



Representantforslag 139 S

(2012–2013)

fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Sylvi Graham og Ingjerd Schou

Dokument 8:139 S (2012–2013)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Bent Høie, Sonja Irene Sjøli, Sylvi Graham og Ingjerd Schou om bedre tilgjengelighet og reduserte helsekøer ved å øke antallet avtalespesialister

Til Stortinget

Bakgrunn

Privatpraktiserende spesialister med avtaler med det offentlige, såkalte avtalespesialister, har lenge vært et viktig, men ikke tilstrekkelig anerkjent, element i spesialisthelsetjenesten. De er organisert utenfor de offentlige sykehusene, men har avtaler om refusjon med det offentlige, og drives i mindre og uavhengige praksiser.

Det har lenge vært stillstand i antall avtalehjemler, selv om antallet legestillinger i spesialisthelsetjenesten for øvrig har økt kraftig.

Per 31. desember 2012 stod 262 295 pasienter i helsekø. Mange venter på polikliniske konsultasjoner for enkle lidelser. Mange av dem kan altså behandles utenfor sykehusene. Privatpraktiserende spesialister kan her spille en sentral rolle med å levere kvalitativt gode helsetjenester til pasientene på vegne av det offentlige, men raskere enn sykehusene selv klarer. Flere avtalespesialister og bedre utnyttelse av dagens tilbud vil være et viktig bidrag til reduserte helsekøer.

Fremtidens utfordringer på helsefeltet gjør at man må se på hvordan tjenesten kan organiseres bedre og smartere. I fremtiden vil det, grunnet både demografisk, organisatorisk, medisinsk og økonomisk utvikling, bli behov for mer helsetjenester. Det gjelder for øvrig både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Skal det norske velferdssamfunnet takle utfordringene dette

medfører godt nok, må man vise vilje til å tenke nytt. Legeforeningen har tidligere brukt tall fra SINTEF, som viser at behovet for polikliniske konsultasjoner vil øke med mellom 35 og 50 pst. frem mot 2020. Medisinsk utvikling vil også kunne bidra til at flere sykdommer kan behandles dagkirurgisk eller poliklinisk, også utenfor sykehus. Dette er et viktig område hvor man bør se på organiseringen av tilbudene.

Forslagsstillerne mener det er behov for å utarbeide en mer helhetlig og langsiktig strategi for avtalespesialistenes rolle i norsk helsevesen. Den må ta for seg både rekruttering, kvalitetsutvikling og ansvarsdeling med det øvrige helsetilbudet. Imidlertid er det flere tiltak som bør iverksettes raskere, bl.a. å utvide antallet fastlegehjemler.

Hindre todeling i helsevesenet

Mye er bra i norsk helsevesen, ikke minst at man har et sterkt og offentlig finansiert system som skal sikre alle hjelp uavhengig av økonomisk betalingsevne. Imidlertid har for lang ventetid utfordret dette. Lang ventetid har vært medvirkende til at flere mennesker enn noen gang benytter seg av helseforsikringer.

Forslagsstillerne frykter en gradvis utvikling i retning av et mer todelt helsevesen, og mener en nøkkel for å hindre dette er et tettere og smartere samarbeid mellom private aktører og det offentlige. For forslagsstillerne er det viktig at pasientene får god behandling når de trenger det, ikke *hvor* de får behandling som er det viktigste. Det er kvaliteten, og at det offentlige sikrer solidaritetselementet i finansieringen, som er det sentrale. Enkelte personer uttrykker iblant bekymring over at private aktører i det hele tatt skal få rom til å gi pasientene hjelp på det offentliges regning. I denne sammenheng vil imidlertid forslagsstillerne sitere tidligere helseminister Tore Tønne, som har uttalt følgende:

«Det er ingen motsetning mellom offentlig ansvar og bruk av både offentlige og private aktører. Mitt ansvar er å sørge for gode og effektive helsetjenester.» (Legekunsten nr. 4/00).

I dette arbeidet spiller avtalespesialistene en viktig rolle, som ikke gis den oppmerksomhet de fortjener.

Effektive avtalespesialister

Det har gått en debatt om hvorvidt Norge bruker mye eller middels med ressurser på helsetjenester sammenlignet med andre land. Imidlertid kan man uten å gå inn i detaljene i denne debatten, kunne enes om at det er behov for å se på *hvordan* ressursene brukes – og hvordan de kan brukes smartere (Melberg 2012).

Avtalespesialistene er effektive og utfører et stort arbeid. I somatiske fag utfører de en tredel av alle polikliniske konsultasjoner. Avtalepsykiatere og avtalepsykologer samlet utfører en fjerdedel av alle polikliniske konsultasjoner. SINTEFs rapporter fra 1996 og 2000, om hhv. psykiatri, øre-nese-hals, øye og indremedisin, svarer klart at avtalespesialistene er betydelig mer effektive enn de offentlige poliklinikkene. Rapporten fra 2000 viste lavere kostnad per konsultasjon, at private utgjør en stor del av tjenestetilbudet og at pasientgrunnlaget er nokså likt hos de private og de offentlige poliklinikkene. Disse rapportene har også vært viktige for å synliggjøre den vesentlige rollen avtalespesialister kan spille når de får rom.

Det har våren 2013 gått en debatt hos Dagens Medisin om sammenligninger mellom offentlige og private legers effektivitet i polikliniske konsultasjoner. Det er mangel på tall som gir grunnlag for helt direkte sammenligninger, og det må tas hensyn til at offentlige sykehus også driver med andre viktige oppgaver – som forskning, utdanning, akuttmedisin m.m.

Men som siviløkonom og rådgiver i Legeforeningen, Per Alm Kruse, har påpekt, inntil bedre data foreligger er de beste som foreligger SINTEF Helse og SAMDATAs produktivitetsanalyser fra midten av 2000-tallet. Denne effektiviteten er en viktig grunn til at avtalespesialistene kan bidra til en kostnads-effektiv reduksjon av helsekøene. Det er behov for å se på deres arbeid som en integrert del av helsetjenesten, som utnytter deres egenart og fortrinn, og ikke kun som et supplement til det offentlige. Få klagesaker viser også at avtalespesialistene leverer god kvalitet. Foreliggende tall har vist at dette ikke kan avfeies med at avtalespesialistene har enklere pasientgrupper enn sykehusene – se data fra SAMDATA 2005, Nav 2006, samt Helse Midt-Norge RHF's rapport *Kritisk, Kompetent, Konstruktiv*, med data fra 2005–2006.

Det er rom for å diskutere nøyaktig *hva* som ligger bak disse gode resultatene – der mekanismer som nevnes er at det er små praksiser, element av konkur-

ranse, hensiktsmessige insentivstrukturer, legenes erfaring, klinikkenes spesialisering, dynamikker knyttet til privat organisering eller poliklinikkens uavhengighet fra sykehusenes øvrige oppgaver og organisering. Det kan også ha noe med å gjøre at mange avtalespesialister er erfarne spesialister med langvarig oppbygning av kompetanse fra og erfaring i sykehus, med ønske om å arbeide bedre på egenhånd. Med all sannsynlighet er alle elementene medvirkende i større eller mindre grad, men det sentrale er imidlertid det dokumenterte helhetsresultatet: god og effektiv drift.

For god samhandling

De utfører også et arbeid som kan sees i lys av samhandlingsreformens visjoner om et helsevesen nærmere der pasientene er. Avtalespesialistene representerer nærhet til pasientene og kontinuitet i oppfølging. Dette kan være medvirkende til at de ofte har færre konsultasjoner per pasient enn hva de offentlige poliklinikkene har.

Mange avtalespesialister arbeider med kronikere over lang tid – som for eksempel pasienter med psoriasis, MS eller psykiske lidelser. Andre følger opp personer som i kortere, intense perioder har behov for gjentatte konsultasjoner. Å gi mer rom for avtalespesialister kan således muligens bidra til å spare sykehusene for unødvendige og dyre innleggelser – om de gir et godt og tilgjengelig tilbud til pasienter. I tillegg kan rask tilgang til avtalespesialister også kunne bidra til raskere diagnostikk, som i flere tilfeller kan tenkes å forebygge sykehusinnleggelser om det leder til raskere intervensjoner.

Flere avtalehjemler

I 1998 var det 6 665 spesialistårverk i sykehus. I 2011 hadde dette økt til 9 797, en økning på nærmere 50 pst. For avtalespesialister har det vært nærmest stillstand. I 1998 var tallet 727, mens det for 2011 var 733 – en økning på under 1 pst.

Det har blitt sendt flere uformelle politiske signaler til de regionale helseforetakene om å opprette flere avtalehjemler. Foretakene har imidlertid ikke følt seg forpliktet til å gjøre dette, og har derfor heller ikke gjort det. Forslagsstillerne mener dette også må sees i lys av utfordringene med dagens foretaksorganisering, der de regionale helseforetakene gir en «bukken og havresekken-situasjon». Det gjør at de lett prioriterer sine egne helseforetak, på bekostning av pasientene, gjennom å begrense kapasitetsutnyttelsen hos private aktører – noe som for øvrig også ble påpekt i professor Terje P. Hagens rapport for Helse- og omsorgsdepartementet våren 2013 (kilde).

Flere hjemler er nødvendige, ikke minst for å sikre at det faktisk rekrutteres nye spesialister til viktige oppgaver. Skal stillinger besettes, må det være trygg-

het for at det er arbeid å gå til blant dem man forventer skal ønske utdanningen.

I Legekunstens utgave nr. 1/2010 tok daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen til orde for å bruke avtalespesialistene mer. Under Legeforeningens landsstyremøte 26. mai 2010 lovet statsråd Strøm-Erichsen at departementet «ser på» antall avtalespesialister som regjeringen ønsket. Hun uttalte:

«Nå har jeg lært en masse. Dere er effektive og dere kan hjelpe oss med å få ned ventetiden.» (Se Legekunsten nr. 3/10: 14–15).

Forslagsstillerne etterlyser et signal fra departementet om hva som har kommet ut av deres arbeid med å «se på» dette.

Verdien av mangfold

Forslagsstillerne mener avtalespesialistene er en viktig del av helsevesenet som staten regulerer og gjør det mulig for pasientene å få behandling av. For forslagsstillerne er det viktig å se verdien av mangfold i velferdstilbudet, både for å sikre smartere organisering, konkurransedynamikker og mer åpenhet og valgfrihet for pasientene. Avtalespesialistene tilfører helsetjenesten et nødvendig mangfold, innenfor et offentlig finansiert helsevesen.

Åpne helsevesenet

Pasientrollen er i endring. Selv om helsevesenet ikke er organisert som et marked, har forbrukertenkningen i større grad vist seg å prege folks forhold til offentlige velferdstilbud som dette. Det innebærer utfordringer og tilpasningsbehov, men er også positivt. Det handler om at pasientene får mer makt, blir mer kvalitetsbevisste og mer informerte. De ønsker mer kunnskap om tjenestene de tilbys, og det fordrer at også politikere får mer data.

Forslagsstillerne ønsker åpenhet i helsevesenet. Det innebærer også at det utarbeides flere kvalitetsindikatorer, og at viktige resultatmål blir kontrollert og pasienters opplevelser kommer tydeligere frem. Måling og rapportering må ikke bli en byrde, men et ledd i kvalitetsarbeidet i hele helsetjenesten – målet er resultater, ikke byråkratisering. I den sammenheng er det også behov for bedre informasjon om avtalespesialistenes arbeid. Forslagsstillerne mener det er behov for å få frem ventelistetall, kvalitets- og utfallsmål og informasjon om spesialiserte områder. Det vil hjelpe både pasienter selv og deres fastleger å kunne velge blant spesialister – og dermed stimulere til bedre kvalitet.

Bedre finansieringsordning for avtalespesialister

For forslagsstillerne er det viktig at avtalespesialistene blir mer reelt likestilte med de offentlige poli-

klinikkene – uten at det går på bekostning av den selvstendighet og det som er godt og unikt med avtalespesialistenes rolle.

Forbedring i finansieringsordningen av avtalespesialister har tidligere vist seg å ha betydelig effekt på ventetid og ventelister. Etter opprettelsen av k-takster for kataraktoperasjoner i 1999, se forslag i Innst. S. nr. 179 (1998–1999), gikk ventetiden for grå stær (katarakt) fra 9,2 måneder i 1998 til 3,7 måneder i 2002, samtidig som de offentlige sykehusene i samme periode nesten ikke hadde noen endring i sin aktivitet på området. De private øyелеgene opererte 16 823 katarakter i 2002, imot 4 710 i 1998.

Forslagsstillerne mener derfor at det er behov for å utvide og forbedre finansieringen for avtalespesialistene mer på linje med de offentlige poliklinikkene. Først da vil det legges til rette for at man får full effekt og virkelig utnytter denne ressursen for det norske helsevesenet.

Det er også viktig å sikre seg bedre kvalitet på sammenlignbare aktivitetsdata fra både avtalespesialistene og de offentlige poliklinikkene. Dette kan gjøres ved å modernisere normaltariiffen og videreføre denne til også å omfatte flere k-takster og andre prosedyretakster slik at avtalespesialistenes behandlingstilbud blir like omfattende som de er på de offentlige poliklinikkene og dagkirurgiske tilbud. En annen modell vil være å bygge på DRG-systemet som i offentlige poliklinikker. En utvidelse og forbedring av finansieringssystemet må gjøres i samarbeid med Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL).

Utdanningsstillinger

Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling foreslo allerede i 2001 et utdanningstilskudd for å stimulere til utdanning av spesialister i spesialistpraksis. I 2004 ga rådet sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet at tjeneste i avtalepraksis kan godkjennes som ledd i spesialistutdanningen. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling har ivret for en ordning som gjør at leger i spesialistutdanning kan få veiledet tjeneste i spesialistpraksis, som del av praksiskravet for spesialistutdanningen. Det slo rådsleder Borghild Roald fast i Legekunsten nr. 3/10.

En skisse for modell for «Spesialistutdanning i avtalepraksis – økonomiske og administrative konsekvenser» ble sendt fra Den norske legeforening til Helse- og omsorgsdepartementet 17. januar 2008.

Vurdering av henvisning og tildeling av individuell tidsfrist for behandling

Skal avtalespesialistene øke i omfang og bli en mer sentral del av spesialisthelsetjenesten, bør også avtalespesialister kunne være første instans for vurdering av henvisning fra fastlegene, få plikt til å svare

pasienten innen 10 dager, tildele time for undersøkelse/behandling og fastsette individuell medisinsk tidsfrist for behandling. Dette omtales i Prop. 118 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. En slik utvidelse av rettigheter og plikter vil være riktig og hensiktsmessig for pasientene. Det vil også gi mindre byråkrati. Det krever imidlertid at helseforetakene som har ansvaret, har mulighet til å sikre seg at avtalespesialistene bruker samme prioriteringskriterier som foretakene og forholder seg til de samme faglige retningslinjene. En slik endring må derfor komme som en følge av en videreutvikling av avtalene mellom avtalespesialistene og helseforetakene. Det arbeidet bør igangsettes umiddelbart, slik at avtalespesialistene kan omfattes av ordningene når lovendringene som er foreslått i Prop. 118 L (2012–2013), trer i kraft.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen om at det utarbeides en strategi for å øke antallet hjemler for avtalespesialister. Den skal ta utgangspunkt i fremtidige behov og en fornuftig arbeidsdeling.
2. Stortinget ber regjeringen iverksette anbefalingene om at leger i spesialistutdanning kan få veiledet tjeneste i avtalespesialistpraksis.
3. Stortinget ber regjeringen igangsette et arbeid med å utvide og forbedre finansieringssystemet for avtalespesialistene.
4. Stortinget ber regjeringen igangsette de nødvendige forberedelsene til at avtalespesialister kan vurdere henvisninger og fastsette individuell tidsfrist for behandling og undersøkelse.

20. juni 2013