

Guide til værdibaserede innovationskontrakter på sundhedsområdet

Udarbejdet for partnerskabet for innovationsfremmende sundhedsudbud

Oktober 2021



Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Introduktion til innovationskontrakter	4
1.1 Hvad er innovationskontrakter?.....	4
1.2 Hvad er formålet med innovationskontrakter?.....	5
1.3 Hvornår er innovationskontrakter relevante?	6
1.4 Innovationskontrakter og udbudsloven.....	8
2. Arbejdet med innovationskontrakter	10
2.1 Udvælgelse af produkt- og kontraktområde	11
2.2 Overblik over leverandørrelationer og markedsforhold	11
2.3 Afklaring af opbakning og interesse	11
2.4 Fastlæggelse af målsætninger, præmisser og måleparametre	12
2.5 Afdækning af databehov og muligheder	14
2.6 Klarlægning af forudsætninger.....	16
2.7 Simulering af modeller og risikodeling.....	17
3. Afrunding.....	22

Forord

Der kan være mange fordele og gevinster ved at gennemføre flere innovative indkøb i sundhedsvæsenet. Det gælder både for patienterne og personalet i sundhedsorganisationerne samt de private virksomheder og det bredere samfund. Det kan fx være ved introduktion af nye løsninger og samarbejdsmodeller, der øger behandlingskvalitet for patienterne, giver langsigtede ressourcebesparelser for sundhedsorganisationerne og skaber nye forretningsmuligheder for de private virksomheder.

Samtidig er det også en velkendt udfordring, at det er vanskeligt at udbrede de gode erfaringer og forankre en mere innovativ tilgang i de enkelte indkøbsafdelinger i regionerne og kommunerne. Det skyldes bl.a., at der mangler redskaber og viden om, hvordan der kan skabes øget innovation i det enkelte indkøb, uden at det nødvendigvis resulterer i en kompleks og ressourcekrævende proces.

Partnerskabet for innovationsfremmende sundhedsudbud inden for medicinsk udstyr – der blev nedsat af Erhvervsministeriet i efteråret 2019 – fokuserer derfor bl.a. på at identificere konkrete innovationsredskaber. Et af de identificerede redskaber med potentiale til at blive udbredt og anvendt i kommunerne og regionerne er såkaldte innovationskontrakter.

Den grundlæggende ide med innovationskontrakter er at gøre det så nemt og effektivt som muligt at arbejde med mere innovative og værdibaserede indkøb ved at tage udgangspunkt i en eksisterende standardkontrakt på et afgrænset produktområde. Og at de offentlige indkøbere og sundhedsorganisationer tidligt i indkøbsforløbet dernæst sætter sig sammen med den private leverandør for at finde frem til, hvordan den eksisterende kontrakt kan gøres mere innovativ og værdiskabende. Innovationskontrakter handler således om at reducere kompleksiteten og fokusere på, hvad der er praktisk muligt, og om det giver mening i forhold til sundhedssektorens behov og de private leverandørers forretningsmodeller.

Der er imidlertid stadig begrænset forståelse og empirisk erfaring med innovationskontrakter både i Danmark og udlandet.

Formålet med denne guide er derfor at definere begrebet samt beskrive formålet og fordelene ved innovationskontrakter, så der kan skabes en fælles forståelse og anerkendelse heraf.

Derudover skal guiden synliggøre de vigtigste opmærksomhedspunkter og give konkret inspiration til, hvordan de offentlige indkøbere, sundhedsorganisationer og private leverandører kan komme i gang med at arbejde med innovationskontrakter.

Guiden skal dermed understøtte udbredelsen af innovationskontrakter og bane vejen for at gennemføre de første pilotprojekter med innovationskontrakter i 2021 til mere innovative indkøb i den danske sundhedssektor.

Guiden er udarbejdet ultimo 2020 af IRIS Group på vegne af Erhvervsministeriet og er baseret på interviews med en række toneangivende offentlige og private sundhedsaktører, som har erfaring med udvikling af mere innovative og værdibaserede kontrakter. Dertil kommer gennemgang af eksisterende analyser samt diverse skriftlige materialer og kontrakter fra forskellige konkrete indkøbsforløb.

Guiden består af to kapitler. Kapitel 1 er en introduktion til begrebet innovationskontrakter, og kapitel 2 er en systematisk gennemgang af de vigtigste opmærksomhedspunkter og trin i arbejdet med innovationskontrakter.

1. Introduktion til innovationskontrakter

I dette kapitel bliver der først givet en kort beskrivelse og definition af innovationskontrakter. Dernæst bliver formålet med innovationskontrakter nærmere forklaret. Det tredje afsnit handler om de indkøbssituationer, hvor det kan være relevant at anvende innovationskontrakter. Og det sidste afsnit fokuserer på de muligheder, som udbudsloven giver i forhold til at arbejde med innovationskontrakter.

Kapitlet giver dermed svar på følgende spørgsmål:

1. Hvad er innovationskontrakter?
2. Hvad er formålet med innovationskontrakter?
3. Hvornår er innovationskontrakter relevante?
4. Hvilke muligheder giver udbudsloven for at arbejde med innovationskontrakter?

1.1 Hvad er innovationskontrakter?

Innovationskontrakter skal betragtes som et redskab, der både kan hjælpe de offentlige indkøbere og private leverandører med at skabe en effektiv og struktureret proces, hvor man bevæger sig fra standardkontrakter og over mod mere innovative indkøb.

Arbejdet med innovationskontrakter handler således om at gennemføre en iterativ proces, hvor der tilføjes innovationsfremmende elementer til de eksisterende og mere standardiserede kontrakter. Det kan være ved at omskrive de traditionelle formuleringer og krav til leverandørerne i forhold til fx samarbejde, kvalitet, rådgivning og pris, så kontrakten er med til at højne innovationsniveauet i de daglige indkøb i kommunerne og regionerne. Herunder fx ved at opstille mere nuancerede krav til sundhedsløsningernes kvalitet, effekt og totaløkonomi.

Innovationskontrakter skal dermed både betragtes som et redskab og en tilgang til at gennemføre en struktureret og grundig dialog mellem de offentlige indkøbere og private leverandører, uden at det er forankret i en igangværende udbudsproces. Arbejdet med innovationskontrakter går derimod forud for beslutningen om at gennemføre et mere innovativt udbud og indkøb.

Innovationskontrakter er dermed med til at kvalificere grundlaget for at træffe beslutning om at gennemføre mere innovative indkøb, hvor det er lykkedes at tilføje innovationsfremmende elementer til de eksisterende kontrakter. Og samtidig er innovationskontrakter med til at skabe større sikkerhed for, at de fremtidige udbud og kontrakter bedre formår at balancere sundhedsorganisationernes behov og de private leverandørers evner og kapacitet.

Der er i boksen herunder indsat en kort sammenfattende definition af en innovationskontrakt.

Boks 1. Definition af en innovationskontrakt

Et dokument:

- 1) *Der tager afsæt i en eksisterende kontrakt, og*
- 2) *Som kan anvendes til dialog mellem indkøbere og leverandører om at afprøve og tilpasse (simulere) nye innovationsfremmende elementer til det fremtidige kontraktgrundlag, og dermed*
- 3) *Kan kvalificere beslutningsgrundlaget for at gennemføre mere innovative og værdiskabende indkøb.*

Kilde: IRIS Group.

1.2 Hvad er formålet med innovationskontrakter?

Det overordnede formål med innovationskontrakter er at **fremme værdibaserede og innovative indkøb** i sundhedsvæsenet, da det kan skabe en lang række fordele både for de private virksomheder, den offentlige sektor og borgerne. Herunder fx gennem introduktion af nye løsninger og langsigtede ressourcebesparelser¹.

Et værdibaseret indkøb er tæt knyttet til idéen om værdibaseret sundhed (Value Based Healthcare), der oprindeligt blev introduceret af Michael E. Porter². Værdibaseret sundhed er sidenhen blevet fortolket på flere forskellige måder, og der eksisterer ikke nogen entydig definition og afgrænsning af begrebet. Kernen i værdibaseret sundhed er imidlertid, at der fokuseres på at skabe størst mulig kvalitet og effekt for patienterne³ for de økonomiske midler.

Et værdibaseret indkøb er derfor i denne sammenhæng defineret som et indkøb, der øger værdiskabelsen for patienterne uden at øge omkostningerne, og at afregningsmodellen i kontraktgrundlaget afhænger af den faktiske effekt, som løsningen/produktet skaber for patienterne i forhold til behandlingskvalitet og/eller oplevelsen af fx sundhed og service.

Værdibaserede indkøb betyder således, at sundhedsløsningerne også skal måles, vurderes og prissættes efter den effekt (outcome), som de skaber for patienterne. Og formålet med innovationskontrakter er i den forbindelse at gøre det nemt og effektivt for de offentlige indkøbere og private leverandører at finde de rette modeller for risikodeling og måling af kvalitet og effekt.

Idéen med innovationskontrakter kan imidlertid også anvendes til at fremme en ny indkøbspraksis, som ikke nødvendigvis er centreret om patientoutcome. Det vil sige indkøb, hvor der gennem ændrede krav og incitamenter i kontrakterne kan banes vej for nye løsninger og samarbejdsmodeller, der fx forbedrer sundhedspersonalets arbejdsgange og arbejdsmiljø samt sundhedsorganisationernes kapacitetsudnyttelse, ressourceanvendelse og miljøaftryk. Her kan innovationskontrakter gøre det nemmere at gennemføre indkøb, hvor der ikke kun fokuseres på anskaffelsesprisen og specifikke funktionskrav, men hvor der fx også lægges vægt på løsningens betydning for sundhedspersonalet, sundhedsorganisationerne og minimering af totalomkostninger.

Det mere specifikke formål med innovationskontrakter er således at hjælpe de offentlige indkøbere og private leverandører til at gennemføre en iterativ proces og simulere sig frem til, om det giver mening for begge parter at lave en model for risikodeling og tilføre nye innovationsfremmende elementer til de eksisterende standardkontrakter. Innovationskontrakter kan dermed skabe et kvalificeret grundlag til at beslutte, om der skal indføres nye konkrete krav og betingelser i de eksisterende standardkontrakter, som kan øge indkøbets innovation og værdiskabelse.

Figur 1 sammenfatter den overordnede proces og formålet med innovationskontrakter.

¹ Se fx IRIS Group (2019): "Innovationsfremmende offentlige indkøb i sundhedssektoren - kortlægning og erfaringsopsamling" for uddybning og sammenfatning af fordelene ved innovationsfremmende indkøb.

² Porter, Michael (2006): "Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results", Harvard Business Press, 24. apr. 2006

³ Se fx EIT Health, Gregory Katz (2020): "Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers" og Danske Regioner (2018): "Værdi for patienten – et pejlemærke for styring og udvikling af sundhedsvæsenet", s. 2.

Figur 1. Processen og formålet med innovationskontrakter



Kilde: IRIS Group.

Samlet set skal arbejdet med innovationskontrakter således betragtes som en metode til at gennemgå eksisterende kontrakter for innovationsmuligheder og eventuelt gå i dialog med leverandørerne inden den nærmere beslutning om udbudsproces og udarbejdelse af udbudsmateriale.

1.3 Hvornår er innovationskontrakter relevante?

Innovationskontrakter er et redskab, som i høj grad er rettet mod kommunernes og regionernes indkøb af mere **afgrænsede produkter og løsninger, hvor der kan være et innovationspotentiale i det eksisterende og relativt standardiserede kontraktgrundlag.**

Innovationskontrakter er således ikke et redskab, som er rettet mod de store udviklingsorienterede indkøbsforløb, hvor de offentlige sundhedsorganisationer arbejder sammen med de private leverandører om at skabe radikalt nye løsninger. Her eksisterer der andre relevante redskaber, og der er mulighed for at anvende særegne udbudsformer som fx innovationspartnerskaber.

Innovationskontrakter kan fx anvendes i de tilfælde, hvor en leverandør har en ny og forbedret version af en eksisterende vare/sundhedsløsning, som de ønsker at introducere og sælge til de offentlige sundhedsorganisationer. Her kan innovationskontrakter bruges til at arbejde med simuleringer og forskellige modeller for risikodeling, der fremadrettet kan danne et nyt kontraktgrundlag.

Det er især relevant i de tilfælde, hvor der ikke eksisterer evidens eller er usikkerhed om effekterne af den nye løsning. Det vil sige, at der ikke er objektiv dokumentation for, at den nye løsning skaber større værdi for fx behandlingskvaliteten og patienterne, selvom den muligvis er prissat på et højere niveau af leverandøren. I disse tilfælde kan innovationskontrakter anvendes til at finde en model, hvor de private leverandører påtager sig en del af risikoen for effekterne på behandlingskvaliteten. Dermed reduceres risikoen også for de offentlige indkøbs- og sundhedsorganisationer, og innovationskontrakter kan således bane vejen for, at der bliver indført mere innovative løsninger og produkter i sundhedssektoren, selvom der endnu ikke eksisterer klar evidens for merværdien.

Derudover kan innovationskontrakter også være relevant i de tilfælde, hvor de offentlige sundheds- og indkøbsorganisationer har identificeret et forbedringspotentiale i de eksisterende løsninger og kontrakter. Her kan innovationskontrakter bruges som et redskab til at gennemføre en kvalificeret og systematisk dialog med eksisterende og potentielle leverandører. Det kan fx være med henblik på at skrive mere innovationsfremmende incitament og samarbejdsmodeller ind i kontrakterne.

Der er således forskellige situationer, hvor innovationskontrakter kan være et relevant redskab til mere ny-skabende indkøb i sundhedssektoren. Det kan fx være i følgende tilfælde:

1. Den private leverandør ønsker at sælge en ny eller forbedret løsning, men der mangler klar evidens for effekterne og værdiskabelsen. Her kan innovationskontrakter fx anvendes til at skabe nye modeller for risikodeling.

2. Den private leverandør ønsker en tættere kobling mellem deres produkter og serviceydelser. Her kan der med afsæt i det eksisterende kontraktgrundlag fx arbejdes med nye modeller for service, samarbejde og udvikling med fokus på kontraktens og indkøbets samlede værdiskabelse.
3. Den offentlige sundhedsorganisation har identificeret et behov eller potentiale for at indføre nye tiltag i de eksisterende kontrakter, som kan skabe øget innovation. Her kan innovationskontrakter fx bruges til at indføre øget incitament til innovation, mere performancebaseret afregning og nye samarbejdsmodeller med leverandøren.

En af de muligheder der er i udbudsloven, og som passer godt til arbejdet med innovationskontrakter, er såkaldte **sideordnede tilbud**⁴. Det betyder, at de offentlige sundhedsaktører (ordregiverne) i udbudsmaterialet kræver eller accepterer, at der afgives flere tilbud på den udbudte opgave, som er baseret på forskellige løsningsmetoder, materialer eller forretningsmodeller. Herunder også forskellige modeller for risikodeling og præstationsafhængig afregning.

Det vil sige, at der med sideordnede tilbud er mulighed for, at leverandørerne både afgiver tilbud på de traditionelle betingelser og på de nye vilkår, som er fremkommet gennem arbejdet med innovationskontrakter.

Der er i boksen herunder vist et eksempel på, hvordan den overordnede ramme for et udbud med sideordnede tilbud kan se ud. Eksemplet er fra et udkast til en protokol for et indkøbsprojekt i Region Hovedstaden, og det er således ikke fra et faktisk gennemført udbud. I afsnit 2.5 er der en udvidet beskrivelse af den pågældende case.

Boks 2. Eksempel på opstilling af sideordnede tilbud til indkøb af sutur

Generelt

Tilbuddet er opdelt i følgende to hovedleverancer:

- Leverance A: Sutur uden antibakteriel coating
- Leverance B: Sutur med antibakteriel coating

Tilbudsgiver kan efter eget valg afgive tilbud på én af de to hovedleverancer eller på en samlet aftale for begge leverancer.

Samlet set kan der således afgives tilbud på følgende varianter: 1) Leverance A som single leverance, 2) Leverance B som single leverance eller 3) Leverance A og B som samlet leverance.

Tilbudsevaluering udbud 1 (sutur uden coating)

Underkriterier:

- A) Pris (fx 50 %)
- Pris/stk.: Vægt 100 % i forhold til pris.

B) Funktionalitet (fx 50 %)

Tilbudsevaluering udbud 2 (sutur med coating)

Underkriterier:

- A) Pris (fx 50 %)
- Pris/stk.: Vægt fx 70 % i forhold til pris.
 - Præstationsafhængig betaling i forhold til baseline: Vægt fx 30 % i forhold til pris.

B) Funktionalitet (fx 50 %)

For udbud 2 stilles information til rådighed for leverandøren, der påviser tilfælde af infektion ved anvendelse af antibakteriel sutur.

Kilde: Region Hovedstadens protokol til VBP-indkøb i regi af EM Partnerskab.

⁴ Jf. § 53 i udbudsloven.

Det skal understreges, at evalueringsmodellen og metoden til at identificere det økonomisk mest fordelagtige tilbud skal offentliggøres på forhånd og fremgå tydeligt af udbudsmaterialet.

Derudover fremgår det af udbudsloven, at kravene til de sideordnede tilbud skal fastsættes under hensyn til proportionalitetsprincippet, herunder ordregiverens behov og tilbudsgivernes omkostninger forbundet med udarbejdelsen af tilbuddet. Sideordnede tilbud bør dermed kun anvendes i de tilfælde, hvor det ikke er forbundet med uforholdsmæssige store omkostninger for de private leverandører at udarbejde et eller flere sideordnede tilbud.

Arbejdet med innovationskontrakter og anvendelsen af sideordnede tilbud er dermed som udgangspunkt ikke den rette tilgang til meget komplekse indkøb, der fx handler om store totalløsninger. Som nævnt er det derimod mere velegnet til indkøb af forholdsvis afgrænsede produkter og løsninger, hvor der i forvejen eksisterer et relativt standardiseret kontraktgrundlag.

1.4 Innovationskontrakter og udbudsloven

Som beskrevet handler innovationskontrakter om at arbejde systematisk sammen med eksisterende eller potentielle leverandører om at afprøve og simulere forskellige nye, konkrete krav og betingelser til de eksisterende standardkontrakter forud for beslutningen om et nyt udbud og indkøb.

Arbejdet med innovationskontrakter går dermed forud for den formelle udbudsproces. Og i disse tilfælde giver udbudsloven **vide rammer for dialog og samarbejde med potentielle leverandører**. Den formelle formulering i udbudsloven om forberedelse af udbud og indledende markedsundersøgelse fremgår af boksen herunder.

Boks 3. Udbudslovens rammer for dialog inden udbud

§ 39. En ordregiver kan, inden der iværksættes en udbudsprocedure, gennemføre markedsundersøgelser med henblik på at udforme udbuddet og informere økonomiske aktører om ordregiverens udbudsplaner og krav i forbindelse med udbuddet. Ordregiveren kan i den forbindelse have dialog med og modtage rådgivning fra økonomiske aktører. Rådgivningen kan anvendes i planlægningen og gennemførelsen af udbuddet, forudsat at dette ikke medfører en overtrædelse af principperne om ligebehandling, gennemsigtighed og proportionalitet.

Stk. 2. Har en økonomisk aktør eller en virksomhed, der har tilknytning til en økonomisk aktør, rådgivet en ordregiver i forbindelse med en markedsundersøgelse eller på anden måde rådgivet eller været involveret i forberedelsen af udbudsproceduren, skal ordregiveren træffe passende foranstaltninger for at undgå, at konkurrencen forrejses af den pågældende økonomiske aktørs deltagelse i udbuddet. Ordregiveren skal som minimum

- 1) så vidt muligt sikre, at relevante oplysninger, der er udvekslet i forbindelse med en økonomisk aktørs involvering i udbudsproceduren, indgår i udbudsmaterialet og
- 2) fastsætte tidsfristerne for modtagelse af ansøgninger og tilbud, så de udligner den tidsmæssige fordel, som en økonomisk aktør kan have opnået ved involvering i forberedelsen.

Stk. 3. En ordregiver skal udelukke den pågældende ansøger eller tilbudsgiver i henhold til § 136, nr. 2, hvis ordregiveren ikke ved mindre indgribende foranstaltninger kan sikre overholdelse af ligebehandlingsprincippet.

Kilde: Udbudslovens § 39.

Bestemmelserne i udbudsloven giver således mulighed for, at de offentlige sundhedsorganisationer (ordregivere) kan modtage oplysninger og søge råd fra private virksomheder til brug for alle de forskellige overvejelser, som de har før udbuddet. Det kan fx handle om, hvad der konkret skal anskaffes, hvordan udbuddet skal tilrettelægges, hvilke krav der skal stilles til tilbudsgivere og til anskaffelsen, hvad udbudsmaterialet skal indeholde, og hvordan tilbudsevalueringen skal foregå⁵.

⁵ Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (2016): "Totalomkostninger Praktisk vejledning til offentlige indkøbere". Afsnit 3.2.

Af Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens vejledning "Dialog før og under udbudsprocessen" fra 2018 fremgår det endvidere tydeligt, at der er stor frihed i forhold til, hvordan dialogen og samarbejdet mellem de offentlige indkøbere og private leverandører kan gennemføres før udbuddet.

Boks 4. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen om dialog før udbud

"Der er få formelle krav til, hvordan en dialog i udbuddets forberedende fase skal foregå, eller i hvilket omfang en ordregiver kan have dialog med virksomheder, der potentielt kan have interesse i at afgive tilbud på en udbudt opgave. Ordregiver kan derfor selv tilrettelægge, om dialogen skal foregå mundtligt eller skriftligt, om der skal indledes dialog med en enkelt virksomhed, med flere virksomheder eller med samtlige virksomheder på det pågældende marked".

Kilde: Konkurrence- og Forbrugerstyrelsens (2018): "Dialog før og under udbudsprocessen". Afsnit 2.3.

Det er imidlertid også vigtigt allerede fra starten af samarbejdet mellem de offentlige indkøbere og private leverandører at være opmærksom på, at arbejdet med innovationskontrakterne ikke må resultere i, at en bestemt leverandør opnår en konkurrencefordel i forbindelse med et eventuelt kommende udbud, jf. udbudslovens § 39, stk. 2. Og såfremt en eventuel konkurrencefordel ikke kan udlignes ved passende/mindre indgribende foranstaltninger, skal den pågældende virksomhed udelukkes i et efterfølgende udbud, jf. § 39, stk. 3.

2. Arbejdet med innovationskontrakter

Som nævnt i forordet er der endnu meget begrænsede erfaringer med at arbejde med innovationskontrakter til indkøb af medicinsk udstyr både i Danmark og udlandet.

Dette kapitel handler derfor om, hvad det er vigtigt at være opmærksom på, hvis man skal i gang med at arbejde med innovationskontrakter.

Kapitlet fokuserer ikke på aktiviteterne og det praktiske samarbejde mellem de offentlige indkøbere og private leverandører. Herunder om der fx bør planlægges en proces med workshops med involvering af brugere og andre interessenter, nedsættelse af arbejdsgrupper samt skriftlige høringer, eller om det er mere hensigtsmæssigt at gennemføre et mere ad hoc præget samarbejde med løbende bilaterale møder inden for en overordnet tidsplan. Det skyldes både, at der mangler konkrete empiriske erfaringer, og at det i høj grad afhænger af den specifikke situation, hvordan dialogen og samarbejdet mellem de offentlige indkøbere og private leverandører bedst kan tilrettelægges.

Figur 2 sammenfatter de vigtigste opmærksomhedspunkter og generelle trin, som kan følges i arbejdet med at udvikle mere innovative og værdibaserede indkøbsaftaler ved hjælp af innovationskontrakter. I de følgende afsnit bliver de enkelte trin nærmere gennemgået.

Det skal understreges, at den kronologiske rækkefølge mellem nogle af trinnene sagtens kan variere.

Figur 2. Trin og opmærksomhedspunkter i arbejdet med innovationskontrakter

1. Udvælgelse af produkt- og kontraktområde	Er der identificeret et innovationspotentiale inden for et afgrænset produktområde, hvor der i forvejen er et relativt standardiseret kontraktgrundlag? Er der ressourcer og motivation for at arbejde med et nyt kontraktgrundlag blandt de offentlige indkøbere og brugere?
2. Overblik over leverandører og markedsforhold	Er der overblik over de eksisterende leverandør- og markedsforhold inden for produktområdet? Og er der vilje til innovation og samarbejde blandt de private leverandører?
3. Afklaring af opbakning og interesse	Er der et klart ledelsesmæssigt mandat og opbakning til at arbejde med skyggekontrakter både blandt de offentlige indkøbsorganisationer, brugere i sundhedssektoren og de private leverandører?
4. Fastlæggelse af målsætninger, præmisser og måleparametre	<ul style="list-style-type: none"> • Er der klarhed om de overordnede målsætninger med indkøbet. Hvilke fordele/gevinster ønskes opnået? • Hvad er de grundlæggende succeskriterier og præmisser for indkøbet? • Hvilke parametre kan være relevante at måle på? Og i hvor høj grad har indkøbet/sundhedsløsningen en direkte (og isoleret) effekt på parametrene?
5. Afdækning af databehov og muligheder	<ul style="list-style-type: none"> • Kan effekterne af sundhedsløsningen/indkøbet forventes at indtræffe i den kommende kontraktperiode? • Er der adgang til data fra eksisterende kilder, som er tilstrækkeligt opdateret og stort til at dokumentere effekterne af sundhedsløsningen/indkøbet? • Er der behov for at indsamle nye data til dokumentation/effektmåling. I så fald hvilke, hvor og hvordan? • Er der behov for at opdele og/eller afgrænse arbejdet med skyggekontrakter til bestemte områder inden for det eksisterende kontraktgrundlag? • Er der anerkendelse og accept af data- og dokumentationsgrundlag blandt brugerne og leverandørerne?
6. Klarlægning af forudsætninger	Er der klarhed om de vigtigste forudsætninger og risici, som er forbundet med de forskellige måleparametre og datakilder?
7. Simulering af modeller og risikodeling	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke konkrete indikatorer skal indgå i præstationsmodellen? Hvad er baselinemålsætningerne, og hvordan skal indikatorerne eventuelt vægtes mod hinanden? • Hvordan skal afregningsmodellen og risikodelingen designes? Hvor stor skal risikoen være, og hvilke konkrete afregningsmekanismer skal anvendes? • Er præstations- og afregningsmodellerne klart koblet til de fastlagte mål og parametre? Og er modellerne tilstrækkeligt enkle og gennemsigtige?

Kilde: IRIS Group.

2.1 Udvælgelse af produkt- og kontraktområde

Det første trin i arbejdet med innovationskontrakter handler naturligvis om at få udvalgt og prioriteret de relevante produktområder og skabe et overblik over de eksisterende kontraktgrundlag.

Udvælgelsen af produktområdet kan være baseret på en systematisk segmentering og analyse af produktporteføljen eller en identifikation af et overordnet innovationspotentiale, som både kan komme fra brugerne i sundhedssektoren, indkøberne eller de private leverandører.

Fx kan sundhedspersonalet eller patienterne have udtrykt et udækket behov, eller de private leverandører kan have introduceret en ny løsning, som potentielt kan skabe øget værdi fx ved at forbedre behandlingskvaliteten, øge kapacitetsudnyttelsen eller mindske ressourceforbruget.

På det udvalgte produktområde bør der foretages en systematisk gennemgang af det eksisterende kontraktgrundlag, så der er klarhed om kriterier i tidligere udbud samt de specifikke krav og vilkår i de gældende kontrakter. Desuden er det relevant at være opmærksom på, hvornår der skal gennemføres et nyt udbud på området, som arbejdet med innovationskontrakterne skal lede frem til at kvalificere.

2.2 Overblik over leverandørrelationer og markedforhold

Et andet grundlæggende trin i det indledende arbejde med innovationskontrakter indebærer, at der skabes et godt overblik over de eksisterende leverandør- og markedforhold inden for det udvalgte produktområde.

Her er det fx relevant at skabe klarhed om, hvad der karakteriserer relationen og samarbejde med den nuværende – eller kommende – leverandør på området. Er der fx tale om et mangeårigt og tæt samarbejde mellem brugerne i de offentlige sundhedsorganisationer og de private leverandører, eller er der tale om en mere uprøvet relation? Det har betydning for, hvordan samarbejdet med den private leverandør om udvikling af innovationskontrakter eventuelt senere skal tilrettelægges og gennemføres under hensyn til § 39, stk. 2 og 3 i udbudsloven, jf. afsnit 1.4.

Derudover bør de offentlige indkøbere være bevidste om, hvem og hvor mange alternative leverandører, der er på markedet for tilsvarende produkter eller ydelser, da det bl.a. også har betydning for, hvordan et eventuelt udbudsmateriale senere skal udformes.

2.3 Afklaring af opbakning og interesse

Inden det egentlige arbejde med innovationskontrakterne sættes i gang, bør der både blandt de offentlige indkøbere og private leverandører skabes sikkerhed for, at der er tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning og forankring.

For de offentlige indkøbere bør der fx være et ledelsesmandat i forhold til, hvor langt man er villig til at gå med hensyn til risikodelingsmodeller og nye samarbejdsformer. Samtidig skal det sikres, at arbejdet med innovationskontrakterne også er forankret blandt klinikerne og brugerne, da det øger sikkerheden for, at sundhedspersonalets behov bliver tilstrækkeligt hørt og inddraget.

Et af de steder i Danmark, hvor det bl.a. er lykkedes at indføre værdibaserede elementer til de eksisterende standardkontrakter og udvikle en ny præstationsafhængig afregningsmodel, er på Vejle Sygehus i Region Syddanmark. Her var den ledende overlæge sammen med den lokale brugergruppe tæt involveret i arbejdet, hvilket i høj grad var med til at skabe opbakning og reducere den organisatoriske modstand mod de nye afregningsmodeller blandt brugerne⁶.

⁶ IRIS Group (2019): "Innovationsfremmende offentlige indkøb i sundhedssektoren - kortlægning og erfaringsopsamling" s. 40.

Derudover er det indledningsvis vigtigt, at der er klarhed om de private leverandørers motivation og interesse for at arbejde med innovationskontrakter. Herunder fx om de er villige til at investere tid og ressourcer i at udvikle nye kontraktgrundlag, samt om ideerne om ændrede afregningsmodeller harmonerer med deres forretningsmodel, da det er afgørende forudsætninger for et succesfuldt forløb.

2.4 Fastlæggelse af målsætninger, præmisser og måleparametre

Efter de første tre indledende trin bør der fokuseres på at opstille de overordnede målsætninger, præmisser og måleparametre for arbejdet med innovationskontrakterne inden for det udvalgte produktområde.

Er det fx målet at skabe større værdi for patienterne ved at øge behandlingskvaliteten gennem nye løsninger og ændrede incitamenter for leverandørerne? Eller er det målet, at de nye indkøb og kontrakter skal skabe bedre kapacitetsudnyttelse, styrke arbejdsmiljøet og/eller mindske ressourceforbruget?

Samtidig er det vigtigt, at der er afklaring om grundpræmisserne for det innovative indkøb. Skal det fx rummes inden for den nuværende budgetramme? Må det medføre mindre, nye eller ændrede administrative opgaver for sundhedspersonalet og ny registreringspraksis for patienterne?

Derudover bør der med afsæt i et solidt kendskab til løsningen og brugernes behov dannes et overblik over de relevante måleparametre, der kan arbejdes med i innovationskontrakterne og indgå i det fremtidige kontraktgrundlag.

Der er i tabellen herunder vist en række eksempler på forskellige typer af parametre, der kan måles på.

Tabel 1. Eksempler på måleparametre

Patientoutcome	Kapacitetsudnyttelse	Ressourcebesparelser	Arbejds miljø
<ul style="list-style-type: none"> Færre infektioner Hurtigere udskrivning Øget patienttilfredshed Færre genindlæggelser Hurtigere diagnose Øget overlevelsesrate 	<ul style="list-style-type: none"> Behandling af flere patienter per dag Øget opetid på udstyr Hurtigere prøvesvar Mindre overbehandling Færre kontrolmålinger 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre forbrug af el, vand, varme mv. Færre udgifter til andre produkter/ydelser Reduceret tidsforbrug Færre driftsudgifter 	<ul style="list-style-type: none"> Øget medarbejder-tilfredshed Færre sygedage Færre arbejdsskader Øget fastholdelse og tiltrækning af talenter

Kilde: IRIS Group.

Som det fremgår af tabellen, kan der opstilles mange forskellige typer af måleparametre. Og mange af dem vil ofte være relevante at måle på. I forhold til patientoutcome kan der fx både måles på objektive, kliniske parametre og patienternes oplevelse af helbred, behandling og service⁷.

Det er derfor et vigtigt opmærksomhedspunkt at finde den rette balance, så der hverken bliver for mange og for stor kompleksitet i arbejdet med innovationskontrakterne eller for få, så kontrakterne bliver for forsimplede og unuancerede. Der bør med andre ord foretages en bevidst og klar prioritering af måleparametrene relativt tidligt.

Grundlæggende anbefales det, at der så vidt muligt måles på de parametre, hvor der er den mest entydige sammenhæng med den nye sundhedsløsning, og som samtidig har en væsentlig betydning for patienter og/eller sundhedsaktører og samfund.

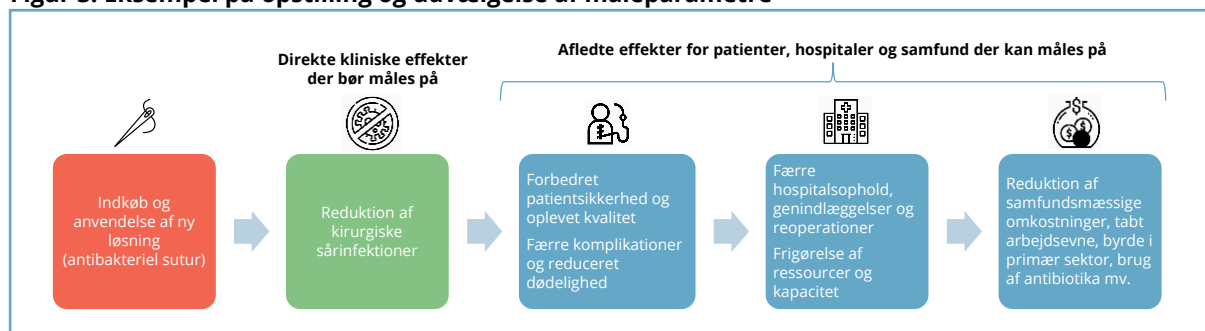
Det vil sige, at der så vidt muligt skal måles på de bagvedliggende variable, der er direkte påvirket af den pågældende sundhedsløsning, og som har en afledt positiv betydning for de andre parametre.

⁷ Såkaldte patientrapporterede oplysninger eller Patient Reported Outcome (PRO).

Fx kan et nyt og forbedret kirurgisk produkt medføre færre infektioner, hvilket kan skabe en lang række afledte, positive effekter for hospitalernes omkostninger og kapacitetsudnyttelse, patienternes oplevelser, udgifterne i primærsektoren og samfundsøkonomien.

Figuren herunder viser et konkret eksempel på nogle af mange positive effekter, som den private virksomhed Johnson & Johnson vurderer, at deres nye antibakterielle sutur (med triclosan-coating) kan medføre. Samtidig illustrerer figuren, at der i dette tilfælde som udgangspunkt bør fokuseres på det måleparameter, der handler om reduceret infektion. Det skyldes, at løsningen (suturen) ifølge virksomheden har en direkte påvirkning på måleparameteret (sårinfektioner), som de øvrige positive effekter for patient, hospital og samfund også afhænger af.

Figur 3. Eksempel på opstilling og udvælgelse af måleparametre



Kilde: Johnson & Johnson: "Mest mulig sundhed for pengene - Forebyggelse af infektioner øger patientsikkerheden og reducerer hospitalsomkostningerne". Bearbejdet af IRIS Group.

Det skal understreges, at der naturligvis kan udvælges flere forskellige måleparametre. Men det skal afvejes i forhold til kompleksiteten i det videre arbejde med datagrundlaget og afregningsmodellerne samt afstemmes i forhold til grundpræmisserne og de ressourcer, der er afsat til arbejdet med innovationskontrakterne.

Derudover afhænger behovet for mangfoldighed i måleparametrene i høj grad også af den specifikke sundhedsløsning. Hvis der fx er tale om mere komplekse produkter og helhedsorienterede løsninger, vil det ofte være utilstrækkeligt at måle på et enkelt parameter.

I Odsherred Kommune har man fx i forbindelse med udliciteringen af diabetesbehandlingen indgået en værdibaseret kontrakt med Roche Diabetes Care, hvor der både måles på de kliniske effekter på blodsukkeret, den patientoplevede kvalitet og omfanget af behandlingsaktivitet.

Og i det tidligere omtalte eksempel fra Vejle Sygehus måler den værdibaserede kontrakt (til indkøb af knæalloplastikker) både på de kliniske effekter i forhold til bl.a. indlæggelsestid, genindlæggelse og revisionsrate samt patienternes oplevelse af tilfredshed og funktionsløft efter operationen.

Boksen herunder sammenfatter de generelle opmærksomhedspunkter til fastlæggelse af de overordnede målsætninger, præmisser og måleparametre.

Boks 5. Opmærksomhedspunkter til fastlæggelse af målsætninger, præmisser og måleparametre

- Er der klarhed om de overordnede målsætninger med indkøbet? Hvilke fordele/gevinster ønskes opnået?
- Er de grundlæggende succeskriterier og præmisser fastlagt? Må der fx udvikles ny registreringspraksis blandt sundhedspersonalet og patienterne?
- Er der skabt overblik over de relevante måleparametre og deres sammenhænge? Hvordan ser kausalkæden ud, og hvilke parametre er de vigtigste?
- Er det så vidt muligt de bagvedliggende og væsentligste parametre, der er udvalgt? Hvilke parametre er mest entydigt koblet til sundhedsløsningen – og afgørende for de øvrige, positive effekter?

Kilde: IRIS Group.

2.5 Afdækning af databehov og muligheder

En vigtig del af arbejdet mod et mere værdibaseret kontraktgrundlag handler om at afdække, hvordan det rent praktisk er muligt at måle på de udvalgte parametre. Herunder hvilke datakilder der kan anvendes, og hvornår effekterne af det innovative indkøb kan observeres og måles.

Eksisterer der fx allerede offentligt tilgængelige registre eller faste spørgeskemaundersøgelser, som kan anvendes til at måle henholdsvis de kliniske og patientoplevede effekter af den nye løsning? Eller er der behov for at gennemføre nye aktiviteter til at indsamle de relevante data? Og harmonerer det med præmissen for innovationskontrakterne, hvis man i den forbindelse skal pålægge patienter eller sundhedspersonale nye registreringsopgaver?

I forhold til at måle de kliniske effekter er der på flere områder gode forudsætninger for at arbejde med værdibaseret sundhed i Danmark, da der er en relativt udbredt central registreringspraksis. Konkret er det estimeret, at der findes databaser for klinisk kvalitet på over 80 behandlingsområder i Danmark, hvilket er enestående i en international sammenhæng⁸.

Mulighederne for at få adgang til relevante kliniske registre bør derfor afdækkes grundigt, hvis arbejdet med innovationskontrakterne handler om at få indført værdibaserede afregningsmodeller.

Det er imidlertid et afgørende opmærksomhedspunkt, om de tilgængelige informationer i de kliniske databaser er tilstrækkeligt dækkende og opdaterede, samt om de indeholder nok observationer til at opstille et meningsfuldt mål. Er der fx kritisk masse af patientforløb og utilsigtede hændelser inden for kontraktperioden på det givne område og hospital, til at effekterne af det nye produkt kan måles på et rimeligt grundlag?

I de tilfælde, hvor der er tale om et produkt og en eksisterende kontrakt, som bliver anvendt på tværs af mange forskellige sundhedsfaglige områder og afdelinger, bør det også overvejes, om der er behov for at afgrænse arbejdet med det nye kontraktgrundlag til et bestemt område. Det kan gøre det nemmere at finde et godt datagrundlag samt reducere kompleksiteten og ressourceforbruget forbundet med udarbejdelsen af innovationskontrakterne.

I boks 6 er der beskrevet et konkret eksempel på denne problemstilling i forbindelse med udviklingen af en mere værdibaseret kontrakt til indkøb af antibakteriel sutur i Region Hovedstaden.

⁸ McKinsey & Company (2019): "Det tværregionale projekt om værdibaseret sundhed".

Boks 6. Eksempel på samarbejde om innovationskontrakter til indkøb af antibakteriel sutur

Region Hovedstadens afdeling for Innovative Indkøb & Strategiske Partnerskaber og Johnson & Johnson har i 2020 indledt en dialog om at arbejde med innovationskontrakter til indkøb af antibakteriel sutur.

Johnson & Johnson er Region Hovedstadens nuværende leverandør af både almindelig og antibakteriel sutur, men der er betydelige begrænsninger på, hvad den antibakterielle sutur anvendes til i de enkelte afdelinger. Det skyldes, at indkøbspriser er højere end den almindelige sutur. Og selvom der gennem de seneste år ifølge Johnson & Johnson er genereret betydelig evidens især fra udlandet, som påviser effekten af antibakterielle suturer på tværs af kirurgiske specialer, oplever virksomheden, at der ofte er et ønske om at afprøve produktet i egen klinisk praksis, inden man forpligter sig.

Antibakteriel sutur er derfor et oplagt område, hvor innovationskontrakter kan anvendes til at finde nye modeller for risikodeling, der gør det muligt at udbrede produktet og skabe øget værdi. Men da sutur samtidig anvendes meget bredt, er det vanskeligt at lave en fælles model til indsamling af data om effekter på tværs af alle de forskellige relevante sundhedsfaglige områder.

I dialogen mellem Region Hovedstaden og Johnson & Johnson var der derfor enighed om, at der i første omgang var behov for at udvælge et afgrænset område, hvor det er muligt at etablere et datagrundlag, der kan bruges til at udarbejde en mere værdibaseret kontrakt med måling og afregning efter den antibakterielle suturs effekt på infektionsraterne (patientoutcome).

Det vil sige et sundhedsfagligt område eller afdeling, hvor der bl.a. er en vis volumen i antallet af procedurer (anvendelse af sutur) og hændelser (infektioner) samt mulighed for adgang til data herom fra centrale registre eller decentral registreringspraksis. Og dertil kommer naturligvis, om der er motivation og incitament til at samarbejde blandt interessenterne (indkøberne og sundhedspersonalet) på det pågældende område.

Kilde: Interview og workshop med Region Hovedstaden og Johnson & Johnson.

Udover de kliniske databaser er der på flere områder også allerede en etableret praksis med at indsamle patientrapporterede oplysninger via spørgeskemaer eller strukturerede interviews, som kan bruges til at måle patienternes oplevelse af helbred, trivsel og funktionsevne. Det gælder både i Danmark og i udlandet. Fx har The National Health Service (NHS) i Wales udviklet en standardiseret portal med patientbaserede spørgeskemaer, der dækker over 30 forskellige behandlingsområder, og som også har dannet grundlag for værdibaserede kontrakter med afregningsmodeller, der afhænger af de patientrapporterede oplysninger⁹.

Hvis indkøbet fx handler om nye løsninger og kontrakter, der skal gøre en udredning eller behandling mere behagelig for patienterne, er denne type data afgørende. Såfremt der fokuseres på disse parametre i innovationskontrakterne, bør det naturligvis også undersøges, om der er eksisterende datakilder, som kan anvendes, inden der eventuelt arbejdes videre med at indsamle nye data på decentralt niveau på det enkelte hospital eller i den enkelte region eller kommune¹⁰. Samtidig er det vigtigt, at der er en fælles anerkendelse og accept af datagrundlagets pålidelighed og gyldighed både blandt de offentlige og private aktører.

I den værdibaserede kontrakt til indkøb af knæalloplastikker på Vejle Sygehus bliver målingen af patientoutcome udelukkende baseret på tilgængelige data fra Dansk Knæalloplastikregister og eksisterende spørgeskemaundersøgelser, og der var derfor ikke behov for at igangsætte nye selvstændige aktiviteter til dataindsamling som følge af den værdibaserede afregningsmodel.

I eksemplet fra Vejle kan det fulde patientoutcome desuden først observeres flere år efter operationen, og der er således en tidmæssig forsinkelse mellem behandlingen og muligheden for at lave en dækkende måling. Det håndteres bl.a. ved, at der både bliver målt på den gennemsnitlige revisionsrate det første, andet

⁹ EIT Health, Gregory Katz (2020): "Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers" s. 48.

¹⁰ Generelt forventes det, at den digitale udvikling med flere telemedicinske løsninger og patientspecifikke apps i fremtiden vil åbne for endnu bedre muligheder for at indsamle og måle systematisk på patientrapporterede oplysninger.

og femte år efter primæroperationen. Samtidig er kontraktperioden på otte år, og det vil først to til tre år inde i driftsperioden blive evalueret, om den nye værdibaserede indkøbskontrakt har ført til forbedret patientoutcome på Vejle Sygehus.

Generelt er det et vigtigt opmærksomhedspunkt, hvornår effekter af det mere innovative indkøb for patienternes behandlingskvalitet eventuelt kan observeres, da der kan være stor variation i tidshorizonten på de forskellige produkt- og behandlingsområder. Fx vil der typisk være lange tidshorisonter, hvis det handler om indkøb af mere avanceret medicoteknisk udstyr til behandling af kræft og demens, hvorimod patientoutcome i nogle tilfælde kan observeres relativt hurtigt inden for kirurgi og ortopædi.

Der er i boksen herunder sammenfattet en række vigtige opmærksomhedspunkter til afdækning af databehov.

Boks 7. Opmærksomhedspunkter til afdækning af databehov

- Kan effekterne af sundhedsløsningen/indkøbet forventes at indtræffe inden for den kommende kontraktperiode?
- Er der adgang til data fra eksisterende kliniske registre, patientrapporterede oplysninger (fx fra spørgeskemaundersøgelser) eller aktivitetsregistreringer på centralt eller decentralt niveau, der kan anvendes til at dokumentere effekterne af sundhedsløsningen/indkøbet?
- Er datagrundlaget fra de eksisterende kilder tilstrækkeligt opdateret og stort i forhold til antallet af forløb og hændelser til at kunne dokumentere effekterne inden for kontraktperioden?
- Er der behov for at etablere nye eller yderligere tiltag til at indsamle data til dokumentation og måling af effekterne af sundhedsløsningen/indkøbet? I så fald hvilke, hvor og hvordan?
- Er der anerkendelse og accept af de mulige datakilder og dokumentationsgrundlag både blandt brugerne og leverandørerne?

Kilde: IRIS Group.

2.6 Klarlægning af forudsætninger

Den samlede behandlingskvalitet og patienternes oplevelser afhænger af mange forskellige faktorer. Og de udvalgte måleparametre vil derfor typisk også være påvirket af flere andre forhold end den specifikke løsning, som innovationskontrakten handler om.

Det kan fx være sundhedspersonalets erfaring, patienternes øvrige sundhedstilstand, samspillet med andre løsninger og behandlinger, mv. Derudover kan der være risiko for registreringsfejl og usikkerhed om datakvalitet, hvilket særligt gør sig gældende, hvis der skal indføres en ny registreringspraksis.

Sådanne forhold kan have væsentlig betydning for de modeller for risikodeling og afregning, som skal indarbejdes i den mere værdibaserede version af standardkontrakten.

Det er derfor vigtigt, at de væsentligste risici og forudsætninger for at kunne måle effektsammenhænge bliver klarlagt, inden der eventuelt opstilles et udkast til en ny, konkret afregningsmodel i innovationskontrakten.

Der bør med andre ord foretages en systematisk klarlægning af de vigtigste forudsætninger, der er forbundet med de forskellige måleparametre og datakilder, som er afdækket (jf. afsnit 2.5). Og både brugerne i sundhedsorganisationerne, dem der registrerer effekterne, samt de offentlige indkøbere og private leverandører bør så vidt muligt inddrages og høres i denne sammenhæng.

Klarlægningen kan fx fokusere på følgende:

1. *Identifikation af forudsætninger og risici.* Her kan fx skelnes mellem risici relateret til kausalitet og registrering på grund af henholdsvis andre influerende forhold og måleusikkerhed.

2. *Vurdering af betydning og væsentlighed.* Det vil sige hvor vigtige og afgørende de enkelte forudsætninger og risici er i forhold til at kunne måle effekterne af sundhedsløsningen og det nye indkøb.
3. *Påvirkning og indflydelse.* Herunder klarlægning af, hvem der har indflydelse på de forskellige risici og forudsætninger.

Klarlægningen af forudsætninger og risici skal bruges til at vurdere, om der eventuelt er behov for at indføre kompensationer eller korrektioner for andre forhold, der fx har betydning for behandlingskvaliteten. Som et eksempel kan fremhæves den værdibaserede kontrakt fra Vejle Sygehus. Her bliver der korrigeret for revisioner på grund af hospitalserhvervede infektioner og lægernes erfaringskurve, hvilket indebærer, at nye kirurgers første 30 operationer ikke indgår i den værdibaserede afregningsmodel.

Et andet eksempel kan være indkøb af mere langtidsholdbare bandager, der har en højere anskaffelsespris per styk, men som til gengæld kan sidde i dobbelt så lang tid, inden de skal udskiftes. Hvis der fx opstilles en målsætning om reduceret ressourceforbrug, vil det være en afgørende forudsætning for målrealisering, at alle de relevante personalegrupper bliver tilstrækkeligt oplært og opmærksomme på at ændre praksis. Og hvis ansvaret for uddannelse og oplæring ikke er en del af kontakten, vil den private leverandør naturligvis være skeptisk i forhold til at bære denne type af risici.

Generelt skal det understreges, at det naturligvis aldrig vil være muligt at tage højde for alle de forskellige forudsætninger og fremtidige begivenheder, der kan opstå i kontraktperioden. En outcomebaseret kontrakt vil med andre ord altid være baseret på et vist element af usikkerhed både for de private leverandører og offentlige indkøbere. Det er derfor vigtigt, at de offentlige og private aktører har tillid til hinanden og deler den grundlæggende målsætning om at skabe øget værdi for de samme eller færre ressourcer. Og at den værdibaserede kontrakt ikke handler om at udnytte eventuelle kortsigtede muligheder for budget- eller profitmaksimering, der af uforudsete årsager kan opstå undervejs i kontraktperioden. Udover at gøre samarbejdet mere fleksibelt og effektivt kan den gensidige tillid også være med til at reducere kompleksiteten og detailreguleringen i den nye indkøbskontrakt.

2.7 Simulering af modeller og risikodeling

Kernen i arbejdet med innovationskontrakter består i at komme frem til en ny version af den hidtidige standardkontrakt, der kan danne grundlaget for et mere innovativt og værdibaseret indkøb. Og det handler især om, at de offentlige indkøbere og private leverandører sammen skal komme frem til nogle nye modeller for afregning og risikodeling, der er baseret på den effekt, som indkøbet og sundhedsløsningen skaber. I forhold til den typiske standardkontrakt vil det derfor typisk være de to afsnit, der handler om kvalitet og pris, der er i fokus.

Der er i den forbindelse to overordnede elementer, som er afgørende i arbejdet med innovationskontrakterne:

- **Design og simulering af præstationsmodel:** Hvilke konkrete indikatorer skal indgå, hvad er baselinemålsætningerne, og hvordan skal indikatorerne eventuelt vægtes mod hinanden?
- **Design og simulering af afregningsmodel og risikodeling:** Hvordan skal risikoen fordeles, og hvor stor skal den være? Skal der både være økonomisk belønning ved overpræstation og sanktion ved underpræstation? Hvilke afregningsmekanismer skal anvendes, og hvordan skal det udmøntes?

Design og simulering af præstationsmodellen handler om at fastlægge de specifikke indikatorer og præstationsmål på baggrund af de overordnede måleparametre samt viden om datagrundlag og forudsætninger, jf. de forudgående afsnit.

For hver indikator skal der således fastlægges et specifikt mål og grænse for, hvornår der er tale om over- eller underpræstation. I forhold til klinisk kvalitet kan det fx være et mål for den gennemsnitlige indlæggelsestid, andel reoperationer eller andel målinger inden for et givent interval efter anvendelse af det nyindkøbte produkt. I nogle tilfælde vil dette kunne gøres på baggrund af historisk viden og dokumentation, og i andre tilfælde vil der skulle laves en såkaldt baselinemåling. Det er især relevant, hvis der skal udvikles en ny indikator og gennemføres nye dataindsamlingsaktiviteter, og der dermed ikke i forvejen eksisterer et historisk sammenligningsgrundlag¹¹.

Der er i boks 8 indsat to eksempler fra værdibaserede indkøbskontrakter på henholdsvis regionalt og kommunalt niveau. Det første eksempel viser konkrete målsætninger, der er fastlagt for de kliniske og patientrapporterede indikatorer i kontrakten. Det andet eksempel viser en model for sammenvejningen af forskellige typer af indikatorer til et samlet outcomeindeks.

¹¹ I nogle tilfælde er baseline for patientoplevelset outcome blevet fastlagt på baggrund af generelle erfaringer med tilfredshedsmålinger.

Boks 8. Eksempel på design af præstationsmodel

Eksempel 1 – konkrete mål for kliniske og patientrapporterede indikatorer

I tabellen herunder er der vist de ni selvstændige indikatorer for patientoutcome, som blev fastlagt i forbindelse med det værdibaserede indkøb af knæimplantater i Region Syddanmark. De første fem indikatorer kan måles via dataudtræk fra kliniske registre, og de resterende fire er patientrapporterede oplysninger, der måles ved hjælp af eksisterende spørgeskemaundersøgelser.

Det første udkast til den konkrete præstationsmodel blev udarbejdet af de offentlige indkøbere og brugere i Region Syddanmark efter en åben markedsdialog, og dernæst blev modellen sendt i høring hos seks potentielle leverandører, hvoraf fem vendte tilbage med kommentarer til præstationsmodellen. Leverandørernes tilbagemeldinger resulterede i, at modellen blev forenklet og kom til at se ud som vist herunder.

Indikator	Præstationsmål
Gns. patientindlæggelsestid (i døgn)	1,7 til 2,15 døgn*
Gns. genindlæggelsesrate for primær artrose målt 30 dage efter udskrivning	5 %
Gns. revisionsrate efter primæroperation det første postoperative år	1,7 %
Gns. revisionsrate efter primæroperation de 2 første postoperative år	2,0 %
Gns. revisionsrate efter primæroperation de 5 første postoperative år	4,1 %
Andel af patienter med en meget tilfredsstillende samlet oplevelse 1 år efter operation	> 65 %
Andel af patienter med mindst en tilfredsstillende samlet oplevelse 1 år efter operation	> 85 %
Andel af patienter med et meget tilfredsstillende "funktionsløft" 1 år efter operation	> 65 %
Andel af patienter med mindst et tilfredsstillende "funktionsløft" 1 år efter operation	> 85 %

*Afhængigt af typen af knæoperation. Fx 2,15 døgn ved total knæalloplastik (TKA).

Eksempel 2 – model for sammenvejning af indikatorer og beregning af samlet præstation

Tabellen herunder viser en præstationsmodel, hvor alle indikatorerne er vægtet sammen til ét samlet outcomeindeks.

Det kliniske effektindeks er i dette tilfælde kun baseret på én enkelt indikator, som er andelen af blodprøver (målinger), der holder sig inden for faste kliniske grænseværdier. Den præstationsmæssige baseline er sat til 70 pct. af blodprøverne. Hvis den faktiske andel af blodprøver inden for grænseværdien ligger på 100 pct. efter indkøbet og implementeringen af den nye sundhedsløsning, opnår leverandøren en score på 1,42 (100 % / 70 %). Omvendt opnår leverandøren en score på 0, hvis ingen af blodprøverne er inden for den klinisk fastlagte grænseværdi efter den nye løsning.

Det patientoplevede kvalitetsindeks er baseret på den gennemsnitlige tilfredshed på spørgsmål på en skala fra 1-5, hvor den præstationsmæssige baseline er sat til et samlet gennemsnit på 4,0. Behandlingsindekset er et mål for reduktionen i behandlingsaktivitet, som den nye løsning forventes at medføre. Dette indeks er dog endnu ikke taget i anvendelse, men det er alligevel sat ind i den samlede præstationsmodel, da det er intentionen, at det skal indgå på længere sigt.

Der er således i dette eksempel i alt tre indekstal for henholdsvis klinisk effektivitet, patientoplevet kvalitet og behandlingsaktivitet, som vægtes sammen til et fælles outcome-indekstal. Tabellen herunder viser, hvordan de tre mål vægtes til et fælles outcome-indekstal.

Indeks	Vægt	Værdi interval	Baseline
Klinisk effektindeks – andel af målingen inden for klinisk fastlagt grænseværdi (faktisk andel/baseline andel på 70%)	1/3	0 – 1,43	1,0
Patientoplevet kvalitetsindeks – gns. tilfredshed på spørgsmål på skala fra 1-5 (faktisk andel/baseline andel på 4,0)	1/3	0,25 – 1,25	1,0
Behandlingsindeks (endnu ikke taget i anvendelse)	1/3	1,0	1,0
Samlet outcomeindeks	1	0 – 1,2	1,0

Kilde: IRIS Groups redigering af kontrakter fra faktisk gennemførte sundhedsindkøb i Region Syddanmark og en anonymiseret kommune.

Design og simulering af afregningsmodel og risikodeling handler om at finde den rette kobling mellem præstationsmålene og betalingen til leverandørerne. Det første skridt er i denne sammenhæng at afklare, hvor stor den samlede andel af leverandørernes afregning, der må afhænge af præstationsmålene. Der skal derfor også fastlægges en "afregningsbaseline", som typisk vil tage afsæt i det eksisterende kontraktgrundlag.

Det er i denne fase af arbejdet med innovationskontrakterne, at de offentlige indkøbere og private leverandører i en iterativ proces kan simulere en række forskellige scenarier og modeller, som sikrer en fair risikodeling. Og herunder også hvordan over- og underpræstationer konkret skal honoreres eller sanktioneres, og om der fx skal fastlægges særlige kompensationer, garantier, minimumsgrænser, mv.

Der er i boks 9 indsat to konkrete eksempler på, hvordan afsnittet om prisregulering kan se ud i en kontrakt, hvor der anvendes patientoutcome som grundlag for leverandørens betaling i modsætning til den typiske standardkontrakt, hvor der ofte blot foretages en årlig prisregulering efter udviklingen i nettoprisindekset fra Danmarks Statistik.

I det første eksempel påvirkes afregningspriserne i det efterfølgende driftsår af præstationerne på de enkelte indikatorer, og den samlede afregning i hele kontraktperioden kan variere med +/- 17% afhængigt af over- eller underpræstation.

I det andet eksempel bliver der udregnet et samlet præstationsmål for alle indikatorerne, og den variable afregning er her +/- 30% i forhold til afregningsbaselinen.

Boks 9. Eksempler på design af afregningsmodel og risikodeling

Eksempel 1 - model for afregning efter hver outcomeindikator

Tabellen herunder viser de fem indikatorer fra præstationsmodellen i eksempel 1 i boks 8, som indgår i afregningsmodellen i den værdibaserede kontrakt for indkøb af knæimplantater på Vejle Sygehus i Region Syddanmark. Priserne bliver i denne kontrakt reguleret årligt ud fra, om præstationsmålene for de enkelte indikatorer bliver indfriet. Som det fremgår, afhænger den samlede prisregulering af præstationerne på alle de fem indikatorer. Og den samlede afregning og risikodeling ligger på +/- 17 pct. afhængigt af over- eller underpræstation.

Indikator/Performance-parametre	Inklusionskriterier	Regulering af afregningspriser
Patientindlæggelsestid	Alle udskrevne primære patienter med leverandørens primære knæalloplastik i de foregående 12 måneder pr. 31. december hvert år	+/- 2 %
Patientgenindlæggelsesrate 30 dage efter operation	Alle udskrevne primære patienter med leverandørens primære knæalloplastik i de foregående 12 måneder pr. 31. december hvert år	+/- 5 %
Revisionsrate 2 år efter operation	Alle primære patienter med leverandørens primære knæalloplastik, der når 2-årstidspunktet for deres operation i de foregående 12 måneder pr. 31. december hvert år	+/- 4 %
Samlet patientoplevelse 1 år efter operation	Alle primære patienter med leverandørens primære knæalloplastik, der når 1-årstidspunktet for deres operation i de foregående 12 måneder pr. 31. december hvert år	+/- 3 %
Samlet "funktionsløft" 1 år efter operation	Alle primære patienter med leverandørens primære knæalloplastik, der når 1-årstidspunktet for deres operation i de foregående 12 måneder pr. 31. december hvert år	+/- 3 %
Total		+/-17%

Eksempel 2 - model for afregning efter et samlet outcomeindeks

Tabellen herunder viser, hvordan præstationsmodellen og det samlede outcomeindeks i eksempel 2 i boks 4 er omsat til en konkret afregningsmodel.

Som det fremgår, er der i denne kontrakt valgt fem afregningskategorier, som afhænger af niveauet for det samlede outcomeindeks. Ved outcome langt over baseline øges afregningspriserne med 30 pct., og ved outcome langt under reduceres de med 30 pct. Hvis outcomeindekset er på niveau med baseline er afregningspriserne uændrede.

	Niveau for outcome indeks	Afvigelse fra afregnings-baseline	Afregning/mdr.	Afregning/år
Outcome langt over behandlingsbaseline	1,11 - max	+30 %	1.300 kr.	15.600 kr.
Outcome over behandlingsbaseline	1,01 - 1,10	+10 %	1.100 kr.	13.200 kr.
Outcome på niveau med behandlingsbaseline	0,81 - 1,00	0	1.000 kr.	12.000 kr.
Outcome under behandlingsbaseline	0,51 - 0,80	-10 %	900 kr.	10.800 kr.

Kilde: IRIS Groups redigering af kontrakter fra faktisk gennemførte sundhedsindkøb i Region Syddanmark og en anonymiseret kommune.

Som en del af arbejdet med innovationskontrakterne kan der også simuleres en række forskellige scenarier for, hvordan afregningen og risikodelingen konkret skal udmøntes. Der kan designes forskellige typer og kombinationer af afregningsmodeller alt efter, hvad der passer bedst til det pågældende indkøb. Følgende mekanismer kan bl.a. overvejes:

- Prisreduktion eller prisstigning. Fx i det efterfølgende driftsår afhængigt af henholdsvis under- eller overpræstation i afsluttet driftsår.
- Kontant bod eller bonus afhængigt af henholdsvis under- eller overpræstation.
- Refusion eller "gratis" ydelser ved manglende præstationer.

- Godtgørelse af (uforudsete) ekstraomkostninger.
- Kompensationer ved manglende realisering af forudsætninger.

Som det fremgår ved at sammenligne eksempel 1 i boks 4 og 5, kan det ses, at man i dette eksempel har valgt at monitorere på ni forskellige indikatorer, men at det kun er fem, som indgår i afregningsmodellen. Det kan fx give mulighed for at videreudvikle og forfine afregningsmodellen på længere sigt, så der skabes de rette incitamenter og størst mulig værdi.

Generelt anbefales det, at der i arbejdet med innovationskontrakterne i første omgang sigtes mod at lave en relativt enkelt og gennemsigtig model for præstationsmåling og afregning for at reducere kompleksiteten og ressourceforbruget både for de offentlige indkøbere og private leverandører. Det kan give afsæt for gensidig læring og erfaring, som på længere sigt kan danne grundlag for yderligere udvikling af kontraktgrundlaget og risikodelingen.

Hvis arbejdet med innovationskontrakterne viser, at det vil være hensigtsmæssigt at indgå en længerevarende kontraktperiode – fx for at kunne måle effekterne – bør det overvejes at indføre en ændrings- eller innovationsklausul i overensstemmelse med udbudslovens § 179, så det er muligt at justere indholdet i løsningen og priserne undervejs i kontraktperioden. Det kan være relevant, hvis der sker en væsentlig teknologisk og markedsrettet udvikling, eller hvis der identificeres nye innovationspotentialer, som fx kan forbedre patientoutcome, arbejdsgange eller ressourceforbrug.

3. Afrunding

Denne guide har forsøgt at give en sammenfattende og konceptuel beskrivelse af hvorfor, hvornår og hvordan, det kan være relevant at arbejde med innovationskontrakter som redskab til indkøb af medicinsk udstyr i sundhedssektoren.

Som nævnt i forordet er der imidlertid stadig begrænset empirisk erfaring med innovationskontrakter både i Danmark og udlandet. Fremadrettet er der derfor behov for at gennemføre flere pilotprojekter og indsamle yderligere erfaringer til inspiration og udbredelse af innovative indkøb i den danske sundhedssektor.

Der er bl.a. et potentiale for at videreudvikle denne guide til innovationskontrakter i forhold til udformningen af de konkrete præstations- og afregningsmodeller. Her bliver arbejdet typisk relativt komplekst og mere forpligtende. Og der kan være behov for nye kompetencer og redskaber, som ikke umiddelbart er til rådighed i de enkelte indkøbsafdelinger i regionerne og kommunerne.

Gennem nye pilotprojekter og erfaringsopsamlinger vil der fremadrettet således kunne udvikles en uddybet guide, som med særligt fokus på design af præstations- og afregningsmodeller kan være til konkret hjælp i nogle af de sværeste faser i arbejdet med innovationskontrakter.