

Avtalespesialister i helsevesenet

Innledning

Antallet nordmenn som står i helsekø, har økt fra 106 000 i 1986 til 278 000 i 2014.¹ De aller fleste av dagens pasienter venter på poliklinisk/dagkirurgisk behandling, det vil si behandling som ikke krever sykehusinnleggelse, og som følgelig kan utføres, ikke bare på sykehusenes poliklinikker, men også i private spesialistpraksiser utenfor sykehusene. Dagens tilbud innen spesialisthelsetjenesten er imidlertid ikke styrt av pasientenes behov. Tilbudet til pasientene er snarere styrt av "systemet" og blir effektivert av de fire regionale (statlige) helseforetakene.

Et av hovedproblemene for avtalespesialistene er at de i det alt vesentlige ikke har takster for dagkirurgiske inngrep og at en del av takstene de får refundert ikke er regningssvarende. Dette gjelder særlig de dagkirurgiske takstene.² Til tross for at moderne medisinsk-teknologisk utvikling har gjort det mulig å gjennomføre stadig flere operasjoner og inngrep dagkirurgisk, uten at pasienten må legges inn på sykehus, er det fremdeles sykehusene som i stor grad gjennomfører dagkirurgiske inngrep.

En annen utfordring i dagens helsevesen er at det er for få avtalespesialister. Det har vært en marginal økning i antall avtalehjemler for spesialister de siste 17 årene, selv om det er bevist at private avtalepraksiser kan gjøre samme jobb som sykehusenes poliklinikker til en langt lavere kostnad.

Dette notatet argumenterer for få behandlingstakstene og de dagkirurgiske operasjonstakstene til avtalespesialistene opp på nivå tilnærmet takstene til sykehusenes poliklinikker, samt å øke antallet avtalehjemler i privatdrevet praksis. Disse tiltakene vil etter hvert kunne føre til en omfattende nedbygging av helsekøene og en betydelig kostnadseffektivisering i spesialisthelsetjenesten.

Status i helsetjenesten

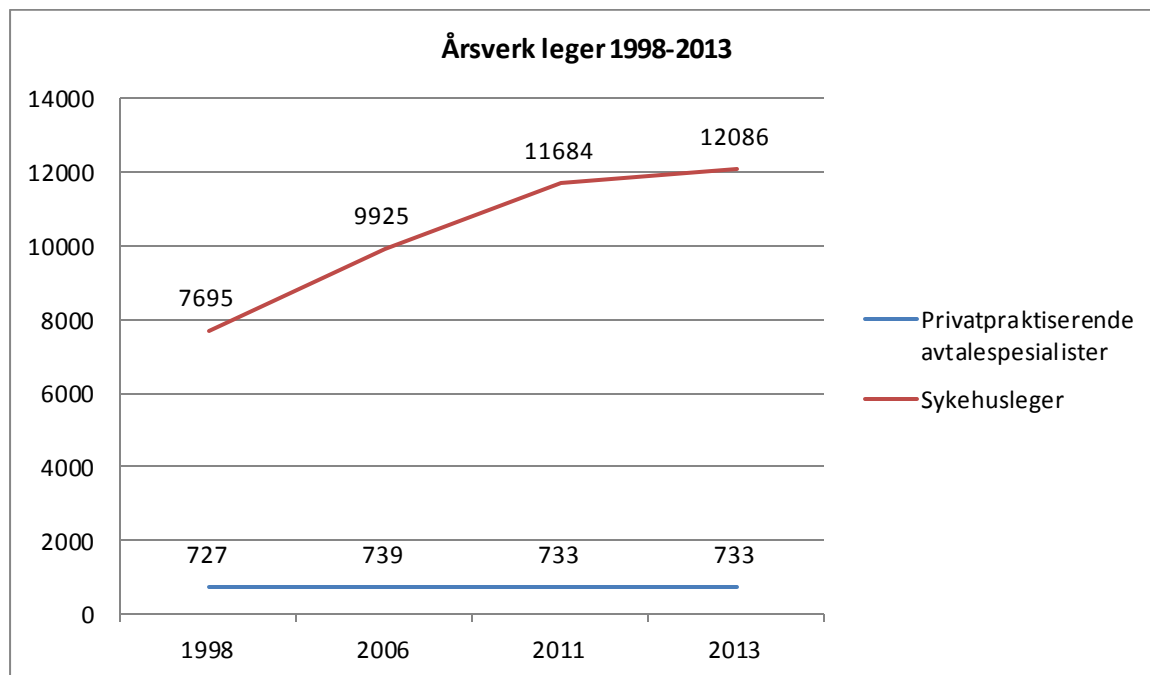
Helsetjenesten i Norge er delt mellom to forvaltningsnivåer – kommune og stat. Kommunen skal tilby primærhelsetjenester og har ansvaret for allmennlegetilbudet gjennom fastlegeordningen. Staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten gjennom sine regionale helseforetak.

I dag er det fire regionale helseforetak (RHF); Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt RHF og Helse Nord RHF. Disse har det såkalte "sørge-for-ansvaret" for spesialistbehandlingen. De har, i tillegg til egne sykehus, avtaler med både private ideelle sykehus, private ideelle og kommersielle institusjoner og avtalespesialister som driver egne praksiser. Det er RHF'ene som fastsetter hvordan de ønsker å fordele tjenesteytingen mellom sine underliggende sykehus, institusjoner og klinikker. Denne arbeidsdelingen kan altså endres på kort tid.

I Norge finnes det to offentlig finansierte spesialistlegegrupper; sykehusleger, som er tilknyttet sykehusene; og avtalespesialister, som praktiserer privat. Tidligere var det naturlig at den største delen av spesialistene var tilknyttet sykehusene. I dag har den medisinsk-teknologiske utviklingen gjort det mulig å behandle stadig flere sykdommer poliklinisk eller dagkirurgisk, noe som ikke krever at pasienter legges inn på sykehus.

Denne skjevheten i hvor spesialistene er ansatt har imidlertid vedvart (se graf under), selv om 96 prosent av dem som står i helsekø i dag, venter på poliklinisk behandling eller dagkirurgi.³

Til tross for at avtalespesialistene kan gjennomføre disse behandlingene til en langt lavere kostnad enn sykehusenes poliklinikker kan, har antallet årsverk for avtalespesialister kun økt fra 727 til 733 mellom 1998 og 2013. I samme periode har antallet årsverk for sykehusleger økt fra 7 695 til 12 086. Utviklingen kan sees i grafen under.



Kilde: SSB/Helsedirektoratet 2013, merk at tallene for legeårsverk inkluderer spesialister i somatikk og psykiatri, gjelder både sykehusleger og privatpraktiserende avtalespesialister.

Takstsystemet i spesialisthelsetjenesten

Behandlingstakstene de privatpraktiserende avtalespesialistene får av det offentlige, fastsettes i den såkalte *Normaltariffen*. Denne reforhandles årlig i samtaler mellom staten og Den norske legeforening, men spillerommet i forhandlingene synes å være forsvinnende lite. Den norske legeforening har fremmet forslag om endring i de dagkirurgiske takstene for avtalespesialistene, men dette har ikke resultert i noen endringer av betydning.

Tidligere underdirektør i Arbeids- og sosialdepartementet, Roger Nordhagen, har deltatt i forhandlingene om Normaltariffen fra 1979 til 2005. I et intervju med tidsskriftet *Legekunsten* (nr. 3/2005) bekrefter han at det sjelden skjer noe nytt i disse forhandlingene:

Vi er satt til å forhandle statsavtalen om Normaltariffen for allmennleger og privatpraktiserende avtalespesialister. Når det gjelder spesialistene, omfatter dette takster og driftstilskudd. Det er åpenbart at et slikt takstsystem er konservativt. Men det er og bør være vanskelig å få inn nye takster. Det er jo ikke alt som er levedyktig. Dessuten må prosedyrene for nye takster være akseptert og utprøvd. Det er sjelden vi kommer med nye ting.⁴

Den offentlige refusjonen som avtalespesialistene mottar, er, for en del av behandlingene, langt mindre enn hva det koster å gjennomføre behandlingen. Eksempelvis får en avtalespesialist refundert 2 000 kroner ved en operasjon av skjev stortå, mens offentlige sykehus får 15 175 kroner

for samme behandling. Et utdrag av takstene i Normaltariffen sammenlignet med sykehustakstene (50 prosent DRG) kan sees i tabellen under.

	Normaltariffen	Sykehus (50 % DRG)
Forhudsoperasjoner	kr 680	kr 4 177
Poliklinisk operasjon på skjev penis	kr 0	kr 5 932
Operasjon på scrotalinnhold ved godartet sykdom	kr 0	kr 6 523
Variceoperasjon	kr 650	kr 7 172
Poliklinisk brokkoperasjon	kr 2 000	kr 10 531
Poliklinisk operasjon på urinblære	kr 0	kr 6 571
Cystoscopi	kr 650	kr 684
Fjerning av korsbånd	kr 0	kr 8 147
Skjev stortå (Hallus Valgus)	kr 2 000	kr 15 175
Mortons tå	kr 450	kr 19 404
Senelidelse fot	kr 2 000	kr 7 940
Fjerning av metall etter fotbrudd	kr 325	kr 6 095
Katarakt (øyeoperasjoner)	kr 6 400	kr 7 172

Merk: Sykehusenes DRG er i tabellen 50 prosent som er det de mottar direkte for hver operasjon. I tillegg får sykehusene dekket de andre 50 prosentene gjennom rammefinansiering.

Når det gjelder takstene i tabellen, er det viktig å presisere at betegnelsen DRG som betyr Diagnose Relaterte Grupper er et system - opprinnelig utviklet i USA - for å beregne kostnad for de ulike prosedyrene. DRG-systemet brukes ved norske sykehus. Sykehusene får utbetalt en viss prosent DRG (har variert fra 40% til 60%) i direkte stykkpris og resten som rammetilskudd (rammefinansiering).⁵ 100 prosent DRG er den beregnede kostnaden for en operasjon. Avtalespesialistene mottar takster i Normaltariffen som er langt lavere enn DRG-takster.

Et hederlig unntak er takstene for behandling av grå stær, såkalte kataraktoperasjoner. Her ble takstene for avtalespesialister i 1999 hevet til å bli regningsvarende, det vil si at den offentlige refusjonen er høy nok til å dekke kostnadene ved operasjonen. I dag er takstene for kataraktoperasjoner 6400 kroner for avtalespesialister, mot 7 172 kroner for offentlige sykehus.

Denne økningen ble vedtatt av Bondevik I-regjeringen i 1999, etter forslag fra daværende leder i Stortingets helse- og omsorgskomiteé, John Alvheim (FrP). Helseminister Dagfinn Høybråten (KrF) bevilget 15 millioner kroner til å sørge for at avtalespesialistene fikk regningsvarende takster for disse operasjonene. I kapittelet under skal vi se på effektene av denne beslutningen.

Den medisinsktekniske utviklingen har gjort det mulig å operere mer og mer uten anestesi og innleggelse. Dersom man skal øke antall avtalespesialister ved å få sykehuslegene til å søke seg ut i praksis, er det derfor nødvendig å få flere kirurgitakster (såkalte K-takster) inn i Normaltariffen.

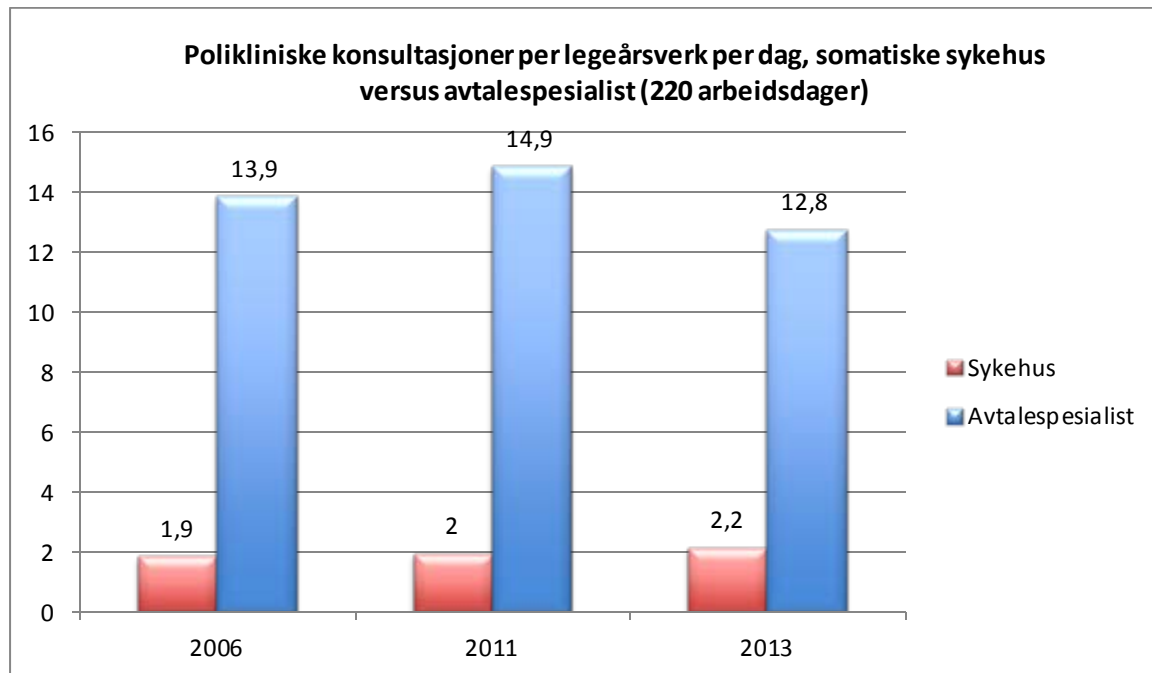
Effekten av økte takster

Økningen av K-takstene for grå stær-operasjoner er et eksempel på hva som skjer når det ikke lenger blir ulønnsomt for avtalespesialister å utføre en bestemt type behandling.

Fra K-takstene ble innført i 1999 og frem til 2005, økte avtalespesialistene, som drev med grå stær-operasjoner (kataraktoperasjoner), sin operasjonskapasitet fra 4 760 til 18 573 operasjoner pr år. På sykehusenes poliklinikker ble det utført 20 746 operasjoner i 2005, mot 21 966 operasjoner i 1998.

Dette viser at det å gi avtalespesialistene regningssvarende takster for behandlinger er en god måte å avlaste helsekøene på. Kortere helsekøer sparer mange for unødige lidelser, samtidig som det har en samfunnsøkonomisk gunstig effekt gjennom færre og lavere trygdeutbetalinger.

Den største potensielle gevinsten ligger imidlertid i effektivitetsforskjellen mellom avtalespesialistene og sykehusenes poliklinikker. Effekten av prisøkningen for avtalespesialistene på grå stær-operasjoner er allerede beskrevet, og det finnes ingen grunn til å tro at det vil være vesentlig annerledes for andre typer polikliniske operasjoner. Diagrammet under viser forskjellen i antall konsultasjoner per legeårsverk mellom avtalespesialister og sykehusleger. Polikliniske konsultasjoner og dagkirurgiske operasjoner er riktignok ulike ting, men diagrammet gir likevel et bilde av produktivitetsforskjellen.



Kilde: SSB / Helsedirektoratet 2014.

To SINTEF-rapporter underbygger også dette. Den ene, "Psykiatrisk poliklinisk virksomhet – en sammenligning av offentlig og privat praksis" fra 1996, slår fast at private psykiatere har tre ganger så mange pasienttimer årlig, og at hver pasienttime er to til tre ganger billigere enn i det offentlige.

Den andre, "Private spesialister og offentlig helsevesen – pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og på poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene indremedisin, øre-nese-hals og øye" kom i 2000. Den slår fast at seks private øyeleger utfører 60 prosent flere konsultasjoner enn øyepoliklinikken på Regionsykehuset i Trondheim (RiT), og at fire private øre-nese-hals-legger utfører 40 prosent flere konsultasjoner enn ØNH-poliklinikken på RiT. I tillegg er kostnadene lavere hos de private.

Et skift fra offentlig til privat

En heving av operasjonstakstene til regningssvarende nivå vil riktignok representere en midlertidig økt kostnad. Ifølge Roger Nordhagen har utgiftene knyttet til K-takstene økt fra opprinnelige 15 mill. kroner i 1999 til 160 mill. kroner i 2005.⁶

Det som veier opp for kostnadene ved de økte takstene er at de fører til et skift fra at pasienter mottar kostbare behandlinger på sykehusenes poliklinikker, til at de mottar samme behandling hos

kostnadseffektive avtalespesialister. Fra et helhetlig samfunnsøkonomisk synspunkt er dette positivt, da det fører til en netto besparelse. Videre betyr dette at sykehusenes poliklinikker kan bygges ned eller nedlegges, slik at sykehusene kan fokusere på vanskeligere og mer omfattende behandlinger, akuttberedskap og andre kjerneoppgaver. Dersom flere operasjoner kan utføres dagkirurgisk og derved redusere helsekøer, er det sannsynlig at sykefraværet vil gå ned og livskvaliteten vil øke for alle dem som får behandling raskere. En parallell er besparelsene man ser i Danmark i forbindelse med helseforsikringer som sikrer behandling raskere.⁷

De største moderne avtalepraksisene finner vi innen øyefaget. Innen dette fagområdet utføres det mer utenfor sykehus enn i noe annet fag, og det er omtrent like mange øyeleger i avtalepraksis som det er på sykehusenes øyeavdelinger.

K-takstene har åpnet for denne utviklingen, og det er i dag eksempler på at sykehusenes øyeavdelinger kan flyttes ut i avtalepraksis. Hamar Øyelegesenter er en slik moderne avtalepraksis som for lengst har erstattet øyeavdelingen på Hamar Sykehus. En slik modell egner seg for mange lidelser som for lengst er blitt mer egnede for poliklinikker på grunn av medisinsk-teknologisk utvikling.

- En ny øyemodell er en vinn-vinn-sak, sa Legeforeningens president Torunn Janbu i et intervju i tidsskriftet Legekunsten (nr. 2/2009). Videre utdypet hun sitt synspunkt for en modell øyelegene i Hedmark og Oppland den gangen diskuterte muligheten for:

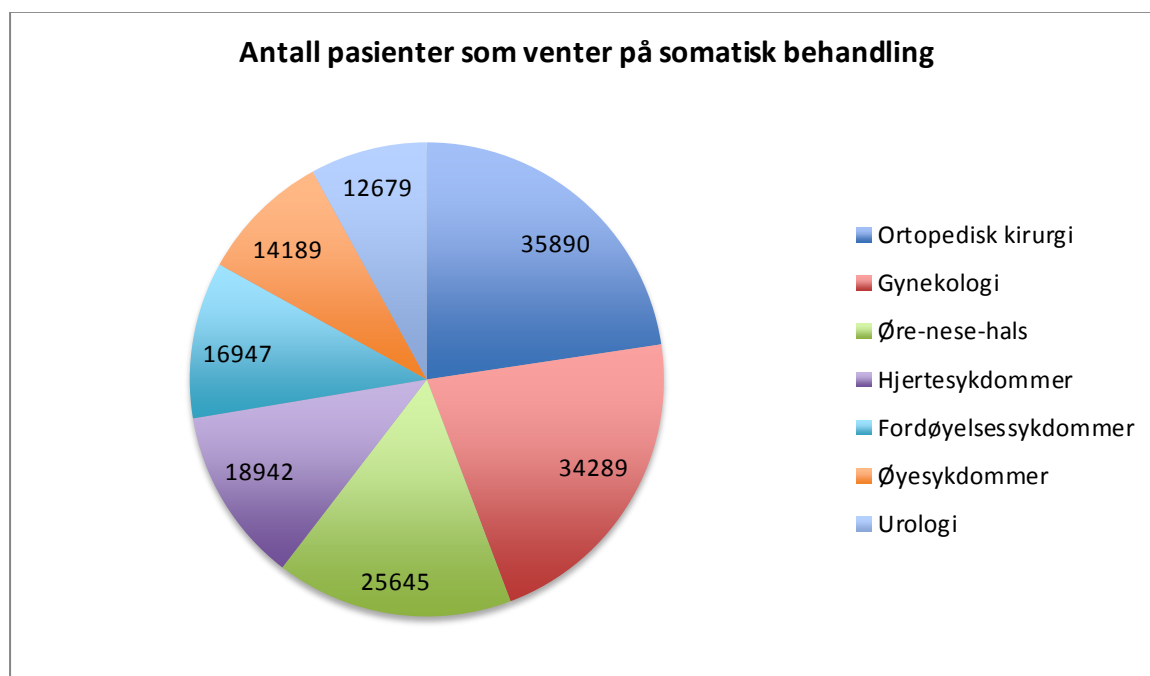
Når et fagmiljø kommer sammen og blir enige om hvordan de skal organisere faget slik øyelegene har gjort i Hedmark og Oppland så er det et godt grunnlag for en vellykket omstilling. En sammenslåing av flere øyeavdelinger kan skape et bedre fagmiljø. Dersom det i tillegg åpner for å flytte legehjemler ut av sykehus, kan dette bli en vinn-vinn-situasjon for både pasientene og spesialistene.

Effekten av flere avtalehjemler

Det holder imidlertid ikke bare å øke takstene til de spesialistene som allerede driver privat avtalepraksis. Som vist innledningsvis, har veksten i antallet hjemler for private spesialister vært nærmest ikke-eksisterende. For at avtalespesialistene skal kunne bidra til å avlaste helsekøen i en betydelig grad, er det nødt til å bli flere av dem. Forholdene for avtalespesialistene er regulert i *Rammeavtalen* mellom staten og Den norske legeforening.

Gjennom forslaget om "Fritt behandlingsvalg" har det riktignok i 2015 blitt utdelt nye hjemler til syv private behandlingstilbud. Disse hjemlene, sammen med 150 mill. kroner, er imidlertid øremerket rus- og psykiatribehandling. Problemet med dette er at denne pasientgruppen både er vanskelig å få inn i et behandlingsregime, og vanskelig å evaluere.

Dessuten utgjør antallet personer i kø for denne typen behandling en svært liten del av den totale helsekøen. Ifølge tall fra St.prp.nr. 56 L (2014-2015) *Fritt behandlingsvalg* er det 11 400 rus- og psykiatripasienter som venter på behandling, mot en kvart million som venter på behandling for somatiske lidelser. De somatiske fagområdene med lengst ventelister kan sees i diagrammet under.



Kilde: Prop. 56 L (2014-2015) – *Endring i pasient- og brukerrettighetsloven (fritt behandlingsvalg)*

Kapittel 3.3. "Hva venter pasientene på?" 17-18.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>. Dette diagrammet har ikke med kategorien "andre", og summen er derfor lavere enn det totale antallet på 278 000 som er beregnet for ventelister.

En mer virkningsfull satsning ville trolig være å sette inn ressurser til de somatiske pasientene først. Her er behovet større, det er allerede bevist at behandling hos avtalespesialister både er mulig og effektivt (jfr. kataraktoperasjoner), og resultatene er lette å måle og evaluere.

Å øke satsningen på private avtalespesialister vil også være et viktig grep for å sikre fortsatt utdanning av nye spesialister, såkalte LIS-leger (leger i spesialisering). Det er først nylig at det er blitt

åpnet for at LIS-leger skal kunne ta deler av utdanningen sin i privat avtalepraksis, selv om behovet har vært prekært over lengre tid.

Et godt eksempel er igjen innenfor øyesykdommer, der en stor andel av den polikliniske virksomheten skjer i privatpraksis. For å få utdannet nye øyeleger, som eldrebølgen vil tvinge frem et ekstra stort behov for, er det kritisk at de får muligheten til å få klinisk opplæring i diagnostikk og behandling. Dette fordrer videre at de får utdanningen sin der disse behandlingene faktisk blir gitt, som er hos private avtalespesialister.

En satsning på flere avtalespesialister vil føre til en vekst i antall private klinikker, og dermed også en vekst i kapasiteten til å ta imot LIS-leger under utdanning. Moelven Specialistsenter, med to urologer, fikk landets første utdanningskandidat utenfor sykehus. Dette skjedde i 2014, i samarbeid med urologisk avdeling på Hamar sykehus. I 2015 kom det andre pilotprosjektet på plass ved Akershus hudlegesenter i samarbeid med Oslo Universitetssykehus.

Det er en rekke private avtalespesialister som ønsker utdanningskandidater i sine moderne gruppepraksiser innen blant annet øye, øre-nese-hals og nevrologi. Dette gjelder også smertemedisinske senter og spesialistlegesenter med avtalespesialister innen flere fag.

Eksempler på avtalespesialist-praksiser som vil kunne ønske å utdanne LIS-leger er Bergen Øyelegesenter, Smertemedisinsk Institutt i Oslo, Spesialistlegesenteret på Straume, Oslo Øre-Nese-Halsklinikk, Bergen Hudlegeklinikk og Sandvika Nevrosenter i Bærum.

Rammer som sikrer god bruk av avtalespesialister

Det er grunn til å spørre hvorfor det ikke er tatt i bruk flere avtalespesialister og om det er tilleggsmomenter ut over lave takster og for få hjemler. Det er viktig at en utvidelse av bruk av avtalespesialister skjer med et rammeverk som hindrer misbruk og overbehandling. Det er særlig tre faktorer som skal sørge for dette: rammeavtalen, henvisinger og regler for driftstilskudd.

Rammeavtalen mellom Den norske legeforening og de regionale helseforetakene regulerer avtalespesialistenes rammevilkår som blant annet gjelder overdragelse av driftshjemler. Det er således de regionale helseforetakene som utlyser ledige driftshjemler og tildeler disse til de mest

kvalifiserte søkerne. Den tildelte avtalespesialist betaler så for opparbeidet praksis og utstyr. Rammeavtalen kan utformes slik at vilkår og bruk av hjemler hindrer misbruk.

For å sikre at avtalespesialistene ikke behandler og opererer mer enn det som trengs, må alle pasienter hos avtalespesialister være henvist. Når det gjelder operasjoner, kan det for eksempel nevnes at operasjoner for grå stær (katarakt) er begrenset opp til 500 øyne pr år pr avtalespesialist med fullt (100%) driftstilskudd og tilsvarende redusert for de med lavere driftstilskudd.

Avtalespesialistene får et årlig driftstilskudd i tillegg til takstene i Normaltariffen og pasientenes egenbetaling. Størrelsen på driftstilskuddet er delt i tre klasser tilpasset investeringene i praksisen, slik at kirurgene har høyeste driftstilskudd (klasse 3) mens psykiaterne har laveste driftstilskudd (klasse 1). Størrelsen på driftstilskuddet forhandles årlig sammen med takstene i Normaltariffen.

Til sammen bør disse tre faktorene kunne innrettes slik at misbruk av hjemler forhindres, og at riktig tilpasset behandlingsnivå for pasientene sikres.

Oppsummering

Helsekøene er lengre enn noensinne, samtidig som de aller fleste står i kø for behandlinger som kan utføres utenfor sykehusene. Det vil være et svært viktig løft for norsk helsevesen å øke antallet hjemler for private avtalespesialister, samt å øke omfanget av og størrelsen på operasjonstakstene disse spesialistene mottar for å utføre ulike behandlinger.

Disse tiltakene vil være svært effektive for å redusere eller fjerne dagens ventelister. Riktignok vil kostnadene over statsbudsjettet øke på kort sikt, fordi det vil ta tid å omstrukturere sykehusenes polikliniske avdelinger og samtidig øke budsjettene til de høyere takstene til avtalespesialistene.

Men på grunn av en betydelig forskjell i kostnadseffektiviteten hos de private avtalespesialistene, vil tiltakene på litt lengre sikt føre til at den polikliniske og dagkirurgiske delen av spesialisthelsetjenesten i større grad kan drives rimeligere i spesialistpraksis utenfor sykehus og dermed også avlaste sykehusene.

For sykehusenes del betyr økt satsing på avtalespesialister at de kan fokusere på mer krevende behandlinger, akuttmottak og andre tjenester der avtalepraksiser ikke har noen kostnads-, kapasitets- eller kvalitetsmessige fortrinn. Dette vil føre til reduserte administrasjonskostnader for

sykehusene, et mindre behov for store planleggingsinstanser og sykehusbygg og en langt mer funksjonell innretting av helsevesenet.

FORFATTERE: Notatet er skrevet av Anne Beth Moslet, redaktør i www.helsekopen.no og Mathilde Fasting, prosjektleder i Civita. mathilde@civita.no med bistand fra Erik Jarle Nordbø, Civita.

Konklusjoner som er trukket, og eventuelle feil og mangler som måtte forekomme, står for forfatterens regning. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp og justere.

SLUTTNOTER

¹ Ifølge statistikk fra Sosialdepartementet per 1.7.1985 ventet i alt 106 448 pasienter på somatiske spesialisthelsetjenester, hvorav 50 808 pasienter ventet på poliklinisk behandling og 55 640 pasienter på innleggelse på sykehus. I 2014 venter i alt 278 034 pasienter på somatiske spesialisthelsetjenester hvorav 250 230 (90 %) venter på poliklinisk behandling, 16 682 (6%) på dagkirurgisk behandling, mens 11 121 (4%) venter på innleggelse på sykehus. Kilde: Ventelistestatistikken i Stortingsproposisjon 56L(2014-2015) "Fritt Behandlingsvalg".

² Dagkirurgiske takster eller K-takster.

³ Prop. 56L (2014-2015) – Endring i pasient og brukerrettighetsloven, *Fritt behandlingsvalg*, kapittel 3.3. "Hva venter pasientene på?", 16-18.

⁴ Legekunsten NR 3/2005, *K-takstene var vellykket*, 20–21.

⁵ Aftenposten har en oversikt over kostnader ved ulike behandlinger 8.12.2014.

http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Nytt-hjerte-1_2-millioner-kroner-Normal-fodsels-35000-kroner-7811548.html

⁶ Legekunsten NR 3/2005, *K-takstene var vellykket*, 20-21.

⁷ Se notater fra Cepos om sundhedsforsikring, <http://www.cepos.dk/node/570> og

<http://www.cepos.dk/node/569>