

”ØKE ANTALL HJEMLER OG BRUKE AVTALESPEKIALISTENE MER”

I regjeringserklæringen (Sundvolden-erklæringen) er det bl.a. nedfelt at regjeringen vil ”øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer”. På denne bakgrunn har det i 2014 vært ført en dialog om avtalespesialistordningen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Den norske legeförening og Norsk Psykologforening.

Regjeringens prosjekt er å skape *pasientens helsetjeneste*. Pasienten skal settes i sentrum, ventetider skal ned og kvaliteten skal heves. For å bygge en varig struktur til beste for pasientene, må avtalespesialistene bli en naturlig samarbeidspartner som kan bidra til å kunne løse det lovpålagte ”sørge for”-ansvaret. Dette gir implikasjoner for samarbeidsstruktur, avtaleverk, finansiering og rettighetslovgivning.

Dialogprosessen mellom partene har vist rom for å utvikle ordningen til å bli et enda bedre tilbud for pasientene.

Godt samarbeid for felles mål.

En viktig og helt nødvendig forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste er at aktorene i helsetjenesten arbeider godt sammen for felles mål. Per i dag foregår det mye godt samarbeid mellom avtalespesialistene og andre aktører i helsetjenesten. Dialogen har synliggjort at det vil være nødvendig å utvikle og formalisere samarbeidet med helseforetakene og regionale helseforetak ytterligere. Samhandlingen mellom avtalespesialistene og fastlegene er en viktig del av ordningen som må bevares.

Samarbeidet mellom avtalespesialistene og særlig helseforetakene må møte de behov som oppstår lokalt, der pasienten, avtalespesialistene og helseforetakene er. Det er enighet om at dette samarbeidet skal skje innenfor et systematisk og formelt rammeverk. Rammeverket skal avtales på overordnet nivå, men innholdet i samarbeidet må aktivt fastlegges lokalt i form av et forpliktende samarbeid mellom avtalespesialisten og helseforetaket. Det er viktig at dette samarbeidet møter både avtalespesialistens og helseforetakets behov; som et godt virkemiddel til å skape pasientens helsetjeneste. En slikt forpliktende samarbeid må definere flere konkrete forhold. Det vil være avgjørende for utvikling av pasientens helsetjeneste at alle avtalespesialistene også samarbeider gjennom elektronisk meldingsutveksling. På lenger sikt vil et samarbeid ”sette seg” som en god og naturlig arbeidsform både for helseforetak og avtalespesialistene. Dette vil gi store og positive ringvirkninger for pasientene.

Avtaleverk

I det avtaleverket som i dag gjelder for avtalespesialistordningen er det mange gode intensjoner. Samtidig har forvaltningen medført en snevrere praktisering av avtalene enn det som var intensjonen ved flere av bestemmelsene. Dette er noe av grunnlaget for at flere av forholdene som er tatt opp i dialogen er blitt svart ut med henvisning til de

muligheter som ligger i dagens avtaleverk men som i liten grad har vært benyttet – dialogen har mao vist at man på mange områder enige om en del grunnleggende elementer.

Det er enighet om å endre rammeavtalene i 2015, med virkning fra 1. januar 2016 eller tidligere. Det vil være naturlig å bygge videre på mange av intensjonene ved gjeldende avtale når ny avtale skal utvikles. Det er generelt viktig at avtaleverket bygger opp om å møte fremtidens behov.

Både avtalespesialistene og de regionale helseforetakene har behov for forutsigbarhet og fleksibilitet. Dette kan innebære til dels ulike tilnærminger til de samme spørsmålene. I dialogen har det vært meningsutveksling om flere temaer ved avtalespesialistordningen der dette har vært særlig fremtredende.

Ett slikt tema er tidsbegrensning av driftsavtalene. RHFene har behov for forutsigbarhet i planleggingen av tjenesten for å oppfylle ”sørge for”-ansvaret. Avtalespesialistene har på sin side behov for forutsigbarhet i planleggingen av sin virksomhet og arbeidssituasjon. I dialogen har det blitt understreket at det foreligger et uutnyttet handlingsrom i forbindelse med særskilte og avgrensede behov i gjeldende avtaleverk. Dette gjelder blant annet muligheten til å opprette tidsavgrensede hjemler for å ivareta forbigående behov for økt kapasitet/køproblematikk og behovet for å kunne justere den enkelte spesialists praksisprofil. Det er naturlig at det vil være ulike syn på vektingen av behovet for forutsigbarhet og langsiktighet mot ønsket om fleksibilitet og endringsmuligheter mellom avtalepartene. Dette må finne sin løsning gjennom nye forhandlinger om rammeavtalen i 2015.

Finansiering

Avtalespesialistene skal fremdeles finansieres gjennom en kombinasjon av driftstilskudd, refusjonstakster og egenandeler.

Helse- og omsorgsdepartementet har under dialogen tatt til orde for å flytte refusjonstakstene fra folketrygden til de regionale helseforetakene ”på rot”, samtidig som avtalespesialistenes aktivitet inkluderes i ordningen med Innsatsstyrt finansiering, som er et refusjonssystem mellom staten og de regionale helseforetakene.. Innenfor psykisk helsevern er en omlegging som omtalt overfor ikke mulig per dato fordi ISF-ordningen nesten utelukkende omfatter somatiske fagområder. En mulig fremtidig omlegging kan derfor først skje dersom ISF-ordningen utvides til også å skulle omfatte poliklinisk psykisk helsevern. Det er gjennom dialogen enighet om å avvente eventuell fremtidig utvikling av ISF-ordningen, og ta opp diskusjonen på ny i lys av besluttede etableringsprosesser. Innenfor realistiske tidsløp kan derfor en eventuell endring på dette området først skje i 2018.

I dialogen har de s.k. ”k-takstene” vært tema. Dette er refusjonstakster innenfor kirurgi, men skal i denne sammenhengen forstås mer generelt, som refusjonstakster som

dekker relativt kostbare prosedyrer. Slike refusjonstakster kan bidra til hensiktsmessig arbeidsdeling i tjenesten, særlig på områder hvor det foreligger kapasitetsbeskrankninger. Behovene (spesialitet og omfang) vil variere forskjellige steder i landet. Siden den gjeldende folketrygdsfinansiering er et nasjonalt system er det vanskelig å møte disse behovsforskjellene. Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og Den norske legeforening vil fortsette diskusjonen knyttet til mulige metoder å møte behovsforskjellene. En mulig modell kan innebære å beholde kjernen i dagens folketrygdordning, mens det parallelt opprettes en sidemodell i tråd med den modell departementet har tatt til orde for, jf. omtale over. I et slikt system bør de eksisterende k-takster vurderes inkludert allerede fra start, sammen med ev. nye refusjonstakster. En slik modell kan innføres allerede fra 2016 dersom alle beslutninger er på plass.

Rettingstovgivning

Per i dag har ikke avtalespesialistene juridisk kompetanse til å vurdere og tildele pasient- og brukerrettigheter. Dette innebærer et potensielt rettighetstap for pasientene.

Å skulle gi avtalespesialistene juridisk kompetanse som nevnt over reiser en del problemstillinger. Gjennom dialogen har man derfor funnet det naturlig å skulle gjennomføre et pilotprosjekt for å høste erfaringer, før en eventuell utvidelse av denne juridiske kompetansen til alle avtalespesialister. Pilotprosjektet bør avvente iverksettelse av § 2-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven, herunder publisering av de vurderingsveiledere som i denne anledning er under utarbeidelse. Det er enighet om å etablere et eget prosjekt primo 2015 som skal forberede pilotprosjektet og dets iverksettelse. Det vurderes nærmere hvorvidt pilotprosjektet skal avgrensnes til bestemte spesialiteter eller geografi.

Forenkling av rapportering

Avtalespesialistene har i prosessen vist en positiv tilnærming til hensiktsmessige rapporteringskrav. Det vil foreligge rapporteringsbehov, både for den rent økonomiske rapporteringen (takstkravene) og for virksomhetsrapportering til bruk bl.a. for planleggingsformål og nasjonal statistikk. For at de regionale helseforetakene skal kunne ivareta sitt "sørge-for" ansvar har de behov for å kunne planlegge utviklingen av tjenesten. Rapporteringene er i så måte en premiss.

Avtalespesialistene rapporterer både takstkrav til HELFO (minimum hver 14. dag) og aktivitetsrapportering til NPR (hvert tertial). Innholdet i de to nevnte rapporteringene er forskjellig, i tråd med de forskjellige behov. Det er en selvstendig målsetning at rapportering holdes mest mulig enkel og minst mulig arbeidskrevende for avtalespesialistene. Rapportering skal skje elektronisk via sikre linjer/Norsk Helsenett. Avtalepsykologene er i begrenset grad koblet til Norsk Helsenett. Denne utfordringen må finne sin løsning før det kan forventes at avtalepsykologene er i stand til slik rapportering.

Det er et felles mål å effektivisere og om mulig forenkle rapporteringsrutinene, herunder forsøke å få dagens to rapporteringer samordnet til én. Det er også et viktig mål å gi rask og effektiv tilbakemelding på de innsendte data.

Med tanke på de fremtidige samarbeidsløsninger og ev. kompetanse til vurdering og tildeling av pasientrettigheter er fullverdig aktivitetsrapportering helt nødvendig. Det vil være avgjørende at avtalespesialistene rapporterer samme parametre og hyppighet som helseforetakenes poliklinikker, bl.a. ventetid, ev. fristbrudd mv.