

Anskaffelse av private helsetjenester i bildediagnostikk

–

avtaler gjeldende fra 01.06.2018

Behovsvurdering

28.08.2017

Ephorte saksnr 16/441

1 Innholdsfortegnelse

2	Bakgrunn	3
2.1	Innledning.....	3
2.2	Demografi og fremskrivninger	4
2.3	Lover, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer	5
2.4	Nærmere om bildediagnostikk	7
3	Behovsvurdering	8
3.1	Oversikt over private tilbydere og budsjett i 2015 og 2016	8
3.2	Vurdering av kapasitet i HFene.....	8
3.3	Aktivitetsoversikt egne foretak og private tilbydere	10
3.4	Områder vurdert som aktuelle for kjøp av tjenester fra private tilbydere av bildediagnostiske tjenester	11
3.4.1	Kontroll av kreftpasienter	11
3.4.2	Hjerte-karpasienter.....	12
3.4.3	Avansert lunge-thoraxdiagnostikk	12
3.4.4	Mammografi	12
3.4.5	Nevroradiologi	12
3.4.6	Ortopedisk radiologi	12
3.4.7	Standardiserte pasientforløp	13
3.4.8	Mobile tjenester.	13
3.4.9	DEXA scan av osteoporosepasienter:	13
3.4.10	Bilediagnostikk ved Legevaktstjeneste i Trondheim:.....	13
3.5	Krav til vurdering av henvisninger og undersøkelser	14
3.6	Krav til tilbyder	14
3.6.1	Krav til deltakelse i undervisningsaktivitet	14
3.6.2	Krav til åpningstid i sommerferieavvikling.	14
3.6.3	Krav til forskning.	14
3.6.4	Ventetider hos private	15
3.6.5	Krav til geografisk plassering	15
3.6.6	Faglige krav til personell	15
3.7	Tekniske og IKT krav til tilbyder	15
3.7.1	Krav til IKT løsninger.	15
3.7.2	Teknisk standard på utstyret	15
3.8	Avtalevarighet og årlige ytelsesforhandlinger	16
3.9	Vurdering av volum for kommende kontraktperiode	16
4	Økonomisk beregning	18

2 Bakgrunn

2.1 Innledning

Helse Midt-Norge RHF har et «sørge for ansvar» for spesialiserte helsetjenester.

Bilddiagnostikk i spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge består av bilddiagnostiske enheter i alle sykehus i regionen, røntgen lab ved Fosen DMS, Oppdal legesenter, Værnesregionen DMS, Steinkjer DMS, Sunndal DMS samt 4 private leverandører som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.

Avtalene mellom Helse Midt-Norge RHF og de private leverandørene løper ut 01.06.2018. Innen den tid skal nye avtaler være på plass.

Behovsvurderingen har som hensikt å gi en faktabasert beskrivelse av bilddiagnostikk og utviklingstrender som vil påvirke behovet for ulike typer tjenester innen dette fagområdet. Det er ut fra dette gjort en vurdering av behovet for anskaffelse av spesialiserte bilddiagnostiske tjenester. Behovsvurderingen gir grunnlag for utarbeiding av kravspesifikasjonen.

Helse Midt-Norge RHF presiserer at opplysningene og vurderingene i denne rapporten ikke er bindende for anskaffelsen.

Behovsvurderingen er utarbeidet av ansatte i Helse Midt-Norge RHF.

Kliniksjefer og fagpersoner fra flere fagmiljø innen somatikk med spesialisert kompetanse fra HFene og fastleger, gjennom henvendelse til alle kommuneoverleger i regionen, er forespurt om behov.

Fagledernetverket i bilddiagnostikk og regionalt brukerutvalg har medvirket i prosessen. Tillitsvalgte ble involvert gjennom at behovsvurderingen ble behandlet i AU 09.06.2017. Behovsvurderingen er et resultat av involvering gjennom følgende fora:

Tabell 1 Milepæler

Aktivitet	Tidspunkt	Kommentarer
Leverandører	Uke 14	En til en møter med potensielle leverandører i ny anskaffelse
Arbeidsgruppe	Jevnlig fra april til juni	Ledere og fagpersoner fra bilddiagnostiske avdelinger i HFene
Kommuner	Svarfrist 02.05	Fastleger via kommuneleger
HFene	Svarfrist 26.04	Fagdirektører, kliniksjefer somatiske klinikker.

Regionalt fagsjefsmøte	28.04.17	
Regionalt brukerutvalg	02.05. 17	Det oppnevnes en kontaktperson i det videre arbeidet.
Hovedorganisasjonene	09.06. 17	
Fagledernetverk bildediagnostikk	18.05 og 29.05	Utvider møtene med teknisk personell. Utvider antall møter ved behov.
Ledergruppe RHF	02.05	Behandlet her før orientering i styremøte i juni.
Styringsgruppen RHF	13.06 20.06 27.06 16.08.	Godkjenning behovsvurdering 27.06
Regionalt direktørmøte	31.05	De fikk tilsendt behovskartleggingen og RHFes vurderinger før møtet.
Styremøtet RHF	22.06	Orienteringssak

2.2 Demografi og fremskrivninger

De tre fylkene som utgjør Midt-Norge hadde 715 059 innbyggere pr. 01.01 2016.

Dette utgjør 13,6 % av Norges samlede befolkning. Til sammenligning utgjør befolkningen i området til Helse Sør-Øst 58,2 %, Helse Vest 21,0 % og Helse Nord 9,2 %.

Tabell 2: Befolkningen i Midt-Norge 2016

Fylke	Antall innbyggere	Prosentandel Midt-Norge	Prosentandel Norge
Nord-Trøndelag	136 339	19 %	2,6 %
Sør-Trøndelag	313 370	44 %	6,1 %
Møre og Romsdal	265 290	37 %	5,1 %
Midt Norge	715 059	100 %	13,6 %

I perioden 2017-2025 vil befolkningen i Midt-Norge øke med 8%, beregnet ut fra middels nasjonal vekst. Forventet økning vil være størst i Sør-Trøndelag.

Bosettingsmønsteret varierer mellom fylkene. I Sør-Trøndelag bor 60 % av befolkningen i storbyen Trondheim. I de andre fylkene skjer også en tilflytting til mindre bysentra. I alle tre fylkene er det likevel en stor andel av spredt bosetting. Mange eldre bor langt fra by- og kommunesentra, og har dermed større vansker med å nyttiggjøre seg dagtilbud både i

kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette tilsier at vi i noen områder perioden 2017-2025 vil vurdere bruk av mobile røntgentjenester i regi av Helseforetakene.

Samlet antas befolkningen i Midt-Norge å ha omtrent samme alderssammensetning og samme sykelighet, og dermed samme behov for spesialistkompetanse som resten av befolkningen i Norge. Dette viser at andelen eldre over yrkesaktiv alder vil øke betydelig de neste to ti-årene. Andelen eldre over 67 år antas å øke med ca 14 % mot 2022.

Behovet for spesialisthelsetjenester antas å øke i samme periode og anslås for bildediagnostikk til ca 2-3 % årlig økning frem mot 2022¹. Økningen innen MR-diagnostikk kan bli noe større ut fra økt bruk av MR på bekostning av andre modaliteter. Det er regionale demografiske forskjeller i forbruksmønster; Utkantkommunene øker minst i folketall, men får størst relativ økning av de eldste aldersgruppene.

2.3 Lover, forskrifter, sentrale dokumenter og helsepolitiske føringer

Bilediagnostikk er definert som spesialisthelsetjeneste. Ansvar for helsetjenesten er fordelt mellom kommuner og staten og er lovhjemlet i **Lov om spesialisthelsetjenesten (1999-07-02 nr. 61)** og **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011-06-24 nr. 30)**. Pasient- og brukerrettighetene fremgår av **Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999-07-02 nr. 63)**.

Helse Midt-Norges Strategi 2030 har en ambisjon om at vi skal bygge en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen. Dette krever at vi griper mulighetene som ny kunnskap og teknologi gir oss.

Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan vi skal videreutvikle en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.
- Vi er gode lagspillere.

God samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste er nødvendig for å sikre helhetlige, sammenhengende forløp for pasienter som trenger diagnostikk og behandling. En vesentlig erkjennelse i arbeidet med Strategi 2030 er også at spesialisthelsetjenesten i fellesskap med kommunene må bidra til å dempe veksten i behovet for helsetjenester.

I spesialisthelsetjenesten er det innført fritt behandlingsvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-4. Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp når pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

¹ Basert på befolkningsøkning på 8% frem mot 2025 og en økning i personer. Andelen over 67% er ca 14% i 2022.. Kilde: SSB

Helsedirektoratet anbefaler at bildediagnostikk kun bør vurderes hvis det gir viktig klinisk informasjon.

Helse Midt-Norge er opptatt av å ta i bruk tilgjengelig teknologi for å yte effektive tjenester med god kvalitet til befolkningen i Midt-Norge. Strategi 2030 vil ligge til grunn for satsningen på bildediagnostiske tjenester (<https://helse-midt.no/strategi-2030>).

I Helse Midt Norge er digitaliseringen av bildediagnostikk godt utbygget, noe som gir oss gode muligheter for samhandling mellom helseforetak (HF) og mellom HF og private. Tjenesten ligger godt til rette for å videreutvikle samarbeidet mellom HFene og mellom HF og private tilbydere.

Videre utvikling av teknologien innen bildediagnostikk gir oss bedre muligheter til å utnytte tilgjengelig kapasitet, og effektivisere og profesjonalisere tjenestene.

Helse Midt-Norge RHF har gjennomført «Strategi for bildediagnostikk i regionen, fase 1 og sluttrapport fase 2» fra 2015. Helseforetakene har tatt utgangspunkt i disse i sitt strategiske arbeid. Det arbeides kontinuerlig med samordning av protokoller i helseforetakene og videreutvikling av IKT samarbeidet.

Sitat fra Regional plan for bildediagnostikk, Sluttrapport fase 2 (2015), kapittel 1.1:
«Teknologien (utstyr, modaliteter og IKT) gir store muligheter for å utvikle metoder som sikrer god diagnostikk og behandling. Undersøkelsene som gjøres er en viktig del av den medisinske vurderingen ved å stille en diagnose, følge sykdomsforløpet og vurdere behandlingseffekter. Det utvikles nye behandlingsmetoder der bildediagnostikk er direkte involvert, f.eks. innen nevrologiske og karkirurgiske prosedyrer. Samtidig kan mye tyde på at ikke all bruk er like godt medisinsk begrunnet. Antall henvisninger til både private og offentlige aktører er økende».

I Riksrevisjonenes undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk (Nr. 1, 2017) er målet å vurdere om det bildediagnostiske tjenestetilbudet bidrar til å oppnå likeverdige helsetjenester for hele befolkningen, og i hvilken grad det gjøres unødvendige polikliniske CT- og MR undersøkelser. Det er et behov for å bedre kvaliteten på henvisningene spesielt fra fastlegene.

Resultatene fra undersøkelsen viser store variasjoner på nasjonal basis i bruken av CT og MR undersøkelser ut fra bostedsadresse. Tar en utgangspunkt i forbruk av MR undersøkelser pr 10 000 innbyggere i Midt-Norge er variasjonene mellom våre HF store, Nord-Trøndelag 979 undersøkelser, St. Olavs Hospital 1207 undersøkelser og Helse Møre og Romsdal 1369 undersøkelser. Landsgjennomsnittet for MR undersøkelser var 1196. Forskjellene i antall CT-undersøkelser er mindre, og lavere enn landsgjennomsnittet.

Dette er gjennomsnitt for perioden 2012-2015.

Kilde KUHR, SSB

2.4 Nærmere om bildediagnostikk

Det forventes en økning av henvisninger til spesialisthelsetjenesten til utredning og behandling innen alle fagområder, og bildediagnostikk er helt sentral i utredning og kontroller av de fleste pasientgrupper. Forløpsarbeid, medisinsk faglig utvikling, forskning og utviklingen innen persontilpasset medisin vil kunne føre til ytterligere økt behov for bildediagnostiske tjenester, både såkalte enklere undersøkelser og mer avanserte undersøkelser.

Helse Midt-Norge vurderer at det vil være et økt behov for tjenester som tradisjonelt leveres av private tjenesteytere innen enklere ortopediske og nevrologiske lidelser de nærmest 4 årene. Mer komplisert diagnostikk og oppfølging av pasienter bør på nåværende tidspunkt utføres i HFene. Årsaker er at det er lettere tilgang på spesialister i HFene, og at private tjenesteytere ikke har tilstrekkelig tilgang på pasientopplysninger på en enkel måte, noe som gir mer tungvint logistikk og et dårligere tilbud til pasientene med økt risiko for brudd i behandlingstilbudet. Dette kan endres når Helseplattformen er implementert, og det vil bli gjennomført ny vurdering av dette før evt. opsjoner utløses etter 4 år.

For å beskrive utviklingstrender siteres det fra Regional plan for bildediagnostikk, Sluttrapport, fase 2 fra 2015. Det er her lagt vekt på å beskrive faglige vurderinger og kapasitet, likeverdige tjenester for pasientene og god ressursutnyttelse:

Utdrag fra Sluttrapport fase 2, kapittel 1.1:

«Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester enten ved bruk av egne helseforetak eller ved kjøp fra private leverandører.

Bruk og prioritering av bildediagnostikk varierer i regionen og det er til dels store variasjoner i ventetider. Krav til reduksjon i ventetider generelt og til raskere kreftutredning spesielt stiller skjerpede krav til hvordan vi utnytter den samlede kapasiteten innenfor bildediagnostikk i regionen. Dette mht. kompetanse, utstyr og lokaler.

Bilediagnostikk er kompetanseintensivt og til dels svært kostnads(kapital) intensivt. Det er vesentlig å øke utnyttelsesgraden på maskinparken. ...(...)... Helse Midt-Norge RHF må tilstrebe riktig bruk av bildediagnostikk og sikre likeverdig tilgjengelighet med god ressursutnyttelse i samhandling mellom offentlige og private aktører.

Tjenesten må bygges opp på en slik måte at vi klarer å møte fremtidens utfordringer som sikrer god kvalitet og effektivitet i tjenesten, innenfor vedtatte økonomiske rammer. Dette er

bakgrunnen for at det startes et arbeid med å utarbeide en regional plan for bildediagnostikk. Planen skal være retningsgivende i arbeidet med å videreutvikle fagområdet i regionen.»

3 Behovsvurdering

3.1 Oversikt over private tilbydere og budsjett i 2015 og 2016

HMN har avtaler med flere private røntgeninstitutter innen bildediagnostiske undersøkelser. Disse utløper 31.05.2018, med en viss mulighet for forlengelse dersom det er nødvendig for å sikre forsvarlig saksbehandling i forbindelse med utløp/oppstart av nye. Eksisterende leverandører:

- Aleris Røntgen i Trondheim (MR, CT, RTG, UL)
- Unilabs Norge i Trondheim (UL)
- Medi 3 i Ålesund (CT, RTG, UL) og Medi 3 i Kristiansund (MR, rtg, UL)

Sunnmøre MR klinikk i Ålesund (MR)

Årsbudsjettet for samtlige avtaler er på 32. mill. i 2015 og i 2016.

3.2 Vurdering av kapasitet i HFene.

Pga. demografi og medisinsk faglig utvikling vil behovet for bildediagnostikk øke for mer spesialiserte undersøkelser, som for eksempel utredning og kontroller av kreftpasienter og hjerte-kar pasienter. Faglige innspill angir at disse undersøkelsene per i dag bør løses av helseforetakene ut fra behovet som stilles til samhandling/journaltilgang for å oppnå tilfredsstillende pasientforløp for disse pasientgruppene.

Økningen i behov for «enklere undersøkelser» innen muskel og skjelett, lunge-thorax, rygg og en del nevrologiske lidelser, antas å dekkes best gjennom å inngå avtale med private tilbydere for å sikre befolkningen ett tilstrekkelig radiologisk tilbud ut fra de forventede demografiske endringene. Det redegjøres videre for antatt kapasitet etter innspill fra HFene.

St Olavs Hospital HF har gjennom en kartlegging kommet med innspill på at det eksisterer ledig kapasitet på maskinparken utenfor vanlig arbeidstid. Det er varslet behov for økte personellressurser for å kunne utnytte denne kapasiteten som ledd i å håndtere forventet aktivitetsøkning.

CT og MR undersøkelser utføres oftest på pasienter som ledd i kompliserte utredninger. En del av kapasiteten bindes også opp av forskningsaktivitet (gjennom avtaler med NTNU). Ventetidene til undersøkelse øker, spesielt på MR, for alle typer pasientgrupper. Tiltak som ekstra overtid/mertid o.l., blir utnyttet for å ta unna topper hovedsakelig på grunn av fastsatte tidsfrister i standardiserte pasientforløp/pakkeforløp.

I den grad det er bufferkapasitet vil den være utnyttet i løpet av 2018 og inn i 2019. Det er et behov for å frigjøre kapasitet tilsvarende 1000 pasienter til MR fra 1. avtaleår for bedre å kunne følge opp pasienter med kompliserte lidelser, slik som kreft og hjerte-kar, forutsatt at det ikke investeres i økt ressurstilgang i årene som kommer.

Helse Nord-Trøndelag HF - Levanger har økt sin maskinkapasitet gjennom anskaffelse av en 3T MR i tillegg til 1,5T. Dersom maskinparken utnyttes ytterligere gjennom at maskinene kjøres fra kl. 8.00 til 22.00 alle hverdager (unntatt høytider/ferier = 40 uker), kan kapasiteten økes med ca 4000 undersøkelser (forsiktig anslag) pr. år. Noe økt bemanning vil det være behov for, men dette tenkes håndtert primært gjennom endring av turnus for radiografene. Det kritiske for å kunne håndtere aktivitetsøkning i årene som kommer er radiologbemanning.

Helse Nord-Trøndelag HF - Namsos. Det meldes om at utstyrsparken utnyttes maksimalt med åpningstid for polikliniske pasienter på kveld og helg. Lange reiseavstander fra norddelen av Nord-Trøndelag til private aktører i (etablert i Trondheim) gjør at det i kommende periode vil være behov for utstyrsinvesteringer. På investeringsbudsjettet for 2018 / 2019 står ny MR som vil kunne dekke det forventede fremtidige behov. Det forventede utstyrsbehov vil etter hvert også gjelde de øvrige modaliteter - CT, UL og rtg.

Helse Nord-Trøndelag HF vurderer at det under forutsetning av at investeringsmidler blir stilt til rådighet ikke vil bli behov for økt bruk av private tjenester for befolkningen i HNT nedslagsområde.

Helse Møre- og Romsdal vurderer at forventet økt behov for radiologiske tjenester dekkes gjennom en økning av kapasiteten i eget HF.

Det er gjort en vurdering av forventet kapasitet ved bildediagnostikk i Molde og Kristiansund i perioden hvor nytt sykehus skal bygges. Helseforetaket signaliserer at de i perioden med byggingen av nytt sykehus skal løse evt. kapasitetsutfordringer ved utnyttelse av ressurser i eget HF, gjennom fleksibilitet og litt bruk av overtid i en begrenset byggeperiode.

3.3 Aktivitetsoversikt egne foretak og private tilbydere

Tabell 3: Antall pasienter undersøkt hos private 2015:

Ant pas fra	MR	CT	RG	UL
Møre og Romsdal	11 047	1 366	4 063	1 301
Sør-Trøndelag	25 503	4 058	13 542	5 181
Nord-Trøndelag	3 842	399	782	187
Utenfor HMN	1 107	125	358	196
Totalt	41 049	5 948	18 745	6 865

Kilde: innrapportert aktivitet HMN

Tabell 4 Antall pasienter undersøkt hos private 2016:

Ant pas fra	MR	CT	RG	UL
Møre og Romsdal	11 166	1 340	3 798	870
Sør-Trøndelag	28 140	3 938	13 514	4 792
Nord-Trøndelag	4 255	418	888	272
Utenfor HMN	1 160	107	330	164
Totalt	44 721	5 803	18 530	6 098

Kilde: innrapportert aktivitet HMN

Tabell 3 og 4 basert på innrapporterte tall fra leverandørene viser at antall pasientbesøk til CT, røntgen og UL har gått ned hos private. Pasientbesøk til MR har økt med 8,9 % fra 2015 og 2016.

Tabell 5 MR produksjon i antall pasienter i HFene i 2014, 2015 og 2016 (ekstern poliklinikk, intern poliklinikk og inneliggende + prosjekt)

HF	2014	2015	2016
StOlav	14804	16326	16306
HMR	22407	23362	23062
HNT	9287	9720	10152
Totalt	46498	49408	49520

Kilde: RIS-data fra HF

I tillegg utføres det ca 5000 regranskninger pr år, hvorav 3500 ved St Olavs hospital HF. Det er radiologer som demonstrerer/regransker bilder som er tatt eksternt eller internt etter henvisning fra klinikere.

Tabell 6 MR Ekstern poliklinikk ved HF

HF	2014	2015	2016
StOlav	862	1061	1287
HMR	11780	12167	12168
HNT	5120	5114	5329
Totalt	17762	18342	18784

Kilde: RIS-data fra HF

Tabell 6 viser at antall pasienter til MR henvist til ekstern poliklinikk ved HFene har økt med 2,4 % fra 2015 til 2016 og 5,7 % fra 2014 til 2016.

3.4 Områder vurdert som aktuelle for kjøp av tjenester fra private tilbydere av bildediagnostiske tjenester

Det er gjennomført en vurdering av ulike områder innen radiologi som er vurdert konkurranseutsatt. Disse er listet opp under.

3.4.1 Kontroll av kreftpasienter

Dette har HFene sagt til nå at de best håndterer selv, og får støtte hos klinikere fra andre fagmiljø i HFene og fastleger i denne vurderingen. Årsaken er ofte at klinikere i HFene ikke har direkte tilgang til bilder tatt hos private og private ikke har direkte tilgang til journal. Dette medfører tungvinte prosesser med fare for forsinkelse i håndteringen av pasientforløp. Kontroll av kreftpasienter med bildediagnostikk er ofte gjenstand for diskusjoner i multidisiplinære team (MDT-møter). Supplerende opplysninger som fremkommer i slike møter, kan endre både behandlingsstrategi og påvirke tolkningen av radiologiske undersøkelser. Siden det ikke er praktisk mulig for private aktører å delta på slike møter, vurderer man derfor at det for tiden er mer hensiktsmessig at bildediagnostikken utføres i HF'ene siden radiologer der likevel må sette seg inn i de aktuelle problemstillingene. Slik unngår man dobbeltarbeid.

Private tilbydere har meldt at de kan utføre utredninger og kontroller på bestilling fra HFene, men det må i så fall klargjøres i konkurransegrunnlaget hvilke diagnosegrupper som kan være aktuelle.

Innstilling: Det anbefales ikke å utvide kjøp fra private med undersøkelser innen disse diagnosegruppene. Konkurransen bør avgrenses til bestemte undersøkelseskategorier med noe fleksibilitet.

Merknad: Trippeldiagnostikk (undersøkelse av kvinner med mistenkt brystkreft) håndteres ikke under denne anskaffelsen.

3.4.2 Hjerte-karpasienter

Det er vurdert fra HF at hjerte- og karpasienter bør håndteres i HFene. Mye ut fra den samme begrunnelsen som 3.4.1. Flere av lidelsene krever tverrfaglig samarbeid om diagnostikk. Det er vurdert om en skal åpne opp for CT/MR hjerte og en har kommet til at det ikke er entydig at slike undersøkelser vil bidra til bedre tilbud til pasientene i og med at sannsynligheten for over-/underdiagnostisering av potensielt alvorlige sykdommer er til stede (MR/CT angio).

Innstilling: Det anbefales ikke å kjøpe hjerte/kar undersøkelser hos private.

3.4.3 Avansert lunge-thoraxdiagnostikk

HF ønsker å beholde diagnostikk av pasienter med alvorlig sykdom i lunge-thorax ut fra samme begrunnelse som i punkt 3.4.2.

Innstilling: Det anbefales ikke å kjøpe «kompliserte» undersøkelser for pasienter med alvorlige tilstander i lunge-thorax området.

3.4.4 Mammografi

I dag kan de private, som har ressurser til det, ta enkle mammografiundersøkelser. Screening skal håndteres gjennom nasjonalt screeningprogram i HFene, etter gjeldende standarder for denne virksomheten.

Innstilling: Det anbefales at det ikke kjøpes disse tjenestene i det private ut fra at screening skal håndteres innen screeningprogrammets rammer og vanskelig lar seg konkurranseutsette ut fra kravene til deltakelse i screeningprogrammet. Trippeldiagnostikk er et tilbud som krever tverrfaglig samarbeid med invasiv prosedyre og inngår for Helse Midt-Norges del som en del av anskaffelsene av sykehustjenester.

3.4.5 Nevroradiologi

Pga. demografisk utvikling er det sannsynlig at behovet for MR vil øke.

HF mener at ved alvorlige tilstander skal pasientene håndteres i det offentlige. Utredning av enklere problemstillinger kan godt håndteres hos private tilbydere.

Innstilling: Det anbefales at vi kjøper mer av undersøkelser til MR av pasienter med behov for enklere avklaringer innen dette fagområdet.

3.4.6 Ortopedisk radiologi

Pga. demografisk utvikling er det sannsynlig at behovet for MR vil øke.

Innstilling: Det anbefales at vi kjøper mer av undersøkelser til MR av pasienter med behov for enklere avklaringer.

3.4.7 Standardiserte pasientforløp

Pasienter som er i standardiserte pasientforløp bør av logistikkårsaker håndteres i HFene. Det er samme argumenter som under punktet om kreftpasienter.

Innstilling: Vi kjøper ikke undersøkelser for pasienter i standardiserte pasientforløp.

3.4.8 Mobile tjenester.

Dette er en tjeneste der fagpersoner kjører røntgenapparat i bil ut der pasientene er i distriktene. Eks: Helsehus, eldresenter osv. Med en forventet økning av eldre pasienter, spesielt i mindre kommuner i distriktene, kan det være aktuelt å organisere noe av tjenesten i mobile enheter.

Helse Nord-Trøndelag forbereder nå en pilot for oppstart av denne type tjeneste. Det er beregnet en besparelse på kr 1000 pr pasientbesøk pga. lavere reisekostnader. Investeringer er iberegnet. Det anbefales at tjenesten organiseres gjennom HFene fordi pasienter de besøker desentralt ved positivt funn skal videre inn i HFet for videre utredning/behandling.

St. Olavs Hospital påpeker at de allerede i dag har desentral drift (Øya, Orkanger, Fosen, Oppdal, Røros) og at behovet for mobile tjenester ikke er like stort i Sør-Trøndelag.

Helse Nord-Trøndelag har desentral drift ved Steinkjer DMS og Værnesregionen DMS. Helse Møre og Romsdal har desentral drift ved Sunndal DMS i dag. Helse Møre og Romsdal har saken om mobile tjenester under vurdering.

Innstilling: Vi kjøper ikke tjenester fra private som innebærer mobile røntgentjenester i Nord- og Sør-Trøndelag. Det er ikke beskrevet som et etterspurt tiltak i denne anskaffelsen.

3.4.9 DEXA scan av osteoporosepasienter:

Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag vurderer at de har kapasitet nok. St Olavs hospital har ikke svart på henvendelse vedr denne typen undersøkelser.

Innstilling: Det lyses ikke ut konkurranse med DEXA scan.

3.4.10 Bildediagnostikk ved Legevaktstjeneste i Trondheim:

Innstilling: RHF ønsker at dette området håndteres i samarbeid mellom aktuelt HF og Trondheim kommune, og kommer ikke til å lyse dette som en del av denne konkurransen.

Helse Midt-Norge RHF har i tillegg forespurt fagpersoner i våre helseforetak og regionalt brukerutvalg om vi ut fra et behov for enklere pasientlogistikk kun skal kreve leveranser fra institutt med flere modaliteter. Ut fra en samlet vurdering ser ikke HMN at det vil gi økt

kvalitet i tjenesten å stille det kravet i denne konkurransen.

3.5 Krav til vurdering av henvisninger og undersøkelser

Det anbefales fra nasjonale myndigheter at det stilles krav til gjennomført vurdering av henvisninger for vurdering av nytte av undersøkelsen for henvist problemstilling, og for å hindre overdiagnostikk og utøve bedre prioritering av undersøkelser; se Rapport fra Riksrevisjonen «Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk diagnostikk», nr 1 2017.

Tilbyder må innhente supplerende opplysninger der hvor henvisningen er av en slik kvalitet at det ikke er mulig å vurdere nytten og hastegrad av undersøkelsen.

Tilbyder skal selv sikre effektive pasientforløp for pasienter som blir vurdert henvist videre etter positive funn. Godt samarbeid fordrer harmonisering av protokoller og etablering av samhandlingsrutiner, avvikshåndtering og avtalte kontaktpersoner.

3.6 Krav til tilbyder

Det er identifisert flere behov for krav til tilbudet/tilbyder som oppsummeres i følgende punkter:

3.6.1 Krav til deltakelse i undervisningsaktivitet

- Det må vurderes om vi skal stille krav til private aktører om undervisning av faggrupper.
- Noen av private leverandører vi har avtale med i dag, tar i mot radiografstudenter i samarbeid med NTNU. Det er i dag ikke stilt myndighetskrav om at private deltar i utdanning av radiologer.

Innstilling: Private leverandører skal undervise radiografstudenter på minimum samme nivå som i dag.

3.6.2 Krav til åpningstid i sommerferieavvikling.

- Det anbefales at dette kravet må avtales mellom HF og nærliggende privat institutt i god tid før planlagt redusert kapasitet. Dette er et krav som avhenger av fremforhandlet resultat og som vanskelig lar seg kontraktsfeste.

3.6.3 Krav til forskning.

- Det anbefales at det **ikke** stilles krav til at private leverandører skal delta i forskningsprosjekter i samarbeid med NTNU og HF.

3.6.4 Ventetider hos private

- I dagens avtaler har vi max 6 ukers ventetid på en undersøkelse, og max 5-7 dagers svartid. Det er krav om kortere vente- og svartid ved saker som haster.

Innstilling: Det stilles krav om maks 6 ukers ventetid, og 5-7 virkedagers svartid, som i dag. Ventetid og svartid skal håndteres etter vurdert hastegrad, som kan bety kortere ventetid og svartid.

3.6.5 Krav til geografisk plassering

- I den grad RHF ønsker å kreve plassering av virksomhet for private aktører, må dette inn i ny avtale. I dagens avtale er det leverandørene som tar alt ansvar for hvor de mener det er mest hensiktsmessig å drive virksomheten.

Innstilling: Det anbefales at konkurransen tar høyde for at det eksisterer private tilbud i alle fall i St Olavs HF og Helse Møre og Romsdal HF sine opptaksområder.

3.6.6 Faglige krav til personell

- Leverandør må dokumentere at personalet har gjennomført tilstrekkelig opplæring slik at de har kompetanse til å gjennomføre undersøkelsene.
- Det skal være ansatt medisinsk ansvarlig legespesialist innenfor radiologi i henhold til krav i forskrift om medisinsk laboratorie-og røntgenvirksomhet §5.
- Det kan kreves dokumentasjon på spesialistgodkjenningen.

3.7 Tekniske og IKT krav til tilbyder

3.7.1 Krav til IKT løsninger.

- HF kommenterer at bilder og beskrivelser må være enkelt tilgjengelig. Dette er ofte tungvint i dag.
- Leverandør skal være tilknyttet Norsk Helsenett og skal kunne samhandle elektronisk med helseforetakene i Helse Midt-Norge.
- Leverandør må etablere og opprettholde en løsning for to-veis kommunikasjon med offentlige sykehus i Helseregionen. Dette gjelder både for utveksling av bilder (PACS), undersøkelser og henvisninger (røntgeninformasjon (RIS) og skal baseres på konkrete forespørsler. Sykehusene i Helseregionen har p.t. Sectra One Connect som løsning for slik kommunikasjon.

3.7.2 Teknisk standard på utstyret

- Utstyret skal være i en slik tilstand at undersøkelser kan utføres i henhold til prosedyrer i samarbeid med HFene, basert på de undersøkelsestyper som etterspørres.

- Leverandør må oppgi dato for installasjon og evt. større oppgraderinger på utstyret. Leverandøren må også fremlegge planer for oppgraderinger og reinvesteringer.
- Leverandøren må dokumentere at utstyret er kontrollert, optimalisert og godkjent i henhold til strålevernforskriften, samt at vedlikehold utføres i henhold til forskrift om håndtering av medisinsk utstyr.

3.8 Avtalevarighet og årlige ytelsesforhandlinger

Helse Midt-Norge RHF anbefales ut fra en samlet vurdering å inngå avtaler med private leverandører i neste avtaleperiode med en varighet på opp til 8 år (4 års kontrakt med opsjon for forlengelse i 2 + 2 år fra og med 01.06.2018). Det bør legges opp til årlige ytelsesavtaler for å kunne justere bestillingen ut fra erfart behov. Momenter som kan fanges opp er:

- Teknologisk utvikling, som bla Helseplattformen, kan medføre endrete forutsetninger for videre samarbeid med private leverandører.
- Behovet vil også kunne variere i regionen over tid.
- Behov for ny vurdering av kapasitet og eventuelle medisinsk faglige spørsmål

I neste 4 års periode tilsier behovsvurderingen økt kjøp av tjenester innen enklere undersøkelser innen eksempelvis ortopedisk- og nevreradiologi, hvor behovet er vurdert størst innenfor MR.

3.9 Vurdering av volum for kommende kontraktsperiode

Det er foretatt en omfattende kartlegging over kort tid. Flere instanser er hørt gjennom møter og skriftlige tilbakemeldinger.

Analyser av demografi tilsier at presset på helsetjenesten vil øke noe i fremtiden, og dette vil ramme bildediagnostikk på lik linje eller kanskje mer enn andre fagområder.

En årsak er befolkningsøkning sammen med en relativt større økning av den eldre befolkningen

Tilbakemelding fra fastleger, som er den største «brukergruppen» av avtalene ønsker å beholde muligheten for å henvise til private i tilfeller som egner seg til det. HFene og fastleger er enige om at de sykeste pasientene skal utredes og behandles i HF. Det er behov for økning i avtaler med private ut over dagens avtaler for å håndtere forventet økt aktivitet. Behovet vil komme i løpet av 2018, men mer sikkert fra 2019 og fremover.

Fastleger henviser til HFene, i økende grad, til kontroller av pasienter med kreftdiagnoser pga. standardiserte pasientforløp. Dersom HFene skal øke sin kapasitet med opp mot 3 % pr år innenfor pasientgrupper med uavklarte lidelser, vil det gi mindre bufferkapasitet til de

som henvises fra intern poliklinikk og sengeposter som erfaringsmessig har mer kompliserte forløp. Det vises for øvrig til statistikkapitlet for detaljering av volumtall.

St. Olavs hospital HF ønsker å frigjøre kapasitet tilsvarende 1000 pasienter pr år til MR diagnostikk. Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre-og Romsdal har vurdert at de kan håndtere evt fremtidig vekst innenfor eget HF.

HFene har signalisert en forventet vekst innen bildediagnostikk på ca 3-5% pr år i sykehusene. Et økende behov gjør seg mest gjeldende innenfor MR undersøkelser. Det forventes også en økning innen andre modaliteter.

Fra utgang 2016 frem til 1. avtaleår er det beregnet 1,8 % økning i befolkningen totalt i Midt-Norge, mens de over 67 år øker med 5,3 % i samme periode. På bakgrunn av dette legger RHF til grunn 3% økning fra dagens aktivitet til etterspurt volum i 1. avtaleår, totalt alle modaliteter.

Foreslåtte volum (tabell 9) vil gi en reduksjon i forhold til dagens tildelte volum for MR, CT, UL og rtg, men en forventet aktivitetsøkning fra 2016 på henholdsvis MR 5,1 %, CT 3,4 %, UL 3,3 % og Rtg 8,5 % ut fra en dreining mot enklere undersøkelser.

Tabell 7

Oppsummert behov for kjøp av bildediagnostiske tjenester

Endringer i antall pasienter i første avtaleår i forhold til antall pasienter undersøkt i 2016

Modalitet	Endring Trøndelag	Endring Møre og Romsdal	Kommentar
MR	+3 000	som før	Demografi og kapasitetsutfordring. Vurdert ut fra vekst hos private fra 2015 til 2016 som var +3700 pasienter
CT	som før	som før	
RG	som før		
UL	som før	som før	

4 Økonomisk beregning

Det vurderes ut fra forventet økt behov for radiologiske tjenester og samlet kapasitetsvurdering for egne HF at budsjetttrammen for anskaffelsen settes til 35,4 millioner kroner med halvårlig effekt fra og med 2018.

Tabell 8

Private avtaler 2016

	MR	CT	RG	UL
Tildelt antall pasienter	47 540	8 400	30 020	9 400
Antall pasienter undersøkt	44 721	5 803	18 530	6 098
Antall selvbetalende	4 926	1 107	3 241	4 168

Tabell 9

Privat volum første avtaleår

	MR	CT	RG	UL
Ant tildelte pas p.t. (fra tabell over)	47 540	8 400	30 020	9 400
Ant undersøkte (fra tabell over)	44 721	5 803	18 530	6 098
Økning grunnet demografi ut fra ant undersøkte i 2016 (+ca 3%)	1 379	197	570	202
Behov St Olav	1 000			
Antall pasienter i ny konk	47 000	6 000	19 100	6 300
%-vis endring fra tildelt antall pasienter i 2016	- 1 %	- 29 %	- 33 %	- 33 %
%-vis økning fra antall undersøkte pas i 2016	+ 5,1 %	+ 3,4 %	+ 8,5 %	+ 3,3 %

Saksbehandler

Karin I. Steen