

Berre Ingebjørg

Fra: Cecilie Galtung Gundersen [cecilie.gundersen@aleris.no]
Sendt: 23. juni 2006 11:30
Til: Postmottak HOD
Emne: Prisms høringsuttalelse Nasjonal Helseplan



Svar på høring
Nasjonal Helsep...

Vedlagt følger Prisms - Privatsykehusenes Felleseorganisasjon sin høringsuttalelse for Nasjonal Helseplan. Vår høringsuttalelse er også sendt i posten i dag.

Vennlig hilsen
Cecilie Gundersen

Høringsuttalelse

**Høringsnotat:
Nasjonal helseplan (2007 – 2010)**

PRISY
Privatsykehusenes fellesorganisasjon

Oslo, 23. juni 2006

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. DE PRIVATE SYKEHUSENES PLESS I EN NASJONAL HELSEPLAN	4
3. FORUTSIGBARHET FOR DE PRIVATE SYKEHUSENE	5
4. VENDELISTENE SKAPER ULIKHETER	6
5. PRIVATE SYKEHUS REDUSERER VENDELISTENE	8
7. KVALITET SOM KRITERIUM VED ANBUD	16
8. LANGSIKTIGE AVTALER MED PRIVATE SYKEHUS	17
9. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	18
10. UTNYTTELSE AV KAPASITET OG ARBEIDSKRAFT	19
11. KONKLUSJON OG SVAR PÅ SPØRSMÅLENE	20

1. Innledning

Privatsykehusenes Fellesorganisasjon (PRISY) representerer i dag 16 private sykehus over hele Norge og sysselsetter mer enn 600 personer.

PRISY arbeider for å styrke norsk helsevesen gjennom å fremme interessene til private, uavhengige sykehus som viktige supplement og korrektiv til de offentlige eide sykehusene. Målt i prosent av norsk helsevesen er det private innslaget svært lavt: PRISY tilsvarer 1,24 % av de totale utgiftene til regionale helseforetak. Antall pasienter som behandles er imidlertid over 200.000. For hver enkelt av disse pasientene er PRISYs medlemmer svært viktig.

PRISYs utgangspunkt er at det gjennomgående skal være det beste for pasientene som skal ligge til grunn for norsk helsevesen. Det betyr at valgfriheten er viktig og at pasientene skal ha rett til å velge også private sykehus innenfor rammen av fritt sykehusvalg og offentlig finansiering. Dette vil medføre mer likeverdige sykehustjenester for hele befolkningen.

PRISY har i denne høringsuttalelsen valgt å konsentrere seg om de forhold som direkte eller indirekte berører våre medlemmer. I tillegg til del I *Rammer* omtaler vi problemstillinger knyttet til kap. 3. *Strategi for kvalitet og prioritering* og Del IV *Spesialisthelsetjenesten*.

PRISY ønsker med denne uttalelsen:

1. å påpeke sammenhengen mellom ventelister og ulikheter
2. å dokumentere den betydning de private sykehus har for redusert ventetid i spesialisthelsetjenesten
3. å understreke behovet for at de private sykehusene har stabile og forutsigbare rammevilkår som en del av en nasjonal helseplan.

Dersom departementet i sitt videre arbeid ønsker ytterligere utdypning og informasjon vil PRISY så langt som mulig bidra.

2. De private sykehusenes plass i en nasjonal helseplan

I høringsnotatet skriver Regjeringen:

Nasjonal helseplan skal ta utgangspunkt i pasienters og pårørendes perspektiv og synliggjøre områder hvor nasjonale strategier, forventninger og ledelsesmessige grep vil åpne for resultater.

Og videre:

Planen skal ta utgangspunkt i pasientens behov

PRISY deler dette utgangspunktet og vil understreke viktigheten av at private sykehus vurderes som et virkemiddel på lik linje med andre virkemidler for å nå de overordnede målsettingene. Høringsnotatet gir svært liten omtale av de private sykehusenes plass i en nasjonal helseplan. Selv om Regjeringen gir signaler i Soria Moria-erklæringen om en begrenset bruk av private sykehus, vil det uansett være naturlig å inkludere de private sykehusene i en nasjonal strategi som har pasientenes behov som utgangspunkt. En vurdering av de private sykehusenes rolle bør være fakta- og kunnskapsbasert. Det avgjørende bør hele tiden være kvalitet, faglig nivå og kortest mulig ventetider. Det har helseministeren også vektlagt i år:

Som helseminister og som representant for denne regjeringa er det selvfølgelig pasientene jeg først og fremst er opptatt av, og av at det skal være tilbud av god kvalitet, godt faglig nivå og kortest mulige ventelister.

Sylvia Brustad, Stortingsdebatt, 11. januar 2006

[Det er] et poeng i at de som får behandling - dersom de venter kortest mulig tid, får best mulig behandling osv. - ikke er så opptatt av hvor de får den, men bare av at de får den.

Sylvia Brustad, Stortingsdebatt, 11. januar 2006

PRISY deler dette synet. Det finnes imidlertid ingen dokumentasjon på at en begrensning av bruken av de private sykehusene vil bidra til en overordnede målsettingen om å ta utgangspunkt i pasientenes behov. Det avgjørende for Nasjonal helseplan bør derfor være at pasientene får en kvalitativ god behandling raskest mulig og på en kostnadseffektiv måte – ikke hvem som utfører denne behandlingen. Det er også viktig å ivareta pasientens egne ønsker og autonomi også når pasienten ønsker å benytte et privat sykehus.

De private sykehusene kan og bør være ett av flere virkemidler som omtales og integreres i den nasjonale helseplanen. PRISY har forståelse for at private sykehus kun kan være et supplement til det offentlige. Men målrettet bruk av de private sykehusene vil medføre at de overordnede målsettingen for Regjeringens helsepolitikk kan nås raskt og presis. Det er i bred enighet om den betydning de private sykehusene har hatt for reduksjonen i ventelistene:

De private sykehusene har bidratt betydelig til at tilgjengeligheten til behandling er bedret for pasientgrupper som tidligere hadde relativt lang ventetid ved mange offentlige sykehus

Sammenligning for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. Sintef Helse Rapport 1/05.

3. Forutsigbarhet for de private sykehusene

Det har vært bred politisk enighet om at de private sykehusene skal være et supplement til det offentlige og at de er til nytte for pasientene. En enstemmig sosialkomite uttalte dette på følgende måte:

Komiteen mener det likevel er viktig at et helsevesen som tar sikte på likeverdige tilbud over hele landet, ikke baserer seg på at private aktører skal erstatte det offentlige helsevesenet. Siden RHF kan inngå avtaler med private, er det viktig at de private har likeverdige vilkår slik at de kan være sikret langsiktighet og forutsigbarhet i sin drift, noe som er til nytte for pasientene.

Innst.S.nr.82 (2003-2004), Innstilling fra sosialkomiteen om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten

Nåværende helseminister Sylvia Brustad har ved senere anledning understreket det viktige bidrag som private sykehus har stått for med å få ned ventelistene:

Ulike private aktører har gjennom avtaler med regionale helseforetak bidratt vesentlig og konstruktivt i arbeidet med å få ned ventetider og ventelister i de senere årene.

Sylvia Brustad, Stortingsdebatt, 28. oktober 2005

Også i NOU 2003: 1 om behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten gjengis det flere faglige argumenter for bruk av private sykehus:

Det kan anføres mange argumenter for hvorfor privat sektor bør spille en rolle i spesialisthelsetjenesten. De vil yte konkurranse, og vil på mange måter kunne være et korrektiv til den offentlige virksomheten. Regionale helseforetak kan bruke private aktører som et supplement, og også som et alternativ til virksomheten i egne helseforetak. Private tilbydere vil også kunne bidra til et større mangfold i måter å organisere helsetjenester på. Det vil gi pasientene større valgfrihet og kan bidra til å utvikle de offentlige tjenestene. Private aktører kan bidra til å øke kapasiteten i behandlingstilbudet i tilfeller hvor de kan utnytte personell og utstyr mer effektivt enn det de offentlige sykehusene klarer.

I en debatt om bruk av private løsninger og anbud i norsk helsevesen er det viktig å skille de private sykehusenes aktivitet fra andre private helsetilbud (f.eks. privat drift av sykehjem) som har overtatt drift og pasienter i eksisterende offentlige institusjoner gjennom anbudskonkurranser.

Pasientene som PRISYs medlemmer betjener er ikke flyttet, mer eller mindre ufrivillig, fra det offentlige til private etter pris/anbud konkurranse. Alle de pasienter PRISYs medlemmer behandler har selv valgt sitt sykehus.

PRISY representerer dermed den delen av helsevesenet som helt konkret er blitt foretrukket av pasientene. Det stiller høye krav til kvaliteten på det de private sykehus leverer. Slik ønsker PRISY at det også skal være i fremtiden.

4. Ventelistene skaper ulikheter

I høringsnotatet understrekes viktigheten av større likhet innenfor helsetjenestene:

Data fra tjenestene viser at det ikke alltid er lik tilgang på tjenester. Dette kommer frem ved at det er ulik praktisering av hvordan pasienter prioriteres og hvilke tjenester som tilbys. Kvalitet og prioritering i helsetjenesten handler om hvordan tjenestene kan fungere best mulig for å gi helsehjelp som er rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, etnisitet og geografi.

Høringsnotatet slår videre fast:

De senere år har det vært et mål å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

I høringsnotatet opplyses det om betydelige variasjoner:

Andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp varierer fra 55 til 90 prosent mellom de regionale helseforetak

I høringsnotatet antydes det at det foreligger en skjevdeling i befolkningen:

Det finnes indikasjoner på at særlig spesialisthelsetjenesten er sosialt skjevdelt i befolkningen, det vil si at det er positiv sammenheng mellom lengde på utdanning og bruk av spesialisthelsetjenester. Samtidig vet vi at det er i grupper med kort utdanning av helseproblemer er størst. Det er altså et gap mellom målet om likeverdig tilgang på tjenester uavhengig av sykdomsgruppe, geografi og sosial status og hvordan praksis utøves

Det kan være flere årsaker til ulikheter. PRISY vil i denne høringsuttalelsen fokusere på de ulikheter som oppstår som en direkte følge av at det eksisterer ventelister for å få behandling. Det er all grunn til å anta at økte ventetider vil bety økte forskjeller mellom pasienter og pasientgrupper. Ventelister medfører en prioritering av medisinsk personale som må inneholde en betydelig grad av skjønn. Dette skjønn utøves naturligvis ulikt og gir grunn for ulikheter.

De forskjellige ulikheter som kan oppstå kan oppsummeres som:

- **Geografi:** Det eksisterer både betydelige forskjeller i ventetid mellom helseregionene og mellom innbyggerne i de ulike helseregionenes adgang til å benytte private sykehus for å redusere ventetiden. Dette er forskjeller som utelukkende er basert på hvor i landet pasienten geografisk sett hører hjemme.
- **Sykdomsgrupper:** Det eksisterer en betydelig variasjon i ventetiden mellom sykdomsgrupper. Og det er variasjoner mellom hvilke sykdomsgrupper som gir pasientene adgang til å benytte private sykehus for å redusere ventetiden. Denne forskjellen mellom sykdomsgruppene vil kunne avspeile sosiale ulikheter, kjønnsforskjeller og ulikhet basert på etnisitet.
- **Sosial status:** Det er ikke unaturlig å anta at sosial status hos pasienten påvirker både hvilke sykdommer som prioriteres og hvor raskt pasienten får behandling, selv om dette kan være vanskelig å dokumentere i hvert enkelt tilfelle.

- Utdanning: Det er naturlig å anta at pasientens utdanningsnivå og evne til å argumentere for sin situasjon, både medisinsk og sosialt, kan påvirke hvor raskt pasienten får behandling.
- Etnisitet: Det er grunn til å anta at etnisitet kan gi utslag både språklig og sosialt på en måte som påvirker hvor raskt pasienten får behandling.
- Økonomi: Pasientens private økonomi bidrar til ulikhet. Pasienter med god økonomi vil uansett kunne kjøpe seg forbi køene ved å betale hele behandlingen/operasjonen selv – enten i Norge eller i utlandet. PRISYs medlemmer kan allerede i dag se allerede ser konturene av et todelt helse system som følge av den varslede redusere bruken av private sykehus. Den private helseforsikringer og privat betalende kunder er økende.

I ventelistedataene brukes to ulike definisjoner på ventetid:

1. Ventetiden på henvisninger som **har** fått igangsatt behandling – kalt *avviklede*
2. Ventetiden på henvisninger som **ikke har** fått igangsatt behandling – kalt *ventende*

I forbindelse med siste offentliggjøring av ventelistetallene valgte Regjeringen å presentere tallene for avviklede henvisninger. Tallene for de to gruppene (ventende og avviklede) viser imidlertid betydelige forskjeller. Ventetiden for ventende er betydelig lengre enn ventetiden for avviklede. Det bør være et sentralt mål å finne ut hva som skjuler seg bak disse forskjellene.

En del kan naturligvis forklares med graden av alvor i diagnosene. Siden den ene gruppen venter betydelig lengre enn den andre – og forskjellen ser ut i å være økende – bør det være interessant å finne ut om det i tillegg skjuler seg noen forskjeller basert på sosial status, utdanning, etnisitet, geografi eller kjønn mellom gruppene. Blant de som har fått igangsatt behandling finner vi den gruppen som har nådd opp i prioriteringen overfor det medisinske personell. I den andre gruppen finner vi dem som ikke har når opp i prioriteringen.

I tillegg opplever de private sykehusene daglig å bli kontaktet av pasienter som sier at ventetidene som RHFene opptrer med på internett ikke er reelle og at det ofte kan være så mye som dobbelt så lange ventetider. PRISY har ingen mulighet til å etterprøve slike opplysninger men mener at også dette bør bli gjenstand for nærmere vurdering.

Det er også grunn til å anta at ventelister i seg selv reduserer etterspørselen. I høringsnotatet påpekes dette under kap 11.2. Utviklingstrekk, hvor det står:

Det er i dag store geografiske forskjeller i ventetid for like pasientgrupper. Det er også store forskjeller for ulike grupper av pasienter. Det er skjult kapasitetsbehov for noen pasientgrupper fordi de har svært mangelfullt utbygd tilbud, og dermed få henvisninger (f.eks. lindrende behandling)

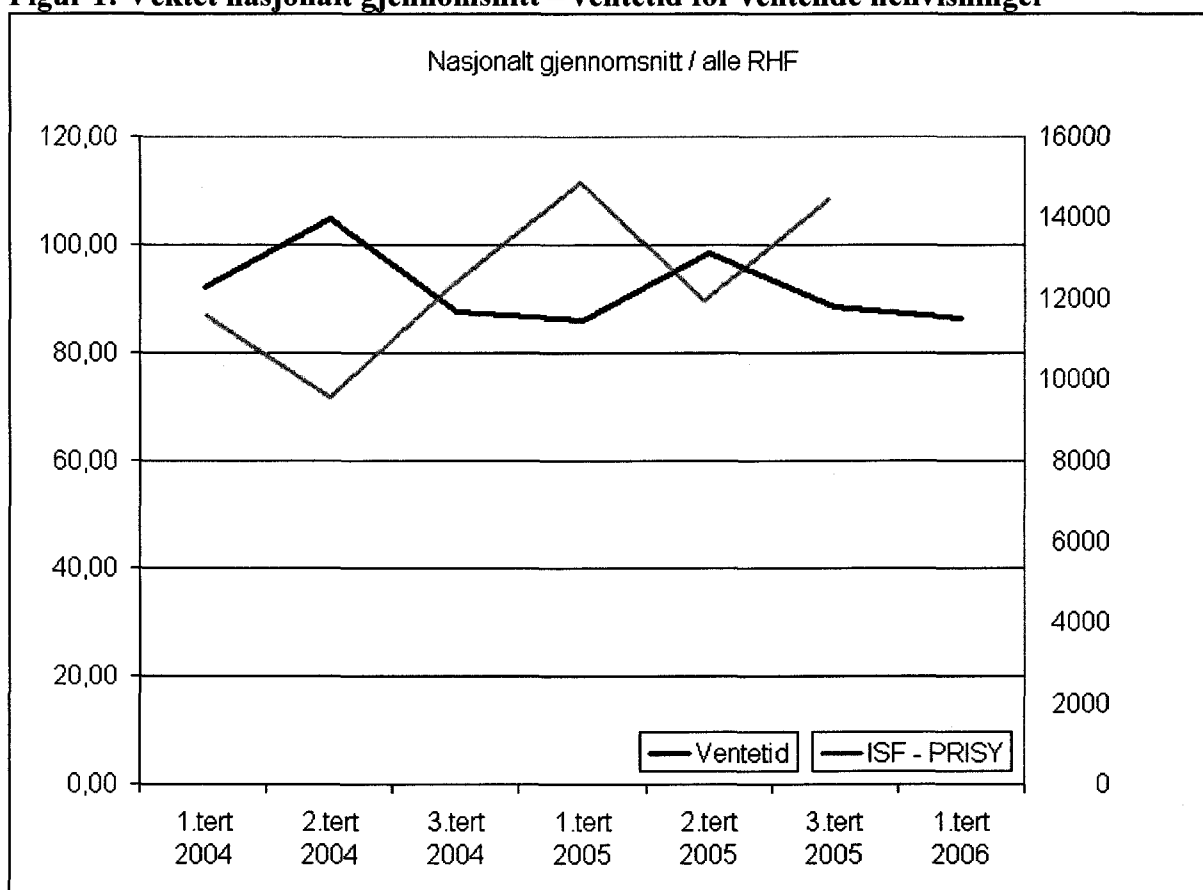
Den mest effektive måten å utjevne forskjeller på – og dermed hindre ulikhet – er å sørge for at ventelistene er avskaffet eller redusert til et minimum. Dette baserer seg på at jo lengre ventelister, jo større ulikheter. Dersom alle får behandling, 1) raskt 2) med høy kvalitet 3) uten å måtte betale selv – vil det redusere ulikheter knyttet til behandling. Dette vil igjen redusere mulighetene for at prioriteringene gjøres slik at de forsterker allerede eksisterende forskjeller i samfunnet (basert på sosial status, utdanning, kjønn, etnisitet, geografi, e.l.).

5. Private sykehus reduserer ventelistene

Ventetiden for behandling ved spesialisthelsetjenesten har vist en nedgang siden år 2000. Det vil si at nedgangen startet før reformen i 2002 men samtidig som de private aktørene begynner å utgjøre en del av det offentlig finansierte helsevesenet. Nesten to tredjedeler av ventelistekuttene til nå er gjort av private aktører. Men fortsatt står nesten 200 000 nordmenn i sykehuskø til en hver tid.

De siste årene har private sykehus vært et effektivt virkemiddel for å redusere ventetiden. Tallene viser at det eksisterer en klar sammenheng mellom bruken av private sykehus og ventetiden:

Figur 1: Vektet nasjonalt gjennomsnitt – ventetid for ventende henvisninger



Figur 1 sammenlikner utviklingen av to dataserier over tid. Sort linje viser vektet gjennomsnitt for alle RHF av gjennomsnittlig ventetid for ventende henvisninger. Dette er stipulert på aksene fra 0-120 døgn. Grå linje viser antall ISF-opphold ved private sykehus i Norge. Dette er stipulert på aksene fra 0-16000 opphold. Kilder: NPR/Sintef helse og PRISY. Det foreligger foreløpig ikke ISF-tall fra PRISY for 1. tertial 2006. Det er i denne sammenheng naturlig å bruke tall for ventende da det er grunn til å anta at disse ikke-prioriterte pasientene i større grad benytter private sykehus.

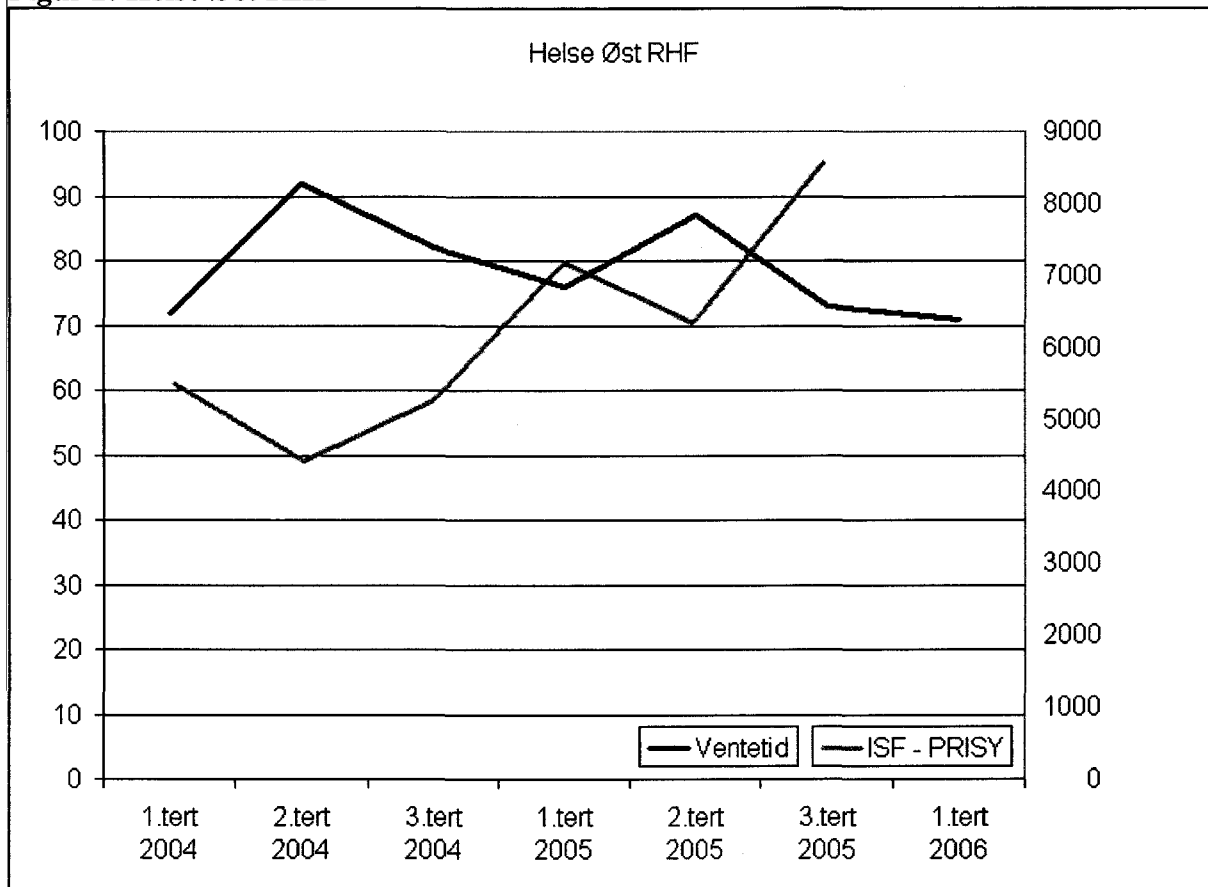
Som det fremgår av figuren er det en tydelig omvendt korrelasjon mellom antall ISF-opphold ved private sykehus og ventetiden for ventende. I klartekst betyr det følgende:

- Ventetiden synker med økt bruk av private sykehus.
- Ventetiden øker med redusert bruk av private sykehus.

Det må presiseres at tallene ikke forteller hvorfor bruken av private sykehus går opp. Det kan enten skyldes nye avtaler med helseregionene, økt kapasitet hos de private eller økt pasienttilstrømming. Årsakene endrer ikke hovedkonklusjonen: Økt bruk av private reduserer ventelistene

Også dersom vi bryter tallene ned på helseregioner ser vi den samme sammenhengen. De helseregionene som har vært villige til å ta i bruk private sykehus har fått redusert ventetiden. De som har redusert bruken av private sykehus har fått økt ventetiden.

Figur 2: Helse Øst RHF



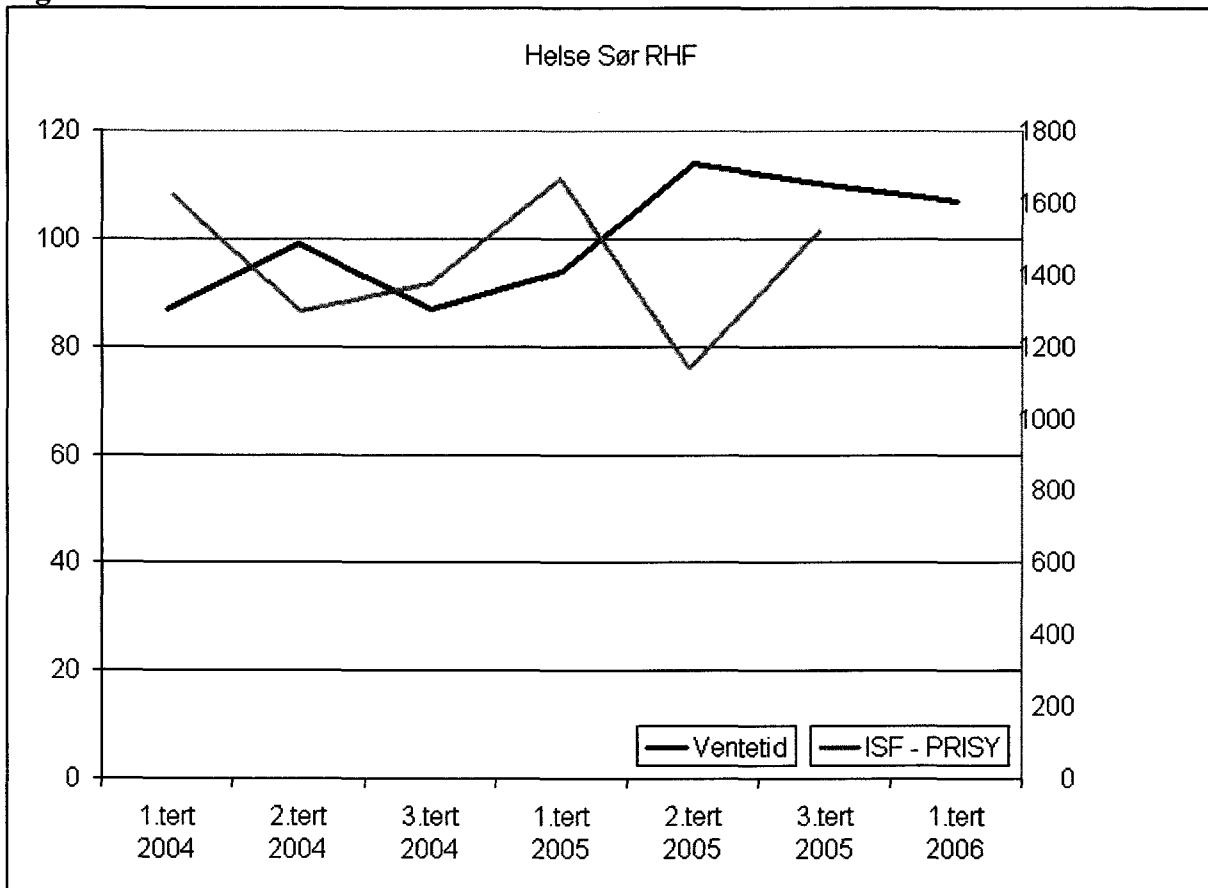
Figur 2 sammenlikner gjennomsnittlig ventetid for ventende ved Helse Øst RHF og antall ISF-opphold ved private sykehus i Helse Øst RHF. Kilder: NPR/Sintef helse og PRISY.

Vi ser den samme omvendte korrelasjonen her lokalt som i figur 1 og nasjonalt:

- Ventetiden i Helse Øst synker ved økt bruk av private sykehus, og omvendt.

Etter nedgang i ventelistene frem til 2005 ble bruken av private sykehus redusert. Dette gav umiddelbart utslag i at ventelisten økte. Økt innsats fra private sykehus gjorde imidlertid at ventelistene nok en gang ble redusert.

Figur 3: Helse Sør RHF

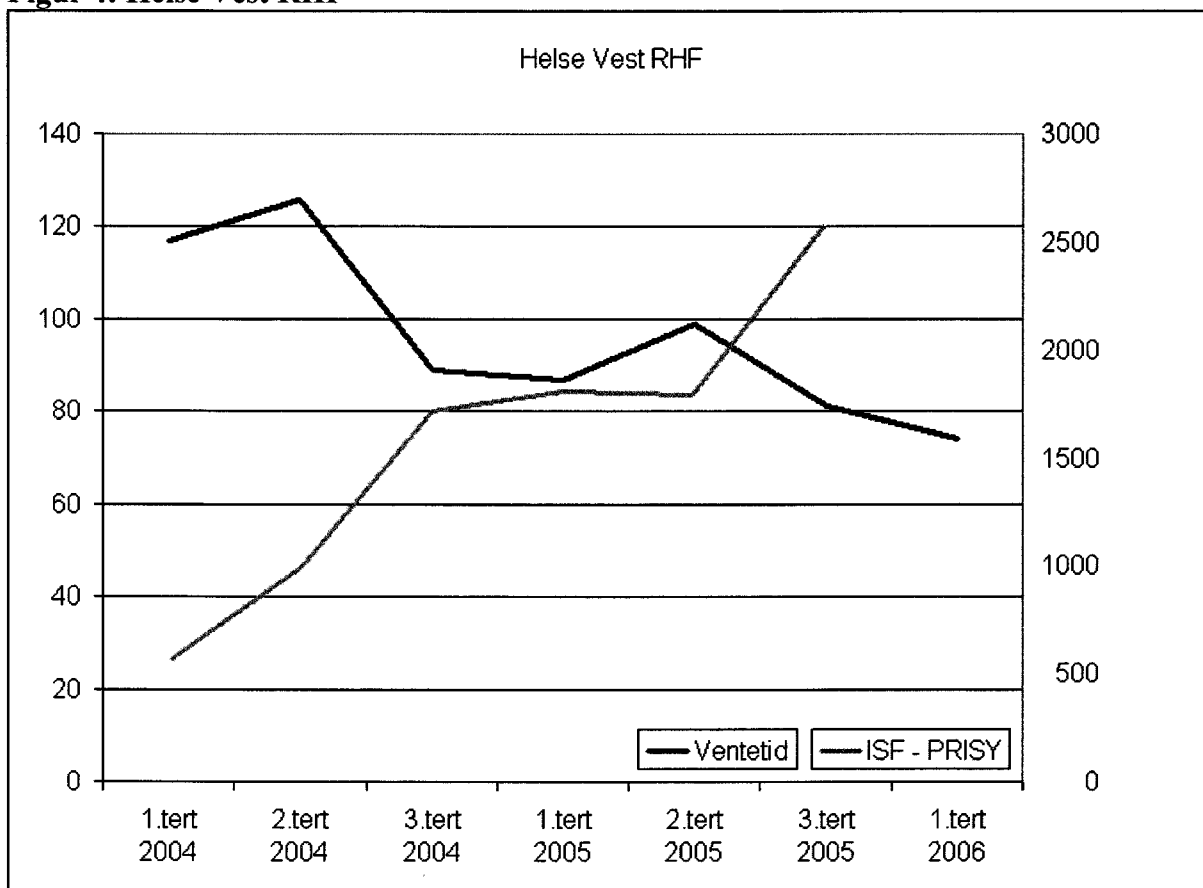


Figur 3 sammenlikner gjennomsnittlig ventetid for ventende ved Helse Sør RHF og antall ISF-opphold ved private sykehus i Helse Sør RHF. Kilder: NPR/Sintef helse og PRISY.

Vi ser den samme omvendte korrelasjonen her lokalt som i figur 1 og nasjonalt. Ventetiden i Helse Sør synker ved økt bruk av private sykehus, og omvendt.

Helse Sør har hatt sterk variasjon i bruken av private sykehus og tilsvarende svingninger i ventelistene.

Figur 4: Helse Vest RHF

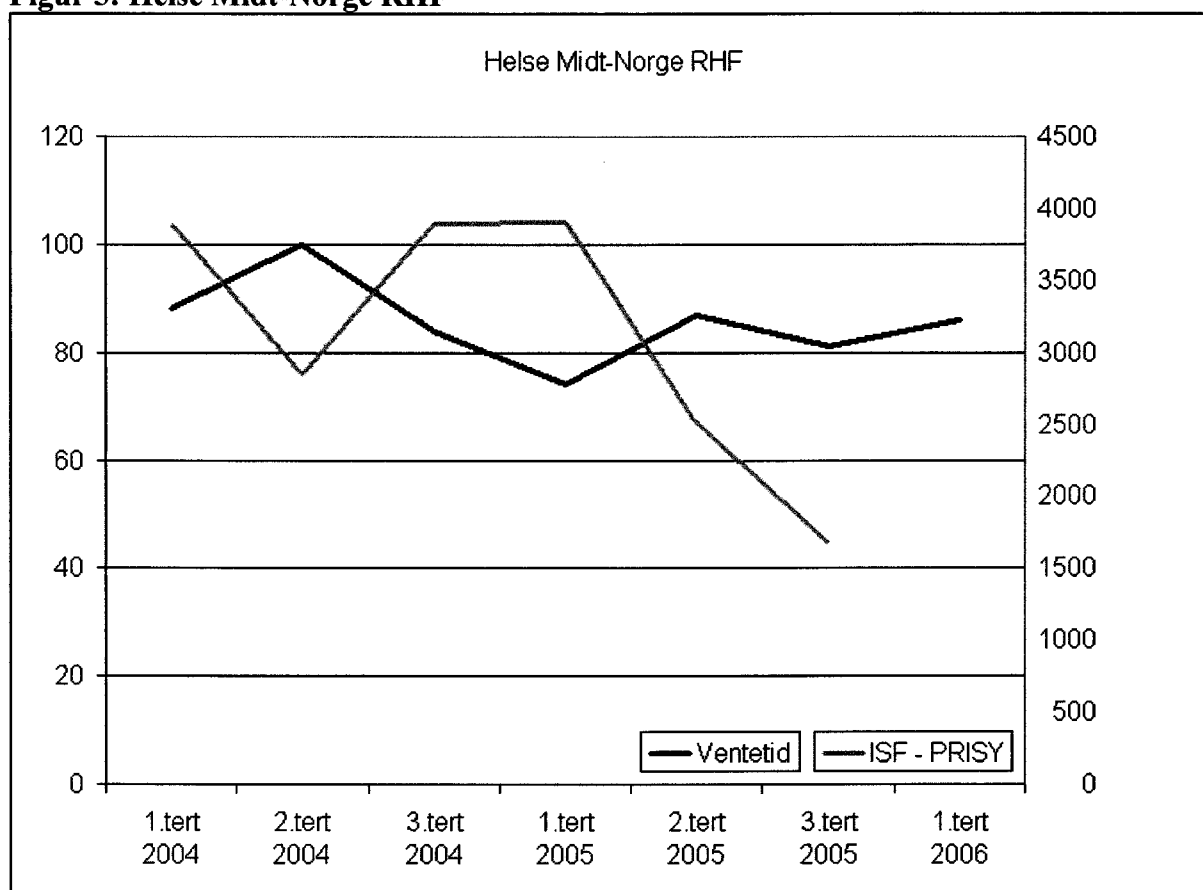


Figur 4 sammenlikner gjennomsnittlig ventetid for ventende ved Helse Vest RHF og antall ISF-opphold ved private sykehus i Helse Vest RHF. Kilder: NPR/Sintef helse og PRISY

Vi ser den samme omvendte korrelasjonen her lokalt som i figur 1 og nasjonalt. Ventetiden i Helse Vest synker ved økt bruk av private sykehus, og omvendt.

I 2005 ble gikk bruken private sykehus ned og ventetiden øker. Dette varte helt til bruken av private sykehus økte igjen.

Figur 5: Helse Midt-Norge RHF



Figur 5 sammenlikner gjennomsnittlig ventetid for ventende ved Helse Midt-Norge RHF og antall ISF-opphold ved private sykehus i Helse Midt-Norge RHF. Kilder: NPR/Sintef helse og PRISY.

Vi ser den samme omvendte korrelasjonen i Helse Midt-Norge som nasjonalt, med unntak av i siste tertial i år 2005, hvor ventetiden i en periode synker til tross for synkende bruk av private sykehus. Det er trolig snakk en tidsforskyvning da ventetiden raskt stiger tilbake igjen i første tertial år 2006.

Det som imidlertid først og fremst skiller Helse Midt Norge fra de andre helseregionene er at de er den eneste regionen som har økning i ventetiden. Samtidig har Helse Midt-Norge, i motsetning til de andre nevnte helseregioner, redusert bruken av private i 2005. Etter å ha hatt en jevn reduksjon i ventetiden fram til 2005 begynte ventetiden å øke samtidig som regionen bruken av private sykehus i regionen gikk ned.

Likevel ser vi at hovedkonklusjonen stemmer også her: Den kraftige oppgangen i bruk av private sykehus skjer samtidig med en nedgang i ventetiden.

(Helse Nord har så lite innslag av privat sykehus at de er holdt utenfor i denne omgang, selv om det også der finnes indikasjoner, om ikke så entydige.)

Konklusjonene blir således:

- De nasjonale tallene viser over tid en oppsiktsvekkende nær sammenheng mellom ventetiden og bruken av private sykehus: Økt bruk av private sykehus reduserer ventetiden og redusert bruk av private sykehus øker ventetiden
- Også når vi ser på de regionale tallene finner vi den samme oppsiktsvekkende sammenheng. Økt bruk av private sykehus reduserer ventetiden og redusert bruk av private sykehus øker ventetiden.
- Ulikheter i utviklingen av ventetiden mellom helseregionene kan trolig forklares med regionenes bruk av private sykehus. Helse Midt-Norge har som eneste region økte ventelister – og de har i motsetning til de omtalte regioner redusert bruken av private sykehus.

Det må i tillegg understrekes at kapasiteten er trolig lavere enn det vi kan lese ut av ventelistene. Manglende kapasitet forplanter seg både opp og ned i systemet. Bl.a. får ikke kommunehelsetjenestens sykehjem sendt pasienter videre til sykehusene og sykehusene sender pasienten videre til kommunehelsetjenesten for tidlig. Dette poenget understrekes også i høringsnotatet i kap under 11 kapasitet og struktur hvor det bl.a. står:

Ventelister, korridorpasienter, "utskrivningsklare pasienter", "feilplasserte pasienter" og for tidlig utskrivninger er dels uttrykk for svikt i samarbeid og dårlig pasientlogistikk og kan være ett uttrykk for lav kapasitet. F.eks. kan en utskrivningsklar pasient som ligger i en korridor være forårsaket av kapasitetssvikt i pleie – og omsorgstilbudet i hjemkommunen. Kapasitetssvikt i kommunene kan være forårsaket av ventetid til spesialisthelsetjenesten.

PRISY deler denne oppfatningen. Det betyr at gevinstene med å redusere/fjerne helsekøen er betydelig større enn man kan lese ut av ventelistene og økningen av antall behandlede pasienter.

Det må også legges til at det ansvar helseforetakene har fått for de langtidssykemeldte ikke blir ivarettatt når ventetidene er så lange. Disse pasientene blir stående uforholdsmessig lenge i kø. For å bedre samfunnsøkonomien bør de langtidssykemeldte igjen bli prioritert med kjøp av helsetjenester slik at syke pengeutbetalingene går ned og disse pasientene kommer i arbeid igjen.

Det synes derfor å være klart at en redusert bruk av private sykehus, uten en formidabel økning av kapasiteten i det offentlige helsevesen, vil gi utslag i økt ventetid for pasientene. Det er all grunn til å anta at økt ventetid, som nærmere omtalt under kapittel 3 foran, vil bety økte forskjeller mellom pasienter og pasientgrupper, basert på bl.a:

- Geografi
- Sykdomsgrupper
- Sosial status
- Utdanning
- Etnisitet
- Økonomi

Myndigheten kan i nasjonal helseplan legge opp til aktiv bruk av de private sykehusene og følgelig bringe ventetiden ned på et historisk lavt nivå. Det er et av de mest nærliggende strategiske virkemiddel regjeringen kan ta i bruk for å redusere forskjellene i Norge.

6. Kvalitet må måles

PRISY mener det er en utfordring for spesialisthelsetjenesten at det ikke er funnet gode målemetoder for verken effektivitet eller kvalitet. I høringsnotatet fokuseres det særlig på å større åpenhet rundt kvalitet:

Åpenhet om helsetjenestens kvalitet vil bli vektlagt fremover

..

God kvalitet og riktig prioritering er avgjørende forutsetninger for å nå de politiske målene om likeverdig tilgang til gode helsetjenester for alle. Manglende åpenhet og oppmerksomhet kan føre til at forskjeller forblir skjult. Åpenhet er derfor viktig i kvalitets- og prioriteringsstrategien.

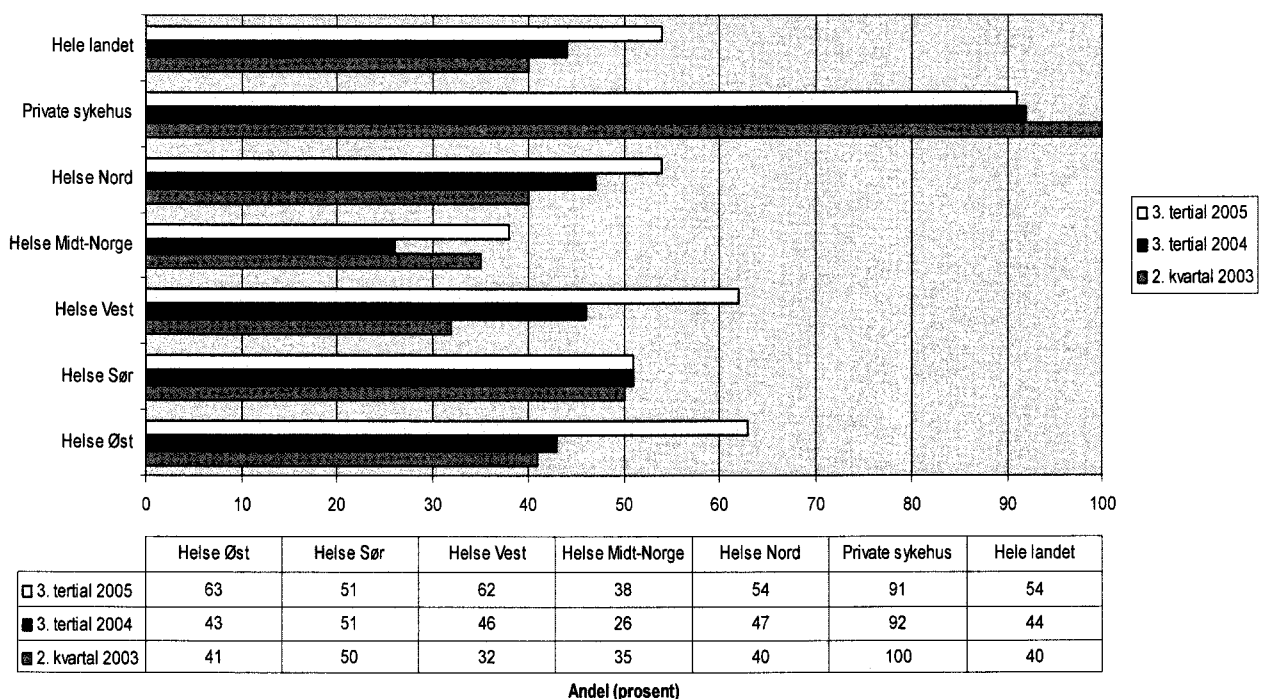
..

På de områder vi har kvalitetsindikatorer finner vi betydelig variasjon i resultater mellom de regionale helseforetak og mellom helseforetakene innenfor samme region. Variasjonen er større enn ulikheten i pasientsammensetningen og geografiske forhold skulle tilsi. Det er grunn til å anta at det er variasjon også på andre områder

Manglende data om kvalitet og effektivitet gjør det vanskelig å måle forskjellene mellom private og offentlig sykehus. PRISY vil imidlertid fremheve at de målinger og tall som finnes alle peker i samme retning: Både effektivitet og kvalitet er svært god i de private sykehusene.

- Kvaliteten på utførte tjenester ved private sykehus er bedre enn det offentlige, målt bl.a. på til antall klagesaker til Norsk Pasientskadeerstatning
- PRISYs medlemmer leverer epikriser (legeopplysninger fra sykehuset) innen 7 dager etter utskrivelse i større grad enn de offentlig eide sykehusene.

Andel epikriser (legeopplysninger fra sykehuset) sendt ut innen 7 dager etter utskrivelse. Regionale helseforetak og i hele landet, 2003-2005.



De private sykehusene får sine oppdrag gjennom offentlige anbud lagt ut av de regionale helseforetakene og utfører sammenlignbare helsetjenester billigere enn de offentlige sykehusene. Det er imidlertid stilt spørsmålstegn ved sammenligningsgrunnlaget. PRISY ser gjerne at kvaliteten til de private sykehus blir enda bedre dokumentert. PRISY vil støtte myndighetenes tiltak for å finne frem til et godt sammenligningsgrunnlag for å måle både kvalitet og effektivitet hos både private og offentlig sykehus.

PRISY mener det er helt avgjørende for å kunne utvikle en strategi for kvalitet at både private og offentlige sykehus måles og kan lære av "best practice".

Det er grunn til å tro at det er betydelige variasjoner både i kvalitet og effektivitet – og at kunnskap om disse variasjoner vil kunne gi grunnlag for forbedringer både hos de private sykehusene og de offentlige sykehusene.

7. Kvalitet som kriterium ved anbud

PRISYs medlemmer utfører tjenestene basert på anbud fra helseforetakene. Dette har medført at arbeidet utføres til en pris som i sum er lavere enn den betaling helseforetakene får for tjenestene (ISF pluss rammetilskudd).

PRISY vil imidlertid påpeke at prisene på betaling til private sykehus har falt radikalt på noen få år. Betalingene til private sykehus har gått ned fra ca 80% av DRG til ca 45% fra 2003 til 2006.

Det sier seg selv at en fortsatt reduksjon i pris vil kunne påvirke kvaliteten på tjenestene. Erfaringene fra NHS (UK) viser at kvalitet blir lidende av prispress. Det er derfor viktig at myndighetene/helseforetakene i større grad også bruker kvalitet som kriterium ved anbudskonkurranser.

PRISY mener at helseforetakene ved sine anbudsrunder vektlegger pris ensidig og at dette er i strid med de retningslinjer Regjeringen og Stortinget har gitt. Forutsetningene om kvalitet som et viktig element i denne type avtaler kommer bl.a. til uttrykk i Ot. Prp. nr. 63 (2003 – 2004) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) med mer:

”Skal det etableres reell konkurranse, må de regionale helseforetakene kunne velge de beste tilbudene, og ikke være forpliktet til å benytte alle tilbudene. Med det beste tilbudet menes ikke nødvendigvis det billigste. Foruten pris må foretakene legge vekt på tjenestetilbudenes kvalitet, effektivitet, fleksibilitet, tilgjengelighet for pasientene, om det private sykehuset tilrettelegger samarbeid på en tilfredsstillende måte, om det erfaringsmessig bryter behandlingsfristen for rettighetspasienter, den samlede nasjonale behandlingsskapasitet innenfor de ulike tiltaksområdene mv”.

PRISY har en rekke ganger tatt disse forholdene opp med ulike helseforetak og mener at departementet må innskjerpe disse retningslinjene over for helseforetakene.

8. Langsiktige avtaler med private sykehus

PRISY vil hevde at langsiktige avtaler vil være et riktig virkemiddel for helseforetakene i sin strategi. Det vil sette de private sykehusene i stand til å planlegge investeringene, kompetanseheving og bemanning på en mer effektiv måte. Langsiktighet gjør at de private sykehusene kan planlegge sin virksomhet og holde kostnadene lavere enn dersom sykehusene hele tiden måtte ha kortsiktige tidshorisonter. Denne kostnadsreduksjonen vil gi seg utslag gjennom anbudsrunderne og dermed medføre besparelser for helseforetakene og samfunnet som helhet.

Dette ble også påpekt i NOU 2003: 1 om Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten hvor det bl.a. heter:

Utvalget har forståelse for at private aktører må ha en viss langsiktighet i avtaler med regionale helseforetak som grunnlag for investeringsbeslutninger. Det bør derfor legges til rette for at det etableres forutsigbare rammevilkår for private aktører som utførere av prioriterte oppgaver på oppdrag fra regionale helseforetak. Utvalget foreslår derfor at regionale helseforetak må utvikle avtaler som gir nødvendig langsiktighet i samarbeidet med private aktører.

I denne sammenhengen mener utvalget at evalueringskriteriet om kostnadseffektivitet er relevant fordi regionale helseforetak, ved å sette ut tjenesteområder på anbud, kan bruke konkurranse mellom ulike aktører for å få mer pasientbehandling ut av midlene. Dette gjelder også i forhold til offentlig virksomhet fordi bruk av anbud, eller beskjed om at dette vil kunne brukes, kan presse fram en effektivisering av den offentlige virksomheten.

En ny undersøkelse, utført av MandagMorgen og offentliggjort 26.juni 2006, blant ledere av private og offentlige helseforetak viser at både det offentlige og de private ønsker lengre partnerskapsavtaler fremfor kortsiktige anbudsrunder. 8 av 10 ledere i offentlige helseforetak ønsket å fremforhandle flere-årige partnerskapsavtaler og 9 av 10 ledere i private helseforetak ønsket det samme

PRISY mener at Nasjonal Helseplan bør legge opp til at de avtalene helseforetakene inngår med private sykehus har en lengre tidshorison enn i dag. En naturlig avtaleperiode bør normalt være fem år, dersom ikke konkrete og spesielle forhold tilsier en kortere periode.

9. Utdanning av helsepersonell

De private sykehusene sitter på en viktig kompetanse som det er naturlig for samfunnet å dra nytte av også ved utdanning av helsepersonell. I tillegg til den rent medisinsk-faglige delen av utdannelsen vil det være en styrke for det offentlige helsevesen at deler av personellet har en annen erfaringsbakgrunn, bl.a. fra private sykehus. Det vil kunne bidra til både inspirasjon og bredere beslutningsgrunnlag når den offentlige helseorganisasjonen formes.

De private sykehusene bidrar i dag til utdanning av sykepleiere, og det vil være naturlig at de private sykehusene i fremtiden også kan bidra til også annen utdanning, bl.a. utdanning av legespesialister.

Vi viser i denne forbindelse til hva som ble sagt i NOU 2003: 1 om Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten hvor det bl.a. heter om praksisundervisning hos private:

Det er pekt på at det er mangel på praksisplasser, særlig for grunnutdanningene innen helsefag. Ved hjelp av driftsavtalene kan regionale helseforetak i større grad stille krav om at studenter også kan få praksis hos private aktører. Det vil avhenge av forhandlinger mellom regionale helseforetak og de private hvordan tilretteleggelse for praksisundervisning kan inngå i avtalene.

Behovet for at legestudenter skal være med på å gjøre utredninger av pasientene oppgis som en mulig årsak til såkalte dobbeltutredninger, det vil si at pasienten før operasjon først utredes hos en privat spesialist, og så utredes på ny ved sykehus der studentene befinner seg. Dette er også et argument for at universitetene og regionale helseforetak bør vurdere å la legestudenter i større grad få praksis hos private.

PRISY vil også få understreke at ved vurderingen av private sykehus og utdanning av helsepersonell, er naturlig å se i sammenheng med varigheten på de avtaler private sykehus inngår med det offentlige. Lengre partnerskapsavtaler mellom offentlige helseforetak og private sykehus istedenfor kortsiktige anbudsrunder, vil sette de private sykehusene i bedre stand til å utdanne helsepersonell.

10. Utnyttelse av kapasitet og arbeidskraft

En sentral del av en strategi for å utnytte helsepersonell på en mest mulig effektiv måte for pasientene og for samfunnsøkonomien er at det ikke settes opp formelle stengsler som hindrer arbeidskraften i å utnytte sin kapasitet der det er stort behov for den.

Et forbud, eller klausuler i en kontrakt, mot at leger fra offentlige sykehus arbeider på private sykehus er et slikt stengsel. Dette bidrar til minst fire svært uheldige konsekvenser:

- Forbudet reduserer kvaliteten på helsetjenestene både hos det offentlige og hos de private. Forbudet reduserer det volumet helsepersonellet får behandlet. Volum/kvalitetsrelasjoner – eller det å gjøre noe mye – er en viktig del av kvalitets- og effektivitetsforbedringen i prosedyrefag. Det er først og fremst uheldig for pasientene.
- Privat og offentlig sektor generelt og private og offentlige sykehus spesielt kan lære mye av hverandre. Det fleste leger i private sykehus har arbeidserfaring fra det offentlige og kan således trekke på den lærdom som finnes der. Men svært få ved offentlige sykehus har arbeidet i privat sektor og kan bringe den erfaringen inn i de offentlige sykehusene. Forbudet bidrar med andre ord i første rekke til at de offentlige sykehus ikke får nyttiggjort seg den erfaring som finnes. Dette er først og fremst uheldig for de offentlige helseforetakene.
- Arbeidskraften utnyttes ikke der hvor den gjør størst nytte for seg. Forbudet hindrer fleksibilitet i arbeidsmarkedet. I særlig grad medfører forbudet at ledig kapasitet ikke kan settes inn midlertidig for å løse såkalte flaskehals. Det er i særlig grad uheldig for samfunnets samlede ressursbruk.
- Forbudet bidrar til å gjøre det vanskelig å etablere private sykehus i distriktene. De store sykehusene sentralt har stort volum og egne heltidsansatte leger. Mindre sykehus – særlig i distriktene – har ikke et stort nok volum til å ansette egne leger og vil normalt være avhengig av å ta i bruk ledig kapasitet fra det offentlige. Forbudet mot at leger fra det offentlige sykehus arbeider på private sykehus bidrar således til sentralisering.
- Forbudet gjør det vanskeligere å rekruttere spesialisert helsepersonell til distriktene der kombinasjonen av arbeid i offentlige og private institusjoner kan være et viktig ”trekkplaster”.

PRISY mener at det viktigste bør være pasientens beste – at pasienten får god kvalitet – og at det således bør både tillates og oppmuntres til at leger ved offentlige sykehus også kan bidra på private sykehus.

Dette er selvsagt ikke til hinder for at det skal settes klare retningslinjer, både etisk og økonomisk, som sikrer at det offentliges interesser blir ivaretatt.

11. Konklusjon og svar på spørsmålene

I høringsnotatets innledning reises det fire generelle spørsmål til høringsinstansen:

- *Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?*
- *Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?*
- *Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?*
- *Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttes?*

PRISY mener de private sykehusne rolle må trekkes frem i nasjonal helseplan. De private sykehusene har spilt en viktig rolle både ved reduksjon av ventelister og i rehabilitering. Det eksisterer en klar sammenheng mellom størrelsene på venteliste og bruk av private sykehus. De private sykehusenes plass og rolle bør omtales. Det er viktig at en slik omtale og vurderingen er fakta- og kunnskapsbasert.

PRISY mener det er to sentrale utfordringer som bør vektlegges i større grad for å møte den hovedutfordring som ligger i økt etterspørsel etter helsetjenester som følge av økt alder og medisinske fremskritt. Det ene er hvordan ventelistene kan reduseres og forbli lave og det andre er hvordan kvaliteten kan sikres samtidig med at flere pasienter skal behandles. En viktig utfordring i denne sammenheng er hvordan det offentlige skaper forutsigbare rammebetingelser som gjør det mulig også for private sykehus å planlegge sin virksomhet

PRISY mener at sentralt i en strategi for å møte utfordringene bør stå et samspill mellom de private og offentlige aktører. Det offentlige skal ha ansvaret, sette rammer, bestemme innhold og sørge for en finansiering som sikret et likeverdig tilbud til hele befolkningen. Samtidig er det viktig at også offentlig sektor blir utfordret og kan trekke lærdom av de erfaringer som er vunnet i private sykehus både når det gjelder effektivitet, kvalitet og pasientorientering.

PRISY mener at en av de viktigste prosesser som må gjennomføres en prosess for å kunne måle – benchmarke – de private og de offentlige sykehusene mot hverandre. Det er viktig å utvikle gode målemetoder både for effektivitet, kvalitet og pasientorientering. Et slik måling er nødvendig både for å finne frem til ”best practice”. En slik faktabasert praksis vil komme alle pasienter, både i private og offentlige sykehus, til stor nytte.

PRISY vil understreke det er helheten i denne uttalen som gir PRISYs svar på de fire spørsmålene. I tillegg til å svare på spørsmålene har PRISY ønsket å få frem noen sentrale temaer. De kan kort oppsummeres til:

- Å påpeke sammenhengen mellom ventelister og ulikheter
- Å dokumentere den betydning de private sykehus har for redusert ventetid i spesialisthelsetjenesten
- Å understreke behovet for at de private sykehusene har stabile og forutsigbare rammevilkår som en del av en nasjonal helseplan.

Dersom departementet i sitt videre arbeid ønsker ytterligere utdypning og informasjon vil PRISY så langt som mulig bidra.