



**Strategi kjøp av helsetjenester  
fra private leverandører  
Helse Sør-Øst 2008 - 2011**

**24.02.2008**

## Innhold

1	Bakgrunn, overordnede rammer og føringer.....	4
1.1	Bakgrunn .....	4
1.2	Overordnede rammer og føringer.....	4
2	Nåværende bruk av private leverandører: Status .....	7
3	Overordnede mål for Helse Sør-Øst med hensyn til kjøp fra private leverandører .....	9
3.1	Ivareta ”sørge-for” ansvaret: Behovsdekning .....	9
3.2	Nå overordnede økonomiske resultatkrav.....	9
3.3	Tilfredsstillende kvalitet.....	9
3.4	Helse Sør-Øst RHF skal være en profesjonell bestiller og kjøper .....	9
4	Strategi .....	10
4.1	Sentrale veivalg .....	10
4.2	Valgt hovedstrategi: Differensiert bruk av private leverandører .....	11
4.3	Felles langsiktige strategier på tvers av fagområder .....	12
4.4	Spesifikke strategier for enkelte fagområder .....	13
5	Oppfølging av strategien .....	15
6	VEDLEGG: Nærmere om de ulike tjenestekområdene .....	16

# 1 Bakgrunn, overordnede rammer og føringer

## 1.1 Bakgrunn

Private helsetjenester har spilt og spiller en sentral rolle i norsk helsevesen. For eksempel innen rusomsorg og rehabilitering er tilbudet i vesentlig grad levert av private, stort sett ideelle, organisasjoner. Privatpraktiserende avtalespesialister utgjør en vesentlig delen av spesialisttilbudet utenfor sykehus. Både Helse Øst RHF og Helse Sør RHF benyttet seg av private leverandører. Sammenslåingen medfører at Helse Sør-Øst RHF (HSØ) blir den mest betydelige aktøren innen kjøp av private helsetjenester i Norge. HSØ vil i 2008 kjøpe helsetjenester fra private leverandører for om lag 3 milliarder kroner.

For de private avtalespesialistene er det vedtatt egen strategisk plan og handlingsplan. De omtales derfor kun kort i denne strategiske planen.

På samme måte inngår heller ikke de private sykehus Lovisenberg, Diakonhjemmet, Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Betanien i denne strategien. Disse sykehusene har driftsavtaler på linje med egne helseforetak og inngår i de samlede vurderinger HSØ gjør i forbindelse med denne delen av sørge for ansvaret.

HSØ ser på de private tilbyderne av spesialisthelsetjenester som verdifulle bidragsyttere til den offentlige helsetjenesten, både som et supplement der de private har behandlingstilbud som ikke finnes i det offentlige, der det ikke er tilstrekkelig kapasitet i det offentlige, og som et alternativ til offentlig virksomhet med hensyn til pris, kvalitet og leveringssikkerhet. HSØ vil i dette dokumentet oppsummere mål, strategi og overordnede planer i forhold til videre samarbeid med private leverandører av helsetjenester. Strategidokumentet vil danne grunnlag for mer konkrete handlingsplaner i form av virksomhetsplaner, prosjektplaner og budsjett.

## 1.2 Overordnede rammer og føringer

### 1.2.1 Visjon og målsettinger for Helse Sør-Øst

*HSØ skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.*

Det påhviler HSØ et ansvar for å sikre befolkningen et godt og helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud på kort og lang sikt. Dette tilbudet skal gis av de tjenesteprodusentene (offentlige og private) som samlet sett gir best kvalitet og mest helse for pengene, i form av behandlingstilbud, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

*Målsettingen* er å:

- Sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste
- Ivareta eierskapet til virksomhetene i HSØ
- Realisere effektiviseringsgevinster

### **Verdigrunnlag:**

HSØ driver sin virksomhet verdibasert. Eier har nedfelt kvalitet, trygghet og respekt som tre kjerneverdier i helsetjenesten. Disse tre verdiene skal prege og danne den verdigmessige forutsetning for befolkningens opplevelse av helsetjenesten.

I HSØ betyr dette:

- Åpenhet og involvering- i måten vi arbeider på – og i våre prosesser
- Respekt og forutsigbarhet – i måten vi møter hverandre på
- Kvalitet og kunnskap- er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på

### **Strategisk fokus for perioden 2008 – 2011. Mål for 2008.**

HSØ har for perioden 2008 – 2011 valgt å fokusere arbeidet knyttet til seks fokusområder:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Organisering av stabs- og støttefunksjoner
- Mobilisering av ansatte og ledere
- Økonomisk balanse og bærekraft

Dette strategiske fokuset med tilhørende mål legges også til grunn i arbeidet med private leverandører av spesialisthelsetjenester.

### **Sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF.**

Prosser rundt dette vil være en sentral utfordring gjennom strategiperioden. Avtaler med private må koordineres mot disse prosesser.

Oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet er oppsummert i følgende punkter:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordning på fag og styrking av forskning
- Økonomiske resultatkrav
- Sikre et fortsatt desentralt tilbud
- Ta ut stordriftsfordeler
- Komme hele nasjonen til gode
- Bedre koordinering og utnyttelse av støttefunksjoner, innkjøp, investeringer m.v.

De fem definerte innsatsområdene er:

- Struktur, funksjons-oppgavefordeling i hovedstadsområdet-rettet mot pasientbehandling-herunder medisinske støttefunksjoner, kapasitet, areal, struktur, personell, medisinsk utstyr/teknologi m.v.
- Forskning
- IKT, stab og støttefunksjoner
- Medarbeider og ledelsesmobilisering
- Kunnskapshåndtering

## **1.2.2 Lov om offentlige anskaffelser**

Formålet med loven er å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser basert på forretningsmessighet og

likebehandling. Regelverket skal bidra til at det offentlige opptrer med stor integritet, slik at allmennheten har tillit til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte.

Loven presiserer enkelte grunnleggende krav for arbeidet med anskaffelser (§5):

- Oppdragsgiver skal opptre i samsvar med god forretningsskikk, sikre høy forretningsetisk standard i den interne saksbehandling og sikre at det ikke finner sted forskjellsbehandling mellom leverandører
- En anskaffelse skal så langt det er mulig være basert på konkurranse
- Oppdragsgiver skal sikre at hensynet til forutberegnelighet, gjennomsiktighet og etterprøvbarhet ivaretas gjennom anskaffelsesprosessen
- Utvelgelse av kvalifiserte anbydere og tildeling av kontrakter skal skje på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier

Følgende anskaffelsesprosedyrer er tillatt:

- Åpen/begrenset anbudskonkurranse
- Konkurranse med forhandlinger

I enkelte, klart definerte tilfeller kan direktekjøp benyttes.

Det blir stort sett benyttet konkurranse med forhandlinger, dvs. at en etter en innledende konkurranse basert på pris, kvalitet og i enkelte tilfeller ventetider, forhandler detaljer i kontrakten med utvalgte aktører. Det er vedtatt endringer i forskrift om offentlige anskaffelser slik at de regionale helseforetakenes kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å anvende alle innkjøpsprosedyrene i anskaffelsesforskriften. Anskaffelsene vil også etter dette unntaket være omfattet av lov om offentlige anskaffelser og skje i samsvar med grunnleggende prinsipper i loven og forskriften. Dette gjelder bl.a. krav om konkurranse og at leverandørene skal likebehandles. Forutsatt at disse prinsippene følges, åpner det for inngåelse av avtaler etter direkte forhandlinger.

### 1.2.3 Andre rammebetingelser

*Nasjonal helseplan* slår fast at behovet for spesialisthelsetjenester primært skal løses gjennom god utnyttelse av det offentlige tjenestetilbudet. Det fremheves at private aktører er et viktig supplement til det offentlige og skal fortsatt medvirke i det samlede tjenestetilbudet. Følgende forhold står sentralt:

- Institusjoner eid og drevet av ideelle organisasjoner skal sikres gode og stabile rammevilkår. Samarbeid og avtaleinngåelser med andre private tjenestetilbydere skal også håndteres på en ryddig og god måte.
- I samsvar med Soria Moria erklæringen er det lagt til grunn at omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus skal begrenses.
- Det er igangsatt et arbeid for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av "sørge for" ansvaret og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister.

*St.prp. 1 (2007-2008)* presiserer at RHF'enes ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret innebærer både utstrakt bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra ulike private aktører.

*Pasientrettighetsloven* gir pasienter rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter (eller tjenesteyter utenfor riket) dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten får denne innen det tidspunktet som er fastsatt. Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter (DPS) behandlingen skal foretas,

forutsatt at sykehuset eller DPS'et eies av eller har avtalt med et regionalt helseforetak (også innen annen helseregion). HSØ kan derved bli kjøper av tjenester ved private sykehus som andre RHF har avtaler med.

## 2 Nåværende bruk av private leverandører: Status

Kjøp fra private leverandører vil utgjøre omlag 6 % av HSØ's budsjett i 2008. Den kirurgiske aktiviteten samt rehabilitering innen sykehus utløser også inntekter via Innsatsstyrt finansiering (ISF), slik at utgiftene fordeler seg som følger (millioner NOK):

Budsjett 2008	Brutto	ISF	Netto	% av total
Opptrening/Rehabilitering	763	5	758	27 %
Avtalespesialister	557		557	20 %
Kirurgiske tjenester	481	242	239	8 %
Rusbehandling	470		470	17 %
Lab/røntgen inst	375		375	13 %
Psykatribehandling	321		321	11 %
Kompetansesentra	91		91	3 %
Andre avtaler	6	2	4	0 %
<b>Sum</b>	<b>3064</b>	<b>249</b>	<b>2815</b>	<b>100 %</b>

Budsjettet for 2008 er på noenlunde samme nivå som regnskapet for 2007, med noe reduserte utgifter til lab-, røntgen og rehabilitering, og økte utgifter til psykiatri, rusbehandling og avtalespesialister.

I tillegg har HSØ driftsavtaler med fem ikke-kommersielle sykehus (ideelle/stiftelser): Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. Disse sykehusene har til dels sektor og regionale ansvar og er tett integrert i foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Budsjettene på om lag 2,4 milliarder kroner håndteres gjennom det ordinære budsjett- og oppfølgingssystem.

Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen (St.prp.1). Nøkkeltall for bruken av spesialisthelsetjenester (SINTEF-Helse) viser at bruken av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste som utløser ISF ble redusert med 19,4% for Helse Sør og Helse Øst til sammen i 2006, sett i forhold til året før.

Helse Sør-Øst kjøper helsetjenester på vegne av omlag 65 % av Norges befolkning. HSØ valg vedrørende kjøp fra private kan dermed også få indirekte effekt på øvrige helseregioners praksis innen området. Omfanget medfører at HSØ kan oppfattes som å ha en dominerende forhandlingsposisjon innen enkelte tjenesteområder. Omfanget medfører også at beslutninger om å kjøpe eller ikke kjøpe private helsetjenester kan få lokalpolitiske konsekvenser ved at det påvirker næringsgrunnlaget for enkelte institusjoner.

### **Kort om de enkelte fagområdene:**

(Se vedlegg for mer utfyllende informasjon om de ulike tjenestegruppene.)

#### **Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner**

Rehabiliteringsinstitusjonene finansieres i form av avtalte kurdøgnpriser. HSØ har avtaler med 36 forskjellige institusjoner (17 tidligere opptreningsinstitusjoner, 12 øvrige

rehabiliteringssentra og 7 kompetansesentra). Institusjonene brukes av pasienter fra hele landet, uavhengig av hvem som er avtaleregion.

Behandlingsinstitusjonene er i all hovedsak ideelle organisasjoner som tilbyr tjenester til mennesker med alvorlige kroniske sykdommer, mennesker med behov for rehabilitering etter sykehusopphold og for funksjonshemmede. Institusjonene yter tjenester som ikke gis ved offentlige sykehus. Opptreningsinstitusjonene drives i hovedsak som familiebedrifter/personlig eide aksjeselskap. Enkelte er eid av stiftelser. Enkelte institusjoner har høy kompetanse på spesialiserte områder, for eksempel pasienter med MS, Parkinsons sykdom eller fibromyalgi.

### **Avtalespesialister**

Antall avtalehjemler i HSØ er 1070 som fordeles med litt over 600 innen somatikk og litt over 400 innen psykisk helse. Innen psykisk helse er ca.  $\frac{3}{4}$  psykologer og ca.  $\frac{1}{4}$  psykiaterer. Innen somatikk er

Avtaler med eksterne, private spesialister reguleres gjennom en nasjonal rammeavtale mellom Legeforeningen og de fire RHF'ene, der det prinsipielle utgangspunktet er at avtalespesialistene skal inngå som en integrert del i "sørge for" ansvaret. I tillegg inngås en individuell avtale mellom den enkelte avtalespesialist og HSØ.

Både tidligere Helse Sør og Helse Øst har utviklet og vedtatt strategisk plan/ handlingsplan for organisering og lokalisering av avtalespesialister. Avtalespesialistene er derfor kun kort omtalt for å gi et fullstendig bilde av kjøp av private helsetjenester. For øvrig henvises det til egen strategisk plan.

### **Kirurgiske tjenester**

Kjøp av kirurgiske tjenester foregår alt overveiende gjennom avtale med private kommersielle sykehus. Kun tjenester som selges til regionale helseforetak basert på avtale utløser ISF-refusjon. HSØ har avtale med 8 store leverandører og en del mindre. De private kommersielle sykehusene har en felles interesseorganisasjon; PRISY.

Materiale fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved UiO (Kjetil Gudmundson Rogne 2007) viser at det offentlige gjennom sine anskaffelser har oppnådd stadig lavere pris. Gjennomsnittlig pris hos private var i 2002 78% av DRG og i 2005 50% av DRG. I forhold til spørsmålet om pasienter har blitt "lettere" har man sett på alder som indikator. I 2002/2003 var alderen 2 – 2,5 år og signifikant lavere enn i offentlig sektor, korrigert for DRG vekt. I 2005 var denne forskjellen ikke signifikant, ca. 0,5 år lavere.

### **Rusinstitusjoner**

Rusmiddelmissbrukere har pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter når de behandles for sitt rusmiddelmissbruk. HSØ har avtaler med 26 private rusinstitusjoner. Noen spesielle utfordringer mht. denne gruppen er: betydelige variasjoner i bygningsmessig kvalitet, faglig nivå og soliditet og at det i mange tilfeller er uklare grenser mot tjenester levert av kommunehelsetjenesten.

### **Private laboratorier og radiologinstitutter**

Private laboratorier og radiologinstitutter leverer undersøkelser og analyser rekvirert av spesialister. HSØ har avtaler med 9 private laboratorier og 5 private selskap som yter

radiologiske tjenester. RHF-ene er gitt mulighet til å legge volumbegrensninger inn i avtalene. Utover volumtaket vil de private aktørene kun motta egenandel og refusjon fra Folketrygden.

### **Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente sykdommer**

Disse ble overført til RHF i 2006 og er direkte regulert i statsbudsjettet. Institusjonene er både private og offentlige. De tas med her i oversikten men vil ellers komme i en særstilling i forhold til strategien.

### **Psykiatriske tjenester**

Kjøp av tjenester innen psykiatrien omfatter avtaler med 7 institusjoner innen voksenpsykiatrien og to institusjoner innen Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Enkelte, som Modum Bad, er direkte regulert i statsbudsjettet.

## **3 Overordnede mål for Helse Sør-Øst med hensyn til kjøp fra private leverandører**

### **3.1 Ivareta ”sørge-for” ansvaret: Behovsdekning**

Eier har i utgangspunktet fastslått at de private skal inngå i ivaretakelsen av HSØ's sørge-for ansvar og at det skal være en forskjell i implementeringen av strategien vis-a-vis ideelle og kommersielle aktører. Det er et mål at ressursfordelingen mellom egne HF og private baseres på en helhetlig vurdering, hvor blant annet hensynet til maksimal helsegevinst for befolkningen skal vurderes.

Kjøp fra private leverandører må generelt sees i sammenheng med det fremtidige totale behovet for spesialisthelsetjenester og i forhold til grenseoppdragingen mot kommunehelsetjenesten. Rent generelt forventes det at andelen eldre og andelen pasienter med kroniske sykdommer vil øke.

### **3.2 Nå overordnede økonomiske resultatkrav**

Bruken av private leverandører skal bidra til å nå overordnede økonomiske resultatkrav for HSØ. Effektiv bruk av ressursene og stordriftsfordeler skal sikres. Dette innebærer både lavest mulig innkjøpskostnader under ivaretakelse av tilstrekkelig kvalitet, og at man sikrer en effektiv samordning mellom private og egne ressurser innenfor fagområder og koordinerer tjenestetilbudet på tvers av interne og eksterne ressurser.

### **3.3 Tilfredsstillende kvalitet**

Kvaliteten på tjenester som kjøpes må være på samme nivå som for tjenester pasientene ville ha mottatt fra HSØs egne virksomheter. Det skal stilles samme krav til måloppnåelse på kvalitetsindikatorer for private leverandører som for egne helseforetak. De faglige målene innen hver sektor må nås. Kvalitet må derfor følges opp og analyseres i forbindelse med leveranser også fra private leverandører.

### **3.4 Helse Sør-Øst RHF skal være en profesjonell bestiller og kjøper**

*Helse Sør-Øst skal opptre på en etisk, forutsigbar og gjennomiktig måte.* Samarbeidet med de private leverandørene skal skje med basis i HSØ's verdigrunnlag, generelle overordnede mål og suksesskriterier.



RHF'et skal stille klare og etterprøvbare krav til leverandørene. *HSØ skal også ha sensitivitet for egen til dels dominerende kjøpekraft innen enkelte fagområder.* Det er derfor en egen målsetting å sikre kontinuerlig videreutvikling av profesjonaliteten og kvaliteten av funksjonen bestilling og kjøp av eksterne tjenester.

## 4 Strategi

### 4.1 Sentrale veivalg

For å nå de overordnede målene ved kjøp av helsetjenester fra private må HSØ ta stilling til:

- omfanget av bruken av private leverandører innen de forskjellige fagområdene
- hvor stor differensiering som skal foretas mellom kommersielle og ideelle leverandører
- hva som skal bestilles: "hele produksjonslinjer" eller enkelttjenester

Det viktigste veivalget dreier seg om omfanget i bruken av private leverandører innen de forskjellige fagområder, eventuelt også innen områder der disse i dag ikke er leverandører. En begrensning av bruken av private leverandører kan bidra til å sikre at tilgjengelige ressurser i størst mulig grad benyttes til å utvikle omfanget av og kvaliteten på offentlige helsetjenester. Med hensyn til ressursutnyttelse, så vil det kunne være som påpekt i Rapporten "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen" fra HERO (Februar 2007), at offentlige sykehus kan ha ledig kapasitet knyttet til både medisinsk utstyr og personell. Økt aktivitet kan derfor medføre lite ekstra kostnader innen disse områdene. Isolert sett kan dette trekke i retning av mindre bruk av private. På den annen side har det private utviklet svært effektive driftsmodeller innenfor elektiv virksomhet som isolert sett kan forventes å ha lavere kostnader for samme kvalitet. Det er derfor vanskelig å trekke noen klar konklusjon på hva som samlet vil være best ressursutnyttelse.

Med hensyn til kvalitet kan offentlig utføring av oppgaver tenkes å ha fortrinn. Ved direkte kontroll med virksomheten kan det sørges for tilstrekkelig kvalitet på utstyr, rutiner og kompetansen til de ansatte. Det kan også legges sterkere vekt på faglige fremfor økonomiske incentiver. Fortjenestemotiverte virksomheter vil kunne tenkes å ønske å spare kostnader ved å redusere kravene til kvalitet. Imidlertid er ofte både den faglige kvaliteten og tjenestekvaliteten en viktig konkurransefaktor. HSØ har også mulighet til å stille krav til kvaliteten i sine avtaler med de private leverandørene og kontrollere at kravene innfris. Det er derfor ikke noen klare teoretiske grunner til at kvaliteten skulle være verken høyere eller lavere i privat virksomhet sammenlignet med offentlig virksomhet.

Ved kjøp av helsetjenester fra private aktører kan man velge å spesifisere leveransene på ulike måter. I en ende av skalaen kan man bestille enkelttjenester, som for eksempel undersøkelser av blodprøver, tyding av røntgenbilder eller konsultasjon hos en spesialist. I den andre enden kan man bestille en totalleveranse i forhold til et definert "sørge-for" ansvar, som for eksempel å sette ut ansvaret for å levere sykehus tjenester for et område til en privat leverandør. Mellom disse endepunktene på skalaen kan man i prinsippet kjøpe tjenester og kombinere privat og offentlig tjenesteproduksjon på et utall forskjellige måter.

Offentlig Privat Samarbeid (OPS) er en samarbeidsform mellom det offentlige og private der samspill er satt i system. Samarbeidet har en form hvor private aktører finansierer, bygger, drifter og vedlikeholder større prosjekter. OPS er ikke privatisering; det offentlige beholder

eiendomsretten til prosjektet. Modellen er et alternativ til tradisjonell offentlig finansiering av prosjektet.

OPS består egentlig ikke bare av en modell, men flere. Innenfor et OPS-konsept finnes det ulike varianter, der særlig omfanget av den finansielle risikoen er ulik.

OPS ble debattert i Stortinget mars 2007 på bakgrunn av et forslag fra Frp. om å benytte OPS modellen ved sykehusutbygging. Regjeringens standpunkt var tydelig på at sykehusutbygging var et eget offentlig ansvar og ikke egnet til OPS samarbeid.

## 4.2 Valgt hovedstrategi: Differensiert bruk av private leverandører

På grunnlag av politiske føringer, de fire målsettingene i kapittel 3 og faglige målsettinger innen de enkelte fagområdene vil HSØ velge en strategi som innebærer en differensiert bruk av private. Differensieringen vil innebære at det kan være aktuelt å øke bruken innen visse fagområder og redusere innen andre. Videre vil man også differensiere mellom kommersielle og ideelle private aktører. Ressursfordelingen mellom egne HF og private vil basere seg på en helhetlig vurdering, hvor blant annet hensynet til ivaretagelse av "sørge-for" ansvaret og maksimal helsegevinst for befolkningen må veie tungt. Det er ikke grunnlag for å ha en gjennomgående strategi - uavhengig av fagområde - om å øke eller redusere bruken av private.

*For å nå målsettingene om å ivareta "sørge-for" ansvaret, oppnå akseptabel kvalitet på tjenestene som kjøpes, møte økonomiske resultatkrav og opptre profesjonelt som kjøper, så vil HSØ velge en strategi med differensiert bruk av private leverandører - innenfor rammene av politiske føringer og de forskjellige fagområdenes faglige krav.*

Alle fagområder skal således kunne vurderes med hensyn til å finne den optimale blandingen av privat og offentlig leveranse for å nå målene. Innen enkelte områder kan det være aktuelt å "ta tilbake" funksjoner som i dag leveres av private, innen andre områder kan være aktuelt å konkurranseutsette klinisk virksomhet som i dag kun leveres av det offentlige, eller det kan være aktuelt å endre på tjenestespekteret/spesifikasjonen som bestilles.

Strategien medfører at man innen forskjellige fagområder må vurdere om man skal kjøpe tjenester og hvor på skalaen mellom sektoransvar og kjøp av enkelte tjenester man skal legge seg.

Strategien medfører også at HSØ ønsker å prøve ut nye modeller for offentlig-privat samarbeid. Det offentlige skal ha full styring med all virksomhet innenfor sørge for ansvaret, men trenger ikke selv stå for all tjenesteproduksjon.

Eksempler:

- Tjenesteområder som i dag leveres av det offentlige kan vurderes satt ut på anbud, for å åpne for muligheten til leveranser fra private, fortrinnsvis ideelle leverandører
- Åpne for privat drift av ytterligere helsetjenester som leveres i eksisterende offentlige bygg, og som er fullt integrert med øvrige offentlige helsetjenester, på lik linje med psykiatrisk virksomhet som leveres av Diakonhjemmet i bygningssmasse eid av HSØ

Egnete virksomhetsområde for modellutprøving må identifiseres, metodikken for anbudsinnhenting evalueres og prosjektet konsekvensutredes før det eventuelt legges frem for styret som egen sak.

### **4.3 Felles langsiktige strategier på tvers av fagområder**

#### **4.3.1 Behovsanalyser**

HSØ arbeider kontinuerlig med å vurdere befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, og over HSØs kapasitet og sammensetning av kompetanse for å imøtekomme behovet. Dette innebærer også en vurdering av kjøp fra private både generelt i forhold til sørge for ansvaret, og spesielt ved utløp av avtaleperioder.

#### **4.3.2 Krav til leverandørene**

Det vil i økende grad stilles eksplisitte og etterprøvbare krav til leverandørene med hensyn til kvalitet, tilgjengelighet, leveringssikkerhet og pris. HSØ skal velge det for HSØ mest økonomisk fordelaktige tilbudet basert på disse parameterene. På ellers like betingelser vil pris bli utslagsgivende. I vurdering av pris vil alle kostnader forbundet med ytelsen inngå. Prisen det regionale heleforetaket betaler til de private tjenesteyterne skal være basert på reelle forhandlinger mellom HSØ og tjenesteytere, og ikke kobles til størrelsen på en eventuell ISF-refusjon.

Gjennom kartlegging av ekstern virksomhet og årlige avtaleforhandlinger om virksomhetenes innhold og funksjon, skal krav til kvalitet tydeliggjøres. Det skal etableres evalueringskriterier som leverandørenes prestasjoner kan måles mot, og som kan benyttes i benchmarking også mot egne foretak. Utviklingen av disse må finne sted i samarbeid med både eksterne leverandører og interne spesialister. Metodikk for å justere for eventuelle forskjeller i typer pasienter som behandles i offentlig og privat sektor (med tanke på alder, kjønn, sykdommens alvorlighet og andre risikofaktorer) må utvikles.

Rutinemessig rapportering på grunnlag av kvalitetsparametere vil implementeres slik at leveranser også kan evalueres, både ut fra kvalitet og kostnadseffektivitet.

Krav til rapportering vil også bli stilt i forhold til å ha en helhetlig dokumentasjon i forhold til sørge for ansvaret.

Det pågår nå et arbeid hvor Regjeringen har fremmet forslag om endring i Lov om offentlige anskaffelser som skal sikre at private leverandører ikke skal ha dårligere vilkår enn det som fremgår av gjeldende tariffavtaler. HSØ vil sikre at dette tas inn i de avtaler som inngås.

#### **4.3.3 Ideelle/kommersielle organisasjoner**

*I tråd med overordnede helsepolitiske føringer vil man følge en differensiert tilnærming i forhold til ideelle versus kommersielle private leverandører, innen rammen som lovverket åpner for. Hensynet til langsiktighet og forutsigbarhet for de ideelle organisasjonen er her det vesentlige. Innenfor denne rammen vil man bruke mulighetene for direkte forhandlinger og kjøp, samtidig som man sikrer at lovens hovedintensjon blir fulgt. Spesielt vil man i tråd med forskriften for opptreningsinstitusjoner i størst mulig grad invitere til direkteforhandlinger med ideelle institusjoner. Man vil også benytte seg av lovens maksimale grense på 4 år med hensyn til kontraktslengde ved kjøp av tjenester fra ideelle organisasjoner. Eksisterende avtaleportefølje vil søkes harmonisert med dette.*

Regelverket har her en hovedregel om 4 år som kun kan fravikes i helt spesielle tilfeller. Løpende avtaler har det kun vært anledning til å kunne benytte i forbindelse med innføringen av reformen og begrenset oppad til hovedregelen.

Når det gjelder anskaffelsesform anser man det uhensiktsmessig å benytte anbudsformen. Lovens krav om konkurranse vil alltid være gjeldende, og vurderingen vil stå mellom konkurranse med forhandling eller såkalt direkte anskaffelse. Størrelsen på HSØs anskaffelser gjør dette til vanskelige avveininger. Valg av anskaffelsesform vil være en vurdering som foretas innenfor de enkelte fagområder basert på hensynet til pasientene, kjennskap til markedet, overordnede føringer og økonomi.

Den generelle føring fra eier er at bruk av kommersielle sykehus må begrenses og at ledig kapasitet i offentlige sykehus skal utnyttes. Dette har vært lagt til grunn og vil fortsatt bli lagt til grunn. Det understrekes imidlertid at dette er en føring som også må ses opp mot det overordnede krav om ivaretagelse av sørge for ansvaret og vil kunne få et forskjellig innhold innenfor for eksempel enklere kirurgi og lab/radiologi..

#### **4.3.4 Utvikling av avtaleinstrumentet**

Det er kontinuerlig behov for personell med kjennskap til helsesektoren og kompetanse vedrørende lov om offentlige anskaffelser, både for å håndheve og videreutvikle avtaleinstrumentet. Enhet for kjøp av helsetjenester vil arbeide med kontinuerlig kompetanseutvikling, både i form av intern opplæring og eksterne kurs om avtaletekniske forhold og forhandlingsferdigheter.

#### **4.3.5 Informasjon**

Det skal formidles et tydelig bilde både eksternt og internt av private avtalepartners plass i spesialisthelsetjenesten. Innholdet i denne strategien skal gjøres kjent både eksternt og internt, blant annet via HSØs internettsider, og presenteres i relevante møter.

#### **4.3.5 Forankring**

Som et ledd i det løpende oppfølgingsarbeid mot leverandørene vil det også bli arrangert dialogkonferanser med leverandørene i forkant av ny anskaffelse. Som en del av arbeidet med grunnlaget for anskaffelsen vil det også skje en forankring mot brukerne gjennom brukerutvalget.

### **4.4 Spesifikke strategier for enkelte fagområder- HSØ velger følgende strategier:**

#### **4.4.1 Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner**

- *Fortsatt kjøp av tjenester.* Det er innen dette fagområdet klare føringer på kjøp og i tillegg meget ressurskrevende og et langsiktig prosjekt å bygge opp kapasitet og kompetanse innen det offentlige.

- I størst mulig grad benytte muligheten for å gå til *direkte anskaffelser*. Den vesentligste konsekvens av dette vil være at kjøp fra kommersielle aktører reduseres/utelukkes.
- Velge den *optimale balansen* mellom døgnopphold, dagbehandling og ambulant behandling.
- Tydeliggjøre krav til *kvalitet*.
- Vurdere privat offentlig samarbeid innenfor en ”produksjonslinje”.

#### 4.4.2 Kirurgiske tjenester

- Søke å *begrense* kjøp fra kommersielle leverandører
- Øke den offentlige kapasiteten til å levere tjenester innen dette området
- Basere kjøp innen hjertebehandling fra Feiring på en *helhetlig vurdering* av behov og kapasitet i regionen.

#### 4.4.3 Rusinstitusjoner

- Fortsatt kjøp av tjenester fra både *ideelle og kommersielle* institusjoner da behovet overstiger egen kapasitet. Ikke ønsket med vesentlig endring i egen kapasitet i strategiperioden.
- *Konkurransen med forhandling* må vurderes mot *direkte anskaffelse* som anskaffelsesform.
- Fortsatt krav om *omstilling* til spesialisthelsetjeneste.
- Vurdere *grensedragningen* mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten/kommunene, herunder eventuelle samhandlingstiltak.

#### 4.4.4 Private laboratorier og radiologiinstitutter

- *Begrense* aktivitetsveksten, i tråd med eiers føring og helseforetakens vurdering av egen kapasitet.
- Utnytte *ledig kapasitet* og helseforetakenes mulighet til å utføre disse tjenestene *rimeligere* enn private pga. helseforetakenes relativt store faste kostnader knyttet til utstyr, forskning, utdanning og vaktberedskap.
- Vurdere videre justeringer av *finansieringsordningen*.
- *Evaluere* effektene av å redusere kjøp fra private laboratorie- og radiologitjenester på både faglig og servicemessig kvalitet.

#### 4.4.5 Psykiske helsetjenester

- *Fortsatt forutsigbart kjøp fra store institusjoner med sykehusstatus* som en del av tjenestetilbud innen regionen.
- Mindre institusjoner, som bl.a. de tidligere psykiatriske sykehjemmene, vil være et *supplement*
- Fortsatte krav på *omstilling* og tydeliggjøring som spesialisthelsetjeneste til de mindre institusjonene.
- Grunnlaget for å benytte *direkte anskaffelse* er her både til stede og vil være ønskelig.

#### 4.4.6 Øvrige helsetjenester

- Vurdere eventuelle nye områder for *privat-offentlig samarbeide* innenfor gjeldende rammebetingelser.

#### **4.4.7 Avtalespesialister – videre oppfølging av vedtatt handlingsplan**

- *Avtalespesialistene skal være en integrert del av det regionale helseforetakets ”sørge for” ansvar. Behovet for avtalespesialister skal vurderes i et helhetsperspektiv – spesialitetene totalt sett og i relasjon til poliklinikkens tilbud. Det skal justeres for overkapasitet eller kapasitetsmangel blant avtalespesialistene på samme måte som for helseforetakene og ved kjøp av private helsetjenester.*
- *Befolkningen i hele Helse Øst skal ha tilgang på et likeverdig samlet behandlingstilbud hos avtalespesialist / poliklinikk. Det skal tilstrebes en jevnere geografisk fordeling av avtalepraksis. Dette skal gjennomføres ved en ”moderat” utjevning på sikt - dvs. først og fremst en utjevning av etableringen i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og Østfold i forhold til innlandet (Hedmark og Oppland).*
- *Det skal gjennomføres en bedre spredning av de vanligste somatiske spesialitetene og psykiatrisk / psykologisk behandling / terapi skal gjøres tilgjengelig i hele regionen innenfor en akseptabel reiseavstand for brukerne. Dette er begrunnet i ønsket om et likeverdig tjenestetilbud til pasientene. Avtalepraksis anses å ha en egenverdi sett i lys av LEON-prinsippet (behandling på lavets mulig omsorgsnivå) og at tjenesten er ubyråkratisk og lett tilgjengelig.*

## **5 Oppfølging av strategien**

- Implementering av strategien skal sikres gjennom den ordinære virksomhetsplanleggingen og evalueringen av denne i arbeidet med de årlige planene.
- Strategien revideres ved behov, og senest i 2011
- Implementering av planen forutsetter et strukturert samarbeid mellom HSØs forskjellige avdelinger, med klare ansvars- og oppgavefordelinger.

## 6 VEDLEGG: Nærmere om de ulike tjenesteområdene

### Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Finansieringsansvar og bestilleransvar for de tjenester som ytes i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, herunder helsesportsentra med mer ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2006. Kjøp av disse tjenestene utgjør ca. 29 % av totale innkjøp fra private leverandører. Rehabiliteringsinstitusjonene finansieres i form av avtalte kurdøgnpriser. HSØ har avtaler med 36 forskjellige institusjoner (17 tidligere opptreningsinstitusjoner, 12 øvrige rehabiliteringssentra og 7 kompetansesentra).

Institusjonene brukes av pasienter fra hele landet, uavhengig av hvem som er avtaleregion. Dette er ikke et resultat av fritt sykehusvalg, men er en rettighet gjennom folketrygdloven.

Institusjonene representerer et supplement til HSØ sine egne tilbud ved at de tar imot pasienter som ikke (lenger) har behov for rehabilitering i sykehusavdelinger. Dette bidrar til å realisere prinsippet om tilbud på laveste effektive omsorgsnivå. Behandlingsinstitusjonene er i all hovedsak ideelle organisasjoner som tilbyr tjenester til mennesker med alvorlige kroniske sykdommer og mennesker med behov for rehabilitering etter sykehusopphold.

funksjonshemmede. De yter tjenester som ikke gis ved offentlige sykehus.

Opptreningsinstitusjonene drives i hovedsak som familiebedrifter/personlig eide aksjeselskap. Enkelte er eid av stiftelser. Institusjonene er viktige arbeidsplasser lokalt og det har vært knyttet stor politisk interesse til å opprettholde institusjonene.

Enkelte institusjoner har høy kompetanse på enkeltområder, for eksempel pasienter med MS, Parkinsons sykdom eller fibromyalgi. Kvaliteten ved institusjonene og dokumentasjon av behandlingseffekt er imidlertid meget varierende. Gjennom kartlegging av virksomhet og årlige avtaleforhandlinger om virksomhetenes innhold og funksjon, er HSØ i gang med å tydeliggjøre krav til kvalitet, avgrensning mot kommunehelsetjenesten og funksjonsfordeling.

Med hensyn til rehabilitering innenfor sykehus kjøper HSØ tjenester fra Feiringklinikken og Glittre.

Det er vedtatt endringer i forskrift om offentlige anskaffelser slik at de regionale helseforetakenes kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å anvende alle innkjøpsprosedyrene i anskaffelsesforskriften. Anskaffelsene vil også etter nevnte unntak være omfattet av lov om offentlige anskaffelser og skje i samsvar med grunnleggende prinsipper i loven og forskriften. Dette gjelder bl.a. krav om konkurranse og at leverandørene skal likebehandles. Forutsatt at disse prinsippene følges, åpner det for inngåelse av avtaler etter direkte forhandlinger. Inngåelse av avtaler etter regelverket for offentlige anskaffelser er en ny situasjon både for de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Institusjonene har endret sin virksomhet noe for å kunne gi tilbud i samsvar med kravspesifikasjoner. Dette har ført til avtaler som ikke gir full drift av alle plasser i noen institusjoner.

Det er nedsatt et nasjonalt utvalg som skal gjennomgå fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene. Utvalget skal foreslå et system for riktig fordeling som tar hensyn til geografi, befolkning, nye oppgaver og teknologisk utvikling. Fordeling av midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner ses i sammenheng med dette arbeidet. I St.prp. 1 er det foreslått 719,5 mill. kroner til HSØ til kjøp av tjenester fra private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner, helsesportsentra m.m.

De regionale helseforetakene samarbeider for å avklare sine bestillinger ovenfor opptreningsinstitusjonene. Målet er å gi et tydeligere bilde av hvordan institusjonene bør brukes i spesialisthelsetjenesten, for derved bedre å påvirke funksjonsfordeling, innhold, kvalitet og behandlingseffektivitet under hensyntagen til faktisk kartlagte og prognostiserte behov og få frem kravspesifikasjoner.

### **Avtalespesialister**

Avtaler med eksterne, private spesialister utgjør 20 % av totale innkjøp fra private leverandører. Avtalene reguleres gjennom en nasjonal rammeavtale mellom Legeforeningen og de fire RHF'ene, der det prinsipielle utgangspunktet er at avtalespesialistene skal inngå som en integrert del i "sørge for" ansvaret. I tillegg inngås en individuell avtale mellom den enkelte avtalespesialist og Helse Sør-Øst. Antall avtalehjemler reguleres av Departementet etter råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legestillinger. Helse Sør-Øst kan derfor kun påvirke antallet innenfor sin totale, tildelte kvote av alle legestillinger, samt innenfor den naturlige sirkulasjonen inne eksisterende hjemler.

Nasjonale helseplaner konstaterer at private avtalespesialister er en verdifull ressurs i spesialisthelsetjenesten og at det er en overordnet målsetting at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak skal bidra til å oppfylle "sørge for"-ansvaret. Det er en målsetting å bedre å integrere de private avtalespesialistene med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste.

Det er i alt ca. 1070 driftsavtaler med private legespesialister og psykologer i Helse Sør-Øst av i alt ca. 1650 på landsbasis. 61 % innen somatikken, 38 % innen voksenpsykiatrien og 1% innen BUP. Volummessig representerer avtalespesialistene over 40 % av den polikliniske aktiviteten i Helse Øst. Driftstilskuddet utbetales av Helse Sør-Øst til de enkelte avtalespesialistene. I tillegg til driftstilskuddet mottar avtalespesialistene NAV-refusjon samt egenandel fra pasientene.

Både tidligere Helse Sør og Helse Øst har utviklet og vedtatt strategisk plan/ handlingsplan for organisering og lokalisering av avtalespesialister basert på en gjennomgang av avtalene og vurdering av eventuell over-/under-dekning i forhold til samlet dekning i regionen og lokale geografiske variasjoner. En rapport fra 2005 ved SINTEF Helse avslørte at en stor andel fastleger ikke kjente til hva private avtalespesialister kunne tilby, hvilke pasienter som kunne henvises og prioriteres eller hvor lang ventetiden var. For mange pasienter ble behandlet av spesialister som kunne vært tilbakeført til førstelinjetjenesten. Det ble også konstatert behov for bedre styringsdata og rapporteringssystemer for å se aktivitetene i sammenheng.

Planene hadde som målsettinger:

Regional geografisk utjevning innenfor de vanligste somatiske spesialitetene – moderat omfordeling

Omgjøring av deltidshjemler til 100 % hjemler

Videreutvikling og formalisering av faglige nettverk mellom avtalespesialistene og helseforetakene/sykehusene og samhandling

Utvikle alternative organisasjons-, styrings- og driftsmodeller og tiltak som kan stimulere etablering av tverrfaglig praksis og effektivisering av tjenesten



Disse planer er nå under implementering og gjennomføring. Dette vurderes som uproblematisk i forhold til arbeidet med denne planen. Avtalespesialistene omtales for å gi et fullstendig bilde av de private område men er ellers holdt utenom de strategiske vurderinger og forslag i denne planen.

### **Private kommersielle sykehus: Kirurgiske tjenester**

Kjøp av kirurgiske tjenester foregår alt overveiende gjennom avtale med private kommersielle sykehus, og utgjør ca. 9 % av totale innkjøp fra private. Godkjenning som sykehus gis av Sosial- og helsedepartementet etter egen forskrift. Ved private sykehus er det kun tjenester som selges til regionale helseforetak basert på avtale som utløser ISF-refusjon. De private kommersielle leverandørene har en kombinasjon av tjenester, som dels selges til det offentlige etter kunngjort konkurranse, og dels direkte til pasienter som betaler for behandlingen selv. HSØ har avtale med 8 store leverandører og en del mindre. De private kommersielle sykehusene har en felles interesseorganisasjon; PRISY.

De kommersielle sykehusene er først og fremst et supplement til de offentlige sykehusene, ettersom tjenestene gjennomgående er basert på tidsavgrensede avtaler, definerte prosedyrer og definerte volum og fordi tjenestespekteret også finnes i det offentlige. For enkelte tjenester kan de være en konkurrent og utfordrer til det offentlige ved dokumentert effektivitet og lave priser. Dette kan skyldes effektiviseringsgevinster fra deres sterke spesialisering på avgrensede områder – nisjevirkosomhet. Først og fremst skyldes det at disse sykehusene normalt kun driver elektiv virksomhet, og ikke bruker ressurser på akuttbehandling, beredskap og undervisningsvirksomhet.

HSØ blir ved enkelte anledninger også indirekte kjøper av tjenester ved private sykehus som andre RHF har avtaler med, fordi pasienten kan velge et privat sykehus omfattet av fritt sykehusvalg i annen region enn der pasienten bor.

Materiale fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved UiO (Kjetil Gudmundson Rogne 2007) viser at det offentlige gjennom sine anskaffelser har oppnådd en stadig lavere pris fra leverandørene. Gjennomsnittlig DRG pris hos private var i 2002 78% av DRG og i 2005 50% av DRG. I forhold til spørsmålet om ”lettere” pasienter har man sett på alder som indikator. Korrigert for DRG vekter var alderen signifikant lavere i 2002/2003 med 2 – 2,5 år. For 2005 var denne sammenhengen ikke signifikant, ca. 0,5 år lavere.

### **Rusinstitusjoner**

Kjøp av tjenester til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige utgjør ca. 17 % av totale innkjøp fra private leverandører. Rusmiddelmissbrukere har pasientrettigheter på lik linje som andre pasienter når de behandles for sitt rusmiddelmissbruk, også ved private institusjoner. Sykehusene har det praktiske ansvaret for å koordinere opptak når pasienter trenger opphold ved de private institusjonene. For at rusmiddelmissbrukere skal få lett tilgang til spesialisthelsetjenesten, vil både sosialhelsetjenesten og fastlegen kunne henvise til vurdering for behandling.

HSØ har avtaleforpliktelser for 26 private rusinstitusjoner. HSØ vil videreføre arbeidet med å tydeliggjøre det faglige innhold i disse institusjonene for bedre å kunne påvirke innhold, kvalitet og behandlingseffektivitet innenfor spesialisthelsetjenesten. En spesiell utfordring mht. denne gruppen er betydelige variasjoner i bygningsmessig kvalitet, faglig nivå og soliditet. Det er i mange tilfeller uklare grenser mot kommunehelsetjenestene.

### **Private laboratorier og radiologinstitutter**

Private laboratorier og radiologinstitutter leverer undersøkelser og analyser rekvirert av fastleger og private spesialister. På dette området er det innført elementer av konkurranse de siste årene. Som en del av endringen av reguleringsregimet er refusjonene fra folketrygden redusert og ressursene overført til RHF-ene gjennom deres basisbevilgning. Endringen har gjort at RHF-ene gradvis har blitt viktigere som inntektskilde for de private leverandørene. Gjennom en lovendring (Ot.prp.nr. 5 (2004-2005), Innst.O.nr.35 (2004-2005)) er RHF-ene gitt muligheten å legge volumbegrensninger inn i avtalene. Dette innebærer at RHF-enes medfinansiering bortfaller for undersøkelser utover volumtaket. De private aktørene vil fortsatt motta egenandel fra pasientene og refusjon fra Folketrygden for undersøkelser utover volumtaket.

Kjøp av laboratorie- og radiologitjenester fra private utgjør ca. 15 % av totale innkjøp fra private leverandører. Dette omfatter avtaler med 9 private laboratorier og 5 private selskap som yter radiologiske tjenester.

Rapporten "Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen" fra HERO (Februar 2007) konkluderer at det foreløpig er for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på det offentliges samlede utgifter til tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Anbudskonkurransene har dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige RHF-er sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. Tendensene indikerer fallende utgifter per produsert enhet for laboratorietjenester og økende utgifter per produsert enhet for røntgentjenester.

### **Psykiatriske tjenester**

Kjøp av tjenester innen psykiatrien utgjør ca. 10 % av totale innkjøp fra private leverandører. Dette omfatter avtaler med 7 institusjoner innen voksenpsykiatrien: Modum Bad, Bergfløtt, Furukollen, Grefsenlia, Skjellfoss, Manifestsenteret og Oslo Hospital og med to institusjoner innen Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP): Larkollen og Østbytnet.

Bevilgningen til Modum Bad er fastsatt i eget punkt i statsbudsjettet.

Ved reformen overtok man flere av de tidligere psykiatriske sykehjemmene. Dette har medført et stort omstillingskrav på disse i forhold til å levere spesialisthelsetjenester.

### **Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente sykdommer**

Budsjettet her utgjør en liten del av det samlede budsjett for private. Disse ble overført til RHF i 2006. og er direkte regulert i statsbudsjettet. Institusjonene er både private og offentlige. De tas med her i oversikten men vil ellers komme i en særstilling i forhold til strategien.

### **"Andre"**

Denne gruppen omfatter avtaler med Norsk Nakke og ryggklinikk, avtale med Capio om spiseforstyrrelser og kjøp av søvnundersøkelser fra EEGlaboratoriet.