

Prioriteringer bak normaltariffen

AV TROND EGIL HANSEN

Hvordan er sammenhengen mellom normaltariffen og prioriteringer, hvilke prioriteringer ligger bak normaltariffen og hvilke prioriteringseffekter har den?

Hvordan man skal bruke økonomiske incentiver for å oppnå politiske mål, er omdiskutert. Det vi vet, er at økonomiske incentiver virker. Men vi vet ikke alltid hvordan de virker. Når det gjelder bruk av økonomiske incentiver overfor leger, vil virkningen bli modifisert. Leger har en sterk drivkraft til å yte gode helsetjenester og fremstå som forvaltere av god faglig praksis. Legenes inntjening i praksisvirksomhet modifiseres sterkt av behovet for å opprettholde tillit hos enkeltpasienter og pasientpopulasjonen.

Finansieringsmodell, tjenesteproduksjon og prioritering

Det kan oppstå spenninger når økonomiske incentiver tas i bruk. Hvis vi ønsker at fastlegene skal arbeide annerledes, bør endringene føre til bedre, og ikke dårligere honorering enn utgangspunktet. Hvis ikke, blir det en form for dobbelkommunikasjon. Hvis vi ønsker at fastlegene skal bruke mer tid på tidkrevende pasienter, kan dette forhindres av dårlig honorering. Tidkrevende pasienter, som for eksempel eldre, multisyke, pasienter med psykiske lidelser og medisinsk uforklarte tilstander, er prioritert i festtalene, men det er ikke tatt i bruk økonomiske incentiver som støtter denne prioriteringen.

Valg av finansieringsmodell påvirker tjenesteproduksjon og prioritering. Stykkprisfinansiering har en tendens til å gi økt tjenesteproduksjon, bortsett fra når prisen er lavere enn kostnaden ved å levere tjenesten. På den annen side vil høy egenbetaling ha en tendens til å gi redusert etterspørsel etter en tjeneste. Full rammefinansiering vil ha en tendens til å begrense tjenesteproduksjon, siden det medfører utgifter å produsere tjenestene.



Trond Egil Hansen

Leder i Allmennlegeforeningen og spesialist i allmenntmedisin. Overlege ved Longyearbyen sykehus, Svalbard.

Dersom myndighetene for alvor mener at en økt andel av pasientene skal behandles i primærhelsetjenesten, vil opprettholdelse av stykkprisfinansiering på minst samme nivå som nå (70 prosent) – hvor prisene settes høyt nok i forhold til kostnadene ved å levere tjenestene – være riktig virkemiddel. Samtidig må egenandelene holdes lavere enn det som kan begrense etterspørselen, da etterspørselen etter allmennlegens tjenester nettopp dreier seg om befolkningens tilgang til nødvendige helsetjenester.

Egenandeler og prioritering

Prioriteringseffekter av egenandeler fortjener særskilt omtale. Sykdom rammer ofte skjev. Personer med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager. Egenandeler rammer dermed hardest dem med svak betalingsevne. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og personer med kronisk sykdom kan egenandeler føre til at terskelen for å søke legehjelp blir høy. I et prioriteringsperspektiv er det uheldig at en konsultasjon hos allmennlege belegges med økt egenandel. Egenandeler rammer blindt når det gjelder prioritering i forhold til medisinske behov. Hvis egenandeler avskjærer muligheten for konsultasjon hos fastlegen, vil ikke pasienten få presentert problemet – og prioritering etter behov for videre tiltak i helsetjenesten blir umulig.

Dagens egenandelssystem er frikoblet fra prioriteringsmålene slik de er formulert i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Dagens system er et resultat av enkeltvedtak over en lang periode, og er ikke konsistent. Selv om Legeforeningen årlig har spilt inn innsigelser mot egenandelsøkninger, har Stortinget vedtatt å øke disse – i strid

med politikernes løfter om det motsatte. Uansett nivå for egenandeler i helsetjenesten, må helsepolitiske begrunnelser styre hvilke helsetjenester som skal ha egenandeler og størrelsen på disse. Det er behov for en bred gjennomgang av egenandelssystemet, med sikte på å få bedre samsvar mellom egenbetaling og prioriteringer.

Egenandelene legger begrensninger på hvordan refusjonstakstene kan brukes for å støtte ønskede prioriteringer. Det er fordi egenandelene spiser av stykkprisandelen av finansieringen, slik at det blir mindre igjen å bruke til refusjonstakstene i normaltariffen som prioriteringsvirkemiddel.

Arbeidet med å utvikle normaltariffen

Hvordan utvikles normaltariffen som prioriteringsverktøy? Legeforeningen arbeider bevisst for å tilpasse normaltariffen for å få bedre incentiver for kronikeromsorg, samhandling, psykiatri- og rusbehandling. Forut for hvert års normaltariffforhandlinger er det en omfattende og grundig prosess knyttet til endringer vi ønsker å få til.

Allmennlegeforeningens styre får innspill fra sitt landsråd, særlig ved tariffkonferansen. Vi får også innspill fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA). Sist men ikke minst, får vi innspill fra enkeltmedlemmer. Vi mottar gjerne flere henvendelser fra enkeltmedlemmer, men har ikke kapasitet til å svare alle. Noen forslag har også vært fremmet før.

Styret sammenholder innspillene med erfaringer fra tidligere forhandlingsrunder om hva som er mulig og hensiktsmessig å fremme som krav, og vurderer hvilke krav som skal prioriteres og hvilke vi skal la vike. Allmennlegeforeningen spiller inn sine krav til Legeforeningens tariffutvalg, hvor Allmennlegeforeningens krav må «brynes» mot kravene fra Praktiserende Spesialisters Landsforening og Leger i Samfunnsmedisinsk Arbeid. Tariffutvalget er ledet av presidenten, og er ellers sammensatt av representanter fra Allmennlegeforeningen, Praktiserende Spesialisters Landsforening, Leger i Samfunnsmedisinsk Arbeid, Yngre legers forening og Overlegeforeningen. I tariffutvalget og i forhandlingene deltar Legeforeningens forhandlings- og helseerettsavdeling med både juridisk, forhandlingsøkonomisk og forhandlingstaktisk kompetanse.

Etter at Legeforeningens krav har gjennomgått nødvendig bearbeiding internt, blir de oversendt motparten i forhandlingene. Motparten er staten representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Helfo og helseforetakene samt KS. Det endelige resultat beror dels

på rammeforhandlingene, som avgjør hvor mye midler som blir til fordeling på takstene, og dels på forhandlingene om hvordan disse midlene skal fordeles.

Faglig begrunnelse

Legeforeningens grunnleggende holdning er at takstkra-vene bør ha en faglig begrunnelse, og ikke ha som eneste formål å øke legenes inntekter. Takstkrav som bare har til hensikt å øke legenes inntekter, er mer krevende å argumentere for enn takstkrav som både ivaretar en nødvendig inntektsutvikling og faglige formål. I årets forhandlinger forsøkte Legeforeningen å få til bedre honorering av legens arbeid med tidkrevende pasienter, bedre honorering av legearbeid som det er ønskelig at fastlegene gjør selv – fremfor å henvise – og bedre honorering av samhandling med andre aktører. Det ville samsvare med myndighetenes ønsker for utvikling av primærhelsetjenesten, slik det fremkom i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. I tråd med samme stortingsmelding forsøkte vi i forkant av forhandlingene å få etablert finansiering av forebyggende og oppsøkende virksomhet i regi av fastlegen. Dette er arbeidsoppgaver som samhandlingsreformen tilkjenner at fastlegene burde gjøre mer av, men som ikke er finansiert i dag.

Finansiering av forebyggende og oppsøkende virksomhet i regi av fastlegen, vil kreve endring av Folketrygdlovens bestemmelse om at stønad ved helsetjenester kun gis ved nødvendige utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade, lyte, familieplanlegging, svangerskap, fødsel og svangerskapsavbrudd – hvilket utelukker andre ønskede forebyggende tjenester hos fastlegen.

Legeforeningens henvendelse om dette er foreløpig ikke besvart av departementet. Det må anses som oppsiktsvekkende at myndighetene uttrykker ønsker om utvidede arbeidsoppgaver uten at disse finansieres. Det vil være en nødvendig forutsetning for å realisere samhandlingsreformens intensjoner om mer forebyggende tjenester hos fastlegen.

Aktivitetsøkning

Forhandlingene gjennomføres før sommeren. Legeforeningen forsøker å oppnå dekning av økte utgifter og en inntektsutvikling i tråd med samfunnet for øvrig, mens motparten ønsker å begrense statens utgifter. Samtidig burde vi ha en felles interesse i å få et resultat som fremmer god fagutøvelse og gode prioriteringer.

Beregninger i bruk av takstene fra inneværende år legger viktige føringer for forhandlingene. Disse beregningene

bygger dels på tall fra innsendte oppgjør, men må fremskrives for de resterende måneder for å gi et mest mulig riktig bilde av hele året. Disse beregningene kan være omstridte. Alle måneder er ikke gjennomsnittlige hva angår legesøking og aktivitet hos fastlegene.

Normaltarifforhandlingene de siste årene har hatt som utgangspunkt at takstbruksundersøkelsen har vist en aktivitetsøkning ut over det som partene hadde lagt til grunn ved oppgjøret året før. Dette er i statens øyne en økning i utgifter ut over hva som har vært avtalt. På bakgrunn av dette har staten krevet fratrekk på rammen. Da vi har funnet gode forklaringer på aktivitetsøkningen, har dette redusert statens krav om fratrekk. For det siste året kunne aktivitetsøkningen forklares fullt ut. Statens holdning til aktivitetsøkning i fastlegevirksomhet er generelt utfordrende. Staten har behov for kontroll over sine utgifter, det er forståelig. Det er Stortinget som bevilger refusjonsøkonomien i normaltariffen, og departementet må redegjøre for eventuelt uttak utover det som er bevilget. Det kan likevel ikke bety at aktivitetsøkning utover hva man har forutsett, skal inndras i form av reduserte takster. Økt aktivitet vil øke både inntekter og utgifter i praksisen.

Ivaretar flere formål

Forhandlingene er i seg selv en samhandlingsprosess, hvor man møtes med motstridende interesser med sikte på å bli enige om et resultat. Begge parter må ha vilje til å komme frem til enighet. Hvis man bare står på kravene uten vilje til å finne løsninger, vil forhandlingene ikke føre fram. Det blir mye «gi og ta», og til dels kamelsluking på begge sider, før man kan bli enige.

Det er altså en omfattende prosess som til slutt ender i et forhandlingsresultat. Mange medlemmer lurer på hvordan Legeforeningens forhandlere kan finne seg i et dårligere resultat enn det vi burde hatt. Hvorfor setter ikke Legeforeningen foten ned? Til det er å si at når man skal forhandle seg frem til en avtale, vil det aldri være mulig å oppnå et bedre resultat enn det partene blir enige om.

For å oppsummere: Normaltariffen ivaretar flere formål. Den utgjør en vesentlig del av økonomien i fastlegepraksis. Den skal ivareta nødvendig utgiftsdekning og inntektsutvikling hos legene, og samtidig fremme god kvalitet og fungere som prioriteringsinstrument. Best effekt kan forventes der økonomiske incentiver fremmer det som er omforent god faglig praksis.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: trond.egil.hansen@legeforeningen.no



RAMAS Y LUNA (GREINER OG MÅNE)