



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo  
[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

10.09.2014

## **Aleris Helse AS – Høringssvar på regjeringens forslag til innføring av fritt behandlingsvalg**

### **OPPSUMMERING**

- Med lang ventetid innen diagnostikk og behandling på flere sykdomsområder er det positivt at regjeringen tar konkrete og tydelige grep for å løse dagens helseutfordringer, og legger opp til et styrket samarbeid mellom offentlige og private helseaktører.
- Det er grunnleggende at det etableres et godt system som dekker pasientens rettigheter bedre, og som samtidig sikrer høy kvalitet i behandlingen.
- Aleris er av den oppfatning at det viktigste grepet vil være å få på plass en mer tilpasset og utvidet anbudsordning som er av en slik kvalitet og omfang at det løser de viktigste helseutfordringene, og sikrer pasientene bedre tilgang til behandlingene de har behov for enn i dag.
- Her må det tenkes nytt i anbudene: På volum, varighet, nye fagområder og samarbeidsformer.
- Aleris Helse bidrar gjerne med innspill og erfaringer i prosessen med å gjøre anbudene mer tilpassede slik at de i større grad enn i dag dekker behovet.
- Under forutsetning av etablering av mer tilpassede anbud i henhold til behovet, støtter vi departementets forslag om fritt behandlingsvalg.
- Fritt behandlingsvalg bør da kunne fungere som en viktig sikkerhetsventil på områder som ikke dekkes av anbudsavtaler.
- Gradvis innfasing av somatikken i fritt behandlingsvalg støttes. Aleris håper også at man allerede i en tidlig fase ser på mulighetene for å inkludere områder innen noen av de virkelig store helseutfordringene, som diagnostikk innen kreft- og hjerte-/karsykdommer.
- Godkjenningsordningen for private sykehus må forbedres vesentlig. Det må stilles strenge krav til godkjennings- og akkrediteringsordninger for private sykehus som ønsker å behandle pasienter på det offentliges regning, det være seg anbud eller fritt behandlingsvalg.
- Pris i forbindelse med fritt behandlingsvalg bør settes av Helsedirektoratet, ref. modellen fra Stockholms läns landsting.

## 1. Innledning

Aleris Helse synes det er svært positivt at helse- og omsorgsdepartementet så raskt har kommet i gang med arbeidet med fritt behandlingsvalg. Som landets største private helseforetak takker vi derfor for muligheten til å komme med våre innspill til høringsnotatet.

Norge har et godt helsevesen, men er likevel i en situasjon der mange pasienter ikke får oppfylt sine pasientrettigheter på en tilfredsstillende måte. Dette har blant annet medført at vi som private aktører ser en sterk vekst i pasienter som betaler for nødvendig helsehjelp av egen lomme eller gjennom private helseforsikringer. Eksempelvis ser vi på Aleris Kreftsenter en sterk økning i antallet pasienter, og etterspørselen bare øker: Ved Kreftsenteret betalte i 2013 76 % av pasientene via helseforsikring eller av egen lomme, mens kun 24 % ble dekket av offentlige avtaler.

Private helseaktører utfører i stor grad de samme helsetjenestene som det offentlige, men utgjør i dag kun omkring 1 % av den totale spesialisthelsetjenesten i Norge. Private helseaktører både kan og vil samarbeide mer med det offentlige enn det vi gjør i dag: på volum, på nye fagområder og gjennom å utvikle nye innovative løsninger sammen med det offentlige helsevesenet til det beste for norske pasienter. Ut fra dette mener Aleris Helse at en kombinasjon av styrking av anbudsordningen og innføring av fritt behandlingsvalg vil være gode grep for et bedre samarbeid.

## 2. Økt bruk av anbud – fritt behandlingsvalg tar toppene

Departementet skriver i høringsutkastet at de vil be de regionale helseforetakene om å utarbeide «*en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud*». Aleris Helse støtter dette. Vi mener dette er det aller viktigste virkemiddelet myndighetene kan benytte for å bidra til å løse utfordringen ved at pasientene i dag må vente unødvendig lenge for å få nødvendig diagnostikk og behandling. Vi ønsker en strategi for flere og mer langvarige avtaler etter anbud velkommen, og mener dette bør prioriteres først. Under forutsetning av at man sikrer en utvidet anbudsordning som i større grad er tilpasset behovene, støtter Aleris Helse langt på vei de øvrige forslagene som legges frem i høringsnotatet.

Vi mener følgelig at fritt behandlingsvalg og en styrket anbudsordning ikke kan ses separat. Med innføringen av fritt behandlingsvalg presses det parallelt frem et behov for en styrking i bruk av anbud: Når pasientene gis en økt rettighet til å gå dit de vil, er det viktig både for pasienten og styringen med helseressursene at de fleste kan henvises til private aktører gjennom definerte avtaler.



Aleris deler videre departementets syn på at den kapasiteten og fleksibiliteten private helseaktører kan tilby, til nå ikke har vært benyttet i stor nok grad i dagens avtaler som følge av bruk av anbud. For det første har det gjennomgående vært begrensede avtaler som har vært inngått, både på volum og fagområder. Det har så langt også vært mangel på nytenkning i hva som bør inngå i anbudene. Det er langt på vei «samlebåndsanbud» hvor det samme innholdet og de samme fagområdene går igjen i avtalene år etter år. Det er også en utfordring at de offentlige innkjøperne hittil har henvendt seg til private sykehus først når køene er blitt lange og situasjonen har vedvart over flere år. Dermed blir ikke private sykehus en rask mobiliserbar ressurs som kan bidra når problemene oppstår. Dette har ikke noe med anbudsordningen å gjøre, men skyldes for trege og tunge beslutningsprosesser knyttet til anbud.

Anbudsavtalene forplikter de private aktørene til å delta i legers videre- og etterutdanning, men RHF-ene benytter seg ikke av dette selv om de private aktørene ønsker å bidra.

Regjeringens strategi «HelseOmsorg21» (HO21) som ble lansert i juni 2014 omhandler hvordan man kan oppnå en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste preget av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. I HO21 står det blant annet at «*Evnen til tjenesteinnovasjon må styrkes blant annet gjennom erfaringsoverføring, kompetanseheving, offentlig/privat samarbeid og ved å ta i bruk ny teknologi*». Gjennom en utvidet anbudsordning vil tjenester, kunnskapsoverføring, innovasjon og kompetanse deles innenfor rammene av god økonomistyring. Dette vil nødvendigvis ikke være tilfelle med fritt behandlingsvalg hvor det kun er pasienten som forflytter seg.

Det må derfor legges inn krav til innovasjon, kunnskapsoverføring og logistikkutvikling i anbudene og man må velge de fagområdene der utfordringene er størst. For å kunne løse de områdene hvor utfordringene er størst vil det videre være viktig at det offentlige løpende identifiserer flaskehalsen og kartlegger behov, og anskaffer helsetjenester på bakgrunn av dette. Anbudsprosesser tar tid og ressurser, men når en avtale først er på plass så er det effektivt og ryddig både for kjøper og avtalepartner. Dette vil berede grunnen for fritt behandlingsvalg mer som en tilleggsordning for å løse helseutfordringene.

Når det gjelder fritt behandlingsvalg så mener Aleris at det bør være en målsetning at det ikke skal være et stort antall pasienter som skal få behov for denne ordningen. Både av hensyn til kvalitet og samhandling er det best for alle parter at det sikres god nok kapasitet på de riktige fagområdene i de offentlige helseforetakene og innenfor avtaler med private som er inngått via anbudskonkurranser. Da kan pasientene velge hvor de ønsker å bli behandlet innenfor ordningen Fritt sykehusvalg.



Det er også viktig at man beholder Fristbruddsordningen, der HELFO pasientformidling ivaretar pasienter som havner i en fristbruddssituasjon via de avtaler HELFO har med private sykehus i inn- og utland. Fritt behandlingsvalg kan ikke erstatte denne ordningen.

Det er videre viktig at det nedfelles klare retningslinjer i forskrift for fritt behandlingsvalg. Dette vil skape et tydelig og forpliktende krav- og rettighetssystem mellom bestiller og tilbyder. Vi er enige i at rapporteringskrav må legges på nivå med offentlige sykehus og private med avtale. Dette vil sikre likebehandling, oversikt over aktiviteter, utviklingstendenser i etterspørsel, flaskehals og ikke minst sikre pasientene kvalitet gjennom ordningen. Gjennom forskrift kan man også unngå at noen private aktører går inn og tar de enkle og «lukrative» inngrepene (såkalt «cherry picking»), eller kun leverer det aller mest nødvendige og til en kvalitet som ikke er god nok. Det er en selvfølge for Aleris at de private leverandørene skal følge de samme prioriteringsreglene og krav til forsvarlighet som offentlige tilbydere slik at pasienten er sikret en god og forsvarlig behandling (og ikke overbehandling) uansett hvilken dør han eller hun går inn.

### **Godkjenningsordning**

Det har tidligere vært foreslått å fjerne godkjenningsordningen for private sykehus, noe sittende helseminister heldigvis har gått i mot. Dagens godkjenningsordning er etter Aleris' syn imidlertid ikke god nok for å ivareta sikkerhet og kvalitet for pasienter som velger et privat sykehus. Dette har de regionale helseforetakene (RHF), som gjennomfører anskaffelser via anbud, også erkjent, og RHE-ene har derfor stilt stadig strengere og mer hensiktsmessige kvalitetskrav knyttet til anskaffelsene. Det er derfor viktig at HOD etablerer tilsvarende krav til en godkjenningsordning av private sykehus som skal levere helsetjenester for det offentlige regning; enten det er via anbud eller fritt behandlingsvalg. Pasienter som velger et privat sykehus innenfor disse ordningene må sikres trygghet for at disse kravene er tilfredsstilt når et privat sykehus er godkjent. Det kan i denne sammenheng være nyttig å se til Danmark, og den akkrediteringsordning for både offentlige og private sykehus som de der har innført gjennom standarden «Den Danske Kvalitetsmodel» (DDKM).

### **Gradvis innfasing**

I høringsnotatet står det at fritt behandlingsvalg først skal innføres innen psykisk helsevern og rus, men at det også planlegges en gradvis innfasing av somatiske områder. Som departementet selv understreker vil det innledningsvis være uklart hvor stort volumet på fritt

behandlingsvalg vil bli. En gradvis innfasing vil føre til en bedre helsepolitisk styring med innføringen av fritt behandlingsvalg, samt gi en god overgang for de som skal bidra i ordningen. På den måten kan man høste erfaringer underveis og justere ordningen etter hvert som den utvides til nye fagområder. Når det gjelder hvilke områder som skal tas inn er det viktig å starte med de områdene hvor vi har de største køene, og at man ved innføring av fritt behandlingssvalg tør å gyve løs på de største helseutfordringene, som for eksempel diagnostikk og utredning innen kreft og hjerte-/kar-sykdommer.

### Prinsipper for prisfastsettelse

Vi er enige i at prisingen av fritt behandlingsvalg må ses i sammenheng med anbud, og ikke settes opp på en måte som kan svekke anbudsordningens betydning. Vi ser også resonnementet som ligger bak at en prisfastsettelse på fritt behandlingsvalg som settes høyere enn anbudspris for samme tjeneste, kan redusere insentivene for å vinne anbud. Samtidig er det flere utfordringer med å legge prisen under anbudspris. To av disse er:

- 1) *Det blir prisavslørende:* Hvis prisene for fritt behandlingsvalg som en regel settes x kroner eller prosent under laveste anbudspris, vil det være enkelt å regne seg tilbake til hva prisene i anbudsavtalene er. Dette vil svekke forhandlingssituasjonen mellom oppdragsgiver og tilbyder og konkurransen mellom de private tilbyderne. Det vil også kunne være potensielt vridende når det gjelder pris og kvalitet.
- 2) *Usikkerhet rundt volumspørsmålet:* I anbudsavtalene er det store forskjeller mellom volum som anskaffes i de forskjellige anbudene. Dette påvirker den pris som tilbys fra private sykehus i slike konkurranser. Er volumet høyt, blir prisen lav og vice versa. Innenfor ordningen fritt behandlingsvalg er volumet ukjent, og kan variere, men vil neppe bli spesielt høye for det enkelte private sykehus. Særlig blir dette lite aktuelt dersom departementet når sitt mål om at ordningen kun skal være en "sikkerhetsventil". Med en pris som settes under anbudspris øker dette sannsynligheten for at private helseaktører ikke vil ønske å tilby disse tjenestene gjennom fritt behandlingsvalg.

For å få satt riktige priser må prisene gjennomgås regelmessig og man må se hvordan selve ordningen utvikler seg over tid. I Stockholm er det landstinget som setter prisene, der man justerer og høster erfaringer underveis. Med en slik «dynamisk» form for prisfastsettelse vil det være mulig å legge prisen både marginalt over og under anbudspris. En slik ordning vil ikke avsløre anbudspris. Vi anbefaler følgelig at Helsedirektoratet gis i oppdrag å fastsette pris innen fritt behandlingsvalg, og at man i arbeidet med prismekanismer undersøker prisfastsettingsordningen til Stockholms läns landsting.



I det ovennevnte har Aleris gitt til kjenne sine synspunkter på helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat. Som det fremgår støtter Aleris i stor grad det forslaget som er stilet i forslaget.

Vi ser frem til videre dialog rundt nytenkning innenfor anbud, og bidrar gjerne med informasjon i det videre arbeidet med Fritt behandlingsvalg.

Med vennlig hilsen

Grethe Aasved  
Administrerende direktør, Aleris Helse AS  
Tlf + 47 916 92 808  
E-post: [grethe.aasved@aleris.no](mailto:grethe.aasved@aleris.no)