

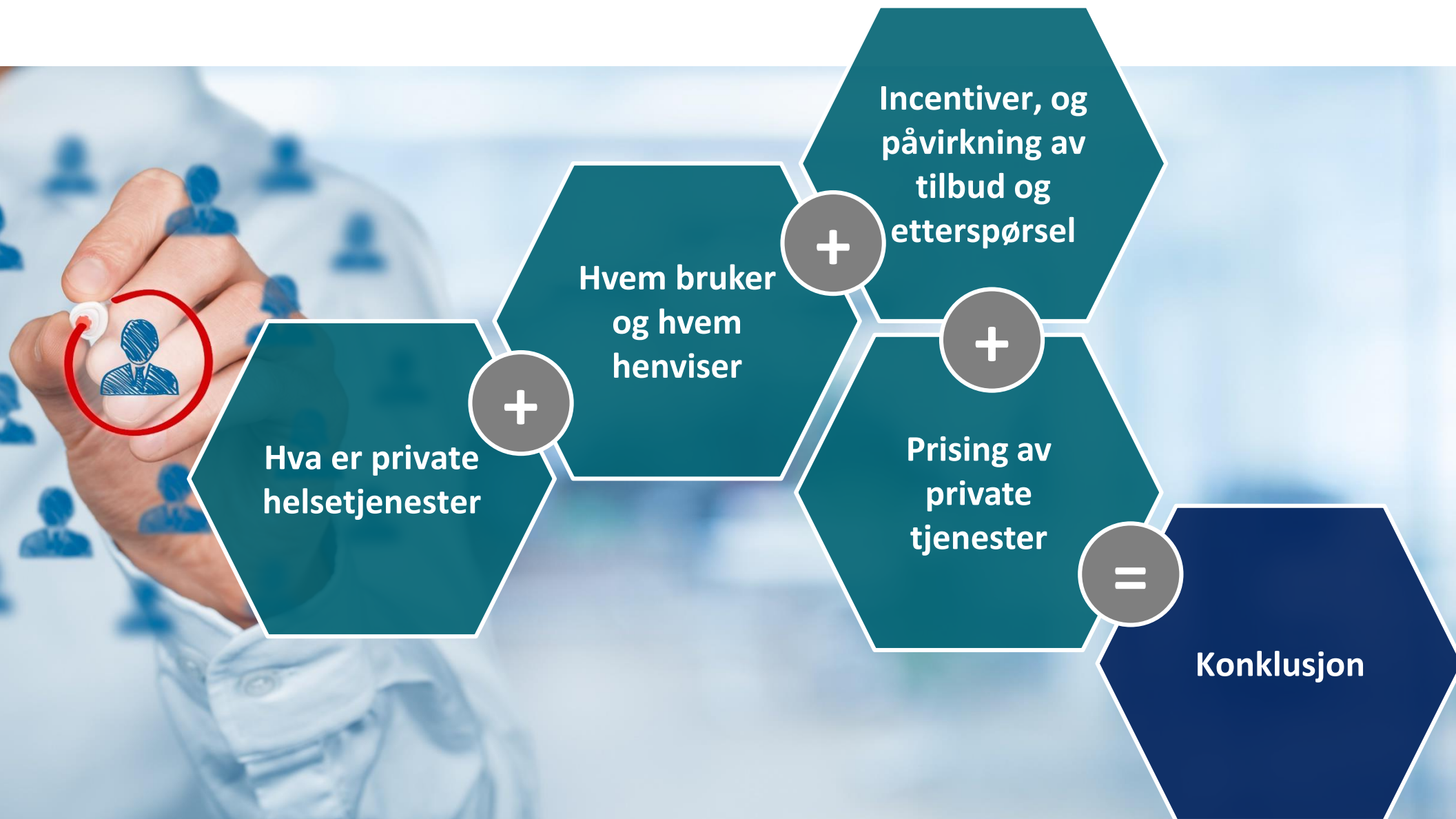


Privat tilbud av helsetjenester – en trussel mot det offentlige helsevesenet?

Trude Fagerli, rådgiver Metier OEC

DRG-forum 13. mars 2018

Agenda



Definisjon av privat spesialisthelsetjeneste i Norge?

- Innen spesialisthelsetjenesten deles ofte private helsetjenester inn i følgende:
 - Private ideelle sykehus (avtalesykehus)
 - Private kommersielle sykehus (anbudssykehus)
 - Praktiserende avtalespesialister
- I det videre ser jeg nærmere på de private kommersielle sykehusene (eller anbudssykehusene)
- De private kommersielle sykehusene tilbyr tjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn), tverrfaglig spesialisert behandling og rehabilitering.

Utvikling i bruk av private institusjoner

- Det offentlige helsevesenet har historisk sett hatt en svært sterk rolle i Norge. Det har vært en god tillitt til at det offentlige helsevesenet har kunnet tilby en kvalitetsmessig god behandling, MEN det har vært behandlingsskøer.
- Lov om pasientrettigheter ble innført i år 2000, dette innebar at pasientene ble gitt rett til fritt sykehusvalg. I løpet av de siste 20 årene har det vokst frem et tilbud av private helsetjenester, og etter opprettelsen av helseforetakene i 2002 har det blitt gjennomført anbudskonkurranser, der det offentlige helsevesenet setter ut behandling på anbud.
- Det selvbetalende marked spiller en begrenset rolle i det totale tilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Basert på omsetningstall fra vår undersøkelse utgjør de private kommersielle virksomhetene under 2,5 prosent av de totale kostnadene i spesialisthelsetjenesten.
- Den registrerte tallmessige økningen i omsetning knyttet til pasienter med behandlingsforsikring vil i stor grad være pasienter som har et alternativ innenfor offentlig spesialisthelsetjeneste. Slike forsikringer dekker som regel ikke behandling som faller utenfor det som dekkes av det offentlige, slik som ren kosmetisk kirurgi osv.

Hvem kjøper spesialisthelsetjenester av de private kommersielle sykehus i Norge?



Privatpersoner

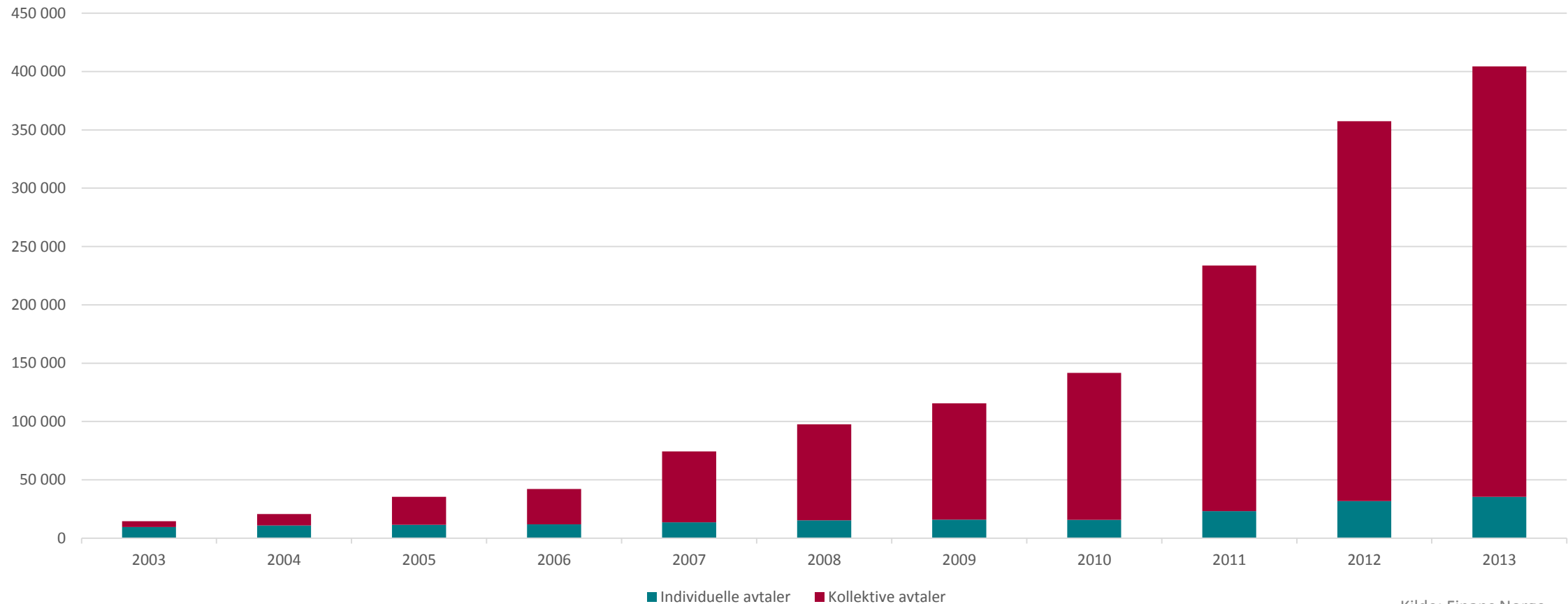
Forsikringsselskaper
/ bedrifter

Regionale
helseforetak / staten

- Staten finansierte spesialisthelsetjenester for 140 mrd kr i 2016, av dette var 14,5 mrd kjøp av private spesialisthelsetjenester (både private kommersielle og ideelle)
- Forsikringsselskaper har kjøpt spesialisthelsetjenester for ca 1 mrd i 2017, ca en halv million nordmenn har tegnet privat behandlingforsikring.

Utvikling i bruk av behandlingsforsikring

Antall forsikrede - behandlingsforsikring



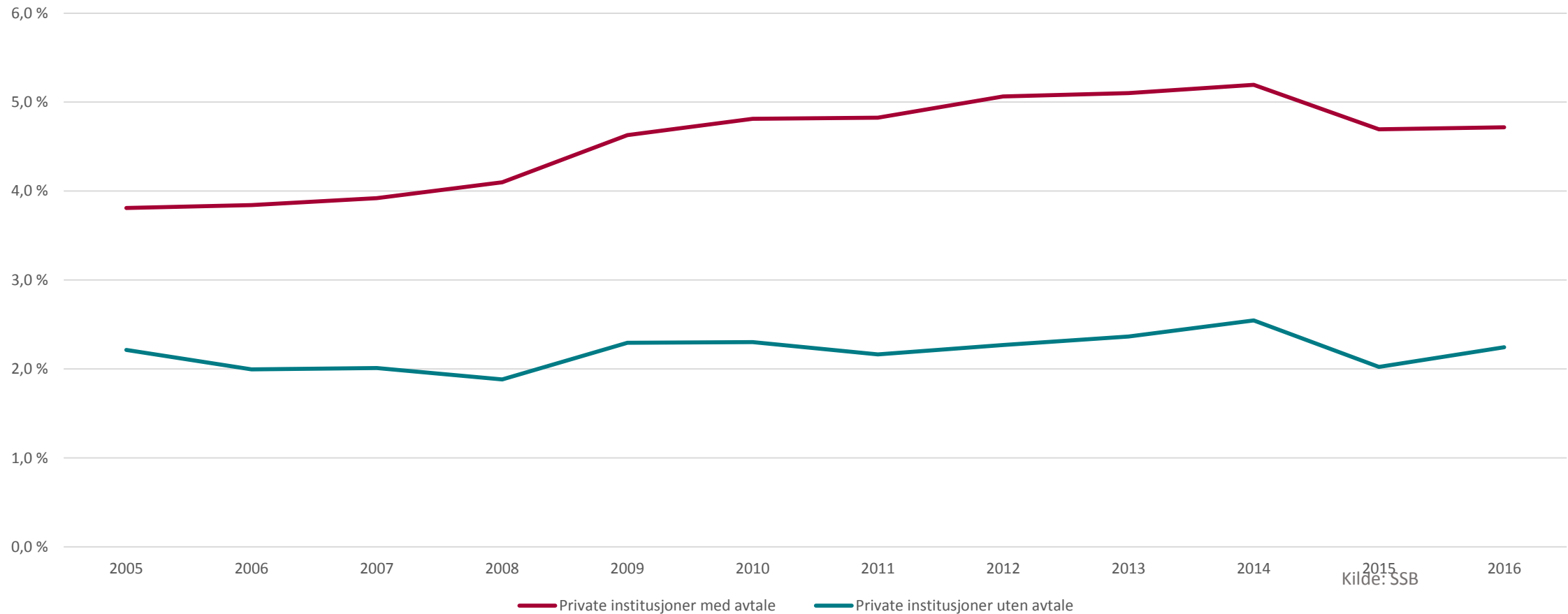
Kilde: Finans Norge

----- men hvordan ser det ut i den store sammenheng?

- Det har vært en stor vekst i bruk av private spesialisthelseinstitusjoner i løpet av de siste årene. I perioden 2010 til 2014 har kostnaden til de private aktørene økt med 8 %, mens kostnadene til de offentlige spesialisthelsetjenesten har økt med 5%. (Helsedirektoratet IS-2450)
- Hvor stort er dette dersom man ser på kostnad som andel av total forbruk (velger videre å se på somatiske private sykehus)

Hvordan utvikler bruken av private somatiske sykehus seg over tid?

Kostnader til private somatiske sykehus, andel av offentlig somatisk sykehus



Hvilke tjenester utfører de private somatiske sykehusene?

- I 2017 utgjorde døgnopphold ved private (både privat ideelle og privat kommersielle) sykehus 0,8 prosent av totalt antall døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.
- Tilsvarende andel for dagbehandlinger var på 6,4 prosent
- Polikliniske kontakter utgjorde 1,8 prosent.
- Hovedaktivitet ved de private kommersielle sykehusene er elektive pasienter, og primært innen dagkirurgisk behandling

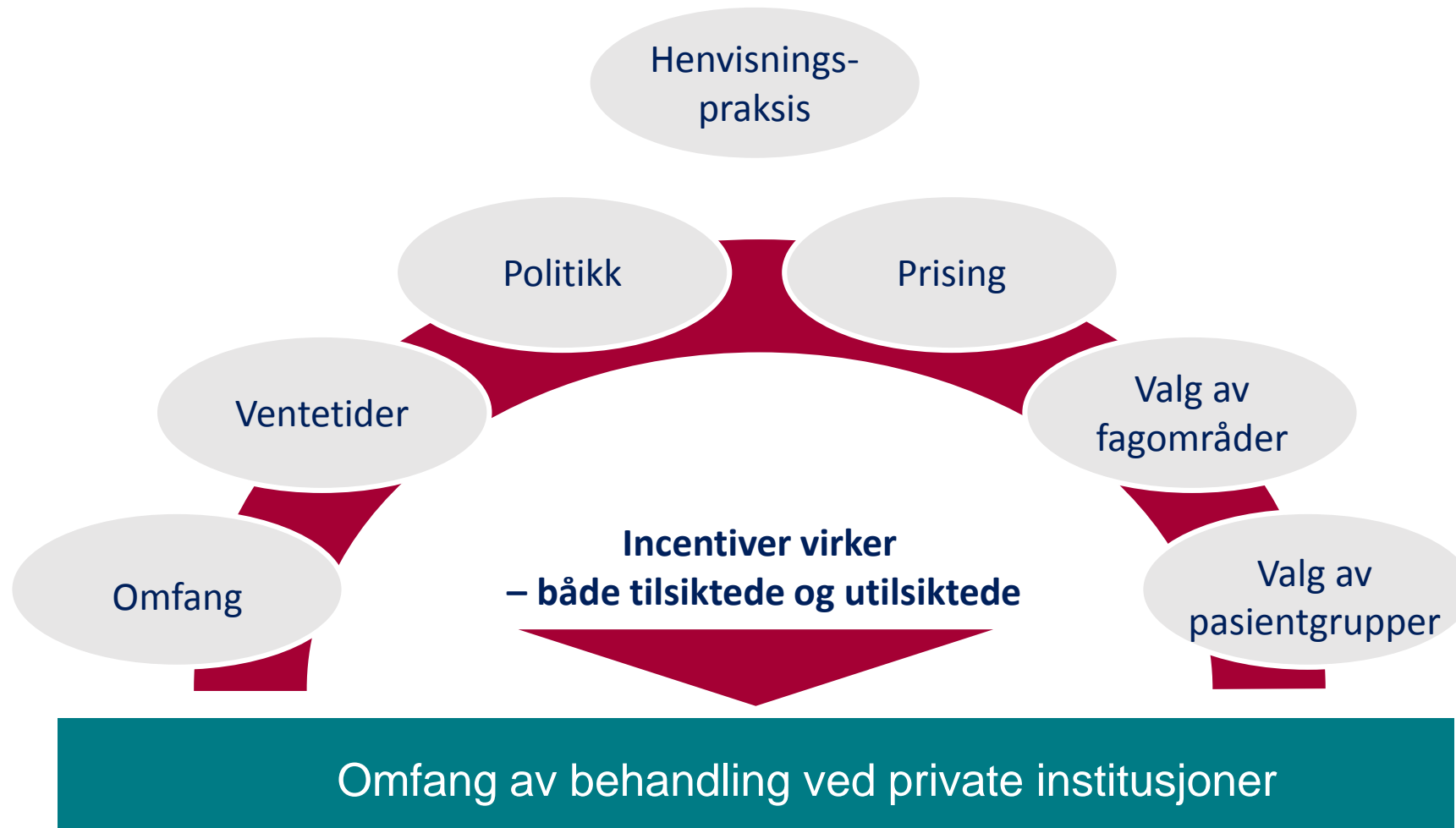
Teori for hvordan det henvises til private institusjoner (spesialisthelsetjeneste)



Mulige problemer knyttet til henvisning

- Riksrevisjonen har gjennomført analyser de siste årene over henvisningspraksis og registrering av bierverv.
- Det er kraftig underregistrering av bierverv blant sykehusleger
- Ikke mulig å kontrollere om enkelte kan henwise pasienter til seg selv
- -----men i prinsippet er henvisningsprosessen lik for private og offentlige, prioriteringsveileder presiseres at alle pasienter skal prioriteres likt, uavhengig av bosted.

Incentiver – de virker!



Incentiver virker – både tilsiktede og utilsiktede

- kjøp av private helsetjenester – hvordan velges hvilke tilbud som skal ut på anbud?
- Utvalg av pasientgrupper som skal få tilbud ved private institusjoner – hvordan gjøres dette?
- Hvilke kriterier settes i forhold til kvalitet, pris, omfang?
- Prising og insentiver. Hvordan settes prisene?
- Hvordan foregår oppfølging av pasientene etter behandling
- Hvem henviser? ER det kontroll på om leger fra sykehus henviser pasienter til seg selv?
- Offentlige institusjoner har tilleggsoppgaver – de dyreste; beredskap og utdanning
- Knapphet personell / ressurser?
- Reell konkurranse (tidligere mange små enheter som tilbyr tjenester, nå to store private kommersielle)
- Overbehandling? Ortopedi (likt for offentlige og private, siden henvisning er offentlig)

Valg av fagområder

- Det er elektiv virksomhet som settes ut på anbud, ikke ø-hjelp. Hittil har det primært vært kirurgiske fagområder som er satt ut på anbud. De største gruppene av operasjon ved private institusjoner var i 2014 (størst først):
 - Meniskoperasjoner (ORTO)
 - Operasjon på ben i skulder / overarm (ORTO)
 - Operasjoner på synovialhinne og leddflater i kne (ORTO)
 - Operasjoner for funksjonsforstyrrelse i perifere nerver (ORTO / NEVRO)
 - Operasjoner på bein i ankel/fot (ORTO)
 - Reseksjon av vener (åreknuter) (Generell kirurgi / KARK)
 - Plastiske operasjoner på mamma (HUD)
 - Kataraktoperasjon (ØYE)
 - Kosmetiske hudoperasjoner på trunkus (fjerning hud) (HUD)
- Hvorfor er det kun disse fagområdene som settes ut på anbud? Hvorfor (nesten) ingen medisinske diagnoser? Hvorfor kun elektive, og primært kirurgiske?

Utvalg av pasientgrupper

- Det er primært de letteste pasientene som er kandidater for behandling ved private institusjoner (ASA-kategorisering av pasienter). Dette er en medisinsk begrunnelse, og ikke en økonomisk!
- Pasienter med risikofaktorer blir behandlet ved offentlige sykehus der man har tilgang på intensivavdelinger i tilfelle noe skulle skje i løpet av behandlingen
- Over tid siles de «billigste» pasientene over til de private, behandlingen ved offentlige institusjoner blir «dyrere» innen samme DRG-gruppe
- Hvordan vurderes dette skillet når man beregner DRG-vekter over tid?

Omfang

- Det er i enkelte DRG-grupper stort omfang som behandles hos private
- Som vis tidligere er det innen fagområdet ortopedi den aller største pasientgruppen får behandling ved private kommersielle sykehus
- Man kan på sikt stå i en situasjon der det offentlige ikke vil ha tilgang til tilstrekkelig informasjon om kostnadsnivået innen en bestemt DRG-gruppe
- Det må også vurderes om det er reell konkurranse når man setter ut pasientgrupper på anbud. De siste årene har det vært store oppkjøp, slik at det nå er færre frittstående private klinikker.
- Vil økt tilbud av private tjenester føre til kamp om ressursene?

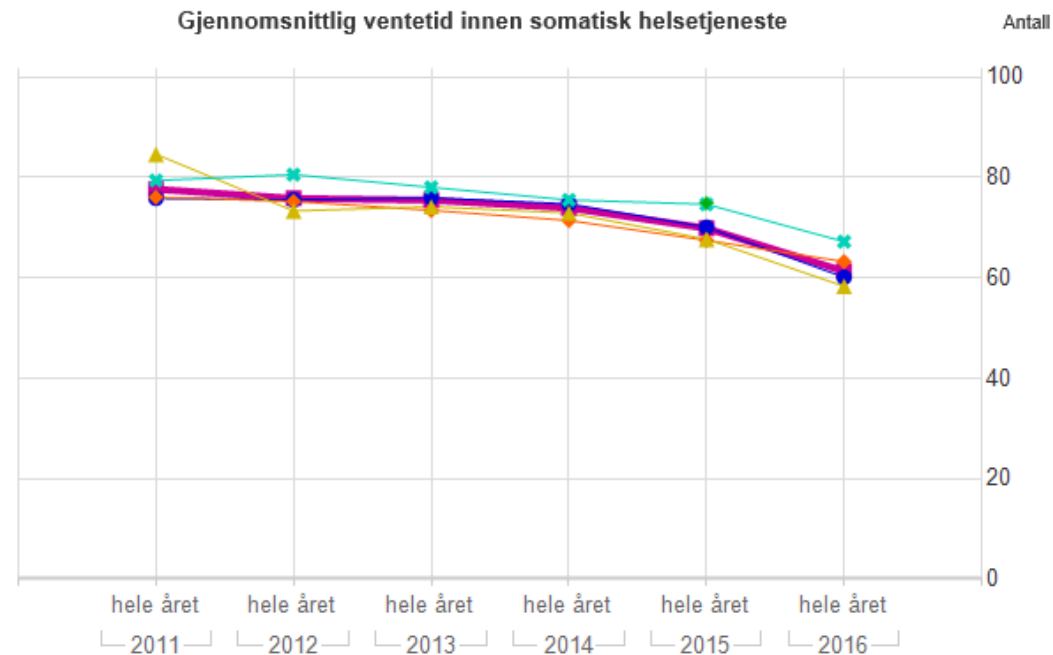
Ventetider

- Det private tilbudet ble i sin tid utvidet slik at behandlingstid ved utvalgte behandlinger kunne reduseres.
- Ved press på ressurser, vil ikke livstruende sykdom blir nedprioritert ved offentlige sykehus. Det vil da føre til at pasienter med sykdom som er relativt enkel å behandle blir stående i kø.

Behandlingssted

- Hele landet
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Private

Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste



Politikk

- Lov om pasientrettigheter ble innført i 2000. Loven forenklet og konsoliderte allerede eksisterende lovgivning, samtidig med at nye rettigheter ble iverksatt. Pasientene ble gitt rett til fritt sykehusvalg, rett til vurdering innen 30 dager, rett til fornyet vurdering m.v. Fra 2004 ble loven ekspandert til nye områder. Retten til fritt sykehusvalg ble utvidet til å omfatte private kommersielle sykehus som hadde kontrakt med de regionale helseforetakene. I tillegg fikk pasientene med rett til nødvendig helsehjelp tildelt en individuell frist til helsehjelp som, hvis den ble brutt, ga pasienter muligheter for å søke seg til andre offentlige sykehus, private sykehus eller sykehus i utlandet med regningen betalt av sykehuset/helseforetaket som utstedte tidsfristen.
- Det er uklart om det er så stor forskjell mellom effekten av helsepolitikken i den siste 20-årsperioden.

Prising

- I dag er det helseforetakene selv som bestemmer hva som skal settes ut på anbud.
- Ved å benytte ISF-systemet som referansepunkt når man vurderer priser, er det viktig å være bevisst på at dette er et gjennomsnittssystem. Når det er «lavrisiko» pasienter som er kandidater for behandling ved private sykehus, har man allerede
- Er det reell konkurranse?
- Er det riktig at det er Helseforetakene som skal være ansvarlig for anbudene? Vil RHF-ene prioritere sine egne sykehus?
- Hvordan vil kvaliteten påvirkes. Er det mulig å sette objektive og etterprøvbare kriterier for kvalitet?

Oppsummert - konklusjon effekt

Positivt

- Forkorter ventetider og køer
- Sikrer pasientene større frihet i valg av behandlingssted
- Kan bidra til raskere implementering av ny behandlingsmetodikk
- Kan sikre at sykemeldte kommer raskere tilbake i jobb

Negativt

- DRG-systemet De “letteste” pasientene innen enkelte pasientgrupper
- Reduserer de offentlige sykehusenes mulighet til å forbedre økonomi med å operere “lette pasienter”
- Kan bidra til press om ressurser
- Kan ende opp med et todelt helsevesen, pasienter med ressurser får bedre behandling

Konklusjon

- Det kan være helt fint med et tilbud av private helsetjenester, men det er viktig å sikre at «konkurransen» blir på like vilkår.
- I dag er det RHF-ene som lyser ut, dette kan være problematisk i hht økonomisk teori.
- De enkleste pasientene (uten risiko for komplikasjoner) blir behandlet ved private sykehus. Innen en diagnosegruppe deles pasientene, der de «unge og friskeste» behandles ved private sykehus, mens de pasienter som har tilleggstilstander og er i en høyere risikoklasse blir igjen i den gruppen som behandles ved offentlige sykehus.
- Være oppmerksom på tilsiktede incentiver, og så langt det er mulig kartlegge de incentivene som ikke er tilsiktede

Kilder

- Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014. Helsedirektoratet 2016 - IS 2450
- Helseforetakenes håndtering av bierverv, Riksrevisjonen (2017)
- Pasientrettigheter private kommersielle sykehus (2012). Terje Hagen, Hero
- Omfang og utvikling av det selvbetalende markedet for private spesialisthelsetjenester i Norge (2010). Sintef, Silje Kaspersen og Birgitte Kalseth



Riktig prosjekt
GODT GJENNOMFØRT