



Avtalepraksis

God tilgjengelighet til offentlige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet er viktig for den norske befolkningen. For personer med sammensatte eller kroniske lidelser som trenger hyppig oppfølging er kontinuitet i behandlingsapparatet en særlig viktig kvalitetsfaktor. Økning i etterspørsel og ventetid i sykehus tilsier at samfunnet vil ha behov for variert og effektiv ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten. Avtalepraksis som en fremtidsrettet del av spesialisthelsetjenesten bør utvikles fordi den nettopp svarer på det utfordringsbildet samfunnet står overfor. Ordningen gir pasientene god tilgang til spesialister, den er lite byråkratisk og velegnet for desentralisering.

Hovedutfordringen er å gi avtalepraksis tilsvarende ansvar og muligheter som sykehusene både når det gjelder prioriteringsvirkemidler og deltakelse i spesialistutdanning. Dette vil ytterligere styrke avtalepraksis og gjøre opprettelsen av nye hjemler til et attraktivt alternativ. Slike tilpasninger må ta hensyn til både at avtalespesialistene får tilstrekkelig selvstendighet og forutsigbarhet, og at de fortrinn som kjennetegner ordningen kan opprettholdes.

Legeforeningen mener at:

- Avtalespesialister er en viktig del av de regionale helseforetakenes lovfestede «sørge for»- ansvar. Avtalespesialistene må derfor integreres i systemet for helseforetakenes fristfastsetting, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kap 2.
- Dokumentasjon viser at avtalepraksis er en svært kostnadseffektiv helsetjeneste med god kontroll på de offentlige utgiftene.
- Det må satses ytterligere på pilotering av utdanning i avtalepraksis med et fast opplegg for dette innen 1. januar 2016 som siktemål.
- Det er behov for å sette dialog og samarbeid mellom avtalespesialist og helseforetak i system.
- Refusjoner gjennom folketrygden gir et stabilt og rettferdig finansieringsgrunnlag når pengene følger pasienten. Det er robust mot skiftende politiske prioriteringer og bør fortsatt være fundamentet i aktivtetsfinansieringen. Det bør utredes om innsatsstyrt finansiering (ISF) kan tas i bruk for å finansiere utvalgte prosedyrer.
- Forutsigbare rammevilkår er avgjørende for evne og vilje til de langsiktige investeringer som er nødvendig for høy kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlingen.

Bakgrunn

Regjeringen har tatt initiativ til videreutvikling av ordningen med avtalepraksis. Målet med prosessen er opprettelse av flere hjemler. Legeforeningen har arbeidet for en slik utvikling gjennom en årrekke. Det er avgjørende at virkemidlene understøtter målet.

Prioritering

Avtalespesialistene er en del av det samlede offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet. Legeforeningen har tatt til orde for at avtalespesialistene også bør bli en del av systemet med fristfastsetting, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kap 2. Det vil gi like pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten. En ordning for dette må utarbeides i dialog mellom partene (staten, de regionale helseforetakene, Legeforeningen). Det bør arbeides for en pilotering allerede i 2015.

Finansiering

Siden 2006 og under ulike regjeringer har Helse- og omsorgsdepartementet arbeidet for en omlegging av finansieringsordningen over mot innsatsstyrt finansiering. Formålet er å gi de regionale helseforetakene større styring med midlene, og dermed et insentiv for økt bruk av avtalespesialister. Regjeringen ønsker å lage en ordning som står seg mot skiftende politiske vinder hva angår satsing på private aktørers bidrag til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen er enig i mål, men ikke virkemiddelbruk. En slik omlegging vil de facto gi mindre motstandsdyktighet mot endrede politiske prioriteringer enn dagens ordning. På sikt vil resultatet vel så gjerne kunne bli nedbygging som oppbygging av avtalepraksis.

Dagens finansieringsordning er basert på driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. At hoveddelen av finansieringen går gjennom folketrygden innebærer at pengene følger pasientene. Dette er en ordning med god kostnadskontroll som er motstandsdyktig mot skiftende politiske og økonomiske prioriteringer. Folketrygdfinansieringen bør derfor beholdes. Men det har vært en utfordring å skaffe rom for finansiering av nye oppgaver. Dette skyldes ikke bare folketrygdfinansieringen og Finansdepartementets behov for kontroll med disse utgiftene, men også en tilbakeholdenhet fra de regionale helseforetakenes/statens side for å ta aktivt i bruk de mulighetene ordningen gir gjennom årlige forhandlinger.

Legeforeningen mener det er grunn til å drøfte behovet for å kunne finansiere bestemte prosedyrer over ISF etter fremforhandlede satser. Dette må ses i sammenheng med K-takstsystemet. Det er behov for å innrette finansieringen slik at bl.a. aktivitetstopper og avvikling av køer kan tas unna i større grad enn det dagens system gir mulighet for.

Forutsigbarhet og langsiktighet

Forutsetningen for en vellykket ordning er et robust avtale- og regelverk som sikrer en god balanse mellom behovet for forutsigbarhet og behovet for fleksibilitet. Regelverket må understøtte næringsvirksomhet som driftsform, samt målet om å beholde en effektiv og ubyråkratisk virksomhet med kvalitet og pasientbehandling i fokus. Legeforeningen mener at økning av midlertidige og tidsbegrensede avtaler vil bidra til å svekke ordningen.

Forskning viser at det å etablere seg som næringsdrivende oppleves som et stort karrieremessig valg. Om rammene for virksomheten man skal starte er utrygge, påvirker dette viljen til å satse. Vi ønsker at rammebetingelsene skal være trygge nok til at dyktige spesialister skal kunne treffe dette valget. Tidsbegrensning vil representere et vesentlig hinder. Midlertidighet vil også redusere motivasjonen til å investere i utstyr, personell og systemer og vil dermed gå utover kvaliteten i tilbudet. Hovedregelen må derfor være løpende avtaler uten tidsbegrensning.

Rammeavtalen åpner for spesielle tiltak når særskilte behov oppstår, som for eksempel lange behandlingsskøer. Til nå har denne muligheten vært lite brukt. Kriterier og prosess knyttet til denne unntaksadgangen kan revurderes.

Samarbeid

Legeforeningen ønsker å utvikle og legge til rette for økt samarbeid mellom avtalespesialister, helseforetak og regionale helseforetak. Dette vil bidra til økt forståelse mellom partene og bedre det samlede helsetjenestebehovet i de enkelte regioner. Forutsatt likeverdighet i avtaleforholdet, kan samarbeidsavtaler blant annet regulere fordeling av pasientstrømmer,

samarbeid om fristpasienter og faglige møteplasser, mv.

Effektivitet

Det har vært en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten fra 2009-2013. I somatisk sektor er økningen 11 %, innen psykisk helsevern for voksne 19 %. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling var veksten på hele 50 %. Den totale økningen tilsvarer mer enn 430 000 konsultasjoner. I 2012 sank imidlertid avtalespesialistenes andel av polikliniske konsultasjoner. Dette skyldes at antall avtalespesialister er uforandret selv om befolkningen har økt. Seks av ti personer på 70 år og over hadde i 2011 kontakt med somatiske sykehus. I 2011 ble en av tre sykehuskroner brukt på eldre. Ifølge SSB¹ vil gruppen på 67 år eller eldre omtrent fordobles frem mot 2050. Legeforeningen mener det er nødvendig med en plan for hvordan fremtidens behov skal imøtekommes. Prognosene om en betydelig behovsøkning for helsetjenester bør ligge til grunn for vurderinger av hvilke helsetjenester som må gjøres i sykehusene og hvilke tjenester som bør gjøres utenfor. Behovet for å bevare og å videreutvikle fagkompetanse må inngå i vurderingene.

Avtalespesialistene er en betydelig og kostnadseffektiv ressurs. I 2011 ble omlag 1/3 av de polikliniske konsultasjonene innen somatiske og voksenpsykiatriske fagområder utført av avtalespesialister. I 2013 ble 1,8 millioner spesialistkontakter utført av avtalespesialister.

Utdanning

Etter forslag fra Legeforeningen godkjente Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 at inntil seks måneder av spesialistutdanningen kunne gjennomføres i avtalepraksis. Bakgrunnen for Legeforeningens forslag var at mye av diagnostisering og behandling innen enkelte spesialiteter er flyttet fra sykehus til avtalespesialister. Våren 2014 ble første pilotprosjekt gjennomført. Dette var vellykket, men det er behov for ytterligere satsing og evaluering. Siktemålet må være en permanent ordning fra 1. januar 2016.

Kvalitet

Avtalespesialistene leder små medisinske enheter med personalansvar og ansvar for internkontroll og HMS. Flere spesialistpraksiser er ISO-sertifisert som bekrefter høy standard i forholdet til myndigheter og kunder. Praktiserende spesialisters landsforening (PSL) er deleier i den nyopprettede Senter for kvalitet i Legeforeningen (SKIL) som arbeider for å sikre og å høyne kvaliteten både i drift og fag for allmennleger og avtalespesialister.

Avtalespesialistene er i all hovedsak erfarne spesialister med minst ti års tjeneste etter ferdig godkjenning før etablering i egen praksis. Det er svært få klager til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) vedrørende praktiserende spesialister².

Avdeling for jus og arbeidsliv

¹ SSB befolkningsfremskrivningens mellomalternativ

² Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for privat helsetjeneste.
http://npe.no/Documents/Rapporter/rapport_2014_web.pdf