

Helse Sør-Øst RHF

Behovsvurdering ved anskaffelser

Versjon 1.1

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Versjon	Dato
Pål Christian Roland	Direktør	1.0	21.08.2014
Pål Christian Roland	Direktør	1.1	23.02.2017

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	FORMÅL MED DOKUMENTET	3
2	BAKGRUNN	3
2.1	HVA ER EN BEHOVSVURDERING?	3
2.2	HVORFOR BEHØVES EN BEHOVSVURDERING VED EN ANSKAFFELSE?	4
2.3	UTFORDRING.....	4
2.4	ROLLE OG ANSVARFORDDELING	4
2.5	OMFANGET AV BEHOVSVURDERING VED ANSKAFFELSER	5
3	PROSESS	6
3.1	HVEM SKAL INVOLVERES I BEHOVSVURDERINGSPROSESS	6
3.2	PROSESSBESKRIVELSE FOR BEHOVSVURDERING	6
3.3	DATAGRUNNLAG I EN BEHOVSVURDERING	7
3.3.1	<i>Prosessbeskrivelse - grad 1</i>	8
3.3.2	<i>Prosessbeskrivelse - grad 2</i>	8
3.3.3	<i>Prosessbeskrivelse - grad 3</i>	9
4	PROSESSFLYT – BEHOVSVURDERING	10

1 FORMÅL MED DOKUMENTET

Dokumentet inneholder en prosess- og ansvarsbeskrivelse for hvordan en behovsvurdering skal gjennomføres i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med en anskaffelse eller prolongering av avtale (jamfør [styresak 005 -2012](#)). Dokumentet skisserer en bredere og mer fundamentert prosess for involvering av sykehusene, brukerne og konserntillitsvalgte i en behovsvurdering.

En behovsvurdering spiller en viktig rolle for å ivareta «sørge for- ansvaret» samt sikre likeverdige tjenester mellom befolkningsgrupper og/eller geografiske områder. Dette gir muligheten til å vurdere om korrigerende tiltak er nødvendig.

2 BAKGRUNN

I dagens modell for behovsvurdering bestiller det regionale helseforetaket selv tjenestene, enten levert av egne helseforetak (årlig dokument - Oppdrag og bestilling (OBD)), private ikke-kommersielle sykehus med driftsavtale, avtalespesialister eller fra private kommersielle og ideelle leverandører. For riktige strategiske prioriteringer og riktig dimensjonering av det regionale tjenestetilbudet, må befolkningens behov for spesialisthelsetjenester vurderes, før det besluttes hva og hvor mye som skal bestilles.



Medisin og helsefag ivaretar de faglige behovsvurderingene på tjenesteområdene somatikk, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet og spesialiserte rehabiliteringstjenester. I begrepet inngår også spesialisthelsetjenester som utføres av avtalespesialister utenfor sykehus.

2.1 Hva er en behovsvurdering?

Begrepet «behovsvurdering» brukes her om en systematisk metode for å estimere type og omfang av helsetjenester som dekker et behov for en definert befolkning. Formålet med en behovsvurdering er å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge helsetjenester, for å sikre at ressurser og innsats rettes inn hvor det trengs mest.

Blant annet følgende oppgaver danner utgangspunkt for beskrivelse av metodikk for behovsvurderinger :

- Følge utvikling i forekomst av sykdom og helseplager
- Følge utvikling av forbruk i regionen som helhet og i de enkelte deler (sykehusområder/kommuner).
- Etablere oversikt over behov for og tilbud av helsetjenester, herunder områder med risiko eller fare for risiko
- Følge med på medisinsk og teknologisk utvikling

- Analysere hvilke behov som må ivaretas for å oppfylle sørge for-ansvar ut fra kjente data; kvalitetsregistre, ventetider, fristbrudd, Informasjonstjenesten Velg behandlingssted, input fra fagråd/fagmiljøer, brukerutvalg, brukerorganisasjoner etc.
- Foreta risiko- og sårbarhetsanalyse og planlegge hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføring av plan/tiltak skal håndteres
- Identifisere særlige behov relatert til pasienter (eks. universell utforming) og/eller samhandlingsaktører (informasjonsdeling)

2.2 Hvorfor behovsvurderinger ved anskaffelser?

I forbindelse ved anskaffelse brukes behovsvurdering til:

- Å avklare fordeling av bestilling mellom egne helseforetak, avtalespesialister, sykehus med avtale og kjøpsavtale fra private ideelle og private kommersielle aktører.
- Å utvikle kravspesifikasjon for bestilling/kjøp fra private leverandører og gjennomføre kjøp av helsetjenester.
- Være en hjelp for prioritering innenfor gjeldende rammer, f.eks, mht hvilke målgruppe som skal prioriteres.
- Gjøre avveininger mht. hvilket innhold tjenestene skal ha og hvilken kvalitet som skal etterspørres

2.3 Utfordring

Vurdering av *behovet* for spesialisthelsetjenester må ses i sammenheng med *etterspørsel* etter tjenester. Behovet er relatert til hvordan sykdomsbyrden i en befolkning ser ut nå og hvordan det ser ut til å utvikle seg over tid. Behovet påvirkes av ulike demografiske aspekter inkludert kjønns- og aldersfordeling, økonomiske og sosiale ulikheter, etnisitet og befolkningsendring.

Mange faktorer påvirker etterspørsel etter tjenester – f.eks. oppslag i media, internasjonale trender og aktiviteter foretatt av de ulike involverte aktørene for å sikre sine egeninteresser. Blant annet kan høyspesialisert fagpersonell og kommersielle leverandører bidra til tilbudsstyrt etterspørsel, noe som kan fremme overdiagnostikk og overbehandling. Etterspørsel skapes også på grunn av unødvendig bruk av tjenester – for eksempel uhensiktsmessige henvisninger eller ved at retningslinjer i forhold til bruk av ulike tjenester ikke følges opp eller ikke finnes. Når en eksisterende og godt dimensjonert kapasitet overskrides, kan det få konsekvenser for kvalitet på helsetjenester, pasientsikkerhet og ventetider.

Medisinsk-teknologisk utvikling, indikasjonsglidning for undersøkelser, prosedyrer og operasjoner, samt oppgaveoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og mellom profesjoner kan også påvirke balansen mellom tilbud, etterspørsel og behov for tjenester. Videre kan økonomisk ramme og hva som er disponibelt innenfor gitte rammer påvirke muligheten for å ivareta behovet. Derfor vil det alltid inngå et element av prioritering i en behovsvurdering – hva er riktig og mulig å prioritere.

2.4 Rolle og ansvarsfordeling

Avdeling Kapasitet og tjenesteoppfølging i Medisin og helsefag har det overordnede ansvar for gjennomføring av anskaffelser. Den faglige "bestillerrollen" ligger også i Medisin og helsefag, men rollen kan være innehas av flere avdelinger. Rollen innebærer blant annet gjennomføring av behovs- og kapasitetsvurderinger som grunnlag for kjøpet og i utarbeidelse av det helsefaglige innholdet i en kravspesifikasjon.

2.5 Omfanget av behovsvurdering ved anskaffelser

I forbindelse med en ny anskaffelse må det gjennomføres en grundig behovsvurdering. Medisin og helsefag bør foreta en årlig overordnet gjennomgang av omfang/prioriteringer og for å se hvor stor grad budsjettprosessen og tidligere kjøp er styrende for omfang/økonomisk ramme. Kapasitet og tjenesteoppfølging gjør årlig en vurdering om en anskaffelse knyttet til nye områder bør gjennomføres eller om eksisterende avtaler bør avvikles, eventuelt nedjusteres.

Det må i tillegg foretas årlige behovsvurderinger innenfor alle fagområdene. Disse årlige behovsvurderingene brukes i forbindelse med utarbeidelse av nye årlige ytelsesavtaler. Omfanget av behovsvurderingen må vurderes innen det enkelte fagområdet. Der det foreligger løpende avtaler som er oversiktlige og der det er god kjennskap til den løpende utvikling, vil behovsvurderingen være relativt enkel.

Tabellen under viser ulike faktorer som gjør anskaffelser forskjellige.

En anskaffelse kan variere med hensyn til:

- Anskaffelsesform
- Formål:
 - Redusere ventetider
 - Kvalitetsmessige endringer, for eksempel sikret mer helhetlige tjenester
 - Øke geografisk tilgjengelighet
 - Helsepolitisk prioritering
- Tid til oppstart
- Betydning for pasient (type tjeneste, ventetid, alvorlighetsgrad av sykdom)
- Fagområde/faglige avhengigheter (f.eks. røntgen, patologi & kreft)
- Økonomisk størrelse
- Volum
- Geografisk område/sykehusområde
- Kontraktstype: løpende avtale, tidsavgrenset, avrop osv
- Oppgjørsform: akonto eller fakturering i etterkant
- Helsepolitisk føring/prioritering
- Type leverandør (private ideelle, kommersielle)
- Antall kategorier/tilbud/faglig kompleksitet

Tabell 1 – Faktorer

3 PROSESS

I tillegg til helt nye anskaffelser kan det også være aktuelt å forlenge, forandre eller utvide avtaler. I **alle** tilfeller skal en behovsvurdering foretas, men omfanget (mht datainnhenting, analyser og konsultasjonsrunder med eksterne aktører) er avhengig av hvilken kategori anskaffelsen tilhører.

Hver anskaffelse skal klassifiseres basert på omfang og kompleksitet:

- Grad 1 – lav kompleksitet og omfang*
- Grad 2 - mellomstor kompleksitet og omfang
- Grad 3 – stor kompleksitet og omfang

(* Grad 1 kan deles opp i 2 nivå; vanlig nivå og enkelt nivå – se [kapittel 3.2](#))

De fleste anskaffelsene vil befinne seg innenfor grad 1 og grad 2. Dette gjelder for nye anskaffelser og forlengelser av eksisterende avtaler. Grad 2 og grad 3 krever en mer omfattende behovsvurdering og forankring.

3.1 Hvem skal involveres i behovsvurderingsprosess

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å involvere ulike aktører i forskjellige faser av en behovsvurdering. Fra et faglig perspektiv er dette nødvendig for å sikre riktige og relevante prioriteringer, og for å kartlegge mulige ringvirkninger i sykehus og fagmiljøer. Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at det regionale helseforetaket skal sikre en bredere og bedre fundamentert prosess for involvering av konserntillitsvalgte og brukere i en behovsvurdering. I mange tilfeller er Helse Sør-Øst RHF avhengig av innspill fra andre grupper inkludert fagekspertter fra sykehusene, fagdirektørene, brukere og kommuner og fastleger. Helse Sør-Øst RHF ønsker brukermedvirkning i alle behovsvurderinger ved anskaffelser.

I prosessbeskrivelsen i kapittel 3.2 foreslås det når ulike aktører skal trekkes inn. Det kan være grunn til å trekke inn andre i ulike situasjoner avhengig av type og omfang av anskaffelse.

3.2 Prosessbeskrivelse for behovsvurdering

Avdeling Kapasitet og tjenesteoppfølging har ansvar for initiering av en behovsvurdering og behovsvurderingens gradering. Alle anskaffelser skal ha grad 1 behovsvurdering som et minimum beslutningsgrunnlag. I noen tilfeller vil en grad 1 vurdering kunne deles i 2 nivå – vanlig nivå og «enkelt» nivå. Enkelt nivå består kun av deler av datagrunnlag ([kapittel 3.3](#)) og prosessbeskrivelse ([kapittel 3.3.1](#)). Dette kan gjelde områder med begrenset omfang eller videreføring av gjeldende avtaler.

For en behovsvurdering kategorisert som grad 2 og 3 skal det nedsettes en faglig referansegruppe bestående av fagpersoner oppnevnt fra helseforetakene. Noen av disse bistår som rådgivere i hele anskaffelsesprosessen, også med hensyn til endelig utvalgelse og rådgivning i forbindelse med eventuell klage (forhandlings- og evalueringsgruppe). Ved initiering av hver anskaffelsesprosess skal arbeidsgruppen som har gjennomført grad 1 behovsvurdering i tillegg inkludere en vurdering av:

- Volum av tjenester
- Økonomisk ramme (både for anskaffelsen i seg selv, men også tilgjengelig økonomisk ramme)
- Kompleksitet (eventuell fag- eller markedsimplikasjoner)
Innhold i tjenestene

3.3 Datagrunnlag i en behovsvurdering

(Brukes som sjekklister der 0 = obligatorisk)

Tabell X: Datagrunnlag for behovsvurdering grad 1
• Historisk aktivitet - indikatorer - datakilder (0)
• Befolkningsframskriving - SSB (0)
• Ventetider (p.t.) (0)
• Fristbrudd (p.t.) (0)
• Kartlegging tilbud (0)
• Markedsvurdering - ledig/potensiell kapasitet (nasjonal benchmarking) (0)
• Risikovurdering (0)
Datagrunnlag for behovsvurdering grad 2 (i tillegg til grad 1)
• Fagmiljøets og kommunehelsetjeneste (fastlege, praksiskonsulent med mer) vurdering av fremtidig behov (framskriving/MTU, eksterne drivere) (0)
• Kvalitet i eksisterende tjenester (0)
• Indikasjonsglidning, tilbudsstyrt etterspørsel - uhensiktsmessige henvisninger
• Oppgavefordeling
• Produktivitet - HR, utnyttelse, alder på MTU
• Internasjonale forbrukstrender
Datagrunnlag for behovsvurdering grad 3 i tillegg til grad 1 og 2)
• Epidemiologisk /demografisk definert behov + framskriving
• Likeverdighetsanalyse i eksisterende tjenester (også kommunale tjenester)
• Kvalitet i eksisterende tjenester:
○ Pasientperspektiv
○ Samsvar med eventuelle retningslinjer
○ Internasjonal benchmarking
• Eksterne drivere

Tabell 2 – datagrunnlag for en behovsvurdering

3.3.1 Prosessbeskrivelse - grad 1

Medisin og helsefag orienterer ledergruppen (LG), fagdirektører, juridisk avdeling, konserntillitsvalgte (KTV) og brukerutvalg om at behovsvurdering initieres og hvem som er ansvarlig person for behovsvurderingen.

Det settes sammen en arbeidsgruppe bestående av representant(er) fra:

- Medisin og helsefag
- Økonomi/regnskap og rapportering
- 1-2 brukerrepresentant(er)
- Eksterne fagrådgivere oppnevnt av fagråd/fagdirektører

Enhet for samhandling kan delta med en representant om aktuelt.

Fagrådgivere skal ha god kjennskap til fagområdet og til det geografiske området behovsvurderingen gjelder. De bør også ha kjennskap til behovsvurdering/anskaffelsesprosess i Helse Sør-Øst. Fagrådgiverne kan komme fra en annen helseregion.

Arbeidsgruppen innhenter og analyserer overnevnte datagrunnlag. Det utformes et notat etter gjennomført grad 1 behovsvurdering med anbefaling for den videre prosess. Konkluderes det med at behov for en anskaffelse foreligger, skal en tilleggsvurdering av kriterier beskrevet i [kapittel 3.2](#) innarbeides i notatet.

Notatet må inneholde tilstrekkelig med opplysninger for å kunne utvikle en kravspesifikasjon for anbudsprosess. Notatet sendes fagråd, fagdirektører, brukerutvalg og KTV for innspill og deretter til LG for innspill og forankring.

3.3.2 Prosessbeskrivelse - grad 2

En faggruppe som består av arbeidsgruppen (grad 1) pluss eventuelle representanter fra helseforetak/sykehus, representanter fra kommunehelsetjenesten (praksiskonsulentordning, fastlege) etableres. Det er et ønske å etablere en fast gruppe med bredere representasjon slik at denne del av gruppen bygger opp kompetanse i arbeidet med anskaffelser og behovsvurdering.

Mandatet for faggruppen utvikles av arbeidsgruppen i det regionale helseforetaket. Ledergruppen, fagdirektører, fagråd/fagutvalg, KTV og brukerutvalg orienteres om videre prosess og bes, om nødvendig, å komme med forslag til aktuelle kandidater til faggruppen.

Ved første møte velger faggruppen leder. Medisin og helsefag utnevner sekretariatfunksjon. Problemstilling avklares/avgrenses og plan for videre arbeid utarbeides (omfang, oppgavefordeling og tidsplan). Planen godkjennes av fagdirektør.

Faggruppen innhenter tilleggsdata for [grad 2](#) - analyserer og lager et utkast til en behovsvurdering (rapport) med anbefaling mht anskaffelse og grunnlag for en kravspesifikasjon ved en anbudsrunde. Behovsvurderingen sendes på innspillrunde til aktuelt fagråd, fagdirektører og KTV, dersom disse ikke allerede er representert i faggruppen. Endelig versjon sendes LG for innspill, forankring og godkjenning.

3.3.3 Prosessbeskrivelse - grad 3

Som grad 2 men for anskaffelser av mer sammensatte tjenestetilbud og/eller med utvidet datainnhenting ([tabell 2](#)).

Fordi slike anskaffelser ofte vil berøre grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, uten klart definert ansvars- og arbeidsdeling, kan faggruppen ha behov for en annen kommunal representant enn fastlege (for eksempel kommunalsjef, pleie- og omsorgssjef).

Dersom faggruppen identifiserer behov for nye anskaffelser, skal dette beskrives og oversendes Medisin og helsefag.

Gitt et betydelig omfang eller stor politisk betydning av grad 3-anskaffelse, anbefales det at faggruppen presenterer vurderingen og foreløpige anbefalinger for brukerutvalg, KTV og fagdirektører for innspill før et utkast til en behovsvurdering lages. Første utkast sendes på innspill til KTV, brukerutvalg, fagdirektører, fagråd/fagutvalg (evt. andre relevante grupper).

Revidert rapport med anbefalinger (inkludert volum og økonomisk ramme for gitt anskaffelse) presenteres for LG. Rapporten oppdateres med innspill før eventuell ny behandling og forankring i LG.

4 PROSESSFLYT – BEHOVSVALDERING

