

# Statens overtagelse av spesialisthelsetjenesten i Norge, avtaleforhold og erfaringer for privatpraktiserende spesialister



**Harald Guldsten**  
Praktiserende spesialist i øyesykdommer  
Tidligere leder PSL

## Bakgrunn

Statens overtagelse av spesialisthelsetjenesten i 2001 hadde som mål å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og lovfeste et statlig eierskap og ansvar for sykehusene. Reformen medførte at sykehusene ble organisert i en foretaksmodell.

Det ble opprettet 5 regionale helseforetak (RHF) med ansvar for spesialisthelsetjenesten innenfor sin region. Sykehusene i hver region ble organisert som helseforetak (HF). Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter, eid og styrt av Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet.

For ca. 1100 praktiserende spesialister med avtale bød reformen i utgangspunktet på mange usikre momenter. Integrering i en helhetlig, offentlig spesialisthelsetjeneste og samtidig bevare praksisens autonomi, var helt avgjørende for vår fortsatte eksistens. Arbeidet i vår organisasjon PSL hadde følgende mål som viktigste prioritet:

- beholde faglig og økonomisk selvstendighet i egen praksis
- oppnå like avtaleforhold for alle, uansett geografisk lokalisasjon
- forutsigbarhet gjennom langsiktige avtaler
- hindre inndraging av avtalehjemler
- utvikle avtalepraksis til en større aktør i spesialisthelsetjenesten.

Disse mål kunne etter vår mening bare oppnås med RHF som avtalepart, da avtaler med helseforetakene i for stor

grad ville gjøre avtalepraksis sårbar i konkurranse med knappe sykehusbudsjetter, manglende forvaltningskompetanse og kortsiktige prioriteringer. Det ble imidlertid en betydelig utfordring for vår organisasjon PSL å få gjennomslag for kravet om regional avtale. Sterke krefter blant annet innenfor sykehusene arbeidet for avtale på HF-nivå med mulighet for større innflytelse og styring av den enkeltes praksis.

Vi mente å ha gode argumenter for vårt krav om gode avtaler på regionalt nivå, idet ca 40% av all poliklinisk spesialisthelsetjeneste ble utført i privat praksis, med meget god kostnadseffektivitet.

## Avtalene

Legeforeningen støttet PSLs vurderinger av behovet for avtaler på regionalt nivå. Et omfattende og målrettet arbeid fra både PSL og Legeforeningens side førte til at våre argumenter fikk gjennomslag hos motparten. Departementet bestemte at avtalene skulle gjøres på regionalt nivå. Det er inngått en rammeavtale mellom Legeforeningen og RHFene samlet. Rammeavtalen definerer rettigheter og plikter for begge parter. Det er også utarbeidet standard individuelle avtaler. Disse inngås mellom den enkelte spesialist og RHF og definerer i tillegg åpningstid, hjemmelstørrelse etc.

En viktig del av avtalen omhandler opprettelsen av utvalg som skal bidra til best mulig samarbeid. Det er opprettet et spesialistlegeutvalg som skal bidra til nødvendig samarbeid legene i mellom. Dette utvalget velger representanter for legene til samarbeidsutvalget mellom legene og det regionale helseforetak.

## Finansiering

Den opprinnelige, 3-delte finansieringsformen for avtalepraksis ble beholdt. Driftstilskudd utbetales månedlig fra RHF. Trygderefusjon for behandlingsprosedyrer utbetales fra NAV (tidligere Trygdekontorene), egenandel betales av

pasienten. Økonomien forhandles årlig mellom Legeforeningen og staten, med virkning fra 1. juli.

Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer pr. uke i minst 44 uker årlig.

Erfaringer med reformen

Avtalespesialistene er gjennom prosessen med ny avtaleforankring styrket som gruppe og er blitt en mer synlig aktør i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet i samarbeidsutvalgene fungerer for det meste godt og er et nødvendig verktøy for å styrke samarbeid og samhandling.

Vi ser likevel at det er stor variasjon mellom regionene på i hvilken grad avtalepraksis prioriteres og tas i betraktning. Det er skuffende og overraskende at RHF ikke oppretter nye avtalehjemler i privat praksis. Mens antall legeårsverk i sykehusene har økt med ca. 1500 fra år 2002 til 2006, har tilsvarende økning i avtalepraksis vært 39 årsverk med en nedgang i antall hjemler (kilde SSB). Dermed er også den skjefe geogra-

fiske fordelingen av avtalehjemler opprettholdt, 50% av hjemlene er lokalisert innenfor det opprinnelige Helse Øst. Man kan på den bakgrunn reise spørsmål ved om det er behov for endring i rammebetingelsene for å styrke RHF's insentiver for opprettelse av flere avtalehjemler.

Nye endringer

Det er fra statens side iverksatt et arbeide med endringer av rammebetingelsene for avtalespesialister. Regjeringen har besluttet å arbeide for en omlegging i finansieringssystemet som innebærer at dagens refusjoner fra trygden overføres til de regionale helseforetak. Detaljene i en slik modell er ikke klare, og skal diskuteres mellom Staten og Legeforeningen i tiden som kommer. Det vil bli en betydelig utfordring å sørge for at omleggingen ivaretar de fortrinn dagens ordning innebærer, samtidig som den stimulerer til videre utvikling av antall hjemler og oppgaveløsning på nye områder. Endringene kan føre til et uønsket press i retning av midler-

tidige avtaleforhold og anbudsrunder. Dette vil svekke investeringsvilje og kvalitet i avtalepraksis. I verste fall kan også RHFenes styring med de samlede midler medføre at avtalepraksis blir en salderingspost for en presset sykehusøkonomi.

Sluttbemerkning

Spesialistpraksis med avtale er fleksibel, kostnadseffektiv og representerer god tilgjengelighet og kontinuitet i behandlingen av akutte og kroniske sykdommer. Uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten kan raskere og billigere løses ved utbygging av avtalepraksis og økonomisk tilrettelegging. Ett eksempel er opprettelsen av egne operasjonstakster for katarakt i avtalepraksis som innen rime- lig tid løste ventetidsproblematikken. Pr. i dag gjøres halvparten av landets kataraktoperasjoner i avtalepraksis. Vi er overbevist om at økt satsing på avtalepraksis vil kunne gi bedre utnyttelse av de ressurser vi har til rådighet.