

**Privat inddragelse i finansiering, byggeri og drift af
offentlige anlægsinvesteringer med særlig vægt på
sundhedsområdet: Udenlandske erfaringer og danske
muligheder**

af

Mickael Bech, Kjeld Møller Pedersen og Mette Bork Hansen

Health Economics Papers
2005: 3



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

Forord

I denne rapport analyseres Private Financing Initiative (PFI) på sygehusområdet. Analysen er udarbejdet på opdrag af Keops Development A/S, som har ønsket at få belyst erfaringerne med Private Financing Initiative (PFI) i Storbritannien samt en analyse af mulighederne og perspektiverne for at gennemføre projekter som offentlig-private partnerskab (OPP) i Danmark specielt på sygehusområdet.

Rapporten er derfor resultatet af en aftale med Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST) og Institut for Sundhedstjenesteforskning, Sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet. Rapporten er udarbejdet af lektor Mickael Bech, professor Kjeld Møller Pedersen og forskningsassistent Mette Bork Hansen.

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet, har i forbindelse med nærværende analysearbejde modtaget økonomisk tilskud fra Keops Development A/S. Arbejdet er gennemført i henhold til Syddansk Universitets standardvilkår, hvoraf det bl.a. fremgår at CAST ikke er underlagt nogen restriktioner mht. publicering af metode og resultater. En repræsentant fra Keops Development A/S har kommenteret rapporten, men forfatterne er alene ansvarlige for rapportens indhold og konklusioner, herunder eventuelle mangler.

Lektor Per Andersen, Økonomisk Institut, Syddansk Universitet og Lektor Thomas Pallesen, Institut for Statskundskab, Århus Universitet takkes for konstruktive kommentarer og kritik.

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Indholdsfortegnelse.....	3
English Abstract.....	5
Dansk resumé og konklusioner	7
1. Baggrund og formål	12
2. Hvad er PFI?.....	13
3. Hvorfor PFI?.....	18
4. Forventede fordele og ulemper ved PFI.....	20
4.1 Synliggørelse og fordeling af risici	20
4.2 Bedre totalløsning af byggeri og vedligehold	21
4.3 Innovative løsninger.....	22
4.4 Levering af byggeri til tiden	23
4.5 Øgede transaktionsomkostninger.....	24
4.6 Fleksibilitet	25
4.7 Højere private låneomkostninger	27
5. Erfaringer med PFI	28
5.1 Er omkostningerne større eller mindre ved PFI?.....	28
5.2 Færre forsinkelser og overskridelser af anlægsbudgettet	36
5.3 Sker der en reel overførsel af risiko til den private part?	38
5.4 Kapacitetstilpasninger og fleksibilitet	41
5.5 Erfaringer med processen ved PFI.....	43
5.6 Inddragelse af interessenter tidligt i forhandlingsprocessen.....	44
5.7 Transaktionsomkostninger.....	46
6. Kan det bruges i Danmark?.....	47
6.1 Internationale begrænsninger på offentlig låntagning.....	48
6.2 Regulering af amter og kommuners låntagning	49
6.3 Udbudsregler	51
6.4 Manglende viden og erfaring	53
6.5 Kulturelle og holdningsmæssige barrierer.....	55
6.6 Opsummering af muligheder og barrierer i Danmark	56
7. Teoretiske argumenter vedr. privat vs. offentlig låntagning	56
7.1 Skattefinansiering: elementært men vigtigt.....	56
7.2 Ufuldstændige kontrakter, transaktionsomkostninger og vertikal (dis)integration ...	57
7.3 Makroøkonomiske overvejelser - crowding out	58
7.4 Kan det offentlige optage lån billigere end det private?.....	59
8. Litteratur	63
Appendiks 1: Litteraturkilder	71
Appendiks 2: PFI-projekter i sundhedssektoren	73

English Abstract

The policy of using private finance in public sector investments was introduced in England by the Conservative government in 1992 with the heading “The Private Finance Initiative” (PFI) and was adopted and implemented by the Labour government in 1997 with a slightly changed format and a new name “Public Private Partnership” (PPP). The traditional public sector model involves that the public sector contracts with the private sector to build an assets which will be owned and controlled by the public sector to provide a flow of services. PFI involves that a private consortium funds, builds, and owns an asset and the public sector only purchases the flow of services as they occur. The public purchaser of services pays the private consortium an annual fee for flow of services and the private consortium has the responsibility of the financial commitment of the asset.

When projects are planned through PFI, the funding is predominantly (usually fully) from the private sector and the contractual structure relates to the consumption of services and not the asset itself. Secondly, the private consortium takes on a substantial amount of risk associated with the building and maintenance of the asset.

The aim of this working paper is to provide a description of PFI, to summarize the UK experience especially within the hospital sector and to analyse and discuss the possibility to implement PFI like arrangements in Denmark. PFI is not perceived here as an end in itself but as a potential means to obtain a more optimal solution seen from a societal economic perspective.

A number of issues raised in the paper require references and elaborations of theory since the experiences cannot be understood properly without references to a theoretical frame. Theory of public finance, discounting, distribution and assessment of risk, contract and property right theory are among the theoretical issues.

The experiences from UK indicate that the net present cost of projects organised through PFI is higher than the (hypothetical) cost of traditional public organising of a similar project (public comparator) when the cost of the public comparator is not adjusted for the transfer of risk. When the public comparator is added a risk premium equal to the value of the risk transferred to the private consortium in PFI, the net present cost of the public comparator and the PFI project seems to very similar with PFI having marginally lower costs. The valuation of the risk premium has a major influence in the comparison of the net present cost of the two alternatives, PFI vs. traditional public organised projects. Therefore, the calculation of the risk premium will unavoidably attract considerable attention. The *de facto* transfer of risk from the public to the private consortium will for the same reason attract considerable attention. The transfer of risk comprises among other factors project delays and cost overruns embedding an incentive to minimize the total costs of planning, construction, operation and maintenance.

The English guidelines for the calculation of the net present value of the cost of the public comparator and the PFI alternative prescribe that future costs are discounted with 6%. This interest rate is most likely higher than the real interest rates which the public sector would have to have paid in interest in case of public borrowing. Part of the literature comparing the cost of traditional public sector and PFI organised projects argues for that reason critically that the (too) high interest favours PFI organised project. The time profile of PFI

spread the costs over time whereas the costs of traditionally public organised projects are concentrated in the first years when the asset is build.

One of the major positive experiences is that the PFI projects seem to a higher extent to be delivered at the agreed time compared to previous experiences with traditionally public organised projects. The experiences also tell that PFI projects in fewer cases exceed the price agreed at contract. Both these experiences confirm the expected incentives build into the PFI arrangement involving that the private consortium is not paid before services are delivered and are paid a price agreed at contract which does not depend on the consortiums actual costs.

Experiences from PFI projects in transport and prison services have revealed savings as much as 10-20% compared to the public comparator. The experiences in health care have not made the same positive results. The complexity of the tasks, the complexity of the contract and the number of players involved in the contract and implementation process are mentioned as possible explanations for the poorer results in health care.

The experiences indicate that PFI may involve considerable transaction costs caused by the requested detailed yet incomplete contracts. The process of negotiating, writing and controlling the contract can involve considerable transaction costs for the private consortium as well as for the public purchaser. Some rough estimates indicate that transactions cost in some cases amount up to 3% of the projects' total cost.

In summary, the most significantly experienced disadvantages by organising projects through PFI are the increased transaction costs following contract negotiation, contract signing, monitoring and enforcement of the contract and also the bonds upon the public actors freedom of action.

The paper ends up concluding that the barriers for the use of PFI-like arrangements in Denmark are similar to the barriers in England. However, the Danish rules for counties' and municipalities' possibility to borrow money or alternatively to rent facilities prevent them from using PFI-like arrangements to sidestep the borrowing restrictions. The Danish rules say that leasing/renting of facilities should be compared with public borrowing and this prevents the counties and municipalities from using PFI-like arrangements for "creative accounting" purposes.

Dansk resumé og konklusioner

Hvad er PFI og formålet med notatet

Ved PFI (Private Financing Initiative) eller OPP (offentlig-privat partnerskab) forstås

”et privat-offentligt samarbejde, hvor en privat part tilvejebringer finansieringen af anlægsaktivet, står for den praktiske udførelse af anlægsarbejdet og efterfølgende står for den løbende vedligeholdelse af aktivet. Det udlejes for en flerårig-periode – typisk 15-40 år – til en offentlig bestiller, der normalt selv organiserer produktionen af serviceydelser til borgerne. Forud for igangsætningen af arbejdet med anlægsaktivet indgås en kontraktlig aftale mellem et privat konsortium og en offentlig bestiller. I kontrakten specificeres en række krav, forpligtelser osv. omkring anlægsaktivet”

I en række tilfælde omfatter PFI ligeledes produktion af serviceydelser. Det er i givet fald normalt ydelser, som er fuldt finansieret af den offentlige kontraktspartner.

I dette notat diskuteres PFI i den definerede betydning med særlig vægt på sygehusvæsenet. Det empiriske grundlag er især baseret på engelske erfaringer. Sådanne ordninger har været kendt i England siden først i halvfemserne.

Formålet med notatet er at beskrive, hvad PFI er samt redegøre for fordele og ulemper ved sådanne ordninger i almindelighed og i særdeleshed for sygehusvæsenet. Endvidere diskuteres mulighederne for med fordel at bruge lignende ordninger i Danmark. PFI ansues ikke som et mål i sig selv, men som et muligt middel til en samlet set bedre og mere samfundsøkonomisk hensigtsmæssig løsning.

Forventninger til PFI

Overordnet er de forventede fordele ved PFI, at den private part overtager en række risici i forbindelse med bl.a. forsinkelser og fordyrelser af anlægsbyggerier og samlet set tilfører projektet større professional ekspertise. Herved skabes et incitament til at minimere de samlede omkostninger til planlægning, byggeri, drift og vedligehold. Selve PFI-opgaven udsættes for konkurrence via udbud og skaber dermed yderlige incitament. Samlet set forventes en økonomisk nettofordel ved PFI. Hertil kommer forhold ved selve byggeriet bliver leveret til tiden og indenfor budget.

Når nettofordelene ved PFI opgøres, er det vigtigt at fokusere på hele pakken og ikke blot delelementer som fx finansieringen isoleret set.

Som følge af behovet for detaljerede, men alligevel ufuldstændige, kontrakter forventes PFI at medføre øgede transaktionsomkostninger til kontraktforhandling, indgåelse samt kontrol.

Karakteren af politisk involvering ændrer sig under PFI: fra at ville ro og styre båden til at udstikke kurs og overordnet styring. Med andre ord bliver der tale om mindre indblanding i detaljer.

To hovedresultater

Sammenfattende kan netto-fordelene i økonomiske termer udtrykkes med to sammenhængende hovedresultater på tværs af PFI-projekttyper, fx vejanlæg, fængsler, skoler og sygehuse. Resultaterne sammenfatter de omkostningsmæssige fordele ved sammenligning af anlægsprojekter organiseret under PFI sammenlignet med traditionel offentlig organisering (også benævnt som offentlig komparator).

For det første peger de empiriske erfaringer på, at PFI projekter som hovedregel er dyrere end offentligt organisering af byggeri, finansiering og vedligehold af tilsvarende anlægsinvesteringer, når der ikke foretages risikjustering. Opgjort på denne måde skyldes de højere omkostninger ved PFI i forhold til traditionel offentlig organisering bl.a. at de private konsortiers finansieringsomkostninger er højere end tilsvarende offentlige låneomkostninger.

For det andet peger resultaterne på, at når der korrigeres for at de private konsortier overtager en del af risikoen ved anlægsinvesteringer i form af fordyrelser og forsinkelser af anlægsinvesteringer og vedligehold m.m. ændres resultatet. Når der foretages risikjustering viser en række af analyserne i litteraturen, at omkostningerne ved PFI er mindre end omkostningerne ved traditionel offentlig varetagelse af opgaven. Risikjusteringen af omkostningerne er derfor et vigtigt element ved sammenligningen af netto-fordele mellem henholdsvis offentlig og privat organisering.

Ovenstående konklusioner er baseret på en gennemgang af konkrete projekter, men det understreges, at ingen af projekterne har gennemløbet et helt 'livsforløb', dvs. 15-40 år. Derfor indgår der såvel budgetskøn som fremskrivninger ved beregningerne. Der er ikke tvivl om, at beregningsresultaterne er stærkt følsomme overfor sådanne skøn og antagelser. Endvidere er der en tendens til, at kritikere af PFI fremkommer med mere negative skøn end tilhængere eller mere neutrale parter. Såvel PFI-tilhængere og -kritikere benytter faglige argumenter, men ofte fornemmes også en undeliggende ideologisk stillingtagen.

Det skal bemærkes, at beregningsmodellerne for risikjustering til stadighed diskuteres intenst – herunder hvad der er den relevante offentlige 'komparator', når man sammenligner med en PFI-løsning. Som det fremgår af ovenstående, så er risikjusteringen afgørende for om nettoresultatet af PFI er positivt, og derfor må disse metoder tiltrække sig kritisk opmærksomhed. En række observatører mener, at der i den officielle metodik indgår en række forudsætninger, der synes at favorisere PFI-projekter, bl.a. i form af der både justeres for risici-overførsel samt anvendes en (for høj) diskonteringsrate som favoriserer PFI i forhold til traditionel offentlig organisering.

De væsentligste erfarede ulemper i udførelsen af anlægsinvesteringer som PFI er sammenfattende de øgede transaktionsomkostninger ved kontraktforhandling,

kontraktindgåelse, kontrol og håndhævelse af kontrakten samt bindinger på den offentlige parts handlefrihed.

Supplerende hovedresultat: Fast pris og tid

I februar måned 2003 offentliggjorde den engelske 'rigsrevision' (NAO: National Audit Office) en rapport (National Audit Office 2003), hvor man for 37 projekter undersøgte to hovedhypoteser vedrørende byggerierne under PFI: 1) at PFI sikrede 'fast pris' samt 2) 'levering til tiden og god kvalitet'. De to hypoteser kunne i det store hele bekræftes. I 24 % af PFI projekter var der overskrivelser af tidsfrister, mens man til sammenligning fandt overskridelser i omkring 70 % af tilfældene ved traditionel offentlig organisering.

Resultater på delområder

Empiriske undersøgelser viser, at investeringsprojekter indenfor vej- og fængselsbyggeri med fordel kan gennemføres som PFI (Allen 2001). En sammenligning af prisen på projekter på de to områder viser besparelser på mellem 10 og 20 % ved PFI i forhold til en offentlig komparator.

Sammenlignes derimod omkostningerne ved PFI og den offentlige komparator indenfor skole- og sygehusbyggeri er der ikke samme potentiale for at opnå besparelser. En forklaring er kompleksiteten i kontrakten og antallet af agenter involveret i projektprocessen. Kontrakterne er nemmere at specificere indenfor vej- og fængselsområdet i forhold til skole- og sygehusområdet. Vej- og fængselsområdet adskiller sig også ved at den private part i højere grad overtager hele opgaveløsningen, hvorimod det private konsortium sjældent overtager løsningen af den egentlige kerneydelse på skole- og sygehusområdet. Er kerneydelsen ikke knyttet til den samlede opgavevaretagelse, og dermed placeret på den offentlige bestiller, er der flere agenter og interesser indblandet i processen. Derudover kan der ved adskillelse af håndtering af bygningsaktivet, bygningsdrift og driften af produktion af kerneydelsen være nogle mistede samdriftsfordele, som ikke realiseres.

Givet at offentlig låneoptagelse ud fra en kasseøkonomisk betragtning er billigere end privat finansiering, så står den væsentligste afvejning mellem højere private finansieringsomkostninger samt transaktionsomkostninger overfor mindre forsinkelser på byggeri, mere effektiv privat byggeri og drift.

Overførsel af risiko

Risici og overførsel af risici fra den offentlige til den private part udgør som tidligere nævnt et væsentligt element i PFI. Der er mange forskellige typer af økonomiske risici, og identifikationen af dem er ikke nogen let opgave, men det tvinger parterne til at overveje de risikoelementer, der forventes at knytte sig til projektets indhold og til selve processen omkring projektets gennemførsel. De typiske risiko-elementer er:

- Omkostninger til planlægning og design
- Omkostninger ved byggeriet
- Omkostninger til vedligeholdelse af byggeri
- Omkostninger ved forsinkelse af byggeri (herunder mistede indtægter som betaling for leje af aktivet)
- Aktivets værdi ved eventuel overtagelse
- Omkostninger ved teknologiske ændringer af apparatur, behandlingsformer og deraf følgende krav til bygninger og ændringer i efterspørgsel efter behandling.
- Efterspørgselsændringer som følge af befolkningsudvikling og –sammensætning
- Omkostninger til produktion af ikke-kerne ydelser såsom rengøring, portør etc.
- Omkostninger til behandling
- Regulerings- og lovmæssige ændringer

Overførelsen af risici fra den offentlige bestiller til den private part er på forskellig vis incitamentsskabende for den private part – særligt fremhæves overflytningen af risici i tilknytning til fordyrelser og forsinkelser til den private at være en af de største fordele ved PFI.

PFI medfører at der sker en overflytning af risiko til den private part, men der er i flere tilfælde sat spørgsmålstegn ved om der de facto overføres risiko – i enkelte tilfælde har den offentlige bestiller måtte udrede fordyrelsen af projekter i tilfælde hvor det private konsortium har været ved at gå konkurs. Dertil kommer at der kan være tvivl om hvor omfattende risikooverførelsen præcist er, og hvor meget det betyder.

Fører PFI til en reduktion i antal senge?

Den generelle udvikling i sygehussektoren har været et reduceret antal senge pga. øget brug af ambulans behandling, færre sengedage per indlæggelse og øget belægningsprocent på senge, jfr. også udviklingen i Danmark. I litteraturen hersker der uenighed om, hvorvidt finansieringsmodellen har haft indflydelse på kapaciteten i de nye sygehuse anlagt under PFI. Opsummerende kan det noteres, at der sker en reduktion i antallet af sengepladser ved bygningen af nye sygehuse i forhold til den tidligere kapacitet, men der er vidt forskellige fortolkninger af, hvorvidt dette er et bevidst valg eller er en konsekvens af de finansielle rammer under PFI. Meget taler for at det er et forhold, som er uafhængig af PFI som sådan.

Kontrakter og transaktionsomkostninger

I tilknytning til erfaringerne med PFI bemærkes at PFI fik en relativ langsom start, hvilket dels skyldes de manglende erfaringer med PFI processen, den relativt tunge proces med PFI ansøgning (Tiffin & Hall 1998) samt den manglende interesse fra private investorer (Smith

1999a). En væsentlig del af regeringens indsats for at øge hastigheden og reducere omkostningerne har været fokuseret på en standardisering af processen (Sussex 2002).

En vigtig del af processen er kontraktforhandlingen og implementeringsfasen. Undersøgelser viser, at tidlig inddragelse af interessenter i forhandlingsprocessen muligvis giver anledning til øget tidsforbrug, men at denne omkostning vindes ind i den senere implementeringsfase (Fischbacher & Beaumont 2003). Den nødvendige accept og udfordringen i den praktiske implementering af projektet er betydelig lettere gennemførlig, hvor forarbejdet er gjort grundigt i form af forhandling og tidlig inddragelse af projektets interessenter (National Audit Office 2002).

I forbindelse med den private investors tilbudsgivning er der knyttet transaktionsomkostninger i form af tid og ressourcer anvendt i udarbejdelsen af tilbudsmaterialet. Den private part skal dels sætte sig ind i udbudsmaterialet, lave de nødvendige beregninger og kalkulationer over hvorvidt et tilbud vil være rentabelt og under hvilke forudsætninger og på hvilke betingelser et eventuelt tilbud vil kunne gives.

Det kan konkluderes, at der er væsentlige transaktionsomkostninger forbundet med organisering ved PFI, og at disse transaktionsomkostninger kan være en barriere for udbud af mindre anlægsinvesteringer ved PFI. Der regnes med at op mod 3 % af projektets sum går til transaktionsomkostninger. I hvilket omfang der sammenlignet med traditionel offentlig organisering er tale om en meromkostning, eller om at skjulte interne transaktionsomkostninger hos offentlige myndigheder kommer frem i forbindelse med PFI kan ikke afgøres entydigt, men flere analyser peger på at transaktionsomkostninger med PFI er større.

Kan PFI bruges i Danmark?

I Danmark er det første offentlig-private partnerskabsprojekt endnu ikke gennemført, og erfaringerne er derfor begrænsede. Erfaringerne vil vokse i de kommende år dels i takt med iværksatte pilotprojekter og derudover som følge af forventningen om, at offentlig-privat partnerskaber (OPP) vil udgøre en væsentlig andel af fremtidige større offentlige projekter.

Samlet set er der ikke noget der taler mod brug af PFI/OPP i Danmark. Det centrale bliver næppe spørgsmålet om økonomiske nettofordele, men de nye perspektiver OPP kan give på opbygningen af den offentlige sektor. Hvis ønsket om et brud med den integrerede model for den offentlige sektor, mere innovation og bedre ledelse spiller en betydelig rolle og der er politisk vilje, kan PFI/OPP være en fremtidens mulighed.

1. Baggrund og formål

I de sidste 15-20 år er der sket betydelige ændringer i samarbejdet mellem den private og offentlige sektor; 'partnerskab', 'udlicitering' og 'offentlig-privat samarbejde' er blot nogle af de få begreber, der har været brugt.

En stor del af inspirationen til forskellige nye samarbejdsmodeller er kommet fra England. 'The Private Financing Initiative', PFI, som er hovedemnet for dette notat, er et godt eksempel her på.

PFI blev indført i England i 1992 under den konservative regering og blev videreført under New Labour regeringen under betegnelsen public-private-partnership (PPP) men med stort set uændret indhold (Smith 1999a). Blair-regeringen har gjort meget for at føre tankerne bag PFI ud i livet, og ordningen spiller i dag en betydelig rolle ved flere store infrastrukturprojekter. Siden sidst i halvfemserne har PFI/PPP været den dominerende finansieringsform i nye kapitalinvesteringsprojekter i det britiske sundhedsvæsen (NHS) (Sussex 2002). PFI udgør generelt 10-15 % af de samlede offentlige anlægsinvesteringer i England (Allen 2001; HM Treasury 2003), og PFI udgør op mod 85 % af de fremtidige planlagte anlægsinvesteringerne i sundhedssektoren (Centre for Public Services 2003)¹. Andelen har været stigende siden sidst i halvfemserne. Samlet set har PFI dog ikke øget de offentlige investeringer (Hall 1998).

I de første år var sundhedsvæsenet ikke omfattet på grund af nogle juridiske forhold, men en lov fra 1997 ændrede dette. Anlægsinvesteringer i sundhedssektoren udgør den næststørste post blandt de samlede PFI-baserede offentlige investeringer. Transportområdet er størst. (Allen 2001). Sundhedsministeriet har signaleret, at de forventer, at langt de fleste af 42 planlagte hospitalsudbygninger i perioden 2002-2008 bliver gennemført ved PFI (Gao & Handley-Schachler 2004). Indtil 2001 er der underskrevet kontrakt på 105 projekter indenfor sundhedssektoren til en samlet værdi af 2,5 mia. sterling pund i Storbritannien (Allen 2001). Jfr. appendiks 2 er der primo 2005 172 PFI-projekter på sundhedsområdet med budgetter fra få millioner til milliardklassen.

I dag findes der afarter af ideen i flere andre lande, bl.a. Canada (hvor det kendes som P3) (The Canadian Council for Public-Private Partnerships 2003) og Australien (Sharp, Leeanne & Tinsley 2004), men der er eksempler i det meste af verden, se (Dowdeswell & Heasman 2004). I appendiks 1 findes en række relevante kilder, incl. Skotland og Irland. I det efterfølgende bruges betegnelsen PFI, da det er den typiske betegnelse i den internationale litteratur, især på sundhedsområdet.

¹ (Spackman 2002) sporer udviklingen af PFI tilbage til 1979. (Greenaway m.fl. 2004a) ser på udviklingen af PFI inden for sundhedsområdet ud fra et politologisk perspektiv.

Der har været en hidsig debat omkring relevansen og nytten af PFI på sundhedsområdet. En leder fra 1999 i the British Medical Journal oversatte således PFI ved Perfideous Financial Idiocy (Smith 1999b). I debatten er det imidlertid vigtigt at forsøge at skelne mellem en primært ideologisk drevet modstand og en primært faglig drevet argumentation. I sagens natur vil der være en del gråzoner ved at anlægge denne skelnen.

Formålet med notatet er at beskrive indholdet af PFI, samt redegøre for fordele og ulemper ved PFI sammenlignet med andre organiseringsformer, ligesom der også indgår en sammenfatning af erfaringerne med PFI. Da PFI primært er udviklet i Storbritannien, bliver der især brugt britisk teoretisk og empirisk litteratur om emnet. På denne baggrund trækkes der til sidst linjer til Danmark vedrørende relevans og muligheder her i landet med særlig vægt på sygehusvæsenet.

For at sikre en forsvarlig dokumentation af de forskellige dele af notatet er der et betydeligt antal litteraturhenvisninger. I appendiks 1 gives en oversigt over litteraturkilder og anvendt søgestrategi. Dette notat er ikke en systematisk litteraturgennemgang. Hovedvægten i notatet lægges på indholdet af PFI og erfaringerne hermed, men for at forstå erfaringerne er der behov for en introduktion til teori. Nogle af de meste teoretiske afsnit er dog placeret særskilt til sidst i rapporten.

Resten af rapporten er struktureret efter følgende opbygning: I de efterfølgende to afsnit etableres en ramme for forståelsen af offentlig-privat samarbejde. I afsnit 2 beskrives PFI samt varianter af offentlig-privat samarbejde, mens afsnit 3 beskriver begrundelserne for at indføre PFI i Storbritannien. I afsnit 4 præsenteres de forventede virkninger af organisering af anlægsinvesteringer via PFI. Disse forventede virkninger konfronteres med empiriske erfaringer i afsnit 5 med fokus på britiske erfaringer på sygehusområdet. I afsnit 6 diskuteres mulighederne for offentlig-privat partnerskab (OPP) i Danmark på sygehusområdet ud fra ovenstående forventede virkninger og empiriske erfaringer. Afsnit 7 opsummerer en række teoretiske diskussioner om hvorvidt, det offentlige kan låne billigere end det private.

2. Hvad er PFI?

Før en arbejdsdefinition på PFI defineres er det nødvendigt at indplacere problemstillingen i en større sammenhæng.

Den tilvante engelske og skandinaviske forestilling om offentlig serviceproduktion – især for velfærdsydelser – er,

- at ydelser til borgerne betales helt eller delvist over skatterne
- at det offentlige over skatterne, evt. via låntagning, afholder udgifterne til investeringer i bygninger, udstyr m.m.

- at det offentlige dernæst organiserer og betaler for den serviceproduktion, som bygningerne – eller mere generelt anlægsaktivet – bruges til.

Man taler om integreret offentlig produktion, fordi den offentlige part forestår alle led i denne kæde. I sagens natur findes der mange afvigelser fra denne stiliserede beskrivelse, men den er alligevel et nyttigt referencepunkt.

I de seneste år er den integrerede offentlige model i stigende grad blevet udfordret af andre organiseringsformer, hvor private aktører inddrages i forskellige former for offentlig-privat samarbejde (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2004b; Regeringen 2003; Regeringen 2004). Hvorfor, lyder typiske spørgsmål, kan en offentlig bestiller ikke lige så godt leje sig ind i bygninger, som en privat partner har designet, finansieret og opført, og hvor den private part som en del af lejeaftalen forestår den løbende vedligeholdelse af bygningerne? Andre går skridtet videre og spørger, hvorfor en privat part, inkl. velgørende eller selvejende institutioner, ikke lige så godt kan forestå produktionen og leveringen af disse ydelser?

Disse og lignende spørgsmål er ofte blevet omtalt som privatisering og har givet anledning til politiske markeringer. For analytiske formål, som er udgangspunktet her, er det imidlertid vigtigt at skelne mellem mål og midler.

Målet er ikke at flere opgaver overdrages til private eller organiseres som privat-offentligt samarbejde. Andre organiseringsformer opfattes udelukkende som et middel til løsningen af en række opgaver, hvor man af forskellige grunde, typisk omfordeling og sikring af adgang til ydelser uanset økonomisk status, har valgt at finansiere ydelserne (helt eller delvist) over skatterne. Spørgsmålet er dernæst, hvordan man tilvejebringer disse ydelser bedst muligt, hvor 'bedst' dækker over forhold som kvalitet, omkostninger, ledelse, leveringssikkerhed og sikring af, om politisk stillede ønsker imødekommes. Det er her, at spørgsmålet om privat-offentligt samarbejde melder sig helt uden at anfægte det overordnede spørgsmål om hel eller delvis finansiering af de ydelser, der stilles til rådighed for borgerne. Besvarelse af spørgsmålet om 'bedst' kan i sagens natur kun løses ved, at man sammenligner fx en privat-offentlig samarbejdsmodel med en hel eller delvist integreret offentlig model.

I det følgende forudsættes, at privat-offentligt samarbejde ikke drejer sig om eller sætter spørgsmålstejn ved den nuværende helt eller delvise offentlige finansiering af de ydelser, der stilles til rådighed for borgerne, dvs. at ydelser uændret bliver finansieret gennem skatter og ikke har indflydelse på borgernes eventuelle brugerbetaling på forbrugstidspunktet. I debatten har der været mange spekulationer om, at fx. en PFI-model var vejen til bl.a. øget brugerbetaling, og at dette var den reelle dagsorden. Det kan i sagens natur kun være spekulation, der sjældent kan baseres på teori eller erfaring. Derfor inddrages denne diskussion ikke i dette notat. Med andre ord fokuseres der alene på tilvejebringelse af anlægsaktiver, fx bygninger og veje, disses finansiering, vedligeholdelse og produktion af serviceydelser. Tabel 1 viser en systematisering af overvejelserne.

Det karakteristiske i tabel 1 er hovedopdelingen mellem spørgsmål relateret til anlægsaktivet, der er det generiske udtryk for fx bygninger eller veje, og den produktion som anlægsaktivet efterfølgende tænkes anvendt til. Tabellens anden dimension drejer sig om de forskellige organisatoriske modeller: fra den integrerede offentlige model til PFI-modellen.

Ved fuld offentlig organisering varetager det offentlige alle disse opgaver, og det offentlige ejer selv anlægsaktivet. En privat part kan inddrages i ethvert af anlægsfaserne. Ved licitation af byggeriet varetager en privat entreprenør byggeriet, mens de øvrige opgaver fastholdes som offentlig organisering. Ved organisering af aktiviteten i statslige aktieselskaber, kan private parter være involveret i finansieringen og vil i særdeleshed være involveret i byggeri, drift og vedligeholdelse af anlægsinvesteringer samt i den endelige produktion af serviceydelser. Fælles for offentlig-privat organiseringsformer er, at private parter er involveret i betydelig grad i en eller flere af de ovenstående faser, samt at den offentlige part i højere grad bliver køber af ydelser frem for bestyrer af produktionsapparat.

Udlicitering og udbud er de mest kendte former for inddragelse af private parter i dag, hvor private parter inddrages i velafgrænsede dele af anlægsbyggeriet eller driften af serviceproduktionen, og hvor det offentlige bliver køber af den endelige ydelse, men ikke længere står for driften af den pågældende ydelse.

Tabel 1: Tilvejebringelse af anlægsaktiver, drift og produktion

		Fuld offentlig	Licitation af anlægsarbejde	Offentligt aktieselskab	PFI (offentlig-privat samarbejde)
Anlægsaktivet	Finansiering	Offentlig	Offentlig	Offentlig/privat	Privat
	Opførelse	"	Privat	Privat	Privat
	Vedligeholdelse	"	Offentlig/privat	Offentlig/privat	Privat
	Ejerskab	"	Offentlig	Offentlig/privat	Privat
Produktion	Hel eller delvis drift af serviceleverance baseret på anlægsaktivet	"	Offentlig	Offentlig/privat	Offentlig/privat

En væsentlig forskel mellem at være i den integrerede søjle og de øvrige søjler er behovet for kontraktlige specifikationer af leverance-, resultat-, kvalitets- og betalingskrav. Kontraktarbejdet er ofte omfattende og besværligt, fordi der på forhånd skal tages stilling til mange eventualiteter, forhold som i den integrerede model håndteres løbende og således ikke kræver en eksplicit kontrakt. Der tales derfor meget om de mulige forskelle i transaktionsomkostninger mellem de forskellige modeller, dvs. omkostninger i forbindelse med kontraktforhandling, -indgåelse og kontrol. Der vendes tilbage til dette i et senere afsnit.

Et vigtigt forhold i diskussionen af graden af inddragelse af private parter er graden og karakteren af den politiske styring. I den integrerede model har politikerne potentielt indflydelse på alle dele af projekter i alle dets faser. Jo mere der afviges fra den fuldt integrerede model, jo mindre er politikerne direkte involveret i alle dele af anlægsinvesteringen og driften. I jo højere grad private parter overtager opgavevaretagelsen, i jo højere grad foregår den politiske indflydelse gennem formulering af kravspecifikationer og output- og outcomemåling af den endelige ydelse snarere end indflydelse på hvordan ydelserne produceres. Den politiske indflydelse skifter karakter fra inputstyring til out- og outcomestyring, og den politiske indflydelse fjernes fra involvering i den direkte drift og skifter fokus til den endelige ydelse og resultatet. Et succesfuldt offentlig-privat samarbejde kræver som hovedforudsætning, at den offentlige sektor er i stand til at formulere tilstrækkelig klare politiske målsætninger og kravspecifikationer til de ønskede ydelser, dvs. en klart formuleret kontrakt.

På denne baggrund kan PFI defineres som

”et privat-offentligt samarbejde, hvor en privat part tilvejebringer finansieringen af anlægsaktivet, står for den praktiske udførelse af anlægsarbejdet og efterfølgende står for den løbende vedligeholdelse af anlægsaktivet. Anlægsaktivet udlejes for en flerårig-periode – typisk 15-40 år – til en offentlig bestiller, der organiserer produktionen af serviceydelser til borgerne. Forud for igangsætning af arbejdet med anlægsaktivet indgås en kontraktlig aftale mellem et privat konsortium og en offentlig bestiller. I kontrakten specificeres en række krav, forpligtelser osv. omkring anlægsaktivet”

Der findes en række varianter af det privat-offentlige samarbejde (Grout 1997; Grout & Stevens 2003), som varierer på ansvarsfordelingen for hhv. finansieringen, anlægsbyggeriet, efterfølgende drift samt øvrige elementer med betydning for risikoprofilen for samarbejdet².

Der findes således definitioner, som også medtager serviceproduktion, men det er fundet hensigtsmæssigt at se bort fra denne del i notatet. På sygehusområdet har der således været eksempler, hvor den private part også producerer dele af de ikke kliniske ydelser (serviceydelser), fx rengøring, portørfunktionen og kantinedrift. I stedet for at bruge en altomfattende definition har vi vurderet, at det er bedre med en skarp afgrænsning, som så efterfølgende kan opløses, derfor inddrages produktion af serviceydelser kun sporadisk i notatet. Denne afgrænsning fremmer en klar diskussion af de forskellige forhold omkring PFI.

² Denne definition af PFI er meget lig den danske definition af OPP, som er følgende: ”Offentlig-Privat-Partnerskab (OPP) er et instrument til at løse en offentlig opgave i et samarbejde mellem det offentlige og private aktører. OPP kan ses som en form for udlicitering, der bl.a. er kendetegnet ved, at finansiering, design, etablering og drift sammentænkes i udbuddet af projektet, og at projektet igangsættes på baggrund af systematisk, økonomisk funderet deling af risici mellem den offentlige og private part. Dertil kommer, at en væsentlig del af investeringerne er private, og at der opereres med en løbende betaling for opgaven – ofte over en længere årrække, fx 30 år” (Regeringen 2004: 10).

Man skal dog være opmærksom på, at jo mere omfattende PFI er, fx incl. efterfølgende serviceleverancer, jo mere ændrer incitamenterne sig. Hvis en PFI-part fx ikke blot skal bygge og vedligeholde et sygehus men også bagefter forestå den samlede drift, vil der være større incitament til at udforme bygningen hensigtsmæssigt i forhold til arbejdsgange m.m. end hvis der alene var tale om bygning og vedligehold af bygningsmassen, hvor der primært bliver fokuseret på vedligeholdelseskonsekvenser. Samlet set afgør graden af 'bundling' og omfang af innovation – noget central i PFI.

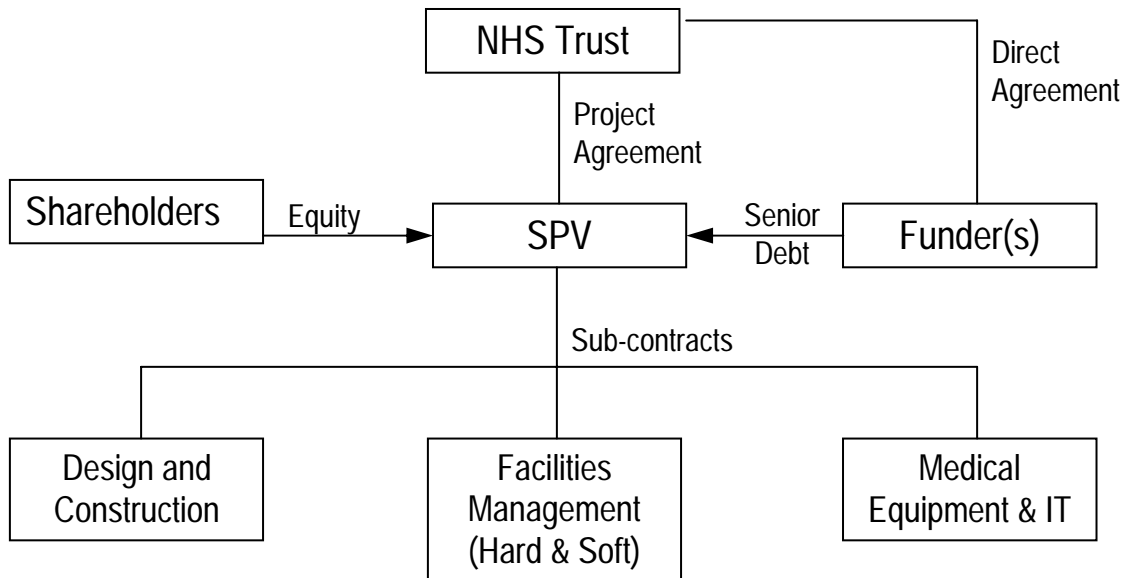
I nedenstående ramme ses en næsten enslydende definition, som benyttes i den skotske selvstyre-regering.

"PFI projects are usually long-term contracts for services that include the provision of associated facilities or properties. Under the contract, the private sector entity will have responsibility for designing and construction the building or facility and maintaining and servicing it throughout the contract term (Scottish Executive)

En lidt anden betegnelse for PFI er 'Design Build Finance Operate (DBFO)' som bl.a. bruges i rapporter fra den engelske 'rigsrevision' (National Audit Office 2003), hvor der typisk tænkes produktion af serviceopgaver med i kontrakten (dog ikke produktion af den kliniske kerneydelse såsom behandling og omsorg på sygehusene).

Den bagvedliggende organisering af en PFI-kontrakt kan variere. Figur 1 er et eksempel fra det engelske sygehusvæsen, hvor NHS Trust er den organisatoriske ramme for en flerhed af sygehuse i et geografisk område.

Figur 1: Mulig opbygning af PFI



Kilde: Præsentation fra Dexia, Public Finance Bank, som har forestået flere projekter i England

Selvom det er én privat part, der kontraktligt tegner PFI, kan der ofte bagved ses en opdeling i den egentlige finansiering (bank, obligationer osv.). SPV er forkortelsen for den part, der koordinerer den samlede finansiering: 'special purpose vehicle' – der dannes fra sag til sag og underkontrakter med entreprenører, efterfølgende 'byggningsbestyrer' samt (når der tale om hospitaler) eventuelt medicinsk udstyr, fx PET, MR, CT scannere, røntgenudstyr, laboratorieudstyr m.v.

I resten af rapporten sammenlignes PFI med traditionel offentlig organisering (også benævnt som en offentlig komparator). Ved traditionel offentlig organisering forstås offentlig finansiering, vedligeholdelse og ejerskab af anlægsaktivet og helt eller delvis drift af serviceleverancer. Udbud af opførelsen af anlægsprojektet, dvs. selve byggeriet af anlægsaktivet, som sædvanligvis udbydes til private entreprenører, betrages som værende en del af traditionel offentlig organisering.

3. Hvorfor PFI?

I britiske sammenhænge er der tre hovedbegrundelser for interessen for PFI:

- Privat kapitaltilvejebringelse frem for offentlig låntagning
 - Herunder at det via privat ejerskab af aktivet statistisk undgås, at der sker en vækst i den offentlige sektor
- Tro på, at en privat part med større effektivitet kan løse opgaven, inkl. bygningsvedligehold

- At en række risici flyttes fra den offentlige til den private part

Med stigende pres på de offentlige finanser, politisk fokus på størrelsen af den offentlige sektor, offentlig låntagning, krav om effektiviseringer af offentlige serviceydelser samt konkurrenceudsættelse vil fremtiden formodentlig byde på flere offentlig-private samarbejder.

Spørgsmålet er, hvornår inddragelse af private parter er (samfundsøkonomisk) gavnligt og i givet fald, hvilke dele af opgavevaretagelsen private parter med fordel kan overtage.

Forudsætningen for inddragelse af private parter bør være, at andre organiseringsformer end den traditionelle offentlige giver større produktivitet og/eller kvalitet. Offentlig-privat organisering opfattes her som et middel til en mere effektiv opgavevaretagelse snarere end et mål i sig selv, og kriteriet for inddragelse af private parter er en bedre og/eller billigere opgavevaretagelse end ved traditionel offentlig organisering. Dette formål er udmøntet i 'Value for Money' kriteriet under PFI, som det er formuleret i de britiske regler, hvor organisering via en privat part skal være billigere end offentlig organisering af et tilsvarende anlægsprojekt, se kriteriet og processen uddybet i (Allen 2001;Heald 1997;NHS Executive 1999;Smith 1999a).

Baggrunden for inddragelse af private parter i finansiering, etablering af produktionsapparat og/eller i involvering i driften er delvist en udløber af forskellige problemer med offentlige anlægsinvesteringer i form af budgetoverskridelse af anlægssummen i løbet af anlægsfasen og væsentlige forsinkelser af projekters færdiggørelse. Baggrunden for inddragelse af private aktører ved finansieringen af offentlige anlægsinvesteringer i England har derudover været en meget begrænset adgang til offentlige finansieringsmuligheder (Dawson 2001;Flemming & Mayer 1997), som har ført til (for) stærke begrænsninger på de offentlige investeringer med efterfølgende konsekvenser i form af et nedslidt og utilstrækkeligt produktionsapparat.

Den meget stærke begrænsning på de offentlige anlægsinvesteringer tidligere i Storbritannien gives som en af forklaringerne på at PFI har mødt relativt lille politisk modstand (Ruane 2000). Greenaway diskuterer dette emne særskilt for sundhedsvæsenet (Greenaway m.fl. 2004b). Et af argumenterne for indførelsen af PFI i Storbritannien har været, at der kan gennemføres flere offentlige anlægsinvesteringer uden at det belaster det offentlige låntagning. Størrelsen af den offentlige låneoptagelse kan have en makroøkonomisk relevans, og det kan derfor ses som fordelagtigt at flytte gældsbyrden fra det offentlige til det private. Holdbarheden af dette argument diskuteres i kapitel 7.

Et centralt spørgsmål bliver, om PFI samlet set tilvejebringer mere kapital til offentlige anlægsarbejder end hvis der havde været tale om almindelig offentlig finansiering. Et afgørende punkt her bliver, om regeringen slækker på de samlede rammer for lånoptagning/finansiering af anlægsarbejder, og om det i givet fald er hensigtsmæssigt at lade PFI-ordninger træde til i denne forbindelse.

I forlængelse af ovenstående argument begrundes inddragelsen af private aktører i finansieringen af offentlige anlægsinvesteringer ved ændringer i forudsætningerne for den offentlige sektor, såsom demografiske ændringer med afledte stigninger i befolkningens efterspørgsel, fx efter ældreboliger, ældrepleje og behandling i sundhedssektoren. Ændringer i efterspørgslen efter offentlige serviceydelser og dermed offentlige anlægsinvesteringer bruges som argument for, at det offentliges begrænsede kapital sættes yderligere under pres, og at dette pres kan aflastes ved inddragelse af privat finansiering af anlægsinvesteringer.

4. Forventede fordele og ulemper ved PFI

I forhold til den traditionelle offentlige gennemførelse af anlægsinvesteringer har organiseringen af anlægsinvesteringer via PFI både fordele og ulemper. Nedenstående afsnit sammenfatter de forventede virkninger af PFI med inddragelse af en række teoretiske argumenter. Et af stridspunkterne omkring PFI har været, om private låneomkostninger er højere end offentlig finansiering af tilsvarende projekter. Dette emne kræver en nærmere teoretisk diskussion, som er henlagt til et senere afsnit (afsnit 7.2) pga. dets tekniske karakter.

Det gælder generelt, at en række af såvel fordele som ulemper vil være 'spekulative'. På det teoretiske niveau skyldes det delvist, at der endnu ikke er fuldt udviklede teori-modeller (se dog afsnit 7 og fx (Bennett & Iossa 2004;Hart 2003;Jenkinson 2003)). På det empiriske niveau skyldes det, at den empiriske erfaring fortsat er ufuldstændig i den forstand, at ingen projekter har været gennem en hel livscykel, omend der er projekter med 5-10 år på bagen.

4.1 Synliggørelse og fordeling af risici

En af fordelene ved PFI er, at det synliggøres og forhandles, hvem der skal bære hvilke risici. I forhandlingen fastlægges, hvem der har ansvaret for hvilke dele i projektet. For at skabe tilstrækkeligt stærke incitamenter til at den private part optimere den samlede opgavevaretagelse optimalt, kræver det at den private part overtager betydelige risici fra det offentlige.

Risici er de uforudsete hændelser, der kan indtræde i forbindelse med finansiering, planlægning, design og konstruktion, byggeri, drift og vedligeholdelse af byggeri, drift af serviceopgaver, efterspørgsel efter ydelser eller kapacitet, teknologiske ændringer og ændringer i reguleringsmæssige forhold (Froud 2003;Heald 1997). De uforudsete hændelser kan være uforudsete forhindringer, som øger omkostningerne eller forsinker byggeriet, men de kan også vedrøre eksterne forhold, som hverken den private eller den offentlige part har nogen mulighed for at forudse såsom teknologiske ændringer. Endelig kan de uforudsete

hændelser være ændringer i de reguleringsmæssige forhold omkring anlægsinvesteringen, som den offentlige part helt eller delvis har kontrol over.

Kontrakten fastlægger hvem, der bærer hvilke risici ud fra betragtninger om, hvem der mest effektivt kan håndtere og bære forskellige risici. Eksempelvis er det efterhånden standard, at den private part overtager risikoen for forsinkelser af projektet, samt at den private part får en fast betaling for eksempelvis leje af bygningen og dermed selv bærer risikoen for overskridelser af budgettet for anlægsbyggeriet.

Kontrakten kan dog indeholde modifikationer hertil. Hvis forsinkelserne skyldes forhold, som det offentlige har taget ansvaret for, fx ændrede krav til bygninger eller ændringer i de reguleringsmæssige rammer, bærer det offentlige risikoen herfor.

Grundlæggende skal risici fordeles efter, hvem der har indflydelse på forekomsten af u hensigtsmæssige hændelser, samt hvem der bedst bærer risici. Den private part vil have en høj grad af indflydelse på u hensigtsmæssige hændelser i forbindelse med planlægning, design og konstruktion, byggeri, drift og vedligeholdelse af byggeri og drift af serviceopgaver, mens denne i langt mindre grad har indflydelse på efterspørgslen, teknologiske ændringer og stort set ingen indflydelse på de reguleringsmæssige forhold. Fordelingen af risici efter ovenstående princip må indebære, at den offentlige part bærer risici for ændringer i efterspørgsel, teknologi samt reguleringsmæssige ændringer, og dermed holder den private part skadefri i forhold til disse ændringer.

Evnen til at bære forskellige typer af risici bør indgå i overvejelserne om risikofordelingen, da en for høj grad af overdragelse af risici til den private part kan føre til at den private part på forskellig vis ikke kan leve op til forventningerne og kan potentielt føre til, at den private part går konkurs. Den private part er kun villig til at overtage risici mod kompensation, og risici kompenseres afhængig af deres betydning for den private part. Overdragelse af for meget eller for store risici kan medføre, at kompensationen til den private part for at bære risici bliver u hensigtsmæssig stor, og at den offentlige part bedre selv kunne have båret risikoen.

4.2 Bedre totalløsning af byggeri og vedligehold

Når den private part overtager ejerskabet af byggeriet, det samlede ansvar for levering af byggeri, drift og vedligeholdelse af byggeriet over en længere årrække, og samtidigt får en fast betaling for denne ydelse, så får den private part en tilskyndelse til at optimere ikke blot anlægsfasen, men hele forløbet fra design over anlæg til drift og den løbende vedligeholdelse (Heald 1997). Dette adskiller sig fra traditionel offentlig organisering, hvor en privat entreprenør vinder licitationen på opførelse af byggeriet, men ikke har ansvaret for den efterfølgende vedligeholdelse af byggeriet.

Den private part får således incitament til at undgå dårlige løsninger i eksempelvis anlægsfasen med negative konsekvenser for den efterfølgende vedligeholdelse i kraft af at ansvaret for den samlede opgavevaretagelse ikke er fordelt mellem flere parter, men alene påhviler den private part.

Det er af central betydning, at den private part, typisk et konsortium, ikke blot er entreprenør på byggeriet eller vinder et udbud om vedligeholdelse af byggeriet. Den private part får de tilstrækkelige incitamenter til at optimere den samlede løsning til konstruktion og vedligeholdelse, når den private part selv ejer aktivet og samtidigt står for vedligehold. Når den private part ejer aktivet, er de residuale rettigheder hos den private, dvs. den private part får retten til et eventuelt overskud af aktivet. Der kan kun skabes et overskud, hvis den samlede opgavevaretagelse holdes inden for den betaling, som den offentlige part har forpligtet sig til at betale.

Da den private part typisk ejer aktivet i 15-40 år frem i tiden vil en dårlig konstruktion af aktivet være til fremtidig ulempe i form af ekstra vedligeholdelse, og den private part har kun sig selv at bebrejde, hvis udgifterne hertil stiger. En privat part, som alene står for byggeriet har minimalt incitament til at sørge for at vedligeholdelsesomkostningerne om 10 år ikke løber løbsk. En kontrakt der alene omfatter byggeriet og skal sikre den offentlige part mod fremtidige høje vedligeholdelsesudgifter vil være utrolig krævende og måske endda uopnåelig. Tilsvarende vil en kontrakt på privat overtagelse af vedligeholdelse af et offentligt ejet aktiv også støde ind i vanskeligheder, da den private kan påstå (måske med rette), at aktivet er i så ringe stand, at den private skal betales ekstra for vedligeholdelse. Begge disse eksempler viser de kontraktmæssige fordele ved at samle ejerskabet af byggeriet, ansvaret for byggeriet og ansvaret for efterfølgende vedligehold.

4.3 Innovative løsninger

Incitamenterne i PFI til at optimere den samlede løsning er også blevet brugt som et argument for, at den private part har klare økonomiske incitamenter til at agere mere innovativt i jagten på de bedste og billigste løsninger. Hvorvidt dette er tilfældet afhænger dog af, hvordan kontrakten tager højde for kvaliteten af ydelsen, samt af den private parts incitamenter til at finde hhv. innovative løsninger, som sænker omkostningerne og løsninger som forbedrer (bygnings- og vedligeholdelses)kvaliteten, fx nye hospitalstyper, hospitalsdesign, mere funktionelt byggeri m.m.

Den private part har incitament til at finde innovative løsninger, som sænker omkostningerne til byggeri og vedligehold, da dette vil øge den private parts afkast af projektet. Dette sunde økonomiske princip for profitmaksimerende virksomheder giver en tilskyndelse til omkostningsminimering.

Det er derimod mere usikkert, hvorvidt den private part har incitament til innovation, som øger kvaliteten i bred forstand³. Her spiller det utvivlsomt en rolle, om PFI også omfatter hele eller dele af driften, idet et bygningsdesign som fremmer mere rationelle arbejdsgange vil være en fordel ved denne udgave af PFI. Forudsætningen for at den private part har incitament til kvalitetsforbedringer er, at der er specificeret muligheder for betaling for løbende kvalitetsforbedringer i kontrakten eller alternativt, at der er mulighed for genforhandling af kontrakten⁴. Det kan dog heller ikke udelukkes, at kvalitetsforbedringer giver umiddelbare rationaliseringsgevinster og således tilfalder driftsherren og ikke nødvendigvis medfører øgede omkostninger.

En række af kontraktproblemerne ved udbud af enkeltdele af opgavevaretagelsen, som skitseret ovenfor, bliver mindsket ved PFI, da det offentlige med PFI tegner en kontrakt med en privat part om levering af en nærmere specificeret ydelse. Den offentlige part har kontrakt på leveringen af ydelsen og de krav der stilles til ydelsen - snarere end på hvordan den pågældende ydelse produceres. Et udbud af den samlede opgaveløsning samt privat overtagelse af anlægsaktivet, løser en række af de kontraktproblemer, der knytter sig hertil, alternativt at udbyde enkeltdele af opgavevaretagelsen til private parter. En central forudsætning for at det bliver en fordel er, at den offentlige part kan lave en præcis specificering af kravene til den ønskede ydelse.

4.4 Levering af byggeri til tiden

En anden fordel ved PFI er, at den private part har tilskyndelse til at levere det færdige byggeri til tiden, da den første rate typisk erlægges i forbindelse med, at det færdige byggeri tages i brug. Risikoen for forsinkelser og de afledte omkostninger heraf hviler i høj grad på den private part, og overtagelsen af den risiko giver en tilskyndelse til effektiv planlægning og byggeri.

Dette adskiller sig dog formodentlig ikke markant fra traditionel offentlig organisering, hvor opførelsen af byggeriet er liciteret til en privat entreprenør, og hvor det også må

³ "Responsibility for cost over-runs is a major source of conflict in large projects. In addition, monitoring can be difficult, so there are incentives for the builder to cut quality where the consequences are not immediately obvious. The result is that build contracts need to include service specifications to ensure that they have been properly conducted. The argument for the PFI route is that many of these problems disappear if the contract is written over the flow of services rather than the build process. If the same entity builds and sells the services but is only remunerated for successful supply of services, then there are no incentives to reduce quality even if the consequences do not appear for many years." (Grout 1997: 63).

⁴ I Harts teoretiske ejendomsrettighedsmodel (Hart m.fl. 1997) vises, at incitamentet til omkostningsminimering er indbygget i den private part overtagelse af ejerskab af anlægsaktivet, mens forudsætningen for incitamentet til at foretage kvalitetsforbedringer er langt svagere. Derfor vil der generelt være en ubalance mellem den private parts incitament til at omkostningsminimere og incitamentet til øge kvaliteten, hvilket også er vist i principal-agent modeller (Holmstrom 1989; Holmstrom & Milgrom 1991; Laffont & Tirole 1993). Med principlen menes i dette tilfælde den offentlige bestiller af et byggeri, mens agenten er den private part, som står for opførelsen, vedligehold og drift af byggeriet.

formodes at entreprenøren får størstedelen af betalingen ved færdiggørelsen af anlægsprojektet.

4.5 Øgede transaktionsomkostninger

En af ulemperne ved PFI er transaktionsomkostningerne ved kontraktforholdet mellem den private og den offentlige part. Transaktionsomkostninger vil sige omkostninger til forhandling af kontrakten, kontraktskrivning samt omkostninger til kontrol af kontraktoverholdelsen og eventuelle omkostninger ved håndhævelse af manglende opfyldelse af kontrakten (Williamson 1985).

I PFI modellen flyttes fokus som nævnt fra inputkrav til output og outcome. Kravet til anlægsinvesteringerne skal i højere grad specificeres eksplicit i en kontrakt end ved traditionel offentlig organisering. Kontrakten for anlægsinvesteringen og efterfølgende vedligehold kræver en detaljeret specificering, som skal afstemme den offentlige parts forventninger og krav med det, som den private part er forpligtiget til at levere. Kontrakten er så at sige til for at afstemme de to aktørers gensidige forventninger og målsætninger.

Det kan forventes at lave transaktionsomkostninger til forhandlings- og kontraktindgåelse kan føre til højere transaktionsomkostninger til kontrol- og håndhævelse (Crosson 2000; Tirole 1999; Williamson 2000), fordi den oprindelige kontrakt var for dårligt specificeret. I forbindelse med PFI er det væsentligt at bemærke, at for dårligt specificerede kontrakter og utilstrækkelig afklaring af kontraktforholdet medfører en risiko for, at der bliver større besvær med kontrol og håndhævelse, og dermed øges transaktionsomkostningerne.

For både den offentlige og den private part er det væsentligt at minimere de samlede transaktionsomkostninger, og der skal derfor være en passende balance mellem de ressourcer, der bruges på kontraktforhandling og -indgåelse i forhold til forventede transaktionsomkostninger til kontrol og håndhævelse.

Balancen mellem transaktionsomkostninger før og efter kontraktindgåelsen giver gode argumenter for, hvorfor kontraktforhandlingen ofte bliver langstrakt og kompleks, hvilket ellers kan være et kritikpunkt for PFI organisering – men den lange og komplekse kontraktforhandling kan vise sig at være den bedste løsning på lang sigt, da det minimerer de samlede transaktionsomkostninger.

Da de typiske PFI projekter tegnes for en lang årrække er kontraktspecificationen meget væsentlig, hvor der både lægges vægt på en præcis specification af de ønskede krav og forventninger, men samtidigt også er åben for en vis form for fleksibilitet og mulighed for fremtidige ændringer.

De potentielt betydelige transaktionsomkostninger ved indgåelse af et offentlig-privat samarbejde, eksempelvis ved PFI organisering, danner baggrund for, at det normalt anbefales at anlægsprojekter skal have en vis størrelse før organisering af offentlige anlægsinvesteringer i et offentlig-privat samarbejde er relevant (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2004: 10; HM Treasury).

Når transaktionsomkostningerne forbundet med et privat-offentligt samarbejde vurderes, er det vigtigt ikke at ignorere omkostningerne, der knytter sig til den alternative offentlige organisering af investeringsprojektet. Ved traditionel offentlig organisering tegnes der eksempelvis også en kontrakt med den private entreprenør, som opfører et byggeri. Vurderingen af transaktionsomkostningerne bør være en komparativ analyse af transaktionsomkostningerne i forskellige organiseringsformer (Williamson 1991).

Problemet i forbindelse med den komparative analyse er, at en række af disse omkostninger ikke er synlige ved den traditionelle offentlige organisering, men er som hovedregel en del af de almindelige administrationsomkostninger. En offentlig organisering af et investeringsprojekt omfatter ikke de tilsvarende omkostninger forbundet med de rent kontraktuelle forhold i det privat-offentlige samarbejde, men knytter sig eksempelvis til ensretningen af målsætningerne mellem de involverede parter indenfor det offentlige regi, koordinering mellem forskellige parter, resolvering af konflikter undervejs og efterfølgende osv. At opgavevaretagelsen er offentligt organiseret er ikke ensbetydende med at forskellige myndigheders målsætninger er afstemt og at konflikter mellem forskellige offentlige myndigheder ikke forekommer. Disse omkostninger kan også benævnes "agency costs" – dvs. omkostningerne til afstemning af målsætninger - og kan have et ikke ubetydeligt omfang.

4.6 Flexibilitet

Flexibiliteten knytter sig til de muligheder, der eksisterer for parterne, til løbende at foretage ændringer og justeringer af den oprindelige plan.

Når et investeringsprojekt vælges gennemført ved PFI, aftales det konkrete indhold og resultat af aftalen i en kontrakt, hvor krav og forventninger til både den offentlige og den private part er nøje beskrevet. Flexibiliteten kan derfor alene udspille sig indenfor de rammer kontraktindholdet giver mulighed for. Giver kontraktens rammer ikke mulighed for at tilføje de ønskede ændringer, skal parterne genforhandle kontrakten. Flexibiliteten kommer i genforhandlingssituationen til udtryk i, hvorvidt parterne kan enes om en ny og ændret kontrakt.

En potentiel ulempe ved PFI er, at den offentlige parts fleksibilitet potentielt reduceres ved overdragelse af opgaveløsningen til en privat part (Dawson 2001; Froud 2003; Grout 1997). Med traditionel offentlig organisering ejer det offentlige anlægsaktiver og kan derfor ændre

bygninger, kapacitet og kapacitetsudnyttelse, kvalitet, aktivitetens omfang etc., mens der med PFI organisering kan være bindinger på den offentlige parts frihed til omkostningfrit at stoppe, omlægge eller øge aktiviteten. Flexibiliteten mht. den fysiske kapacitet og alternative anvendelse af overskudskapacitet af eksempelvis et uudnyttet sengeafsnit kan være reduceret i kraft af kontrakten mellem den offentlige og private part.

Har et sygehus tidligere behandlet relativt mange udenamtspatienter fra eksempelvis naboamtet men oplever et fald i denne efterspørgsel, fordi naboamtet har opbygget egen kapacitet på området, kan en konsekvens være uudnyttet overskudskapacitet. Denne overskudskapacitet kunne alternativt indrettes til andre formål, lejes ud til privat praktiserende sundhedsfaglige aktører eller helt lukkes ned. Er overskudskapaciteten eksempelvis i form af senge, og specificerer kontrakten at den private part afregnes i forhold til antallet af senge (hvilket mere er en teoretisk end en reel mulighed), vil flexibiliteten i forhold til at nedlægge den overskydende sengekapacitet være begrænset. En måde at indarbejde øget flexibilitet i kontrakten kunne i forhold til det konkrete eksempel være at knytte betalingen til antallet af kvadratmeter – på den måde opnår den offentlige part større flexibilitet i forhold til alternative anvendelsesmuligheder af eksempelvis uudnyttet bygningskapacitet. Det afgørende for spørgsmålet om flexibilitet bliver således udformningen af kontrakten.

Det offentlige vil typisk være bundet i kontraktperioden til betaling for en bestemt aktivitet eller kapacitet, som kan vise sig ikke at svare til den fremtidige efterspørgsel. Et eksempel fra sygehusområdet kunne være, at der sker en større omlægning fra indlæggelser til ambulans behandling, som mindsker behovet for indlæggelser og dermed sengekapacitet. En (uhensigtsmæssig) PFI kontrakt med forpligtigelser om betaling for et bestemt antal sengepladser kan virke som en hæmsko for den fortsatte omlægning fra indlæggelser til ambulans behandling, hvis ikke den tilstrækkelige flexibilitet er indbygget i kontrakten (Froud 2003).

Det er på den anden side væsentligt at huske på, at omlægninger med traditionel offentlig organisering heller ikke er gratis. Der kan være væsentlige omkostninger ved lukning af sygehuse, omlægning af sygehuse eller ændringer på bygninger. Pointen er dog her, at den lange kontraktperiode evt. kan pålægge den offentlige part yderligere begrænsninger, som gør det yderligere omkostningskrævende under PFI i forhold til traditionel offentlig organisering at fortage ændringer (Dawson 2001; Grout & Stevens 2003).

Derudover kan der være manglende flexibilitet mellem enheder organiseret ved PFI i tilknytning til fuldt offentlige organiserede enheder – eksempelvis sygehuse, hvor kun dele af sygehuset er organiseret som PFI⁵. Der kan være tale om manglede flexibilitet mellem

⁵ "Although change is not necessarily costless under a system of public sector provision, where managers have control over the assets and the service provision there is considerably more flexibility to make changes and redeploy staff between tasks either temporarily or on a long term basis, within or between units." (Froud 2003: 580)

overflytning af personale, udnyttelse af kapacitet etc. mellem PFI enheder og traditionelt offentligt organiserede enheder, som øger omkostningerne ved PFI organisering. I dette eksempel skal dog bemærkes, at der er tale om en bredere afgrænsning af PFI end den definition, der blev givet indledningsvis, idet eksempelet forudsætter, at PFI-aftalen også omfatter hel eller delvis drift af sygehuset.

Den manglende fleksibilitet afhænger som nævnt dog i høj grad af kontrakten, men der vil ofte være en afvejning mellem fleksibiliteten i kontrakten og transaktionsomkostningerne. Større fleksibilitet må nødvendigvis medføre, at rammerne for kontrakten skal udvides, dvs. at spillerummet, der åbner op for en større fleksibilitet parterne imellem, skal udvides.

Skal den private parts spillerum udvides, vil den offentlige part naturligt ønske indflydelse på, hvilket område af kontrakten fleksibiliteten må udspille sig indenfor og det præcise omfang. Transaktionsomkostningerne forbundet med at indbygge mere fleksibilitet i kontrakten vil delvist afhænge af, hvorvidt parterne kan nå til enighed om form og omfang af denne fleksibilitet. Indbygges en øget fleksibilitet i kontrakten vil parterne sandsynligvis kontrollere at modparten ikke udnytter dette til egen fordel, og som konsekvens heraf kan det øge transaktionsomkostningerne.

En konsekvens af en højere grad af indbygget fleksibilitet i kontrakten og i det indbyrdes kontraktforhold er øgede omkostninger i kontraktindgåelsen og i en genforhandlingssituation. Øges fleksibiliteten forventes større transaktionsomkostninger til kontraktforhandling og -indgåelse samt kontrol.

4.7 Højere private låneomkostninger

Et væsentligt diskussionspunkt har været om at de private konsortier har større omkostninger til finansiering end offentlige låneomkostninger til tilsvarende byggeri. Generelt kan det offentlige ud fra en kasseøkonomisk betragtning fremskaffe finansiering til investeringer billigere end hvad det private kan finansiere tilsvarende investeringer (Froud 2003; Grout 1997; Grout 2003; Heald 1997), selvom det kan diskuteres om den offentlige lånerente bør risikostyres (Brealey m.fl. 1997; Grout 1997; Jenkinson 2003; Klein 1997). Et argument er, at det offentlige har større mulighed for risikopooling samt kan stille en større sikkerhed til kreditorerne. Kreditorerne for offentlige lån bærer stort set ingen risiko, og derfor kan det offentlige låne til en såkaldt 'risikofri' rentesats (Klein 1997). Derimod indebærer privat låneoptagelse en risiko for kreditorerne og dermed højere låneomkostninger. Der er flere tilføjelser til disse argumenter senere i afsnit 7.

5. Erfaringer med PFI

Nedenstående dækker nogle af de væsentligste erfaringer med PFI fra Storbritannien. Afsnittene dækker over de væsentligste emner for erfaringerne med PFI, men er ikke en udtømmende liste over emner.

Som udgangspunkt skal erindres, at der kun foreligger fragmenterede empiriske erfaringer, omend der dog er opsamlet erfaringer fra mange projekter, men uden at de har gennemløbet hele deres livscyklus. En af de centrale og omdebatterede rapporter er udarbejdet af konsulentfirmaet Arthur Andersen og London School of Economics (Arthur Andersen & Enterprise LSE 2000). Hovedkonklusionen i denne rapport er, at der er besparelser ved PFI. Rapporterne fra National Audit Office indeholder også en række erfaringer, bl.a. (NAO 2002, 2003, 2005). Gennemgangen nedenfor fokuserer især på sundhedsområdet.

5.1 Er omkostningerne større eller mindre ved PFI?

Et vigtigt element i vurderingen af PFI er hvorvidt de samlede omkostninger ved PFI er større eller mindre end omkostningerne ved traditionel offentlig organisering. Hovedparten af litteraturen forholder sig kritisk til hvorvidt PFI er en billigere løsning end offentlig organisering. Antallet af kritiske artikler i British Medical Journal (BMJ) - et af de førende tidsskrifter i sundhedssektoren i Storbritannien - viser med al tydelighed debattens omfang (Blaiklock 2003; Dawson & Maynard 1996; Gaffney m.fl. 1999a; Gaffney m.fl. 1999b; Gaffney m.fl. 1999c; Limb 2005; Pollock m.fl. 2002; Pollock m.fl. 1997; Pollock m.fl. 1999; Pollock m.fl. 2001; Singh 2003; Smith 1999b).

Et hyppigt argument i litteraturen er, at PFI fører til højere kapitalomkostninger, end tilsvarende offentlig låntagning men at kombinationen af design, opførelse og drift/vedligeholdelse i én langtidskontrakt medfører nettobesparelser (Froud 2003; Heald 1997; Sussex 2002). Dette argument er dog blevet kritiseret, og har vist sig vanskeligt at validere, da dette ville kræve indsigt i den private parts regnskaber for at kunne sondre mellem omkostningerne til finansiering – dvs. låneomkostninger – og omkostninger ved bygningsvedligehold (Dawson 2001).

Nedenfor redegøres for en række af de empiriske resultater vedrørende omkostningerne ved organisering af hospitalsbyggeri som PFI i sammenligning med traditionel offentlig organisering, og der foretages en kritisk vurdering af resultaternes holdbarhed.

Gennemgangen af resultaterne fokuserer på omkostninger til planlægning, byggeri og vedligeholdelse, jfr. definitionen af PFI. Disse omkostninger forekommer ved offentlig organisering som omkostningerne ved offentlig låntagning samt de årlige driftsomkostninger til vedligehold. Det offentliges udgift under PFI er den årlige betaling

til et privat konsortium, dvs. betaling for leje og vedligeholdelse af anlægsaktivet i kontraktperioden. Afklaring af den omkostningsmæssige forskel sker ved sammenligning af forskellen mellem de to typer af betalingsstrømme, som bl.a. adskiller sig i deres tidsmæssige profil. Ved gennemgangen inddrages omkostninger til eventuelt overtagelse af drift af serviceopgaver ikke i beregningen, da det yderligere vil komplicere sammenligningerne. Derudover kan produktionen af serviceproduktion betragtes som et selvstændigt element i PFI, som svarer til udlicitering af serviceopgaver, og det er ikke givet at det private konsortium, der varetager byggeriet og vedligehold skal overtage produktionen af serviceopgaverne.

En måde at opgøre omkostningerne ved PFI har været at sammenligne de opstillede budgetter for sygehusbyggeriet i to faser af beslutningen om hospitalsbyggeriet i den engelske PFI ordning, se beskrivelse i (Gaffney & Pollock 1999) og i langt højere detaljeringsgrad i (Smith 1999a). I den første fase, kaldet Outline Business Case (OBC), sendes ansøgning til sundhedsministeriet, som skal beslutte hvorvidt anlægsinvesteringer skal gennemføres ud fra ansøgningens systematiske opstilling af gevinster og omkostninger ved anlægsinvesteringen. Finansieringsomkostningerne bedømmes i denne fase med udgangspunkt i estimerede omkostninger ved offentlig lånefinansiering.

Hvis anlægsinvesteringen får positiv tilsagn i den første fase (OBC), så er næste skridt at overveje, om anlægsinvesteringen skal organiseres som PFI. I denne afsluttende fase sammenlignes omkostningerne ved traditionel offentlig finansiering med omkostningerne ved privat finansiering – denne fase kaldes Full Business Case (FBC).

I Gaffney & Pollock (1999) sammenlignes omkostningsestimaterne for byggeriet (og kun selve byggeriet) fra de to faser (OBC & FBC) på de første 14 sygehusprojekter besluttet til gennemførelse med PFI (Gaffney & Pollock 1999). De indsamlede data til dette studie stammer fra offentligt tilgængelige kilder. Resultaterne viser, at omkostningsestimaterne i OBC fasen i alle tilfælde er mindre end de tilsvarende omkostninger med PFI i FBC fasen. I nogle tilfælde er omkostningerne til byggeri under PFI meget større end ved offentlig organisering, og i et enkelt tilfælde er PFI omkostningerne til byggeri 229 % større end omkostningsestimatet under traditionel offentlig organisering i OBC fasen. Sammenligningerne af omkostningen i de to faser viser meget store differencer, uden at der gives nogen nærmere forklaring af differencerne af forfatterne. Det er derfor uklart hvilke konklusioner, der præcist kan udledes af dette studie. Differencerne hævdes at være forskelle i kapitalomkostninger ved PFI, men omkostningsforøgelserne er nok snarere en kombination af øgede kapitalomkostninger ved PFI samt af ændringer og forøgelser af byggeriet fra den indledende ansøgning (OBC) til den endelig forhandling mellem den offentlige part og det private konsortium i FBC fasen.

En helt anden begrundelse for forskellen mellem OBC og FBC fasen, som dog ikke fremhæves af forfatterne, kan også være at projekterne bevidst er underprojekteret i OBC fasen for at øge chancen for at de bliver godkendt, mens projekterne antager det oprindeligt

tænkte og det mere realistiske format i den endelig FDC fase. En sådan argumentation følger de resultater Bent Flybjerg er fremkommet med i hans gennemgang af store anlægsprojekter (Flyvbjerg m.fl. 2005; Flyvbjerg m.fl. 2002; Flyvbjerg m.fl. 2004; Flyvbjerg 2005).

I Price et al.'s (1999) rapport vises i et konkret projekt, at omkostningerne til bygningen af et sygehus er steget kraftigt i løbet af forhandlingsprocessen fra den indledende godkendelse af sygehusbyggeriet til den endelige kontrakt med et privat konsortium (Price m.fl. 1999). I det konkrete sygehusbyggeri steg byggeomkostningerne fra 41,2 mio. til 67 mio. sterling pund. Forøgelser skyldes forslåede ændringer i sygehusbyggeriet, som forfatterne til rapporten også medgiver, giver en række fordele. Forfatterne mener dog, at stigningen også i høj grad afspejler, at det private konsortium har en interesse i at udvide byggeriet i forhandlingsprocessen (FBC fasen), da større projekter er mere rentable og giver større mulighed for at dække omkostningerne til at afgive bud på projektet. I rapporten beskrives også, hvordan den årlige betaling til det private konsortium svarer til en årlig forrentning af kapitalen på 9 %. Dette er dyrere, end hvis et byggeri af tilsvarende omfang blev finansieret med offentlige midler, hvor de britiske regler siger, at sygehuset skulle have betalt forrentning og afskrivning på 7%. Da omkostningerne til vedligehold og drift af bygning ikke er blevet mindre med det private konsortium, så viser erfaringerne fra dette projekt, at de samlede omkostninger til byggeri og efterfølgende vedligehold ikke er blevet mindre under PFI i forhold til offentlig organisering af et tilsvarende byggeri. Det konkrete projekt bekræfter den generelle frygt i litteraturen om, at kapitalomkostningerne stiger, og at disse omkostninger kompenseres ikke af fald i omkostninger til byggeri, vedligehold og drift af bygning (Dawson 2001; Froud 2003; Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a; Gaffney & Pollock 1999; Grout 1997; Grout & Stevens 2003).

5.1.1. Offentlig komparator, risikojustering og nutidsværdi

Den offentlige komparator angiver den risikojusterede omkostning af at løse opgaven på traditionel vis i offentlig regi og skal afspejle de samlede omkostninger forbundet med den potentielle investering.

De primære omkostninger, der indgår i den offentlige komparator er kapitalomkostningerne og investeringens forventede vedligeholdelsesomkostninger over investeringens levetid. Ud over disse direkte omkostningsbegreber foretages der en kvantificering af de væsentlige risici som vurderes at være forbundet med investeringen. Denne kvantificering udtrykker risikoens omfang opgjort i en monetær størrelse, og indgår på omkostningssiden i den offentlige komparator (NHS Executive 1999). Kvantificeringen af risiko er et væsentligt element i den offentlige komparator, og har som det fremgår nedenfor, en væsentlig indflydelse på nutidsværdien af omkostningerne.

Den offentlige komparator anvendes på de forskellige trin i processen, og tjener på hvert trin forskellige formål. På første trin anvendes den til at vurdere hensigtsmæssigheden af at gennemføre den planlagte investering. På næste trin, hvor beslutningen om at gennemføre investeringen er foretaget, og sammenligningen af de indkomne tilbud skal vurderes, anvendes den offentlige komparator som benchmark. Det er nutidsværdien af den offentlige komparator, der tjener som benchmark i sammenligningen af afgivne tilbud.

Matematisk er nutidsværdimetoden en simpel diskontering af periodens omkostninger til samme tidspunkt:

$$NPV = \sum_{t=0}^N \frac{C_t}{(1+r)^t} \quad (5.1)$$

Beslutningskriteriet tilsiger at vælge det projekt, der giver den mindste netto-nutidsomkostning. (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a).

Nutidsværdiberegningen er et vigtigt element i tilknytning til PFI, fordi pengestrømmen i PFI modellen og den offentlige model adskiller sig væsentlig fra hinanden (Treasury Taskforce 1999). Metoden tager udgangspunkt i at offentlig finansiering betyder, at det offentlige skal betale byggeomkostningerne i løbet af de få år, hvor byggeriet er undervejs, mens PFI indebærer at byggeriet betales over kontraktperioden, dvs. 25-40 år. Et centralt spørgsmål bliver hvilken rentesats, der skal benyttes og den konkrete begrundelse herfor.

Diskonteringsrenten udtrykker overordnet alternativomkostningen, dvs. værdien af at udskyde et forbrug eller betaling. Jo højere rente, jo mindre værdi tillægges en fremtidig omkostning i nutidsværdiberegningen. I en first-best økonomi er der en vis enighed om, at markedrenten både måler borgernes tidspræferencer og marginalafkastet af private investeringer, og at det er en naturlig kalkulationsrente (Lind m.fl. 1982; Møller 2004). Når vi er i en second-best verden – dvs. en ikke perfekt konkurrence økonomi, som er det relevante, så vil der være diskussion om hvilken diskonteringsrente der skal anvendes. En skole siger, at man som kalkulationsrente skal anvende marginalafkastet på private investeringer. En anden skole siger, at man skal anvende borgernes tidspræferencer, men denne vil være lavere end marginalafkastet af private investeringer. Ved at foretage en offentlig investering fortrænger man en privat investering, der kræves et større afkast pga. skattesystemet. I det omfang vil låneomkostninger for en privat aktør blive højere, hvilket der kan korrigeres for ved at anvende en skyggepris på offentlig kapital.

Diskonteringsrenten afspejler (i den omtalte undersøgelse fra England) ikke omkostningen (renten) ved offentlig låntagning, men er derimod politisk fastlagt – og højere end den risikofrie (real)rente.

Sammenligning af nutidsværdien af de to betalingsprofiler ved hhv. PFI og offentlig finansiering viser, at PFI er fordelagtigt (dvs. mindre nutidsværdi af omkostningerne) ved en diskonteringsrente på 6 % (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a). Vælges en lavere diskonteringsrente er omkostningerne ved PFI dog større end traditionel offentlig finansiering, og jo lavere diskonteringsrenten er, jo mere fordelagtigt bliver offentlig finansiering. Gaffnet et al. (1999a) argumenterer for, at en diskonteringsrente på 6 % overvurderer kapitalomkostningen ved offentlig låntagning, som svarer til realrenten på 3-3,5 %, og derfor vil PFI projekterne være dyrere end tilsvarende offentlige låntagning.

Nutidsværdien af fremtidige omkostninger falder med en stigende rente, hvorfor beslutningskriteriet om at vælge den betalingsprofil, der har den laveste netto-nutidsomkostning, dermed er under væsentlig indflydelse af den valgte diskonteringsrente. Strækker betalingsstrømmen i et konkret tilbudsmateriale sig over en længere tidsperiode end et alternativt og konkurrerende tilbudsmateriale, har diskonteringsrenten den konkrete indflydelse på nutidsværdiberegningen, at jo højere rente, jo lavere værdi tillægges en fremtidig betalingsstrøm - og som en konsekvens heraf er en højere valgt rente dermed med til at favorisere PFI-modellen.

Udover diskonteringsrenten er risikojusteringen en væsentlig faktor. Risikojusteringen foretages for at afspejle forskydningen af risiko fra den offentlige myndighed til den private part. Risikojusteringen sker rent praktisk ved at tilføje de forventede omkostninger ud fra en vurdering fra tidligere erfaringer med udsving i omkostninger til netto-nutidsomkostningen ved den offentlige komparator. (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a).

Kritikken af denne risikojustering knytter sig til, at der allerede i kraft af den højere diskonteringsrente er taget højde for risikoelementet. På denne måde kritiseres at der tages dobbelthensyn til risikoaspektet. Risikoaspektet tages op igen i afsnit 5.3.

5.1.2 Forskellige metodiske tilgange

I et studie sammenlignes de totale omkostninger ved PFI og traditionel offentlig organisering ved en række metoder (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a).

Ved den første metode sammenlignes budgetterede omkostninger til byggeri med de totale bygge- og kapitalomkostninger under PFI. Resultatet af denne sammenligning viser, at betalingen til PFI konsortiet dækkende bygge- og kapitalomkostninger ligger 18-60 % højere end omkostningerne til byggeriet alene. Dette medfører, at investorerne i et privat PFI konsortium kan forvente et afkast på deres indskudte kapital på 15-25 % per år, hvilket bliver sammenlignet af forfatterne med, at det offentliges kapitalomkostninger svarer til en diskonto på omkring 3,5 %.

En anden metode sammenligner den årlige betaling til det private PFI konsortium som en andel af de estimerede omkostninger til byggeriet. Når den årlige PFI betaling sættes i forhold til de estimerede byggeomkostningerne opnås hvor meget den private part har til at dække kapitalomkostninger til byggeriet, årlig vedligehold af bygningen og overskud til investorerne. I nedenstående tabel 2, p. 117 fra (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a) vises resultaterne fra 6 hospitalsbyggerier.

Table 2 Construction costs and availability payments* under the private finance initiative

NHS Trust	Construction cost (£m)	PFI availability payment (£m)	PFI availability payment as % of construction cost
Calderdale	64.6	8.7	13.5
Carlisle Hospitals	64.7	8.0	12.4
Dartford	94.0	10.5	11.2
Greenwich	84.0	11.0	13.1
North Durham	61.0	7.1	11.6
Wellhouse	54.0	10.0	18.5

*The availability payment funds private sector debt service obligations and returns to equity shareholders. A minor element of the charge also funds maintenance costs over the life of the building.

Tabel 2 viser, at den årlige betaling svarer til 11,2-18,5 % af de estimerede omkostninger til byggeri. Forfatterne af undersøgelsen skriver, at dette ligger langt over den årlige realrente på 3-3,5 %, som ville være kapitalomkostningen ved offentlig organisering. Der er to forhold der gør, at denne sammenligning kan kritiseres. For det første er der i denne sammenligning ikke taget højde for, at den årlige betaling også inkluderer det private konsortiums omkostninger til vedligehold, som forfatterne dog mener er en mindre årlig omkostning (se fodnote i tabel 2). Derudover er der ikke taget højde for, at de private konsortier bærer risikoen for fordyrelse og forsinkelser af byggeriet.

Den tredje metode sammenligner nutidsværdien af den årlige betaling til de private konsortier med nutidsværdien af offentlig låntagning (resultaterne er ikke vist her). Nutidsværdimetoden anbefales anvendt (NHS Executive 1999) i vurderingen af valg mellem konkurrerende tilbud og derudover anbefales anvendt en diskonteringsrente på 6%.

Den sidste beregning sammenligner PFI med offentlig organisering, hvor de offentlige kapitalomkostninger justeres for en risikopræmie svarende til den risiko, der overføres til den private part ved PFI. Resultaterne af denne analyse viser, at offentlig organisering og PFI er nogenlunde lige fordelagtige – dvs. nutidsværdien af de samlede omkostninger er på samme niveau, se nedenstående tabel 4 fra (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a).

Table 4 Risk added to public sector comparator: net present costs over 60 years

Trust	PFI net present cost (£m)	PSC net present cost		
		Before risk adjustment (£m)	Risk added (£m)	After risk adjustment (£m)
Calderdale	1221	1191	73	1264
Carlisle	173	152	22	174
Dartford	928	881	55	937
Durham	177	153	24	177
Wellhouse	1206	1210	20	1230

PFI-private finance initiative; PSC-public sector comparator

Figures may not sum due to rounding. Figures are taken from original full business cases and may not reflect later adjustments. In some cases, figures represent the entire cost of running the hospital over 60 years, leading to very high net present costs; in others, only the services to be provided under the private finance initiative contract are included, so that the net present cost relates to the scheme alone and not to the costs of clinical activity.

Sammenfattende viser Gaffney et al.'s resultater, at PFI er rentabelt, når sammenligningen af betalingsstrømmen ved hhv. PFI og traditionel offentlig organisering diskonteres med 6 % og der foretages en risikojurstering af den offentlige komparator (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a). Forfatterne bemærker dog, at når der både diskonteres med en rentefod på 6 % og foretages risikojustering, så bliver der justeret dobbelt for risikooverdragelsen, da den offentlige realrente på 3-3,5 % er mindre end 6 %. Derudover bemærker forfatterne, at risikopræmien kun skal medtages, hvis den private part rent faktisk bærer en del af risikoen ved anlægsinvesteringen. Hvorvidt det private rent faktisk bærer en del af risici er et kritikpunkt, som kommenteres i næste afsnit.

5.1.3 Andre resultater fra sygehusområdet

En detaljeret vurdering foretaget af National Audit Office af et konkret sygehusprojekt ved 'West Middlesex University Hospital' tyder på, at PFI er en fordelagtig organiseringsform. Omkostningerne til byggeri og vedligehold ved PFI er mindre end ved traditionel offentlig organisering, når der foretages en risikojustering af omkostningerne ved offentlig organisering (National Audit Office 2002). Forskellen mellem de to organiseringsformer er dog kun marginalt til fordel for PFI.

Et studie af PFI projektet på 'North Durham Acute Hospital' viser, at omkostningerne til leje af hospitalsbyggeriet er blevet 22 mio. sterling pund dyrere set over en 30 årig periode (diskonteret til nutidsværdi) end hvis projektet var blevet offentligt finansieret (Gaffney & Pollock 1999). De forventede besparelser ved byggeriet og vedligehold har dermed ikke kompenseret de højere private kapitalomkostninger i dette projekt, som endog i dette projekt var relativt lave, da den private part kunne låne til 6,5 %. De højere omkostninger til den årlige betaling af det private konsortium har medført at, sygehusenheden har måttet spare på andre dele af budgettet – også på personalebudgettet, hvilket har medført omprioriteringer i sammensætningen af personalet ifølge rapporten (Gaffney & Pollock 1999).

En finansiel analyse foretaget af PriceWaterhouseCoopers og Professor Julian Franks for 'The Office of Government Commerce' i Storbritannien viser, at de private konsortiers kapitalomkostninger til finansiering af byggeriet er 2,4 procentpoint højere end offentlig finansiering af en tilsvarende bygningssum (PriceWaterHouseCoopers 2002).

Analysen foretager en sammenligning af betalingen til de private konsortier i forhold til en offentlig risikofri rente på langsigtede statsobligationer. Differencen mellem den interne afkastrate under PFI og den offentlige risikofri rentesats viser hvor meget det private bliver betalt for at påtage sig en risiko for fordyrelser af byggeriet. Analysen indeholder en detaljeret gennemgang af de finansielle oplysninger i de endelige kontrakter indgået under PFI. Analysen inkluderer 64 PFI projekter til en samlet værdi af 4,4 mia. sterling pund, herunder 8 projekter indenfor sygehussektoren. Studiets stikprøve udgør 23 % af PFI projekterne indgået før 2001. Analysen viser, at den interne afkastrate under PFI er 2,4 % procentpoint højere end den offentlige risikofri rentesats. Studiet viser også, at disse højere omkostninger inkluderer dækning af de private konsortiers omkostninger til at afgive bud svarende til 0,7-1,3 % af byggeomkostningerne, højere kapitalomkostninger på kapitalmarkedet (ca. 0,7 %)⁶ samt afkast til de private indskydere af kapital i de private konsortier (ca. 0,7 %). Analysen viser også, at differencen i kapitalomkostninger mellem privat og offentlig låntagning er forblevet nogenlunde konstant over tid.

Hvorvidt de 2,4 procentpoint, som er sammensat af flere komponenter, er en overnormal risikopræmie for at overtage risikoen i forbindelse med byggeriet er vanskeligt at fastslå entydigt. Hvis de 2,4 procentpoint sammenlignes med at offentlige anlægsprojekter i Storbritannien i gennemsnit overskrider de budgetterede udgifter til byggeri med 6,26-8,8 % (Gaffney & Pollock, 1999: 59), så tyder det ikke på, at de private konsortier bliver overbetalt for at overtage en del af risikoen.

En række refinansieringer af PFI projekter har ført til fordele både for den offentlige part samt for den private part. Således fik den offentlige part 30 % af gevinsten ved en konkret refinansiering af PFI projektet af 'Darent Valley Hospital' mod forlængelse af kontraktens restlængde fra 28 til 35 år (National Audit Office 2005). Refinansieringer har medført en del kritik, da private aktører har fået afkastrater på op mod 56 % efter refinansieringen (Hellowell 2005b;Limb 2005), hvilket har været vurderet til at være en overnormal profit, samt at refinansieringen har været forbundet med bindinger i en længere kontraktperiode samt øgede omkostninger for den offentlige part ved overtagelse af anlægsaktivet ved kontraktens udløb (Hellowell 2005b). I diskussion om overnormale afkastrater bør den offentlige part for så vidt ikke være bekymret over, at den private part tjener gode penge på et PFI projekt, hvis det sker gennem effektivitetsgevinster eller ved, at den private part udnytter muligheder på et privat kapitalmarked. Den offentlige part bør derimod være

⁶ En hyppigt citeret rapport fra 'Arthur Andersen and Enterprise LSE' fra 2000 viser at renten for privat låntagning ligger 1-3 % højere end det offentliges rente ved låntagning (Arthur Andersen & Enterprise LSE 2000)

opmærksom på, hvorvidt høje private afkastninger opnås ved en (for) høj betaling for leje eller ved udnyttelse af kontraktlige imperfektioner, såsom manglende specificering af den ønskede kvalitet af anlægsaktivet eller usikkerheden vedrørende anlægsaktivitets stand ved overtagelse.

5.1.3 Sammenfatning

Af ovenstående empiriske erfaringer kan det konkluderes, at PFI projekter som hovedregel er dyrere end offentlig organisering af byggeri, finansiering og vedligehold af tilsvarende anlægsinvesteringer. De højere omkostninger i PFI skyldes bl.a., at de private konsortiers kapitalomkostninger er højere end tilsvarende offentlige låneomkostninger. I denne umiddelbare konklusion er der dog ikke taget højde for, at de private konsortier overtager en del af risikoen ved anlægsinvesteringer i form af fordyrelser og forsinkelser af anlægsinvesteringer. Ved overdragelse af risikoen for fordyrelsen fra den offentlige bestiller til det private konsortie underdrager den offentlige bestiller sig denne risiko, men den private part vil tilsvarende forlange en risikopræmie for at overtage risikoen. En reel sammenligning af PFI og traditionel offentlig organisering kræver derfor, at alternativet med offentlig organisering opjusteres med de forventede omkostninger til fordyrelser (og dermed budgetoverskridelser). Når der foretages en risikojustering af omkostningerne af traditionel offentlig organisering, så viser langt de fleste af analyserne i litteraturen, at omkostningerne ved PFI er mindre end omkostningerne til byggeri, finansiering og vedligehold under traditionel offentlig organisering.

5.2 Færre forsinkelser og overskridelser af anlægsbudgettet

En af de potentielle fordele ved PFI er at anlægsinvesteringen ikke forsinkes, da den private part først får betalingen ved færdiggørelsen, samt at den private part har incitament til ikke at overskride budgettet for byggeriet, da betalingen for leje af bygningen i kontraktperioden er fastlagt på forhånd i kontrakten. Et studie fra National Audit Office (NAO) i Storbritannien har testet følgende to hypoteser (National Audit Office 2003):

- færre forsinkelser i PFI projekter i forhold til traditionelt offentlig organiserede projekter
- færre overskridelser af anlægsbudgettet ved PFI frem for traditionelt offentlig organiserede projekter.

Resultaterne fra NAO rapporten (National Audit Office 2003) viser, at 24 % af PFI projekterne overskred datoen for færdiggørelse, mens erfaringer fra tidligere viste at 70% af traditionelt offentligt organiserede projekter overskred datoen for færdiggørelse. Studiet viser også, at 22 % af PFI projekterne overskred den fastlagte pris fastlagt i kontrakten, hvilket i hovedsagen skyldtes, at den offentlige bestiller har bedt om ændringer i

specifikationerne i forhold til den oprindelige kontrakt. Tidligere erfaringer har vist, at 73 % af de offentligt organiserede anlægsprojekter overskred anlægsbudgettet^{7 8}.

Budgetoverskridelser er velkendte ved store projekter, men det er uklart, hvordan man skal tolke budgetoverskridelser. I den politiske proces er der en tendens til at overvurdere gevinster og undervurdere omkostninger ved projekter. Når projekterne efterfølgende viser sig at blive dyrere end oprindeligt angivet, kan det skyldes flere ting. Helt banalt ændres prisniveauet over tid. Projektet kan også blive modificeret i løbet af anlægsprocessen. Bent Flyvbjerg har fremsat den hypotese, at der initielt sker en bevidst underbudgettering (Flyvbjerg, Holm, & Buhl 2002). Under PFI vil der, da kontrakter aldrig kan være komplette, typisk være løbende genforhandlinger, som ofte øger omkostningerne. Idet den private part har en interesse i at budgettet bliver lagt på det realistiske niveau i den endelige forhandling, kan PFI føre til at der laves mere "ærlige" beregninger af bygningsomkostningerne.

Studier viser, at en række af de private konsortier havde underskud på specifikke PFI projekter, hvilket kan tolkes som et bevis for at overflytningen af risiko til den private part rent faktisk er til stede (National Audit Office 2003).

Endelige tyder NAO studiet på, at der er tilfredshed med kvaliteten af de leverede bygninger ved færdige PFI projekter ud fra interviews med private konsortier, bygningseksperter, repræsentanter fra ministerier og projektledere på sygehusene (National Audit Office 2003). Dette mener NAO indikerer, at de private konsortier har tænkt langsigtet og har integreret de fremtidige vedligeholdelsesomkostninger i konstruktion og bygning af sygehusene⁹.

⁷ Tidligere analyser viser, at den gennemsnitlige overskridelse af budgettet for offentlige byggeri har været 6,3-8,4 % i 1990'erne, henvisning til rapport fra NAO fra 1998 i (Gaffney, Pollock, Price, & Shaoul 1999a). Lidt kritisk bemærker Gaffney et al (1999a), at der i sammenligningen af PFI og traditionelt offentligt finansieret byggeri typisk er antaget en overskridelse på 12,5% (p. 119), hvilket lægger en hypotetisk diskrimination ind i beregningen af det offentlige sammenligningsalternativ i forhold til PFI.

⁸ Et par konkrete eksempler på sygehusområdet har vist, at fristerne for byggeriet er blevet overholdt og endog er blevet leveret tidligere end forventet (National Audit Office 2002;Reeves 1999).

⁹ Danske erfaringer med 'svigt' i byggeri viser, at omkostningerne til afhjælpning af svigt i byggeriet er opgjort til 12 mia. kr. om året, hvilket udgør ca. 10 % af produktionsværdien (Erhvervs- og Byggestyrelsen 2004). Følgende omkostninger til svigt er medregnet: 1) Direkte omkostninger til udbedring (omarbejde/merarbejde) af opstående svigt, 2) Følgeomkostninger udover de direkte omkostninger som kan tilskrives afhjælpning af svigt samt 3) Velfærdstab som følge af, at der accepteres, at det færdige bygværk pga. svigt ikke byggeteknisk og/eller æstetisk tilfredsstillende forventningerne (Erhvervs- og Byggestyrelsen 2004). Ved en sammenligning af segmenter af nybyggeri, viser det studiet, at omkostningerne ved svigt ved offentligt nybyggeri er 8 % af den samlede byggepris, hvilket ligger på samme niveau som nogle af de øvrige segmenter af nybyggeri - undtaget kategorien 'Renovering', hvor omkostningerne til svigt udgør 11 % af den samlede byggepris.

Opsummerende kan det konkluderes, at private konsortier ser ud til at være bedre til at overholde datoen for færdiggørelse samt at risikoen for fordyrelse af anlægsinvesteringer i nogen grad væltes over på de private konsortier.

5.3 Sker der en reel overførsel af risiko til den private part?

Overførsel af risici fra den offentlige til den private part udgør et væsentligt element i PFI. Der er mange forskellige typer af økonomisk risici:

- Omkostninger til planlægning og design
- Omkostninger til byggeri
- Omkostninger til vedligeholdelse af byggeri
- Omkostninger ved forsinkelse af byggeri (herunder mistede indtægter som betaling for leje af aktivet)
- Aktivets værdi ved eventuel overtagelse
- Omkostninger ved teknologiske ændringer af apparatur, behandlingsformer og deraf følgende krav til bygninger og ændringer i efterspørgsel efter behandling.
- Efterspørgselsændringer som følge af befolkningsudvikling og –sammensætning
- Omkostninger til produktion af ikke-kerne ydelser såsom rengøring, portør etc.
- Omkostninger til behandling
- Regulerings- og lovmæssige ændringer

Ved alle ovenstående punkter er der variationer, som kan medføre øgede omkostninger.

Når et privat konsortium overtager ansvaret for planlægning, byggeri, finansiering og vedligeholdelse af et anlægsaktiv så overtages naturligt en del af de økonomiske risici. Overtagelsen af risici har den gavnlige virkninger, at det giver incitament til at hindre negative hændelser i at indtræffe. Derudover medfører PFI, at den samlede risiko for eksempelvis byggeri og vedligehold overføres med det gavnlige incitament, at den private part medtænker risici for høje vedligeholdelsesomkostninger i byggeriet. Incitamentet til at levere en god langvarig løsning hænger uløseligt sammen med overdragelse af risici fra den offentlige part til den private part.

En måde at skabe et overblik over de risici, der knytter sig til den konkrete investering er udarbejdelsen af en såkaldt risikomatrice (Treasury Taskforce 1999). Risikomatricen er en central del af PFI udbudsfasen og er derudover med fordel inddraget i udarbejdelsen af den offentlige komparator. Konstruktionen af denne risikomatrice kan opdeles i flere trin. Først identificeres de risici der knytter sig til projektet, dernæst vurderes hvilken grad af indflydelse disse risici, forventes at have (eksempelvis på omkostningernes omfang); i tilknytning hertil sandsynligheden for, hvorvidt de identificerede risici kan forventes at optræde og sidst en beregning af den økonomiske betydning, dvs. en beregning af et økonomisk udsvingsinterval som følge af de identificerede risici. Risikomatricen indeholder

dermed en afvejning af de konkrete risici der vurderes at være knyttet til den planlagte investering fordelt på de forskellige stadier i processen. (Treasury Taskforce 1999).

Konstruktionen af risikomatrixen omfatter desuden en kategorisering af risikoallokeringen mellem den private og den offentlige part og er dermed i sig selv et værktøj til at skitsere hvilke risici, der påhviler de forskellige parter involveret i projektet. Identifikationen af risikoelementer og en følsomhedsanalyse af, hvilke finansielle konsekvenser dette kan have på de forskellige faser i projektforløbet gør det muligt at overveje, hvilke afhjælpende foranstaltninger der eventuelt kan sættes ind med for at begrænse de identificerede risici (NHS Executive 1999; Treasury Taskforce 1999). Se konkrete danske eksempler på opstillinger af en sådan risikomatrix i (Sønderjyllands Amt & Grant Thornton 2004; Trafikministeriet & Frederiksborg Amt 2005).

Overflytningen af risici for fordyrelser og forsinkelser til den private part bliver fremhævet i interview med personer i centrale offentlige myndigheder med erfaring med PFI projekter som værende en af de største fordele ved PFI (Gao & Handley-Schachler 2004). Med overflytningen af disse risici til den private part er den offentlige bestiller sikker på, at udgiften ved et anlægsprojekt ikke stiger – hverken pga. fordyrelse af byggeriet eller pga. fremtidige vedligeholdelsesudgifter.

Ydermere udtrykker interviewpersonerne forståelse og velvilje til at betale en risikopræmie til den private part for overtagelsen af risici – og dermed viljen til at betale en højere pris svarende til den forventede risiko fordyrelser (Gao & Handley-Schachler 2004). Denne risikopræmie kan umiddelbart få et privat alternativ til at se dyrere ud end tilsvarende offentlig organisering af et anlægsprojekt, men i denne sammenligning tages ikke højde for de mulige fordyrelser af byggeriet under offentlig organisering. Dette aspekt er tidligere diskuteret under princippet om risikojustering.

Hvis det private konsortium overtager driften af ikke-kerne ydelser, så vil det private konsortium også dække risikoen ved en fordyrelse af denne aktivitet. Sammenkædning af produktionen af ikke-kerne ydelser og ejerskabet af byggeriet rummer tilmed det gavnlige incitament, at den private part har incitament til at indtænke bygningens funktionalitet i forhold til overtagelsen af produktionen af ikke-kerne ydelserne, hvorved der kan realiseres nogle mulige samdriftsfordele.

Studier fra NAO viser, at forventede risici ved anlægsinvesteringer kun i mindre grad er blevet overført i kontrakterne til den private part ved PFI ordningerne, refereret i (Froud 2003: 577). Flere analyser har lidt kritisk bemærket, at den private part ikke har overtaget dele af risikoen for udsving i efterspørgslen efter behandling på et givet sygehus samt *de facto* ikke har overtaget risici (Dawson 2001; Froud & Laughlin 2001; Gao & Handley-Schachler 2004; Grout 1997). En af de mest betydningsfulde økonomiske risici er ændringer i efterspørgsel, og denne risiko kan være påvirket af kvaliteten og vedligeholdelse af byggeriet. Det er ikke normalt (hvis det overhovedet forekommer), at et privat

konsortium for sygehusbyggeri pålægges nogen risici i forbindelse med udsving i efterspørgslen - den bæres stadig af den offentlige part.

For at dette skal være en holdbar kritik, forudsætter det logisk set, at PFI-konsortiet også har driftsansvaret for sygehuset. Indtil nu har dette imidlertid ikke været tilfældet. Udsving i efterspørgslen slår på kort sigt igennem på den daglige drift, men berører på længere sigt naturligvis den fysiske kapacitet. I en 'god' PFI-kontrakt vil der imidlertid normalt i et vist omfang være taget højde for det sidste.

Et argument for at den private part bør dække dele af den økonomisk risiko ved udsving i efterspørgslen er at skabe et tilstrækkeligt incitament til at sikre den tilstrækkelige kvalitet og funktionalitet af bygningerne. Omvendt må det dog formodes, at bygningernes kvalitet spiller en mindre rolle i forhold til sygehusets omdømme for klinisk kvalitet, og at efterspørgslen generelt er påvirket i langt højere grad af kliniske prioriteringer og udbud af behandlingsmuligheder. Derfor vil en overvæltning af risiko for udsving i efterspørgsel stride mod princippet om, at risiko skal bæres af den part, der har indflydelse på forekomsten af u hensigtsmæssige hændelser.

Et studie viser, at der er lidt uenighed blandt de offentlige bestillere og de private konsortier om, hvorvidt de private konsortier har påtaget sig for meget risiko (National Audit Office 2001) (p. 8ff). Således mente hhv. 79 % og 53 % af de offentlige bestillere og de private konsortier, at risikofordelingen var tilfredsstillende. De private konsortier, som er blevet interviewet i denne undersøgelse påpeger, at risikofordelingen er utrolig væsentlig i PFI forhandlingsprocessen, men mener også at det offentlige ofte misforstår hvad der er den optimale risikofordeling.

I enkelte tilfælde har det også vist sig, *de facto*, at de økonomiske risici ikke bliver overført, når det private konsortium er kommet i økonomiske vanskeligheder. I enkelte tilfælde er den offentlige myndighed trådt til med direkte indskydelse af kapital i det private konsortium samt genforhandling af betaling (Jenkinson 2003). Sandsynligheden for at det private konsortiums økonomiske problemer udvikler sig sådan, at det bliver tvivlsomt om det kan videreføres, kan bl.a. afhænge af det privates konsortiums fordeling mellem lånefinansiering og egenkapital. Dette sidste aspekt ligger dog ud over rammerne for indeværende notat.

Identifikation af risici er ikke nogen let opgave, men tvinger dog parterne til at overveje de risikoelementer, der forventes at knytte sig til projektets indhold og til selve processen omkring projektets gennemførelse. Risikomatrixen giver et overblik over de væsentligste risikofaktorer, der forventes at kunne påvirke projektforløbet, hvem de pågældende risici påhviler og med hvilken sandsynlighed risikofaktorerne forventes at indtræde. Det er i forlængelse af de finansielle overvejelser og følsomhedsanalysen forsøgt at skabe et indtryk af de økonomiske konsekvenser, der er en følge af risikoelementernes indflydelse på de samlede forventede omkostninger.

Overførelsen af risici fra den offentlige bestiller til den private part er på forskellig vis incitamentsskabende for den private part – særligt fremhæves overflytningen af risici i tilknytning til fordyrelser og forsinkelser til den private at være en af de største fordele ved PFI.

5.4 Kapacitetstilpasninger og fleksibilitet

Den generelle udvikling i sygehussektoren har været et reduceret antal senge pga. øget brug af ambulant behandling, færre sengedage per indlæggelse og øget belægningsprocent på senge. I det følgende opsummeres uenigheden i litteraturen om hvorvidt finansieringsmodellen har haft indflydelse på kapaciteten i de nye sygehuse anlagt under PFI.

Smith (2005) argumenterer for, at de højere kapitalomkostninger, der er forbundet med tilvejebringelsen af private midler (frem for offentlige lånemidler), nødvendigvis må imødekommes i form af besparelser – og at besparelserne lettest opnås gennem kapacitetstilpasninger bl.a. i antallet af sengepladser og antal ansatte. Dette argument afhænger imidlertid af to forhold, dels af om der faktisk er højere omkostninger, dels af hvorvidt PFI-definitionen også omfatter driftsfunktioner ud over vedligehold.

Flere studier hævder, at sygehusenhedernes udgifter til sygehuse er steget med PFI, og dette har resulteret i et fald i det antal sengepladser, der er blevet råd til inden for de eksisterende budgetter (Dunnigan & Pollock 2003; Gaffney & Pollock 1999).

Dunnigan og Pollock (2003)'s analyse sammenligner udviklingen i privat finansierede hospitalsprojekter (Lothian hospitals, en del af Royal Infirmary of Edinburgh) med de traditionelt offentligt organiserede hospitaler (i Skotland og England) og viser, at antallet af senge og antallet af bemandede senge per 1000 indbygger i alle akutte specialer er faldet dobbelt så meget i PFI hospitalerne i forhold til de traditionelt offentligt organiserede hospitaler set over en femårig periode 1996-2001).

Ministre og embedsmænd har enstemmigt udmeldt, at årsagen til sengelukningerne er et resultat af en klinisk beslutning og derfor uafhængig af de finansielle problemer skabt som følge af PFI modellens anvendelse. Denne forklaring er blevet anfægtet af klinikere, der erklærer at sengekapaciteten blev bestemt af den Skotske direktør under henvisning til de finansielle problemer – kapacitetstilpasningen blev besluttet med afsæt i den økonomiske ramme (Pollock, Dunnigan, Gaffney, Macfarlane, & Majeed 1997).

Undersøgelsen konkluderer, at der er overbevisende tegn på, at der er en såkaldt PFI effekt på aktivitetsindskrænkninger, bl.a. forårsaget af finansielle vanskeligheder (Dunnigan &

Pollock 2003). Der er væsentlige modifikationer på disse konklusioner i nedenstående afsnit.

Denne årsagsforklaring bliver understøttet af resultatet af et nyt hospital, opført i Carlisle, organiseret som PFI (Price, Gaffeny, & Pollock 1999). Rapporten fra UNISON Northern Region konkluderer, at øgede omkostninger med underskud til følge, har tvunget hospitalet til bl.a. at reducere kapaciteten på hhv. antallet af sengepladser og antallet af ansatte.

Et lidt andet argument for at antallet af sengepladser i det britiske sygehusvæsen er reduceret siden 1997 er, at der sket en generel ændring 1990 med 'The 1990 NHS and Community Care Act'. I denne lov omdannes sygehuse til 'independent business units', som skal betale investeringer, afskrivning og forrentning af deres kapitalapparat. Tidligere var det staten der finansierede anlægsinvesteringer, og det enkelte sygehus skulle ikke tilbagebetale anlægsinvesteringen eller betale renter. Sygehuses budgetter blev således ikke belastet af anlægsinvesteringer. Ved omlægningen til PFI med privat lånefinansiering skal den løbende årlige betaling for sygehusbyggeri betales ud af budgettet for de enkelte sygehuses budgetter, hvilket har foranlediget et øget pres på sygehuses budgetter. Reduktionen i sengekapaciteten vurderes derfor ikke udelukkende at være en konsekvens af den valgte finansieringsmodel – men tværtimod en decentralisering af ansvaret for finansieringen af sygehusets kapitalapparat uanset om det sker ved offentlig eller privat finansiering af nye sygehuse (Pollock, Shaoul, & Vickers 2002).

Et andet argument for, at finansieringsformen ikke har haft direkte indflydelse på sengekapaciteten, er, at sengekapaciteten planlægges lang tid forud for sygehusets opførelse - og igangsætning af drift - i tilknytning til den vifte af serviceudbud hospitalet planlægges at dække. Dette er uanfægtet den valgte finansieringsmodel (Reeves 1999).

Derudover bidrager nytænkning og innovative tiltag, der reducerer behovet for sengepladser og dermed leder til en reduktion i den bestående kapacitet dog med en indbygget fleksibilitet, der sikrer et beredskab i tilfælde af ændrede behov (McGinty m.fl. 2000).

Fleksibiliteten i et offentligt finansieret sygehus er væsentlig større, da ønskede ændringer kan indføres via kommando og instruks og dermed uden forudgående forhandling (Froud 2003). Erfaringer fra PFI projekter tyder på, at der er behov for fleksibilitet i kontrakterne og mulighed for ændringer i kontrakterne. Erfaringer fra en spørgeskemaundersøgelse af 121 PFI projekter viser, at 55 % har oplevet et behov for ændringer pga. ændringer i de oprindelige serviceydelser specificeret i kontrakten, nye serviceydelser, yderligere byggeri, ombygninger eller ændringer til kvalitetsmål indenfor blot en korte periode med PFI kontrakter (National Audit Office 2001).

At risici bliver fordelt via kontrakten i en PFI model fraskriver ikke den offentlige myndighed sit politiske ansvar, og dermed det overordnede ansvar for at sikre udbud af de

basale serviceydelser og det overordnede politiske ansvar for konsekvenserne af den valgte model (Froud 2003).

Opsummerende kan det konkluderes, at der sker en reduktion i antallet af sengepladser ved bygningen af nye sygehuse i forhold til den tidligere kapacitet, men der er vidt forskellige fortolkninger af, hvorvidt dette er et bevidst valg eller er en konsekvens af de finansielle rammer under PFI. Derudover viser erfaringerne, at der i over halvdelen af PFI projekterne har været behov for ændringer efter kontraktens indgåelse.

5.5 Erfaringer med processen ved PFI

Indførelsen af PFI fik en relativt langsom start, hvilket dels skyldes de manglende erfaringer med PFI processen, den relativt tunge proces med PFI ansøgning (Tiffin & Hall 1998) samt den manglende interesse fra private investorer (Smith 1999a). En væsentlig del af den engelske regerings indsats for at øge hastigheden og reducere omkostningerne har været fokuseret på en standardisering af processen (Sussex 2002).

Selve processen ved PFI-aftale kan inddeles i flere trin: den offentlige myndigheds udarbejdelse af udbudsmaterialet, tilbudsgivers udarbejdelse af tilbud, den offentlige myndigheds selektion blandt det indsendte tilbudsmateriale, kontraktforhandlinger mellem den offentlige myndighed og tilbudsgiver, kontraktindgåelse, implementering af kontraktindholdet og efterfølgende monitorering af kontrakten. Hvert trin i processen er forbundet med transaktionsomkostninger. Transaktionsomkostningerne påvirker dels den offentlige myndighed og dels den private tilbudsgiver. Hver part har hver for sig, i varierende omfang, mulighed for at påvirke størrelsen af disse omkostninger.

Den offentlige myndigheds omkostninger opstår som følge af omkostningerne forbundet med at søge efter den bedst kvalificerede tilbudsgiver til at designe, anlægge og drive eksempelvis et nyt hospital. Derudover er der monitoreringsomkostninger forbundet med etableringen af den praktiske kontrol, monitoreringen i sig selv og dermed indsamling af data og ikke mindst afrapportering om, hvorvidt de i kontrakten fastsatte mål er nået. Er målsætningerne i kontrakten ikke opfyldt, vil det yderligere være nødvendigt at afsætte ressourcer til at klarlægge planen for en ny og ændret kurs for den private part – en kurs der skal sikre kontraktens målsætninger opfyldt (Fischbacher & Beaumont 2003).

I England har den offentlige myndigheds indsats for at effektivisere processen og reducere omkostningerne (Sussex 2002) forbundet med hvert trin knyttet sig til hhv. selektionsprocessen og kontraktforhandlingssituationen.

Selektionsprocessen blandt de private virksomheder skal effektiviseres til færre trin, dvs. udvælgelsesprocessen skal skæres ned til at foregå mellem færre udvalgte virksomheder. Hensigten er at reducere tidsforbruget og reducere omkostningerne, dels for NHS og dels

for de private virksomheder. Konkurrencen reduceres sandsynligvis i takt med denne effektivisering, men med omkostningsbesparelser til følge (Sussex 2002).

Udarbejdelse af et standardiseret kvalifikationsspørgeskema (pre-qualification questionnaire PQQ) og en indledende invitation til at forhandle dokumentation er en måde at simplificere og lette arbejdsgangen i den tidlige udvælgelsesfase, den offentlige myndighed foretager blandt tilbudsgiverne. Senere i selektionsprocessen vil den afsluttende invitation til at forhandle betingelser på plads også være det afsluttende møde. Omkostninger forbundet med yderligere opklarende dokumentation efter dette møde skal afholdes af den pågældende sygehusenhed, i England kaldet Trusts (Sussex 2002). Transaktionsomkostningerne forventes af den offentlige myndighed reduceret ved at gøre forløbet mere simpelt og reducere processen med mellem tre og seks måneder.

Proceduren for processen i forbindelse med PFI modellens anvendelse har ændret sig. Der blev i 1992 løst op for kriterierne i målsætningerne i "Value for Money". En systematisk sammenligning af et hypotetisk offentligt finansieret projekt var ikke længere påkrævet, og det er dermed heller ikke længere muligt at vurdere, hvilken finansieringsmodel (privat versus offentlig finansiering), der skaber den mest omkostningseffektive løsning. Der må nødvendigvis foreligge et alternativt finansierings- og projektudbud (det bedste offentligt finansierede modeludkast) for at være i stand til at vurdere, hvorvidt PFI modellen er den mest omkostningseffektive (Heald 1997).

5.6 Inddragelse af interessenter tidligt i forhandlingsprocessen

Vigtige elementer i processen er kontraktforhandlingen og implementeringsfasen. Undersøgelser viser, at tidlig inddragelse af interessenter i forhandlingsprocessen muligvis giver anledning til øget tidsforbrug, men at denne omkostning vindes ind i den senere implementeringsfase (Fischbacher & Beaumont 2003). Den nødvendige accept og udfordringen i den praktiske implementering af projektet er betydelig lettere gennemførlig, hvor forarbejdet er gjort grundigt i form af forhandling og inddragelse af projektets interessenter (National Audit Office 2002).

Inddragelse af de medarbejdere, der bliver berørt af projektets indhold i deres daglige arbejde, det vil sige de medarbejdere, der eksempelvis skal arbejde på det pågældende hospital, der skal opføres, har en positiv effekt på hospitalets samlede organisatoriske performance. Projektets interessenter er eksempelvis det kliniske personale på et hospital.

Et konkret eksempel på erfaringerne med inddragelse af de implicerede interessenter og dermed personale er givet i et case studie fra England (Fischbacher & Beaumont 2003). Casestudiet viser, at manglende inddragelse af de kliniske personalegrupper i beslutningen om hospitalsbyggeriet og forhandlingerne om PFI aftalen, førte til en betydelig modstand ved implementeringsfasen. Det konkrete PFI projekt var forbundet med væsentlige

effektiviseringer og sammenlægning af enheder og behandlingstilbud på tværs af flere hospitaler i området – et projekt, der indebar modernisering, omstrukturering både af serviceudbud, organiseringen af de bestående aktiviteter og dermed også en omstrukturering af personalemæssige ressourcer og fysisk materiel. Projektets kompleksitet og praktiske betydning for det involverede og berørte personale gav anledning til bekymring og resulterede i den omtalte modstand ved implementeringsfasen (Fischbacher & Beaumont 2003).

Konklusionen er, at der i processen ikke udelukkende fokuseres på tidspres og outcome, men at overvejelser omkring personalemæssige ressourcer og hele implementeringsprocessen også bør inddrages i arbejdet.

Derudover er det vigtigt at overveje det trade-off, der eksisterer mellem en tidlig inddragelse af flere interessenter og alternativt en mere afgrænset og kontrolleret proces, der imødekommer en strammere tidsplan. I afvejningen af valget mellem de to alternativer skal indgå dels den længerevarende beslutningsproces, som en konsekvens af inddragelse af interessenter på et tidligt stadie i processen, men som sandsynligvis vil resultere i en hurtigere og mere effektiv implementering, hvor sidstnævnte model sandsynligvis omvendt vil resultere i en mere langstrakt og mindre effektiv implementering. Den ekstra tid der anvendes i forhandlingsprocessen giver sig til udslag i implementeringsprocessens forløb (Fischbacher & Beaumont 2003).

At manglende inddragelse af det kliniske personale kan betyde vanskeligheder i implementeringsfasen understøttes af et andet eksempel hvor projektet dog ikke er nyopførelsen af et helt hospital, men alene drejer sig om en anlægsinvestering i radiografisk udstyr. I dette eksempel blev en radiolog, ansat på det pågældende hospital, udvalgt som projektleder over en fireårig periode. Radiologen stod for specificering af udbudsmateriale, kontraktforhandling og udarbejdelse samt kontrol af implementeringen. Projektets succes bliver af hospitalsledelsen tilskrevet medarbejderinddragelse i projektprocessen (Pilling 2002a;Pilling 2002b).

De generelle erfaringer fra PFI projekter i Storbritannien viser derudover, at det er vigtigt at have personer med erfaringer i PFI forhandling, indgåelse og kontrakthåndtering (National Audit Office 2001). Medarbejderinddragelsen kan forventes at løse op for de barrierer, der muligvis eksisterer i kraft af den stærke position det lægefaglige og kliniske personale indtager i hospitalets organisation og funktion - barriererne er tidligere omtalt i en dansk undersøgelse (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002). At det kliniske personale ikke er inddraget i beslutninger omkring ændringer i den bestående produktion og arbejdsgang eksempelvis i form af en besluttet reduktion i antallet af sengepladser opfattes ikke alene som en reduktion i de fysiske ressourcer, men også et angreb på klinikernes position (Fischbacher & Beaumont 2003).

I forbindelse med PFI projekter er der ofte opstået diskussion med fagforeninger og personalegrupper om løn og personaleforhold (Hellowell 2005a). Specielt for de ikke-kliniske personalegrupper, som typisk overgår til den private part når denne overtager ansvaret for serviceopgaver, udtrykkes store bekymringer om løn- og personalevilkår (Dawson 2001). Diskussionen om løn- og personalevilkår ved PFI adskiller sig ikke fra diskussionen ved licitationer og udbud, hvor dele af personalet også overgår til en privat part.

I en dansk undersøgelse vurderes det, at modstanden mod offentlig-privat samarbejde er størst blandt det kliniske personale, dvs. læger og sygeplejersker (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002), se også (Erhvervs- og Byggestyrelsen 2005). Derimod vurderes modstanden at være mindre på områder, hvor man er vant til samarbejde med private leverandører, dvs. serviceydelser såsom rengøring, bygningsvedligeholdelse, vaskeri, transport af tøj, køkkendrift og gartneropgaver. Da PFI i dansk (og engelsk) sammenhæng ikke vedrører drift af kliniske områder, kan der dog samlet set næppe ventes større problemer.

Det kan dermed sammenfattende konkluderes, at en tidlig inddragelse af det sundhedsfaglige og kliniske personale på sygehuset med fordel kan inddrages i hele implementeringsprocessen.

5.7 Transaktionsomkostninger

I forbindelse med den private investors tilbudsgivning er der knyttet transaktionsomkostninger i form af tid og ressourcer anvendt i udarbejdelsen af tilbudsmaterialet. Den private part skal dels sætte sig ind i udbudsmaterialet, lave de nødvendige beregninger og kalkulationer over, hvorvidt et tilbud vil være rentabelt, under hvilke forudsætninger og på hvilke betingelser et eventuelt tilbud vil kunne gives.

Størrelsen af anlægsinvesteringen skal være af et vist omfang, ellers viser nogle erfaringer fra Storbritannien, at private investorer ikke finder projektet attraktivt at byde på. Årsagen er netop transaktionsomkostningernes størrelse. Projektet skal med andre ord antage en vis størrelse, for at der vil være muligt at opnå en gevinst ved at investere de nødvendige og tilstrækkelige ressourcer i form af tid i udarbejdelsen af tilbudsmaterialet (Gaffney & Pollock 1999).

Erfaringerne viser, at omkostningerne ved at give et bud for de private tilbudsgivere kan udgøre op mod 3 % af projektets samlede omkostninger (Stewart refereret i (Pollock, Dunnigan, Gaffney, Macfarlane, & Majeed 1997)), hvilket er en transaktionsomkostning. Det er dog ikke kun relevant at se på transaktionsomkostningen under PFI, men det er relevant at sammenligne transaktionsomkostningerne ved traditionel offentlig organisering af et tilsvarende projekt (Williamson 1991; Williamson 1999). Hvorvidt

transaktionsomkostningerne i PFI er større end omkostningerne ved design og planlægning ved traditionel offentlig organisering er noget uvist.

Et studie refererer, at transaktionsomkostningerne er 3 sterling pund mio. ved det pågældende PFI projekt, og at dette er 7 gange større end omkostningerne ved traditionel offentlig organisering (Pollock, Dunnigan, Gaffney, Macfarlane, & Majeed 1997). I et andet studie refereres, at transaktionsomkostninger under PFI udgør ca. 3 % af de totale omkostninger, mens omkostningerne til organisering af byggeriet under traditionel offentlig organisering svarer til ca. 1 % af de totale omkostninger (Allen 2001). I mindre projekter kan transaktionsomkostningerne endog udgøre en endnu større andel af de totale omkostninger (Allen 2001; Centre for Public Services 2003; Dowdeswell & Heasman 2004).

Erfaringerne fra et konkret projekter viser, at omkostningerne ved at afgive bud er opgjort til 2,4 mio. sterling pund i et projekt svarende til en samlet sum af 130 mio. pund, mens at de offentlige omkostninger til planlægning og rådgivning er vurderet til at ligge mellem 1,2 mio. og 2,4 mio. sterling pund (National Audit Office 2002).

Et frugtbart offentlig-privat samarbejde beror på gensidig forståelse og tillid. Erfaringerne fra Storbritannien viser, at relationen mellem den offentlige bestiller og det private konsortium overvejede opfattes positivt, og at relationen i de fleste tilfælde er forbedret siden kontraktindgåelsen (National Audit Office 2001). Erfaringerne viser dog også, at det kræver en betydelig indsats fra begge parter, at få den gensidige forståelse for hinandens betingelser samt at udvikle en fælles vision for projekterne.

Opsummerende kan det konkluderes, at der er væsentlige transaktionsomkostninger (op mod 3 % af projektets sum) ved organisering i PFI samt at transaktionsomkostningerne kan være en forhindring for udbud af specielt mindre anlægsinvestering ved PFI.

6. Kan det bruges i Danmark?

I Danmark er det første offentlig-private partnerskabsprojekt endnu ikke gennemført, og erfaringerne er derfor begrænsede. Erfaringerne vil vokse i de kommende år, dels i takt med iværksatte pilotprojekter og derudover som følge af forventningen om, at offentlig-privat partnerskaber (OPP) vil udgøre en væsentlig andel af fremtidige større offentlige projekter.

Regeringen har i alt afsat 31 mio. kr. til at fremme OPP pilotprojekter – fordelt med 25 mio. kr. til trafikområdet og 6 mio. kr. til bygge- og boligområdet. Også på andre områder er der igangsat og afsat midler (herunder også lånepuljer) til initiativer, der har til hensigt at undersøge muligheden for at anvende OPP-modellen. Blandt andet kan nævnes opførelsen af et nyt lukket fængsel i Østdanmark, et nyt magasin for Rigsarkivet, Landsarkivet for Sjælland og Det Kongelige Bibliotek (Regeringen 2004).

Pilotprojekterne varierer i volumen og opgaveområde; en forskellighed der har til hensigt at skabe et grundlag for at opbygge erfaring og kompetence i vurderingen af, hvilke typer af projekter, der vil være hensigtsmæssige at organisere som OPP.

Målet er ikke i sig selv brugen af OPP, men en forventning om, at anvendelsen af private leverandører leder til innovation, øget effektivitet, fleksibilitet og bedre kvalitet. Fokus er særligt rettet mod projekter, der omfatter større, længerevarende og sammenhængende ydelser, hvor anlægsopgaverne også omfatter driften (Regeringen 2004).

Ud fra de teoretisk argumenterede fordele og ulemper samt de empiriske erfaringer med PFI er der nogle barrierer for PFI lignende organiseringer i den danske offentlige sektor og i den danske sundhedssektor i særdeleshed man bør være opmærksom på. Nedenstående diskussion er ikke nødvendigvis utømmende, men de væsentligste barrierer er præsenteret og diskuteret.

6.1 Internationale begrænsninger på offentlig låntagning

I henhold til den økonomiske stabilitets- og vækstpakke i Maastricht-traktaten er Danmark forpligtet til at undgå uforholdsmæssige store underskud på den offentlige sektors budget. I henhold til traktatens artikel 121, stk. 1, andet led, skal der opnås: "holdbare offentlige finanser; dette vil fremgå af, at medlemsstaten har opnået en offentlig budgetstilling, der ikke udviser et uforholdsmæssigt stort underskud som fastslået i henhold til artikel 104, stk. 6.". Tærskelværdierne for den offentlige sektors budgetunderskud er på 3 pct. og for bruttogælden på 60 pct. af BNP. Der indrapporteres oplysninger om det offentlige underskud og den offentlige gæld til EU-Kommissionen to gange årligt. Kommissionen udarbejder herefter en rapport for de lande, der ikke overholder nævnte tærskelværdier.

Danmarks forpligtelser i forhold til ØMU samarbejdet begrænser mulighederne for offentlig låneoptagelse, hvilket begrænser mulighederne for offentlige anlægsinvesteringer. Disse institutionelle begrænsninger kan afhjælpes ved inddragelse af privat finansiering gennem PFI arrangementer, hvorved det private bliver kreditor for anlægsprojekter. En stor forøgelse af anlægsinvesteringer med privat som låntager sætter spørgsmålstegn ved opgørelsen af det offentliges gældsbyrde (Blejer & Cheasty 1991; Heald 1997; Jenkinson 2003), men en sådan diskussion fører for vidt i forhold til nærværende notat.

Da dette ikke som sådan har voldt problemer i England, kan det heller ikke forventes at være en afgørende forhindring i dansk sammenhæng.

6.2 Regulering af amter og kommuners låntagning

Amternes nettoanlægsniveau, dvs. den samlede anlægsudgift i det enkelte år, aftales i de årlige økonomiaftaler mellem amter, kommuner og staten. I økonomiaftalerne aftales også størrelsen af den ordinære lånepulje samt lånedispensationer til kommuner og amter. I forbindelse med økonomiaftalen for 2005 har Amtsrådsforeningen aftalt med staten, at ikke budgetterede anlægsprojekter skal godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren (p. 33) (Finansministeriet 2004).

Normalt har lånerammen for amterne været på 25 % af amtets nettoanlægsudgifter, dvs. at amterne har kunne optage lån indenfor den samlede låneramme på 25 % af nettoanlægsudgifterne. I de sidste par år har lånerammen dog varieret lidt og været lidt højere end 25 %. Specielt på sygehusområdet har låneadgangen været forøget til 50 % siden 2003 (Finansministeriet 2002;Finansministeriet 2003;Finansministeriet 2004)¹⁰. Ved opgørelse af amternes udnyttelse af lånerammen indregnes ikke alene de lån som amtet optager, men også leje- og leasingaftaler, når disse aftaler **erstatte** amtslige **anlægsudgifter**¹¹. Hvis låneoptagelsen inkl. eventuelle leje- og leasingaftaler er større end lånerammen i det pågældende år, skal amtet deponere et beløb eller obligationer svarende til det overskydende beløb.

¹⁰ I bekendtgørelse nr. 1128 af 15/12/2003 hæves amtskommunernes mulighed for låntagning på sygehusområdet, således at der i regnskabsåret 2003 og 2004 kan optages lån på 50 % af nettoanlægsudgifterne ekskl. moms. Denne regel er i økonomiaftalen for 2005 videreført til 2005 (Finansministeriet 2002;Finansministeriet 2003;Finansministeriet 2004).

¹¹ I ”Bekendtgørelse om kommunernes låntagning og meddelelse om garantier m.v.”, bekendtgørelse nr. 1102 af 12/12/2002 fremgår det i § 3, stk. 2 at ”Amtskommunerne kan inden for en ramme svarende til 25 pct. af den enkelte amtskommunes samlede nettoanlægsudgifter ekskl. moms optage lån. For hvert af regnskabsårene 2001 og 2002 kan amtskommunerne dog optage lån svarende til 30 pct. af den enkelte amtskommunes samlede nettoanlægsudgifter ekskl. moms. ...”.

Af § 4, stk. 1 fremgår hvad der medregnes i låntagningen, herunder:

- 4) Lån optaget af en privat eller selvejende institution, der efter aftale med kommunen stiller pladser til rådighed med henblik på at løse opgaver efter lov om social service eller lov om aktiv socialpolitik. Lånet medregnes forholdsmæssigt i forhold til de pladser, der er til rådighed for kommunen.
- 7) Indgåelse af aftaler, herunder leje- og leasingaftaler, om benyttelse af ejendomme, lokaler m.v., eller aftale om drift af institutioner, hvis etablering kan sidestilles med en kommunal anlægsopgave.
- 8) Den del af aftaler, herunder leje- og leasingaftaler, indgæet af kommunale fællesskaber, interessentskaber, andelselskaber, aktieselskaber, anpartsselskaber, selvejende institutioner og lignende med kommunal deltagelse, om benyttelse af ejendomme, lokaler m.v., hvis etablering kan sidestilles med en kommunal anlægsopgave.

§ 4, *stk. 5*. Er der tale om indgåelse af lejeaftaler og lignende, jf. stk. 1, nr. 7 og 8, skal det deponerede beløb eller kursværdien af de deponerede obligationer svare til den højeste af følgende værdier:

- 1) Opførelsesomkostningerne/anskaffelsesomkostningerne for de benyttede ejendomme, lokaler m.v.
- 2) Værdien af de benyttede ejendomme, lokaler m.v. ifølge den senest foretagne offentlige vurdering ved aftalens indgåelse.

Formålet er at styre amternes samlede anlægsaktivitet, uanset om det sker som byggeri eller leje/leasing. Belastningen for amtets kassebeholdning er med deponeringsreglerne den samme, uanset om en bygning erhverves ved byggeri eller ved et lejemål. Reglerne for kommuner og amtskommuners låntagning er yderligere uddybet i (Indenrigsministeriet 2000a; Indenrigsministeriet 2000b).

De gældende regler for amtskommunernes anlægsniveau sætter ikke nogen begrænsninger på den præcise organisering, herunder finansieringsform, af anlægsinvesteringen så vidt anlægsinvesteringerne er indenfor den samlede låneramme. Omvendt betyder de gældende regler for anlægsinvesteringer også, at amterne ikke kan afvriste bindingerne i lånerammen ved at indgå leje og leasingaftaler uden at skulle deponere et beløb svarende til værdien af de benyttede ejendomme, lokaler mv. Denne regulering sætter altså begrænsninger på amternes udvidelser af aktiver uanset om udvidelserne sker gennem egen låneoptagelse eller ved private finansiering med efterfølgende leje til den offentlige part.

Omgåelse af kriterierne i ØMU samarbejdet om offentlig låntagning som andel af BNP, som ikke må overstige 60 %, har i nogle tilfælde været en (ikke udtalt) begrundelse for at inddrage privat låntagning (Jenkinson 2003). De danske regler for deponering ved leje og leasingaftaler må dog bedømmes at sætte en væsentlig begrænsning for denne type af "kreativ" omlægning (ved at lade private aktører overtage låneoptagelse) for at opfylde ØMU kriterierne.

En væsentlig årsag til den oprindelige anvendelse af PFI ved offentlige investeringsprojekter i England har som tidligere nævnt været de offentlige myndigheders restriktive låneoptagelsesmuligheder. De gældende betingelser, hvor indenfor et projekt vurderes gennemført, er afgørende for valg af organiseringsmodel. Betingelserne kan eksempelvis være givet ved de parlamentariske rammer, de institutionelle forhold, institutionernes ledelsesstruktur, organiseringen og de bevillingsmæssige regler. Barrierer for offentlige investeringer og (i OPP sammenhæng) offentlig finansiering af større opgaver kan være de betingede rammer omkring låneoptagelsesmulighederne.

Hensigtsmæssigheden af at organisere en opgave som et OPP-projekt er med andre ord - i kraft af de "systemfejl", der implicit ligger i en restriktiv lånemulighed for det offentlige - stærkt påvirket af de rammemæssige betingelser (Finansministeriet 2001) – p. 251. En vurdering af, og sammenligning med udenlandske projekter kan ikke ses uafhængigt af de betingelser, der skaber den ramme indenfor hvilke projekter lader sig gennemføre. Er låneadgangen til offentlige projekter dermed mindre restriktiv i Danmark end i Storbritannien, er der muligvis ikke samme begrundede årsag til at vælge at større offentlige opgaver gennemføres som OPP-projekter.

Konsekvensen af "systemfejl" er (tilskyndelse til) suboptimal prioritering set ud fra et samfundsmæssigt og samfundøkonomisk hensyn (Finansministeriet 2001).

Med uændrede låne- og deponeringsregler vil PFI i dansk sammenhæng skulle basere sig på, at en række af de forventede fordele indfinder sig og opvejer ulemperne. Det skal bemærkes, at man i England i realiteten har fjernet sig for egentlige kapitalrammer i den offentlige sektor, se p. 288 i (Spackman 2002). Skulle dette ske i Danmark, skaber det anden situation.

6.3 Udbudsregler

EU-udbudsdirektiver kan være en (mindre) barriere. Barrieren består i, at direktiverne foreskriver at forhandling under et udbud ikke er tilladt, med mindre udbudet falder ind under undtagelsesbetingelserne. Barrieren ligger i, at et væsentligt element i PFI er den konkrete forhandling omkring risikofordelingen mellem de involverede parter. Der er dog i flere EU-lande gennemført PFI projekter – og derfor muligt at kombinere PFI modellen med EU-direktiverne. Barrieren kan ligge i den fortolkning, Danmark vælger at lægge i omtalte direktiver, hvor en restriktiv tolkning vil kunne skabe en væsentlig barriere for PFI projekters praktiske gennemførelse. Dette aspekt bør undersøges nærmere sammen med eksperter i udbudsregler og erfaringer med den danske fortolkning af EU's udbudsregler.

Kategoriseringen af et offentligt bygge- og anlægsarbejde bliver bestemt af, hvorvidt den anslåede samlede entreprisesum overstiger en fastsat tærskelværdi. Tærskelværdien bliver fastsat for to år og udgør i 2005 44,0 mio. kr. eksklusiv moms. Udbud der ligger under den fastsatte tærskelværdi kategoriseres som nationalt udbud og entrepriser over tærskelværdien er omfattet af EU's bygge og anlægsdirektiv. Den væsentligste forskel mellem de nationale udbudsregler og EU-udbudsreglerne er muligheden for dialog og forhandling. Tilbudsloven (LOV nr. 450 af 07/06/2001), gældende for nationale udbud giver mulighed for forhandling, mens EU-udbud ikke i samme grad tillader forhandling (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2003).

I bekendtgørelsen (BEK nr. 937 af 16/09/2004) står beskrevet i kapitel V omkring udbudsprocedurer, under hvilke betingelser en dialog og egentlig forhandling kan finde sted i forbindelse med et EU-udbud. Der er flere muligheder for at føre en dialog, parterne imellem, dog skal det bemærkes, at der skal knytte sig særlige forhold til det pågældende udbud, for at mulighederne for dialog og forhandling kan finde sted.

Et vigtigt begreb er konkurrencepræget dialog, som er defineret som "[...] en procedure, som enhver økonomisk aktør kan ansøge om at deltage i, men hvor den ordregivende myndighed fører en dialog med de ansøgere, der har fået adgang til at deltage i proceduren med henblik på at udvikle en eller flere løsninger, der kan opfylde dens behov, og som skal være grundlag for de tilbud, de valgte ansøgere dernæst opfordres til at afgive" (BEK nr. 937 af 16/09/2004, artikel 1, stk. 11.c). Forudsætningen for at anvende den dialogbaserede forhandlingsproces er "særlige komplekse kontrakter". Hvorvidt en kontrakt er særlig

kompleks afhænger af de tekniske vilkår og præciseringen af de retlige og/eller finansielle forhold omkring projektet (se BEK nr. 937 af 16/09/2004, Afsnit 1, Artikel 1, stk. 11. c).

Formålet med dialogen er ”at indkredse og fastslå, hvorledes deres (den ordregivende myndighed) behov bedst kan opfyldes.” (BEK nr. 937 af 16/09/2004, Kapitel V Artikel 29). De ordregivende myndigheder har under denne dialog mulighed for at drøfte alle kontraktens aspekter med de pågældende ansøgere, og må fortsætte indtil der foreligger en beslutning om mulige løsninger. Det endelige tilbud afgives efter endt dialog.

En anden mulighed er (hhv. uden eller efter forudgående udbudsbekendtgørelse), ”udbud med forhandling”, hvormed ”[...] forstås procedurer, hvor de ordregivende myndigheder henvender sig til økonomiske aktører, som de selv udvælger, og forhandler kontraktens vilkår med en eller flere af disse.” (se BEK nr. 937 af 16/09/2004, Afsnit 1, Artikel 1, stk. 11. d).

Anvender de ordregivende myndigheder dialog eller forhandlingsbaserede procedurer i udbudsformen, skal dette angives og begrundes i udbudsbekendtgørelsen. Derudover er der lagt vægt på, at tilbudsgiverne ikke forskelsbehandles (BEK nr. 937 af 16/09/2004).

”Vejledning om offentligt udbud ved salg af kommunens faste ejendom” (VEJ nr. 60 af 28/06/2004) kan muligvis bruges i fortolkningen af PFI projekter, da ”Reglerne om offentligt udbud gælder for salg af såvel bygninger som bebyggede og ubebyggede grunde, uanset om salget vedrører en enkelt ejendom, en del af en ejendom eller flere ejendomme [...]” (VEJ nr. 60 af 28/06/2004, pkt. 4.1).

Det ligger dog udenfor rammerne af denne rapport at gå ind i en detaljeret, udtømmende og samlet vurdering af de juridiske aspekter ved PFI-lignende udbud i Danmark.

I forlængelse af de juridiske aspekter af udbuddet af anlægsinvesteringer kan en mulig barriere være, at der er for få private konsortier, der er interesseret i at byde på anlægsprojekter i sundhedsvæsenet. Det klassiske argument for at inddrage private aktører er, at en offentlig aktør, der ikke er udsat for konkurrencepres, ikke er tilstrækkelig effektiv. Dette argument, som de færreste betvivler, men ikke altid er bevist, har sin styrke, hvis den konkurrence, der etableres, bliver effektiv. Konkurrencen om opgavevaretagelsen skal potentielt føre til bedre og billigere opgavevaretagelse end den traditionelle offentlige organisering. Hvis der ikke er tilstrækkelig mange private tilbud på det danske marked, så er risikoen, at konkurrencen bliver utilstrækkelig, og der derfor ikke opnås de ønskede effektivitetsgevinster^{12 13}. Udbuddet af private konsortier kan være begrænset af om der er

udbydere med tilstrækkelig viden om sundhedsområdet. Man må formodentlig forestille sig ret få danske konsortier, der vil kunne gå ind i OPP på sygehusområdet. Dette vurderes dog at være et mindre problem, da tilstrækkelig store udbud af anlægsinvesteringer i sundhedssektoren også vil tiltrække international opmærksomhed.

6.4 Manglende viden og erfaring

En væsentlig barriere kan i opstartsfasen være offentlige myndigheders manglende viden og erfaring med offentlig-privat samarbejde. Organisering af anlægsinvesteringer forudsætter klare mål og krav til byggeriet, og på sygehusområdet klare specifikationer af byggeriets funktionalitet i forhold til driften af kerneydelsen. Hvis de offentlige myndigheder ikke har den tilstrækkelige kompetence til at forme udbudsmaterialet og til at forhandle kontrakter med private aktører, så er der risiko for at kontraktforhandlingerne, opfølgning af kontrakter og håndhævelse af kontrakter kan blive omkostningskrævende.

Erfaringerne fra Storbritannien tyder på, at der ofte har været behov for ændringer efter kontraktens indgåelse, hvilket tyder på, at det er vanskeligt at specificere en fuldkommen kontrakt ved kontraktindgåelsen, som tager højde for alle eventualiteter. Specielt på områder, hvor der ikke tidligere har været erfaringer med totaludbud svarende til PFI må det formodes, at de offentlige myndigheders erfaringer og viden kan sænke og besværliggøre processen i starten. Besværlighederne kan dels vise sig i de indledende kontraktforhandlinger og -indgåelser, men kan måske vise sig i særdeleshed ved kontraktopfølgning og -kontrol i de tilfælde, hvor kontrakten ikke er blevet fuldt specificeret pga. de manglende erfaringer for specificering af den pågældende ydelse.

Der eksisterer på nuværende tidspunkt erfaringer med udbud af byggeri til private entreprenører samt udbud af drift af serviceopgaver i sundhedssektoren, men der mangler erfaringer med at udarbejde et samlet udbud for både byggeri, vedligehold og efterfølgende drift af serviceopgaver.

Erfaringer fra Storbritannien viser også, at processen er blevet kritiseret for at være for tung. Det kan formodes, at Danmark skal igennem en lignende udvikling, hvor de fastlagte procedurer i forbindelse med udbud i samme karakter som PFI skal udvikles og tilpasses.

¹² Den generelle indsigt fra den økonomiske litteratur tilsiger, at et privat monopol ikke er bedre end et offentligt monopol (Vickers & Yarrow 1988).

¹³ Erfaringerne fra Storbritannien peger på, at private konsortier er blevet mere skeptiske og er blevet mindre tilbøjelige til at byde sig til, hvilket bl.a. kan hænge sammen med at nogle konsortier har fået underskud eller har mistet deres værdi på aktiemarkedet (Hirst 2002). En anden begrundelse for den svigtende interesse har også været den lange og omkostningskrævende forhandling for PFI processen som tidligere omtalt (Hirst 2002).

PFI projekter og offentlig-private partnerskabsaftaler har taget sin begyndelse i 1992 i England og for alvor kommet i gang sidst i 1990'erne. De første kontrakter, der er indgået på området, er dermed omkring 10 år gamle og udløber (forudsat en kontraktperiode på 30 år) først om ca. 20 år. Dermed er det vanskeligt at forudse, hvilke kontraktmæssige problemer, der kan forventes at opstå hen mod slutningen af kontraktperioden, hvor det samlede ansvar (herunder for vedligehold og drift) overgår til den offentlige part – og dermed vurdere hvilke barrierer, der eventuelt eksisterer i den henseende.

Én mulig risikofaktor kunne være den private investors aftagende eller manglende interesse i at opretholde en bæredygtig/nødvendig vedligeholdelse af aftalen og dermed de af kontrakten omfattede bygninger/infrastruktur - og en aftagende interesse i at handle fleksibelt i forhold til at indgå kontraktændringer med den offentlige bestiller. For at kunne indarbejde faktoren ”vedligeholdelse” og grad af vedligeholdelse i en udstrækning, der sikrer et passende omfang af vedligeholdelse og dermed opretholder (eksempelvis) det fysiske anlæg og personalets uddannelsesniveau på et bæredygtigt niveau – er det nødvendigt ved kontraktindgåelsen, at kunne definere hvilken forventet stand aktivet er i på tidspunktet for kontraktudløb, dvs. (eksempelvis) 30 år ud i fremtiden. Kontraktens fuldstændighed, præmisserne for overtagelse og pris på overdragelsestidspunktet er af central betydning for den samlede omkostningseffektivitet af PFI, se argumentet uddybet i (Affuso & Newberry 2002).

Der er generelt omkostninger forbundet med enhver vurdering, planlægning og gennemførelse af offentlig-private samarbejdsprojekter, både for den offentlige bestiller og den private part. Når projekter derudover søges gennemført som et OPP projekt, en model der endnu er forbundet med manglende erfaring og kompetence, må det forventes at forårsage yderligere omkostninger. Opstarts- og transaktionsomkostningerne må derfor forventes at have en væsentlig størrelse i OPP projekter – og dermed i sig selv kunne udgøre en betydelig barriere for overvejelserne omkring brugen af denne model, men også for hele udviklingen af markedet for OPP i Danmark. Formålet med den tidligere omtalte pulje på 31 mio. kr., givet af regeringen til fremme af offentlig-privat partnerskab, er da delvist at imødekomme den fordyrende omstændighed, der ligger i offentlige og private virksomheders manglende kompetence indenfor disse projektkonstellationer. Forventningerne om ekstraomkostninger forbundet med opstart af OPP projekter imødekommes af regeringens initiativer omkring medfinansiering til kommuner og amters iværksættelse af OPP projekter. Initiativet betyder, at op til 50 pct. af meromkostningerne, forbundet med opgaver løst ved hjælp af OPP modellen, kan ansøges finansieret (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2004a). Statens pulje kan dermed afhjælpe barrieren, der ligger i meromkostningerne forbundet med anvendelsen af denne type projektmodel. Omvendt kan puljemidlerne fremkalde såkaldte systemfejl, idet der igennem medfinansieringen tilskyndes til brug af modeller, der uden støtteordningen ikke ville have været overvejet anvendt (Finansministeriet 2001) p. 252.

6.5 Kulturelle og holdningsmæssige barrierer

I en dansk undersøgelse af mulighederne for offentlig-privat samarbejde peges der specielt på, at kulturen og holdningerne hos det kliniske personale i sygehussektoren er en væsentlig barriere for offentlig-privat samarbejde (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002), se også (Erhvervs- og Byggestyrelsen 2005).

Flere forhold er potentielt medvirkende årsag til denne modstand blandt det kliniske personale på sygehusene, bl.a. er udbud af offentlige arbejdsopgaver indenfor sygehusvæsenet ofte gennemført med besparelsesformål for øje, hvorfor offentlig-privat samarbejde af personalet forbindes med krav om effektiviseringer. Derudover eksisterer fra flere sider (personale, ledelse og politikere) en skepsis overfor den private parts hensigter med at indgå i løsningen af den offentlige opgave. Konkret peges på frygten for interessekonflikter og den private parts ensidige fokusering på profithensyn og samtidig nedprioritering af samarbejdet og hensynet til den offentlige kontraktpartner. En del af den skepsis kan forstærkes af sygehusets manglende viden om priser og omkostningssammenhænge i relation til serviceydelser og behandling. Den manglende viden vanskeliggør i kontraktsituationen specificeringen af krav til den private leverandør, både i form af pris, kvalitet og indhold (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002).

Derudover kan der opstå holdningsmæssige barrierer blandt personalet, såfremt det offentlig-private samarbejde skaber en opfattelse af sygehusene som flere selvstændige enheder. Der er et behov for at sygehuset ses som en helhed og dermed at konsekvenserne af opgaverne varetages af hhv. den offentlige og private part ses under ét. Privat varetagelse af dele af den samlede opgave kan påvirke andre områder og have en fordyrende effekt på disse, hvorfor det ikke er hensigtsmæssigt at fokusere isoleret på områder indenfor sygehuset, men se opgaverne i en sammenhæng og under ét (Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002). Set i lyset af konkrete erfaringer på danske sygehuse, fx. Aabenraa Sygehus, må en del af denne bekymring dog siges at have en spekulativ karakter og synes mere at være baseret på manglende kendskab til konkrete samarbejdsmodeller.

For at imødekomme den holdningsmæssige og kulturelle barriere, der kan opstå i forbindelse med det offentlig-private samarbejde, er inddragelse af de implicerede offentligt ansatte medarbejdere i processen selvsagt en (delvis) løsning.

En tidlig inddragelse af alle interessenter, som kan forventes at have den største holdningsmæssige og kulturelle barriere kan forventes at have gavnlige virkninger på implementeringsprocessen. Den gavnlige virkning kan muligvis yderligere forstærkes, såfremt sygehuset har status af et universitetssygehus, hvor det kan formodes, at de faglige og kliniske holdninger er endnu stærkere.

De kulturelle og holdningsmæssige barrierer, der eksisterer indenfor de sundhedsfaglige og særligt kliniske personalegrupper ligger i tråd med afsnit 5.6, der konkluderer, at en mulig

opblødning og afhjælpning af denne modstand kan ske ved i højere grad og tidligt i projektforsløbet at inddrage medarbejderne på det berørte sygehus.

6.6 Opsummering af muligheder og barrierer i Danmark

Sammenlignet med situationen i England er mulighederne for PFI hverken bedre eller ringere i Danmark. Som i England bliver den politiske vilje til at bruge modellen meget afgørende. De grundlæggende faglige argumenter for og imod PFI er stort set ens. Der er dog den væsentlige forskel, at bygningsmassen i det danske sygehusvæsen næppe er så nedslidt, som det er tilfældet i England.

Langt hen ad vejen er det næppe de økonomiske nettofordele, der bliver afgørende. Det bliver spørgsmål som innovation og bedre ledelse, som bliver de centrale argumenter kombineret med et ønske om at opbryde den traditionelt integrerede offentlige sektor.

7. Teoretiske argumenter vedr. privat vs. offentlig låntagning

Økonomisk-teoretisk er der to indgange til PFI, som behandler forskellige spørgsmål. Tilsammen er de nødvendige for at beskrive de teoretiske overvejelser omkring PFI.

Der er en mikroøkonomisk tilgang baseret på teorien om ufuldstændig kontrakter og vertikal integration. Den mere makroøkonomiske (eller snarere finans-økonomiske) tilgang vedrører spørgsmålet om lånemarkedet for tilvejebringelse af henholdsvis privat og offentlig kapital.

7.1 Skattefinansiering: elementært men vigtigt

Ønsker en region at foretage en investering i eksempelvis et nyt sygehus eller gennemføre en gennemgribende renovering, skal der tages beslutning om, hvorledes investeringen finansieres.

Der er grundlæggende tre muligheder: skattefinansiering her og nu, lånefinansiering, hvorved den skattemæssige byrde fordeles over en længere periode og endelig en kombinationsmodel, hvor en del finansieres her og nu over de løbende skatter og resten lånefinansieres. Det centrale er, at enhver offentlig investering ultimativt skal skattefinansieres uanset finansieringsform. Det er alene et spørgsmål om den tidsmæssige fordeling af de nødvendige skatteopkrævninger.

Enhver offentlig investering (og offentlig forbrug) må ultimativt finansieres ved hjælp af en stigning i skatterne, hvorfor valget mellem skattefinansiering og lånefinansiering af et

offentligt investeringsprojekt ikke er et valg mellem finansieringskilde, der uanset ”finansieringsmodel” er skat, men derimod udtrykker et valg mellem timing af skatten.

Som eksempel kan betragtes en anlægsinvestering i et nyt sygehus. Investeringen er en engangsinvestering og udløser dermed en betydelig økonomisk byrde her og nu. Der vil naturligvis være omkostninger forbundet med driften og vedligeholdelsen af sygehuset, men omkostningerne afholdt til opførelse af bygningerne vil være en engangsinvestering. Vælges investeringen finansieret ved en opskrivning af skatterne i det eller de pågældende skatteår pålægges skatteyderne en betydelig skattebyrde her og nu. Investeringen er nu finansieret og året efter justeres skatteopkrævningen principielt ned igen. Den økonomiske byrde ved at finansiere hele investeringen på én gang og indenfor samme år eller to til tre år vil være meget tung. Vælger et amt derfor at finansiere anlægsinvesteringen ved hjælp af låntagning, spredes dermed også den økonomiske byrde over en længere tidsperiode, og variationen i skatteopkrævningen over tid reduceres betydeligt.

Pointen ved finansiere en offentlig investering via låntagning er, at der opnås en fordeling af den økonomiske byrde over tid, og dermed overholdes og opretholdes forventningen om en konstant beskatningsprocent (Barro 1979). Det centrale er, at fordelingen af skatteopkrævningen og fordelingen af investeringsomkostningerne medfører en mere jævn fordeling af finansieringen af investeringsprojektet og en mere jævn fordeling af den økonomiske byrde.

7.2 Ufuldstændige kontrakter, transaktionsomkostninger og vertikal (dis)integration

I dette notats indledende afsnit blev det anført, at den integrerede model for en offentlig sektor af mange forskellige årsager er under pres. I de efterfølgende afsnit blev betydningen af kontraktudformningen igen og igen understreget ligesom transaktionsomkostningerne, der følger med kontraktudforming- og opfølgning er blevet fremhævet. På såvel det praktiske som det teoretiske plan er dette centrale analytiske begreber i forbindelse med PFI og PPP i almindelighed.

Den nyinstitutionelle økonomiske teori, sådan som den er udformet af Oliver Williamson (Williamson 2002; Williamson 1985), drejer sig netop om disse forhold: ufuldstændige kontrakter og de problemer, det giver, og betydningen af de afledte transaktionsomkostninger for en række beslutninger. I denne teori vises også – ganske vist i en privat-sektor kontekst – hvordan disse forhold kan påvirke interessen og mulighederne for vertikal integration (dvs. integration af forskellige dele af produktionsprocessen i en virksomhed frem for opdeling i flere separate virksomheder) (Williamson 2005). Af disse årsager er den nyinstitutionelle teori det naturlige teoretiske udgangspunkt for det mikroøkonomiske fundament for PFI og PPP.

Oliver D. Hart benytter en modificeret udgave af denne teori til en relevant analyse af den offentlige sektor, bl.a. fængsler og sygehuse (Hart 2003; Hart, Shleifer, & Vishny 1997). I stedet for – som det så ofte gøres i den traditionelle neo-klassiske økonomi – at betone (pris)konkurrence lægges vægten på de residuale kontrolrettigheder (ejendomsretten) og kvalitet. Han analyserer en PPP-model (Hart 2003), hvor såvel anlægsaktivet som serviceproduktionen er privat organiseret, men offentlig finansieret, og bruger det som afsæt til at se på spørgsmålet om graden af vertikal integration (kaldet bundling, nemlig af ejerskab af den fysiske kapital og driften, som anlægsaktivet bruges til). Ikke overraskende er konklusionen, at vertikal integration afhænger af, om det er lettere at skrive en kontrakt for både anlægsaktivet og serviceproduktionen eller om det sidste fx er for svært. Hart mener selv, at spørgsmålet om finansiering er sekundært – uden dog at analysere det – og at det centrale bliver kontraktspørgsmålet.

Bennett og Iossa (Bennett & Iossa 2004) udvikler en (matematisk) model for, hvornår det er ønskeligt at 'bundle' både anlægsaktiv og serviceproduktion og optimal ejerskab mellem den private og offentlige sektor. En af de kritiske faktorer bliver spørgsmålet om positive og negative eksternaliteter, fx i hvilket omfang investor i sin kalkule medtænker positive og negative eksternaliteter i sine kalkuler. Det er åbenbart, at ejerskab og residuale kontrolrettigheder spiller en rolle i den forbindelse.

7.3 Makroøkonomiske overvejelser - crowding out

Et klassisk makroøkonomisk argument er, at offentlige investeringer fører til fuld eller delvis crowding-out af private investeringer i form af rente- og/eller prisstigninger. For det første udgør crowding-out formodentlig ikke noget væsentligt problem i en lille åben økonomi. I nærværende diskussion er sagen også en lidt anden end den traditionelle crowding-out diskussion, idet det offentlige har besluttet at foretage en investering i et givet projekt. Spørgsmål er blot, om projektet skal finansieres med det offentlige som låntager og ejer af aktivet, eller om det private skal stå for finansieringen og som ejer af anlægsinvesteringen. Der tages altså ikke stilling til størrelsen af anlægsinvesteringen som sådan, ej heller prioriteringen mellem forskellige offentlige investeringer. Der diskuteres således udelukkende, hvem der er låntager og ejer af det besluttede anlægsaktiv. Crowding-out argumentet er derfor ikke relevant i denne sammenhæng, da det må forventes at anlægsinvesteringen i nogen grad vil skubbe andre private anlægsinvesteringer ud (i det omfang der forekommer crowding-out i den danske økonomi) uanset om der er tale om offentlig eller privat låntagning; (Heald 1997) "An important insight is that private investment is just as likely to be crowded out by the privately financed public projects as by publicly financed public projects." (p. 570).

Med ovenstående makroøkonomiske overvejelser er det væsentlig at mane et alment argument for inddragelse af privat finansiering til jorden. Argumentet om, at det offentlige ikke har økonomisk råderum til at finansiere alle nye anlægsinvesteringer, og at privat

kapital derfor bør inddrages i løsningen af offentlige anlægsinvesteringer, er ikke validt (Klein 1997). Det er den totale opsparing (indenlandsk og trækning på udenlandsk opsparing) der er afgørende for finansieringen af anlægsinvesteringer snarere end hvorvidt anlægsinvesteringen finansieres gennem privat eller offentlige låntagning. Den samlede ramme for anlægsinvestering er derfor bestemt af det samlede makroøkonomiske råderum til investeringer, og det er kun institutionelle begrænsninger (dvs. reguleringsmæssige eller politiske restriktioner), der eventuelt sætter yderligere grænser for det offentlige råderum for låntagning til anlægsprojekter. De institutionelle begrænsninger for offentlige låntagning er uddybet i tidligere afsnit.

7.4 Kan det offentlige optage lån billigere end det private?

Observationer viser, at den offentlige rentesats for låntagning er lavere end den normale afkastrate for private investeringer (se afsnit 5.1), hvilket betyder, at det offentlige kan optage lån billigere end private parter kan lånefinansiere tilsvarende anlægsinvesteringer. Dette begrundes bl.a. med, at staten har større mulighed for risikopooling samt kan stille en større sikkerhed til kreditorerne (Froud 2003; Grout 1997; Grout & Stevens 2003; Heald 1997).

Et af argumenterne er, at kreditorerne stort set ikke bærer nogen risiko ved at låne til det offentlige, og derfor kan det offentlige låne til en såkaldt 'risikofri' rentesats (Klein 1997), hvorimod privat låneoptagelse indebærer en risiko for kreditorerne og dermed højere låneomkostninger. Det offentliges låneoptagelse er billigere, fordi der er god likviditet i statslige værdipapirudstedelser, og det offentlige vil altid kunne tilbagebetale sine kreditorer.

I forlængelse af ovenstående argument, argumenterer Arrow & Lind i deres klassiske artikel for at statens investeringsprojekter skal vurderes til en risikofri rentesats (Arrow & Lind 1970), da det offentlige har større mulighed for spredning af risiko forbundet med finansieringen af anlægsinvesteringer. Dette argument understøtter, at offentlig låneoptagelse er billigere end tilsvarende privat låntagning. Argumentet om at det offentlige er bedre end det private kapitalmarked til at sprede risikoen er dog blevet kritiseret voldsomt, se bl.a. (Heald 1997; Jenkinson 2003; Klein 1997).

Den offentlige låneoptagelse sker mod at låntagningen afbetales med fremtidige skattebetalinger, og det er dermed skatteyderne, der dækker risikoen ved offentlig låntagning. Staten kan tvinge skatteyderne til at betale omkostningerne ved låntagning, hvilket understreger kreditorernes sikkerhed i forbindelse med offentlig låntagning (Froud 2003; Grout 1997; Jenkinson 2003)¹⁴. Risikoen ved offentlig låntagning spredes ud på

¹⁴ Brealey et al (1997) tilføjer til dette argument, at skatteyderne dækker ubegrænset de potentielle ekstraomkostninger, der opstår ved et offentligt anlægsprojekt, mens aktionærene i en privat virksomhed kun dækker med deres indskud (Brealey, Cooper, & Habib 1997). Risikoen ved ekstraomkostninger er derfor i nogle henseender mere begrænset for private aktører end for skatteyderne.

mange skatteydere, og den enkelte skatteyder bærer en uendelige lille risiko. En eventuel risikopræmie, dvs. kompensationen for at bære en risiko, vil dermed konvergere mod nul, hvilket betyder at statens låntagning bør vurderes til en risikofri rentesats (Arrow & Lind 1970).

Skatteyderne bliver ikke på samme måde som markedet kompenseret for at dække en risiko, og derfor vil offentlige låneoptagelser umiddelbart se ud til at være billigere end privat låntagning (Jenkinson 2003; Klein 1997). Kreditorerne på markedet foretager en risikovurdering og forlanger kompensation for den involverede risiko, hvilket synliggør den konkrete risiko ved en given anlægsinvestering. Den private rentesats vil dermed være højere, da den afspejler den konkrete risikoprofil. Hvis den offentlige lånerente ikke risikojusteres, så vil den private finansiering af anlægsinvesteringer være dyrere pga. de højere private låneomkostninger.

Arrow & Lind's klassiske argument for en risikofri rentesats for offentlige anlægsinvesteringer har præget debatten, men er blevet kritiseret for kun at være gældende under en række restriktive forudsætninger. Klein (1997) mener, at det offentliges lave omkostninger til finansiering kun er baseret på det offentliges mulighed for at tvinge skatteyderne til at betale og ikke statens mulighed for risikospredning, da han argumenterer for, at private parter på samme måde kan sprede risikoen ved låntagning på mange kreditorer. Med udgangspunkt i dette argument, mener Klein (1997), at de tilsyneladende lave offentlige låneomkostninger er baseret på statens mulighed for at tvinge skatteyderne til at afdrage låneomkostningerne og giver en bias i vurderingen af hhv. offentlig og privat finansiering. Derfor bør den offentlige rentesats risikojusteres, således at der principielt ikke er nogen forskel i den offentlige og den private rentesats.

Et generelt argument i litteraturen er, at låneomkostningerne er ens uanset finansieringskilde, når markedet er perfekt (Jenkinson 2003; Klein 1997). Låneomkostningerne vil under et perfekt kapitalmarked være afhængig af risikoprofilen for det pågældende projekt, men ikke som sådan af finansieringskilde og om det er offentlig eller privat låntagning. Da markedet sjældent er perfekt, så er der en række yderligere komplikationer i diskussionen om forskelle i rentesats. En af de største komplikationer ved inddragelse af private aktører i finansieringen, byggeri og drift er den større kontraktuelle kompleksitet. Ved fuld offentlig organisering vil en hel række af de kontraktuelle forhold mellem de involverede offentlige parter være implicit, og der vil i mange tilfælde ikke være nogen formelle og nedskrevne kontrakter. Når private aktører inddrages i forskellige dele af opgaveløsningen, kræves en højere grad af formalisering af det kontraktuelle forhold.

Kontraktforholdet er uproblematisk, hvis kontrakten mellem den offentlige part og den/de private aktører kan skrives, så den er fuldt dækkende for alle forhold i kontraktforholdet, også betegnet som en perfekt kontrakt. Hvis det offentlige fuldt ud kan specificere ønsker til ydelserne og eventuelle sanktioner i forbindelse med overtrædelse ved eksempelvis manglende levering af den ønskede kvalitet, så kan der tegnes en perfekt kontrakt. Idealet

om en perfekt kontrakt er dog sjældent opfyldt, da det offentlige enten ikke kan specificere ønskerne til ydelsen fuldt ud, der er fremtidige uforudsete hændelser eller fremtidige politiske ændringer, som ikke var forudset, eller fordi det er for krævende eller dyrt at specificere alle ønsker, krav og fremtidige ændringer. Det er uendeligt dyrt eller uopnåeligt at lave en perfekt kontrakt, og derfor vil kontraktforholdet være præget af imperfekte kontrakter (Grossman & Hart 1986; Hart, Shleifer, & Vishny 1997; Williamson 2002; Williamson 1975; Williamson 1985; Williamson 1999).

Muligheden for at specificere en mere eller mindre dækkende kontrakt afhænger af ydelsens karakter, målbarheden og kompleksiteten af ydelsen (Ashton m.fl. 2004; Barzel 1982; Williamson 1985). Med en imperfekt specificeret kontrakt vil låneomkostningerne stige, da risikoen ved kontraktindgåelsen opfattes som større (Froud 2003; Jenkinson 2003). Imperfekte kontrakter vil både involvere en risiko for den offentlige bestiller samt for det private konsortium. For det private konsortium betyder imperfekte kontrakter, at kapitalmarkedet vurderer den yderligere risiko ved at kontrakten ikke er perfekt specificeret, og dette vil føre til at rentesatsen bliver højere end en risikofri rentesats.

Den teoretiske diskussion om begrundelsen for at den observerede rente, offentlige myndigheder kan optage lån til er lavere end afkastrenten for private investeringer, knytter sig til risikoaspektet og markedsimperfektioner, her konkret i form af imperfekte kontrakter. Et af argumenterne er, at det offentlige kan låne til en såkaldt 'risikofri' rentesats, fordi kreditorerne stort set ikke bærer nogen risiko ved at låne til det offentlige, privat låneoptagelse derimod indebærer en risiko for kreditorerne og medfører dermed højere låneomkostninger. Hvis den offentlige lånerente ikke risikojusteres, så vil den private finansiering af anlægsinvesteringer være dyrere pga. de højere private låneomkostninger. Et generelt argument i litteraturen er, at låneomkostningerne er ens uanset finansieringskilde, når markedet er perfekt. En af de største komplikationer ved inddragelse af private aktører i finansieringen, byggeri og drift er den større kontraktuelle kompleksitet. Gennemføres en offentlig investering i form af PFI, indgår en kontrakt mellem den offentlige bestiller og den private part, kontrakten er imperfekt, hvorfor risikoelementet opfattes at være større og som en følge heraf stiger låneomkostningerne.

Afslutningsvis skal det påpeges, at givet at det offentlige kan låne til en lavere rente end private konsortier, betyder det, at PFI ud fra en kasseøkonomisk synsvinkel har højere kapitalomkostninger. Disse højere kapitalomkostninger medfører, at det offentlige betaler en højere ydelse til det private konsortium, med mindre det private konsortium netto kan udføre byggeriet mere omkostningseffektivt. De højere kapitalomkostninger under PFI vil dermed tale imod PFI ud fra en kasseøkonomisk betragtning.

Ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv er højere låneomkostning som sådan ikke et problem, da højere kapitalomkostninger så at sige svarer til andres gevinster – dvs. omkostninger og gevinster på samfundsmæssigt plan er udlignet. Ud fra denne betragtning

er det udelukkende vigtigt at vurdere, hvilken organiseringsform der minimere omkostningerne til byggeriet uden at inddrage kapitalomkostningerne i vurderingen.

Det sidste argument holder dog kun, hvis der ikke er skævvridningseffekter af offentlige finanser, dvs. skævvridning ved inddrivelse af det offentlige skatteprovenu. Hvis der er skævvridningseffekter (se eksempelvis (Dasgupta & Stiglitz 1972; Stiglitz 2002)), så vil en minimering af det offentliges samlede udgifter (incl. udgifter til dækning af kapitalomkostninger) være vigtige. En yderligere uddybning af forskellen mellem et kasseøkonomisk og et samfundsøkonomisk perspektiv på kapitalomkostninger er ikke systematisk forfulgt i nærværende notat, og det ligger ud over notatets formål at redegøre for denne problemstilling i detaljer.

8. Litteratur

Affuso, L. & Newberry, D. 2002, "The impact of Structural and Contractual Arrangements on a Vertically Separated Railway", *The Economic and Social Review*, vol. 33, no. 1, pp. 83-92.

Allen, G. 2001, *The Private Finance Initiative (PFI)*, Economic Policy and Statistics Section, House of Commons Library, Research paper 01/117.

Arrow, K. J. & Lind, R. C. 1970, "Uncertainty and Evaluation of Public Investment Decisions", *American Economic Review*, vol. 60, no. 3, pp. 364-378.

Arthur Andersen & Enterprise LSE 2000, *Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative*, HM Treasury, London.

Ashton, T., Cumming, J., & Mclean, J. 2004, "Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience", *Health Policy*, vol. 69, no. 1, pp. 21-31.

Barro, R. J. 1979, "On the Determination of the Public Debt", *Journal of Political Economy*, vol. 87, no. 5, pp. 940-971.

Barzel, Y. 1982, "Measurement Cost and the Organization of Markets", *Journal of Law and Economics*, vol. 25, pp. 27-47.

Bennett, J. & Iossa, E. 2004, *Building and managing facilities for public services* Working Paper, Department of Economics and Finance, Brunel University.

Blaiklock, M. 2003, "Costs of PFI and PPP have been underestimated", *BMJ*, vol. 327, no. 7411, pp. 395-39a.

Blejer, M. I. & Cheasty, A. 1991, "The Measurement of Fiscal Deficits - Analytical and Methodological Issues", *Journal of Economic Literature*, vol. 29, no. 4, pp. 1644-1678.

Brealey, R. A., Cooper, I. A., & Habib, M. A. 1997, "Investment appraisal in the public sector", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, no. 4, pp. 12-28.

Centre for Public Services 2003, *Private Finance Initiative and Public Private Partnerships - What future for public services?.*, Centre for Public Services.

Croxson, B. 2000, *Organisational Costs in the New NHS* Office of Health Economics, London.

- Dasgupta, P. & Stiglitz, J. E. 1972, "On Optimal Taxation and Public Production", *Review of Economic Studies*, vol. 39, no. 1, pp. 87-103.
- Davies, S. & Fairbrother, P. 2003, *Private Finance Initiative (PFI) and Public Private Partnerships (PPPs): Definitions and Sources*, School of Social Science, University of Cardiff, Cardiff, Working Paper Series Paper 39.
- Dawson, D. & Maynard, A. 1996, "Private finance for the public good? Still no sign of evidence based policy making", *British Medical Journal*, vol. 313, no. 7053, p. 312.
- Dawson, D. 2001, "The private financen initiative: a public finance illusion?", *Health Economics*, vol. 10, pp. 479-486.
- Dowdeswell, B. & Heasman, M. 2004, *Public Private Partnerships in Health: A Comparative Study* University of Durham, Report prepared for the Netherlands Board for Hospital Facilities.
- Dunnigan, M. G. & Pollock, A. M. 2003, "Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study", *BMJ*, vol. 326, no. 7395, pp. 905-908.
- Erhvervs- og Boligstyrelsen 2002, *Offentlig-privat samarbejde på sygehusene*.
- Erhvervs- og Boligstyrelsen 2003, *Bygherrevejledning: Forskrifter og generelle retningslinier for statens byggevirksomhed* Erhvervs- og Boligstyrelsen, København.
- Erhvervs- og Boligstyrelsen 2004a, *Informationsmateriale om OPP-pulje*, Erhvervs- og Boligstyrelsen, København.
- Erhvervs- og Boligstyrelsen 2004b, *Vejledning om OPP til bekendtgørelse om OPP, partnering og nøgletal* Erhvervs- og Boligstyrelsen, København.
- Erhvervs- og Byggestyrelsen 2004, *Svigt i byggeriet - økonomiske konsekvenser og muligheder for en reduktion* Erhvervs- og Byggestyrelsen, København.
- Erhvervs- og Byggestyrelsen 2005, *OPP-Markedet i Danmark 2005-2010*, Erhvervs- og Byggestyrelsen, København.
- Finansministeriet 2001, *Redegørelse om offentlige investeringer* Finansministeriet, København.
- Finansministeriet 2002, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2003* Finansministeriet, København.

Finansministeriet 2003, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2004* Finansministeriet, København.

Finansministeriet 2004, *Aftaler om den kommunale økonomi for 2005* Finansministeriet, København.

Fischbacher, M. & Beaumont, P. B. 2003, "PFI, public-private partnerships and the neglected importance of process: Stakeholders and the employment dimension", *Public Money & Management*, vol. 23, no. 3, pp. 171-176.

Flemming, J. & Mayer, C. 1997, "The assessment: public-sector investment", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, no. 4, pp. 1-11.

Flyvbjerg, B. 2005, "Machiavellian megaprojects", *Antipode*, vol. 37, no. 1, pp. 18-22.

Flyvbjerg, B., Holm, M. K. S., & Buhl, S. L. 2005, "How (in) accurate are demand forecasts in public works projects? The case of transportation", *Journal of the American Planning Association*, vol. 71, no. 2, pp. 131-146.

Flyvbjerg, B., Holm, M. K. S., & Buhl, S. L. 2004, "What causes cost overrun in transport infrastructure projects?", *Transport Reviews*, vol. 24, no. 1, pp. 3-18.

Flyvbjerg, B., Holm, M. S., & Buhl, S. 2002, "Underestimating costs in public works projects - Error or lie?", *Journal of the American Planning Association*, vol. 68, no. 3, pp. 279-295.

Froud, J. 2003, "The Private Finance Initiative: risk, uncertainty and the state", *Accounting Organizations and Society*, vol. 28, no. 6, pp. 567-589.

Froud, J. & Laughlin, R. 2001, "Appraising and evaluating PFI of NHS hospitals", *Financial Accountability and Management*, vol. 17, no. 3, pp. 247-270.

Gaffney, D. & Pollock, A. M. 1999, "Pump-priming the PFI: Why are privately financed hospital schemes being subsidized?", *Public Money & Management*, vol. 19, no. 1, pp. 55-62.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. 1999a, "The private finance initiative - PFI in the NHS - is there an economic case?", *British Medical Journal*, vol. 319, no. 7202, pp. 116-119.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. 1999b, "The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative---expansion or contraction?", *BMJ*, vol. 319, no. 7201, pp. 48-51.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. 1999c, "The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS", *BMJ*, vol. 319, no. 7204, pp. 249-253.

Gaffney, D. & Pollock, A. 1999, *Downsizing for the 21st Century - A Report to UNISON Northern REgion on the North Durham Acute Hospitals PFI Scheme*, UNISON, Second edition.

Gao, S. S. & Handley-Schachler, M. 2004, "Public Bodies' Perceptions on Risk Transfer in the UK's Private Finance Initiative", *Journal of Finance and Management in Public Services*, vol. 3, no. 1, pp. 25-39.

Greenaway, J., Salter, B., & Hart, S. 2004a, "The Evolution of a 'Meta-Policy': The Case of the Private Finance Initiative and the Health Sector", *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 6, no. 4, pp. 507-526.

Greenaway, J., Salter, B., & Hart, S. 2004b, "The Evolution of a 'Meta-Policy': The Case of the Private Finance Initiative and the Health Sector", *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 6, no. 4, pp. 507-526.

Grossman, S. J. & Hart, O. D. 1986, "The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration", *Journal of Political Economy*, vol. 94, pp. 691-719.

Grout, P. A. 1997, "The economics of the private finance initiative", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, no. 4, pp. 53-66.

Grout, P. A. 2003, "Public and private sector discount rates in public-private partnerships", *Economic Journal*, vol. 113, no. 486, p. C62-C68.

Grout, P. A. & Stevens, M. 2003, "The Assessment: Financing and Managing Public Services", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 19, no. 2, pp. 215-234.

Hall, J. 1998, "Private opportunity, public benefit?", *Fiscal Studies*, vol. 19, pp. 121-140.

Hart, O. 2003, "Incomplete contracts and public ownership: Remarks, and an application to public-private partnerships", *Economic Journal*, vol. 113, no. 486, p. C69-C76.

Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. W. 1997, "The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 112, pp. 1127-1161.

Heald, D. 1997, "Privately financed capital in public services", *Manchester School of Economic and Social Studies*, vol. 65, no. 5, pp. 568-598.

- Hellowell, M. 2005a, "Playing field still uneven say critics", *Public Private Finance*, vol. February, no. 90, pp. 12-13.
- Hellowell, M. 2005b, "Unhealthy profit margin?", *Public Private Finance*, vol. February 2005, no. 90, p. 20.
- Hirst, J. 2002, "Would you credit it?", *Public Finance*, vol. October 4th-10th, pp. 18-21.
- HM Treasury 2003, *PFI: Meeting the investment Challenge*, HM Treasury, London.
- Holmstrom, B. 1989, "Agency Costs and Innovation", *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 12, no. 3, pp. 305-327.
- Holmstrom, B. & Milgrom, P. 1991, "Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design", *Journal of Law, Economics and Organization*, vol. 7, pp. 24-52.
- Indenrigsministeriet 2000a, *Den kommunale låntagning og deponeringsreglerne* Indenrigsministeriet, København.
- Indenrigsministeriet 2000b, *Vejledning om kommunernes låntagning og meddelelse af garantier m.v.*, Indenrigsministeriet, København, Vejledning nr. 11681 af 23/08/2000.
- Jenkinson, T. 2003, "Private finance", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 19, no. 2, pp. 323-334.
- King's Fund 2004, *Private Finance Initiative & L.I.F.T. - public private partnerships in the NHS*, King's Fund, London.
- Klein, M. 1997, "The risk premium for evaluating public projects", *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, no. 4, pp. 29-42.
- Laffont, J. J. & Tirole, J. 1993, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation* MIT Press, Cambridge and London.
- Limb, M. 2005, "PFI deals need more scrutiny after shareholders receive big windfalls", *BMJ*, vol. 330, no. 7505, pp. 1407-140a.
- Lind, R. C., Arrow, K. J., Corey, G. R., Dasgupta, P., Sen, A. K., Stauffer, T., Stiglitz, J. E., Stockfish, J. A., & Wilson, R. 1982, *Discounting for Time and Risk in Energy Policy* John Hopkins University Press, Washington, D.C.

McGinty, F., Boomla, K., Shanmugadasan, S., Highton, C., Tobias, G., Kohli, B., McCloskey, B., & Deakin, M. 2000, "Private finance initiative", *BMJ*, vol. 320, no. 7229, p. 250.

Møller, F. 2004, "Bør der diskonteres i forbindelse med velfærdsøkonomisk projektvurdering", *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, vol. 142, pp. 95-123.

National Audit Office 2001, *Managing the relationship to secure a succesful partnership in PFI projects*, National Audit Office.

National Audit Office 2002, *The PFI Contract for the redevelopment of West Middlesex University Hospital*, National Audit Office.

National Audit Office 2003, *PFI: Construction Performance*, National Audit Office (NAO), London.

National Audit Office 2005, *Darrent Valley Hospital: The PFI Contract in Action*, National Audit Office.

NHS Executive 1999, *Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative*, The Stationary Office, London.

Pilling, J. R. 2002a, "Establishing a contract for a PACS managed service", *Clinical Radiology*, vol. 57, no. 3, pp. 178-183.

Pilling, J. R. 2002b, "Lessons learned from a whole hospital PACS installation", *Clinical Radiology*, vol. 57, no. 9, pp. 784-788.

Pollock, A. M., Shaoul, J., & Vickers, N. 2002, "Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?", *British Medical Journal*, vol. 324, no. 7347, pp. 1205-1209.

Pollock, A. M., Dunnigan, M., Gaffney, D., Macfarlane, A., & Majeed, F. A. 1997, "What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative", *BMJ*, vol. 314, no. 7089, p. 1266.

Pollock, A. M., Dunnigan, M. G., Gaffney, D., Price, D., & Shaoul, J. 1999, "The private finance initiative: Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century", *BMJ*, vol. 319, no. 7203, pp. 179-184.

Pollock, A. M., Player, S., & Godden, S. 2001, "How private finance is moving primary care into corporate ownership", *BMJ*, vol. 322, no. 7292, pp. 960-963.

- Price, D., Gaffeny, D., & Pollock, A. 1999, *The only game in town - A report on the Cumberland Infirmary Carlisle PFI*, UINSON Northern Region.
- PriceWaterHouseCoopers 2002, *Study into Rates of Return Bid on PFI Projects*, PriceWaterHouseCoopers.
- Reeves, C. 1999, "Economics of PFI in the NHS", *BMJ*, vol. 319, no. 7203, p. 191a.
- Reeves, E. 2003, "Public-Private Partnerships in Ireland: Policy and Practice", *Public Money & Management*, vol. 23, no. 3, pp. 185-194.
- Regeringen 2003, *Staten som bygherre - vækst af effektivisering i byggeriet* Erhvervs- og Boligstyrelsen, København.
- Regeringen 2004, *Handlingsplan for Offentlig-Private Partnerskaber (OPP)*, Økonomi- og Erhvervsministeriet, København.
- Ruane, S. 2000, "Acquiescence and opposition: the private finance initiative in the National Health Service", *Policy and Politics*, vol. 28, no. 3, pp. 411-424.
- Sharp, Leeanne & Tinsley, F. 2004, *PPP Policies Throughout Australia. A Comparative Analysis of Public Private Partnerships (draft 8)*
<http://www.muprivate.edu.au/fileadmin/SOE/PPPPoliciesThroughoutAustralia.pdf>.
- Singh, D. 2003, "Commission publishes damning report on first PFI hospital", *BMJ*, vol. 326, no. 7388, p. 520b.
- Smith, C. A. 1999a, *Making Sense of the Private Finance Initiative - Developing Public-Private Partnerships* Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Smith, R. 1999b, "PFI: perfidious financial idiocy", *BMJ*, vol. 319, no. 7201, pp. 2-3.
- Sønderjyllands Amt & Grant Thornton 2004, *Ny motorvej mellem Sønderborg og motorvej E45*.
- Spackman, M. 2002, "Public-private partnerships: lessons from the British approach", *Economic Systems*, vol. 26, no. 3, pp. 283-301.
- Stiglitz, J. E. 2002, "New perspectives on public finance: recent achievements and future challenges", *Journal of Public Economics*, vol. 86, no. 3, pp. 341-360.
- Sussex, J. 2002, *Making the best of the private finance initiative in the NHS*, Office of Health Economics, London, Seminar Briefing no.4.

- The Canadian Council for Public-Private Partnerships 2003, *The Canadian Case for Hospital PPP projects*.
- Tiffin, M. & Hall, P. 1998, "PFI - the last chance saloon?", *Proceedings of the Institution of Civil Engineers-Civil Engineering*, vol. 126, no. 1, pp. 12-18.
- Tirole, J. 1999, "Incomplete Contracts: Where Do We Stand?", *Econometrica*, vol. 67, pp. 741-781.
- Trafikministeriet & Frederiksborg Amt 2005, *Idékonnurrence omkring OPP-projektet "Roskilde Fjord - ny fast forbindelse"* Trafikministeriet & Frederiksborg Amt, Frederiksborg.
- Treasury Taskforce 1999, *How to construct a Public Sector Comparator*, HM Treasury, London, PFI Technical Note No. 5.
- Vickers, J. & Yarrow, G. 1988, *Privatization: An economic analysis* MIT Press, London and Cambridge.
- Williamson, O. E. 2002, "The theory of the firm as governance structure: From choice to contract", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 16, no. 3, pp. 171-195.
- Williamson, O. E. 1975, *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications* The Free Press, New York.
- Williamson, O. E. 1985, *The Economic Institutions of Capitalism - Firms, Markets, Relational Contracting* The Free Press, New York, London, Toronto, Sydney, Singapore.
- Williamson, O. E. 1991, "Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives", *Administrative Science Quarterly*, vol. 36, no. 2, pp. 269-296.
- Williamson, O. E. 1999, "Public and Private Bureaucracies: A Transaction Cost Economics Perspective", *Journal of Law, Economics, and Organization*, vol. 15, no. 1, pp. 306-342.
- Williamson, O. E. 2000, "The New Institutional Economics: Taking Stack, Looking Ahead", *Journal of Economic Literature*, vol. 38, pp. 595-613.
- Williamson, O. E. 2005, "Transaction cost economics and business administration", *Scandinavian Journal of Management*, vol. 21, no. 1, pp. 19-40.

Appendiks 1: Litteraturkilder

Dette notat er ikke en samlet litteraturgennemgang og -oversigt, men baserer sig i sagen natur på centrale dele af den eksisterende empiriske og teoretiske litteratur. I det følgende skitseres kort den anvendte strategi for litteartursøgning, ligesom centrale organisatoriske kilder anvises.

To notater giver en god indføring til kilder, dels en rapport fra King's Fund (King's Fund 2004), hvor der alene fokuseres på det engelske sundhedsvæsen, dels en mere generel rapport fra universitetet i Cardif (Davies & Fairbrother 2003). British Library har en udmærket web-side med forskellige links og indgange til emnet, <http://www.bl.uk/collections/social/rdppedu.html>. Der fokuseres dog især på undervisningssektoren.

Der er to hovedkilder til litteratur om PFI.

Der er for det første artikler om PFI i videnskabelige tidsskrifter, jfr. litteraturlisten, incl. mere partsprægede indlæg fra visse tænketanke. Databaserne "EconLit", "Worldwide Political Science Abstracts" og "Medline" har været gennemført med søgetermer som PFI, PPO, private financing initiative osv. Endvidere har almindelig 'snebold-taktik' været brugt, dvs. gennemgang af litteraturlister i fundne arbejder. Søgemaskinerne Google og Yahoo har været benyttet med de samme søgeord.

For det andet er der rapporter fra mere eller mindre uafhængige myndigheder. Den engelske 'rigsrevision' (National Accounting Office, NAO) har offentliggjort omkring 30 rapporter om PFI med særlig vægt på gennemgang af enkelprojekter. Fx. the West Middlesex University Hospital. Rapporterne findes på www.nao.gov.uk. PAC (Public Accounting Committee) har ofte fulgt op på NAOs rapporter. Sammen med regeringens kommentarer findes de på www.publications.parliament.uk/pa/cm/cmpublicacc.htm. Det engelske finansministerium (HM Treasury) har ligeledes publiceret en række rapporter, http://www.hm-treasury.gov.uk/documents/public_private_partnerships/ppp_index.cfm. Ministeriet repræsenterer ligesom i Danmark synspunkterne hos den til enhver tid siddende regering og rapportererne skal derfor læses i det lys.

Der findes et særligt selskab, Partnerships UK (PUK), <http://www.partnershipsuk.org.uk/>, der har som formål at fremme privat-offentlige partnerskaber. På hjemmesiden findes en god database med (tilsyneladende) opdaterede oplysninger om PFI og PPO-projekter fra alle sektorer. I appendiks 2 findes en table for sundhedsområdet.

De offentligt ansattes fagforening har en PFI-kritisk hjemmeside <http://www.unison.org.uk/pfi/index.asp> med gode bidrag set fra en fagforenings synspunkt.

Den skotske hjemmestyreregering har ligeledes offentliggjort en række PFI-relaterede dokumenter, www.scotland.gov.uk/pfi

Situationen i Irland er udmærket beskrevet i en oversigt fra 2003, (Reeves 2003) og finansministeriets hjemmeside har en særlig sektion om PPP, <http://www.finance.gov.ie/ViewDoc.asp?DocId=-1&CatID=17&m=p>

For Canada er hjemmesiden for The Canadian Council for Public-Private Partnerships en god indgang, <http://www.pppcouncil.ca>. Der findes bla. en stor rapport om 'Hospitals – the Canadian case for hospital PPP projects' samt links til større PPP-projekter

For Australien findes en god opdateret oversigt ultimo 2004 i Sharp og Tinsley (Sharp.Leeanne & Tinsley 2004) og som eksempel på en officielt hjemmeside kan elstaten Victoria nævnes:

http://www.partnerships.vic.gov.au/domino/web_notes/PartVic/PVSite.nsf/Frameset/PV?OpenDocument

Appendiks 2: PFI-projekter i sundhedssektoren

Nedenstående oversigt er taget fra Partnership UKs hjemmeside, <http://www.partnershipsuk.org.uk/projectsDatabase/projectsdatabase.html>. Ved at gå ind på hjemmesiden og klikke på de pågældende projekter kan man finde en del materiale om de enkelte projekter.

Criteria:- **Category** :- PFI **Sector** :- All Health **Location** :- All

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
1. Abergele Hospital Energy Management	PFI	Hospitals	Conwy	0.31
2. Acute Services Re provision at Newham General Hospital	PFI	Hospitals	Newham	52.1
3. Addenbrookes Elective Care Centre	PFI	Hospitals	Cambridgeshire	76
4. Altnagelvin Hospital - Cardiac Catheterisation Equipment - (leased)	PFI	Hospitals	Derry	0.6
5. Antrim Hospital - New Renal Unit	PFI	Hospitals	Antrim	2.7
6. Avon & Western Wiltshire Mental Health Facilities Redevelopment	PFI	District Community Trusts	Wiltshire	83
7. Barnet General Hospital Modernisation	PFI	Hospitals	Barnet	54.3
8. Barnsley District General Hospital Catering Provision	PFI	Hospitals	South Yorkshire	2
9. Belfast City Hospital - New Renal Dialysis Facilities.	PFI	Hospitals	Belfast	3.3
10. Birmingham Ambulatory Care Centre	PFI	Hospitals	West Midlands	26.1
11. Birmingham Specialist Community Health NHS Trust Accommodation for People with Learning Disabilities	PFI	Hospitals	West Midlands	2.2
12. Blackpool, Wyre & Fylde NHS Trust New Elderly Units	PFI	Hospitals	Blackpool	9.9
13. Bodmin Hospital	PFI	Hospitals	Cornwall	10.2
14. Building of New Royal Infirmary of Edinburgh and University of Edinburgh Medical School	PFI	Hospitals	Edinburgh	180
15. Burnley Hospital Phase V	PFI	Hospitals	Lancashire	30.1

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
16. <u>Calderdale and Huddersfield NHST Centralisation of Acute Hospital Services - Halifax General Hospital</u>	PFI	Hospitals	West Yorkshire	64.6
17. <u>Car parking/security Morriston Hospital</u>	PFI	Hospitals	Swansea	0.3
18. <u>Castle Hill Hospital - Phase 5</u>	PFI	Hospitals	East Riding of Yorkshire	7.9
19. <u>Catering Reprovision for Rotherham General Hospital NHS Trust</u>	PFI	Hospitals	South Yorkshire	3.2
20. <u>Causeway Hospital - Clinic Monitoring System</u>	PFI	Hospitals	Coleraine	0.437248
21. <u>Causeway Hospital - X-Ray Equipment Lease Contract</u>	PFI	Hospitals	Coleraine	1.147149
22. <u>Central Manchester & Manchester Children's Hospitals PFI</u>	PFI	Hospitals	Greater Manchester	414.7
23. <u>Central Middlesex Hospital Modernisation</u>	PFI	Hospitals	Brent	69.3
24. <u>Chepstow Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	Monmouthshire	10
25. <u>Chester-Le-Street Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	Durham	10.4
26. <u>Chichester Priority Care Services NHS Trust - Reprovision & Development of Locally Based Mental Health Services</u>	PFI	Hospitals	West Sussex	22
27. <u>Community Units for the Elderly - Leeds</u>	PFI	District Community Trusts	West Yorkshire	5
28. <u>Consolidation of Hospital Sites in Newbury</u>	PFI	Hospitals	West Berkshire UA	18.8
29. <u>Cornwall Healthcare NHS Trust Mental Health Provision</u>	PFI	District Community Trusts	Cornwall	4.5
30. <u>Coventry & Warwickshire NHS Trust - Coventry New Hospitals Project</u>	PFI	Hospitals	West Midlands	378.9
31. <u>Craigavon Area Hospitals HSS Trust Contract energy services</u>	PFI	Hospitals	Craigavon	0.5
32. <u>Crawley Hospital Energy Management System</u>	PFI	Hospitals	West Sussex	1.9
33. <u>Crosshouse Maternity Hospital</u>	PFI	Hospitals	East Ayrshire	20
34. <u>Cumnock Community Hospital (Ayrshire & Arran)</u>	PFI	Hospitals	East Ayrshire	8.6

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
35. <u>Daisy Hill Hospital</u>	PFI	Hospitals	Newry and Mourne	0.3
36. <u>Darenth Valley Hospital</u>	PFI	Hospitals	Kent	94
37. <u>Dawlish Hospital</u>	PFI	Hospitals	Devon	3.7
38. <u>Derby City General Hospital Acute Services Reconfiguration</u>	PFI	Hospitals	Derby	312.2
39. <u>Doncaster and South Humber Mental Health Services</u>	PFI	District Community Trusts	South Yorkshire	12.1
40. <u>Dudley Group of Hospitals NHS Trust Redevelopment and Rationalisation of Sites</u>	PFI	Hospitals	West Midlands	137
41. <u>Dumfries & Galloway Acute & Maternity Hospitals NHS Trust - Provision of Day Case and Maternity Services</u>	PFI	Hospitals	Dumfries & Galloway	11
42. <u>Dundee Ninewells Psychiatric Services</u>	PFI	District Community Trusts	Dundee	10
43. <u>Dundee Teaching Hospital NHS Trust - Multi-storey Car Park</u>	PFI	Hospitals	Dundee	3.3
44. <u>EPR Luton & Dunstable Hospital</u>	PFI	Hospitals	Luton UA	8.6
45. <u>Easter Ross Primary Care Resource Centre</u>	PFI	District Community Trusts	Highland	8.8
46. <u>Ellen's Glen House</u>	PFI	District Community Trusts	Edinburgh	2.5
47. <u>Essex & Herts Community Hospital Redevelopment</u>	PFI	Hospitals	Essex	14.75
48. <u>Farnham Hospital Centre for Health</u>	PFI	Hospitals	Surrey	29
49. <u>Ferryfield House</u>	PFI	District Community Trusts	Edinburgh	2.65
50. <u>Findlay House</u>	PFI	District Community Trusts	Edinburgh	4
51. <u>Fulbourn School of Nursing</u>	PFI	Hospitals	Cambridgeshire	9.7
52. <u>Geriatric Psychiatry Services for Stockport NHST</u>	PFI	Hospitals	Greater Manchester	4.7

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
53. Glan Clywd Hospital Renal and Diabetes Unit	PFI	Hospitals	Denbighshire	3.4
54. Gloucestershire Royal Hospital site redevelopment	PFI	Hospitals	Gloucestershire	32
55. Greater Glasgow NHS Board - Darnley Elderly Healthcare Provision	PFI	Hospitals	Glasgow	3.5
56. Greater Glasgow NHS Board - Ruchill Elderly Healthcare Provision	PFI	Hospitals	Glasgow	3.3
57. Greater Glasgow NHS Board - Shettleston Elderly Healthcare Provision	PFI	Hospitals	Glasgow	3.8
58. Greater Glasgow NHS Board Rutherglen - Elderly Healthcare Provision	PFI	Hospitals	South Lanarkshire	5
59. Hairmyres Hospital	PFI	Hospitals	South Lanarkshire	67.5
60. Hereford County Hospital	PFI	Hospitals	Herefordshire	64.1
61. Hexham General Hospital Redevelopment	PFI	Hospitals	Northumberland	29.1
62. Highland Primary Care NHS Trust - Craig Phadrig Psychiatric Unit	PFI	District Community Trusts	Highland	16.5
63. Holywell Hospital Contract energy services	PFI	Hospitals	Antrim	0.2
64. Horton Park Centre	PFI	Hospitals	West Yorkshire	4.41
65. Hull & East Yorkshire Hospitals NHS Trust Integrated Patient Administration System	PFI	Hospitals	Kingston upon Hull	3
66. Irvine Mental Health Provision	PFI	Hospitals	North Ayrshire	3.8
67. James Cook University Hospital	PFI	Hospitals	Middlesborough	121.9
68. Kincardineshire Healthcare - Stonehaven	PFI	District Community Trusts	Aberdeenshire	3.8
69. King's College Hospital New Block	PFI	Hospitals	Lambeth	75.5
70. Kings Mill Centre for Health Care Services Residential Accommodation	PFI	District Community Trusts	Nottinghamshire	1.6
71. Lanarkshire NHS Board - Provision of 90 elderly care beds	PFI	Hospitals	North Lanarkshire	2.8
72. Lanarkshire NHS Board Provision of 40	PFI	Hospitals	North Lanarkshire	3

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
<u>elderly care beds</u>				
73. <u>Lanarkshire NHS Board Provision of 60 elderly with dementia care beds</u>	PFI	Hospitals	North Lanarkshire	2.5
74. <u>Larkfield Geriatric Assessment Facility</u>	PFI	District Community Trusts	Inverclyde	10
75. <u>Leeds Community & Mental Health Services</u>	PFI	Primary Health Care	West Yorkshire	47
76. <u>Liskeard Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	Cornwall	7.4
77. <u>Littlemore Mental Health Centre</u>	PFI	Hospitals	Oxfordshire	9.2
78. <u>Llandough Hospital Contract Energy Management and Combined Heat and Power</u>	PFI	Hospitals	Vale of Glamorgan	0.6
79. <u>Llandough Hospital Staff Nursery and Day Nursery</u>	PFI	Hospitals	Vale of Glamorgan	1.6
80. <u>MRI Scanner for the Doncaster Royal Infirmary & Montague Hospital</u>	PFI	Hospitals	South Yorkshire	1.5
81. <u>Managed Equipment Service for Bromley Hospitals NHS Trust</u>	PFI	Hospitals	Bromley	9.8
82. <u>Managed equipment service for Queen Elizabeth Hospital</u>	PFI	Hospitals	Greenwich	9.5
83. <u>Maternity and acute development - Hull Royal Infirmary</u>	PFI	Hospitals	Kingston upon Hull	22
84. <u>Mayday University Hospital Front Entrance</u>	PFI	Hospitals	Croydon	1.8
85. <u>Mearnskirk Hospital Geriatric Beds</u>	PFI	Hospitals	Glasgow	2.4
86. <u>Mental Health Facilities at Erdington and Winson Green</u>	PFI	District Community Trusts	West Midlands	18
87. <u>Mental Health Facilities at Newham</u>	PFI	District Community Trusts	Newham	14.5
88. <u>Mental Health Reprovision at St Mary's Hospital</u>	PFI	Hospitals	Bexley	15
89. <u>Mental Health Services Goodmayes Hospital</u>	PFI	Hospitals	Essex	10.8
90. <u>Mental Health Unit for Black Country Mental Health NHST</u>	PFI	Hospitals	West Midlands	5.2
91. <u>Neath Port Talbot Hospital</u>	PFI	Hospitals	Neath & Port Talbot	66

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
92. Nevill Hall Endoscopy and Day Surgery Unit	PFI	Hospitals	Monmouthshire	3.5
93. Neville Hall Hospital Energy Management Project	PFI	Hospitals	Monmouthshire	3.3
94. New Mental Health Units for Morcambe Bay PCT	PFI	Hospitals	Lancashire	7
95. New Renal Unit Royal Berkshire & Battle Hospitals NHS Trust	PFI	Hospitals	Royal Borough of Windsor & Maidenhead UA	1.7
96. Newark Hospital Learning & Mental Disability Team	PFI	Hospitals	Nottingham	1.3
97. Norfolk & Norwich NHS Trust Staff Accommodation	PFI	Hospitals	Norfolk	9.8
98. Norfolk & Norwich University Hospital	PFI	Hospitals	Norfolk	158
99. North Bristol NHST Brain Injury Rehabilitation Unit	PFI	Hospitals	Bristol	4.9
100. North Cumbria Acute Hospitals	PFI	Hospitals	Cumbria	66.7
101. North Hampshire Hospitals NHST Energy Management Scheme	PFI	Hospitals	Hampshire	2.7
102. North Hampshire Hospitals NHST Patient Management Scheme	PFI	Hospitals	Hampshire	1.5
103. North Hants Hospitals NHS Trust MRI Scanner	PFI	Hospitals	Hampshire	1.9
104. North Kirklees Primary Care Centres	PFI	Primary Health Care	West Yorkshire	25
105. North Manchester Primary Care and Resource Centre	PFI	Hospitals	Greater Manchester	2
106. North Staffordshire Acute Psychiatric Unit	PFI	Hospitals	Stoke on Trent	28.07
107. North West London Hospitals NHS Trust - Ambulatory Care and Diagnostic Centre	PFI	Hospitals	Brent	3.5
108. Northumbria Health Care NHST CHP Energy Scheme	PFI	Hospitals	Tyne & Wear	1.35
109. Nuffield Orthopaedic NHS Trust	PFI	Hospitals	Oxfordshire	37
110. Oldchurch Hospital Site Rationalisation	PFI	Hospitals	Havering	238
111. Oxleas NHS Trust - Re-provision of Services at Bexley Hospital	PFI	Hospitals	Bexley	10.8
112. PACS	PFI	Hospitals	Edinburgh	8

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
113. <u>Pembrokeshire and Derwen NHS Trust Energy Management</u>	PFI	Hospitals	Pembrokeshire	0.25
114. <u>Plymouth Hospitals NHS Trust - Patient Admin System</u>	PFI	Hospitals	Plymouth	7
115. <u>Poole Hospital NHST Residences</u>	PFI	Hospitals	Dorset	3.48
116. <u>Primary Care Resource Centre - Wrightington, Wigan and Leigh NHS Trust</u>	PFI	Primary Health Care	Greater Manchester	2.75
117. <u>Prince Philip Hospital Contract Energy Management and Combined Heat and Power</u>	PFI	Hospitals	Carmarthenshire	0.3
118. <u>Princess Alexandra Hospital Staff accommodation</u>	PFI	Hospitals	Essex	7.4
119. <u>Princess Royal University Hospital</u>	PFI	Hospitals	Bromley	117.9
120. <u>Prospect Park Mental Health Facility</u>	PFI	District Community Trusts	Oxfordshire	29.7
121. <u>Provision of MRI Services - York</u>	PFI	Hospitals	York	1
122. <u>QMC Nottingham University Hospital NHST - Combined Heat & Power Generator</u>	PFI	Hospitals	Nottingham	2.8
123. <u>Queen Elizabeth Hospital, Greenwich</u>	PFI	Hospitals	Greenwich	96.1
124. <u>Queen Mary's Hospital Roehampton - Redevelopment Project</u>	PFI	Hospitals	Wandsworth	75.4
125. <u>Queens Medical Centre Nottingham University NHS Trust Catering Re-provision</u>	PFI	Hospitals	Nottingham	1
126. <u>Queens Medical Centre Nottingham University NHS Trust ENT and Ophthalmology</u>	PFI	Hospitals	Nottingham	16.6
127. <u>Queens Park Hospital Redevelopment - "Delivering a Single Site Acute Hospital"</u>	PFI	Hospitals	Blackburn with Darwen	109.6
128. <u>Queens Victoria Hospital Energy Management</u>	PFI	Hospitals	West Sussex	1.44
129. <u>Redevelopment of Bishop Auckland General Hospital</u>	PFI	Hospitals	Durham	48
130. <u>Replacement of Energy Centre RVI - Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Trust</u>	PFI	Hospitals	Tyne & Wear	6.9
131. <u>Replacement of Forfar Infirmary and Whitehills Hospital</u>	PFI	Hospitals	Angus	11.3

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
132. <u>Replacement of Linear Accelerators and Simulators for Leeds Teaching Hospitals NHST</u>	PFI	Hospitals	West Yorkshire	1.39
133. <u>Residences - Gloucester Royal NHS Trust</u>	PFI	Hospitals	Gloucestershire	2.65
134. <u>Residential and On-call Accommodation at Princess Royal Hospital</u>	PFI	Hospitals	West Sussex	3
135. <u>Rotherham General Hospital Entrance Redevelopment</u>	PFI	Hospitals	South Yorkshire	1
136. <u>Rotherham Priority Health NHST Elderly Mental Health</u>	PFI	Hospitals	South Yorkshire	2.1
137. <u>Royal Alexandra Hospital for Sick Children</u>	PFI	Hospitals	Brighton & Hove UA	36
138. <u>Royal Glamorgan Hospital Staff residences</u>	PFI	Hospitals	Rhondda Cynon Taff	2.5
139. <u>Royal Group of Hospitals - Car parking facilities</u>	PFI	Hospitals	Belfast	2
140. <u>Royal Group of Hospitals HSS Trust - Fractures/A&E Centralisation</u>	PFI	Hospitals	Belfast	1.5
141. <u>Royal Group of Hospitals HSS Trust - Redevelopment Scheme</u>	PFI	Hospitals	Belfast	2.1
142. <u>Royal Gwent Hospital and St Woolos Hospital Energy Management Project</u>	PFI	Hospitals	Newport	1.8
143. <u>Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust Radiology unit</u>	PFI	Hospitals	West Midlands	12.8
144. <u>Salisbury District Hospital Redevelopment</u>	PFI	Hospitals	Wiltshire	24.1
145. <u>Saltcoats Health Centre - Elderly and Mental Illness provision</u>	PFI	Hospitals	North Ayrshire	2.5
146. <u>Sedgefield Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	Durham	9
147. <u>Singleton Hospital Incinerator replacement</u>	PFI	Hospitals	Swansea	0.65
148. <u>South Buckinghamshire NHST Site Rationalisation</u>	PFI	Hospitals	Buckinghamshire	45.1
149. <u>South Glasgow University Hospitals NHS Trust - Geriatric Medicine & Assessment Facility</u>	PFI	Hospitals	Glasgow	11
150. <u>South Glasgow University Hospitals NHS Trust - Hospital Information Support System (HISS)</u>	PFI	Hospitals	Glasgow	2.4
151. <u>Specialist Services Re provision at John Radcliffe Hospital</u>	PFI	Hospitals	Oxfordshire	134
152. <u>St David's Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	Cardiff	16

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
153. <u>St George's Healthcare NHS Trust - Cardiothoracic & Neurosciences Development</u>	PFI	Hospitals	Wandsworth	46.1
154. <u>St George's Hospital, Morpeth - Reprovision of Mental Health Services</u>	PFI	Hospitals	Tyne & Wear	31
155. <u>St James University Hospital & Leeds General Infirmary Redevelopment</u>	PFI	Hospitals	West Yorkshire	265.2
156. <u>St Mary's Wing - Luton and Dunstable Hospital</u>	PFI	Hospitals	Luton UA	14.7
157. <u>Staff Accommodation Essex Rivers</u>	PFI	Hospitals	Essex	9.6
158. <u>Stoke Mandeville Hospital - Redevelopment Project</u>	PFI	Hospitals	Buckinghamshire	46.6
159. <u>Stone House Hospital Acute Psychiatric Unit</u>	PFI	Hospitals	Kent	7.54
160. <u>Stonehouse Hospital</u>	PFI	Hospitals	South Lanarkshire	3.3
161. <u>Stourbridge Ladies' Walk-in Centre</u>	PFI	Primary Health Care	West Midlands	3.8
162. <u>Sully Hospital Contract Energy Management and Waste</u>	PFI	Hospitals	Vale of Glamorgan	0.92
163. <u>The Friary Community Hospital, Richmond</u>	PFI	Hospitals	North Yorkshire	3
164. <u>The Great Western Hospital, Swindon</u>	PFI	Hospitals	Swindon	100.2
165. <u>Tiverton Hospital</u>	PFI	Hospitals	Devon	10.4
166. <u>United Lincolnshire Hospitals NHS Trust Boiler Plant</u>	PFI	Hospitals	Lincolnshire	1.2
167. <u>University College London Hospitals Site Rationalisation</u>	PFI	Hospitals	Camden	422
168. <u>University Hospital Lewisham - Redevelopment</u>	PFI	Hospitals	Lewisham	51
169. <u>University Hospital Of North Durham</u>	PFI	Hospitals	Durham	61
170. <u>University Hospital of Wales Car Parks</u>	PFI	Hospitals	Cardiff	5.82
171. <u>University Hospital of Wales Main Entrance and Concourse</u>	PFI	Hospitals	Cardiff	1
172. <u>University Hospital of Wales Sterile Services</u>	PFI	Hospitals	Cardiff	2

Project Name ▲	Category	Sector	Region	Capital Value £'m
173. <u>Wansbeck General Hospital - Phase 2</u>	PFI	Hospitals	Northumberland	17.82
174. <u>West Lothian NHS Trust - Care of Elderly Services</u>	PFI	District Community Trusts	West Lothian	2.3
175. <u>West Middlesex University Hospital DBFO</u>	PFI	Hospitals	Hounslow	60
176. <u>West Middlesex University Hospital NHS Trust Magentic Resonance Imaging</u>	PFI	Hospitals	Hounslow	1.5
177. <u>West Park Hospital - Mental Health Facility</u>	PFI	Hospitals	Darlington	15.7
178. <u>Wharfedale General Hospital Development</u>	PFI	Hospitals	West Yorkshire	14.1
179. <u>Whittrington Hospital</u>	PFI	Hospitals	Islington	31.9
180. <u>Willesden Community Hospital - Mental Health Facility</u>	PFI	Hospitals	Brent	21
181. <u>Wishaw General Hospital</u>	PFI	Hospitals	North Lanarkshire	100
182. <u>Withersnea Community Hospital</u>	PFI	Hospitals	East Riding of Yorkshire	3.3
183. <u>Worcester Acute Hospitals NHS Trust New District General Hospital</u>	PFI	Hospitals	Worcestershire	86.6
184. <u>Wythenshaw Hospital</u>	PFI	Hospitals	Greater Manchester	66.7