

Det kgl. Helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Dato: 29.09.2014

## **Curato Røntgen AS høringsvar til Regjeringens forslag til innføring av fritt behandlingsvalg**

Curato er en av Norges største og eldste private leverandører av helsetjenester. Vi har over 35 års erfaring fra å levere helsetjenester innenfor det offentlig finansierte systemet, vi er en ledende aktør i Norge innenfor radiologitjenester og vår visjon er å bli en av de ledende kvalitetsleverandørene i Norden.

Vi beklager vårt sene høringsvar, men vil med dette benytte anledningen til å rose Regjeringen for å ta et viktig steg i riktig retning ved innføringen av Fritt Behandlingsvalg (FBV), og håper at de synspunkter vi fremfører her vil tas i betraktning i det videre arbeidet.

Curato's organisasjon har omfattende erfaring fra innføringen av *valfrietssystem* i den svenske spesialisthelsetjenesten, både innenfor rammen av LOV (Lagen om Valfrietssystem) og LOU (Lagen om Offentlige Upphandlingar), inklusive bruken av anbud, samt landstingens direkteavtaler.

Vi står gjerne til disposisjon for departementet for å utdype og faktabelegge de punktene vi løfter fram her, og sammenfatter kort våre viktigste innspill i 10 punkter:

1. ***Innføringen av fritt behandlingsvalg (FBV) er et viktig og positivt steg i riktig retning for å sikre pasientene tilgang til tjenester innen rimelig tid, med høy kvalitet og til lave kostnader for skattebetalerne.*** Utover dette deler vi fullt ut HODs vurdering at dette er et av de viktigste tiltakene som kan gjøres for å på sikt hindre en todeling av helsesystemet i Norge. Curatos visjon er i likhet med Regjeringen/HOD at helsesystemet også i framtiden skal være offentlig finansiert for å sikre likeverdighet og integrerte tjenester og at private leverandører i hovedsak skal levere innenfor rammene av det offentlige systemet. Privat betaling og private forsikringer skal være et komplement til det offentlig finansierte systemet.

2. **Innføring av FBV innen radiologitjenester bør prioriteres.** Det finnes i dag lange køer innenfor diagnostikken samtidig som private aktører har ledig kapasitet. De lange køene gjør at pasienter lider unødige og sliter med angst og uro under ventetiden, som kan undergrave tilliten til systemet på sikt. Dette kommer i tillegg til den økonomiske kostnaden for samfunnet. I fremtiden forventer vi økende behov for diagnostikk, der radiologitjenester blir en stadig viktigere del i behandling og forebygging på tvers av alle sykdomsgrupper. Vi mener at radiologitjenester derfor bør prioriteres, og at det i tillegg er en enkel tjeneste å innføre tidlig i en test av FBV fordi det er en veldefinert tjeneste og det allerede finnes flere velfungerende private aktører som raskt kan tilby de tjenestene som behøves av høy kvalitet.

Det er videre positivt at HOD foreslår at det ikke skal innføres et volumtak for FBV. Et volumtak vil begrense mulighetene for å benytte allerede tilgjengelig kapasitet fra private tilbydere for å redusere ventetidene. Vi anser videre at ukontrollert vekst av private leverandører ikke er en reell risiko. Sannsynligvis vil en viss vekst forekomme ved innføringen, men dette vil flate ut ettersom de offentlige leverandørene videreutvikler sine tilbud og sørger for at køene ikke lengre eksisterer.

3. **Vi velkommer at HOD vil komplettere FBV med økt bruk av anbud og forbedrede anbudsordninger.** Dagens anbud har tross sine omfattende mangler sikret gode og effektive leveranser fra private leverandører til meget lave priser. Vi er enige med HOD i at dagens praksis og anbudsordning har mange svakheter. Vi deler HODs oppfatning at anbudene må strategisk videreutvikles og tilpasses samt at både bestillerkompetansen, gjennomføringsviljen og -evnen må videreutvikles i RHFene for å sikre at anbudsordningen ikke skaper en urimelig og kortsiktig konkurransedynamikk, inklusive å sikre at anbudene framover ikke bare fokuserer på laveste pris, men at også pasientens opplevelser av kvalitet og medisinsk kvalitet i større grad vurderes og legges til grunn. Mekanismene for å sikre dette er i stort behov av å videreutvikles. Her finnes mange store svakheter i dagens anbud og en hel del å lære fra Sveriges bruk av offentlige anbud både for å opphandle hele akuttstuskehus (f.eks. St.Gørans, Simrishamns Sjukhus m.fl.) og ulike spesialisttjenester så som radiologi via LOU eller LOV. Selv om det finnes mye å lære fra Sverige og visse regioner i Sverige har kommet lengre enn Norge (f.eks. Stockholm og Region Skåne), så finnes det mange svakheter i det svenske systemet og unike forhold i Norge som gjør at svenske landstings tiltak ikke kan kopieres direkte. To eksempler på utviklingsområder der Norge bør satse med en gang er videreutviklingen av *kvalitetsregister* samt bruk av *Öppna Jämförelser*. De svenske kvalitetsregistrene ligger langt foran de norske og resultatene publiseres jevnlig. Begge deler bidrar både til å øke trykket og viljen til å gjennomføre forbedringer hos offentlige og private leverandører, og bidrar

utover det til å gi pasientene og deres henvisende leger muligheten til å foreta vel funderte valg som bygger på dypere kunnskap om leverandørene enn bare geografisk nærhet.

4. ***Tvilsomt om den designen på FBV som HOD foreslår kommer til å nå målet om reduserte køer og ventetider.*** Det er hevet over tvil at FBV vil bidra positivt, men spørsmålet er om den endringen som foreslås er tilstrekkelig. Ett av hovedmålene med FBV er å sørge for bedre tilgjengelighet og kortere køtider. Med den foreslåtte løsningen får pasientene en forbedret men fortsatt svært begrenset valgfrihet da deres reelle valg begrenses til de offentlige sykehusene (og de private ideelle som fungerer under samme avtaler som de offentlige). Private aktører skal kun brukes som komplement til dette, og med basis i anbud. I realiteten betyr dette at de lokale sykehusene stort sett kommer til å opprettholde sine lokale monopoler på pasientbehandling, da barrierene som forhindrer aktive valg forsetter å eksistere og fordi tilbudet fra ulike aktører kommer til å være begrenset. Det kommer til å bli en viss dynamikk med noen pasienter som foretar aktive valg, men vår vurdering er at FBV i realiteten ikke kommer til å gi en omfattende reduksjon i køer og ventetider om FBV ikke videreutvikles. Styrkingen av anbudsdynamikken som HOD foreslår vil hjelpe på problemet, men vår vurdering er at gjennomføring av en bedre anbuds løsning vil ta for lang tid for RHFene (minst 5 år med dedikert og omfattende arbeide) og vil uansett være for partiell til å fundamentalt løse problemet. For å løse køproblemet må pasientene få reell valgfrihet, der pasienten kan velge mellom private aktører, og der pengene følger pasientene til aktøren som pasienten velger, uavhengig av om det er en privat eller offentlig aktør. Vi baserer denne vurderingen på de historiske erfaringene fra helsereformens manglende resultat for ventetider og fristbrudd, samt de svenske erfaringene fra 2006 og framover med "patientgarantien", "kømiljardsatsningen", "valgfrihetsreformen" og den omfattende nye svenske "patientrettighetslagen". Dyp kunnskap om disse erfaringene, samt kunnskap om konkurransedynamikk, prisdannelsesmekanismer, incitamentstrukturer og mikroøkonomi, gjør at vi er relativt sikre i vår vurdering om at FBV som det her designes kommer til å være et positivt steg i rett retning, men at reformen ikke kommer til å løse køproblemet før reformen videreutvikles til å også inkludere private leverandører i et reelt valgfrihetssystem basert på omfattende offentlig tilgjengelig informasjon om medisinsk kvalitet og andre viktige kvalitetsindikatorer. Vi har tidligere i punkt 1 argumentert for at vi skal ha offentlig finansierte helsetjenester i Norge. At vi har et offentlig finansierte system bør imidlertid ikke bety at tjenestene skal leveres av offentlige monopoler, da all erfaring fra både bank, telecom og helsetjenester viser at dette skaper dårlig tilpassede løsninger for individet, langsom forandringstakt i store organisasjoner, mangelfull forskning, utvikling og innovasjon og lange køer.

Vi mener at FBV i den designen som HOD foreslår går for langt i å bevare de eksisterende offentlige lokale geografiske leverandør-monopolene. Vi foreslår derfor at både offentlige og private leverandører skal få konkurrere innenfor rammene av det offentlig finansierte systemet, og at driftsformen ikke er et mål i seg, hvilket betyr at likebehandling av offentlige og private leverandører bør være et grunnleggende prinsipp for ordningen framover. Dette er ikke enkelt å implementere, men det er fullt ut mulig.

5. ***Prismekanismens utforming blir avgjørende for hvorvidt og i hvilken gradtilgjengelighet faktisk forbedres.*** Den viktigste faktoren i hvor langt den foreslåtte designen på FBV kommer til å bidra til å nå målet om å forbedre tilgjengeligheten, er den detaljerte utformingen av prismekanismen. Aleris sitt svar i høringsnotatet peker på noen av problemene, og vi støtter fullt ut deres analyse av utfordringen.

Anbudene er i dag regionale, med lokale priser på basis av omfang og krav i kontraktene. For leverandørene er det ikke annet valg enn å akseptere skalkravene i anbudene, som ofte munner ut i at laveste pris er den avgjørende faktoren. Kvalitet bedømmes sjelden, blant annet fordi metoder og prosesser for måling av kvalitet er så underutviklet. Om FBV skal innføres og private skal konkurrere gjennom anbud, så må det blant annet avklares hva som menes med "laveste anbudspris". Hvis dette betyr den laveste anbudspris av alle anbudspriser som har framkommet under en viss tidsperiode, vil dette ikke være en riktig pris for den nasjonale FBV-prisen. Et sjablonsmessig fradrag på laveste anbudspris vil dessuten svekke konkurransesituasjonen i anbudsprosessen fordi prisene vil bli offentlige, som Aleris korrekt beskriver. En annen hovedutfordring er å sikre konkurransedynamikken mot de private aktører som velger å stå utenfor eller havner utenfor i en anbudskonkurransen.

Vi ser ytterligere utfordringer som vi kan bidra til å beskrive og forhåpentligvis også løse i den fortsatte prosessen med utformingen av et velfungerende FBV.

6. ***Vi foreslår reell valgfrihet for pasientene.*** Selv om FBV er et viktig steg i riktig retning så er vår vurdering at løsningen som HOD her legger opp til skaper en svært begrenset valgfrihet. Valgfrihet har en verdi i seg selv, men den er også viktig fordi det er først når pasientene kan velge – og velge bort – en aktør basert på både tilgjengelighet og kvalitet at vi får en reell konkurransedynamikk, ref punkt 4. Å skape en begrenset konkurranse i et eget marked mellom de offentlige sykehusene, og et separat marked der de private konkurrerer med hverandre, gjør at den dynamikken som skapes av pasientens frie valg (med tilhørende finansiering) dessverre ikke kommer samfunnet til gode for å drive en forbedring av virksomhetens kvalitet, innovasjonskraft, forskning og utvikling. Vi foreslår derfor en utforming av FBV som gir reell valgfrihet som også omfatter retten til å velge en annen aktør enn et offentlig

sykehus. Avtalespesialistenes rolle og utforming, spesielt den konkurransebegrensende faktoren som ligger i dagens ordning med tildeling av hjemler, bør også endres som en del av denne videreutviklingen. Om vi forstår høringsnotatet rett så anbefaler HOD ikke en reell valgfrihet som også omfatter private leverandører fordi man er redd for at et profittmotiv eller et ønske om større volumer skal drive legene og andre ansatte ved de private institusjonene til å anbefale unødvendige utredninger, prosedyrer og tiltak som ikke er i pasientens interesse. Vår erfaring og vurdering er at denne frykten er overdreven. Erfaringen viser at overproduksjon finnes ved både offentlige og private institusjoner, men at legetikken og omsorgen for den enkelte pasient står sterkt og at det er et begrenset problem. Videre begrenses denne risikoen best gjennom en velfundert bestillerstyring som blant annet omfatter medisinske revisjoner, snarere enn ved å forhindre pasientenes valgmuligheter.

- 7. Vi foreslår reell likebehandling mellom private og offentlige leverandører** og vurderer at det forslaget som er presentert fra HOD heller ikke på dette området går langt nok for å muliggjøre dette. Vår oppfatning er at helsetjenestene skal leveres av den aktøren som gir pasienten best tjeneste for hver skattekrone, og som skaper de beste langsiktige helseresultatene for hver krone som samfunnet investerer gjennom skattebetalingen. Om dette er en offentlig eid eller en privat eid leverandør bør være underordnet så lenge selve finansieringen skjer solidarisk. Erfaringene fra Sverige indikerer at de private leverandørene ofte leverer tjenester til 10-20% lavere kostnader for samfunnet, med like god eller bedre pasienttilfredshet og samme medisinske kvalitet (også etter justering for pasienttyngde (case mix)) og at også ansatte er like fornøyd eller mer fornøyd med de private leverandørene som arbeidsgivere. Vi mener med bakgrunn i dette at private og offentlige leverandører bør likebehandles, ettersom kvalitet og kostnader er likeverdige og det ikke bør være en ideologisk favorisering av den ene eller den andre eierformen.

Vi anser videre at offentlige og private aktører kan og bør lære av hverandre. Vi ønsker å arbeide i, og bidra til, et system som er nøytralt innstilt til alle driftsformer, der alle parter har samme vilkår og lik pris og samme kvalitetskrav uavhengig av driftsform. Gjennom dette kan vi utfordre hverandre til å skape enda bedre helseresultat for pasientene, og til å fremme kvalitetsinnovasjoner og tjenesteinnovasjoner, både medisinske og nye ledelse- og styringsinnovasjoner (management-innovasjoner). Det er bare gjennom en likebehandling av samtlige aktører at den fulle effekten av effektiviseringer, pasienttilpassede nye løsninger og andre innovasjoner kan realiseres.

- 8. For at kvaliteten skal forbedres på sikt må gode kvalitetsanalyser publiseres offentlig.** Valgfrihet skaper en konkurransedynamikk som fremmer kvalitetsaktører på sikt, ettersom pasientene og deres foretredere (eksempelvis

fastlegen) over tid lærer seg å velge bort aktører med dårlig kvalitet gjennom å ”stemme med føttene”. For at dette skal skje må transparens sikres slik at gode valg kan gjøres. I forlengelsen av dette bør staten ta en styrende rolle i å definere og tilgjengeliggjøre kvalitetsmål. Vi anbefaler at staten via Helsedirektoratet setter standarden for hvordan kvalitet skal måles og sørger for at resultatene publiseres offentlig og at metodene kontinuerlig forbedres. Dagens kvalitetsmålinger må forbedres, både i omfang og i hvor gjennomarbeidet og velfunderte de er. Dette arbeidet må skje i nært samarbeid med den medisinske profesjonen og andre faggrupper, og resultatene må offentliggjøres på en enkel måte og i mye større omfang enn i dag.

9. ***Kvalitets- og akkrediteringsstandarder som både offentlige og private aktører må leve opp til må utarbeides, og en uavhengig myndighet bør etableres for å levere disse.*** Alle aktører som leverer tjenester innenfor det offentlige systemet skal holde en høy standard basert på veletablerte og transparente krav. Etableringskravene må være vel gjennomtenkt og bør utarbeides i samarbeid mellom leverandørene og Helsedirektoratet. I Sverige har akkrediterings- og inspeksjonsmyndigheten blitt utskilt fra Socialstyrelsen (Helsedirektoratets motsvarighet) som en egen myndighet. Erfaringen fra Sverige viser at det i et system med større valgfrihet er viktig å bygge ut kapasiteten til inspeksjonsmyndigheten. I tillegg må det jobbes for å forbedre kvaliteten i inspeksjonsmyndighetens arbeide, inklusive etablering av tydelige standarder og riskscoremodeller som prioriterer inspeksjonens oppgaver mellom tilsynssaker og tilsyn av ulike leverandører. Vi anbefaler derfor å etablere en egen myndighet for akkreditering og inspeksjon, etter modell fra den svenske *Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)*, og at oppstarten gjøres innenfor Helsedirektoratet.
10. ***Vi ønsker at oppdragene til de private aktorene skal videreutvikles til å ikke bare omfatte diagnostikk og behandlingstjenester men også forskning og utdanning.*** Dette kan relativt enkelt oppnås gjennom at staten eller RHFene i rollen som bestillere, kjøper disse tjenestene i framtiden også fra private aktører (gjennom anbud eller tildeling).

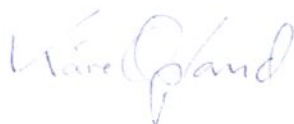
\* \* \*

Det er meget positivt at HOD har gått ut med et så omfattende og detaljert høringsnotat, ettersom det er særdeles utfordrende å designe et godt system som virkelig når målene, møter pasientenes behov, og samtidig skaper en god

konkurransedynamikk og kvalitetsutvikling på sikt. Regjeringen fortjener derfor honnør for å våge å initiere dette viktige arbeidet, og HODs høringsnotat er et svært godt utgangspunkt for den videre designen av gjennomtenkte løsninger for fritt behandlingsvalg. Vi håper at et grundig arbeid for å sammen skape gode løsninger nå kan initieres, i tett samspill mellom HOD, Helsedirektoratet, RHFene i rollen som bestillere, og offentlige og private leverandører, samt pasientgrupper. Aktørene ser problemet, utfordringene og mulighetene fra ulike synsvinkler, og vi er overbevist om at alle deler Curatos ønske om å bidra i den videre prosessen for å få fram de gode løsningene i samspill.

Med vennlig hilsen

Curato Røntgen AS



Kåre Opland

daglig leder