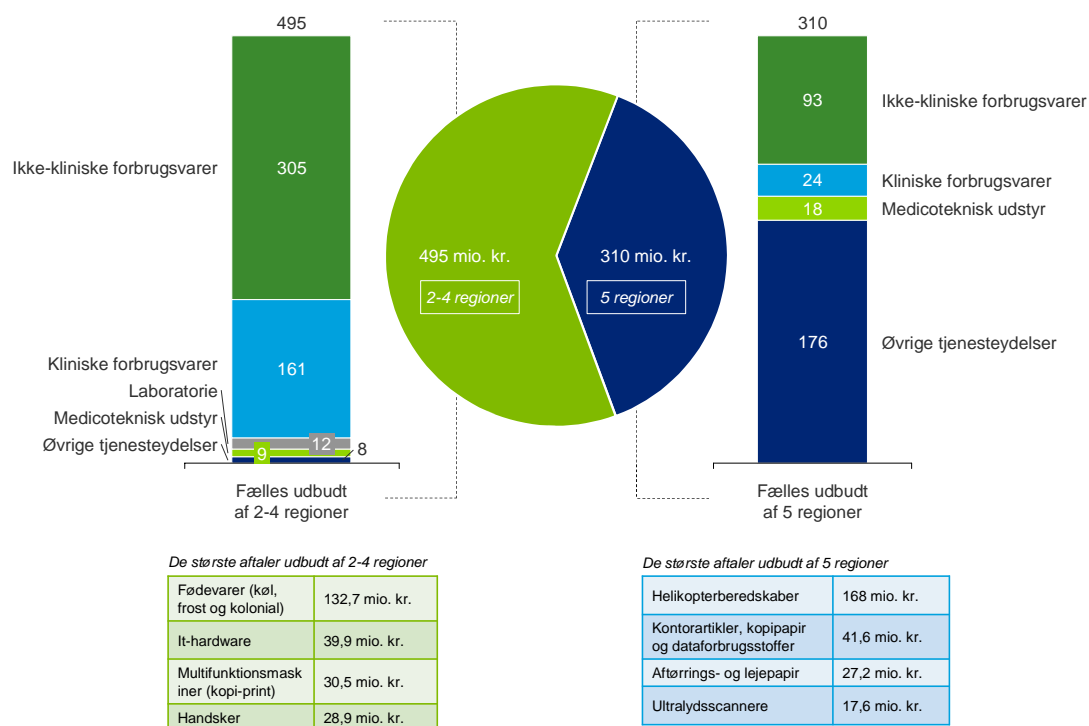
Fælles udbud forstås her som, at minimum to regioner gennemfører et udbud i fællesskab. Fælles udbud er således ikke nødvendigvis ensbetydende med en fuld konsolidering og landsdækkende rammeaftaler. Herunder kan fælles udbud også omfatte koordinerende rullende udbud, der gennemføres efter ensartede principper, men med forskudt timing. Det vil sige, at fælles udbud kan omfatte både brede og smalle rammeaftaler, hvor det centrale er, at processer og rammer i vid udstrækning er koordineret og harmoniseret. I den forbindelse skal udbud forstås som processen fra planlægning og forberedelse af udbud over annoncering og tilbudsindhentning til tildeling og kontraktindgåelse.

Desuden skal det bemærkes, at fælles udbud – ligesom individuelle udbud – typisk vil omfatte sammensætning af delaftaler, der kan være delt op i forhold til funktionalitet eller geografi mv. Det vil sige, at et fælles udbud mellem to regioner i princippet kan omfatte separate delaftaler for hver region, så kravspecifikationer for eksempel tilgodeser individuelle kliniske behov. Fælles udbud indebærer derfor ikke nødvendigvis komplet standardisering af alle elementer i et udbud. Selv ved sådanne opdelinger kan det være fordelagtigt at gennemføre fælles udbud, da konsolidering af udbudsprocessen blandt andet kan medføre mere effektiv konkurrenceudsættelse og lavere transaktionsomkostninger.

Herudover er fælles udbud også en forudsætning for at arbejde mere systematisk med kategoristyring og opfølgning på tværs af regioner. På den måde vil der således også være fordele i, at udbudskategorier planlægges, styres og prioriteres i samarbejde mellem regioner, så løbende optimering af kategorien foregår efter en ensartet tværgående tilgang.

Som kortlagt i afsnit 2.2 er det foreløbig kun en marginal del af den samlede indkøbsvolumen, der er udbudt fælles. Der er derfor potentiel mulighed for bedre udnyttelse af købekraft og stærkere konkurrenceudsættelse for en stor del af regionernes indkøb. Det gælder især indenfor kliniske forbrugsvarer og tjenesteydelser, idet der hidtil har været forholdsvis stort fokus på fælles udbud af ikke-kliniske forbrugsvarer. Deloitte har i figur 7 opgjort, hvordan de hidtidige fælles udbud er fordelt på udbudsområder.

**Figur 7. Fordeling af regionernes hidtidige fælles udbud**



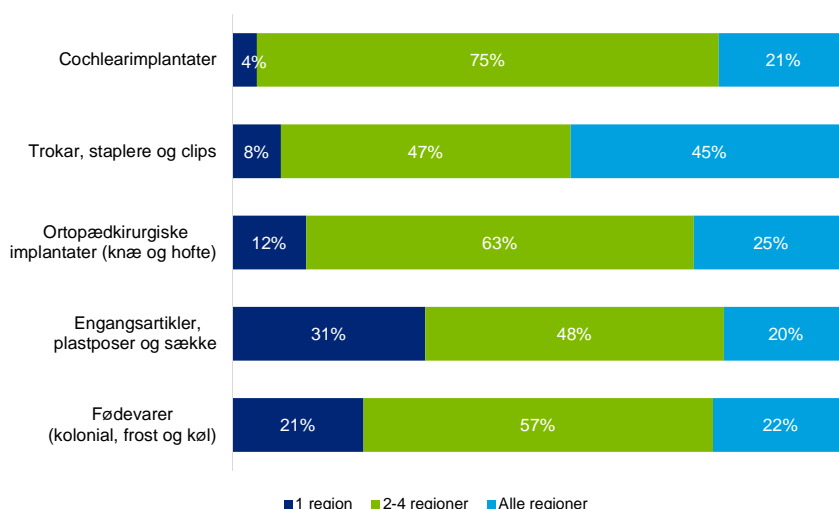
Derudover omfatter de centrale drivere for effektivisering af indkøb gennem fælles udbud blandt andet øget standardisering, bedre udnyttelse og opbygning af kompetencer og ikke mindst, at der er en stærk governance til at sikre fokus og prioritering af de fælles udbud. I kapitel 4 belyses det nærmere, om disse faktorer understøttes af den nuværende organisering på indkøbsområdet, herunder relevante organiseringsmæssige forbedringsmuligheder. I de følgende afsnit gennemføres beregninger af besparelspotentialer baseret på prismæssige forskelle mellem regionerne.

### 3.3.1 Analysegrundlag

Som beskrevet tidligere foretages analysen af gevinstpotentialer ved flere fælles udbud på grundlag af samtlige indkøb i de seks udvalgte udbudskategorier. Den samlede indkøbsvolumen i de analyserede kategorier udgør således som udgangspunkt cirka 1 mia. kr., jf. kapitel 2. Indenfor denne volumen sammenholdes alle realiserede enhedspriser på givne varer med de laveste aftalepriser eller realiserede priser på tværs af regioner. Analysen gennemføres udelukkende på fuldkommen identiske varer hos givne leverandører.

Den valgte metode er hensigtsmæssig, blandt andet fordi der er så betydelige overlap i regionernes faktiske indkøb. Langt størstedelen af volumen indenfor de seks udvalgte kategorier omfatter således køb af identiske varenumre (og vikarydelser) hos givne leverandører på tværs af regionerne. I figur 8 ses det for eksempel, at blot 8 procent af volumen på trokarer, stablere og clips indkøbes på varenumre, der kun købes af én region, mens 45 procent af volumen indkøbes på varenumre, der købes af alle fem regioner. I forhold til engangsartikler, plastposer og sække er det til gengæld 31 procent af volumen, der kun købes af én region. Det omfatter i høj grad indkøb i Region Hovedstaden, der hidtil selv har kontrakt dækket området, mens de øvrige fire regioner har udbudt det fælles.

**Figur 8. Andel af volumen indenfor en kategori, der købes på varenumre, der købes af henholdsvis en, flere eller alle regioner**



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015.

Note: Region Sjælland indgår ikke i opgørelsen over cochlearimplantater, da regionen ikke har behandlingsspecialt og derfor ikke indkøber cochlearimplantater, men kun batterier mv. Opgørelsen er ikke foretaget for vikarydelser på grund af utilstrækkelig datakvalitet i fakturagrundlaget. For vikarydelser er der dog fuld sammenlignelighed i indkøbene af specifikke kombinationer af faggrupper og vagttyper på tværs af regioner, så en stor del af volumen vil være identisk på tværs af regionerne.

Da der er så store overlap i regionernes indkøb og ret begrænsede unikke indkøb i én region, er der et både bredt og dybt analysegrundlag af relevante referencepriser indenfor alle kategorierne. I det følgende afsnit, hvor gevinstpotentialerne er beregnet, redegøres der for, hvor store andele af volumenerne der udgør analysegrundlaget i hver udbudskategori.

På grund af utilstrækkelig datakvalitet i fakturagrundlaget for vikarydelser har det ikke været muligt at foretage samme systematiske benchmarking af realiserede enhedspriser (timepriser) på tværs af regionerne. Det skyldes, at varebeskrivelsen på fakturaerne i mange tilfælde ikke er specificeret i forhold til faggruppe, vagttype og/eller tillæg mv. Derfor har tilgangen til potentialeberegning i denne kategori været baseret på en blanding af kontraktgennemgang af aftalepriser og stikprøver af realiserede priser fra fakturaer med tilstrækkelig detaljeringsgrad.

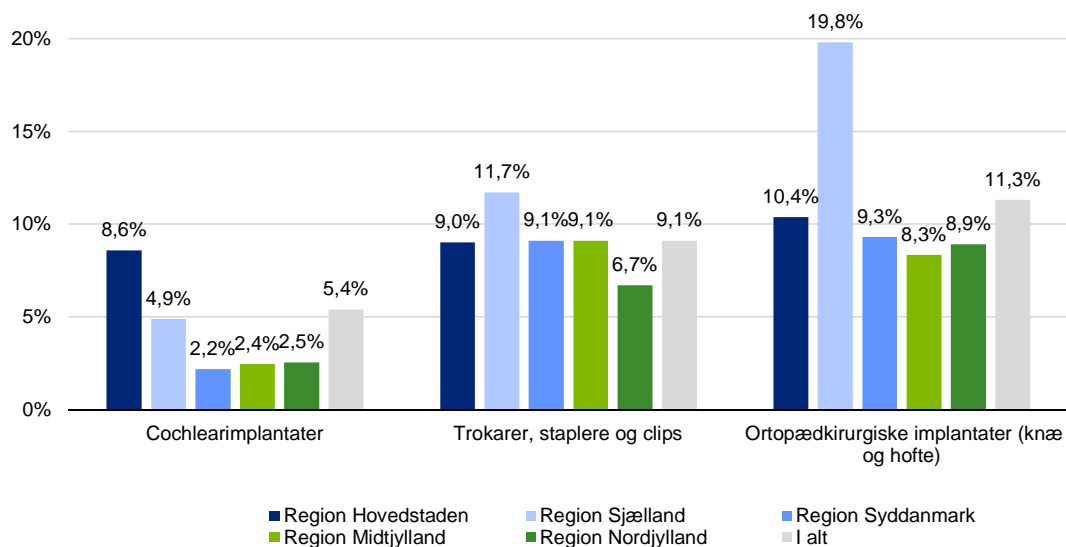
### 3.3.2 Gevinstpotentialer

De identificerede gevinstpotentialer ved fælles udbud er som tidligere beskrevet opgjort ved at sammenholde enhedspriser i hver region med de identificerede laveste enhedspriser på identiske varer hos givne leverandører på tværs af regionerne. Til forskel fra gevinstberegninger vedrørende compliance er prissammenligningerne her gennemført for hele indkøbsvolumen, det vil sige ikke kun for non-compliant indkøb. De laveste enhedspriser er identificeret enten gennem aftaleprislister eller gennem laveste realiserede enhedspriser fra dataudtrækket fra SAS Indkøbsanalyse. Nedenfor er potentialerne opgjort for hver af de udvalgte udbudskategorier opdelt på de tre udbudsområder.

#### Kliniske forbrugsvarer

I figur 9 fremgår besparelspotentialerne for de tre udvalgte udbudskategorier indenfor kliniske forbrugsvarer. Det fremgår, at vi har opgjort besparelspotentialet til 5,4 procent af indkøbsvolumen vedrørende cochlearimplantater. Dette er baseret på, at alle identiske indkøb kan foretages til den hidtil laveste realiserede pris i regionerne. Tilsvarende udgør besparelspotentialerne 9,1 procent for trokarer, staplere og clips og 11,3 procent for ortopædkirurgiske implantater (afgrænset til knæ og hofte).

**Figur 9. Gevinstpotentialer ved flere fælles udbud på kliniske forbrugsvarer**



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015, der er beriget med aftalelister og tilbudsletter fra regionerne.

Det fremgår af figuren ovenfor, at der er store variationer i gevinstpotentialer mellem regionerne vedrørende cochlearimplantater. Region Hovedstadens gevinstpotentialer udgør 8,6 procent, mens Region Syddanmark har et potentiale på 2,2 procent. Det skyldes, at Region Hovedstaden har højere priser på en række specifikke implantater end de andre regioner. Eftersom det er en udbudskategori med løbende teknologisk udvikling, kan det ikke afvises, at enhedspriserne kan hænge sammen med timingen af udbud. Det er dog usikkert, hvor stor betydning det har haft i dette tilfælde, da Region Hovedstaden indgik kontrakt blot fire måneder før de tre regioner vest for Storebælt.

Der er ligeledes en stor variation i regionernes gevinstpotentialer indenfor ortopædiske implantater, hvorimod potentialerne indenfor trokarer, staplere og clips er mere ensartede.

Generelt er potentialerne udtryk for, at der er variationer i, hvilke enhedspriser der realiseres på specifikke varenumre hos givne leverandører. Indenfor alle tre udbudskategorier gælder det, at der ikke er en entydig tendens til, at én region konsekvent opnår de laveste eller højeste priser og dermed har et systematisk mindre eller højere gevinstpotentialer end de øvrige regioner.

I tabel 8 fremgår beregningsgrundlaget for de tre udbudskategorier. Det kan for eksempel aflæses, at gevinstberegningen vedrørende cochlearimplantater er gennemført på grundlag af en volumen på 70,6 mio. kr. svarende til 99,6 procent af den totale indkøbsvolumen. Det vil sige, at det kun er en indkøbsvolumen på få hundrede tusinde kroner, der ikke indgår i beregningsgrundlaget som følge af, at der i denne volumen ikke foreligger referencepriser på identiske varekøb i minimum to regioner til at gennemføre prissammenligning. Deloitte har i denne udbudskategori afdækket et gevinstpotentialer på 5,4 procent svarende til 3,8 mio. kr. for alle regionerne tilsammen.

**Tabel 8. Beregningsgrundlag og fælles udbudspotentialer for kliniske forbrugsvarer**

Udbudskategori	Cochlear-implantater	Trokarer, staplere og clips	Ortopædkirurgiske implantater	I alt
<b>Total volumen (kr.)</b>	70.948.189	132.337.012	236.562.212	<b>439.847.413</b>
<b>Andel af volumen, der indgår i beregningen* (kr.)</b>	70.638.162 (99,6 %)	95.396.803 (72,1 %)	220.984.042 (93,4 %)	<b>387.019.007 (88,0 %)</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale i alt (kr.)</b>	3.833.112	12.047.199	26.914.708	<b>42.795.019</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af total volumen</b>	<b>5,4 %</b>	<b>9,1 %</b>	<b>11,4 %</b>	<b>9,7 %</b>

\* Denne volumen dækker varenumre, hvor enhedspriser på identiske varer er realiseret i andre regioner gennem faktiske indkøb eller fra aftalelister. Fra denne volumen er desuden fjernet kreditnotaer samt varenumre, hvor de realiserede enhedspriser er mere end dobbelt så høje som andre regioners realiserede enhedspriser i SAS Indkøbsanalyse eller aftalelister, for at undgå fejlagtige gevinstestimater på grund af muligvis misvisende benchmarks (jf. metodebeskrivelsen i starten af kapitlet).

Det er ikke helt overraskende, at gevinstpotentialer relativt set er mindre for cochlearimplantater end for de øvrige udbudskategorier. Det skyldes, at det er en udbudskategori med høj grad af konsolidering i forhold til både leverandører, varenumre og hvor mange afdelinger der bestiller varerne i kategorien. Samtidig er der meget høj kontraktdekning, og der er kun mindre variationer i de kontraktaftalte enhedspriser mellem regionerne. Lighederne i enhedspriser skyldes muligvis, at de bruger flere af de samme leverandører og produkter, samt at regionerne gennemførte de seneste udbud med få måneders mellemrum. Der kan dog i praksis være større gevinstpotentialer for alle regionerne, da det er en kategori med en vis teknologisk udvikling, og der er gået mere end halvandet år siden seneste gennemførelse af udbud.

Gevinstpotentialerne er opgjort til at være omtrent dobbelt så store i de øvrige udbudskategorier. For trokarer, staplere og clips er potentialet forholdsvis stort, fordi der er så stor grad af identiske indkøb (næsten halvdelen af volumen omfatter helt identiske varer, som alle fem regioner køber), der tilmed afregnes til forskelligartede enhedspriser. Det taler stærkt for, at der gennemføres fælles udbud på tværs af regionerne, fordi volumen i forvejen er så konsolideret hos enkelte leverandører og på et ensartet forbrug. Samtidig er det en udbudskategori med forholdsvis mange leverandører, så der forekommer at være reel konkurrence på området.

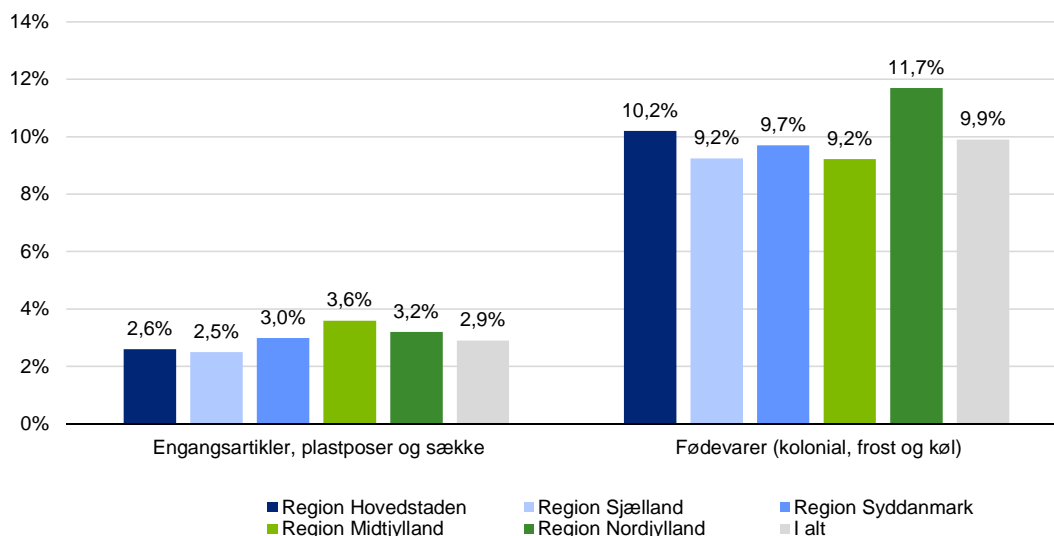
Indenfor ortopædiske implantater vurderes det mærkbare gevinstpotentiale især at skyldes, at det er en kategori, hvor der ikke for alvor er sket en omfattende standardisering indenfor de enkelte regioner. Derfor er der uudnyttede effektiviseringsgevinster ved konsolidering og ved bedre udnyttelse af købekraft og professionalisering mv. både individuelt og fællesregionalt. Det er et meget komplekst område, der ifølge flere respondenter i regionerne har været svært at effektivisere, blandt andet fordi der er stærke kliniske holdninger til kravspecifikation, og fordi det er en særdeles bred udbudskategori, hvor der købes mange tusind forskellige varenumre. Herunder bidrager det ikke til datatransparens for indkøbsfunktionerne, at der – som beskrevet tidligere – hidtil kun er oversat og vedtaget en ældre version af UNSPSC-koderne, hvor samtlige indkøb i denne kategori falder indenfor én gruppering. I den nyeste internationale version (hvor oversættelsen til dansk forventes igangsat i 2016) er der cirka 100 UNSPSC-koder for ortopædiske implantater. Det giver dermed mere detaljeret indsigt i udbudskategorien og et bedre grundlag for planlægning og gennemførelse af udbud i form af blandt andet hensigtsmæssig strukturering i delaftaler. Årsagen til, at vi har kunnet afdække så mærkbart et gevinstpotentiale, er, at der faktisk er relativt stort omfang af identiske indkøb mellem regionerne med store prisvariationer, hvilket altså indebærer et betydeligt potentiale ved fælles udbud.

### Ikke-kliniske forbrugsvarer

Det fremgår af figur 10, at der i begge udbudskategorier er ensartede gevinstpotentialer mellem regionerne ved flere fælles udbud. Potentialerne varierer i regionerne mellem 2,5 og 3,6

procent indenfor engangsartikler, plastposer og sække og mellem 9,2 og 11,7 procent indenfor fødevarer (afgrænset til kolonial, frost og køl).

**Figur 10. Gevinstpotentialer ved flere fælles udbud på ikke-kliniske forbrugsvarer**



Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015, der er beriget med aftalelister og tilbudsletter fra regionerne.

Det er interessant, at gevinstpotentialerne vedrørende engangsartikler, plastposer og sække varierer mellem de fire regioner, der har udbudt det fælles (det er kun Region Hovedstaden, der hidtil har udbudt det alene). Vores analyse har vist, at der på trods af det gennemførte fælles udbud er store variationer i, hvilke varenumre regionerne køber, hvilket blandt andet skyldes, at der har været en del sortimentsudskiftning siden kontraktstart. Fra kontraktens begyndelse frem til nu har der således ikke været tværgående styring af forbruget, herunder brugen af specifikke varenumre, der derfor har udviklet sig i ret forskellige retninger. Det viser, at der er potentiale for bedre tværgående styring og koordinering. Omvendt er potentialerne forholdsvis beskedne, fordi der har været relativt begrænsede prisforskelle mellem regionerne på de varer, hvor der er udskiftet til nye identiske varenumre. Det fremgår af tabel 9, at der er beregnet et gevinstpotentiale på knap 1,5 mio. kr. i denne udbudskategori baseret på et beregningsgrundlag på knap 29 mio. kr.

**Tabel 9. Beregningsgrundlag og fælles udbudspotentialer for ikke-kliniske forbrugsvarer**

Udbudskategori	Engangsartikler, plastikposer og sække	Fødevarer (kolonial, frost og køl)	I alt
<b>Total volumen (kr.)</b>	50.778.305	273.401.789	<b>324.180.094</b>
<b>Andel af volumen, der indgår i beregningen* (kr.)</b>	28.980.391 (57,1 %)	148.562.930 (54,3 %)	<b>177.543.321 (54,8 %)</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale i alt (kr.)</b>	1.480.726	27.104.019	<b>28.584.745</b>
<b>Estimeret gevinstpotentiale som andel af total volumen</b>	<b>2,9 %</b>	<b>9,9 %</b>	<b>8,8 %</b>

\* Denne volumen dækker varenumre, hvor enhedspriser på identiske varer er realiseret i andre regioner gennem faktiske indkøb eller fra aftalelister. Fra denne volumen er desuden fjernet kreditnotaer samt varenumre, hvor de realiserede enhedspriser er mere end dobbelt så høje som andre regioners realiserede enhedspriser i SAS Indkøbsanalyse eller aftalelister, for at undgå fejlagtige gevinstestimater på grund af muligvis misvisende benchmarks (jf. metodebeskrivelsen i starten af kapitlet).

Der er to primære forklaringer på, at gevinstpotentialer vedrørende engangsartikler, plastposer og sække er relativt lille. For det første har området allerede været fælles udbudt i vidt omfang, så købekraft og (initial) konsolidering er i vid udstrækning blevet udnyttet. For det

andet har kategorien været udbudt flere gange før. Så gevinster forbundet med henholdsvis skala og med standardisering er i høj grad udtømt. Regionerne er nu i proces med at indgå fælles kontrakt for alle fem regioner, og det må i den sammenhæng formodes, at det kun medfører mindre besparelser.

Der er betydelig større gevinstpotentialer indenfor fødevarer (afgrænset til kolonial, frost og køl), der er beregnet til knap 10 procent svarende til godt 27 mio. kr. på landsplan. Dette er på trods af at der har været gennemført fælles udbud mellem de tre regioner vest for Storebælt. Udbudskategorien er karakteriseret ved en høj grad af leverandørmæssig konsolidering, idet der reelt kun eksisterer tre leverandører, der kan levere bredt og dybt nok indenfor dette område. Der er som beskrevet tidligere alligevel forholds lav compliance i forhold til både leverandører og varer. Generelt er der i denne udbudskategori stor variation i enhedspriserne på identiske varer mellem regionerne. Det gør sig især gældende på non-compliant indkøb. Derfor er der relativt set større gevinstpotentialer ved højere compliance end ved flere fælles udbud. Det skyldes, at compliancepotentialet er beregnet på en mindre volumen, hvor der relativt set er større prisforskelle mellem non-compliant indkøb og aftalebelagte varer sammenlignet med de gennemsnitlige prisvariationer i hele udbudskategorien. Det betyder, at fokus i effektivisering af fødevarer primært bør være på at opnå højere compliance og sekundært på at gennemføre flere fælles udbud.

### Øvrige tjenesteydelser

I det følgende analyseres potentialerne ved fælles at udbyde sundhedsfaglige vikarydelser. Som nævnt tidligere adskiller tilgangen til denne kategori sig i høj grad fra de øvrige kategorier, da datagrundlaget samt datakvaliteten i fakturagrundlaget på dette område er væsentlig afvigende.

I tabel 10 ses de samme spænd i timepriser på tværs af leverandører, der blev præsenteret tidligere i afsnit 3.2.2. Dog fremgår der nu tre rækker af prisreduktionspotentialer under intervallerne af timepriser. I den første række ses de isolerede maksimale potentialer ved højere compliance (kontraktdækning), og i den anden række ses potentialerne specifikt ved fælles udbud. I den sidste række ses de samlede maksimale prisreduktionspotentialer vedrørende vikarydelser. Det vil sige, at den midterste række af gevinstpotentialer (fx seks procent vedrørende socialpædagoger) er en specifik sammenligning af timepriser alene mellem regioner, der har indgået kontrakter med en eller flere af de pågældende leverandører. Dermed udtrykker det, i hvor høj grad de enkelte regioner opnår forskellige aftalepriser hos kontrakt-havende leverandører og dermed har potentiale for at opnå lavere priser gennem fælles udbud. Variationer kan dog også være forbundet med geografiske forskelle i lønniveauer og dermed timepriser, eller fordi regionerne har udbudt forskellige totale volumener, herunder vægtning af de underliggende faggrupper og vagttyper og forskellig leverandørprioritering mv. Disse forhold er ikke analyseret nærmere.

**Tabel 10. Variation i timepriser og prisreduktionspotentiale for dagvagter af forskellige faggrupper mellem tre af de største leverandører – non-compliant og compliant timepriser versus kontraktaftalte timepriser**

	Social- og sundheds-assistent	Sygeplejerske	Sygeplejer	Social-pædagog	Sundheds-hjælper
Variation i timepris (kr.)	233-408	238-401	226-259	251-267	224-275
Isoleret potentiale for prisreduktion ved højere compliance (kontraktdækning)	(43 %)	(41 %)	(13 %)	(0 %)	(19 %)
Isoleret potentiale for prisreduktion ved flere fælles udbud	(9 %)	(12 %)	(13 %)	(6 %)	(19 %)
<b>Samlet maksimal prisreduktion</b>	<b>(43 %)</b>	<b>(41 %)</b>	<b>(13 %)</b>	<b>(6 %)</b>	<b>(19 %)</b>

Note: Der er i alle tilfælde taget udgangspunkt i timeprisen for dagvagter, eksklusive tillæg.

Læsevejledning: Første række angiver spænd i timepriser i kroner mellem de tre leverandører. Anden række angiver gevinstpotentialer specifikt vedrørende compliance (som opgjort tidligere), det vil sige, hvor ikke-kontraktdækkede timepriser sammenholdes med kontrakt-dækkede timepriser. Tredje række angiver gevinstpotentialer specifikt ved fælles udbud, det vil sige sammenligning af kon-



trakt dækkede timepriser mellem regioner. Fjerde række angiver det samlede maksimale gevinstpotentiale som den højeste værdi af enten compliance eller fælles udbudspotentiale.

Det fremgår af tabellen ovenfor, at de isolerede potentialer for prisreduktion gennem flere fælles udbud er betydelig mindre end de tilsvarende gevinstpotentiale vedrørende højere compliance. Som beskrevet tidligere ligger de største umiddelbare gevinster således i at sikre høj compliance (kontraktdækning). Men med de store volumener, der købes for årligt, og de afdækkede potentialer på 6-19 procent ved fælles udbud, er der imidlertid også mærkbare gevinstpotentiale ved fælles udbud selv i regioner, der har høj kontraktdækning.

Variationerne i timepriser kan som nævnt til en vis grad forklares ved strukturelle forskelle, men det vurderes ikke fuldt ud at være tilfældet. Der er således faktorer, der trækker timepriserne i både opad- og nedadgående retning i de enkelte regioner. For eksempel kan højere løn- og leveomkostninger i Region Hovedstaden trække i retning af højere timepriser, mens et antageligt højere udbud af sundhedsfagligt personale i vikarbureauer (og dermed større konkurrence) samme sted omvendt kan trække timepriserne i nedadgående retning. I vores analyser af timepriserne har vi ikke konstateret systematisk højere eller lavere timepriser i regionerne.

I modsætning til de anskueliggjorte potentialer vedrørende compliance er potentialerne vedrørende fælles udbud mere direkte udtryk for en prisreduktion, der faktisk kan realiseres for givne faggrupper. Et spænd på eksempelvis 12 procent vedrørende sygeplejersker er således udtryk for variationen mellem kontraktuelt fastsatte timepriser og dermed – alt andet lige – hvad regionerne som hovedregel betaler for denne faggruppe og vagttype, eksklusiv tillæg. De opgjorte potentialer vedrørende fælles udbud er således ganske robuste, da de ikke blot er bygget på stikprøver, der i varierende omfang kan omfatte spotindkøb. Derudover er de relevante for alle regionerne, uanset om de i dag har kontrakt dækket området eller ej, da det handler om hvor attraktiv en timepris, regionerne kan realisere gennem stærk konkurrenceudsættelse. Det vil sige, at selv regioner, der har fuld kontraktdækning, kan opnå gevinstpotentiale på 6-19 procent (vedrørende dagvagter eksklusiv tillæg) gennem fælles udbud. Det eksakte potentiale vil blandt andet afhænge af, hvordan regioners forbrug fordeler sig mellem faggrupper og vagttyper mv. De største potentialer vil dog relativt set fortsat være i regioner uden kontraktdækning, det vil sige i Region Syddanmark og Region Hovedstaden.

Der kan desværre fortsat ikke kvantificeres et samlet økonomisk gevinstpotentiale, fordi datagrundlaget ikke muliggør vægtning af indkøbsvolumen i forhold til faggrupper og vagttyper.

### 3.3.3 Opsamling og perspektivering

Der er betydelige overlap i regionernes køb af identiske varer, men som afregnes til forskellige enhedspriser. Der er derfor forholdsvis store gevinstpotentiale ved at gennemføre flere fælles udbud – særligt vedrørende kliniske forbrugsvarer. Herunder er potentialerne særlig store på de områder, hvor der ikke er opnået særlig høj standardisering, konsolidering eller koordinering individuelt eller mellem regionerne. Da der er så store grader af ensartede indkøb, kan der altså selv indenfor klinisk komplekse udbudskategorier være store gevinster i at udbyde områderne fælles, fordi der i praksis er ens behov og samme anvendelse af leverandører og specifikke varenumre.

Potentialeerne ved fælles udbud er mindre vedrørende ikke-kliniske forbrugsvarer, hvilket skal ses i forhold til udbudshistorikken. Det reducerer således potentialet, hvis området har været genudbudt flere gange enten individuelt eller i fællesskab. Derfor vil gevinstpotentialeerne indenfor disse kategorier være størst der, hvor der hidtil ikke har været anvendt fælles udbud.

I forhold til vikarydelser er gevinstberegningerne gennemført på et mindre omfattende grundlag, og potentialerne skal derfor fortolkes med forsigtighed. Men også her er der potentielle gevinster ved fælles udbud. De er dog ikke så store som ved compliance, hvilket er forventeligt, da de første og største gevinster i effektivisering af et indkøbsområde typisk omfatter, at der overhovedet indgås kontrakter. Der er dog både direkte og indirekte gevinster ved fælles



udbud, ligesom dette kan være en løftestang til at sikre compliance og fordelagtige priser, blandt andet fordi de to regioner uden kontrakter principielt ikke har til hensigt at bruge eksterne leverandører. Det er en væsentlig udfordring, at der er så dårligt datagrundlag vedrørende vikarydelser. Dette reducerer transparensen i regionernes indkøb og gør det vanskeligt at styre området. Derfor bør det være et højt prioriteret indsatsområde at etablere et bedre datagrundlag blandt andet ved at stille krav til leverandører om et større detaljeringsniveau ved fakturering fremadrettet.

Samlet set udgør gevinstpotentialerne ved fælles udbud mere end 70 mio. kr. i de fem analyserede udbudskategorier indenfor varekøb. Dertil kommer et betydeligt potentiale vedrørende vikarydelser, der dog ikke har været muligt at kvantificere. Hvis regionerne kan styrke samarbejdet på indkøbsområdet, opnå stærkere konkurrenceudsættelse og gennemføre flere fælles udbud, kan der altså realiseres omfattende gevinster. Selv hvis stærkere samarbejde kræver investeringsbehov i flere og eventuelt mere specialiserede kompetencer, skal der meget til, for at businesscasen bliver negativ set i lyset af gevinstpotentialernes størrelse.

### Opsamling og perspektivering

Det er beskrevet tidligere i kapitlet, hvordan den valgte metode implicit indebærer en antagelse om, at alle regioner kan realisere de laveste enhedspriser på givne identiske varer, der i dag realiseres af regionerne enkeltvis. Som beskrevet i afsnit 3.1.2 kan realiserbarheden diskuteres ud fra et operationelt perspektiv. Beregningerne tager således ikke højde for blandt andet tidshorizonten, hvori det kan realiseres, eller timingen i, at priserne kan have ændret sig både i den analyserede tidsperiode og efterfølgende. Sidstnævnte forhold kan trække i retning af både en underestimering og en overestimering af potentialet, idet der dels kan være foretaget prisregulering i opadgående retning i den analyserede tidsperiode, dels kan være sket teknologisk udvikling, der har reduceret markedspriserne siden den analyserede tidsperiode. Herunder er det ikke muligt at isolere, hvilken effekt det har på priserne og dermed gevinstpotentialerne, at markedsdynamikken ikke altid er transparent. Det vil sige, at de samme leverandører kan tilbyde vidt forskellige priser fra udbud til udbud afhængigt af udbudte volumener, strategi for at opbygge eller fastholde en markedsposition, vinderhistorik i andre nylig gennemførte udbud osv.

Hvis der anlægges en mere strategisk end operationel fortolkning af resultaterne, skal gevinstpotentialerne ses som udtryk for, at der betales højere enhedspriser end realiserbart, fordi der ikke opnås fuld udnyttelse af købekraft eller gevinsterne ved konsolidering, herunder professionalisering og mere effektiv konkurrenceudsættelse. Der er ikke indregnet eventuelle dynamiske effekter af konsolidering i fælles udbud, der kan medføre endnu lavere priser, end der er observeret i de hidtidige indkøb, så gevinsterne vurderes at være robuste og forholdsvis konservativt opgjort.

De opgjorte gevinstpotentialer bekræfter altså, at regionerne har valgt det rette spor ved at fokusere på fælles udbud i 2020-strategien og igangsætte relevante initiativer. Der er nemlig direkte økonomiske gevinster ved i samarbejde at realisere de mest konkurrencedygtige enhedspriser, som regionerne hidtil har opnået individuelt. Konsolidering af volumen i sig selv kan bidrage til bedre udnyttelse af købekraft samlet set og specifikt for varierende behov, så der kan opnås bedre priser på de faktiske indkøb. Det kan dog ikke stå alene – især fordi skalaeffekterne ikke er entydige, som det vil fremgå af det følgende afsnit. Fælles udbud skal således ledsages af professionalisering, herunder mere systematisk styring, ligesom det kan kræve organisatoriske ændringer eller som minimum stærkere governance. Disse forhold analyseres nærmere i kapitel 4, og i kapitel 5 redegøres for løftestænger til effektivisering.

### Konsekvensberegninger af delvise fælles udbud

De gennemførte gevinstberegninger kan i princippet godt fortolkes sådan, at alle regionerne skal gå sammen i fælles udbud for at realisere de opgjorte gevinster, da potentialerne er baseret på at realisere den laveste pris, der forekommer på tværs af alle fem regioner. Vi har

derfor gennemført nogle perspektiverende scenarieberegninger af, hvad gevinsterne bliver, hvis der kun sammenlignes priser mellem sæt af 2-3 regioner, det vil sige svarende til delvise fælles udbud. Analysen gennemføres kun på kliniske forbrugsvarer, eftersom de to udbudskategorier af ikke-kliniske varekøb i høj grad allerede er dækket af delvise fælles udbud.

I tabel 11 ses de estimerede besparelspotentialer, hvor regionerne opdeles i to grupper. Vedrørende cochlearimplantater udgøres gruppe 1 af Region Hovedstaden og Region Midtjylland, og gruppe 2 er Region Nordjylland og Region Syddanmark. Region Sjælland er taget ud af denne beregning, da regionen som tidligere beskrevet stort set ikke har noget forbrug. I forhold til de to andre udbudskategorier består gruppe 1 af Region Hovedstaden og Region Sjælland, og gruppe 2 består af Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

**Tabel 11. Estimerede gevinstpotentialer ved delvise fælles udbud**

Udbudskategori	Nyt potentiale gruppe 1	Nyt potentiale gruppe 2	Nyt potentiale i alt	Oprindeligt potentiale
<b>Cochlearimplantater (kr.)*</b>	2.587.113 (4,9 %)	156.708 (0,9 %)	<b>2.743.821</b> <b>(3,9 %)</b>	3.833.112 (5,4 %)
<b>Trokarer, staplere og clips (kr.)</b>	4.471.303 (7,8 %)	5.123.296 (6,8 %)	<b>9.594.599</b> <b>(7,3 %)</b>	12.047.199 (9,1 %)
<b>Ortopædkirurgiske implantater (knæ og hofte) (kr.)</b>	10.975.339 (8,9 %)	7.773.079 (6,9 %)	<b>18.748.418</b> <b>(7,9 %)</b>	26.914.708 (11,4 %)

\* For cochlearimplantater indgår Region Sjælland ikke, da forbruget er marginalt. Derfor omfatter både gruppe 1 og gruppe 2 her kun to regioner i opgørelserne (Region Hovedstaden og Region Midtjylland henholdsvis Region Nordjylland og Region Syddanmark). I de øvrige udbudskategorier omfatter gruppe 1 to regioner (Region Hovedstaden og Region Sjælland) og gruppe 2 tre regioner (Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland).

Tabellen indikerer, hvad besparelserne kan være ved delvise fælles udbud, det vil sige, hvor regionerne kun realiserer de laveste enhedspriser indbyrdes i gruppen fremfor de laveste priser observeret på landsplan. Det ses, at der stadig er betydelige gevinstpotentialer, hvis regionerne går i delvise fælles udbud, men at potentialerne som forventet reduceres i forhold til de initiale beregninger, hvor der er taget udgangspunkt i, at alle regioner kan realisere alle de laveste priser.

Det mindste potentiale ved delvise fælles udbud findes ved cochlearimplantater, hvor det estimeres, at der kan realiseres 4,9 procent af volumen i gruppe 1 og 0,9 procent af volumen i gruppe 2. Dette reflekterer som tidligere nævnt, at Region Hovedstaden i gruppe 1 har relativt høje priser på cochlearimplantater, og at der vil være en gevinst ved aftalepriser svarende til eksempelvis Region Midtjyllands kontrakt. I gruppe 2 har Region Syddanmark og Region Nordjylland stort set ens priser, og det estimeres derfor, at der kun er en beskedent gevinst.

Det største potentiale ved delvise fælles udbud estimeres fortsat at være for ortopædkirurgiske implantater, omend det nu er tæt på samme niveau som for trokarer, staplere og clips. Det estimeres, at der kan opnås en besparelse på ortopædiske implantater på 8,9 procent i gruppe 1 og 6,9 procent i gruppe 2. Det skyldes, at Region Hovedstaden har bedre priser på ortopædkirurgiske implantater i gruppe 1, hvorfor Region Sjælland vil kunne opnå store besparelser ved at opnå samme aftalepriser. I gruppe 2 har Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland varierende priser på ortopædkirurgiske implantater, hvilket indebærer gevinstpotentialer for hver af dem ved at indgå i fælles udbud, selv hvis de ikke realiserer så gode gevinster som for eksempel i Region Hovedstaden.

Det skal understreges, at de gennemførte beregninger er simuleringer, der har til formål at anskueliggøre konsekvenser for gevinstpotentialerne, hvis der rent teknisk tages udgangspunkt i færre regioners realiserede priser i benchmarkingen. Man skal således være forsigtig med at fortolke forskellene i potentialerne mellem regionerne, blandt andet fordi man ved forskellige grupperinger kan nå frem til forskellige potentialer for de enkelte regioner. Formålet er derfor ikke at vise, at nogle regioner har større potentialer end andre. Beregningerne

skal blot perspektivere, at gevinstpotentialerne reduceres, hvis det kun er en delmængde af de laveste enhedspriser i regionerne, der kan realiseres som følge af eksempelvis delvis fælles udbud, hvor der ikke opnås de fulde konsolideringsgevinster.

### Sammenhæng mellem mængde og pris

Derudover har Deloitte analyseret mulige sammenhænge mellem mængde og pris for at vurdere omfanget af skalaeffekter. Der er uden tvivl sammenhæng mellem volumen og enhedspriser. Det kan for eksempel ses af tilbudslistes fra regionernes udbud af cochlearimplantater. Her skal tilbudsgivere i nogle udbud afgive tilbudspriser i forhold til, om de tildeles en forventet andel på eksempelvis 70 henholdsvis 30 procent af indkøbsvolumen. Her er der eksempler på, at der tilbydes enhedspriser helt op til 38 procent lavere, hvis tilbudsgiver vælges som primær leverandør, i forhold til tilbudsprisen som sekundær leverandør.

Vores analyser viser imidlertid, at det ikke entydigt kan konkluderes, at der konsekvent opnås bedre priser på et varenummer, når indkøbsvolumen øges. På overordnet niveau ses det for eksempel ved, at Region Hovedstaden i nogle tilfælde har størst gevinstpotentiale trods størst volumen. Der kan være mange forklaringsfaktorer for, at gevinstpotentialerne ikke hænger (omvendt) sammen med de overordnede indkøbsomkostninger. På detaljeret niveau har vi derfor undersøgt mere specifikt og på et dybere grundlag, om der er systematiske sammenhænge mellem mængder og enhedspris på givne varekøb.

I tabel 12 har vi opgjort sandsynligheden for, at et givet varenummer købes til enten en højere eller en lavere pris end den nationale gennemsnitspris som funktion af, hvor stor en andel af den totale indkøbsvolumen en region indkøber af varenummeret. Det ses, at når en region køber under 10 procent af regionernes totale volumen på varenummeret, betaler den over gennemsnitsprisen i 50,6 procent af tilfældene. Når en region i stedet køber 50 procent af volumen eller derover på et givet varenummer, betaler den i overvejende grad (i 66,7 procent af tilfældene) under gennemsnitsprisen. Det indikerer, at des større volumen en region køber (relativt), des mindre er sandsynligheden for at købe varenummeret til en pris højere end gennemsnitsprisen.

**Tabel 12. Sandsynligheden for, at en region køber et varenummer til over/under gennemsnitsprisen opdelt på, hvor stor en andel af regionernes totale indkøbsvolumen der købes af regionen i tre kliniske kategorier**

Andel af volumen	Under gennemsnittet	Over gennemsnittet
<b>Under 10 procent</b>	49,4 %	50,6 %
<b>10-19 procent</b>	51,6 %	48,4 %
<b>20-29 procent</b>	64,9 %	35,1 %
<b>30-39 procent</b>	63,3 %	36,7 %
<b>40-49 procent</b>	56,0 %	44,0 %
<b>Over 50 procent</b>	66,7 %	33,3 %

Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015.

Note: I tabellen er de 25 største varenumre for de tre kliniske områder inkluderet. Gennemsnitsprisen er udregnet på tværs af de fem regioner, så hver region tæller ligeligt, da gennemsnitsprisen for et varenummer ellers ville være drevet af store indkøbsvolumener i en enkelt region.

Samtidig ses det af tabellen, at der ikke er en konsekvent effekt af at øge den relative indkøbsvolumen. Det største fald i sandsynligheden for at købe et varenummer til over gennemsnitsprisen ses faktisk ved små volumener, for eksempel i skiftet fra 10+ til 20+ procent af totalvolumen. Derimod er der ikke et yderligere fald, når man går fra 30+ til 40+ procent af totalvolumen, men tværtimod en uforklarlig stigning, hvorefter sandsynligheden igen falder ved 50+ procent køb af totalvolumen. Det antyder, at der er mest udprægede skilagevinster ved små volumener, og at skalaeffekten er aftagende ved store volumener.

Det kan hænge sammen med, at regionerne er meget store indkøbere både individuelt og tilsammen og derfor allerede har realiseret store dele af de skalagevinster, der er ved at kontraktdekket og indkøbe større volumener af et givet varenummer. Det er derfor begrænset, hvor meget skalaeffekter ved større indkøbsvolumen *i sig selv* kan gøre det muligt at realisere yderligere effektiviseringsgevinster. Gevinsterpotentialerne ved fælles udbud handler derfor tilsyneladende i lige så høj grad om at øge professionaliseringen og opnå bedre anvendelse af bedste praksis mellem regionerne fremfor blot konsolidering af mængderne.

Analysen bekræfter således, at der er gevinster ved fælles udbud, fordi der er en vis sammenhæng mellem mængde og enhedspris. Imidlertid må det formodes at være begrænset, hvor store yderligere gevinster (prisreduktion) der kan realiseres, der alene er forbundet med skala. Regionerne er i forvejen store indkøbere og har derfor allerede realiseret en del af de isolerede skalagevinster, men tilsammen kan der realiseres yderligere gevinster gennem en kombination af skala, professionalisering og bedre brug af bedste praksis.

### 3.4 Prioritering og generaliserbarhed

De gennemførte analyser af de udvalgte udbudskategorier har afdækket, at der er væsentlige gevinsterpotentialer ved at opnå højere compliance gennem bedre kontraktdekning i forhold til faktiske behov samt gennem flere fælles udbud. Set i lyset af hvad der forklarer effektiviseringspotentialerne bør regionerne prioritere at opnå højere compliance indenfor de kategorier, der har forholdsvis lav compliance og/eller hvor køb udenfor aftalepriserne er relativt dyre. I forhold til fælles udbud bør der prioriteres udbudskategorier med begrænset historik af (fælles) udbud og med høj grad af ensartede indkøb herunder især kliniske forbrugsvarer og tjenesteydelser. Derudover kan det overvejes at prioritere kategorier uden hidtidig kontraktdekning, da de i givet fald ikke er udfordret af synkroniseringsvanskeligheder mellem regionerne i forhold til kontraktcyklusser. Omvendt kan de være mere vanskelige og tidskrævende at udbyde i fællesskab, hvis der viser sig at være uens grad af kontraktdekning mellem regionerne, eller hvis der ikke kan bygges videre på tidligere udbuds- eller kontrakterfaringer i regionerne.

Som fremhævet i starten af kapitlet umiddelbart inden metodebeskrivelsen, skal regionerne ikke foretage en afvejning mellem at opnå højere compliance eller gennemføre flere fælles udbud. Tværtimod bør begge dele prioriteres for at opnå maksimal gevinstrealisering. Herunder er det generelt vigtigt at prioritere kontraktdekning individuelt eller fællesregionalt på de udbudskategorier, hvor det helt eller delvis udestår, da der er særligt store potentialer på disse områder. Det anbefales generelt at fokusere indsatserne for højere compliance og flere fælles udbud på kategorier, hvor der er:

- Stor spredning i indkøbsadfærden – bred leverandøranvendelse, forbrug af højt antal varenumre og mange decentrale indkøbere.
- Lav grad af (klinisk) standardisering.
- Store overlap i behov/krav og derfor ensartet forbrug mellem afdelinger og regioner.
- Hyppige anskaffelser og levering direkte til bruger/bestiller fremfor via (central)lager.
- Begrænsede muligheder for bestilling via indkøbssystem.
- Kortere udbudshistorik fremfor at være udbudt gentagne gange.
- Lav grad af (central) kontraktdekning – typisk tjenesteydelseskategorier.
- Velfungerende konkurrence, der ikke ødelægges af konsolidering.

Derudover er det naturligvis vigtigt, at der er en vis indkøbsvolumen, herunder et forventet besparelspotentiale. Især i forhold til indsats for at opnå højere compliance kan der være risiko for, at de administrative omkostninger ikke står mål med gevinsterne relativt til andre mulige effektiviseringsinitiativer.

Generelt er der et stort gevinstpotentiale i at gennemføre centrale (individuelle eller fælles) udbud og opnå høj compliance på udbudskategorier indenfor tjenesteydelser. Her er kontrakt-dækningen betydelig lavere end indenfor varekøb, og analysen har vist, at der er betydelig større variationer i enhedspriserne på vikarydelser end på varekøb i de analyserede udbudskategorier. Derudover er det oplagt at opprioritere fælles udbud af kliniske forbrugs-varekategorier, da analysen har vist betydeligt omfang af identiske indkøb og relativt høje gevinstpotentialer.

Indenfor rammerne af den gennemførte analyse har regionerne ikke kunnet opgøre graden af compliance eller kontrakt-dækning af udbudskategorier i forhold til de afgrænsninger, der følger den UNSPSC-baserede kategorisering i SAS Indkøbsanalyse. Vores vurdering af, hvilke konkrete øvrige udbudskategorier der bør prioriteres, og i hvor høj grad de opgjorte gevinstpotentialer kan generaliseres til andre kategorier, tager således primært afsæt i indikatorer vedrørende spredning i indkøbsadfærden og vores indtryk af, om udbudskategorier-nes karakteristika i øvrigt adskiller sig væsentligt fra de analyserede udvalgte kategorier.

Tabel 13 nedenfor viser et antal udbudskategorier, som vi umiddelbart vurderer, at de analyserede udbudskategorier hver især er sammenlignelige med. Det skal understreges, at vurderingen især er foretaget ud fra en analyse af indkøbsdata med fokus på de ovenfor beskrevne dimensioner af indkøbsadfærd, der kan indikere gevinstpotentialer og lægges til grund for prioritering. For hver af de analyserede udbudskategorier har vi således udpeget tre udbudskategorier med sammenlignelige karakteristika vedrørende fælles udbudshistorik, leverandør- og varenummerkonsolidering, antal indkøbere og graden af overlappende indkøb. Sammenlignelighed skal derfor her ikke forstås som, at de oplistede udbudskategorier fagligt eller funktionelt er ensartede, men i stedet at de afdækkede gevinstpotentialer kan generaliseres til de øvrige kategorier på baggrund af indikationerne vedrørende indkøbsadfærd. Der er ikke tale om en udtømmende liste over kategorier, der kan generaliseres til, og der kan være store variationer i de gevinster, der i praksis kan realiseres, da der ikke er taget højde for dynamikker i leverandørmarkedet såsom teknologisk udvikling, fusioner og nye aktører.

Udover de indikatorer, der er opstillet i tabel 13, har vi så vidt muligt også baseret udvælgelsen på baggrund af vores vurderinger af kompleksitet i forhold til fælles udbud eller bedre central styring for at opnå højere compliance. Derudover har vi forholdt os til de absolutte tal, der indgår i spredningsopgørelserne, såsom samlet antal leverandører og varenumre. Det fremgår af tabellen, at vores analyse af indkøbsdata viser, at der – baseret på de oplistede indikatorer – er ligheder i indkøbsmønstret mellem de udvalgte udbudskategorier og en del andre udbudskategorier. Det antyder, at karakteren af indkøb i de udvalgte kategorier er repræsentative for de øvrige kategorier i forhold indkøbsadfærd og dermed muligvis også for de potentielle gevinster forbundet med højere compliance og/eller fælles udbud.

Der kan være endnu større gevinster i andre udbudskategorier indenfor kliniske og ikke-kliniske forbrugsvarer end i de udvalgte udbudskategorier. Det skyldes, at der er næsten fuld kontrakt-dækning indenfor de analyserede udbudskategorier indenfor varekøb, mens regionernes gennemsnitlige kontrakt-dækning på samme område omfatter cirka 2/3 af indkøbsvolumen. I relation til det har vores analyse vist, at der er større potentialer, hvis der er lav kontrakt-dækning. Vi vurderer derfor, at regionerne har mulighed for at realisere betydelige gevinstpotentialer ved højere compliance (herunder bedre aftalebelægning) og flere fælles udbud på en omfattende del af den samlede indkøbsvolumen.

**Tabel 13. Generalisering af gevinstpotentialer til andre udbudskategorier**

Udbudskategori	Indkøbsvolumen (mio. kr.)	Antal regioner i fælles udbud <sup>1</sup>	Leverandørkonsolidering <sup>2</sup>	Varenummerkonsolidering <sup>3</sup>	Antal indkøbsenheder (afdelinger) <sup>4</sup>	Andel af indkøbsvolumen, der købes af mere end én region <sup>5</sup>
<b>Kliniske forbrugsvarer</b>						
<b>Cochlearimplantater</b>	<b>70,9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>43</b>	<b>96 %</b>
Pacemakere, ICD-enheder, loop-recordere og elektroder	175,6	0	3	81	46	89 %
Insulinpumper og forbrugsmaterialer	94,3	2	3	32	189	98 %
Øjenkirurgi	89,7	0	3	132	171	54 %
<b>Trokar, staplere og clips</b>	<b>132,3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>103</b>	<b>148</b>	<b>92 %</b>
Dialyseudstyr og -forbrugsmaterialer	154,7	0	3	91	121	77 %
Udstyr og tilbehør til sterilisering	128,1	0	5	64	352	77 %
C-PAP og søvnnapnø	93,8	2	3	16	177	97 %
<b>Ortopædkirurgi (knæ og hofte)</b>	<b>236,6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>611</b>	<b>55</b>	<b>88 %</b>
Øvrige ortopædiske implantater	274,1	0	10	1.812	156	75 %
Endoskopiudstyr og tilbehør	257,1	0	9	420	329	78 %
Sårplejeprodukter og forbindsstoffer	108,4	0	8	439	626	80 %
<b>Ikke-kliniske forbrugsvarer</b>						
<b>Engangsartikler, plastposer og sække</b>	<b>50,8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>252</b>	<b>1.112</b>	<b>68 %</b>
Lyskilder og batterier	42,7	5	15	408	1.098	32 %
Aftørings- og lejepapir	31,7	5	2	27	496	74 %
Elartikler	17,2	3	17	995	889	51 %
<b>Fødevarer (kolonial, køl og frost)</b>	<b>273,4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2.120</b>	<b>1.470</b>	<b>79 %</b>
Øvrige fødevarer	270,7	0 til 5	19	3.063	1.372	67 %
Møbler og inventar	140,4	0	27	1.011	1.483	45 %
Rengøringsmidler, artikler og maskiner	85,2	2	9	362	1.291	80 %
<b>Øvrige tjenesteydelser</b>						
<b>Sundhedsfaglige vikarydelser (ekskl. læger)</b>	<b>190,4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>125</b>	<b>-</b>
Tolkeydelser	66,8	0	9	-	904	-
Sikrings- og vagtydelser	79,4	0	7	-	368	-
Låseservice	25,9	0	9	-	325	-

Kilde: Dataudtræk fra SAS Indkøbsanalyse for perioden 1. juni 2014 til og med 31. maj 2015. Data for de seks udvalgte kategorier er baseret på bearbejdede og validerede data, mens data fra de sammenlignelige kategorier er baseret på de oprindelige SAS-dataudtræk.

<sup>1</sup> **Antal regioner i fælles udbud** er defineret som antal regioner, der har deltaget i fælles udbud for den givne kategori. For *Øvrige fødevarer* varierer omfanget af fælles udbud efter underområde. Derfor er der i stedet angivet et interval.

<sup>2</sup> **Leverandørkonsolidering** er defineret som antal leverandører, der dækker 80 procent af volumen.

<sup>3</sup> **Varenummerkonsolidering** er defineret som antal varenumre, der dækker 80 procent af volumen. Det giver ikke mening at opgøre antal varenumre (og dermed heller ikke konsolidering) indenfor tjenesteydelser, da leverandørerne ikke i alle tilfælde bruger varenumre.

<sup>4</sup> **Antal indkøbsenheder** er defineret som antal afdelinger/enheder, der har foretaget indkøb.

<sup>5</sup> **Andel af indkøbsvolumen, der købes af mere end én region** er defineret som andelen af indkøbsvolumen, hvor det givne varenummer indkøbes af mere end én region. Det er ikke relevant for tjenesteydelser på grund af leverandørers mangelfulde brug af varenumre.



## 4. Analyse af indkøbsområdets organisering

**Der eksisterer forskellige muligheder for at forbedre organiseringen af indkøb i regionerne både individuelt og i fællesskab. Individuelt er potentialerne især forbundet med bedre udbredelse af bedste praksis mellem regionerne. I det tværregionale samarbejde er der især uudnyttede effektiviseringspotentialer og konsolideringsgevinster ved fælles udbud. Regionerne har opstillet mål og igangsat initiativer, der skal understøtte stærkere samarbejde, men reorganisering er muligvis en forudsætning for at realisere potentialer fuldt ud.**

Dette kapitel omfatter en kortlægning og analyse af regionernes organisering på indkøbsområdet. Afsnit 4.1 nedenfor redegør for organiseringen internt i regionerne og i forhold til det tværregionale samarbejde. Dette omfatter blandt andet afdækning af forhold, der indebærer effektivitetsforskelle mellem regionerne og forhindrer tilstrækkelig fremdrift i samarbejdet.

Herefter analyseres det i afsnit 4.2, hvilke forbedringsmuligheder der er i forhold til den individuelle organisering henholdsvis i samarbejdet mellem regionerne dels i forhold til bedre anvendelse af bedste praksis mellem regionerne, dels i kraft af at opnå gevinster ved konsolidering, øget professionalisering og lavere transaktionsomkostninger.

Der pågår allerede indsatser i RFI-regi, der skal understøtte standardisering og deling af bedste praksis mellem regionerne, men indsatserne har ikke haft så stor fremdrift, som det vurderes muligt. Dels fordi der ikke har været en tilstrækkelig stærk samarbejdsmodel eller governance, dels fordi det har skullet prioriteres indenfor rammerne af de tilgængelige – i forvejen knappe – ressourcer i indkøbsfunktionerne.

Regionerne søger målrettet at fremme samarbejdet, idet der er opstillet konkrete målsætninger og besluttet initiativer, der skal igangsættes for at effektivisere regionernes indkøb de kommende år jævnfør regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020. For eksempel er der opstillet konkrete målsætninger om i 2020 at opnå 75 procent kontraktdekning på tjenesteydelser og på samme område gennemføre minimum otte fælles udbud, jf. tabel 14. Det fremgår også, at der skal opnås 95 procent compliance til indgåede kontrakter, og at minimum 95 procent af alle varekøb foregår gennem indkøbssystemerne.

Regionerne har blandt andet udarbejdet en aktivitetsplan og en KPI-håndbog med specifikke veldefinerede KPI'er og procedurer for opfølgning, der skal understøtte målfrielsen. Aktivitetsplanen indeholder de foreløbig besluttet initiativer til at understøtte realiseringen af disse mål. Udover de tiltag der allerede er igangsat i 2015, er der besluttet en række initiativer, der igangsættes i 2016 eller 2017. Eksempler på initiativer fremgår af tabellen nedenfor. Det ses, at initiativerne blandt andet omfatter at udvælge fælles udbudseggede udbudskategorier i RFI (i gang), at analysere nye tjenesteydelseskategorier for egnethed til konkurrenceudsættelse (planlagt) og at etablere en fælles systemunderstøttelse (database) af leverandørkataloger.



**Tabel 14. Målsætninger, udvalgte mål og initiativer i regionernes 2020-strategi**

Målsætning	Mål (udvalgte)	Initiativer (udvalgte)
Bedre anvendelse af købekraft gennem flere fælles udbud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 mia. kr. af indkøb skal være på fællesregionale aftaler.</li> <li>• Gennemsnitlig prisreduktion på 15 % i fælles udbud.</li> <li>• Opnå 80 % kontraktdekning (varer).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde og koordinere tværregionale udbudsplaner.</li> <li>• Screene egnethed til fælles udbud.</li> </ul>
Strategisk konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnå 75 % kontraktdekning.</li> <li>• Gennemføre mindst 8 fælles udbud.</li> <li>• Standardisere funktionskrav på mindst 5 udvalgte udbudsområder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analysere forhold og potentialer for konkurrenceudsættelse.</li> <li>• Udarbejde styringsværktøjer til udbud.</li> </ul>
Integration af indkøbs- og forsyningslogistikken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde tværregional og individuelle logistikstrategier.</li> <li>• Strategier for integration med indkøb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analysere lager- og varehåndtering.</li> <li>• Analysere integrationsmuligheder i indkøbs- og logistikforløb.</li> </ul>
Standardisering af kategori- og leverandørstyringen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fælles kategoriprofil for strukturering af indkøb.</li> <li>• 10 % reduktion i spotindkøb.</li> <li>• 95 % compliance til individuelle aftaler.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere kategoriprofiler og fælles katalog for kategoristyring.</li> <li>• Udpege de største og strategisk vigtigste leverandører.</li> </ul>
Styrkelse af digitale indkøbsprocesser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % af varekøb via indkøbssystem.</li> <li>• 95 % digitale ordrer fra top-100-leverandører.</li> <li>• Ingen manuelle ordreprocesser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde udrulningsplan for digitalisering.</li> <li>• Deltage i politisk arbejde for eventuelle standarder indenfor indkøb.</li> <li>• Udvikle fælles katalogdatabase.</li> </ul>
Måltrettet kompetenceudvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afholde mindst en årlig indkøbstemadag.</li> <li>• Afholde to årlige udbudsjuridiske temadage.</li> <li>• Strukturerede kompetenceudviklingsforløb for indkøbsmedarbejdere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejde fælles profilering af indkøbsfunktioner.</li> <li>• Afdække kompetenceudviklingsbehov hos nuværende medarbejdere.</li> </ul>

## 4.1 Kortlægning af organisering på indkøbsområdet

Regionernes organisering af indkøb har siden etableringen af regionerne været karakteriseret ved en betydelig grad af variation blandt andet med afsæt i de forskelle, der prægede de tidligere amter, og som følge af forskelle i de tiltag og beslutninger, som hver region har igangsat og truffet på området. De seneste år har der dog været tiltagende fokus på samarbejde om strategisk indkøb på tværs af regionerne. I det følgende redegøres for organiseringen af indkøbsområdet i hver region og for de eksisterende rammer for fællesregionalt samarbejde<sup>10</sup>.

### 4.1.1 Regionernes interne organisering

Der er store forskelle på, hvordan regionerne er organiseret på indkøbsområdet. Fælles for regionerne er dog, at de alle har etableret en central indkøbsfunktion, hvor de grundlæggende strategiske indkøbsroller er forankret. Det omfatter for eksempel planlægning og gennemførelse af udbud og indgåelse af og opfølgning på kontrakter. Der er igennem årene sket en stigende centralisering af udbudsansvaret, og alle regionerne har opnået betydelige besparelser på indkøbsområdet. I perioden 2010-2014 har regionerne således opnået besparelser på mere end 1 mia. kr. jævnfør Danske Regioners statusrapport for regionernes indkøb.

De centrale indkøbsfunktioner gennemfører især udbud og indgår regionsdækkende kontrakter vedrørende udbudskategorier indenfor kliniske og ikke-kliniske forbrugsvarer. Der er tæt samspil mellem de udbuds- og kontraktansvarlige medarbejdere i indkøbsfunktionen, lager- og logistikfunktioner og implementeringsansvarlige centralt og decentralt. I forbindelse

<sup>10</sup> Kortlægningen er gennemført med afsæt i blandt andet statusrapporten for regionernes indkøb, som Danske Regioner udarbejdede umiddelbart inden opstarten af nærværende analyse. For detaljerede beskrivelser af de enkelte regioners organisering henvises derfor til Danske Regioners statusrapport.

med både planlægning og gennemførelse af udbudsprocesser og efterfølgende kontraktindgåelse er det således vigtigt, at kravspecifikation i forhold til produkter, leverandører og leveringsforhold mv. er afstemt med de parter, der efterfølgende er ansvarlige for at sikre kontraktens drift. Dette omfatter også de medarbejdere, der er ansvarlige for oprettelse af nye varer, nedlukning af udgåede varer, vedligehold af leverandørkataloger, support af brugere mv. Varekøb via indkøbssystemer er således et prioriteret område for regionerne, da det bidrager til effektive arbejdsgange og compliance til indgåede kontrakter. I forhold til andre offentlige myndigheder har regionerne høj modenhed vedrørende varekøb udtrykt ved stor grad af central styring og opfølgning, forholdsvis høj systemunderstøttelse af varebestilling og et fælles indkøbt og videreudviklet analyseværktøj.

Der er væsentlig mindre grad af central styring af udbudskategorier indenfor tjenesteydelser. Dels er der som beskrevet i kapitel 2 mindre end 40 procent kontraktdekning, dels indgås kontrakter i høj grad decentralt. Herudover er køb af tjenesteydelser stort set ikke systemunderstøttet, og der er meget begrænset central styring og indsigt i en overvejende del af tjenesteydelseskategorierne.

Bredden og dybden af den centrale indkøbsfunktions ansvar og prioritering varierer mellem regionerne. Der er for eksempel forskelle i ansvaret for *udbudskategorier* (it, medicoteknisk udstyr, bygningsdrift, bygningsvedligehold mv.), hvor kontrakt- og driftsansvaret typisk er forankret i andre dele af organisationen, mens indkøbsfunktionen i varierende omfang supporter med juridisk og praktisk bistand. Derudover er der forskel mellem regionerne, om *logistik og distribution* (herunder lagerstyring, disponering mv.) er forankret under indkøbsfunktionen eller i en anden del af organisationen. Der er desuden variationer i centraliseringsgrad og ressourceforbrug vedrørende *kontraktimplementering og styring, vedligehold og udvikling af indkøbssystemer*. Derudover er der i flere tilfælde ansatte i indkøbsfunktionen, der har tværorganisatorisk ansvar (for eksempel vedrørende udbudsjuridisk vejledning). De enkelte regioners organisering på indkøbsområdet fremgår af bilag 2.

De ret store forskelle mellem regionerne viser, at der kan etableres forskellige variationer af organiseringsmodeller på indkøbsområdet. De er allesammen velfungerende i forhold til at sikre det nødvendige samspil mellem nøglepersoner med forskellige roller og ansvarsområder indenfor indkøb, forudsat at der er klarhed om mandat og snitflader mellem funktionerne. Der er visse forskelle mellem regionerne på, hvor integreret og omfattende samarbejdet er mellem indkøbsfunktionen og andre afdelinger. Men i forhold til indkøbsfunktionens definerede kerneopgaver herunder samspil med eksempelvis lager- og logistik- samt bestillingsansvarlige mv., er det vores vurdering, at der generelt er fundet velfungerende organisatoriske løsninger i hvert fald vedrørende varekøb. Til gengæld er der i alle regionerne tydeligvis mulighed for at styrke den centrale styring vedrørende tjenesteydelser. Det kræver dog også kulturændringer og muligvis politisk holdningsskifte samt i nogle regioner, at indkøbspolitikkerne ændres, da der over en bred kam er praksis for og opbakning til decentrale indkøb af tjenesteydelser.

## Organisatorisk forankring

I forlængelse af afgrænsning og formål med nærværende analyse vil vi i det følgende fokusere på at kortlægge organiseringen i forhold til kerneopgaverne indenfor strategisk indkøb. Dette omfatter især kategoristyring, udbud, daglig drift og styring af kontrakter, datavedligehold, support til indkøbssystemer samt controlling.

Kategoristyring og udbud omfatter de medarbejdere, der har det mest strategiske indkøbsansvar, det vil sige at udarbejde og gennemføre planer for løbende optimering og udbud af relevante kategorier. Medarbejdere beskæftiget med drift og kontraktstyring har et mere operationelt ansvar for, at de daglige indkøb foretages i overensstemmelse med de indgåede kontrakter gennem dialog, vejledning og opfølgning med disponenter, brugere og leverandører. Datavedligehold og support skal her ses snævert i forhold til indkøbssystemer, hvor opgaverne for eksempel omfatter at sikre opdateret indhold i forhold til gældende kontrakter, herunder vedligehold af varestamdata, vejlede brugere, sikre høj grad af elektroniske bestil-

linger mv. Endelig er controllerne ansvarlige for opfølgning på udbud og kontrakter i forhold til eksempelvis realiserede besparelser og compliance og for opgørelse og kvalitetssikring af indkøbsvolumener og indkøbskategorisering som input til kategoristyring og udbudsplanlægning mv.

Regionerne anvender ikke selv nøjagtig denne terminologi eller afgrænsning af roller og ansvarsområder. Derfor skal direkte sammenligning mellem regionerne foretages med forsigtighed. For eksempel er der mellem regionerne forskelle i medarbejdernes snitflader indenfor disse områder, ligesom graden af involvering i visse udbudskategorier (fx medicoteknisk understyr) varierer. I dialog med regionernes indkøbschefer har Deloitte skønnet og valideret fordelingerne, der derfor vurderes at være tilnærmelsesvis sammenlignelige.

Det fremgår nedenfor, at der er visse variationer i, hvordan roller og ansvar er fordelt i regionerne. Dette hænger ikke kun sammen med forskelle i indkøbsvolumen, men er i høj grad udtryk for individuel historik og prioritering på indkøbsområdet.

**Tabel 15. Udbudsrelevant volumen og fordeling af medarbejdere i udvalgte ansvarsområder indenfor strategisk indkøb**

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
<b>Udbudsrelevant indkøbsvolumen</b>	8,1 mia. kr.	3,6 mia. kr.	5,5 mia. kr.	5,0 mia. kr.	2,6 mia. kr.	<b>24,8 mia. kr.</b>
<b>Kategori- og udbudsansvarlige, antal ÅV</b>	27	8	12	14	10	<b>71</b>
<b>Kontrakt- og driftsansvarlige, antal ÅV</b>	13	12	3	8	4	<b>40</b>
<b>Datavedligehold og support vedr. indkøbssystemer, antal ÅV</b>	7	4	5	7	1	<b>24</b>
<b>Controlling, antal ÅV</b>	3	2	3	3	2	<b>13</b>
<b>Medarbejdere i ovenstående funktioner i alt, antal ÅV</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>148</b>
<i>Heraf medarbejdere med kategori-, udbuds- og kontraktansvar, antal ÅV</i>	<i>40</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>22</i>	<i>14</i>	<i>111</i>
<b>Udbudsrelevant indkøbsvolumen per udbuds-/kontraktansvarlig medarbejder</b>	203 mio. kr.	180 mio. kr.	367 mio. kr.	227 mio. kr.	186 mio. kr.	<b>223 mio. kr.</b>

Note: Der er taget udgangspunkt i organiseringen i første kvartal 2016, mens indkøbsvolumenerne omfatter juni 2014 til og med maj 2015. De udbudsrelevante volumener forudsættes dog fortsat at være repræsentative for regionernes årlige indkøb. Regionernes fulde indkøbsvolumen fremgår for alle regionerne, selvom de i varierende udstrækning er involveret i de samlede indkøb. Der er ikke medtaget medarbejdere i lager- og logistikfunktioner, specifikke juridiske team med tværorganisatorisk rådgivningsansvar og operationelle indkøbere (ordreafgivelse, fakturagodkendelse, bogføring mv.). I forhold til det medicotekniske område er der medtaget medarbejdere involveret i faserne specifikt omkring udbud og kontraktindgåelse, der i visse regioner er organiseret udenfor den centrale indkøbsfunktion. Indkøbschefer, sekretærer og de to RFI-medarbejdere er ikke medregnet. Mellemlidende indgår i opgørelserne af de relevante opgaveområder, de er ansvarlige for. Der er tale om skønnede og i nogle tilfælde afrundede tal for medarbejderanvendelsen for eksempel i forbindelse med deltidsansættelser. I sådanne tilfælde er der for eksempel rundet op fra 1,6 til 2 ÅV.

Det fremgår af tabel 15, at den årlige indkøbsvolumen per medarbejder i kategori-, udbuds-, kontrakt- og driftsansvarlige roller varierer betydeligt mellem cirka 180 og 367 mio. kr. Det skal bemærkes, at nøgletallet ikke er fuldstændig sammenligneligt på tværs af regionerne, fordi der som nævnt ikke er helt identisk afgrænsning af roller og ansvarsområder mellem regionerne, herunder udstrækning af den indkøbsvolumen, som den centrale indkøbsfunktion er fuldt ansvarlig for.

Der er en vis positiv samvarians mellem den totale indkøbsvolumen og størrelsen af den udbudsrelevante volumen per udbuds-/kontraktansvarlig medarbejder. Det er i overensstemmelse med Deloitte's erfaringer på indkøbsområdet, at der (også) administrativt er konsolideringsgevinster og specialiseringsfordele ved større volumener.

Til sammenligning kan det anføres, at de tilsvarende nøgletal udgør cirka 213 mio. kr. per medarbejder i London Procurement Partnership (LPP) i Storbritannien og 148 mio. kr. per medarbejder i Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS) i Norge. Dette er baseret på årlige indkøbsvolumener på henholdsvis cirka 10 mia. kr. og 4 mia. kr. og henholdsvis 47 og 27 medarbejdere med udbuds- og kontraktansvar. I forbindelse med reorganiseringen af HINAS forventes nøgletallet fremover at blive 150-200 mio. kr. per medarbejder i den nye fælles organisation for strategisk indkøb (casestudier fremgår af bilag 3). Igen må der dog tages et vist forbehold for sammenlignelighed på grund af forskelle i afgrænsning.

Indkøbsfunktionerne er i flere tilfælde organiseret sammen med eller under økonomiafdelinger. I alle regionerne er der minimum ét ledelsesniveau mellem indkøbschefen eller indkøbsdirektøren og regionens direktion. De seneste år er der kommet stigende topledelsesmæssigt fokus på indkøbsområdet og vilje til opprioritering. Det afspejler sig dog ikke entydigt i eksempelvis investeringer i indkøbsfunktionerne, da regionerne hver for sig oplever enten reduktion eller udvidelse i medarbejderantallet. Det vil sige, at på trods af større prioritering af strategisk indkøb går den centrale indkøbsfunktion ikke nødvendigvis fri af regionernes overordnede spareplaner. Lige nu tyder det på, at der samlet set kan komme lidt flere ansættelser i indkøbsfunktionerne over det kommende år. Men det er ingen garanti, dels fordi der kun er givet begrænsede formelle tilsagn om udvidelse, dels fordi regionerne regelmæssigt gennemfører besparelser, der rammer bredt i organisationerne.

### Forskelle i processer og arbejdsgange

Den forskelligartede organisering indebærer, at regionerne er karakteriseret ved forskellig tilgang til centrale processer på indkøbsområdet. Derfor er modenheten også forskellig mellem regionerne udtrykt ved, hvor meget erfaring de har med strategisk og systematisk styring af indkøbsområdet. Regionerne vurderes generelt at have været – og vil ved fortsat individuel organisering tilsyneladende fortsat være – underbemandede i indkøbsfunktionerne, hvorfor de hver især har måttet prioritere forskellige indsatsområder indenfor strategisk indkøb i relation til hvert deres udgangspunkt og hver deres målsætninger. Dette har blandt andet betydning for effektiviteten af arbejdsgangene og forudsætningerne for at optimere indkøbsområdet og realisere gevinsterne og afspejler sig også i regionernes varetagelse af de forskellige områder, der gennemgås i det følgende.

**Kategoristyring** har generelt ikke været praktiseret i særlig formaliseret eller struktureret grad i nogen af regionerne. Kategoristyring indebærer, at relevante medarbejdere har dedikeret strategisk indkøbsansvar for en eller flere udbudskategorier. Det kan blandt andet omfatte udarbejdelse af årsplaner for projekter og andre aktiviteter til at optimere udbudskategorien, interaktion med interne og eksterne interessenter (brugere og leverandørmarked), kendskab til tendenser og udvikling hos leverandører, nedsættelse af kategoristyregruppe (category management council) bestående af ledere og nøglepersoner med klinisk og/eller indkøbsmæssigt beslutningsansvar, planlægning, strukturering og gennemførelse af udbud samt opfølgning på indgåede kontrakter i forhold til forbrug, compliance og opnåede besparelser (i samspil med controllere) mv. Formel og professionel kategoristyring er en vigtig løftestang til at opnå effektiviseringsgevinster, fordi det sikrer større og mere dedikeret fokus på løbende at optimere et område, ligesom det kan medføre en proaktiv tilgang til at gennemføre udbud gennem bedre kendskab til brugeres behov, markedsmuligheder mv.

I en vis udstrækning er udbudsansvaret for givne kategorier i nogle regioner allokeret til specifikke medarbejdere. For eksempel er der i Region Hovedstaden en klar fordeling af fag- og produktspecialister, mens der i mindre grad er disse specialistfunktioner i Region Nordjylland. Selv medarbejdere med udpeget kategoriansvar har i flere tilfælde vist sig at have begrænset dybdekendskab til kategorierne, fordi de efter endt udbud og indgået kontrakt typisk "giver slip" på kategorierne. Der arbejdes således ikke i større grad med formaliseret kategoristyring, det vil sige som en disciplin til at arbejde proaktivt og dedikeret med optimering af en given udbudskategori ud fra et helheds- eller totalomkostningsperspektiv. Der er således i et vist omfang en forholdsvis reaktiv tilgang til udbudsplanlægning, der i mange udbudskategorier især er drevet af kontraktudløb.

**Kontrakt- og leverandørstyring** varetages som udgangspunkt af medarbejdere dedikeret til den daglige drift. Der er typisk en forholdsvis klar opdeling af operationelt og strategisk indkøbsansvar, hvilket også omfatter kontrakt- og leverandørstyring. Her har regionerne imidlertid især et operationelt fokus. Det er et vigtigt indsatsområde i forhold til at sikre høj compliance, leverandørers overholdelse af indgåede vilkår og størst mulig værdiskabelse for brugere og bestillere. Kontrakt- og leverandørstyring handler således både om intern og ekstern styring, der skal sikre bedst mulig anvendelse og udbytte af indgåede kontrakter. Det omfatter fokus på, at der købes de rigtige varer de korrekte steder og til de aftalte vilkår, samt at varerne leveres, faktureres og fungerer, som de skal. Det indebærer behov for hyppig interaktion både internt og eksternt. Regionerne har stort (operationelt) fokus på kontraktstyring, og der bliver brugt en del ressourcer på at supportere klinikerne til at købe de rigtige produkter hos de rigtige leverandører. I den forbindelse har regionerne eksempelvis succes med at skrive erstatningsvarer ind i indkøbssystemerne på varer, der udgår efter eksempelvis ny kontraktindgåelse. Dermed kan brugerne nemt se, hvilket nyt varenummer der specifikt erstatter det hidtil købte produkt.

Tilsvarende er det Deloitte's vurdering, at også leverandørstyring har et meget operationelt fokus i regionerne. Det er dog ikke tilsvarende hensigtsmæssigt, idet det indebærer, at der er mere fokus på at kontrollere aftalevarer og enhedspriser frem for mere strategisk at vedligeholde dialog med leverandørmarkedet om løbende optimeringsmuligheder, muligheder for innovative udbud samt teknologisk eller produktmæssig udvikling, der kan have betydning for udbudsstrategi og/eller kravspecifikation ved kommende udbud.

**Totalomkostningsperspektiv** præger endnu ikke tilgangen til at optimere udbudskategorier, herunder til at opgøre eller realisere besparelser. Som hovedregel gennemføres udbud på grundlag af forbrugsmængder og enhedspriser, hvor der typisk tages udgangspunkt i hidtidig forbrugssammensætning. Det samme fokus karakteriserer også samarbejdsaftaler og besparelsesberegninger mv. Indkøbsfunktionen bliver således i høj grad målt på sin evne til at bidrage med besparelser målt på indkøbspriser fremfor omkostningsreduktion i et helhedsperspektiv. Dette er et indtryk, der tilkendes både af Medicoindustrien på vegne af leverandørmarkedet og af nøglepersoner i regionernes indkøbsfunktioner, som Deloitte har været i dialog med. Det kan meget vel hænge sammen med utilstrækkeligt fokus på formaliseret kategori-, kontrakt- og leverandørstyring, at der ikke gennemføres systematiske totalomkostningsberegninger, herunder simulationer og konsekvensberegninger ved at overveje alternative prismodeller, ændret arbejdsdeling med leverandører (det vil sige et make-or-buy-perspektiv) og produktsubstituering i forhold til sædvanlig praksis.

Det skal dog bemærkes, at regionerne reelt forsøger at sætte fokus på totalomkostninger – særligt i forbindelse med udbudsprocesser, hvor kvalitet og levetid mv. er vigtige parametre i kravspecifikationer. Men samtidig oplever de – ligesom andre indkøbere og leverandører på sygehusområdet i Norden og resten af Europa – at det er meget svært at gøre i praksis. Det vanskeliggøres blandt andet af de rigide offentlige udbudsjuridiske rammer, som regionerne er underlagt. Med den nye udbudslov er der dog betydelig bedre mulighed for at anlægge et totalomkostningsperspektiv i udbud fremadrettet. Herudover kan det fremhæves, at for eksempel Region Hovedstaden har oplevet, at leverandører i flere tilfælde ikke har kunnet leve op til løfter om levetid og ny funktionalitet mv. i tilfælde, hvor regionen netop har anlagt et helhedsperspektiv i tilbudsevaluering og leverandørvalg. Det vil sige, at leverandørmarkedet ikke altid kan leve op til dets side af forpligtelserne ved totalomkostningsbaseret optimering. Herudover har regionen oplevet, at den ikke har kunnet opnå tilfredsstillende konkrete svar på, hvordan specifikke afholdte udbud kunne have været gennemført anderledes, når den har efterlyst konstruktiv feedback hos eksempelvis Medicoindustrien. Regionerne og leverandørerne danser altså ikke i helt samme takt i forhold til mulighederne for at anlægge et totalomkostningsperspektiv i forbindelse med udbud. Derudover er det komplekst at bruge i det offentlige udbudsregime på grund af restriktionerne for, hvilke forhold der må indgå i en tilbudsevaluering.



I praksis handler totalomkostningsperspektivet dog i endnu højere grad om det, der sker mellem udbudsperioderne. Det vil sige, at der i det daglige arbejdes mere systematisk med kategoristyring med fokus på at reducere totalomkostningerne, for eksempel ved at kategori-ansvarlige tager initiativ til at foretage konsekvensberegninger af potentielle substituerende produkter med anden sammensætning, funktionalitet eller kvalitet/levetid end de hidtil brugte. Det vil kunne bruges som input til kravspecifikationer i efterfølgende udbud. Det vil sige lidt i stil med de optimeringer, der er foretaget indenfor lyskilder, hvor mange virksomheder og myndigheder har sat fokus på energisparende tiltag og udskiftet lyskilder til produkter med dyrere enhedspris, men længere levetid for at reducere livstidsomkostningerne. Indenfor kliniske forbrugsvarer vil et tilsvarende perspektiv være relevant på de områder, hvor produkter indopereres i patienter – for eksempel forskellige former for implantater – da produktvalget kan være afgørende for, hvor hyppigt produktet skal udskiftes eller repareres og dermed omkostningerne i et helhedsperspektiv. Indenfor tjenesteydelseskategorier kan indkøbsfunktionen med afsæt i et totalomkostningsperspektiv assistere relevante dele af organisationen – for eksempel byggeområdet – med at analysere og beslutte, om opgaver skal varetages internt eller outsources. Dette forudsætter, at sådanne valgmuligheder eksisterer uden direkte bindinger fra eksempelvis politiske beslutninger eller ledelsesmæssige prioriteringer.

**Datagrundlag og dataanvendelse** er yderst forskelligt mellem regionerne. Regionerne har indenfor det seneste år investeret i et fælles analyseværktøj (SAS Indkøbsanalyse) og udarbejdet grundlag for kategorisering af indkøbsomkostninger på tværs af regionerne. Det har været ressourcekrævende og undergår fortsat validering, så der er endnu ikke fuld konsensus om indhold og afgrænsning af udbudskategorier. Selve taksonomien forventes dog at falde på plads kort efter afslutningen af nærværende analyse. Anskaffelsen og udviklingen af analysesystemet medfører, at regionerne nu har en fælles infrastruktur til at analysere indkøbsdata, hvilket hidtil har været særdeles vanskeligt, fordi de har fire forskellige økonomisystemer og fire forskellige indkøbssystemer.

Det varierer, i hvor høj grad regionerne har implementeret brugen af analyseværktøjet i den løbende planlægning og drift. Særligt Region Midtjylland arbejder med SAS Indkøbsanalyse som en integreret del af indkøbsafdelingens hverdag, hvorimod værktøjet er mindre integreret i flere af de øvrige regioner. Den begrænsede inddragelse af SAS Indkøbsanalyse i de øvrige regioner kan til dels tilskrives problematikken i, at det er vanskeligt at berige disse data med øvrig information, hvilket dog er lykkedes i Region Midtjylland gennem en dedikeret indsats. Indsigten i kategorierne koblet op i forhold til det vedtagne "fælles sprog", som UNSPSC-koderne og SAS Indkøbsanalyse etablerer, varierer således betragteligt på tværs af regionerne. Det har blandt andet betydning for prioritering af udbudskategorier, tilkendegivelse af udbudsvolumen og vurdering af compliance både ved individuelle og ved fælles udbud mv.

**Gennemførelse af udbud** er på visse områder ved at blive harmoniseret mellem regionerne i forhold til vilkår og de krav, der stilles til tilbudsgiverne. RFI har for eksempel udviklet standardudbudsmaterialer og procesbeskrivelser, som regionerne kan bruge. Derudover har regionerne i 2015 investeret i et fælles elektronisk udbudssystem, som er ved at blive implementeret. Når det tages i brug, vil det yderligere styrke platformen for fælles udbud og standardisering af udbudsprocesser. Der er nemlig et klart forbedringspotentiale, da det tydeligt fremgår af eksempelvis de hidtil anvendte tilbudslistes i regioners egne udbud samt dialog i forbindelse med fælles udbud, at der er vidt forskellige tilgange til, hvordan og hvad tilbudsgiverne skal besvare ved udbud, herunder forskellige anvendelser af prismodeller. Det kan være fordelagtigt at udfordre leverandørmarkedet løbende med varierende tilgange. Omvendt vanskeliggøres sammenligning af vilkår og anvendelse af bedste praksis, når udbud foregår så forskelligt. De mest effektive arbejdsgange forekommer, når der så vidt muligt anvendes standardiserede tilgange og materialer i forbindelse med udbud, hvilket også er forklaringen på, at dette har været (og er) et fokuspunkt i RFI-samarbejdet.

**Teknologisk understøttelse** af indkøb har generelt stort fokus på tværs af regionerne. Der er generelt en høj grad af e-handel i forhold til varekøb, hvor nogle regioner ifølge deres egne opgørelser realiserer over 80 procent indkøb via indkøbssystemet. Det er ret højt sammenlignet med resten af den offentlige sektor, mens andelen varierer betragteligt i private virksomheder på tværs af industrier. Det er centralt at sikre en høj andel bestillinger via indkøbssystemer, da det er en særdeles velegnet løftestang til – både proaktivt og reaktivt – at sikre høj compliance for de indgåede aftaler og effektive arbejdsgange i forbindelse med bestilling, varemodtagelse, godkendelse og bogføring af fakturaer mv. Her kan Region Hovedstaden og Region Nordjylland fremhæves for at sætte fokus på at opnå en høj grad af digitale indkøb ved at styre en stor del af volumen indenfor varekøb gennem deres indkøbssystemer. Derfor udtrykker styrings- og opfølgingsansvarlige i de to regioner, at de i høj grad har styr på compliance på de enkelte indkøbsområder, selvom de ikke udarbejder systematiske complianceopgørelser på alle områder. I eksempelvis Region Nordjylland kan indsatserne for at fremme e-handel inddeles i fem overordnede områder, der omfatter træning af slutbrugere, tæt samarbejde med regnskabsafdelingen, opfølgning på ordrer udenom indkøbssystemet, tilgængelighed i indkøbsafdelingen for support samt udvikling af lokale let genkendelige varenumre.

**Styring og opfølgning** har fået en stadig mere fremtrædende rolle, omend det i de fleste regioner primært er udtryk for brugen af dedikerede ressourcer til controlling. Generelt har regionerne 2-3 controllere ansat i indkøbsfunktionen til at udarbejde besparelsesberegninger, foretage complianceanalyser, validere kategorisering af omkostninger, følge op på omkostningsudvikling, teste data/systemer mv. Især complianceopgørelser er der varierende fokus på. Region Midtjylland tager i høj grad afsæt i SAS Indkøbsanalyse, fordi regionen bruger snitfladerne i systemet, hvor de enkelte varenumre kobles op på leverandørkontrakter og aftalepriser. Derved kan der forholdsvis let og ikke mindst validt opgøres compliance. Det er værdifuldt i reaktive indsatser for at sikre compliance, hvor der følges op på forbruget efter kontraktindgåelse. I andre regioner gennemføres der overhovedet ikke complianceberegninger, fordi de blot opgør andelen af indkøb via indkøbssystemet og sætter lighedstegn mellem køb via indkøbssystemet og compliance – også selvom det ikke er alle varer i systemet, der er dækket af specifikke aftalepriser. Som beskrevet i foregående afsnit om teknologisk understøttelse er styring af indkøb gennem indkøbssystemer dog et effektivt middel til proaktivt at sikre høj compliance. Da de to tilgange ikke udelukker hinanden, er det optimale derfor at sikre både proaktiv og reaktiv styring af og opfølgning på indkøb. Det vil sige at styre så meget indkøb gennem indkøbssystemer som muligt og følge systematisk op på de indkøb, der specifikt er non-compliant, og på realiserede besparelser generelt.

Utilstrækkelig eller vilkårlig styring og opfølgning kan være en barriere for at optimere udbudskategorier og maksimere gevinsterne ved gennemførte udbud, hvis der ikke er stor nok indsigt i den faktiske indkøbsadfærd og compliance eller forklaringerne på, at nogle afdelinger ikke køber de rigtige varer. Det har også betydning for, om kommende udbud tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i forhold til, om man med troværdighed kan estimere volumen og forpligte sig til kontrakter overfor leverandører.

## Udfordringer for fælles udbud

De forskellige organiseringsformer vanskeliggør på flere måder mulighederne for at gennemføre fælles udbud mellem regionerne. En af de største barrierer er det hidtidige fravær af et konsistent datagrundlag, herunder usystematisk kategorisering af indkøbsomkostninger. Ikke mindst, fordi regionerne bruger fire forskellige indkøbssystemer og fire forskellige økonomisystemer med varierende detaljeringsniveau i indkøbsdata. Som beskrevet har regionerne investeret en del ressourcer i at få dette etableret gennem det fælles analyseværktøj SAS Indkøbsanalyse, hvorfor det er godt på vej nu. Der er dog fortsat meget forskelligartet brug af SAS Indkøbsanalyse som grundlag for styring af indkøbsområdet og varierende integration i processer og med andre systemer mv. Det er således vanskeligt at udbyde kategorier i fællesskab – og tværgående styre og følge op på omkostninger og compliance i den løbende drift – når der endnu ikke er fuld konsensus om indhold og afgrænsning af den relevante udbudskategori. Det vil således tage nogle år, før der kan opnås fuld overensstem-



melse omkring den detaljerede afgrænsning af kategorier – primært indenfor de områder der allerede er udbudt og kontrakt dækket i regionerne – blandt andet fordi nogle produkter kan anvendes (og dermed udbydes) på tværs af forskellige udbudskategorier. Som led i 2020-strategien og som konkret initiativ i den understøttende aktivitetsplan arbejder regionerne dog på at standardisere kategoristyringen, jf. tabel 14 tidligere i kapitlet. Derudover pågår der dialog mellem regionerne om at etablere en fælles varestamdatabase. Hvis en sådan database udvikles, vil det afhjælpe nogle af de udfordringer for mere integreret samarbejde, der er relateret til, at regionerne anvender forskellige indkøbssystemer. Herunder vil det kunne danne grundlag for at opnå administrative skalagevinster ved at konsolidere roller og ansvar vedrørende blandt andet opdatering og vedligeholdelse af stamdata. Hvis der udvikles en fælles database, der "lægger ovenpå" og integreres med de forskellige indkøbssystemer, vil de enkelte indkøbssystemer kunne trække de relevante varestamdata fra denne database. Derved vil der kunne opnås administrative effektiviseringsgevinster, fordi opdatering af varestamdata i en fælles database kan ske på tværs af regionerne fremfor at blive udført parallelt i alle fem regioner.

Herudover er der udfordringer med at sikre tilstrækkelig prioritering af udbudskategorier til fælles udbud, idet det fortsat mere er reglen end undtagelsen, at udbud gennemføres individuelt fremfor i fællesskab. Dette skyldes, dels at der ikke er stærk nok governance i samarbejdsmodellen, dels forskellig udbudshistorik og modenhed. Det er således forskel på, hvor mange gange en region har udbudt en given kategori, og dermed hvor standardiseret og optimeret den kategori er. Det betyder, at en given kategori ikke er lige attraktiv for alle regioner at udbyde, fordi der er varierende effektiviseringspotentialer, ligesom der kan være forskellige holdninger til valget af udbudsmodel, prisstruktur mv.

Endelig er der nogle praktiske forhold, der påvirker vilkårene for fælles udbud. Forskelle i logistik- og distributionsforhold og klinisk standardisering har således betydning for, hvordan givne udbudskategorier mest hensigtsmæssigt udbydes i forhold til sammensætning af sortiment, prismodeller og krav til leverandører. Forholdene forhindrer i sig selv ikke fælles udbud, men medfører større kompleksitet, der ofte kan være en barriere for at sikre prioritering og skabe fremdrift for fælles udbud.

#### **4.1.2 Samarbejde mellem regionerne**

Det eksisterende samarbejde mellem regionerne er karakteriseret ved en hybridmodel, der balancerer frivillighed med gensidig forpligtelse gennem aktiviteter i formaliserede fora. Samarbejdet er forankret i det virtuelle indkøbsfællesskab Regionernes Fælles Indkøb (RFI), der ledes af Regionernes Styregruppe for Indkøb og understøttes af et fællessekretariat, der sikrer koordinering, vejledning mv. Den daglige drift og aktiviteterne i RFI varetages grundlæggende gennem syv arbejdsgrupper i samarbejdet, der omfatter controlling, fælles udbud, digitalisering, kompetencer, logistik, tjenesteydelser og udbudsjura. Derudover spiller Danske Regioner en central rolle i at koordinere og sikre fremdrift i regionernes samarbejde.

Alle regionerne er repræsenteret i arbejdsgrupperne, hvor de mødes med fast frekvens, der varierer fra område til område. Nogle arbejdsgrupper befinder sig i opstartsfasen, mens andre er mere etablerede. Særligt arbejdsgrupperne vedrørende controlling og UFO-gruppen (Gruppen til Udvælgelse af Fælles Områder) har været i gang og er blevet prioriteret gennem en periode med tæt dialog mellem regionerne og konkrete aktiviteter. Det er særligt i dette regi, at regionerne har og skal styrke samarbejdet i forhold til datagrundlag, fælles udbud, styring og opfølgning. Derudover har juridisk netværk eksisteret siden 2008, og det har bidraget til at vedligeholde og opdatere standardmaterialer for alle fem regioner.

#### **Samarbejdsmodellens understøttelse af fælles udbud**

RFI-samarbejdet har medført større bevidsthed og fokus på fælles udbud i regionerne. Som beskrevet i kapitel 3.3 skal fælles udbud her forstås som, at minimum to regioner gennemfører et udbud i fællesskab. Fælles udbud omfatter således ikke nødvendigvis nationalt dækkende udbud mellem alle fem regioner. Det afspejler sig også i den hidtidige udstrækning af

fælles udbud, da der – som ligeledes beskrevet i kapitel 3.3 – i højere grad har været fælles udbud mellem 2-4 regioner end mellem alle fem regioner.

Det er dog som hovedregel fortsat individuelle udbud, der præger de eksisterende udbudsplaner – særligt vedrørende andre udbudskategorier end ikke-kliniske varekøb. Når der ses på de afsluttede, igangværende og foreløbig planlagte udbud for 2015 og 2016, omfatter de 58 fælles kontrakter og 130 individuelle kontrakter. Den forventede indkøbsvolumen på disse områder fordeler sig med henholdsvis 21 procent fælles udbud og 79 procent individuelle udbud. Blandt de hidtil afsluttede udbud i 2015 og 2016 var den fælles udbudte indkøbsvolumen fordelt med cirka 42 procent i fælles udbud mellem alle fem regioner og 58 procent udbudt af 2-4 regioner.

Det er særligt gennem UFO-arbejdsgruppen, at regionerne udvælger og prioriterer kategorier til fælles udbud. Det foregår ved en systematisk vurdering og scoring af kategoriernes egnethed til fælles udbud baseret på blandt andet volumen, markedsf forhold, standardiserbarhed mv.

I gennemførelsen af nærværende analyse har Deloitte gennemgået evalueringer af udbudskategorierne, som de centrale indkøbsmedarbejdere har udfyldt. Derudover har vi drøftet evalueringsarket med deltagere i UFO-arbejdsgruppen. Denne proces har imidlertid båret præg af, at de relevante medarbejdere i regionerne ofte er generalister fremfor specialister. Det vil sige, at de har overordnet kendskab til et bredt antal områder, men mangler tilstrækkelig dybtgående indsigt i specifikke områder for at kunne evaluere egnetheden fyldestgørende blandt andet på grund af manglende grundlag for konsistent fortolkning og afgrænsning af kategorierne mellem regionerne og på grund af utilstrækkelig specialisering af de udbudsansvarlige medarbejdere, fordi man hidtil ikke har arbejdet med kategoristyring i klassisk forstand. Dette medfører, at der ikke har været en særlig robust evaluering af kategoriernes egnethed til fælles udbud.

Governancemodellen for at sikre flere fælles udbud understøttes af et følg-eller-forklar-princip, der indebærer, at regionerne som udgangspunkt skal deltage i fælles udbud af de kategorier, der screenes som egnede til fælles udbud. I modsat fald skal der redegøres for det, når en given region ikke ønsker at deltage i fælles udbud. Hidtil har forklaringerne på fravalg især omfattet, at området for nylig er kontrakt dækket, forskellig holdning til udbudsstrategi og/eller valg af prismodel samt forskelle i afgrænsning og standardisering af kategorien. Det er Deloitte's vurdering, at dette princip ikke er stærkt nok, og at det er medvirkende til at forklare de langsommelige fremskridt i fælles udbud. Regionerne giver også selv udtryk for, at princippet ikke fungerer så godt, som det var påtænkt. Der synes således ikke at være særlig opfølgning på regioner, der har valgt at afstå fra fælles udbud. Det vil sige, at der for eksempel ikke er specielt store dokumentationskrav for at fravælge fælles udbud. Derudover er der ikke faste procedurer for, hvad forklaringerne på fravalg skal medføre. Hvis forklaringen for eksempel er nylig kontraktindgåelse, kunne en styrkelse omfatte, at regionerne efterfølgende skulle være forpligtet til at koordinere kontraktudløb og kontraktforlængelser, så der med tiden sker synkronisering – dette er nemlig en stor udfordring i det nuværende setup.

### Barrierer for at gennemføre flere fælles udbud

Der er generelt opbakning til at gennemføre flere fælles udbud. Det er desuden en udbredt vurdering i regionerne, at alle udbudskategorier principielt er egnede til fælles udbud. Som beskrevet ovenfor er der dog i praksis fortsat betydelig større gennemførelse af individuelle udbud fremfor fælles udbud. Det kan i nogen grad skyldes, at der er en binding i allerede vedtagne udbudsplaner, hvor de enkelte regioner således allerede er i gang med at forberede og gennemføre udbud. Derudover kan der være forestående kontraktudløb og behov for kontrakt dækning, der kan reducere tempoet for at gennemføre flere fælles udbud.

Omvendt er det Deloitte's vurdering, at den primære barriere for at gennemføre flere fælles udbud er den nuværende samarbejdsmodel og governance, der ikke vurderes at være stærk nok. Det er således Deloitte's vurdering, at der kan opnås et stærkere fokus på fælles udbud

gennem en tydeligere tværgående ledelsesmæssig prioritering og et mandat til at få regionerne med i fælles udbud. Det kræver således en betydelig kulturændring, hvis ledelse og medarbejdere fremover skal tænke i fælles før individuelt udbud, når sidstnævnte hidtil har været hovedreglen. En velfungerende governancemodel skal således sikre, at der skal tages særlig stilling til ikke at deltage i fælles udbud snarere end det omvendte.

Arbejdsgange og processer er desuden ret forskellige som følge af regionernes uens struktur og rammer. Og de harmoniseres netop ikke under den nuværende samarbejdsmodel, fordi der ikke er tilstrækkelig forpligtelse til at deltage i fælles udbud på grund af fraværet af en tilstrækkelig stærk governancemodel. Derudover er der inkonsistent dataanvendelse og ufuldkommen kategorisering af indkøbsomkostninger som følge af hidtil manglende historik for brug af indkøbsdata og "fælles sprog" for afgrænsning af udbudskategorier. Som beskrevet tidligere er taksonomien næsten på plads nu, hvilket fremover vil udgøre et betydeligt fundament. Regionerne er dog stadig ikke fuldkommen enige om afgrænsningen af kategorierne på detaljeret niveau, hvilket blandt andet hænger sammen med, at der er overlap mellem visse produkter, der anvendes indenfor flere områder. Endvidere er det vanskeligt at synkronisere udbudsplaner samt ensarte udbudsstrategier i vidtrækkende omfang, da der vedbliver at være praktiske forhold og faglige uenigheder, der udgør barrierer for harmonisering. Alle disse forhold er vanskelige at ensrette under den nuværende samarbejdsmodel, hvor der ikke er én fælles ledelse i en integreret organisation mellem regionerne eller en stærk governance med høj grad af gensidig forpligtelse. Omvendt er dette heller ikke umuligt under den nuværende organisering. Det bevises af, at der trods alt har været en række fremskridt blandt andet ved udvikling af taksonomien for udbudskategorisering, skabelonmaterialer, processtandardisering mv. Men tempoet har været langsomt og vurderes at kunne øges gennem stærkere governance eller mere integreret samarbejde.

Regionerne har i øvrigt svært ved at blive enige om, hvilke udbudskategorier der i givet fald skal prioriteres til fælles udbud, fordi det er vanskeligt at vurdere indkøbsområderne. Det hænger blandt andet sammen med, at regionerne ikke arbejder så formaliseret med kategoristyring, hvilket begrænser dybdekendskabet til at evaluere udbudskategoriernes egnethed til fælles udbud i det værktøj, UFO-gruppen har udviklet. Større specialisering i udbudskategorier og kompetenceopbygning kan derfor være forudsætninger for, at regionerne fremover kan gennemføre flere fælles udbud. I sammenhæng hermed kan et mere integreret samarbejde og fælles udbud mellem regionerne være en forudsætning for at opbygge de nødvendige kompetencer og den nødvendige professionalisering. I det følgende afsnit adresseres mulighederne for at forbedre organiseringen af indkøb både individuelt og på tværs af regionerne.

## **4.2 Forbedringsmuligheder i organisering af indkøb**

Regionernes indkøb er umiddelbart karakteriseret ved forholdsvis høj grad af modenhed sammenlignet med eksempelvis den øvrige offentlige sektor. Der er udpræget fokus på strategisk varetægelse af indkøb og stærke kompetencer i forskellige roller og funktioner, der dog fremtræder med nogen variation. Der er generelt forbedringsmuligheder i forhold til organiseringen i hver af regionerne, da de på forskellige områder vil kunne lære af bedste praksis indbyrdes. Dette gennemgås i afsnit 4.2.1 nedenfor. Det er Deloitte's vurdering, at de største optimeringsmuligheder omfatter det tværregionale samarbejde som analyseret i afsnit 4.2.2 nedenfor. Det omhandler blandt andet, at der med fordel kan etableres et stærkere fællesskab og øget konsolidering for at sikre større fokuseret fremdrift og effekt i regionernes samarbejde.

### **4.2.1 Optimeringsmuligheder i de enkelte regioner**

Der er ikke tegn på, at én region gennemgående har organiseret indkøb optimalt i forhold til de andre regioner. Der er naturligvis nogle regioner, der overvejende er mere modne end andre, men generelt er der forbedringsmuligheder i alle regioner. Disse kan realiseres ved at lære af bedste praksis fra andre regioner eller andre organisationer i eksempelvis den private sektor.

Derudover er der truffet beslutninger om investering i og/eller reorganisering af den centrale indkøbsfunktion i nogle af regionerne for at sikre generel oprustning af strategisk indkøb. Der er således igangsat initiativer til at forbedre organiseringen i nogle regioner om end andre regioner fortsat oplever status quo eller nedskæringer.

Større udstrækning af kontrakt dækning

Dedikerede roller og ansvar for kategoristyring

Datadrevne og systemunderstøttede indkøb

Systematisk styring og opfølgning

Generelt er der dog en udbredt tendens til at øge det strategiske fokus, herunder til dels indenfor de fire områder, der fremgår til højre og gennemgås nedenfor, som nærværende analyse har vist indeholder de væsentligste forbedringsmuligheder.

De planlagte og/eller igangsatte initiativer i regionerne omfatter for eksempel reorganisering i Region Sjælland og Region Syddanmark. Hensigten er blandt andet at fremme fokus og dedikere ressourcer til henholdsvis kontraktstyring og kategoristyring, der hidtil ikke har været tilstrækkeligt formaliseret. Region Midtjylland har det seneste år oprustet i blandt andet controllerfunktionen, og der er afsat midler til at ansætte flere medarbejdere i den centrale indkøbsfunktion særligt for at styrke strategisk styring og opfølgning. Alle initiativer, der er igangsat eller planlagt i regionerne, har deres afsæt i de vedvarende og stigende krav til effektivisering. I nogle regioner er det ekstra vanskeligt at få ressourcerne til at strække, fordi de igangværende sygehusbyggerier med nye store enkeltstående anskaffelsesbehov trækker medarbejdere væk fra den daglige drift og styring af de løbende indkøb. Det vil sige, at indkøbsfunktionerne pludselig skal undvære medarbejdere periodevis til at gennemføre udbud og anskaffelser specifikt til bestyknings af de nye sygehuse.

Deloitte vurderer, at initiativerne har det rette formål, men at de ikke er tilstrækkelige til at realisere det fulde forbedringspotentiale, der eksisterer på indkøbsområdet. Det gælder især der, hvor der ikke er politisk eller topledelsesmæssig opbakning til at investere flere ressourcer i indkøbsfunktionen, eller hvor der som led i regionens overordnede spareplaner besluttet har været sparerunder (som senest i Region Nordjylland). Eftersom der – forudsat ansættelse af de rette kompetencer og en veltilrettelagt styring og prioritering – er en positiv businesscase for at udvide indkøbsfunktionen, er det udtryk for kortsigtet prioritering at gennemføre besparelser på dette område. Det forekommer således stadig svært for regionerne individuelt at få sat strategisk indkøb højt nok op på den politiske dagsorden.

I alle regionerne har den centrale indkøbsfunktion gennem regionsdækkende udbud sikret høj **kontrakt dækning** indenfor varekøb. Til gengæld er der et større efterslæb i forhold til tjenesteydelser, hvor en række udbudskategorier ikke er dækket af centralt indgåede kontrakter. Det er udtryk for både en uformel praksis eller kultur og en mere formel forankring i politikker for indkøb. For eksempel indgår det i Region Midtjyllands indkøbspolitik, at konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser kan foregå lokalt. Der er et betydeligt forbedringspotentiale ved at forankre ansvaret for disse områder i den centrale indkøbsfunktion, hvilket i nogle regioner kan kræve justering af indkøbspolitikkerne. Dels kan det sikre bedre aftalepriser gennem konsolidering af volumen og professionalisering af udbud, dels kan det reducere indkøbsomkostningerne at samle og standardisere gennemførelsen af udbud og kravene til service og kvalitet. Øget central udbuds- og kontrakt dækning er samtidig en forudsætning for at sikre bedre styring og opfølgning på de samlede indkøbsomkostninger.

Regionerne arbejder generelt ikke med **kategoristyring** som formaliseret disciplin. Således har medarbejdere i den centrale indkøbsfunktion i stor udstrækning hidtil ikke været dedikeret til at specialisere sig i enkelte udbudskategorier. Som beskrevet i casestudierne (i bilag 3) har LPP i Storbritannien gennem en årrække haft fokus på kategoristyring, ligesom dette fremover prioriteres i fællesindkøbsorganisationen i det norske hospitalsvæsen. Generelt er det Deloitte's erfaring, at kategoristyring er et grundelement i alle organisationer på tværs af sektorer, der kan karakteriseres som mest professionaliserede i strategisk indkøb. I den private sektor gælder det for eksempel i de store virksomheder – både med sammenlignelig og

med mindre indkøbsvolumen end i regionerne – på tværs af industrier lige fra medicinalbranchen (fx Novo Nordisk) til den finansielle sektor (fx Danske Bank). Særligt i forhold til direkte indkøb, hvilket i regionerne blandt andet omfatter kliniske forbrugsvarer, er specialisering typisk mest koncentreret, hvorimod der typisk er en større bundtning af ansvar for kategoristyring af flere indirekte kategorier såsom kontorartikler, abonnementer mv.

Der kan således opnås gevinster ved at arbejde mere systematisk med at optimere udbudskategorier som følge af professionalisering og kompetenceopbygning hos dedikerede medarbejdere og mere strategisk og proaktivt fokus på at optimere givne kategorier i et totalomkostningsperspektiv. Dette sikres blandt andet gennem bedre samarbejde med leverandørmarked og fagpersoner, idet professionalisering medfører bedre indsigt, forståelse og udfordring af relevante behov og barrierer for eksempel i relation til klinisk standardisering.

I nutidens strategiske indkøb spiller **data- og systemunderstøttelse** en fundamental rolle for effektive arbejdsgange og omkostningsstyring. Alle regioner arbejder aktivt på at maksimere andelen af indkøb, der bestilles gennem indkøbssystemer, hvilket for eksempel Region Nordjylland er lykkedes godt med. Indenfor varekøb varierer andelen ifølge regionernes egne oplysninger til Deloitte mellem cirka 50 og 90 procent. Derimod er køb af tjenesteydelser kun i meget begrænset omfang understøttet af indkøbssystemer. Regionerne bør øge andelen af e-handel indenfor både varekøb og tjenesteydelser, dels fordi det giver mere effektive arbejdsgange i forhold til bestilling og betaling (fakturaflow), dels fordi det er et velegnet værktøj til at sikre højere compliance og større indsigt i indkøbsadfærd og omkostninger.

Der er stor variation i, hvordan regionerne anvender SAS Indkøbsanalyse og UNSPSC-koder som grundlag for kategorisering, udbud og complianceopfølgning. I det regionerne har vedtaget at bruge SAS-systemet som analyseværktøj, herunder anvende UNSPSC-koder som grundlag for "fælles sprog" for afgrænsning af udbudskategorier, bør dette implementeres i videst muligt omfang i alle regioner. Hidtil er det kun enkelte regioner, der for eksempel har koblet stamdata i indkøbssystemerne op på UNSPSC-koderne eller anvender aftalesnitflader i SAS Indkøbsanalyse til at identificere kontraktstående leverandører og aftalebelagte varer. Disse tiltag kan medføre betydelige effektiviseringer af arbejdsgange særligt i forhold til omkostningsanalyse ved forberedelse, planlægning og prioritering af udbud og complianceanalyse til opfølgning på indgåede kontrakter og estimerede gevinster.

I forlængelse af de øvrige områder er der et udbredt forbedringspotentiale for regionerne i at arbejde mere systematisk med **styring og opfølgning** generelt. Der kan skabes effektivisering ved at opprioritere for eksempel controllingfunktioner, da de kan bistå med at etablere bedre beslutningsgrundlag og bidrage med værdifuld læring. Forbedringsmulighederne omfatter blandt andet, at regionerne skal tage udgangspunkt i mere robuste omkostningsgrundlag og udbudskategoriseringer. Det vil skabe mere gennemsigtighed og troværdighed i forventet volumen overfor leverandører og dermed bedre udnyttelse af købekraft i udbud. Det vil også hjælpe til prioritering og planlægning af udbud og til opfølgning på omkostningsudvikling og realisering af gevinster efter indgåelse af kontrakt. Derudover bør der følges mere systematisk op på indkøbsadfærden (herunder compliance), så dialog med disponenter og brugere kan foregå på et dokumenteret grundlag i et stadig tættere partnerskab.

#### **4.2.2 Forbedring af tværregionalt samarbejde**

Det er nødvendigt at forbedre samarbejdet mellem regionerne, hvis de skal udløse det fulde potentiale for effektivisering på indkøbsområdet dels i forhold til at realisere målsætningerne i den fælles strategi for indkøb frem mod 2020 generelt, dels for at realisere de i kapitel 3 estimerede potentialer specifikt og eventuelt yderligere effektiviseringspotentialer. Målene omfatter blandt andet besparelser, flere fælles udbud og større konkurrenceudsættelse af tjenesteydelser. Realisering af disse mål forudsætter, at der skabes bedre rammer og forudsætninger for at aktivere de væsentligste drivere for effektivisering af indkøbsområdet på tværs af regionerne. Disse drivere kan sammenfattes under tre områder: governance, konsolidering og kompetencer.



**Governance:** For at ændre kultur og praksis for udbud fra at blive gennemført individuelt i regionerne til i højere grad at blive gennemført fælles er det nødvendigt med et solidt forankret fællesskab mellem regionerne. Det skal etableres gennem en stærk governancemodel, eventuelt gennem en formelt integreret samarbejdsorganisation på tværs af regionerne. Uden den rette governance opnås der ikke de fulde effekter af samarbejdet.

Set i lyset af det hidtil begrænsede omfang af fælles udbud med flere års tilløb og den fortsat beherskede fremdrift er den eksisterende governancemodel ikke stærk nok til at sikre det rette organisatoriske fundament for at fremme væsentlig flere fælles udbud.

Erfaringerne fra andre lande og sektorer viser, at fælles ledelse ofte er en afgørende forudsætning for at sikre mandat og prioritering til, at der kommer det rette fokus på fælles udbud, herunder en fælles identitet og kultur på tværs af ophavsenhederne.

#### **Større udbredelse af fælles udbud ved fælles organisering og ledelse**

Casestudierne fra både Storbritannien og Norge (se bilag 3) har vist, at fælles ledelse er et effektivt middel og kan være nødvendigt for at sikre stærk governance i fælles udbud.

I London har der således været en betydelig vækst i omfanget af fælles udbud mellem hospitalerne siden etableringen af LPP som en formel integreret fælles indkøbsorganisation. Her er de deltagende hospitaler fuldt forpligtede til at være omfattet af fælles udbud, og der realiseres årligt betydelige økonomiske gevinster i regi af samarbejdet.

I Norge har samarbejdet via HINAS godt nok være organiseret i en formel central organisation, men regionernes deltagelse i fælles udbud har været frivillig. Derfor har de ikke nået den planlagte fremdrift eller de aspirerede mål vedrørende fælles udbud. Der er nu med virkning fra primo 2016 gennemført en reorganisering, der p.t. er ved at blive implementeret. Den indebærer en betydelig større forpligtelse og integration på tværs af regionerne blandt andet ved at overflytte regionernes indkøbsfunktioner til den nye fælles indkøbsorganisation, Sykehusinnkjøp HF. Ambitionen er at sikre besparelser og øge kvaliteten og kompetencerne i relation til udbud.

**Konsolidering:** Et af de hyppigste og tungeste argumenter for at konsolidere indkøb omfatter de økonomiske fordele ved at samle volumen og at samarbejde på tværs af enheder, dels fordi konsolidering af indkøbsvolumen alt andet lige medfører skalafordele og lavere enhedspriser ved at udnytte større fælles købekraft, dels fordi konkurrencepresset øges og transaktionsomkostningerne reduceres i kraft af mere effektive udbuds- og indkøbsprocesser. Det har også været drivkræfterne bag centralisering og effektivisering individuelt i regionerne, som samtidig har medført en god platform for videre styrkelse og effektivisering af det tværregionale samarbejde. Helt specifikt er etableringen og driften af AmgroS et andet tydeligt eksempel på, at konsolidering på tværs af regioner kan indebære betydelige økonomiske gevinster. Disse gevinster er ifølge AmgroS blandt andet opnået gennem bedre udnyttelse af fælles købekraft, tydelig ledelsesmæssig prioritering og beslutningsmandat vedrørende fælles indkøb samt fokus på professionalisering gennem tiltrækning, fastholdelse og udvikling af de rette kompetencer. AmgroS varetager imidlertid en betydelig mindre indkøbsvolumen – målt i forhold til både omkostninger og heterogenitet – hvorfor vilkårene for konsolidering har været anderledes. Casestudierne fra både Storbritannien og Norge bekræfter dog, at der potentielt er gevinster ved konsolidering af en både bred, dyb og kompleks portefølje af indkøb.

AmgroS har i øvrigt tidligere – i form af eksempelvis et notat i 2011 om udvidelse af fælles regionale indkøb på sundhedsområdet – peget på en række udbudskategorier på sundhedsområdet, der med fordel kunne omfattes af fælles udbud baseret på en række specifikke udvælgelseskriterier og erfaringer med fælles indkøb. Det viser, at der igennem en årrække har været drøftelser om at øge graden af fælles indkøb og været igangsat konkrete initiativer til at understøtte det. Men fremdriften har været træg, når der ses på, at fælles udbud fortsat kun omfatter cirka 4 procent af regionernes samlede udbudsrelevante indkøb. Det moderate tempo skyldes ikke kun utilstrækkelig governance eller fravær af en integreret organisation,

men også at regionerne har haft begrænsede ressourcer i indkøbsfunktionerne, der har været prioriteret til at lukke huller i kontraktudfyldning og til at opnå besparelser individuelt.

Som nævnt i kapitel 4.1 har regionerne igennem en årrække allerede realiseret store besparelser hver for sig ved at centralisere (regionsdækkende) udbudsansvar i en strategisk indkøbsfunktion i den enkelte region. De analyserede effektiviseringspotentialer, erfaringerne fra Amgros, casestudierne og Deloittes erfaringer med virksomheder i den private sektor indikerer dog, at der er potentiale for yderligere realisering af konsolideringsgevinster og udnyttelse af købekraft ved at pulje flere regioners indkøbsvolumen i fælles udbud. Det vil også sikre kritisk masse på endnu større områder indenfor relevante udbudskategorier, hvor der kan være varierende klinisk praksis og dermed en relativt bred behovssammensætning.

Konsolidering skal i øvrigt ikke kun fortolkes i snæver forstand som at pulje indkøbsvolumen. Det omfatter nemlig også, at udbudsprocessen samles og gennemføres i én samlet proces og efter samme principper. Det øger konkurrencepresset og gennemsigtigheden for leverandørerne, hvilket kan have en nedadgående effekt på enhedspriserne. Både de udenlandske cases og Deloittes erfaringer fra den private sektor viser, at leverandørerne anstrænger sig maksimalt for at afgive fordelagtige tilbudspriser, når udbud konsolideres med større volumener og i samme proces – også selv når udbud omfatter rammeaftaler med valg af flere leverandører og/eller opbygning med flere delaftaler sammensat på grundlag af geografi, funktion mv. Se for eksempel bilag 3, der netop beskriver et konkret eksempel på dette i casestudiet af LPP i Storbritannien.

Samtidig giver konsolidering mulighed for at standardisere kravspecifikationer, udbudsvilkår mv., hvor harmonisering til et egnet fælles niveau på tværs af regioner kan medføre besparelser ikke nødvendigvis ved at reducere service- eller kvalitetsniveau, men fordi større gennemsigtighed og lavere transaktionsomkostninger for leverandørerne i udbud reducerer den risikopræmie, de lægger ind i priserne ved afgivning af tilbud.

#### **Der er kun taget små skridt mod konsolidering i regionerne i Danmark**

Hidtil har fælles udbud i de danske regioner især været fokuseret på ikke-kliniske varekøb, og andelen af indkøbsvolumen, der er udbudt i fællesskab, er foreløbig meget lav.

Til sammenligning gennemfører LPP i Storbritannien fælles udbud indenfor stort set alle kategorier af både kliniske og ikke-kliniske varekøb og tjenesteydelser. Det er således en omfattende indkøbsvolumen, der udbydes konsolideret i LPP. Herudover kan der perspektiveres til det reorganiserede indkøbsfællesskab i Norge, der i første omgang forventes at få ansvar for at udbyde 40-50 procent af sygehussektorens indkøbsvolumen, der på sigt er planlagt til at skulle stige til 80-90 procent.

I modsætning hertil står erfaringerne fra Sverige. Her er der udpræget decentral organisering med stærkt begrænset anvendelse af fælles udbud. Dette er udtryk for bevidst prioritering i forlængelse af en udpræget tradition for og ønske om lokalt selvstyre. Det vurderes blandt indkøbsansvarlige i Sverige, at de økonomiske gevinster ved konsolidering ikke overstiger fordelene ved individuel fastlæggelse af krav, service- og kvalitetsniveauer. Der henvises til bilag 3 for uddybende casestudier.

Derudover reduceres transaktionsomkostningerne i regionerne ved konsolidering særligt i forhold til udbudsgennemførelse, hvor det samlede administrative ressourceforbrug reduceres ved at gennemføre fælles udbud fremfor parallelle individuelle udbud. Der er således effektiviseringsgevinster ved konsolidering i fælles udbud, omend tidsperioden for udbud samtidig udstrækker sig over længere perioder.

Som det er gennemgået i afsnit 2.2 og 3.3, er der kun gennemført fælles udbud af en meget begrænset andel af den samlede udbudsrelevante indkøbsvolumen svarende til godt 3 procent af regionernes samlede udbudsrelevante indkøbsomkostninger, hvorfor der fortsat er et stort forbedringspotentiale i at øge konsolidering ved gennemførelse af fælles udbud i forpligtende samarbejde. Som nævnt i afsnit 3.3 kan fælles udbud faciliteres på forskellige måder lige fra nationalt dækkende forholdsvis uniforme kontrakter til brede rammeaftaler med



deltagelse af 2-5 regioner. Den rette balancering af udbudsstrategi i forhold til de relevante udbudskategorier er afgørende for at sikre størst mulig realisering af potentialer. For eksempel kan det indenfor udbudskategorier med meget få leverandører i markedet og høj teknologisk udvikling give de største gevinster at gennemføre koordinerende rullende udbud med forholdsvis høj frekvens ved at indgå relativt korte kontrakter. I andre kategorier uden nævneværdig produktudvikling og homogent forbrug kan det være mere fordelagtigt at indgå nationale kontrakter med længere varighed.

**Kompetencer:** Det er utvivlsomt anerkendt, at højere kompetencer kan være drivende for større gevinster gennem bedre kvalitet, professionalisme og effektive arbejdsgange. Men det er ofte undervurderet, at der skal en vis kritisk masse i indkøbsvolumen og -ansvar til for at opbygge og udvikle stærke kompetencer. Regionerne kan styrke kompetencerne i de centrale indkøbsfunktioner ved at forbedre samarbejdet og dermed øge effektiviteten og ikke mindst effekten af de strategiske indkøbsressourcer.

Kompetenceopbygning hænger tæt sammen med specialisering og professionalisering. Den kan for eksempel forstærkes gennem øget samarbejde og ansvar for større indkøbsvolumen med bredere og dybere kompleksitet. Herudover kan bedre videndeling sikre øget brug af bedste praksis indenfor udbud, controlling, kontraktstyring mv. på tværs af regionerne. Det vil samtidig være en forudsætning for at arbejde mere formaliseret med kategoristyring.

Derudover er styrkelse af kompetencer nødvendigt, fordi større professionalisme, indsigt og dybdekendskab til kategorier kan sikre, at der kan etableres et mere strategisk partnerskab med brugerne/interessenterne i de kliniske afdelinger, herunder eventuelt gennem oprustning af kliniske kompetencer i indkøbsfunktionen. Dette kan medføre gevinster gennem bedre sparring med og udfordring af klinikere i forhold til standardiseringsmuligheder og barrierer relateret til klinisk praksis. Tværregionalt samarbejde kan generelt være en forudsætning for

#### **Observationer fra regionerne har vist, at der er potentiale for specialisering**

Gennemførelsen af denne analyse har vist, at regionernes indkøbsfunktioner er bemandede med en række kompetente medarbejdere, men har store forskelle i fokusområde, ledelsesmæssig prioritering, tilgang, metoder, værktøjer mv. Ensartede aktiviteter, roller og ansvar løftes derfor på forskellige måder. Som konsekvens heraf er der potentiale for at øge graden af standardisering og professionalisering, herunder bedre anvendelse af bedste praksis.

For eksempel kan der med fordel anvendes mere standardiserede materialer og tilgange til at gennemføre udbud indenfor givne områder. Nuværende praksis indebærer, at givne kategorier udbydes med forskellige udbudsstrategier og prismodeller mellem regionerne, hvilket vanskeliggør tværgående styring og opfølgning efter gennemført udbud.

Derudover har gennemførelsen af analyseaktiviteter blotlagt, at regionerne i mange tilfælde har haft vanskeligheder ved at opgøre præcise besparelser- eller complianceberegninger og graden af kontraktdekning indenfor givne kategorier. Det hænger blandt andet sammen med forskellige definitioner og tilgange til at opgøre compliance, og at afgrænsningen af udbudskategorier i forbindelse med udbudsplanlægning, udbudsgennemførelse og kontraktdekning hidtil ikke har været koblet op på UNSPSC-koderne knyttet til den etablerede kategorisering på udbudskategoriniveau 2. Det hænger sammen med uensartet brug og standardisering af data- og systemunderstøttelse, herunder integration mellem relevante systemer.

Herudover har udbuds- eller kontraktansvarlige medarbejdere – tilsyneladende som følge af utilstrækkelig specialisering og ikke-formaliseret kategoristyring – i mange tilfælde ikke kunnet redegøre for karakteren af specifikke varekøb eller anvendte leverandører indenfor specifikke kategorier selv med en mærkbar indkøbsvolumen.

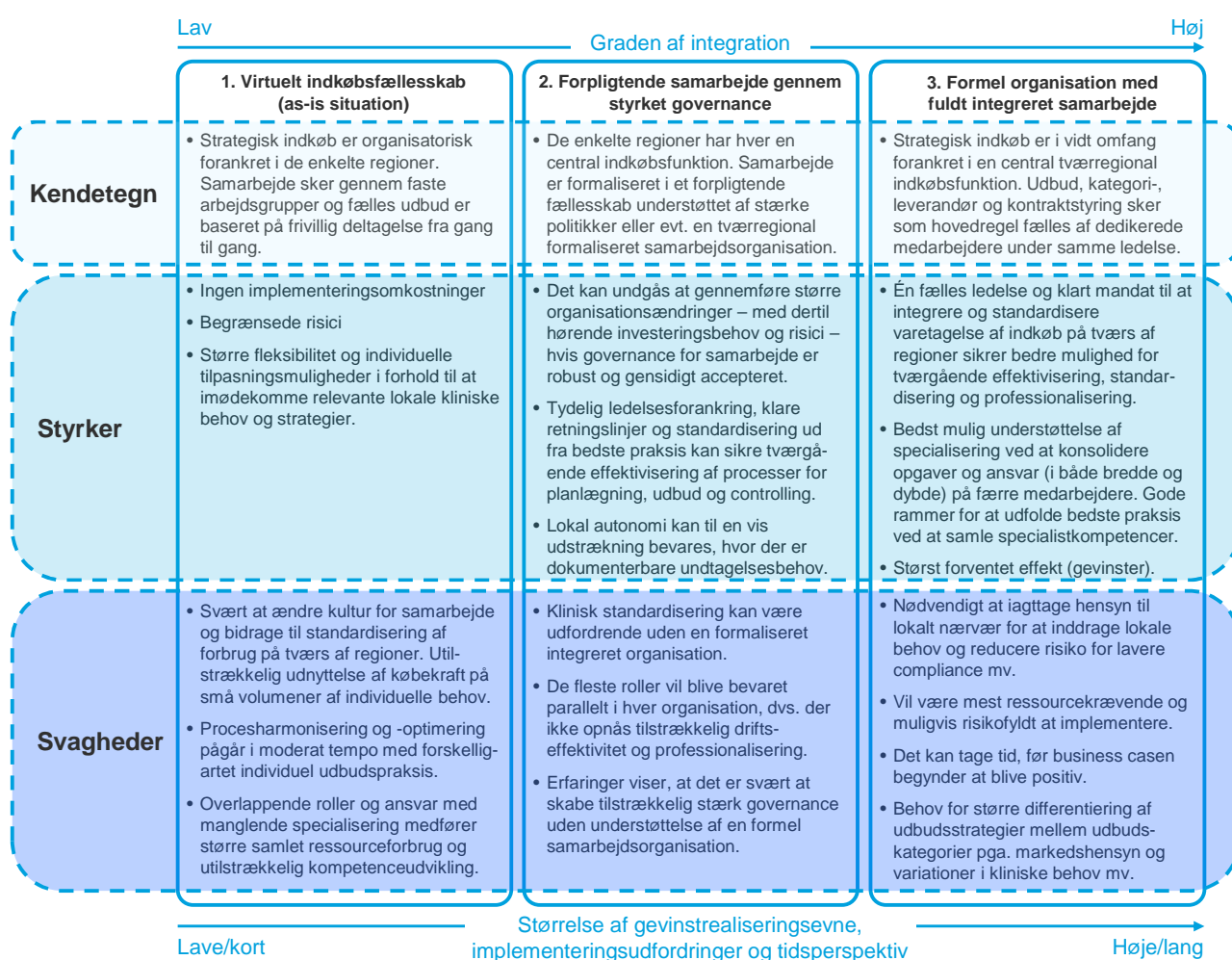
at opnå kritisk masse til kompetenceopbygning gennem større tværregionalt samarbejde.

#### **Arketyper af samarbejdsmodeller**

Regionerne har allerede igennem de seneste år styrket samarbejdet gennem eksempelvis etableringen af RFI i 2014. Herudover fremgår det klart af 2020-strategien for regionernes indkøb, at samarbejdet skal styrkes yderligere blandt andet gennem de initiativer, der indgår i aktivitetsplanen. Set i lyset af det hidtil forholdsvis moderate tempo for fremdriften i regionernes samarbejde, herunder en governancemodel, der ikke forekommer at være stærk nok, må det imidlertid overvejes, om de eksisterende organisatoriske rammer tilstrækkeligt understøtter initiativernes gennemførelse og realisering af de strategiske målsætning.

Det er således Deloitte's vurdering, at det kan være nødvendigt at styrke samarbejdet ved at udvikle den nuværende organisering, der i høj grad er baseret på frivillighed, til at være mere forpligtende og i en mere formaliseret struktur. Dette kan realiseres ved at gennemføre initiativer lige fra styrkelse af governance indenfor de nuværende organisatoriske rammer til at etablere en decideret integreret indkøbsfunktion på tværs af regionerne. Nedenfor har vi opstillet tre arketyper for samarbejde, der udtrykker et spektrum for, hvor formaliseret og integreret det kan overvejes organiseret.

**Figur 11. Arketyper af samarbejdsmodeller**



Det er Deloitte's vurdering, at regionerne kan opnå de største effektiviseringsgevinster i takt med graden af formalisering og integrationen af samarbejdet. Det gælder både bredden og dybden af samarbejdet, samtidig med at det skal bemærkes, at for eksempel udbudsgennemførelse ikke altid behøver omfatte alle fem regioner. Det vil sige, at der godt kan gennemføres større centralisering af roller og ansvar samtidig med at differentiere udbudsstrategier herunder at variere antallet af deltagende regioner i fælles udbud af relevante udbudskategorier.

Generelt gælder det, at jo større forpligtelse, der er omkring samarbejde, desto større fokus og prioritering får fælles udbud og standardisering af processer og arbejdsgange mv. Det skaber således de bedste forudsætninger for planlægning, udvælgelse og gennemførelse af kategorier til fælles udbud og videst mulig anvendelse af bedste praksis, specialisering og kompetenceopbygning – også i de øvrige aktiviteter i strategisk indkøb før og efter udbudsprocessen. Dette understøttes af både casestudierne (som beskrevet i bilag 3) og vores erfaringer med virksomheder i den private sektor, ligesom det er alment anerkendt i faglitteratur og studier vedrørende strategisk indkøb<sup>11</sup>. Centralisering og formalisering af samarbejdet understøtter bedst muligt accelerering af driverne for effektivisering af indkøb.

Der er imidlertid nogle potentielle risici ved centralisering, herunder at det kan tage længere tid og indebære flere omkostninger, hvis fællesregionalt samarbejde skal integreres i en formel organisationsform. Det omfatter for eksempel en række praktiske og strukturelle forskelle, der vanskeliggør fuld integration, blandt andet i form af at regionerne anvender forskellige indkøbssystemer, der i varierende grad er integreret med andre systemer såsom økonomisystemer, lager- og logistikmoduler, SAS Indkøbsanalyse mv. Det vil i sig selv indebære, at der i en vis periode vil være brug af forskellige systemer og behov for overlappende medarbejderkompetencer, hvor især førstnævnte ikke vil kunne ændres indenfor få år.

Det er ikke muligt indenfor rammerne af nærværende analyse at kvantificere det specifikke ressourcebehov på indkøbsområdet ved forskellige mulige organiseringsmodeller. På baggrund af den gennemførte kortlægning af regionernes organisering vurderer vi, at indkøbsfunktionerne er underbemandede i forhold til at sikre tilstrækkelig kontraktudførelse og styring af indkøb indenfor de nuværende rammer og målsætninger individuelt i regionerne og i forhold til at realisere potentialerne, vi har afdækket i nærværende analyse, og derfor også i forhold til at indfri regionernes målsætninger for indkøb frem mod 2020. Gennem et mere integreret samarbejde i en formel samarbejdsorganisation, hvor (udvalgte) roller og ansvarsområder samles, vil der være nogle administrative effektiviseringsgevinster, når det er fuldt implementeret. Det skal dog ikke ses som en mulighed for at reducere medarbejderantallet, da dette næppe er fordelagtigt, dels fordi vi vurderer, at der er en positiv businesscase ved at investere i flere strategiske indkøbsmedarbejdere, der kan forløse betydelige gevinstpotentialer, dels fordi sammenligningerne med Norge og Storbritannien af nøgletal for udbudsrelevant indkøbsvolumen i forhold til medarbejdere (jf. afsnit 4.1.1) viser, at regionerne tilsammen ligger på niveau med organisationer, hvor formelt samarbejde er velprøvet. Derfor bør en forventet ressourcefrigørelse ved mere forpligtende samarbejde udnyttes til at gennemføre udbud på flere udbudskategorier, herunder især indenfor tjenesteydelser, og til at sikre højere compliance i henhold til regionernes 2020-målsætninger for indkøb. I takt med at et stærkere samarbejde implementeres, skabes der et stærkere beslutningsgrundlag for, om antallet af medarbejdere skal justeres i op- eller nedadgående retning.

Det anbefales at overveje en samarbejdsmodel, der er en blanding mellem en integreret fælles organisation, der rummer udvalgte roller og ansvarsområder på tværs af alle kategorier, og selvstændige regionale funktioner med bibeholdte lokale indkøbsopgaver. Derudover kan der i en blandingsmodel differentieres i forhold til antal udbudsområder eller –kategorier omfattet af integreret samarbejde henholdsvis individuel varetagelse. Det vil sige, at der med afsæt i det nuværende totale antal medarbejdere i indkøbsfunktionerne kunne foretages en reorganisering med etablering af en tværgående formel organisation med ledelsesmæssigt beslutningsmandat på tværs af regionerne, der kunne integrere specifikke roller/ansvarsområder og dække udvalgte udbudskategorier. Det vil kræve en klar definition af roller og ansvar, herunder snitflader til de regionalt bevarede funktioner, for at sikre velfungerende kontraktstyring (herunder implementering og drift), datastyring og support vedrørende indkøbssystemer samt ikke mindst lager- og logistikstyring i de enkelte regioner. Som beskrevet i af-

<sup>11</sup> Se for eksempel "Centralization vs. Decentralization in the Public Sector" (IACCM Research Survey, 2014) eller "Offentlige indkøbsfunktioner – Effekter af oprustning og eksempler på god praksis" (Rådet for Offentlig-Privat Samarbejde, 2013).

snit 5.2 anbefales det at gennemføre en målrettet analyse af, hvordan organisering af et sådant samarbejde bør designes.

### Overvejelser ved reorganisering

Ved at organisere samarbejdet mellem regionerne i en tværgående integreret organisation vil der kunne opnås betydelige økonomiske, kvalitets- og kompetencemæssige effekter, der forventelig ikke kan matches af andre setupper for samarbejde. I den forbindelse er det dog som nævnt vigtigt at være opmærksom på, at samarbejde i en integreret fælles organisation vil være forbundet med en længere implementeringshorisont, investeringsbehov og risici, herunder at de estimerede gevinster ikke realiseres i den ønskede takt, eller at der mistes opbakning fra brugere og interessenter i kliniske funktioner mv.

Derfor er det vigtigt, at der sikres afstemning af visioner og ambitioner mellem regionerne, udarbejdes en realistisk tidsplan og businesscase og designes den helt rette organisering med afgrænsning og definition af roller og ansvar for medarbejderne i samarbejdsorganisationen såvel som i de enkelte regioner, så der kan sikres en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af implementeringen. Der vil således fortsat skulle sikres en vis lokal forankring og tilstedeværelse af indkøbsmedarbejdere. I den forbindelse skal det dog omvendt også bemærkes, at integreret organisering ikke nødvendigvis er ensbetydende med geografisk centralisering af (alle) medarbejdernes fysiske placering.

Uanset hvor integreret en samarbejdsmodel, der overvejes, er det Deloitte's anbefaling, at behov for lokal tilstedeværelse overvejes blandt andet i forhold til opsamling af input til udbud og til implementering af nye aftaler. Dette kan have afgørende betydning for at sikre opbakning og kendskab til indgåede kontrakter og dermed for at opnå høj compliance. I de nuværende centrale indkøbsfunktioner kan det derfor være hensigtsmæssigt at bevare medarbejdere med ansvar for eksempelvis kontraktstyring og drift, herunder til implementering af aftaler og support af brugere vedrørende anvendelse af indkøbssystemer og brug af indkøbsaftaler. Succesfuld implementering og styring af kontrakter kræver således indgående kendskab til lokal infrastruktur såsom lager- og logistikforhold og indkøbs- og økonomisystemer. Dette har også betydning for, hvordan udbudskategorierne kan optimeres i et totalomkostningsperspektiv. Dette kræver nemlig kendskab til krav, vilkår og omkostninger gennem hele forsyningskæden, så der kan sikres effektive processer vedrørende bestilling, lagerstyring mv., og det kræver vedligehold af opdaterede varestamdata og leverandørkataloger og fokus på at sikre størst mulig systemunderstøttelse og -integration gennem hele forsyningskæden mv. Support af brugere og inddragelse af lokale behov kan desuden overvejes faciliteret gennem udpegning af implementeringsansvarlige på de enkelte sygehuse – der dog ikke nødvendigvis er organisatorisk forankret under indkøbsfunktionen.

For at sikre engagement og involvering blandt det kliniske personale, andre disponenter og slutbrugere er det ligeledes nødvendigt, at der er en kobling mellem klinikerne og de kategori- og udbudsansvarlige medarbejdere. Dette bidrager til gensidig forståelse og er en forudsætning for, at indkøbsmedarbejdere kan udfordre og mitigere eventuelle lokale hensyn i relation til behandlingspraksis, og det indebærer ikke, at der skal være daglig lokal tilstedeværelse på sygehusene, men blot løbende nærvær og involvering efter relevant behov.

# 5. Forudsætninger og løftestænger for gevinstrealisering

**Vi har identificeret seks indsatsområder, som regionerne bør fokusere på for at realisere gevinstpotentialerne ved flere fælles udbud og højere compliance. Løftestængerne aktiveres mest effektivt i en samarbejdsmodel med høj grad af gensidig forpligtelse og harmonisering på tværs af regionerne.**

Som beskrevet i de foregående kapitler er der uforløste potentialer forbundet med at gennemføre flere fælles udbud og opnå højere compliance, ligesom der er forbedringsmuligheder i de nuværende organiseringsformer. Det er særlig relevant at forbedre det tværregionale samarbejde, idet dette er en forudsætning for at realisere de fulde potentialer vedrørende fælles udbud.

Det skal bemærkes, at regionerne har en stærk platform for at udvikle det fællesregionale samarbejde. De har allerede taget betydelige skridt mod øget samarbejde de seneste par år blandt andet i kraft af mere struktureret samarbejde gennem RFI, hvor Danske Regioner spiller en central rolle for styring og koordinering, og i kraft af investeringen i SAS Indkøbsanalyse og dedikeret ressourceforbrug til at implementere det. Derudover har de udarbejdet en aktivitetsplan og besluttet relevante initiativer til at understøtte realiseringen af målsætningerne frem mod 2020.

Deloitte's anbefalinger kan derfor i nogle henseender være overlappende, substituerende eller forstærkende i forhold til regionernes planlagte forbedringer i det fremadrettede samarbejde. Det omfatter især initiativer til at opnå bedre udnyttelse af købekraft gennem fælles udbud, hvilket er naturligt, da nærværende analyse netop har fokus på især fælles udbud. Derudover omfatter regionernes aktivitetsplan initiativer til standardisering af kategori- og leverandørstyring, digitalisering af indkøbsprocesser og opbygning af kompetencer, der ligeledes er blandt de initiativområder, Deloitte anbefaler tiltag indenfor.

I dette kapitel redegør vi for anbefalinger til regionernes fremadrettede tilrettelæggelse og prioritering af indsatsområder, der skal sikre realisering af de analyserede gevinster ved fælles udbud og compliance. Som nævnt er der visse sammenhænge med regionernes opstillede målsætninger og planlagte initiativer, men vores anbefalinger er ikke afgrænset til kun disse områder. Kapitlet afsluttes med en perspektivering og anbefalinger til videre analysebehov. Der tages ikke stilling til den formelle organisering af samarbejdet, da der i kapitel 4 blev redegjort for forskellige udmøntninger af samarbejdsmodeller. I det følgende forudsættes det, at tiltagene igangsættes i en samarbejdsmodel med en tilstrækkelig stærk governance model til at sikre mandat for og fremdrift i fællesregionale aktiviteter.

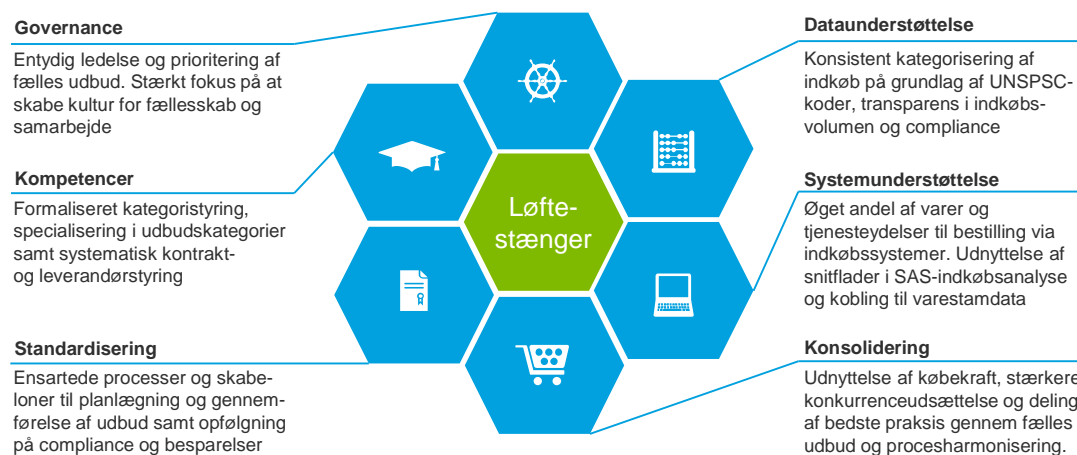
Tiltagene er udtryk for, hvad Deloitte anbefaler for at sikre realisering af gevinster ved flere fælles udbud og højere compliance. Samtidig kan tiltagene fremme realisering af regionernes øvrige strategiske målsætninger, men vi har ikke vurderet, om de er nødvendige eller tilstrækkelige forudsætninger for at realisere disse mål. Herunder kan det ikke udledes, om tiltagene vil sikre realisering af regionernes kvantitative målsætninger såsom besparelser på op mod 1 mia. kr. årligt i 2020 eller yderligere besparelser udover dette. Det skyldes blandt andet, at potentialeanalyserne er gennemført for et udvalgt antal kategorier uden opregning til den totale indkøbsvolumen. Analyserne har dog vist betydelige gevinstpotentialer, og det er Deloitte's vurdering, at regionerne med de anbefalede tiltag kan opnå signifikante forbedringer på indkøbsområdet. Set i forhold til de realiserede gevinster og opnåede forbedringer i

regionernes seneste strategiperiode er der derfor grund til at tro på, at tiltagene kan medføre mindst lige så positive resultater fremadrettet.

## 5.1 Anbefalede tiltag

For at maksimere realiseringen af gevinster ved fælles udbud og compliance er det en forudsætning, at der skabes den rette kultur for tværregionalt samarbejde, at der opnås størst mulig udnyttelse af fælles købekraft, og at arbejdsgange effektiviseres gennem professionalisering. Set i det lys har Deloitte identificeret seks relevante løftestænger, der gennemgås nedenfor. Disse er i god overensstemmelse med regionernes fælles strategi for indkøb frem mod 2020, da der er sammenfald mellem flere af fokusområderne.

Figur 12. Løftestænger for at realisere gevinster ved fælles udbud og compliance



**Dataunderstøttelse:** Regionerne har for nylig udarbejdet en taksonomi for kategorisering af indkøbsomkostningerne. Den er fuldt gennemarbejdet for alle udbudsområder undtagen de kliniske forbrugsvarer, hvor validering p.t. pågår, og den endelige struktur forventes afsluttet ved afslutningen af nærværende analyse. Kategoriseringen er baseret på UNSPSC-koder og understøttet af SAS Indkøbsanalyse, som regionerne har vedtaget at bruge fremadrettet som grundlæggende analyseværktøj.

Selvom kategoriseringen er gennemarbejdet, er der endnu ikke fuld konsensus på tværs af regionerne om den konkrete afgrænsning af alle udbudskategorier, eller hvor grundlæggende og systematisk den skal bruges i planlægning og styring af indkøbsområdet. Det har afgørende betydning, at det "fælles sprog" for kategorisering af indkøbene implementeres fuldt ud, så der opnås konsistent og størst mulig indsigt i indkøbsadfærden.

Transparens og troværdighed vedrørende den volumen, der udbydes, herunder sammensætningen af varer og tjenesteydelser, har stor betydning for, hvor fordelagtige enhedspriser der kan realiseres i udbud. Større klarhed om behov og forbrugsmængder medfører således alt andet lige de mest fordelagtige tilbudspriser fra tilbudsgivere i udbudssituationer, da tilbudsevalueringen typisk foregår ved at vægte enhedspriser med forventet volumen.

Harmonisering af dataunderstøttelse og udbudskategorisering er ligeledes en forudsætning for at gennemføre complianceanalyser og følge op på forkert leverandør- og varebrug på tværs af regionerne. Datagrundlaget er til stede, men kan udnyttes bedre, hvis tilbudslistor og aftalelister fremadrettet konsekvent baseres på UNSPSC-kategoriseringen af indkøb. Derudover kræver det, at der er ledelsesmæssig opbakning til at prioritere dette ved at afsætte og opkvalificere de nødvendige personalemæssige ressourcer.

Hvis regionerne i fællesskab skal realisere så attraktive priser som muligt gennem fælles udbud og højere compliance, jf. analyserne i kapitel 3, skal der således etableres et robust og gensidigt accepteret grundlag for dataunderstøttelse.



For at opnå endnu større værdi af analysegrundlaget forudsætter det i øvrigt, at kategorisering finder sted på et så opdateret og detaljeret grundlag som muligt. Derfor er det særdeles tilfredsstillende, at den officielle vedtagne version, der bruges i Danmark, er mere end ti år gammel. Derfor er det positivt, at der tilsyneladende, som beskrevet i kapitel 1, er en oversættelse af den nyeste internationale version på vej. Gevinsterne herved vil i givet fald ikke kun være afgrænset til regionerne, men vil også omfatte andre sektorer, der bruger samme kategoriseringsgrundlag.

Derudover er det et betydeligt problem, at mange leverandører – herunder især indenfor tjenesteydelsesområdet – ikke fremsender fakturaer med tilfredsstillende datakvalitet eller detaljeringsgrad. Transparens i indkøb er afgørende for at sikre den rette prioritering og styring af udbudskategorier. Derfor bør regionerne tage initiativ til at gennemføre mere dybtgående analyser af udbudskategorier med stor volumen, men ringe transparens og ikke mindst stille eksplicite krav til leverandører om, hvordan fakturaer skal detaljeres i forhold til ydelses-specifikation, omfang, relevante referencer mv.

**Systemunderstøttelse:** Alle regionerne forsøger at dirigere så mange bestillinger som muligt gennem indkøbssystemerne, da det sikrer mere effektive arbejdsgange og højere compliance. Hidtil har der dog især været fokus på varekøb – hvor andelen, der købes via indkøbssystemer varierer mellem cirka 50 og 90 procent mellem regionerne – hvorimod tjenesteydelser stort set ikke indgår i indkøbssystemerne. For at realisere gevinstpotentialerne ved højere compliance bør regionerne derfor søge at maksimere omfanget af varer og tjenesteydelser, der kan bestilles via indkøbssystemerne. Det skal naturligvis foregå indenfor rammerne af, hvad systemerne faktisk understøtter, uden at mindske effektiviteten og fleksibiliteten i bestillingsprocessen.

Analysen af compliancepotentialer i kapitel 3 viste, at der vedrørende non-compliant varekøb er besparelsespotentialer ved at sikre bedre aftalebelægning af de faktiske indkøb. Compliance handler ikke kun om at påvirke indkøbsadfærden over mod allerede valgte leverandører og aftalevarer. En anden tilgang er således at opnå høj compliance gennem bedre og bredere kontraktdekning i forhold til de faktiske indkøb og behov. Her kan systemunderstøttelse være en løftestang til at realisere sådanne gevinster. Flere regioner har således positive erfaringer med at indgå supplerende prisaftaler – på baggrund af yderligere konkurrenceudsættelse – og lægge dem ind i indkøbssystemerne i takt med løbende afdækning af uforudsete behov. Prioritering af øget systemunderstøttelse bør derfor især følge områder med lav compliance, hvor gevinstpotentialerne netop er størst.

I forhold til styrings- og analyseværktøjet SAS Indkøbsanalyse bør regionerne implementere snitflader og koble UNSPSC-koder til varestamdata i indkøbssystemer og udbudsplanlægnings-/kontraktstyringsmoduler for at sikre bedre planlægning, styring og opfølgning blandt andet i relation til udbud og complianceanalyser. Det er kun enkelte regioner, der gør dette i dag, hvorfor systemmulighederne i vid udstrækning er uudnyttede. I den forbindelse vil det også bidrage til effektivisering, hvis regionerne investerer i fælles udbuds- og/eller kontraktstyringssystemer (eller moduler) til at understøtte bedre styring.

**Konsolidering:** Realisering af potentialerne ved fælles udbud omfatter især, at købekraften udnyttes bedre på tværs af regionerne ved at pulje volumen i konsoliderede udbud. Selv hvis udbud koordineres og standardiseres ved brug af brede rammeaftaler og valg af flere leverandører, kan konsolidering i sig selv alligevel medføre stærkere konkurrenceudsættelse og bedre priser. Det viser Deloitte's erfaringer fra den private sektor generelt og specifikt case-studiet af LPP i Storbritannien. Konsolidering handler derfor ikke nødvendigvis om at indsnævre det totale forbrug til færre leverandører, men kan lige så vel omfatte, at konkurrenceudsættelse foregår i én strømlinet proces, og alternativt at udbud koordineres i optimale rullende forløb, hvis det er indenfor kategorier, der ikke er egnet til komplet tidsmæssig og/eller geografisk konsolidering, for eksempel på grund af hyppig teknologisk udvikling eller udførelsesmæssige karakteristika.



Derudover bør regionerne konsolidere specifikke roller og ansvar hos givne medarbejdere eller team. Harmonisering af processer og øget anvendelse af bedste praksis på tværs af regioner vil medføre mere effektive arbejdsgange vedrørende blandt andet planlægning og gennemførelse af udbud. Som gennemgået i kortlægningen i kapitel 4 og jævnfør erfaringerne fra casestudier og den private sektor er der således administrative skalagevinster, der kan reducere normeringsbehovet for udbuds- og kontraktansvarlige medarbejdere relativt til indkøbsvolumen. Konsolidering vil derfor muligvis kunne frigøre nogle af de eksisterende ressourcer til at indhente noget af det efterslæb og uudnyttede potentiale, der er i regionerne som følge af den hidtidige (under)bemanding.

Herudover er konsolidering ofte en forudsætning for at sikre standardisering, specialisering og kompetenceopbygning, der ligeledes forstærker vilkårene for gevinstrealisering. Derfor bør regionerne prioritere øget konsolidering af indkøbsvolumen i fælles udbud såvel som roller og ansvar på tværs af regionerne.

**Standardisering:** Regionerne anbefales i videre udstrækning at ensarte processer og udvikle skabeloner i forhold til udbudsplanlægning og -gennemførelse. Der er udviklet visse skabeloner og procesbeskrivelser i RFI-regi, og der har især været en vis harmonisering af kontraktgrundlag. Men særligt i forhold til tilbudslistes, brug af prismodeller mv. er der varierende praksis mellem regionerne. Øget standardisering kan dels sikre mere effektive arbejdsgange, dels reducere transaktionsomkostninger og risikopræmier, der er forbundet med tilbudsgiveres afgivelse af tilbud ved deltagelse i gentagne udbud med uensartede vilkår og ugenomsigtighed. For at realisere de lavest mulige priser, der i dag betales i nogle regioner, kan det være nødvendigt at standardise udbudsmaterialer og -processer i større omfang end hidtil baseret på relevant bedste praksis mellem regionerne. Det bør prioriteres at afsætte ressourcer til standardisering straks i forbindelse med den igangværende implementering og kommende ibrugtagning af et fælles elektronisk udbudssystem. Systemet vil således blive en vigtig del af infrastrukturen for videndeling, standardisering og fælles udbud fremadrettet, når det er etableret og fuldt udfoldet.

Herudover vil øget standardisering gøre det betydelig lettere at gennemføre compliance-analyser, besparelsesberegninger og kategoristyring på tværs af regioner. I dag indebærer forskellig udbudspraksis – herunder strategi, materialer, prismodeller mv. – mellem regionerne, at det er yderst vanskeligt at sammenligne vilkår og udføre tværgående styrings- og opfølgingsaktiviteter mellem regionerne. Samtidig kan det udgøre en platform og et bindeled til også at standardisere forbruget, hvis der kan opnås enighed om fælles kravspecifikation til produkter herunder kvalitet og funktionalitet mv. Standardisering af behov vil endvidere kunne styrke mulighederne for og gevinstpotentialerne ved at gennemføre flere fælles udbud.

I forlængelse af bedre data- og systemunderstøttelse vil sådan standardisering derfor være en forudsætning for også at standardisere arbejdsgange vedrørende opfølgning på besparelser og manglende compliance på tværs af regioner. Dette er nødvendigt for bedst muligt at kunne realisere de analyserede gevinstpotentialer gennem konsistent opfølgning på grundlag af bedste praksis.

**Kompetencer:** Det anbefales, at regionerne fremadrettet arbejder betydelig mere formaliseret med kategoristyring og systematisk kontrakt- og leverandørstyring. Dette skal ses i tæt sammenhæng med konsolidering af roller og ansvar, da det udgør et betydeligt grundlag for at muliggøre specialisering og professionalisering af medarbejdere.

Med ansvar for større indkøbsvolumen på tværs af regioner vil kategoriansvarlige medarbejdere kunne opnå indsigt og opbygge kompetencer, der giver mulighed for mere proaktiv og totalomkostningsbaseret optimering af udbudskategorier. Derudover vil det stille de relevante indkøbsstrategiske medarbejdere i en bedre position til at indgå i strategisk partnerskab og dialog med eksempelvis klinisk personale, herunder udfordre deres behov og indkøbspraksis.

Større kompetenceopbygning og kategoriindsigt kan realiseres, ved at medarbejdere specialiserer sig i givne udbudskategorier med tværregionalt kategoriansvar. Det vil være en løftestang til at realisere gevinsterne ved flere fælles udbud og højere compliance, da den relevante medarbejder vil opnå bedre forståelse af variationer i behandlingspraksis, der kan bidrage til optimal sammensætning af udbud og kontraktgrundlag.

Derudover har flere regioner gode erfaringer med at ansætte klinisk erfarne medarbejdere i den centrale indkøbsfunktion og engagere disse kompetencer i udbudsprocessen. Det sikrer bedre forståelse af området og bedre grundlag for at udfordre relevante brugere og disponenter, herunder indgå i dybere faglig dialog med toneangivende læger, der kan både yde værdifulde input og agere som ambassadører for aftalerne. Regionerne bør derfor bevare – og eventuelt øge – fokus på anvendelsen af klinisk erfarne kompetencer i indkøbsfunktionen for at sikre realisering af gevinster ved højere compliance.

**Governance:** Det er afgørende for beslutningskompetencen og fremdriften af samarbejdet, at der er entydig ledelse og prioritering af fælles udbud. Som beskrevet tidligere kan det godt sikres ved individuel organisering, hvis der er en stærk governancemodel. Erfaringerne viser dog, at det kan være nødvendigt med integreret organisering for at sikre tilstrækkelig stærkt fokus på kultur- og identitetsskabelse omkring fællesskab og samarbejde.

Der skal naturligvis findes en afbalanceret vej fremad uden unødigt forcering, men fælles udbud bør kunne fremmes i væsentlig højere tempo end det, der hidtil har karakteriseret fremdriften. Hvis styrkelse af samarbejdet ikke forfølges gennem integreret organisering, kan en stærkere governancemodel indenfor de nuværende organisatoriske rammer for eksempel omfatte, at der stilles større krav til forklaring på og dokumentation for manglende deltagelse i fælles udbud indenfor det nuværende følg-eller-forklar-princip i regionerne. Generelt skal governancemodellen understøtte øget formalisering af og forpligtelse til samarbejde.

Styrket governance, herunder eventuel reorganisering, kan være en platform til at skubbe strategisk indkøb højere op på den politiske dagsorden. Det er Deloitte's vurdering, at tidligere begrænset ledelsesmæssigt fokus og relativt lav organisatorisk placering er med til at forklare, hvorfor der historisk – ligesom i mange andre organisationer i øvrigt – har været en vis forsømmelse af indkøb som et strategisk indsatsområde. Set i lyset af de målsatte gevinster og et generelt ønske om at prioritere regionernes midler bedst muligt samt ikke mindst betydningen for behandlingskvalitet, patientsikkerhed mv. bør indkøb have en fremtrædende rolle på den politiske dagsorden. Reorganisering og/eller bedre governance kan muligvis bidrage til øget ledelsesmæssigt fokus og prioritering, så der kan allokeres ressourcer til bedre at sikre realisering af de analyserede gevinster ved fælles udbud og compliance.

## 5.2 Perspektivering og videre analysebehov

På baggrund af den gennemførte kortlægning og analyse er det vores anbefaling, at der gennemføres yderligere analyser, der kan bidrage til realisering af de identificerede gevinstpotentialer og afdække yderligere effektiviseringsmuligheder:

- Praktisk organisering og implementeringsvilkår for en ny samarbejdsmodel.
- Effektiviseringspotentialer i alle udbudskategorier.
- Omfang af identiske varekøb sammenholdt med oplevede forskelle i kliniske behov.
- Optimering i et totalomkostningsperspektiv.
- Prisforskelle i forhold til lande med større eller mindre brug af fælles udbud.

Som fremhævet i denne rapport er governance en afgørende forudsætning for at sikre bedre samarbejde og realisere gevinster gennem en større grad af fælles udbud. I den forbindelse skal der **udvikles og implementeres en samarbejdsmodel**, der kan indebære en vis grad af integreret organisering på tværs af regionerne. Som beslutningsgrundlag for endeligt valg af samarbejdsmodel og som køreplan for realisering bør der gennemføres en analyse, der

tilvejebringer et konkret organisationsdesign og en implementeringsplan, herunder visionsafklaring, målfastsættelse, tidshorisont, investeringsbehov i forhold til medarbejdere, konsulentbistand, systemunderstøttelse mv.

Den gennemførte analyse af potentialer ved fælles udbud og compliance har omfattet seks udvalgte kategorier kombineret med en overordnet vurdering af generaliserbarhed til andre udbudskategorier. Særligt vedrørende tjenesteydelser og kliniske forbrugsvarer kan der være store forskelle i effektiviseringspotentialer, da der er meget varierende udbudshistorik og kontraktdekning mellem regionerne. Derudover kan behov variere i forhold til eventuelle funktionelle, kliniske og/eller geografiske bindinger, der kan have betydning for mulige grader af standardisering og valg af udbudsstrategi. Konkret udvælgelse og prioritering af fælles udbud og standardisering fremadrettet bør finde sted på et oplyst beslutningsgrundlag, der for eksempel kan tilvejebringes gennem dybtgående **analyse af effektiviseringspotentialer og barrierer indenfor alle udbudskategorier**. Herunder kan det være oplagt at sætte fokus på en række tjenesteydelseskategorier, da de i høj grad er præget af manglende transparens, og de hidtil har været svære at styre fra centralt hold.

Deloittes analyse af indkøbsadfærden har afdækket et overraskende stort omfang af **identiske varekøb** på tværs af regionerne. I møderne med de decentrale kliniske afdelinger oplever den centrale indkøbsfunktion jævnligt argumenter om, at der er unikke kliniske behov på grund af forskelle i behandlingspraksis. Det bør analyseres, om de oplevede forskelle i kliniske behov reelt reducerer eller forhindrer standardiserings- og konsolideringsmulighederne, herunder mere udstrakt anvendelse af fælles aftaler. I virkeligheden er det nemlig langt størstedelen af – selv den kliniske – indkøbsvolumen, der omfatter forbrug af helt identiske varer hos givne leverandører på tværs af disponenter. Bredere analyse af graden af identiske varekøb indenfor kliniske forbrugsvarekategorier kan derfor tilvejebringe et objektivt grundlag for at vurdere, hvor der reelt er store forskelle i behovene mellem afdelinger – både indenfor den enkelte region og på tværs af regionerne. Det kan hjælpe til at prioritere kategorier i den fælles udbudsplanlægning, tilrettelægge udbudsstrategier og udfordre interessenters oplevelse af unikke behov.

Set i forhold til det vedvarende pres for omkostningsreduktion, som den offentlige sektor er underlagt, har de centrale indkøbsfunktioner en betydelig rolle og et betydeligt ansvar for at sikre vedvarende besparelser. I den forbindelse bør det være et dominerende princip at **optimere udbudskategorier ud fra et totalomkostningsperspektiv**. Der er stor forskel på, hvordan mulighederne og tilgangen vil være indenfor de enkelte udbudskategorier afhængigt af kompleksitet, opgaveudførelsesmodeller, logistiske vilkår mv. Det anbefales derfor, at udvalgte kategorier undersøges nærmere i forhold til nuværende optimeringstilgang og potentialerne for mere helhedsorienteret reduktion af totalomkostninger. Det kan for eksempel gøres gennem øget fokus på forbrugsstyring, justeret arbejdsdeling med leverandører (udlicitering, køb versus leasing osv.) eller tilpasning af leveringsvilkår. Herunder bør en sådan undersøgelse også berøre den relevante afvejning mellem pris og funktionalitet i forhold til at sikre effektive arbejdsgange set i forhold til hele forsyningskæden. Det vil i givet fald være nødvendigt, at undersøgelsen har et todelt fokus. For det første fokus på vilkårene for i udbudsprocesser at evaluere tilbud og tildele kontrakt ud fra totalomkostningsberegninger og for det andet fokus på muligheder og begrænsninger for, at kategorioptimering i det daglige (mellem udbudsperioder) foretages med et udpræget totalomkostningsfokus.

Det kan overvejes at gennemføre en **nabotjekanalyse af enhedspriser** på udvalgte kategorier af varekøb i Norge og Sverige. De lande har henholdsvis større og mindre brug af fælles udbud end Danmark, og det kunne være interessant at afdække, hvordan enhedspriserne varierer mellem landene. Det kræver en forholdsvis omfattende analyse, idet der udover den udbudte mængde er mange andre forklaringsfaktorer for en given pris såsom timing, valutakurs, skatter, afgifter, service- og kvalitetsniveau og geografisk betingede logistiske forhold. For at isolere effekten af mængde som forklarende for prisen – og dermed få en indikation på potentialerne ved fælles udbud – bør en sådan analyse gennemføres af kategorier, hvor de øvrige forklaringsfaktorer ikke er dominerende, det vil sige homogene varer udbudt inden-

for en snæver tidsperiode og med en ensartet kravspecifikation. En sådan analyse vil ikke kun skulle afdække eventuelle skalasammenhænge i forhold til fælles udbud, men bør også tilvejebringe bedste praksis-eksempler fra de andre lande, der karakteriserer bedre udbud.

# Bilag

## Bilag 1. Udbudskategori 2

Overblik over de 277 udbudskategorier på niveau 2 med tilhørende indkøbsvolumener fra dataudtrækket fra SAS Indkøbsanalyse, der har været anvendt i analysen. Udbudskategorierne er sorteret efter udbudsområde og herefter volumen. Navngivningen af kategorierne følger regionernes kategorisering. De blanke felter omfatter indkøb, der ikke er kategoriseret.

Udbudskategori 2	Beløb
<b>Forsyning</b>	<b>1.272.158.001</b>
El	723.450.736
Varme	234.295.083
Forsyning	200.792.506
Vand	64.447.793
Naturgas	38.345.928
	10.825.954
<b>Lægemidler</b>	<b>4.116.577.511</b>
Lægemidler ikke yderligere opdelt	2.016.755.088
Antivirale lægemidler	1.869.846.695
Lægemidler mod svampinfektioner	134.107.039
Antibiotika	38.339.625
Antiseptika	25.792.947
Lægemidler mod amøber, trichomonas og protozoer	20.883.250
Lægemidler mod urinblæreinfektioner og analgetika	5.250.169
Lægemidler mod infektioner	1.943.646
Lægemidler mod tuberkulose	1.334.609
Ophthalmic lægemid	1.132.149
Lægemidler mod malaria	810.621
Lægemidler mod parasitære sygdomme	367.328
Lægemidler mod parasitære sygdomme	14.078
Lægemidler mod malaria	218
Lægemidler mod parasitære sygdomme	49
<b>Svær at konkurrenceudsætte</b>	<b>8.004.985.188</b>
Møllem - regional/kommunal betaling	2.984.450.111
Bo- og opholdsteder	1.764.554.327
Trafikselskaber	1.417.540.003
Match mangler	776.952.633
Husleje mm.	317.897.791
Ubrugelige varelinjetekster	237.955.597
Skatter, afgifter, gebyrer mm.	222.005.361
Foreninger	143.557.224
Regional udvikling	140.087.205
Forskningsstøtte	102.804.440
Ikke offentlige organisationer	43.724.044
Offentlig administration: Sundhed	21.060.536
Real estate services	8.086.251
P-afgifter	6.310.328
Copy-Dan, koda og Filmlicenser	5.919.767
Social structure studies or related services	1.888.742
Occupational health or safety services	808.708
Machinery and transport equipment manufacture	603.724
Charity organizations	243.675
Culture promotional services	104.326
Blæsere	88.765
Opløbskontroludstyr	63.139
Humanitarian aid and relief	41.154
Hydrauliske slange- og skæreringsfittings	37.897
Pengekasser	18.704
Passive diskrete komponenter	18.498
Donkrafte	15.411
National forsvar, offentlig orden, sikkerhed og trykdhesserv	15.242
Manufacture of electrical goods and precision instruments	7.882
Nutrition issues	6.420
Radio or television manufacture services	5.389
Children rights defense services	4.541
Redningsveste eller -beskyttere	4.056
Filter aids	3.780
Fireplaces	3.171
Marine craft systems and subassemblies	2.919
Fakturadifference	674
	(191.907.246)
<b>Tjenesteydelser</b>	<b>23.936.302.912</b>
Sundhedsydelser	5.630.883.168
Anlægsydelser vedligehold	3.098.317.058
Ambulance og redningsydelser	2.599.981.712
Pension, forsikring og finansielle ydelser	1.847.611.045
Håndværkerydelser	1.845.738.710
IT tjenesteydelser	1.505.166.280

Vikarydelser	1.396.945.471
Uddannelse og kursus ydelser	722.949.174
Rejseydelser	720.981.915
Ingeniørydelser mm	670.132.310
Rengøringsydelser	439.877.589
Laboratorie analyser	359.199.880
Apperatur service mm	330.413.162
Arkitektydelser mm	329.646.612
Vaskeriservice og mætteservice mm	290.299.988
Konsulent ydelser	284.000.405
Hoteller, restaurationer, konferencer mv.	271.433.784
Transport og logistik	222.760.138
Tele tjenesteydelser	219.864.640
Diverse anlægsydelser	190.603.040
Div. Tjenesteydelser	103.037.988
Forlystelser og events	98.054.284
Sikrings og vagtydelser	79.363.739
Bygherrerådgivning	70.458.165
Affaldsbortskaffelse og behandling	67.919.830
Tolkeydelser	66.816.839
Trykkeriydelser	63.991.271
Elevatorservice mm	60.477.547
Mediebureau ydelser	60.396.735
Eksterne behandlinger	59.897.934
Regnskab og revisionsydelser	57.983.951
Advokat ydelser mm.	43.823.422
Diverse tjenesteydelser	36.318.104
Låseservice mm	25.940.924
Credit card service providers	22.216.474
Grønne områder mm.	19.437.064
Flytteservice	16.768.976
Diverse ikke-kliniske forbrugsvarer	5.389.084
	1.204.499
<b>Varekøb</b>	<b>9.574.387.413</b>
Toppen af 42 :-/	665.870.989
Fødevarer	550.931.743
Ortopædkirurgi	491.866.516
IT softw are	466.288.994
IT hardw are	323.086.186
Høreapparater og tilbehør	300.194.541
Produkter til medicinsk diagnosticeringsbilledannelse mv	286.663.007
Laboratorieudstyr	283.639.255
Endoskopi udstyr og tilbehør	257.134.138
Anæstesi og intensiv	243.377.466
Pacemaker, ICDe, loop recorder og elektroder	175.561.232
Hospitalsinventar	164.419.609
Immunologi - analyser, reagenser og forbrugsstoffer	157.669.018
Kirurgiske instrumenter	155.987.448
Dialyseudstyr og -forbrugsmaterialer	154.702.576
Endovaskulær intervention	145.173.603
Møbler og inventar	140.374.631
Trokar, stablere og clips	131.531.333
Udstyr og tilbehør til sterilisering	128.065.413
IT-Hardw are og Softw are	126.577.800
Diverse Reagenser	126.395.803
Kontorartikler	125.742.816
Sårplejeprodukter og forbindstoffer	108.440.646
Endovaskulære og kardiologiske katetre og sæt	106.166.413
El kirurgi og tilbehør	100.856.864
Gasser (medicinske og øvrige)	96.648.970
Insulinpumper og forbrugsmaterialer	94.309.460
C-PAP og søvnapnø	93.824.513
Øjenkirurgi mm	89.709.707
Rengøringsmidler, artikler og maskiner	85.166.186
Cochlear Implantater	81.012.114
Procedurepakker	76.026.161
Handsker	73.844.343
Hjerteklapper- og ringe	73.645.268
Radiologi udstyr og instrumenter	71.277.463
Kemi - analyser, reagenser og forbrugsstoffer	70.474.858
Respirationsprodukter og tilbehør	68.824.185
Byggematerialer, maskiner mm	67.323.927
Køkkenudstyr og maskiner	66.992.309
Hjælpemidler	60.657.728
Kropsbårne hjælpemidler	59.732.849
Blodgas udstyr og tilbehør	56.744.133
Urologiske produkter og tilbehør	54.717.449
Sutur	52.324.614
Engangsartikler, plastposer og sække	51.687.721
Ultralyd og tilbehør	51.518.318
Kommunikationsenheder og tilbehør	50.951.029
Måleudstyr	50.355.358
Mikrobiologi - analyser, reagenser og forbrugsstoffer	49.173.207
Personlig Hygiejne	46.772.160
Sikringsområdet	46.135.299
Klinisk ernæring, mave- og nasalsonder mm	46.017.842
Kanyler, Sprøjter, Infusion/Transfusion	44.698.212
Histologi - analyser, reagenser og forbrugsstoffer	43.486.455
Lyskilder og batterier	42.704.176
OP-beklædning til engangsbrug	42.324.919



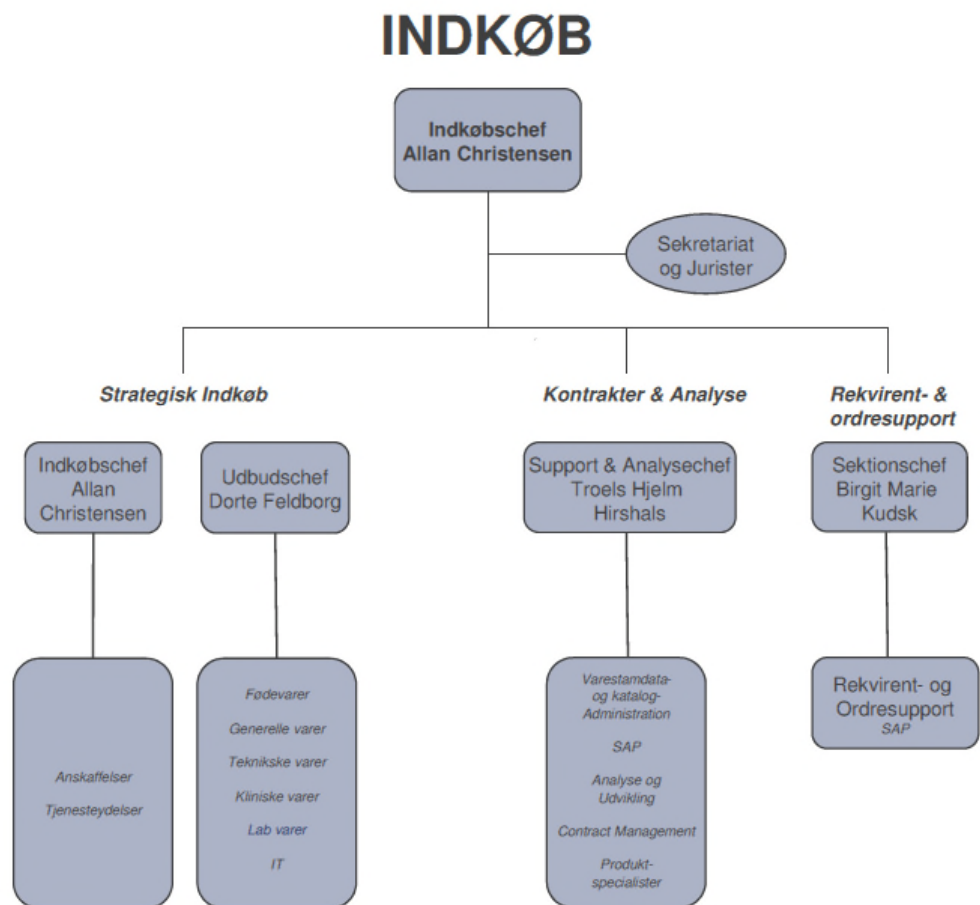
Koagulation - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	41.553.221
Produkter til prøveopsamling	39.628.217
Laboratorie kemikaler	39.195.070
Infusion/Transfusion	39.124.161
Printere og multifunktionsmaskiner	38.021.532
Patientundersøgelses- og monitoreringsprodukter	38.017.736
CT- eller CAT-scanning og relaterede produkter	37.527.137
Blodprøveglas og -kanyler	36.643.567
Histologi - udstyr og tilbehør	36.055.931
Patientbeklædning	34.057.690
Hjerteperfusionsudstyr, -monitører, -tilbehør og relaterede	32.229.549
EKG og tilbehør	31.686.861
Aftørings- og lejepapir	31.658.904
Elektroterapiudstyr, elektroder mm	31.325.117
AV-udstyr forbrugselektronik	30.318.802
PCR - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	30.298.770
Produkter til behandling i nødsituationer & ulykkessteder	29.525.391
OP-Afdækning	29.362.595
Hæmostatisk produkter	27.997.341
Brændstof	27.560.561
Insulinpumper og tilbehør	27.098.645
Trykkerioplæg, Reklamer, Annoncer mv.	26.443.961
Reagensglas og prøverør	26.373.366
Hæmatologi - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	25.949.688
OP-Sug	25.844.456
DNA sekventering - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	23.770.060
Bedside-analyser mm	22.472.684
Flow cytometri - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	22.225.009
Analyseudstyr og forbrugsstoffer	22.047.133
Forbindinger med negativt tryk (NPWT)	21.696.991
Beklædning og fodtøj	21.654.105
VVS-artikler og sanitet	21.223.098
Tand-mund-kæbekirurgi	20.865.578
Publicerede produkter	20.284.328
Køretøjer	20.140.544
MIR-scanning og relaterede produkter	17.907.991
Neurokirurgi	17.709.241
Produkter til kulde/varmeterapi	17.472.934
Ventilation og klimasystemer	17.377.173
Oplysnings- og arkiveringsprodukter til radiologisk billedda	17.375.661
Ei-artikler	17.155.872
Pipetter og tilbehør	16.935.022
Knoglecement	16.845.729
CT- og ultralydsvejledt interventionsprodukter	16.123.385
Mesh	15.997.944
Bleer og inkontinensprodukter	15.719.460
Dræn mm	15.611.876
Hårde hvidevarer	14.952.151
Kardiologi	14.739.181
Røngten	14.560.026
Briller, kontaktlinser og tilbehør	13.519.171
Beskæftigelsesmaterialer	13.372.199
Blodtryksmonitorering og tilbehør	13.296.083
Kromatografiudstyr + tilbehør	12.617.742
Kardiologi	11.891.232
Arbejdstøj og værnemidler	11.701.445
Kirurgiske manipulatorer, indstillingsanordninger til implan	11.202.220
Træer, planter og blomster mv.	11.193.246
Vævsimplantater	11.071.988
Diverse Laboratorievarer og -udstyr	10.712.999
Værktøj, befæstigelse og forbrugsmidler	10.283.434
Kirurgisk tilbehør	10.195.019
Itterapi	9.865.274
Mikroskoper og tilbehør mm	9.712.072
Blodtransfusion og tilbehør	9.645.496
Parykker	8.867.266
Fertilitetsbehandling	8.687.774
Udstyr og forbrugsmaterialer til obstetrik og gynækologi	8.364.328
Kompressions-/Antiembolibehandling	7.928.924
Kaffeautomater	7.854.906
Emballage(fødevarer- engangs, fødevarer-flergangs og resten)	7.672.895
Laboratorie køl og frys	7.486.905
Kirurgiske implanterbare shunter eller shuntextendere	7.445.805
Cytologi - analysatorer, reagenser og forbrugsstoffer	7.439.871
Forsendelsesemballage til lab. Prøver	7.202.407
Produkter til fysioterapi, ergoterapi og genoptræning	7.196.185
Kanylebokse	7.161.327
Gips, fiksering og relaterede produkter	6.721.286
Diverse ikke-kliniske forbrugsvarer	6.589.942
Plastikkirurgiske implantater	6.307.019

Objektglas og tilbehør	6.272.192
Stomiprodukter	6.147.024
Nervestimulationsudstyr	6.108.690
Dyrehold mv	6.088.349
Diverse kliniske forbrugsvarer	5.526.454
Medicinopbevaring- og dosering	5.239.909
Produkter til medicinsk dokumentation	5.197.007
Brandbeskyttelse	5.000.574
EEG-enheder eller tilbehør	4.998.252
Cellekultur	4.616.258
Øre-næse-hals Undersøgelses- og behandlingsprodukter	4.538.145
Skilte og tilbehør	4.524.847
Filtere og filteringsudstyr	4.389.317
Udstyr til spektroskopi	4.075.007
Fade, bækkener, urinkolber mm	3.925.218
Elektroforese - blotting	3.860.847
Thoraxdrænage og tilbehør	3.688.846
Medicinske SPECT-enheder	3.376.353
Laboratoriecentrifuger + tilbehør	3.269.215
Blodposer	3.255.288
Farvemaskiner histologi	3.054.405
ID-bånd	2.724.019
Thermocyclere	2.538.414
Diverse instrumentsæt	2.505.402
Kirurgiske implantater	2.434.536
EMG-enheder eller tilbehør	2.395.947
Vaskeriservice og måtteservice	2.364.273
Kunst	2.322.274
Bygnings- og Anlægsudstyr og tilbehør	2.143.942
Patientpleje og -behandling	1.869.946
Engangsservice og plast	1.832.918
Minimal invasiv kirurgi	1.759.845
Bure og tilbehør til forsøgsdyr	1.728.741
Kemi analyser, tilbehør og forbrugsstoffer	1.492.905
Ammeudstyr og forbrugsstoffer	1.400.694
Autotransfusionsprodukter	1.391.991
Blodbank - tilbehør	1.374.446
Rengøringservice	1.329.946
Petriskele	1.304.934
Gene Array - udstyr og tilbehør	1.273.316
Undervisningsudstyr og materialer	1.232.754
Detektorer	1.201.504
Urinalyse - analyser, reagenser og forbrugsstoffer	952.425
Autopsi og tilhørende forbrugsartikler	602.791
Prøvetagningsudstyr	594.428
Præoperativt behandlingsudstyr	548.618
Kontroludstyr til lab	487.500
Laboratorie tape og labels	59.832
<b>Grand Total</b>	<b>46.904.411.025</b>

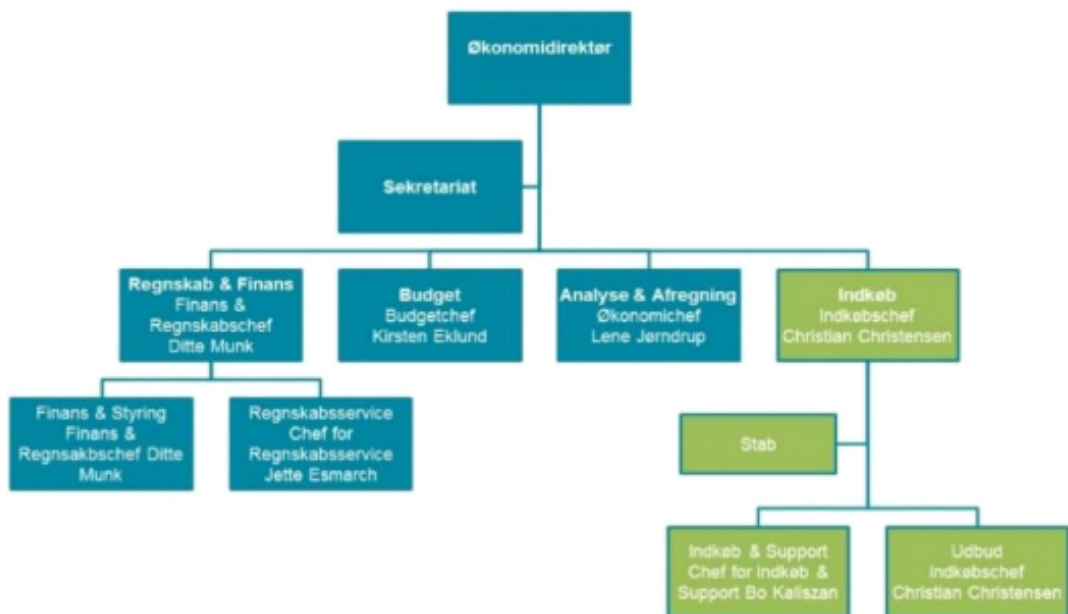
## Bilag 2. Organisationsdiagrammer

I det følgende findes organisationsdiagrammerne for de fem regioner.

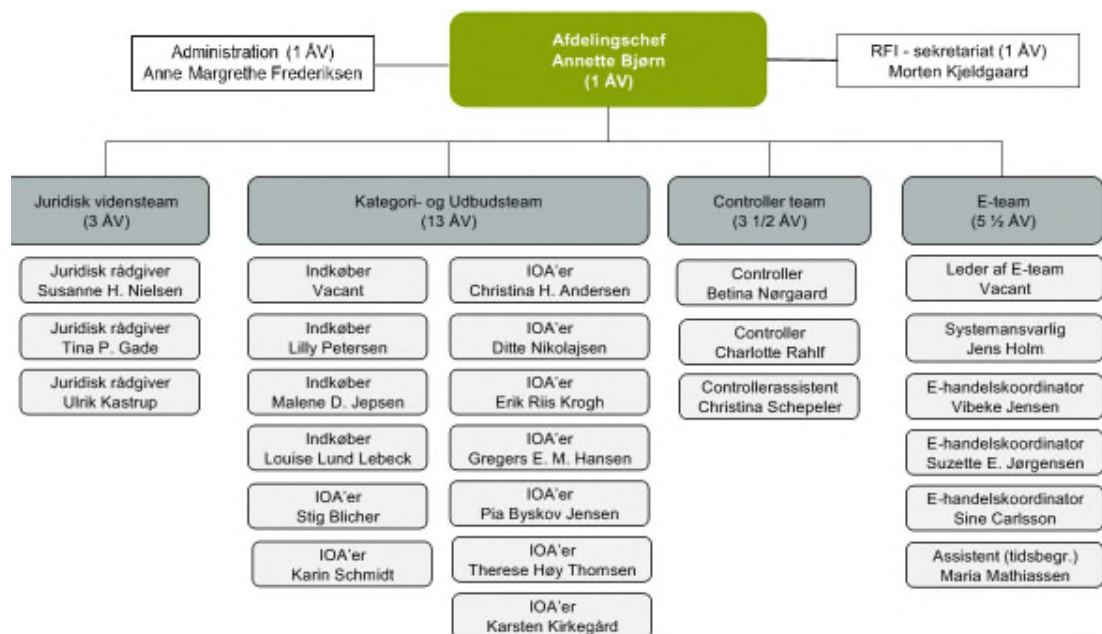
### Region Hovedstaden



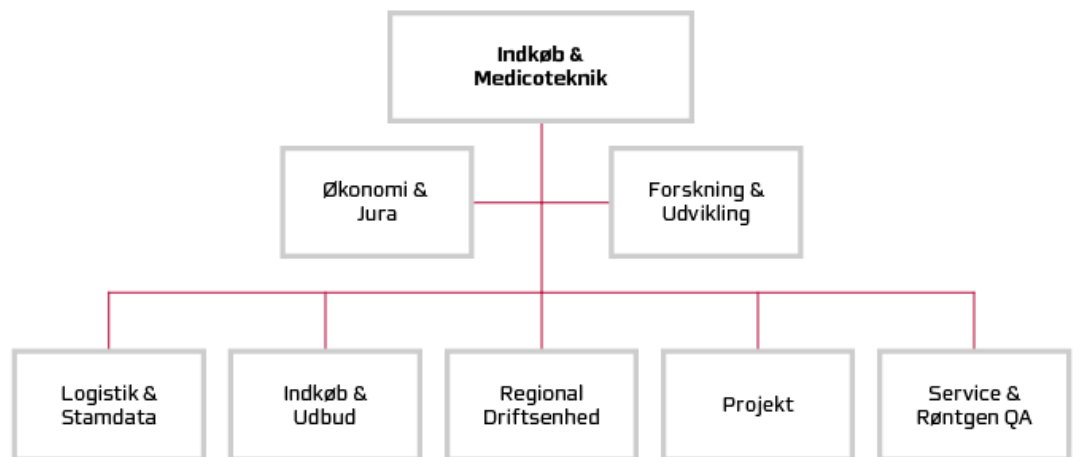
## Region Sjælland



## Region Syddanmark



## Region Midtjylland



## Region Nordjylland



## Bilag 3. Casestudier

Dette bilag omfatter casestudier af Storbritannien, Norge og Sverige.

### 1. Storbritannien

Den britiske case har afdækket eksempler på inspirerende bedste praksis samt læringspunkter fra uhensigtsmæssig organisering. Der er nemlig store variationer i, hvordan indkøbsområdet er organiseret på tværs af Storbritannien. I lyset af denne analyse er en af de mest interessante udviklinger i Storbritannien oprettelsen af procurement hubs, hvor en stor gruppe hospitaler går sammen om indkøb. Disse har haft stor succes med fælles udbud. I den forbindelse har fokus for vores casestudie været organiseringen i London Procurement Partnership (LPP).

#### 1.1 Organisering af indkøbsområdet i Storbritannien

I Storbritannien er der betydelig variation i, om indkøbsfunktioner i sygehussektoren er centraliseret på tværs af hospitaler eller ligger på det enkelte hospital – eller sågar den enkelte hospitalsafdeling.

På nationalt plan er der etableret en række rammer for at sikre, at hospitalerne foretager indkøb gennem centrale indkøbsaftaler, og at priserne er fordelagtige. Dette gælder særligt gennem NHS Supply Chain, der organiserer, at alle britiske hospitaler kan bestille en lang række produkter, der herefter leveres til hospitalet. Der har været meget stort fokus på at sikre, at der er stor variation og valgmuligheder i varekataloget i NHS Supply Chain. Varekataloget er dermed særdeles bredt, og enhedsprisen for de enkelte varer er derfor ikke altid optimal. Herudover har det været svært at opretholde høj compliance for det enkelte hospital i forhold til at bruge indkøbsaftalerne via NHS Supply Chain.

Udover NHS Supply Chain eksisterer der på nationalt plan også Crown Commercial Service. Herigennem indgås store tværoffentlige rammeaftaler efter udbud, der således ikke kun er begrænset til sygehussektoren. Organisationen minder meget om Statens og Kommunernes Indkøbs Service A/S (SKI) i Danmark. Crown Commercial Service har indtaget en stadig vigtigere rolle de senere år med en stigende mængde udbud og ikke mindst en betydelig højere tilslutning fra offentlige myndigheder end tidligere. Dette er især lykkedes ved at 1) øge det ledelsesmæssige fokus, herunder prioritering af organisationens betydning, 2) indgå mere forpligtende rammeaftaler med konsolidering af større volumen, 3) styrke governance med en stærk styring og opfølgning på non-compliance og 4) øge kompetencerne i organisationen, herunder professionalisering af udbud og kategoristyring.

Udover disse nationale funktioner er der oprettet en række procurement hubs. Indenfor sygehussektoren specifikt omfatter det sammenslutning af hospitaler, der i fællesskab foretager udbud gennem en formel og integreret central indkøbsfunktion. Udbuddene foretages af en professionel indkøbsorganisation, der arbejder for hospitalerne og dermed indgår rammeaftaler på vegne af dem. En af disse er LPP, der præsenteres nærmere i næste afsnit.

#### 1.2 London Procurement Partnership

LPP er en sammenslutning af 91 hospitaler i og omkring Londonområdet, der har til formål at opnå billigere indkøb. LPP har en stab på knap 50 ansatte, der indgår kontrakter på alt lige fra ortopædiske implantater til tolkeydelser, det vil sige indenfor stort set alle udbudsområder. Det foregår blandt andet med afsæt i systematisk arbejde med kategoristyring, herunder tæt involvering af hospitalernes brugere, dialog med leverandørmarkedet mv. I alt dækker LPP hospitaler indenfor et geografisk område, der er noget mindre end Danmark, men med en befolkning på 2-3 gange Danmarks population.

LPP indgår i strategisk samarbejde med hospitalerne og hjælper dem med at opnå betydelige besparelser. Ifølge opgørelser foretaget af LPP har de det seneste regnskabsår opnået en besparelse på cirka 1 mia. kr. svarende til cirka 10 procent af den udbudte kontraktvolu-



men. De realiserede gevinster er efter deres egne vurderinger – understøttet af Deloitte's erfaring fra vores udførte bistand med at implementere organisationen – større end, hvad hospitalerne selv kunne realisere individuelt. Der er ikke foretaget analyser af, hvilke faktorer der har været dominerende i at forklare, hvad der har drevet de ekstra besparelser, som fælles organisering har medført. Der er dog en klar vurdering af, at det drejer sig om en kombination af konsolidering af volumen og kompetencer, mere strategisk tilgang til planlægning, styring og opfølgning og en mere professionel og effektiv konkurrenceudsættelse. Det vurderes herunder, at faktorerne hver for sig ikke ville kunne have medført de realiserede gevinster, men at de har været hinandens forudsætninger og forstærkningsfaktorer.

Større volumen har som udgangspunkt givet LPP bedre mulighed for at udnytte fælles købekraft. Det er dog ikke nok i sig selv, hvis det ikke understøttes af professionelt fokus på strategisk indkøb. I den sammenhæng har LPP før, under og efter udbudsforløb arbejdet tæt sammen med både hospitalerne og leverandørmarkedet. De har derfor haft stor succes med at engagere de tilsluttede hospitalsenheder, så de fungerer som drivkræfter i processen, samtidig med at LPP har fungeret som ansvarlig initiativtager og tovholder for udbud og som faglige fora i forbindelse med løbende kategoristyring. Dialogen med leverandørmarkedet har desuden været vigtig for at kommunikere åbent om hensigt og målsætninger for at centralisere strategisk indkøb, for at motivere og vejlede virksomheder til at afgive tilbud og for at modtage værdifulde input fra virksomhederne til, hvordan rammeaftaler, kravspecifikation, prismodeller mv. kunne tilpasses for at skabe ny dynamik i konkurrenceudsættelsen.

Gevinsterne ved konsolidering omfatter ikke kun volumen, men også standardisering og koordinering af selve udbudsforløbet. Et konkret eksempel på, at LPP har skabt besparelser på en af de tidligt indgåede rammeaftaler uden at indsnævre leverandørbrugen eller forbruget, omfatter et udbud af advokatydelse. Før indgik det enkelte hospital altovervejende prisaftaler direkte med den lokale foretrukne advokatvirksomhed. Det betød, at der kun var svag konkurrenceudsættelse, og at hospitalerne ikke undersøgte markedet tilstrækkeligt, ligesom der ikke var særlig stort fokus på leverandørkrav eller timepriser. I mange tilfælde betalte hospitalerne derfor overpris både internt og eksternt i forhold til markedet. Der var således eksempler på, at selv små lokale lægepraksisser betalte lavere priser end de store hospitaler. LPP kørte herefter et fælles udbud på advokatydelse, hvor interessenter fra hospitalerne var tæt involverede i kravspecifikation og tilbudsevaluering.

Herudover blev alle de eksisterende leverandører inviteret til at afgive tilbud med tilsagn om, at der ville blive indgået rammeaftaler med alle leverandører, der opfyldte de relevante krav. I sidste ende kom stort set alle de nuværende advokatkontorer på aftalen, men selve professionaliseringen, konsolideringen af udbudsgennemførelsen og tydeligheden/transparensen i betingelserne for udbuddet betød, at der blev opnået store prisfald. Derudover var der en vigtig læring for hospitalerne, der pludselig skulle forholde sig formelt til leverandørernes tilbudsbesvarelser og opfyldelse af krav, og her opdagede de, at der rent faktisk var bedre leverandøralternativer i forhold til både kvalitet og pris.

### 1.3 Opsamling

Der er i Storbritannien en række interessante læringspunkter, der kan fungere som inspiration til den danske case. Eksemplet med LPP viser blandt andet, at der er meget vide muligheder for, hvilke indkøbskategorier der kan sendes i fælles udbud – lige fra avancerede kliniske produkter til tjenesteydelser. Herudover viser casen, at konsolidering og standardisering i en central organisation med én fælles ledelse kan være driver for fælles udbud og øgede besparelser. Ikke (kun) på grund af større volumen og udnyttelse af købekraft, men i høj grad også som følge af professionalisering og stærkere kategoristyring. Derudover realiseres der fortsat årlige besparelser på cirka 10 procent, selvom organisationen har været etableret i mange år.

## 2. Norge

Organiseringen af indkøb i den norske sygehussektor minder på mange måder om organiseringen i den danske. Norge har imidlertid i en årrække arbejdet med fælles udbud gennem en formaliseret central national samarbejdsorganisation (Helseforetakenes Innkjøpsservice A/S – HINAS), der har eksisteret siden 2003. Der er for nylig igangsat en reorganisering, så funktionen fremover kan indtage en stærkere rolle i at fremme fælles udbud mellem regionerne. På længere sigt er det en målsætning, at alle udbud lægges ind under en national funktion med bevarelse af en vis lokal tilstedeværelse i forhold til implementering, brugerinvolvering mv.

### 2.1 Organisering af indkøbsområdet i Norge

Sundhedsområdet i Norge er ligesom i Danmark opdelt i forholdsvis få og store regioner. Som led i en reform blev der i 2001<sup>12</sup> oprettet fire statsejede helseregioner. De fire regioner, der dækker hvert deres geografiske område, er Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. På tværs af de fire regioner er der sammenlagt en årlig indkøbsvolumen på cirka 40 mia. kr.

De norske helseregioner har igennem en årrække arbejdet på at samordne indkøb for at opnå både økonomiske og kvalitative gevinster. I forbindelse med oprettelsen af de fire helseregioner blev HINAS oprettet i 2003. HINAS ejes af de fire regioner og har til formål at forvalte fælles indkøbsaftaler for sundhedsvæsenet i Norge. Desuden har de norske regioner samarbejdet nationalt om indkøb af lægemidler gennem Legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS), der er en norsk pendant til danske Amgros. Denne blev i juni 2015 lagt ind under HINAS.

Der arbejdes i øjeblikket på at samle al strategisk indkøb på sygehusområdet i et nationalt selskab, Sykehusinnkjøp HF. Heri skal både HINAS og LIS indgå.

### 2.2 HINAS

HINAS blev oprettet i 2003 med det formål at koordinere nationale indkøbsaftaler for sundhedssektoren i Norge, så der kunne realiseres gevinster for den norske sundhedssektor. Besparelser og højere kvalitet i udbud har således været de to væsentligste drivere for at etablere organiseringen af fælles udbud.

Der er en stab på 47 medarbejdere tilknyttet HINAS (inklusive 20 medarbejdere i LIS), der har hovedkontor i Vadsø, der er beliggende i det østligste Norge. HINAS har indgået og forvalter aftaler indenfor 50 områder på sundhedsområdet, herunder for eksempel dialysemaskiner, medicinske og administrative forbrugsvarer og tjenesteydelser såsom vikarer, flyrejser og hoteller. Aftalerne dækker fortrinsvis ikke-kliniske varer og tjenesteydelser. Den årlige omsætning på kontraktporteføljen udgør i alt cirka 4 mia. kr., hvilket svarer til 10 procent af den totale indkøbsvolumen for de norske sygehuse. Målsætningen for den nye fællesorganisation er at etablere en organisation med cirka 100 medarbejdere og 15-20 mia. kr. kontraktomsætning (cirka 40 procent af de samlede indkøb) på kort sigt og forventelig op til 200 medarbejdere på lang sigt med 80-90 procent kontraktdekning via fælles udbud.

HINAS har i flere år arbejdet med kategorisering af indkøb, og der eksisterer derfor et anerkendt fælles grundlag for afgrænsning af udbudskategorier, der altså er mere velprøvet og anvendt end i Danmark. Omvendt er det på grund af store variationer i anvendelsen af it-systemer mellem regionerne ikke lykkedes at integrere taksonomien i de understøttende it-systemer. Danmark er således noget mere moden i kraft af brugen af SAS Indkøbsanalyse.

HINAS har gode erfaringer med at gennemføre udbud, hvor der er flere leverandører på det samme produkt. Dermed undgås det, at markedet monopoliseres, ligesom det sikres, at sy-

<sup>12</sup> Der var indtil 1. juni 2007 fem regionale helseregioner, da Helse Sør og Helse Øst blev lagt sammen til Helse Sør-Øst.

gehusenes lokale behov tilgodeses. Samtidig har HINAS fortsat realiseret besparelser på gennemførte fælles udbud, fordi konkurrenceudsættelsen har været konsolideret og gennemført med højere kvalitetsniveau og tilsagn om høj forventet indkøbsvolumen.

HINAS har hidtil arbejdet med en bestiller-udfører-lignende model. Den fungerer sådan, at en region anmoder HINAS om at gennemføre et (fælles) udbud på en given udbudskategori, hvorefter HINAS spørger de andre regioner, om de vil deltage i udbuddet. HINAS er derpå ansvarlig for at koordinere og gennemføre udbuddet, der afsluttes med leverandørvalg og kontraktindgåelse, hvorefter de enkelte regioner er ansvarlige for implementering. HINAS har derfor en reaktiv rolle i forhold til udbudsgennemførelse og har således ingen autonomi i forhold til at udvælge og prioritere potentielle fælles udbud.

HINAS har realiseret betydelige gevinster ved fælles udbud, omend det hidtil kun har været indenfor en forholdsvis begrænset andel af den totale indkøbsvolumen. De akkumulerede besparelser siden 2003 udgør således over 1,6 mia. kr., og indenfor flere kategorier er der opnået mere end 20 procent besparelse ved fælles udbud. Vurderingen – der dog ikke er understøttet af specifikke analyser – af blandt andet en regional indkøbschef i Norge, Deloitte har interviewet, og HINAS selv er, at HINAS har opnået højere kvalitet i udbudsgennemførelsen og lavere priser, end hvis regionerne selv havde udbudt områderne. Forklaringsfaktorerne skal ses i sammenhæng med hinanden. Det vil sige, at det ikke er skalafordelene i sig selv eller kompetencerne i den fælles organisation isoleret set, der driver potentialerne. Det er nemlig kombinationen af dem – og deres indbyrdes forudsætning – der gør, at fælles udbud medfører betydelige gevinster.

Der har imidlertid været en del udfordringer for HINAS, der indebærer uudnyttede gevinstpotentialer i forhold til fælles udbud. En af udfordringerne er, at HINAS er lokaliseret i Vadsø, der ligger i det nordøstligste Norge. Det har betydet, at det har været praktisk vanskeligt at koordinere tilstrækkeligt med hele sygehussektoren i Norge og rekruttere de ønskede kvalificerede kompetencer. Derudover har HINAS ikke i tilstrækkeligt omfang involveret lokale brugere og herunder opnået kendskab til lokale behov. Derfor er der heller ikke opnået særlig stor decentral bevidsthed eller kultur i forhold til fælles udbud. I forlængelse heraf har det bidraget yderligere til udfordringerne, at der ikke har været en tilstrækkelig stærk governance eller et beslutningsmæssigt mandat i forhold til udbudsplanlægning og -forpligtelse, fordi der ikke har været en fælles tværgående ledelse med politisk mandat på tværs af regionerne.

### **2.3 Ny national indkøbsfunktion**

Da HINAS ikke har løftet det fulde potentiale, arbejdes der nu på en ny model med etablering af en ny national indkøbsfunktion med mere formel samarbejdsforpligtelse. Den nye organisation startede op primo 2016, og målsætningen er, at den er fuldt etableret inden 2017.

Den nye nationale indkøbsfunktion bygger videre på erfaringerne fra HINAS. LIS bevares indenfor rammerne af den nye organisering, men det er en væsentlig tilpasning, at de regionale indkøbsafdelinger i vid udstrækning lægges ind under den nationale organisation. Umiddelbart vil organiseringen være central, men fysisk vil et stort antal medarbejdere være placeret decentralt i regionerne med forskellige faglige ansvarsområder, ligesom visse indkøbsroller bibeholdes på de største sygehuse. Formålet er at skabe en indkøbsfunktion med én samlet ledelse og fælles kultur, så den agerer på vegne af hele sygehussektoren, men med praktiske hensigtsmæssige rammer, der sikrer hensyn til lokale forhold og præferencer.

### **2.4 Opsamling**

I Norge har man igennem en årrække arbejdet med at centralisere strategisk indkøb i sundhedsvæsenet. I 2003 blev HINAS oprettet, der har til formål nationalt at koordinere indkøbsaftaler for sygehusene. HINAS har haft succes med at indgå nationale indkøbsaftaler særligt på ikke-kliniske områder såsom rejser og hoteller, men også på køb af kliniske forbrugsartikler og tjenesteydelser. Fælles kontrakter dækker en større del af volumen end i Danmark.

Væsentlige læringspunkter har blandt andet været, at flere fælles udbud kræver kulturændring og stærkere governance i en formaliseret fællesregional organisation med tydeligt ledelsesmæssigt beslutningsmandat og -kompetence. Derudover har der været fokus på, at der godt kan sikres centralisering af ansvar, samtidig med at den lokale tilstedeværelse og involvering bevares ved at blande og balancere organiseringen af forskellige roller i strategisk indkøb.

### **3. Sverige**

Sundhedsområdet i Sverige er generelt organiseret meget decentralt, hvilket også kommer til udtryk i organiseringen af sygehusenes indkøb. I Sverige er der derfor en række erfaringer med decentrale udbud og videndeling, der giver vigtige input til overvejelserne om organisering og fælles udbud i Danmark.

#### **3.1 Organisering af indkøbsområdet i Sverige**

Det svenske sundhedssystem er væsentlig mere decentralt organiseret end både det danske og det norske. Det er opdelt i 21 regioner, der har udtrykkeligt lokalt selvstyre, omend der p.t. er politiske ønsker om at reducere antallet af regioner. Den enkelte region har hovedansvaret for at organisere og drive sundhedssystemet indenfor eget geografiske område. Lovgivningen giver regionerne stor frihed i forhold til organisering af deres sundhedsydelse.

Den decentrale struktur gør sig i høj grad også gældende på indkøbsområdet, da den enkelte region som hovedregel sørger for udbud indenfor alle forbrugsvarer og tjenesteydelser. Modsat i Danmark og Norge er der end ikke en fælles funktion for indkøb af lægemidler, der derfor også anskaffes lokalt omend med lidt mere mellemregionalt samarbejde. Der er enkelte eksempler på, at der samarbejdes tværregionalt om andre indkøb, fx forskellige forbrugsvarer. For eksempel samarbejder de tre største regioner, Stockholm, Skåne og Gøteborg, om at indkøbe et nyt it-system.

De regionale indkøbschefer mødes i regi af Landstingsnätverket för Upphandling (LfU). Dette er et løst organiseret netværk uden et sekretariat eller ansatte. Der er en styrelse, der består af repræsentanter fra ti regioner. I netværket er der fælles videndeling, og der arrangeres studierejser mv. Herudover er der ved at blive udarbejdet en kategoristruktur, så der kan opnås fælles forståelse af, hvad der udbydes.

Det mest omfattende samarbejde mellem regionerne omfatter arbejdet om en fælles CSR-strategi, da det er et af de få områder, hvor de kan blive enige om krav og målsætninger. Det omfatter, at regionerne afsætter midler til et fælles udførende korps, der undersøger, om leverandørerne til det svenske sundhedsvæsen overholder praksis for god CSR-politik.

I Sverige offentliggøres priserne på kontrakterne efter et udbud. Ingen analyser har vist entydigt, om det medfører en positiv eller negativ effekt på prisdannelsen.

#### **3.2 Erfaringer med decentralt udbud og frivillige fælles udbud**

Indkøbscheferne i Sverige påpeger, at de decentrale udbud medfører en række fordele. Det fremhæves for eksempel, at de i højere grad tager hensyn til lokale forretningsforhold, hvor region Skåne for eksempel værdsætter muligheden for at anvende en udbudsstrategi, der sikrer lokal bevaring af arbejdspladser. Herudover kan der i højere grad tages hensyn til lokale forhold i sundhedsvæsenet og muligheden for at bruge innovative udbud. Eftersom regionerne ikke har særlig stort fokus på en totalomkostningsbaseret tilgang til optimering af udbudskategorierne, kan det diskuteres, om de i praksis udnytter mulighederne for fleksibilitet tilstrækkeligt. Dette skal også ses i lyset af, at de oplever stærkt varierende kvalitet i udbudsprocessen og udbudsmaterialerne. Udbudskompetencer og kvalitet i udbudsmaterialer opfattes i Sverige som givne faktorer, der udgør barrierer for øget samarbejde. Modsat har forventninger til at forbedre netop disse faktorer været blandt driverne for at fremme og styrke udbudssamarbejdet i Norge og Storbritannien.

Indkøbsansvarlige i Sverige påpeger desuden, at hyppigere og forskelligartede udbud mellem regionerne giver mere konkurrenceudsættelse, ligesom det reducerer risikoen for markedsmonopolisering. Det eneste eksempel på monopolisering, der har kunnet afdækkes i casestudiet af Sverige, er et fælles udbud af taxakørsel mellem sygehuse i det nordøstlige Sverige. Det forekommer dog indlysende, at det er et resultat af en uhensigtsmæssig udbudsstrategi i forhold til det relevante område (fagligt, markedsfølsomt og geografisk) snarere end at kunne generaliseres til, at fælles udbud generelt ødelægger konkurrencen.

Den svenske case viser desuden, at der kun i meget begrænset grad igangsættes frivillige fælles udbud, når der ikke er en kultur, governance eller central organisation og ledelse til at fremme fælles udbud.

### **3.3 Opsamling**

I forhold til de danske overvejelser om flere fælles udbud er der nogle relevante læringspunkter, der giver nyttige input til muligheder og begrænsninger ved fælles udbud. Den decentrale forankring af indkøbsorganisationer i Sverige medfører stor indsigt i og hensyntagen til individuelle lokale behov. Dette omfatter også bedre koordinering med lokale leverandører, brugere og bestillere på sygehusene. Det er derfor vigtigt, at der også tages hensyn til lokal forankring i overvejelserne om organisering og brug af flere fælles udbud i Danmark. Omvendt viser den svenske case også, at der kun i begrænset grad igangsættes fælles udbud, hvis der ikke er en central organisation, der igangsætter tilbuddet. Derfor bør der sikres en stærk governance til at understøtte flere fælles udbud, hvilket eventuelt kan være gennem formaliseret samarbejde med én fælles ledelse på tværs af regionerne.

**Om Deloitte**

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, skat, consulting og financial advisory til både offentlige og private virksomheder i en lang række brancher. Vores globale netværk med medlemsfirmaer i mere end 150 lande sikrer, at vi kan stille stærke kompetencer til rådighed og yde service af højeste kvalitet, når vi skal hjælpe vores kunder med at løse deres mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Deloitte's cirka 225.000 medarbejdere arbejder målrettet efter at sætte den højeste standard.

**Deloitte Touche Tohmatsu Limited**

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.

© 2016 Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab. Medlem af Deloitte Touche Tohmatsu Limited.