

Sak 2: De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere hvordan de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å oppfylle sørge-for-ansvaret. Undersøkelsen omfatter alle fire regionale helseforetak og behandlingsområdene somatikk og psykisk helsevern for voksne, den gjelder i hovedsak årene 2010–2014 og er basert på data fra Norsk Pasientregister, intervjuer og dokumentgjennomgang.

En del av det polikliniske helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten utføres av avtale-spesialister, som er private lege- og psykologspesialister. Som en del av det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester skal avtalespesialistene bidra til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. To rammeavtaler regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene. Disse rammeavtalene er inngått med Den norske legeforening (Legeforeningen) og Norsk Psykologforening (Psykologforeningen). Rammeavtalene legger grunnlaget for de regionale helseforetakenes individuelle driftsavtaler med avtalespesialistene.

De rundt 1500 avtalespesialistene sto for 28 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og 23 prosent innen psykisk helsevern for voksne i 2014. I den politiske plattformen for regjeringen er det nedfelt at regjeringen vil øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer. Avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende, og i 2014 mottok de nær 3,2 mrd. kroner fra staten. I tillegg kommer egenandeler fra pasientene.

Avtalespesialistene er konsentrert i de sentrale områdene av landet, blant annet i hovedstadsområdet og andre store byer, noe som gir risiko for at de ikke godt nok bidrar til et geografisk likeverdig helsetilbud. Videre er det risiko for at de regionale helseforetakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene er mangelfull.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om helseforetak av 15. juni 2001* (helseforetaksloven)
- Innst. O. nr. 65 (1998–99), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten*
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Innst. 422 S (2010–2011), jf. Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015)*

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 19. juni 2015. Departementet har i brev av 19. august 2015 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester.
- De regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.

- De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester

Formålet med spesialisthelsetjenesteloven er blant annet å bidra til et likeverdig tjenestetilbud, og til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Dette betyr at personer med behov for polikliniske spesialisthelsetjenester skal ha tilnærmet samme mulighet til å skaffe seg dette uavhengig av bosted. Siden avtalespesialistene er en del av spesialisthelsetjenesten, skal tilgangen til avtalespesialister bidra til at tilbudet av helsetjenester blir mest mulig geografisk likeverdig.

Befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester varierer relativt mye mellom de som bor i sentrale kommuner, og de som bor i mindre sentrale kommuner. Befolkningen i de minst sentrale kommunene har lavere forbruk enn de som er bosatt i mer sentrale kommuner. Forbruket varierer også til dels betydelig mellom befolkningen bosatt i de ulike helseforetakenes opptaksområder.

De fire somatiske fagområdene der avtalespesialistene har flest konsultasjoner, er øye, hud, øre-nese-hals og gynekologi. Med unntak av øyefaget bidrar forbruket av avtalespesialistene innen disse fagområdene stort sett til å redusere de geografiske forskjellene i forbruk. Likevel er forbruket i de minst sentrale kommunene i hovedsak fremdeles lavere sammenlignet med mer sentrale kommuner. For øyefaget forsterker forbruket av avtalespesialister forskjellene mellom sentrale og mindre sentrale kommuner i Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Innen psykisk helse bidrar forbruket av avtalespesialister i liten grad til å redusere de geografiske skjevhetene i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester. I enkelte regioner *forsterker* bruken av avtalespesialister de geografiske forskjellene. Også innen psykisk helse er forbruket av polikliniske helsetjenester i hovedsak lavest i de minst sentrale kommunene.

Riksrevisjonen legger til grunn at det ikke er systematiske forskjeller i behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester mellom mindre og mer sentrale kommuner, eller mellom helseforetak, når forbruket er justert for demografiske forskjeller mellom kommunene. Riksrevisjonen mener de geografiske variasjonene i forbruket av polikliniske helsetjenester indikerer at det enten er et overforbruk eller underforbruk av tjenestene innen enkelte områder. Selv om forbruket av avtalespesialister til dels bidrar til et mer likeverdig tilbud, er det fortsatt betydelige forskjeller, og som regel er det i de minst sentrale kommunene forbruket er lavest. Riksrevisjonen mener at tilgangen til avtalespesialister ikke bidrar godt nok til å utjevne disse forskjellene slik at tilbudet blir geografisk likeverdig. Dette gjelder spesielt innen psykisk helsevern og øyefaget.

2.2 De regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester

Rammeavtalene som regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene, er de mest sentrale virkemidlene de regionale helseforetakene har til å forvalte avtalespesialistordningen. Når behovet for helsetilbud i regionen blir endret, åpner rammeavtalene for at de regionale helseforetakene kan disponere

avtalespesialistenes hjemler til å møte endringer i behovet ved å opprette nye hjemler, eller ved å omdisponere ledige eller eksisterende hjemler.

Det har vært svært liten vekst i antall årsverk for avtalespesialistene etter 2002. Videre har de regionale helseforetakene i perioden 2010–2014 sjelden omdisponert ledige helhjemler til andre fagfelt og/eller andre geografiske områder. Ledige delhjemler samles i større grad opp til nye, hele hjemler, ofte med en annen geografisk plassering og innen et annet fagfelt, eller de er brukt til å "fylle opp" andre delhjemler. De regionale helseforetakene har aldri omdisponert *eksisterende* hjemler. Ettersom tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til å utjevne geografiske forskjeller i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester, kan det etter Riksrevisjonens vurdering være behov for at de regionale helseforetakene i større grad omdisponerer ledige hjemler, eller eventuelt oppretter nye hjemler. Mer aktiv bruk av dette mulighetsrommet kan gjøre at det polikliniske tilbudet blir jevnere fordelt mellom helseforetak og mellom sentrale og mindre sentrale kommuner.

I henhold til rammeavtalene kan de regionale helseforetakene avgjøre hvordan ledige psykologhjemler skal disponeres, mens ledige legehjemler skal videreføres ved behov. Samtidig er det mindre kostnadskrevende å omdisponere psykologhjemler enn legehjemler. Dette gir etter Riksrevisjonens vurdering de regionale helseforetakene gode muligheter til å bruke ledige psykologhjemler, eller opprette nye hjemler for å bøte på skjevfordelingen av tilbudet innen psykisk helsevern.

Rammeavtalens bestemmelser om at ledige legehjemler skal videreføres ved behov, tolkes og praktiseres noe ulikt. Én tolkning er at hjemler skal videreføres når det har vært tilfredsstillende produksjon i praksisen. Dersom ledige hjemler i hovedregelen videreføres når det har vært tilfredsstillende aktivitet, kan det etter Riksrevisjonens mening føre til at hjemlene ikke benyttes der behovet er størst, både når det gjelder spesialitet og geografi. Behovet kan være større et annet sted eller innen et annet fag, selv om det har vært en god aktivitet i praksisen. Riksrevisjonen mener klarere vilkår for når ledige hjemler kan omdisponeres vil kunne gi partene en mer enhetlig forståelse for mulighetsrommet og dermed en mer lik praktisering av bestemmelsen om omdisponering.

Bare Helse Nord RHF har hatt en handlingsplan for forvaltningen av avtalespesialistordningen i hele undersøkelsesperioden, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF vedtok handlingsplaner i 2014. Helse Vest RHF har ikke hatt handlingsplan. Etter Riksrevisjonens vurdering kan handlingsplaner som er basert på relevante og systematiske analyser av behovet for hjemler, skape større forutsigbarhet både for de regionale helseforetakene og for avtalespesialister, og bidra til en hjemmelsutvikling som er mer i samsvar med behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester i regionen.

Avtalespesialistenes individuelle avtaler varer i hovedregelen til spesialisten blir 70 år. Slike livslange avtaler kan, sammen med en restriktiv tolkning og praktisering av hvordan de regionale helseforetakene skal kunne disponere ledige hjemler, legge begrensninger på de regionale helseforetakenes muligheter til å møte endringer i behovet for helsetjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette tyde på at rammeavtalene ikke gir de regionale helseforetakene gode nok virkemidler til å sikre samsvar mellom avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.

2.3 De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet

For å sikre at avtalespesialistene best mulig bidrar til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, må de regionale helseforetakene følge opp tilbudet avtalespesialistene gir. Dette krever at de regionale helseforetakene har informasjon om viktige sider ved avtalespesialistenes tjenestetilbud.

De regionale helseforetakene har i varierende grad informasjon om kvaliteten på helsetilbudet avtalespesialistene tilbyr. RHF-ene har videre lite informasjon om, og eventuelt hvordan, avtalespesialistene prioriterer pasienter, noe som betyr at RHF-ene har lite kunnskap om ressursene brukes på de riktige pasientene. Videre viser undersøkelsen at RHF-ene, med unntak av Helse Vest RHF, ikke fulgte opp alle avtalespesialister som hadde aktivitet 20 prosent eller mer under normtallet i 2013. Det kan dermed være avtalespesialister som har fått et høyere driftstilskudd enn de ifølge avtalen har krav på.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har i 2014/2015 fått kunnskap om den enkelte avtalespesialists tilbud og praksis gjennom kartlegging og praksisbesøk. Flere av opplysningene disse innhentet gjennom kartleggingene, skal avtalespesialistene også rapportere til Norsk pasientregister. Etter Riksrevisjonens mening kunne de regionale helseforetakene ha effektivisert datainnsamlingen og redusert avtalespesialistenes rapporteringsbyrde ved å benytte Norsk pasientregister som informasjonskilde. Samtidig viser undersøkelsen at data avtalespesialistene skal rapportere til Norsk pasientregister med informasjon om blant annet ventetid og epikrisetid, har for lav kvalitet til å brukes. Etter Riksrevisjonens vurdering ligger det her et uutnyttet potensial til å følge opp kvaliteten på helsetjenestene avtalespesialistene gir.

En del avtalespesialister har en produksjon langt over normtallet. Rammeavtalene regulerer imidlertid bare at de regionale helseforetakene kan sanksjonere overfor avtalespesialister som har lav aktivitet. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være like viktig å følge opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å sikre at tjenestetilbudet er forsvarlig.

De regionale helseforetakene bruker i liten grad de sanksjonsmulighetene som rammeavtalene hjemler, dersom avtalespesialistene ikke overholder krav i rammeavtale / individuell avtale. De regionale helseforetakene har i svært liten grad revidert individuelle avtaler, sagt opp avtaler eller sendt advarsler om mislighold av avtalen utover ved manglende rapportering til NPR. Samtidig har de regionale helseforetakene i undersøkelsesperioden hatt begrenset informasjon til å kunne følge opp hvorvidt avtalespesialistenes helsetilbud er av god nok kvalitet og i tråd med krav i avtalene. Etter Riksrevisjonens vurdering bør de regionale helseforetakene mer systematisk innhente informasjon og ta i bruk eksisterende informasjon mer aktivt, for å kunne vurdere om avtalespesialistene på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om helsetjenester av tilstrekkelig høy kvalitet. Regjeringens ambisjoner om å øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer aktualiserer etter Riksrevisjonens syn behovet for informasjon om og oppfølging av tilbudet i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet forsikrer seg om at de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å gi befolkningen en geografisk likeverdig tilgang til polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for at avtalespesialistenes hjemler bidrar til et mer geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, blant annet ved
 - systematisk å vurdere hvorvidt avtalespesialistenes ledige hjemler bør videreføres eller benyttes innen andre fagområder og/eller andre geografiske områder,
 - å ha planer for å disponere hjemler som bygger på relevante og oppdaterte analyser av behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for å ha en omforent forståelse av rammeavtalenes bestemmelser når det gjelder vilkår for å omdisponere ledige hjemler slik at de regionale helseforetakene får en mer lik praktisering av bestemmelsene om når ledige hjemler skal videreføres
- de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister som ikke oppfyller krav stilt i rammeavtalene eller i de individuelle avtalene. Dette forutsetter at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig informasjon
- de regionale helseforetakene benytter Norsk pasientregister som kilde til informasjon om avtalespesialistene og sikrer at avtalespesialistene rapporterer til Norsk pasientregister på sentrale variabler som kan gi relevant informasjon om kvaliteten på helsetjenestene, som for eksempel epikrisetid
- de regionale helseforetakene bør følge opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å kunne vurdere hvorvidt tjenestetilbudet er forsvarlig

4 Departementets oppfølging

Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene og, hvis det er nødvendig, også gjennom styringen av Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater.

Statsråden viser til at det i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2015 ble protokollert at de regionale helseforetakene skal gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene med sikte på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og reforhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016.

Riksrevisjonens anbefalinger knyttet til de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister (avtalespesialister) vil følges opp i den allerede pågående prosessen med å reforhandle rammeavtalene og gjennom en videreutvikling av ordningen.

De regionale helseforetakene er gjennom Oppdragsdokument 2015 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop.119 S (2014–2015) – bedt om å vurdere hvordan videreutvikling av samarbeidsmodeller mellom avtalespesialister og helseforetak kan redusere ventetidene. Dette gjelder særlig innen fagområder med

mange ventende og hvor avtalespesialister utgjør en betydelig del av det polikliniske tilbudet. Det skal rapporteres til departementet hvordan dette er fulgt opp, innen utgangen av 15. november 2015.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 2: Brev og rapport til sak 2 om de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister

2.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet

2.2 Statsrådens svar

2.3 Rapport fra utvidet kontroll om de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Ingrid Engstad Risa 22241402
Vår dato 22.09.2015 Vår referanse 2015/01454-5
Deres dato Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. revl. § 18(2)

Statsråd Bent Høie
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2015–2016).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 19. juni, og på departementets svar 18. august 2015.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Dette brevet med vedlegg er også sendt per e-post. Vi ber vennligst om å få svar tilsendt både per post og per e-post til postmottak@riksrevisjonen.no. Videre ber vi om at det elektroniske svaret sendes i word-format.

Svarfrist: 8. oktober 2015

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg

Vedlegg 2.2:



Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5
andre ledd

Deres ref

Vår ref
14/3157-

Dato
08.10.2015

Vedrørende Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 22. september med undersøkelsen av de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private avtalespesialister.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Avtalespesialistene inngår i det samlede aktørbilde som foretakene kan anvende for å løse "sørge for"-ansvaret.

Riksrevisjonen finner at tilgangen til avtalespesialister ikke bidrar gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester. Funnet baseres på forbruk av polikliniske helsetjenester og er korrigert for demografiske forskjeller. Tilbudet av spesialisthelsetjenester ytes av forskjellige aktører, herunder avtalespesialister. Det er i tråd med regjeringens politikk at avtalespesialistene, sett i sammenheng med øvrige aktører, skal anvendes til å løse "sørge for"-ansvaret i tråd med formålet til spesialisthelsetjenesteloven. Avtalespesialistene er som oftest etablert i tettbygde strøk. Dette er viktig slik at avtalespesialistenes tid blir brukt fullt ut.

Riksrevisjonen finner at de regionale helseforetakene ikke utnytter sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester. Riksrevisjonen peker i denne sammenhengen på at de regionale helseforetakene ikke praktiserer den inngåtte rammeavtale likt og mener at klarere vilkår for når ledige hjemler kan omdisponeres vil kunne gi partene en mer enhetlig forståelse for mulighetsrommet og dermed en mer lik praktisering av bestemmelsen om omdisponering. I foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2015 ble det bl.a. protokollert at de regionale helseforetakene skal "gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene med sikte

på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og reforhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016".

Riksrevisjonen finner at de regionale helseforetakene i varierende grad følger opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet. Riksrevisjonen peker i denne sammenheng på at de regionale helseforetakene har liten informasjon om og hvordan avtalespesialistene prioriterer pasienter. Det vises også til at enkelte avtalespesialister har enten relativt lav eller relativt høy aktivitet målt i forhold til de normtall for aktivitet som foreligger for avtalespesialistene. Etter Riksrevisjonens mening kunne de regionale helseforetakene bl.a. anvendt Norsk pasientregister på en bedre måte for å følge opp avtalespesialistenes aktivitet og kvalitet. Riksrevisjonen peker samtidig på at de regionale helseforetakene i liten grad bruker de sanksjonsmuligheter som ligger i gjeldende rammeavtale.

Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å planlegge et pilotprosjekt sammen med de regionale helseforetakene, Den norske legeforening og Norsk Psykologforening knyttet til avtalespesialisters vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter. De fleste pasienter som venter på undersøkelse/behandling venter på poliklinisk time. Avtalespesialistene utgjør en stor andel av poliklinisk kapasitet innen flere fagområder. De regionale helseforetakene ble gjennom Oppdragsdokument 2015 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 119 S (2014-2015) bedt om å vurdere hvordan videreutvikling av samarbeidsmodeller mellom avtalespesialister og helseforetak kan redusere ventetidene, særlig innen fagområder med mange ventende og betydelig innslag av avtalespesialister. Det skal rapporteres til departementet hvordan dette er fulgt opp innen utgangen av 15. november 2015.

Riksrevisjonens anbefalinger knyttet til de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister (avtalespesialister) vil følges opp i den allerede pågående prosess som tar sikte på å utvikle ordningen i tråd med regjeringens politiske plattform. Jeg vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene og ved behov gjennom styringen av Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater.

Med hilsen

Bent Høie

Vedlegg 2.3: Rapport fra utvidet kontroll om de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

En del av det polikliniske helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten utføres av avtale-spesialister. Dette er private lege- og psykologspesialister de regionale helseforetakene (RHF-ene) har inngått driftsavtale med. Som en del av det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester skal avtalespesialistene bidra til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

To rammeavtaler regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene. Parter i avtalene er henholdsvis de regionale helseforetakene og Den norske legeforening (Legeforeningen), og de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening (Psykologforeningen). Rammeavtalene legger grunnlaget for de regionale helseforetakenes individuelle avtaler med avtalespesialistene.

I 2014 hadde de regionale helseforetakene individuelle avtaler med nær 1500 spesialister, fordelt omtrent likt på somatikk og psykisk helsevern.¹⁷⁷ Klart flest spesialister, nær sju av ti, hadde avtale med Helse Sør-Øst RHF, mens færrest, 5 prosent av spesialistene, hadde avtale med Helse Nord RHF.¹⁷⁸ Avtalespesialistenes aktivitet¹⁷⁹ utgjorde 28 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og 23 prosent innen psykisk helsevern for voksne i 2014. Innen noen fagområder står avtalespesialister for en betydelig andel av aktiviteten, som innen øyefaget, der de i 2014 sto for to tredeler.¹⁸⁰ I den politiske plattformen for regjeringen er det nedfelt at regjeringen vil øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer.¹⁸¹

Avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende, og i 2014 mottok de nær 3,2 mrd. kroner fra staten fordelt på nær 1 mrd. i driftstilskudd fra regionale helseforetak¹⁸² og 2,2 mrd. i refusjoner fra folketrygden.¹⁸³ I tillegg kommer egenandeler fra pasientene.

Avtalespesialistene er konsentrert i de sentrale områdene av landet, blant annet i hovedstadsområdet og andre store byer,¹⁸⁴ noe som gir en risiko for at de ikke godt nok bidrar til et geografisk likeverdig helsetilbud.

Det følger av rammeavtalene at spesialistenes individuelle avtaler er livslange.¹⁸⁵ I tillegg skal de regionale helseforetakene ifølge rammeavtalene videreføre ledige legehjemler dersom det fortsatt er behov for hjemlene.¹⁸⁶ Dette gir både en risiko for at de regionale helseforetakene ikke har tilstrekkelig fleksibilitet til å kunne tilpasse

177) Norsk pasientregister 2015: Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014, s. 9 og 22.

178) Statistisk sentralbyrå 2015: Spesialisthelsetjenesten, 2014.

179) Aktivitet er kontakter mellom spesialist og pasient som er kodet som spesialistkontakter, inkludert lysbehandling for somatikk. Se vedlegg 1 s. 37 og vedlegg 9 s. 41 i *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014* (Norsk pasientregister 2015) for en omtale av hvilke typer kontakter som ikke er med.

180) Norsk pasientregister 2015: Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014, s. 8.

181) Politisk plattform for regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet 2013, s. 44.

182) Opplysninger fra de regionale helseforetakene.

183) Opplysninger fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

184) Helse Sør-Øst 2014: Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020, s. 18.

185) Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og Den Norske Legeforening om avtalepraksis for legespesialister (heretter kalt Rammeavtale med Legeforeningen) og rammeavtale mellom de regionale helseforetak og de regionale helseforetak og Norsk Psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi (heretter kalt Rammeavtale med Psykologforeningen), begge § 10.2.

186) Rammeavtale med Legeforeningen § 11.2.

bruken av avtalespesialister etter behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester, og en risiko knyttet til å sikre en jevnere geografisk fordeling av helsetjenestene.

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2007–2008) at de regionale helseforetakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene var mangelfull, og at de i liten grad hadde oversikt over avtalespesialistenes faktiske prioriteringer. Videre pekte Riksrevisjonen på at flere av regionene ikke hadde oversikt over kapasitet, ventetid og epikrisetid hos avtalespesialistene, og at de regionale helseforetakene mente det var vanskelig å måle kvaliteten på avtalespesialistenes tjenester. En revisjon som internrevisjonen i Helse Vest RHF har gjennomført, viser at det regionale helseforetaket kunne fulgt opp bedre at avtalespesialistene oppfyller krav som stilles i avtalene, blant annet til produksjon.¹⁸⁷

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere hvordan de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å oppfylle sørge for-ansvaret.

Undersøkelsens formål belyses gjennom følgende problemstillinger:

- 1 I hvilken grad bidrar bruk av avtalespesialistene til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester?
- 2 I hvilken grad utnytter de regionale helseforetakene sitt handlingsrom til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester?
- 3 I hvilken grad følger de regionale helseforetakene opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og kvalitet på helsetilbudet?

1.3 Revisjonskriterier

Krav til likeverdig helsetilbud av god kvalitet

Et av formålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.¹⁸⁸ Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester, har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet med videre. Tilbudslighet knyttet til pasientenes bosted er en målsetting for norsk helsevesen. Tiltak som kan bidra til å fremme denne målsettingen, er blant annet å stimulere spesialister til å etablere seg utenfor de sentrale delene av landet.¹⁸⁹

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) omtales avtalespesialistene som viktige bidragsytere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten.¹⁹⁰ I komiteens innstilling vises det til at det er forholdsvis stor variasjon i den geografiske fordelingen av avtalespesialistene, og at foretakene må vurdere når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister eller ambulerende spesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske tjenester lokalt.¹⁹¹

187) Internrevisjonen i Helse Vest RHF 2012: Oppfølging av private avtalespesialister i Helse Vest, s. 33.

188) Lov 1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1.

189) Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, punkt 4.1.4, jf. Innst. O. nr. 65 (1998–99).

190) Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*, s. 78, jf. Innst. 422 S (2010–2011) kapittel 2.5.3.

191) Innst. 422 S (2010–2011) kapittel 2.5.3.

Krav til regionale helseforetaks styring for å ivareta "sørge for-ansvaret"

De regionale helseforetakene har et "sørge for-anvar" for spesialisthelsetjenester til befolkningen.¹⁹² Dette innebærer at de regionale helseforetakene skal framskaffe best mulig helsetjenester innen de tildelte ressursene i forhold til behovet i helseregionen.¹⁹³ Sørge for-ansvaret innebærer at de regionale helseforetakene må utøve en overordnet organisering og styring, slik at helsetjenestene som tilbys og ytes, er forsvarlige.

De regionale helseforetakene har ansvar for at helsetjenestetilbudet organiseres i samsvar med overordnede fordelingspolitiske mål. De må blant annet sørge for at de alminnelige prinsippene for prioritering av helsetjenester følges i helsetjenesten. Dette innebærer at pasientene gis lik tilgang til helsetjenester. Videre følger det av forsvarlighetsprinsippet og av forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp at de alvorligst syke skal prioriteres først. Dette er grunnleggende krav som må oppfylles uavhengig av hvordan de regionale helseforetakene velger å organisere tilbudet i helseregionen.¹⁹⁴

De regionale helseforetakene har ansvar for å analysere og planlegge hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. I dette ligger blant annet at det regionale helseforetaket har oversikt over behov og tilbud for helsetjenestene, og at de har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. En forutsetning for å kunne analysere, planlegge og styre er at det regionale helseforetaket har tilstrekkelig informasjon om helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.¹⁹⁵ Det er en overordnet målsetting at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak (private avtalespesialister) skal bidra til å oppfylle "sørge for-ansvaret". Ved valget mellom å yte tjenestene selv eller å inngå avtaler med andre tjenesteytere om levering av tjenestene, må det regionale helseforetaket legge vekt på hvilke løsninger som på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet.¹⁹⁶ Likhetsverdier, pasienters stilling og rettigheter til helsetjenesten, målet om høy kvalitet, samt god ressursutnyttelse skal prege de regionale helseforetakenes disposisjoner og prioriteringer.¹⁹⁷ Det er en forutsetning for god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten at de regionale helseforetakene sikrer at det er et godt samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.

I henhold til helseforetaksloven § 28 hører forvaltningen av foretaket til under styret, som blant annet skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det framgår av merknadene til § 28 at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.¹⁹⁸

Det legges med dette til grunn at de regionale helseforetakene må ha informasjon om hvorvidt avtalespesialistene har tilstrekkelig produksjon og kvalitet på tjenestene disse tilbyr, og at de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister som ikke har tilstrekkelig produksjon og kvalitet.

192) Lov 1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a første og sjetle ledd.

193) Innst. O. nr. 118 (2000–2001) 1.2.10 jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m, punkt 8.12.

194) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. punkt 8.12, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

195) Lov 1999-07-02-61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a første og sjetle ledd.

196) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m., punkt 5.4.4, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

197) Ot.prp. nr.66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m, punkt 7, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

198) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m., punkt 8, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001).

1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved analyse av data fra Norsk pasientregister (NPR), gjennom spørrebrev og e-post til RHF-ene, gjennom dokumentgjennomganger og gjennom intervju med de regionale helseforetakene og representanter for NPR.

1.4.1 Statistiske analyser

For å vurdere om avtalespesialister bidrar til et geografisk likeverdig og tilgjengelig poliklinisk spesialisthelsetilbud, er avtalespesialistenes lokalisering og befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester i 2014 analysert gjennom data fra NPR. Data fra NPR er også brukt for å kartlegge avtalespesialistenes aktivitet i 2014.

Innen somatikk er de fire fagområdene der avtalespesialistene har flest konsultasjoner, analysert.¹⁹⁹ Dette er fagområdene øye, øre-nese-hals, hud og gynekologi, som til sammen sto for åtte av ti konsultasjoner hos avtalespesialister i 2014.²⁰⁰ I tillegg er konsultasjoner innen psykisk helse analysert. Her er det ikke mulig å skille mellom konsultasjoner innen psykologi og psykiatri for data fra distriktpsikiatriske sentre (DPS) og voksenpsykiatriske poliklinikker. Samlet forbruk av psykisk helse består derfor av tre kategorier: avtalepsykologer, avtalepsykiatere, samt DPS / voksenpsykiatrisk poliklinikk.²⁰¹

Geografiske områder er sammenlignet på to ulike måter:

- Helseforetakene i hver helseregion er sammenlignet.
- Kommunetyper innad i én helseregion er sammenlignet, etter kommunens sentralitet. Kommunene deles inn i fire kommunetyper: minst sentrale kommuner, mindre sentrale kommuner, noe sentrale kommuner og sentrale kommuner.²⁰²

Forbruksrater

Forbruksrater viser antall konsultasjoner hos avtalespesialister og ved poliklinikker per 1000 innbyggere. Ved beregning av forbruksrater innen gynekologi er menn utelatt, både i antall konsultasjoner og i befolkningstallene. Forbruksrater for psykisk helse gjelder bare befolkningen som er 18 år og eldre. Forbruksrater har tatt utgangspunkt i pasientens bostedskommune, og ikke kommunen der forbruket har funnet sted.

For å ta høyde for ulik befolkningssammensetning i kommunene, er forbruksratene justert for alders- og kjønnsammensetningen i kommunene.

Undersøkelsen legger til grunn at geografiske forskjeller i forbruksrater viser geografiske forskjeller i tilgjengelighet. Andre analyser av befolkningens bruk av helse-tjenester viser at nærhet til helsetjenester øker forbruket.²⁰³ Forskjeller i bruken av

199) Konsultasjoner tilsvarer kontakter mellom spesialist og pasient som er kodet som spesialistkontakter, inkludert lysbehandling for somatikk. Se vedlegg 1 s. 37 og vedlegg 9 s. 41 i *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014* (Norsk pasientregister 2015) for en omtale av hvilke typer kontakter som ikke er med.

200) Norsk pasientregister 2015: Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014, s. 10.

201) De aller fleste polikliniske konsultasjoner innen psykisk helse foregår ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det er imidlertid enkelte poliklinikker for voksne som også er inkludert i datasettet. Pasienter under 18 år utgjør bare 4 prosent av aktiviteten til avtalespesialister, og er utelatt fra undersøkelsen (side 23, Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014, Norsk pasientregister).

202) Inndelingen er basert på Statistisk sentralbyrås definisjon av sentralitet, som tar hensyn til reiseavstand til nærmeste tettsted. Med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet sett i forhold til tettsteder av ulik størrelse. Tettstedene deles i fire nivåer etter folketall og tilbud av funksjoner. Tettsteder på nivå 3 er landsdelssentrene (eller et folketall på minst 50 000), nivå 2 har et folketall mellom 15 000 og 50 000, nivå 1 har et folketall mellom 5 000 og 15 000, og nivå 0 har et folketall opp til 5000 innbyggere. For å beskrive de mulighetene befolkningen i en kommune har for arbeidsreiser til ett eller flere av disse tettstedene, har man delt inn kommunene i fire sentralitetsnivåer (0–3). En oversikt over hvilke kommuner som hører til de ulike kategoriene, finnes her: <http://stabas.ssb.no/CorrTabFrames.asp?ID=9101563&Language=nb>.

203) SKDE 2012: Kontraster i befolkningens bruk av polikliniske tjenester i Helse Nord 2010, SKDE-rapport 3/2012 og Hagen, Terje P. 2009: Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram. Skriftserie 2009.

helsetjenester gjenspeiler altså ikke nødvendigvis bare forskjeller i behov, men kan også skyldes forskjeller i tilgjengelighet.

For å vurdere hvorvidt forbruket av avtalespesialister bidrar til å redusere geografiske forskjeller i samlet forbruk innen ett og samme fagfelt, er det gjennomført analyser av spredningen i forbruket innenfor hvert regionale helseforetak, med kommunetype eller helseforetak som enhet.

Analysene er gjennomført ved å analysere endringer i to ulike spredningsmål: standardavvik og Gini-koeffisient.²⁰⁴

For å kunne sammenligne ulike størrelser er spredningsmålene gjort relative ved å dividere på gjennomsnittet av forbruket. Avtalespesialistenes bidrag til et jevnere geografisk fordelt forbruk er analysert ved å sammenligne spredning i forbruk av poliklinikk med spredning i forbruk av både avtalespesialister og poliklinikk. En reduksjon i spredningsmålene (standardavvik og Gini-koeffisient) vil gi en indikasjon på om forskjellene innad i et regionalt helseforetak minskes, og hvorvidt bruken av avtalespesialistene dermed har en utjevnende effekt. En økning i spredningsmålene indikerer at avtalespesialistene forsterker geografiske forskjeller.

Dekningsgrad

Dekningsgraden viser antall årsverk for avtalespesialister per 100 000 innbyggere, og har tatt utgangspunkt i kommunen der spesialisten har sin praksis. Årsverk er beregnet ut fra hjemmelsstørrelse, slik at en 100 prosent hjemmel tilsvarer ett årsverk.

1.4.2 Spørrebrev, e-post, dokumentgjennomgang, intervju

Gjennom spørrebrev og e-post til de fire regionale helseforetakene er det kartlagt i hvilken grad de i 2010–2014 har utnyttet sitt handlingsrom for å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester. I tillegg er det undersøkt hvordan de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialistenes helsetilbud. For Helse Sør-Øst RHF er data i hovedsak fra årene 2012–2014.²⁰⁵ For å få utdypende informasjon er det i tillegg gjennomført intervjuer med de regionale helseforetakene. Videre er det gjennomført intervju med Norsk pasientregister for å få informasjon om hvilke data pasientregisteret samler inn.

Handlingsplaner for forvaltningen av regionens avtalespesialister og relevante styresaker er gjennomgått, blant annet for å få informasjon om hvilke analyser de regionale helseforetakene baserer sin forvaltning av avtalespesialistordningen på. I tillegg er de to rammeavtalene gjennomgått for å få kunnskap om hvilke muligheter rammeavtalene gir de regionale helseforetakene for forvaltningen av ordningen med avtalespesialister.

204) Gini-koeffisient er et mål for statistisk spredning. Koeffisienten angis som en tallverdi fra 0 til 1, hvor 0 i dette tilfellet indikerer at helseforetakene eller kommunetypene har nøyaktig like høy forbruksrate, mens tallverdien 1 indikerer at ett helseforetak eller en kommunetype har all forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester og de andre helseforetakene eller kommunetypene ingen forbruk.

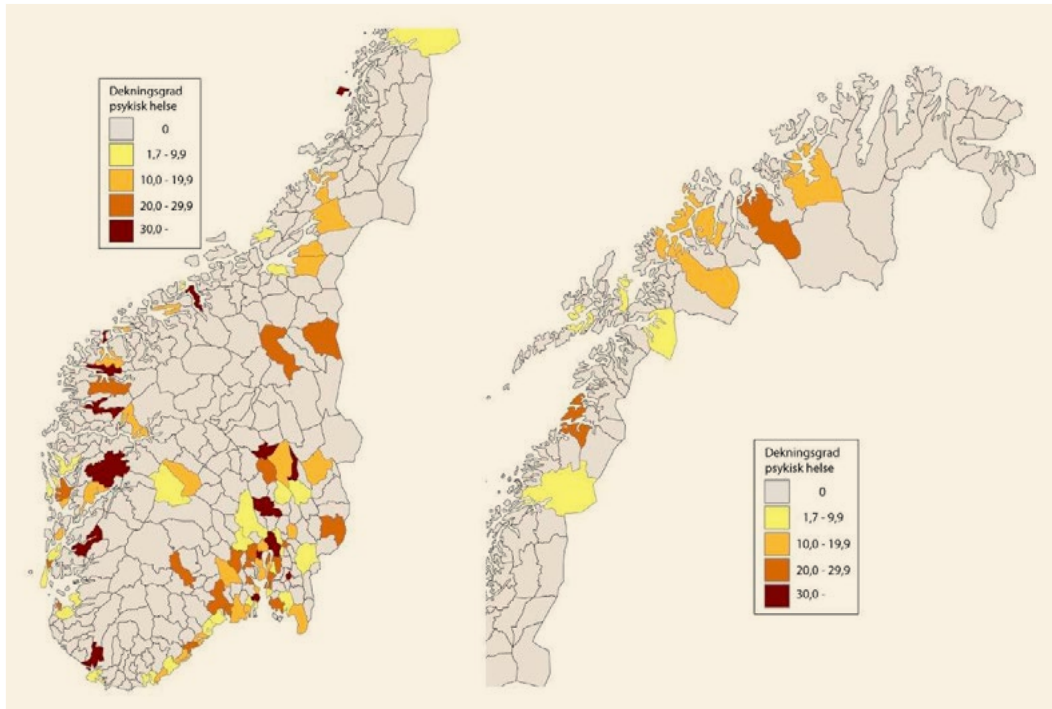
205) Helse Sør-Øst RHF har primært hatt oversikt over denne perioden.

2 Resultat av undersøkelsen

2.1 I hvilken grad bidrar bruk av avtalespesialistene til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester?

2.1.1 Avtalespesialisters lokalisering

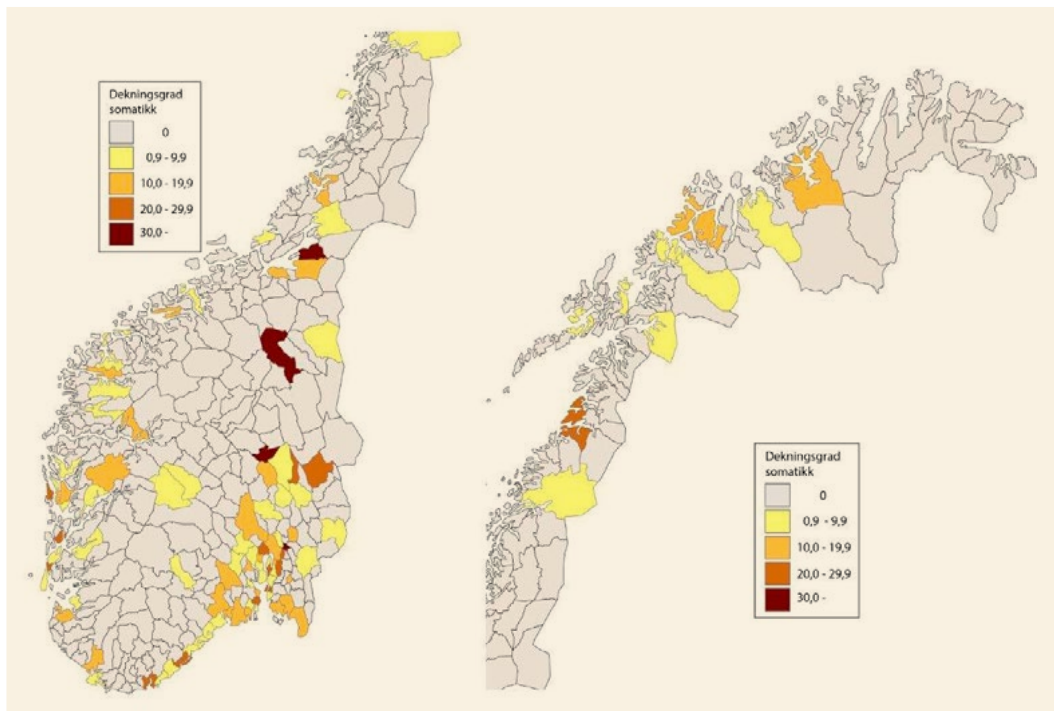
Figur 1 Dekningsgrad* for avtalespesialister. Psykisk helse. 2014. (Antall årsverk per 100 000 innbyggere)**



- * Dekningsgrader er beregnet på bakgrunn av avtalespesialistenes hjemmelstørrelse. 100 prosent hjemmel tilsvarer ett årsverk. Selv om en avtalespesialist har en deltidshjemmel, kan vedkommende likevel jobbe tilsvarende 100 prosent. Hjemmelstørrelsen avgjør bare hvor mye driftstilskudd avtalespesialisten får fra det regionale helseforetaket, ikke hvor mye vedkommende faktisk jobber. Oversikten over årsverk og dekningsgrad tar utgangspunkt i hjemmelstørrelsen. Det betyr at den reelle størrelsen i samlet årsverk og dekningsgrader kan være noe større enn figurene viser.
- ** I tegnforklaringen starter gul kategori på 1,7 fordi dette er den laveste dekningsgraden blant de kommunene som har avtalespesialister innen psykisk helsevern i 2014.

Kilde: Norsk pasientregister

Figur 2 Dekningsgrad for avtalespesialister. Somatikk. 2014. (Antall årsverk per 100 000 innbyggere)*

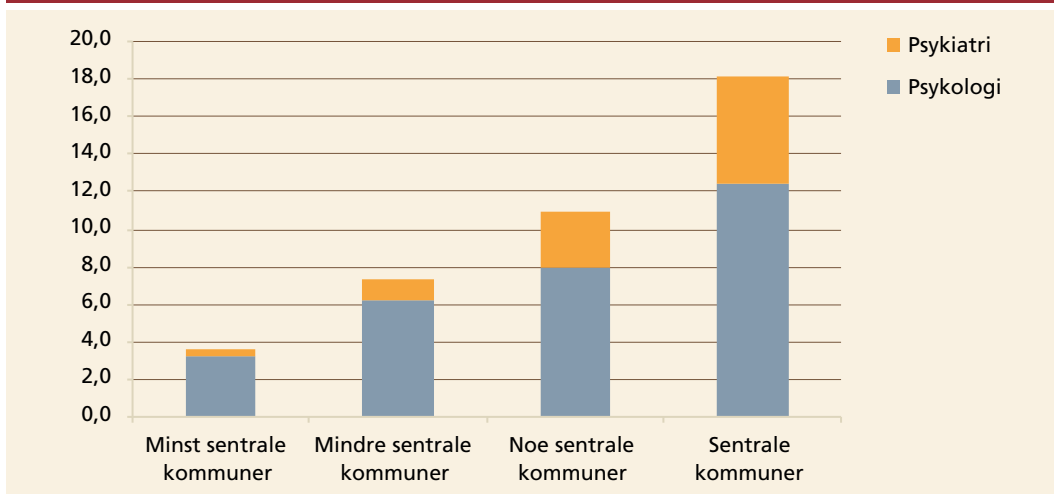


* I tegnforklaringen starter gul kategori på 0,9 fordi dette er den laveste dekningsgraden blant de kommunene som har avtalespesialister innen somatikk i 2014.

Kilde: Norsk pasientregister

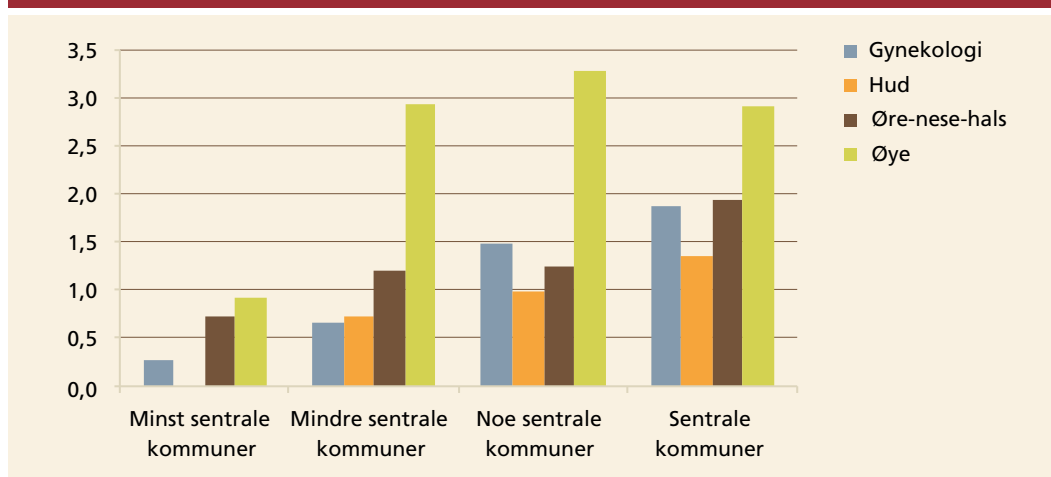
Figur 1 og 2 viser at avtalespesialister særlig er lokalisert på det sentrale østlandet, mens det i det store flertallet av norske kommuner ikke finnes avtalespesialister. Kommuner med særlig høy dekning er spredt i de sørlige deler av landet. En del av disse er kommuner med få innbyggere hvor bare én-to avtalespesialister gir høy dekningsgrad.

Figur 3 Dekningsgrad for avtalespesialister etter sentralitet. Psykisk helse. Hele landet. 2014. (Antall årsverk per 100 000 innbygger 18 år og over)



Kilde: Norsk pasientregister

Figur 4 Dekningsgrad for avtalespesialister etter sentralitet. Somatikk. Hele landet. 2014.
(Antall årsverk per 100 000 innbygger 18 år og over)



Kilde: Norsk pasientregister

At avtalespesialistene hovedsakelig er lokalisert i de mer sentrale delene av landet illustreres også i figur 3 og 4. Dekningsgraden er gjennomgående høyere i mer sentrale kommunene enn i mindre sentrale kommuner. Dette gjelder for alle fagområder i alle de regionale helseforetakene.

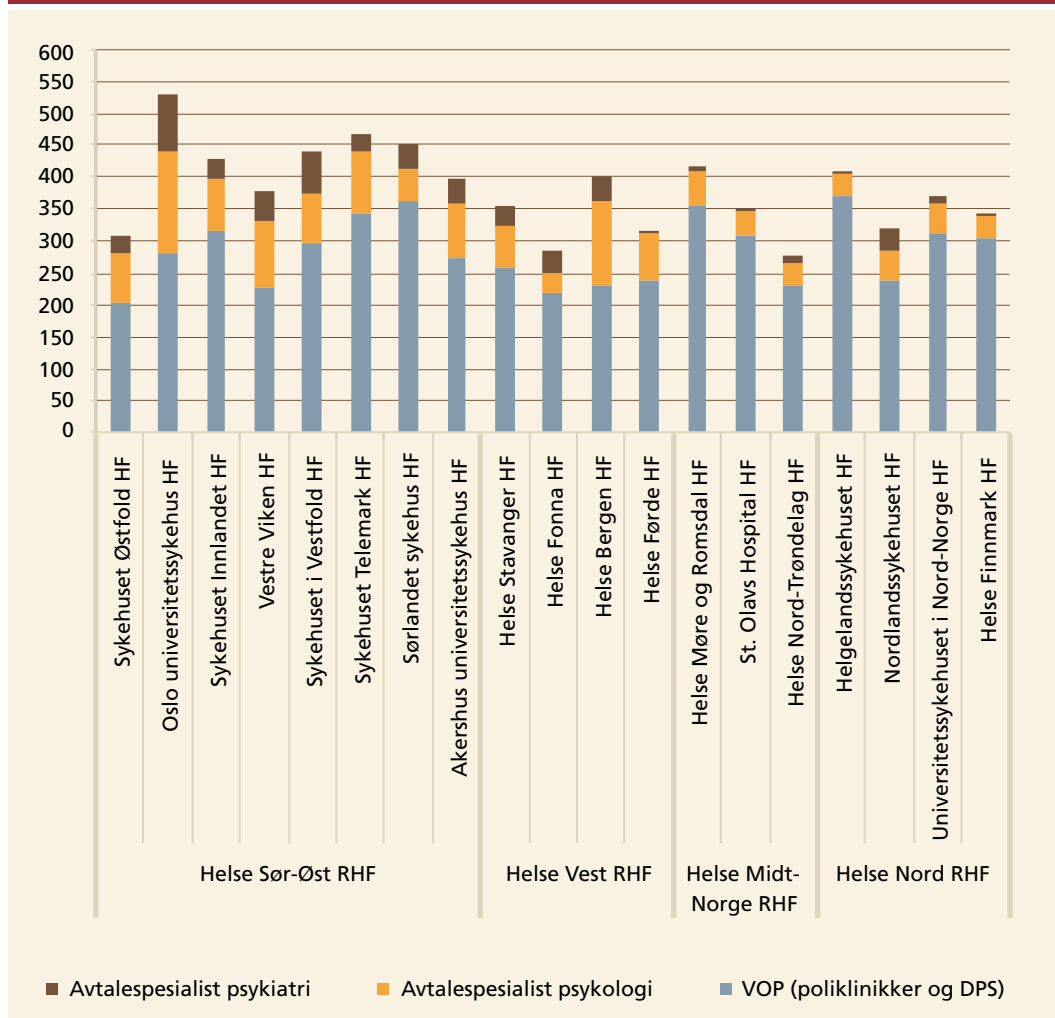
Avtalespesialistenes lokalisering kan delvis forklares med historiske forhold. Etter at staten overtok spesialisthelsetjenesten og forvaltningen av avtalespesialistordningen i 2002, videreførte de regionale helseforetakene fordelingen av avtalespesialistenes hjemler. En annen forklaring på avtalespesialistenes lokalisering er at de private avtalespesialistene er avhengig av et visst pasientgrunnlag for å drive en praksis. Alle de regionale helseforetakene forteller i intervju om problemer med å rekruttere spesialister til områder som er mindre sentrale.

Avtalespesialistene behandler også pasienter i andre kommuner enn der de selv er lokalisert. Det betyr at forbruket av avtalespesialister kan skje i en annen kommune enn der spesialistene er lokalisert.

2.2 Befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester

Psykisk helsevern

Figur 5 Antall konsultasjoner innen psykisk helsevern per 1000 innbyggere 18 år og over, etter regionalt helseforetak og helseforetak. Avtalespesialister og poliklinikker/DPS. Kjønn- og aldersjusterte rater. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Figur 5 viser at den samlede bruken av polikliniske spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern varierer mellom helseforetakene, og det er til dels store forskjeller mellom helseforetakene innad i én og samme region. Befolkningen som sogner til Oslo universitetssykehus HF, har det høyeste forbruket innen psykisk helsevern i hele landet. Helseundersøkelser viser at innbyggere i Oslo har en høyere forekomst av symptomer på angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser enn innbyggere fra andre deler av landet.²⁰⁶ Det høye forbruket i Oslo universitetssykehus HF kan derfor delvis skyldes at det faktisk er større behov for helsetjenesten blant befolkningen her.

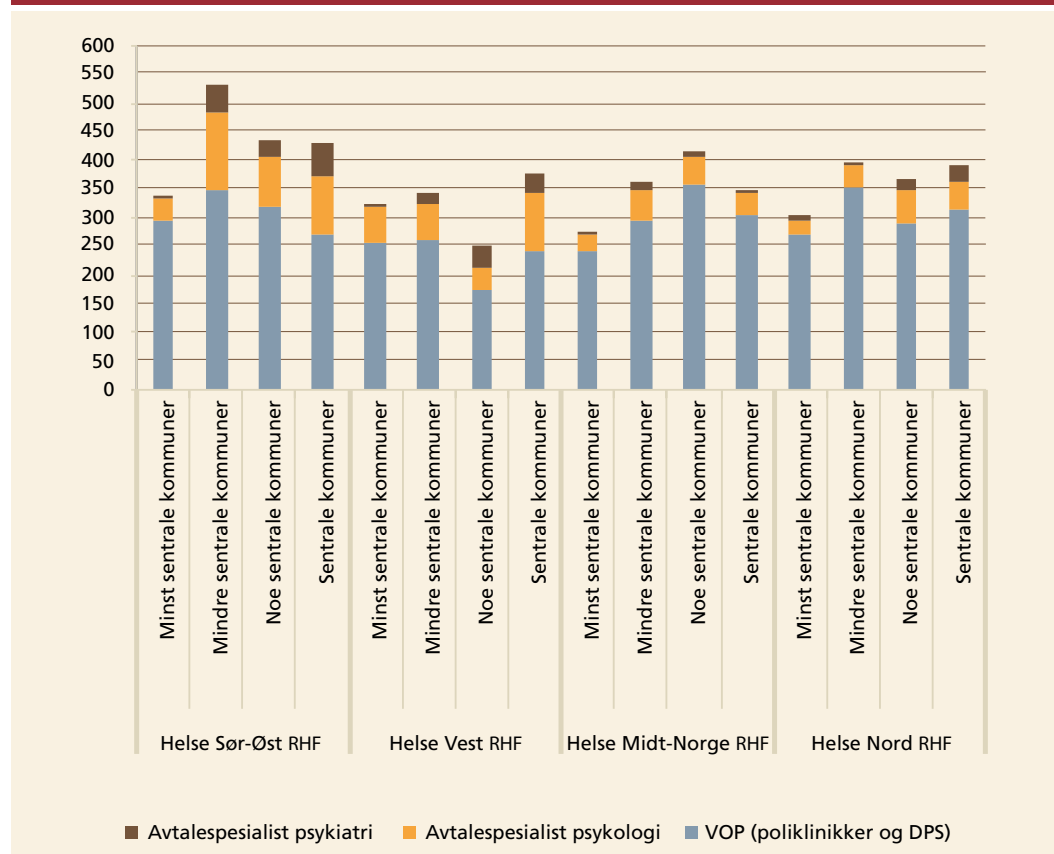
Analysen²⁰⁷ viser at forbruket av avtalespesialister bidrar til at forbruket innen psykisk helsevern blir noe jevnere fordelt mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, men forskjellene er fortsatt store, særlig i Helse Sør-Øst RHF.

206) Marit Rognerud og Arne Holte 2004: Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykkelighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse Øst og resten av landet.

207) Se punkt 1.4.1 for en beskrivelse av analysen av avtalespesialistenes bidrag til en reduksjon av variasjonen i forbruk.

I Helse Vest RHF er forbruket av DPS/poliklinikk (blå stolper) i utgangspunktet jevnt, mens forbruk av avtalespesialister bidrar til å *skape* forskjeller mellom helseforetakene. I Helse Midt-Norge RHF bidrar forbruket av avtalespesialistene verken til større eller mindre forskjeller i forbruket av polikliniske helsetjenester innen psykisk helsevern.

Figur 6 Antall konsultasjoner innen psykisk helsevern per 1000 innbyggere 18 år og over, etter regionalt helseforetak og sentralitet: Avtalespesialister og poliklinikker/DPS. Kjønn- og aldersjusterte rater, 2014

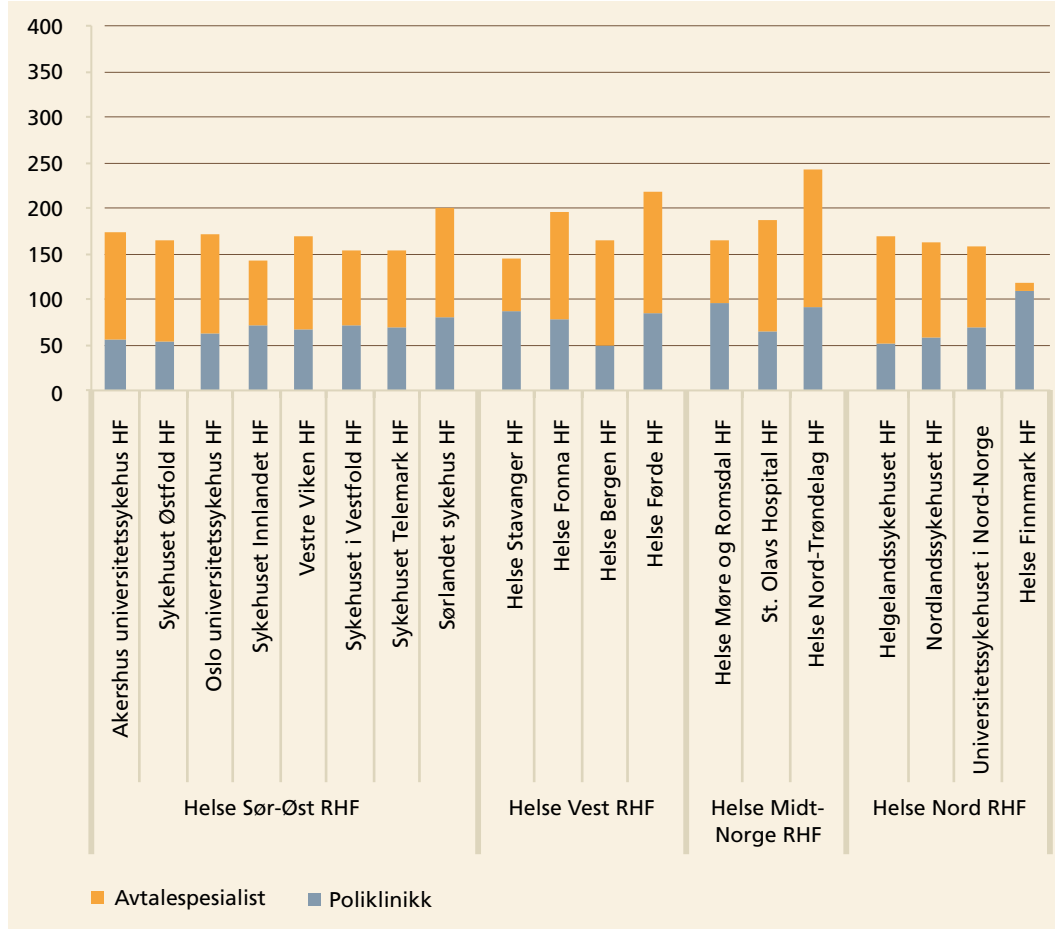


Kilde: Norsk pasientregister

Figur 6 viser at befolkningens totale forbruk av psykiske helsetjenester i hovedtrekk er lavest i de minst sentrale kommunene. Kommunene i de tre andre kategoriene (mindre sentrale, noe sentrale og sentrale) har et jevnere forbruk seg imellom.

Analysen viser at forbruket av avtalespesialister ikke bidrar til at forbruket innen psykisk helsevern blir jevnere fordelt mellom sentrale og mindre sentrale kommuner i noen av de regionale helseforetakene. I Helse Sør-Øst RHF *forsterker* forbruket av avtalespesialister forskjellene i forbruket av psykiske helsetjenester mellom de minst sentrale kommunene og de øvrige kommunene i regionen.

Figur 7 Antall konsultasjoner innen øyefaget per 1000 innbyggere, etter regionalt helseforetak og helseforetak. Avtalespesialister og poliklinikk. Kønns- og aldersjusterte rater, 2014

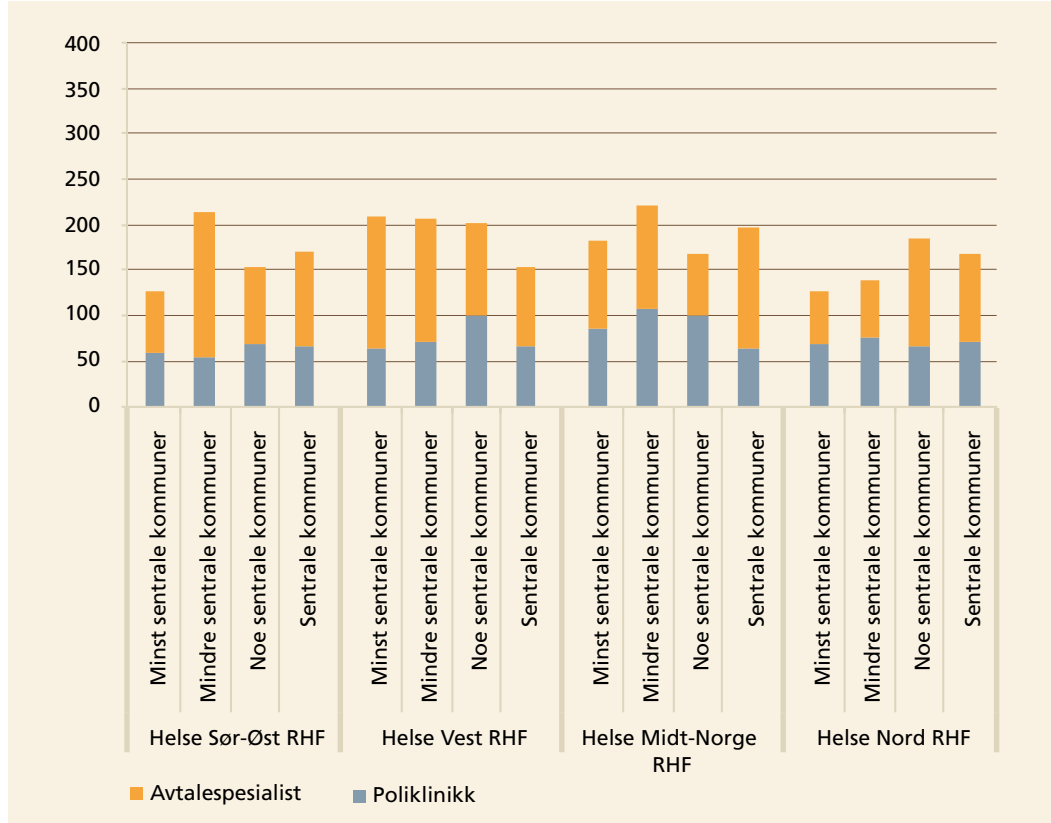


Kilde: Norsk pasientregister

Figur 7 viser at det totale forbruket av polikliniske tjenester innen øyefaget varierer mellom helseforetakene, der befolkningen bosatt i Helse Nord-Trøndelag HF's opptaksområde har en over dobbelt så høy forbruksrate som befolkningen bosatt i Helse Finnmark HF's opptaksområde.

Analysen viser at bruken av avtalespesialister bidrar til å redusere forskjellene i forbruk mellom helseforetak i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF, mens de i noen grad forsterker forskjellene mellom helseforetak i Helse Midt-Norge RHF.

Figur 8 Antall konsultasjoner innen øyefaget per 1000 innbyggere, etter regionalt helseforetak og sentralitet. Avtalespesialister og poliklinikker. Kjønn- og aldersjusterte rater. 2014



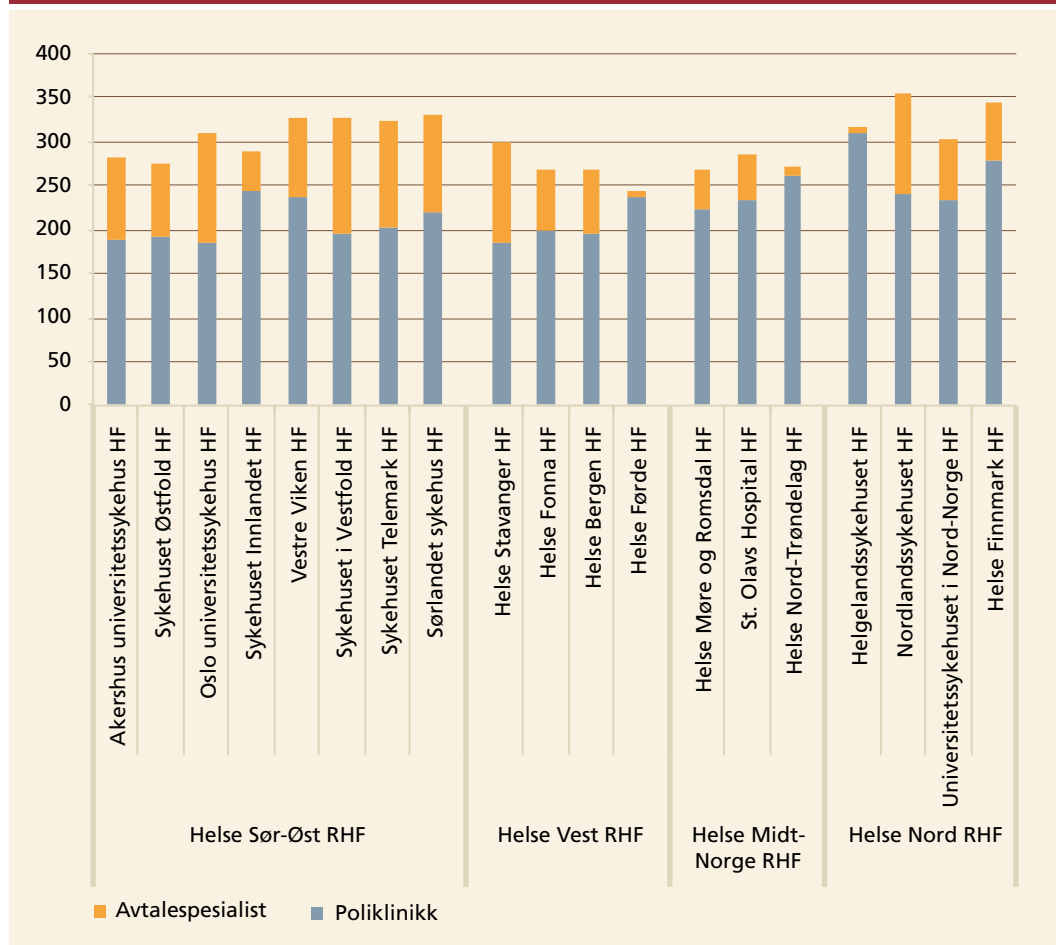
Kilde: Norsk pasientregister

Figur 8 viser at forbruket av polikliniske helsetjenester innen øyefaget varierer mellom kommunetyper, og at befolkningen i de minst sentrale kommunene i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har det laveste forbruket.

Analysen viser at bruken av avtalespesialister *ikke* virker utjevnende på forskjellene i forbruk mellom de ulike kommunetypene etter sentralitet i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Her fører forbruk av avtalespesialister til større forskjeller i det totale forbruket mellom de ulike kommunetypene. Det motsatte er tilfellet i Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF, der avtalespesialistene virker utjevnende på forskjellene i forbruk av polikliniske tjenester innen øyefaget.

Gynekologi

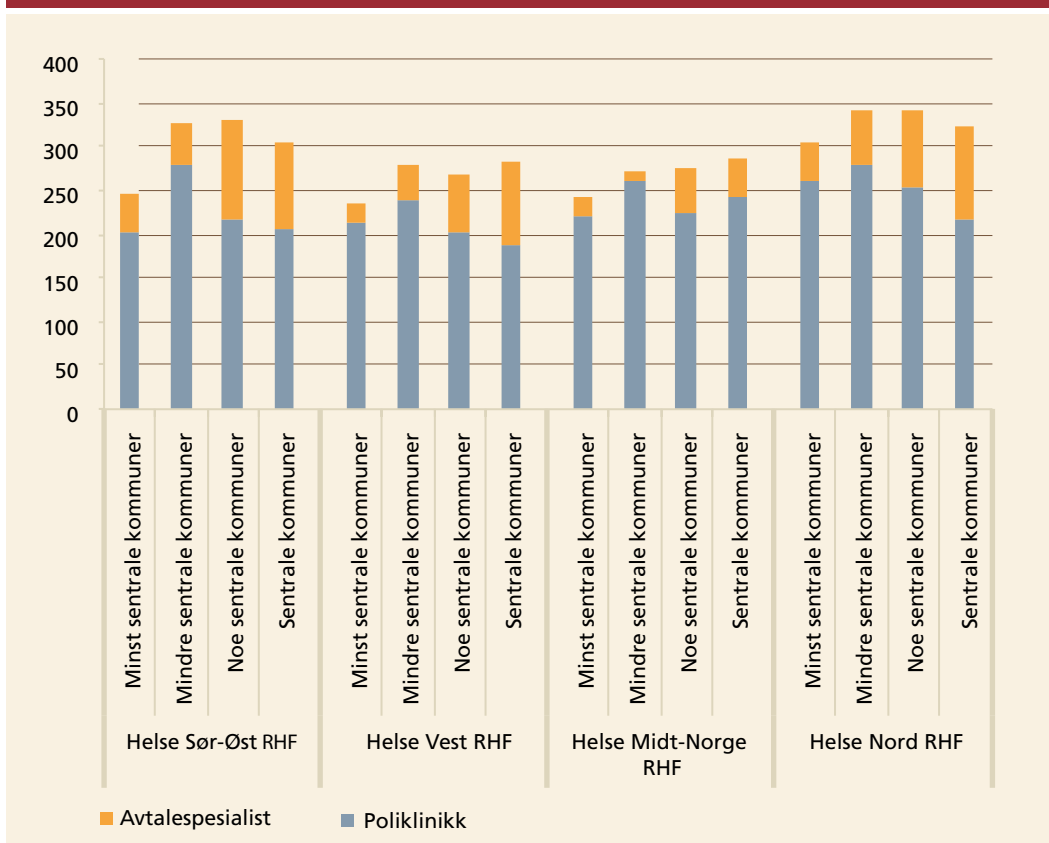
Figur 9 Antall konsultasjoner innen gynekologi per 1000 kvinner, etter regionalt helseforetak og helseforetak. Avtalespesialister og poliklinikker. Kønns- og aldersjusterte rater. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Figur 9 viser at det er relativt liten variasjon i kvinnebefolkningens bruk av polikliniske tjenester innen gynekologi når befolkningen fordeles på helseforetakenes opptaksområder. Analysen viser at forbruket av avtalespesialister bidrar til å redusere geografiske forskjeller mellom helseforetakene i alle regioner.

Figur 10 Antall konsultasjoner innen gynekologi per 1000 kvinner, etter regionalt helseforetak og sentralitet: Avtalespesialister og poliklinikker. Kønns- og aldersjusterte rater. 2014

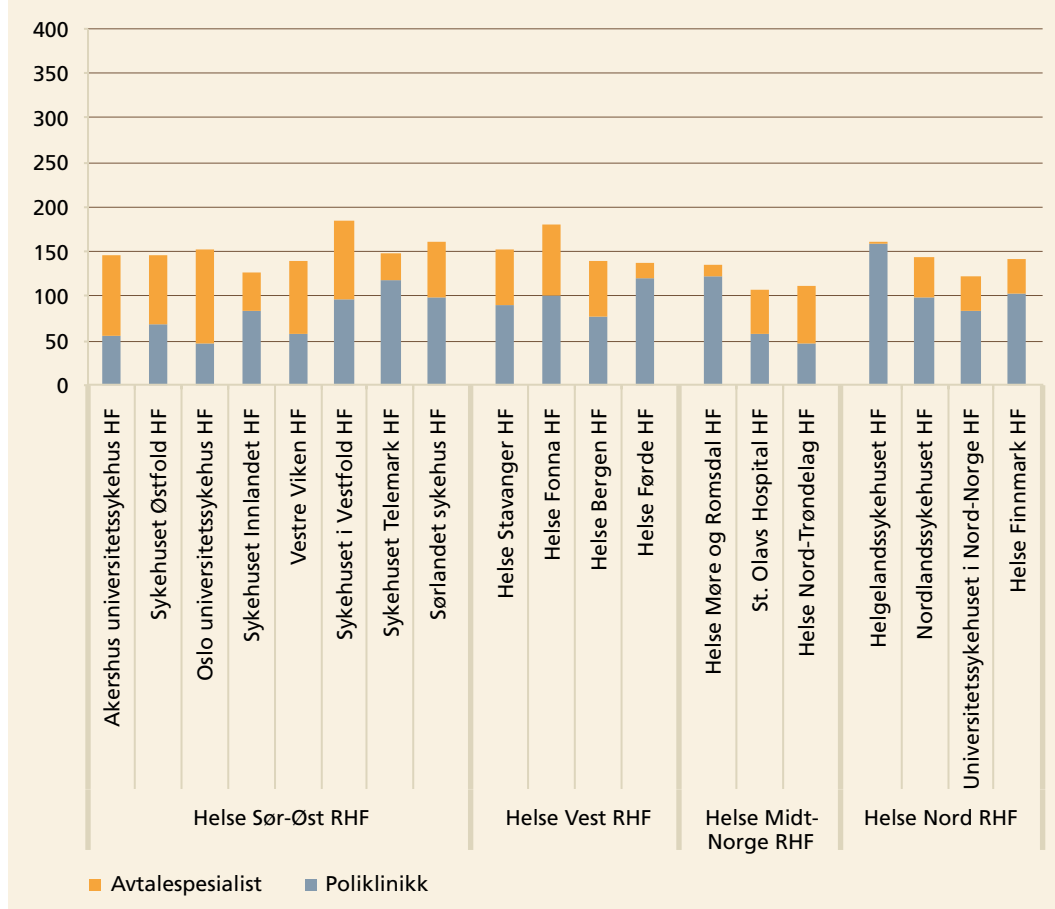


Kilde: Norsk pasientregister

Figur 10 viser at det totale forbruket av gynekologi er gjennomgående lavest i de minst sentrale kommunene i alle regionene. Analysen viser at forbruket av avtale-spesialister bidrar til å redusere forskjeller mellom kommunetyper.

Øre-nese-hals

Figur 11 Antall konsultasjoner innen øre-nese-hals per 1000 innbyggere, etter regionalt helseforetak og helseforetak. Avtalespesialister og poliklinikker. Kjønn- og aldersjusterte rater. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

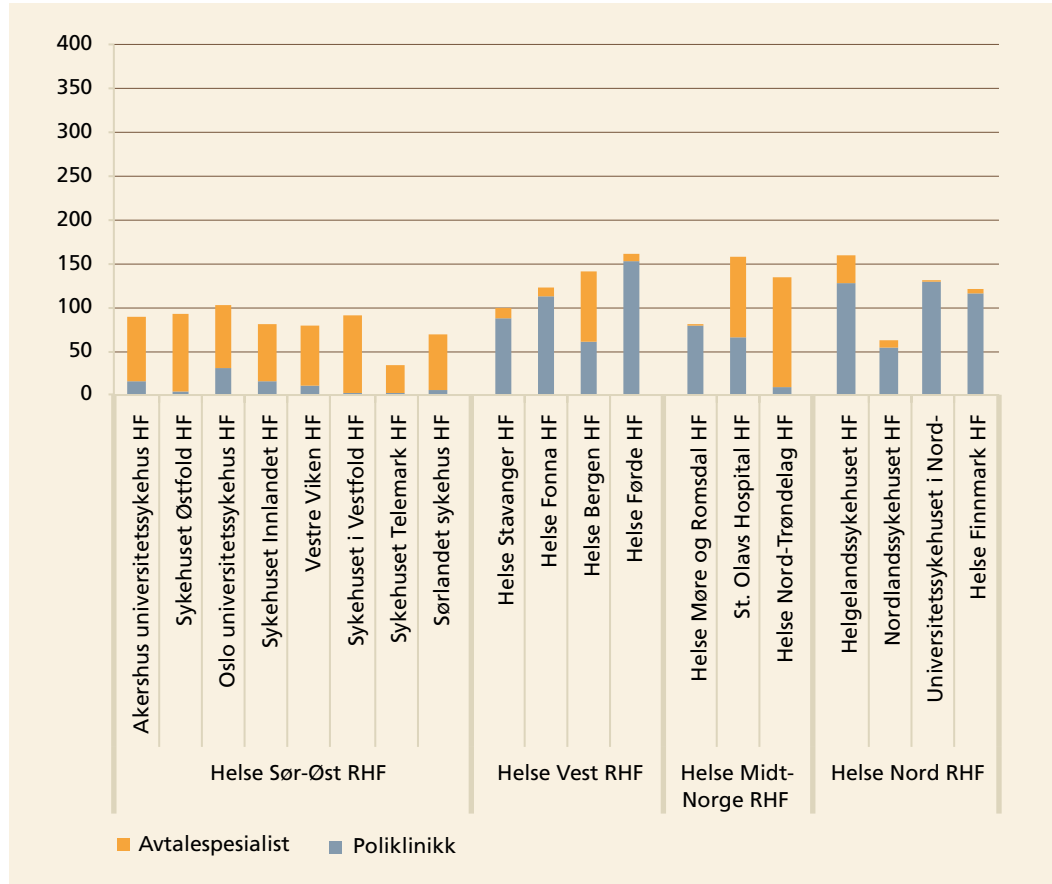
Figur 11 viser at befolkningens bruk av polikliniske tjenester totalt innen øre-nese-hals er relativt jevn mellom helseforetakene. Analysen viser at bruken av avtalespesialister bidrar til denne jevne fordelingen.

Videre viser analysen at bruken av avtalespesialistene innen øre-nese-hals også bidrar til å utjevne forskjeller mellom *sentrale* og *mindre sentrale kommuner* i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF, mens forbruk av avtalespesialister verken utjevner eller forsterker forskjeller i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.²⁰⁸ Fortsatt er forbruket av polikliniske spesialisthelsetjenester i hovedsak lavest i de minst sentrale kommunene.

208) For forbruksrater innen øre-nese-hals etter sentralitet, se vedlegg figur V1.

Hud

Figur 12 Antall konsultasjoner innen hudfaget per 1000 innbyggere, etter regionale helseforetak og helseforetak. Avtalespesialister og poliklinikker. Kønns- og aldersjusterte rater, 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Figur 12 viser at det er stor variasjon i det totale forbruket av polikliniske tjenester innen fagområdet hud mellom helseforetakene. Befolkningen bosatt i opptaksområdene med høyest forbruk (Helse Førde HF, St. Olavs Hospital HF og Helgelands-sykehuset HF) har nesten fem ganger så høyt forbruk som befolkningen bosatt i opp-taksområdene med lavest forbruk (Sykehuset Telemark HF).²⁰⁹

Analysen viser at bruken av avtalespesialister bidrar til å utjevne forskjellene i for-bruket mellom helseforetakene, unntatt mellom helseforetakene i Helse Nord RHF. Dette skyldes forbruket av avtalespesialister blant befolkningen som sogner til Helge-landssykehuset HF, som forsterker forskjellen i forbruk sammenlignet med de andre helseforetakene i Helse Nord RHF.

Figur 12 illustrerer også poenget om at til tross for at forbruket av avtalespesialister virker utjevnende, er det fremdeles store forskjeller mellom helseforetakene også i de andre regionene.

Analysen viser videre at bruken av avtalespesialister virker utjevnende på den geo-grafiske variasjonen i forbruk innen hudfaget mellom sentrale og mindre sentrale kommuner. Forbruket av polikliniske spesialisthelsetjenester er likevel i hovedsak

209) Lysbehandling er inkludert i tallene, og dette er en type behandling som kan gi et høyt antall konsultasjoner per avtale-spesialist. Hvor stor del av de geografiske forskjellene som skyldes at avtalespesialister tilbyr lysbehandling, er ikke undersøkt.

lavere i de minst sentrale kommunene sammenlignet med de mer sentrale kommunene.²¹⁰

2.3 I hvilken grad utnytter de regionale helseforetakene sitt handlingsrom til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester?

To rammeavtaler regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene. Rammeavtalene er de mest sentrale virkemidlene som de regionale helseforetakene har til å forvalte avtalespesialistordningen. Avtalene danner de formelle rammene for tildeling av avtalepraksis, oppsigelse av individuelle avtaler og for omdisponering eller videreføring av ledige avtalehjemler. Parter i avtalene er henholdsvis de regionale helseforetakene og Legeforeningen (som inkluderer psykiatere), og de regionale helseforetakene og Psykologforeningen. Avtalene ble inngått i 2006. Nye rammeavtaler framforhandles i 2015.²¹¹

I praksis medfører rammeavtalene at de regionale helseforetakene ved *endrede behov* for helsetilbud i regionen kan disponere avtalespesialistenes hjemler for å møte behovsendringer på følgende måter:

- opprette *nye* hjemler for avtalespesialister
- omdisponere *ledige* hel- eller delhjemler (for eksempel når en avtalespesialist går av med pensjon), det vil si flytte hjemmelen til andre spesialiteter eller geografiske områder, gitt vilkår i rammeavtalene²¹²
- omdisponere *eksisterende* hel- eller delhjemler ved å si opp eksisterende hjemler for å disponere hjemlene på en annen måte, gitt vilkår i rammeavtalene²¹³

2.3.1 Endring i antall årsverk for avtalespesialister

Det har vært liten endring i antall årsverk for avtalespesialister etter 2002, da de regionale helseforetakene overtok spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen. Til sammen var det 9 prosent flere årsverk i 2014 enn i 2002. I perioden 2010–2014 har de regionale helseforetakene samlet økt antall årsverk med 38, noe som tilsvarer en økning på 3 prosent.²¹⁴

2.3.2 Omdisponering av ledige helhjemler

Ifølge rammeavtalene opphører avtalespesialistenes individuelle avtaler når spesialisten blir 70 år. Det er mulig å inngå tidsbegrensede avtaler på minimum tre år dersom det finnes et særskilt, avgrenset behov. Denne muligheten har de regionale helseforetakene benyttet to ganger i perioden 2010–2014.²¹⁵ De regionale helseforetakene peker i intervju på at det i liten grad har vært et særskilt, avgrenset behov slik det kreves i avtalene. Videre viser de regionale helseforetakene til at mange praksiser krever store investeringer, noe som gjør tidsbegrensede avtaler mindre aktuelle.

Når en *legehjemmel* blir ledig, for eksempel når en avtalespesialist går av med pensjon, skal den ifølge rammeavtalen videreføres ved behov,²¹⁶ mens det regionale helseforetaket ifølge rammeavtalen avgjør hvordan en ledig *psykologhjemmel* skal benyttes.²¹⁷ Dette betyr i praksis at rammeavtalen legger sterkere føringer på å videreføre en ledig legehjemmel enn en ledig psykologhjemmel.

210) For forbruksrater innen hudfaget etter sentralitet, se vedlegg figur V2.

211) Helse- og omsorgsdepartementet 2015: Sluttokument avtalespesialistdialog, s. 2.

212) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 11.

213) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 10.4

214) Statistisk sentralbyrå 2015: Spesialisthelsetjenesten, 2014.

215) Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har i perioden 2010–2014 ved én anledning hver inngått en tidsbegrenset avtale.

216) Rammeavtale med Legeforeningen § 11.2.

217) Rammeavtale med Psykologforeningen § 11.1.

Tabell 1 Ledige hele hjemler og omdisponeringer av ledige hele hjemler i perioden 2010–2014*

	I alt		Helse Sør-Øst RHF		Helse Vest RHF		Helse Midt-Norge RHF		Helse Nord RHF	
	Lege- spesia- lister	Psyko- loger	Lege- spesia- lister	Psyko- loger	Lege- spesia- lister	Psyko- loger	Lege- spesia- lister	Psyko- loger	Leges- pesialis- ter	Psyko- loger
Ledige 100 prosent hjemler	71	57	23	34	22	10	11	5	15	8
Omdispo- nering av ledige 100 prosent hjemler	5	14	0	12	2	1	0	0	3	1

* Tallene for Helse Sør-Øst RHF gjelder årene 2013–2014.

Kilde: De regionale helseforetakene

Tabell 1 viser at de regionale helseforetakene har omdisponert ledige helhjemler for *legespesialister* relativt sjelden i perioden 2010–2014. Dette betyr at de fleste ledige hjemler har blitt videreført innen samme spesialitet og med samme lokalisering. RHF-ene har omdisponert legehjemler ved fem tilfeller, to i Helse Nord RHF og tre i Helse Vest RHF, mens det har vært 71 ledige hjemler i perioden 2010–2014.²¹⁸ Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har ikke omdisponert legehjemler i perioden.

I samme periode har det vært 57 ledige psykologhjemler. 14 av disse er omdisponert. Av disse flyttet Helse Sør-Øst RHF 12 psykologhjemler fra vest til øst i Oslo i 2014 for å bote på skjevfordelingen av psykologer i hovedstaden.

Ulik forståelse for når RHF-et kan omdisponere hele hjemler

Det har vært ulik forståelse for hvordan bestemmelsen om at ledige hjemler skal *videreføres ved behov*, skal tolkes og praktiseres.

Legeforeningen mener at "det regionale helseforetaket må sannsynliggjøre en markert forskjell i behovet for å videreføre hjemmelen versus behovet for å omdisponere den til en annen spesialitet".²¹⁹

Helse Sør-Øst RHF oppgir at det forstår bestemmelsen i rammeavtalen om videreføring ved behov slik at ledige legehjemler i hovedregelen skal videreføres dersom det har vært *god produksjon* i hjemmelen. Helse Sør-Øst RHF peker på at RHF-et dermed ikke står fritt til å flytte eller omdisponere en ledig hjemmel, fordi dagens rammeavtale legger sterke føringer for omdisponeringer. Videre viser Helse Sør-Øst RHF til at avtalepartene skal være enige om hvordan en ledig hjemmel skal disponeres, noe som legger begrensninger på det regionale helseforetakets handlingsrom.

Helse Vest RHF peker på at RHF-ets sørge for-ansvar innebærer å ta stilling til omdisponering av avtalehjemler ut fra en faglig vurdering av hvor behovet er størst. Derfor retter Helse Vest RHF alltid en forespørsel til helseforetakene hvor hjemmelen er lokalisert, tillitsvalgte for allmennlegene og tillitsvalgte for avtalespesialistene for å høre om det er behov for å videreføre avtalehjemmelen innenfor samme spesialitet, eller om det er større behov for avtalehjemmelen innenfor en annen type spesialitet

218) Perioden er 2013–2014 for Helse Sør-Øst RHF.

219) Legeforeningen 2014: Høringssvar fra Legeforeningen – plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister. Ref. 14/525.

(innen samme region). I tillegg benytter Helse Vest RHF informasjon om ventetid og fristbrudd for å vurdere hvorvidt hjemmelen skal omdisponeres eller videreføres. Ved uenighet mellom avtalepartene om behovet for å omdisponere peker Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF på at det regionale helseforetaket har siste ord.

Bestemmelsen i rammeavtalen om videreføring ved behov medfører i praksis at de regionale helseforetakene skal vurdere hvorvidt det er behov for å videreføre en ledig hjemmel i hvert enkelt tilfelle. De regionale helseforetakene oppgir i intervju at de gjør behovsvurderinger når en hjemmel er ledig. Praksisen varierer noe mellom de regionale helseforetakene, men i hovedtrekk beskrives behovsvurderingene som en totalvurdering basert på analyser av ventetid eller fristbrudd ved nærmeste helseforetak, på analyser av forbruksrater og/eller dekningsgrad/geografisk fordeling, samt på uttalelser fra samarbeidsutvalget, som har en rådgivende funksjon (se faktaboks). Det varierer hvorvidt de regionale helseforetakene får innspill fra helseforetak når en hjemmel blir ledig.

Faktaboks 1 Samarbeidsutvalg

I tråd med rammeavtalene § 12 har de regionale helseforetakene etablert to samarbeidsutvalg i hver region, det ene mellom det regionale helseforetaket og Den norske legeforening, det andre mellom det regionale helseforetaket og Norsk psykologforening. Samarbeidsutvalget er et rådgivende utvalg uten beslutningsmyndighet. Partene plikter i henhold til rammeavtalen § 12 å legge fram for utvalget saker av betydning for privat spesialistpraksis fra sine respektive ståsted, for eksempel disponering av ledige hjemler.

Helse Sør-Øst RHF oppgir imidlertid at det ikke er vanlig å gjøre omfattende vurderinger når en avtalespesialist går av med pensjon eller slutter, fordi RHF-et har forstått rammeavtalen slik at hjemler der det har vært god produksjon, skal videreføres. Helse Sør-Øst RHF har ikke omdisponert ledige hjemler, fordi det er behov for hjemlene i form av at aktiviteten har vært tilfredsstillende. Det har derfor ikke vært godt nok saklig grunnlag for å omdisponere, ifølge Helse Sør-Øst RHF. Helse Midt-Norge RHF oppgir også at hjemler stort sett blir videreført, fordi det har etablert seg et tilbud innen fagfeltet over lang tid og en praksis med henvisninger fra fastlege. En flytting av hjemmelen vil innebære at flere av henvisningene flyttes til helseforetaket, som kanskje ikke har kapasitet, ifølge Helse Midt-Norge RHF.

Selv om de regionale helseforetakene kommer fram til at det kan være behov for å flytte en hjemmel mellom geografiske områder, må foretakene vurdere hvilke områder det er realistisk å rekruttere spesialister til. For å etablere seg som avtalespesialist er man avhengig av et visst pasientgrunnlag. Alle de regionale helseforetakene forteller i intervju om problemer med å rekruttere spesialister til områder som er mindre sentrale. Særlig viser Helse Nord RHF til at det har en utfordring med å rekruttere spesialister, og at RHF-et generelt får få søkere når det lyses ut hjemler.

Et annet forhold som kan bidra til å forklare at det sjelden gjøres omdisponeringer, er at dette medfører større omkostninger for det regionale helseforetaket enn å videreføre hjemmelen. Ved omdisponeringer skal det regionale helseforetaket kompensere fratredende avtalespesialist for det økonomiske tapet spesialisten lider på grunn av at han eller hun ikke kan overdra praksisen, med klientgrunnlag, inventar og utstyr, til andre.²²⁰ I intervju oppgir Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF at den økonomiske kompensasjonen antakelig ikke er like høy som det legespesialisten ville fått

220) Rammeavtale med Legeforeningen § 12.2 og rammeavtale med Psykologforeningen § 12.1.

ved salg av praksisen til neste hjemmelsinnehaver. Den økonomiske kompensasjonen er større for en legespesialist enn en psykologspesialist. Dette gir større rom for å omdisponere psykologhjemler enn legehjemler, samtidig som rammeavtalen for psykologer *ikke* inneholder et vilkår om at ledige hjemler skal videreføres ved behov.

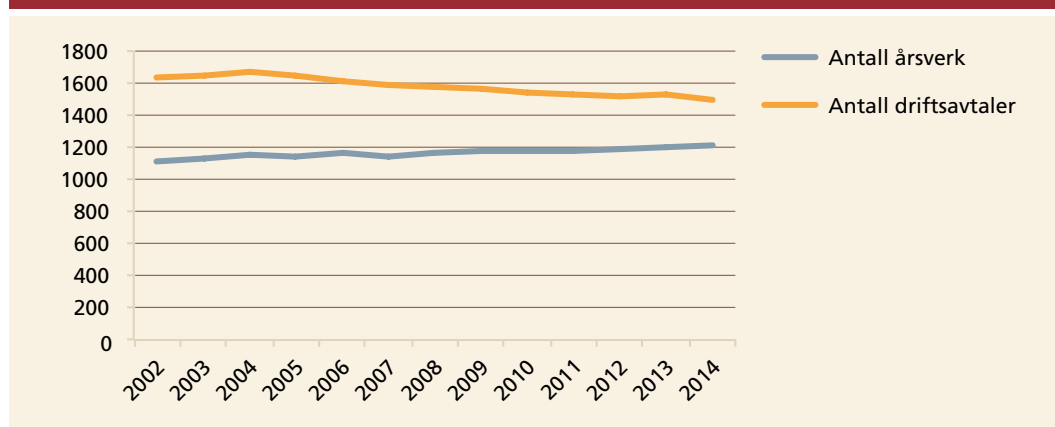
Helse Vest RHF viser i intervju til at en omdisponering er mer ressurskrevende enn videreføring, der spesialisten som overtar hjemmelen, også overtar utstyr, inventar og journalsystem. Ved omdisponeringer må det regionale helseforetaket komme fram til riktig økonomisk kompensasjon, overta og håndtere inventar og utstyr spesialisten ikke får solgt, og håndtere eventuelle klager på beslutningen fra avtalespesialisten eller Lege-/Psykologforeningen.

Helse Sør-Øst RHF viser også til at det må veie fordelene med å omdisponere opp mot belastningen ved å måtte håndtere uenigheter som vil kunne oppstå mellom partene i rammeavtalene, inkludert eventuelle rettslige tvister. Ifølge Helse Sør-Øst RHF sitter det regionale helseforetaket med bevisbyrden for å begrunne behovet for en omdisponering. Ved enkelte anledninger har Helse Sør-Øst RHF tatt opp hvorvidt ledige hjemler bør omdisponeres i samarbeidsutvalget, men har gått bort fra å omdisponere fordi "transaksjonskostnadene" som kan komme ved en omdisponering, anses som for høye. Videre viser Helse Sør-Øst RHF til at det ikke nødvendigvis er et "fasitsvar" på hvorvidt behovet er større for å omdisponere en hjemmel enn for å videreføre den.

2.3.3 Omdisponering av delhjemler

En rekke spesialister hadde delhjemler da de regionale helseforetakene overtok avtalene etter fylkeskommunene i 2002.²²¹ Ettersom de regionale helseforetakene som hovedregel skal benytte hele hjemler,²²² skal ledige delhjemler i hovedsak ikke videreføres. Ved å omdisponere ledige delhjemler har de regionale helseforetakene hatt et mulighetsrom for å sikre en hensiktsmessig hjemmelsplassering.

Figur 13 Antall årsverk og avtaler for avtalespesialister. 2002–2014



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Ifølge Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF samles delhjemler som har blitt ledige, opp til helhjemler, ofte med en annen geografisk plassering og innen et annet fagfelt. Helse Sør-Øst RHF viser til at omdisponering av ledige delhjemler stort sett har skjedd årlig, med unntak av i 2012 og 2013.²²³ I 2014 fordelte Helse Sør-Øst RHF

221) Det var den gang 1 631 avtaler på 1 112 årsverk.

222) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 9.2.

223) I disse årene oppgir Helse Sør-Øst RHF at det arbeidet med *Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020*, og at det ville vente med å disponere ledige deltidshjemler for å få et bedre beslutningsgrunnlag med hensyn til antall hjemler, fagområder og geografisk plassering.

ledige delhjemler tilsvarende 3,7 årsverk på avtalespesialister med delhjemler. Helse Vest RHF oppgir at de har omdisponert samtlige delhjemler som har blitt ledige i perioden 2010–2014 (tolv). Helse Nord RHF har omdisponert 6 av 16 ledige delhjemler i samme periode.²²⁴ Helse Midt-Norge RHF kan ikke gi en oversikt over antall ledige og omdisponerte delhjemler i perioden.

At det har blitt færre delhjemler, illustreres ved at antall hjemler i undersøkelsesperioden er redusert, mens antall årsverk har økt (figur 13).

2.3.4 Omdisponering av eksisterende hjemler

De regionale helseforetakene kan si opp avtaler for å disponere dem annerledes dersom avtalespesialisten varsles innen en gitt frist.²²⁵ Ettersom ingen av de regionale helseforetakene har sagt opp hjemler for å disponere dem annerledes i perioden de har oversikt over, er det heller ikke prøvd hva som kan anses som tilstrekkelig begrunnelse for en slik oppsigelse.

Helse Vest RHF oppgir at oppsigelse for å disponere avtalehjemmel på annen måte har vært diskutert, men at det er vurdert som vanskelig å bære bevisbyrden ved å hevde at det ikke er (tilstrekkelig) behov for en eksisterende avtalepraksis.

2.3.5 Handlingsplaner for hjemmelsutvikling og forvaltning av avtalespesialistene

I undersøkelsesperioden 2010–2014 er det bare Helse Nord RHF som har hatt en gjeldende handlingsplan for hjemmelsutviklingen og forvaltningen av avtalespesialistordningen.²²⁶ Helse Nord RHF har i tillegg utviklet regionale fagplaner for øre-nese-hals, hud og øye der formålet er å dimensjonere den samlede polikliniske tjenesten, inkludert avtalespesialister, innen hver enkelt spesialitet.²²⁷ Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF vedtok i 2014 handlingsplaner for henholdsvis 2014–2020²²⁸ og 2014–2016.²²⁹ Helse Vest RHF har ikke hatt tilsvarende handlingsplan for forvaltningen av avtalespesialister, og oppgir at det vil avvente nye rammeavtaler før det eventuelt utarbeider en egen plan for avtalespesialistene.

I de nyeste handlingsplanene til Helse Nord RHF²³⁰, Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF²³¹ analyseres informasjon som er relevant for å vurdere behovet for avtalespesialister, som avtalespesialistenes dekningsgrad, befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester og medisinsk utvikling innen ulike fagfelt. Handlingsplanene har vært på høring i helseforetakene, og representanter fra helseforetakene har vært involvert i utviklingen av planene. I handlingsplanene fremmes anbefalinger for hjemmelsutviklingen framover. Både Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF anbefaler å opprette nye hjemler for å utjevne geografisk skjevhet i det polikliniske helsetilbudet.²³²

224) Det er sett bort fra delhjemler som lyses ut fordi en lege over 60 skal dele sin praksis på grunn av nedtrapping, jf. rammeavtale med Legeforeningen § 13, såkalt senior/junior-ordning.

225) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 10.4.

226) Helse Nord 2006: Plan for avtalespesialister i Helse Nord 2007–2015. Desentralisering og ambulerings, samt styresaker der handlingsplanen rulleres; styresak 110-2008 og styresak 119-2012.

227) Helse Nord 2015: Regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord 2015–2025, Helse Nord 2015: Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2015–2025, Helse Nord 2014: Regional plan for hudsykdommer 2014–2020.

228) Helse Sør-Øst 2014: Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020. Helse Sør og Helse Øst hadde i tillegg handlingsplaner for perioden 2006–2010.

229) Helse Midt-Norge: Regional handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i Midt-Norge 2014–2016.

230) Inkludert styresaker der handlingsplanen rulleres; styresak 110-2008 og styresak 119-2012.

231) Inkludert rapporter som ligger til grunn for handlingsplanene: Helse Midt 2012: Sluttrapport delleveranse 1. Organisering av små fag og Helse Midt 2012: Sluttrapport delleveranse 2. Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge – fase 2.

232) Helse Nord 2006: Plan for avtalespesialister i Helse Nord 2007–2015. Desentralisering og ambulerings, s. 5, Helse Midt-Norge: Regional handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i Midt-Norge 2014–2016, s. 18 og Helse Sør-Øst 2014: Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020, s. 6.

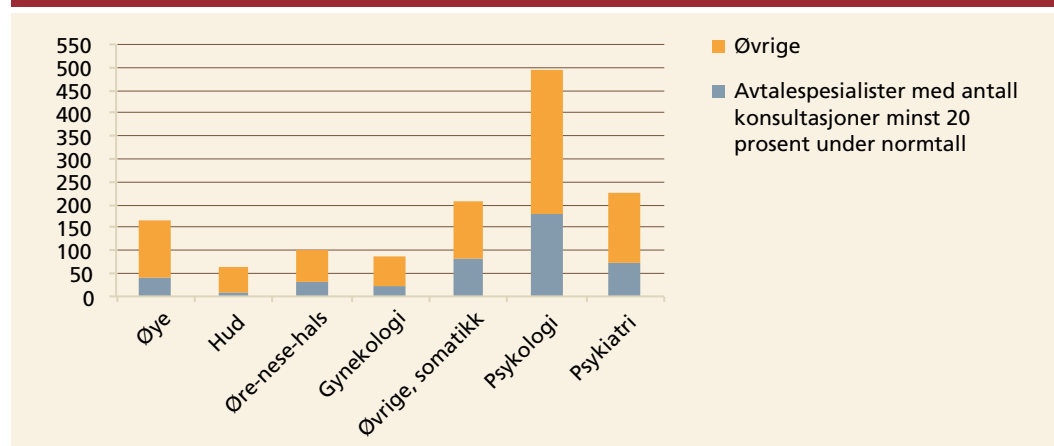
2.4 I hvilken grad følger de regionale helseforetakene opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og kvalitet på helsetilbudet?

2.4.1 Oppfølging av aktivitet

Det følger av rammeavtalene²³³ og Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften) at avtalespesialistene skal rapportere aktivitetsdata til NPR. Gjennom avtalespesialistenes rapportering til NPR får de regionale helseforetakene informasjon om antall konsultasjoner den enkelte avtalespesialist utfører.

Legeforeningen, Psykologforeningen og de regionale helseforetakene har etablert normtall for avtalespesialistenes aktivitet, som sier hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i praksis med fullt driftstilskudd. Normtallene varierer avhengig av spesialitet. Det står i protokoll til rammeavtalene at alle normtall er beheftet med usikkerhet og skal brukes med varsomhet. En avtalespesialists aktivitet sett i forhold til normtall skal legges til grunn som en del av RHFets totalvurdering av om avtalespesialisten oppfyller sine forpliktelser på en tilfredsstillende måte.²³⁴ Dersom antall konsultasjoner på årsbasis ligger 20 prosent eller mer under de avtalte normtall, plikter avtalespesialisten å redegjøre for dette. Dersom avtalespesialisten ikke kan gi en tilfredsstillende forklaring kan det regional helseforetaket redusere driftstilskuddet tilsvarende.²³⁵

Figur 14 Avtalespesialister med antall konsultasjoner minst 20 prosent under normtall og øvrige. Antall. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Det varierer mellom fagområdene hvor vanlig det var å ha et antall konsultasjoner minst 20 prosent under normtall i 2014 (figur 14).²³⁶ Minst vanlig var dette blant hudspesialistene (16 prosent), og mest vanlig blant spesialistene i restkategorien "Øvrige, somatikk" (kirurgi, indremedisin²³⁷, etc). Her hadde fire av ti lav aktivitet. Hvor stor andel av disse som var sykemeldt, i permisjon, eller av andre grunner hadde lav produksjon, sier ikke tallene noe om.

Helse Vest RHF er det eneste regionale helseforetaket som oppgir at det i 2014 konsekvent fulgte opp alle avtalespesialister som i 2013 hadde et antall konsultasjoner

233) Rammeavtale med Legeforeningen § 8.2 og rammeavtale med Psykologforeningen § 8.2.

234) Vedlegg til rammeavtalen – protokoll for omforente normtall.

235) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 9.4.

236) I konsultasjoner inngår spesialistkontakter og lysbehandling for hudspesialister. Se vedlegg 1 s. 37 og vedlegg 9 s. 41 i *Aktivitetsdata for avtalespesialister 2014* (Norsk pasientregister 2015) for en omtale av hvilke typer kontakter som ikke er regnet med som konsultasjoner.

237) Spesialister innen indremedisin har ulike normtallet alt etter subspecialitet, men i data fra NPR er alle disse spesialistene kategorisert som "generelle" indremedisinere, ikke etter subspecialiteter. Aktiviteten for spesialister innen indremedisin er derfor sammenholdt med normtallet for "generell" indremedisin, dvs. 2000 konsultasjoner.

minst 20 prosent under det avtalte normtall, dvs 37 spesialister. Helse Midt-Norge RHF fulgte opp tre av 19, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF ikke fulgte opp noen. Dette betyr at det for 2013 *kan* være avtalespesialister i Helse Midt, Nord og Sør-Øst som ikke har utnyttet sin fulle kapasitet, og som har fått et høyere driftstilskudd enn de ifølge avtalen har krav på.

Helse Midt-Norge RHF er det eneste RHFet som har holdt tilbake driftstilskudd på grunn av lav aktivitet i perioden 2010–2014.²³⁸ Helse Vest RHF oppgir at det har fått gode forklaringer på hvorfor aktiviteten har vært lav, og det har derfor ikke vært aktuelt å holde tilbake driftstilskudd.

2.4.2 Informasjon om avtalespesialistenes prioritering av pasienter

Pasienter som henvises direkte til en avtalespesialist har ikke krav på vurdering eller rett til å få frist for når helsehjelp senest skal gis. Dette skyldes at avtalespesialistene i dag ikke har anledning til å tildele pasient- og brukerrettigheter.²³⁹

Det finnes lite samlet kunnskap om hvordan avtalespesialistene prioriterer pasienter, og om de prioriterer de sykeste først. Helsedirektoratet skriver i en rapport at "det finnes ingen samlet oversikt over hvor mange henvisninger som avvises av avtalespesialistene, og det foreligger lite/ingen offisielle ventelister/ventetidsoversikter for avtalespesialistene".²⁴⁰

Internrevisjonen i Helse Vest RHF har i en spørreundersøkelse til avtalespesialistene i regionen i 2011 kartlagt hvordan spesialistene prioriterer. Omtrent fire av ti oppga at de brukte prioriteringsveiledere i sitt prioriteringsarbeid og like mange brukte prioriteringsforskriften.²⁴¹ Også Helse Midt-Norge RHF viser i intervju til at avtalespesialistene i regionen i en kartlegging fra 2014 svarte at de legger prioriteringsveiledere til grunn. Samtidig oppga avtalespesialistene i Helse Midt at de ikke avviser pasienter som ikke kvalifiserer til vilkårene for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette kan ifølge Helse Midt-Norge RHF tyde på at avtalespesialistene ikke gjør en faktisk prioritering, men tar inn alle pasienter etter hvert som de får ledig kapasitet.

2.4.3 Oppfølging av kvaliteten på helsetilbudet

Rammeavtalene skal bidra til å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet.²⁴² I intervju kommer det fram at tre av de fire regionale helseforetakene mener de mangler kilder til informasjon om kvaliteten på helsetjenestene avtalespesialistene leverer.²⁴³ Samtidig påpeker de regionale helseforetakene at de kan få informasjon om manglende kvalitet gjennom bekymringsmeldinger eller pasientklager direkte til RHFet²⁴⁴, eller via klager til Helsetilsynet.²⁴⁵

Rammeavtalene har imidlertid flere bestemmelser som kan eller skal bidra til å sikre kvaliteten hos avtalespesialisten. Avtalespesialisten skal blant annet:

- foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til regionale og nasjonale mål og prioritering og lovgivning²⁴⁶
- epikrise skal sendes fastlege²⁴⁷

238) Perioden er 2012–2014 for Helse Sør-Øst RHF.

239) Prp. nr. 56 L (2014–2015) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*, pkt. 8.2.3.

240) Helsedirektoratet: utredning av spørsmål knyttet til at avtalespesialister og pasient- og brukerrettigheter, s 5.

241) Internrevisjonen i Helse Vest RHF 2012: Oppfølging av private avtalespesialister i Helse Vest, s 15. Det var mulig å krysse av på flere alternativ.

242) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, § 1.2.

243) Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF.

244) Intervju Helse Sør-Øst RHF og intervju Helse Nord RHF.

245) Intervju Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF.

246) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 6.1 første ledd.

247) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge 6.1 fjerde ledd.

- bidra til hensiktsmessig samhandling med helseforetak i forbindelse med behov for å utrede/behandle pasienter som har ventet lenge²⁴⁸
- ha internkontrollsystem²⁴⁹
- holde seg faglig oppdatert²⁵⁰
- ha velegnede lokaler som er tilrettelagt og tilgjengelig for forflytningshemmede²⁵¹

Rammeavtalene åpner opp for at det regionale helseforetaket kan kreve informasjon fra avtalespesialistene som gjør det mulig for det regionale helseforetaket å vurdere, kontrollere og planlegge den samlede spesialisthelsetjenesten.²⁵² I undersøkelsesperioden har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF krevd egne rapporteringer fra avtalespesialistene. I 2014 sendte disse RHFene ut en nokså likelydende undersøkelse til alle avtalespesialistene i sin region, hvor ulike sider ved avtalespesialistenes praksis ble kartlagt. Informasjonen gjør det mulig for de regionale helseforetakene å følge opp hvorvidt avtalespesialistene overholder kvalitetskrav nedfelt i rammeavtalen til blant annet ventetid, internkontroll, tilrettelegging for forflytningshemmede og faglig oppdatering. Informasjonen var ved undersøkelsestidspunktet så ny at de regionale helseforetakene ikke hadde analysert og fulgt den opp enda. I tillegg har Helse Nord fått årsrapporteringer fra avtalespesialistene i de øvrige årene i undersøkelsesperioden, bortsett fra i 2013. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har ikke krevd egne rapporteringer fra avtalespesialistene i perioden.

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF oppgir at de har vært på praksisbesøk hos et utvalg avtalespesialister i 2014, noe Helse Vest RHF ikke har. Helse Midt-Norge RHF trekker fram at praksisbesøk har avdekket kritikkverdige forhold hos enkelte avtalespesialister. Praksisbesøk er dermed et verktøy for å få informasjon om kvaliteten.

I Riksrevisjonens dokument 1 (2007–2008) pekte revisjonen på at de regionale helseforetakene fant det vanskelig å måle kvaliteten på avtalespesialistenes tjenester, og at flere av regionene ikke hadde oversikt over kapasitet, ventetid og epikrisetid hos avtalespesialistene. I departementets svar på revisjonen ble det vist til at avtalespesialistenes rapportering til NPR i nytt format fra 2008 og med nye parametere "må kunne muliggjøre bedre kvalitet på foretakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene".

I kravene til avtalespesialistenes rapportering til NPR for 2015, inngår variable som kan gi informasjon om kvaliteten på avtalespesialistenes helsetilbud. Noen av disse er sammenlignbare med enkelte av de offisielle kvalitetsindikatorene for helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder epikrisetid (antall dager fra konsultasjon til epikrise er sendt)²⁵³, ventetid til første konsultasjon²⁵⁴ og registrering av hoveddiagnose innen psykisk helse for voksne. I tillegg skal avtalespesialistene registrere antall nyhenviste innen somatikk, noe som kan gi informasjon om pasientgjennomstrømming. Når det gjelder epikrisetid og ventetid er ikke datakvaliteten god nok til at informasjonen kan brukes som styringsinformasjon.²⁵⁵ Dette betyr at NPR-data har et uutnyttet potensiale for informasjon om kvaliteten på avtalespesialistenes helsetilbud. Informasjon om

248) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 6.1 sjette ledd.

249) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 6.2.

250) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 7.1.

251) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 4.3.

252) Rammeavtale med Legeforeningen § 8.2 og rammeavtale med Psykologforeningen § 8.2

253) Avtalespesialisten skal rapportere dato for sendt epikrise.

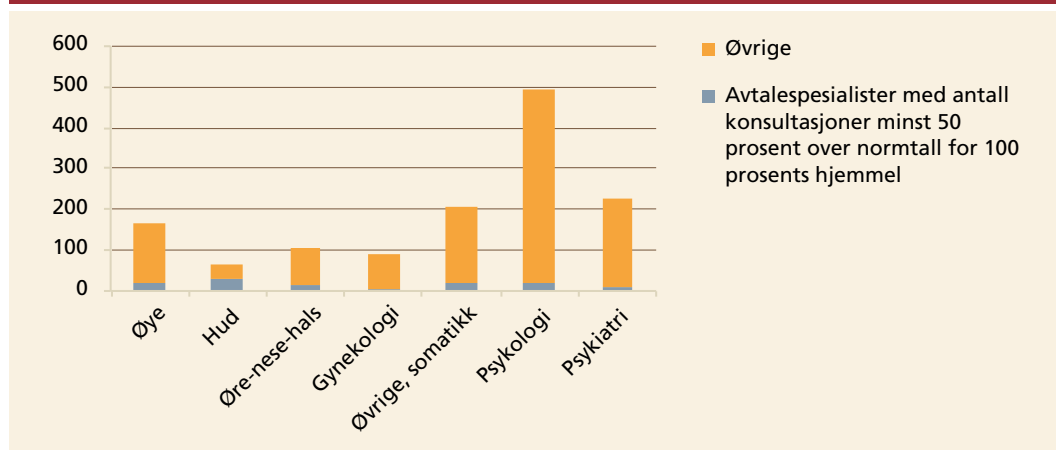
254) Avtalespesialisten skal registrere når henvisningen er mottatt og når konsultasjonen er utført, noe som kan gi informasjon om hvor lenge pasienten har ventet på første konsultasjon.

255) Ifølge E-post fra NPR 24.april 2015 var bare 10 prosent av episodene i avtalespesialistenes rapportering til NPR i 2013 registrert med epikrisedato og mottaksdato. For dem som er registrert med opplysning om dette har ikke NPR validert uttrekket, det vil si om opplysning og epikrisedato og mottaksdato er korrekt.

antall nyhenviste ble første gang samlet inn for 2012.²⁵⁶ De regionale helseforetakene har ikke besluttet hvordan de skal bruke denne informasjonen enda.²⁵⁷

I intervju med NPR kommer det fram at en del av informasjonen Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF samler inn på eget initiativ har NPR allerede samlet inn, som for eksempel avtalespesialistens hjemmelsbrøk, journalsystem og hyppigst brukte takster. Dette betyr at avtalespesialistene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF rapporterer på informasjon som allerede rapporteres til NPR, og at NPR ikke utnyttes som informasjonskilde av RHFene i den grad som er mulig.

Figur 15 Avtalespesialister med antall konsultasjoner minst 50 prosent over normtall for en 100 prosents hjemmel og øvrige. Antall. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Figur 15 viser at et en del avtalespesialister (uansett hjemmelsstørrelse) i 2014 hadde en aktivitet som lå mer enn 50 prosent over normtallet som er satt for en 100 prosents hjemmel. Dette gjaldt til sammen 120 spesialister, det vil si en av ti spesialister som har rapportert data til NPR. 28 av disse var hudspesialister.

En del hadde aktivitet som var minst *dobbel*t som høy som normtallet, dette gjaldt 40 avtalespesialister, hvorav 16 var spesialister innen hudfaget. De fleste hudspesialister med høy aktivitet hadde et stort antall lysbehandlinger, noe som krever lite innsats fra legen per pasientkonsultasjon.

RHFene har i varierende grad fulgt opp avtalespesialister som har høy aktivitet. Det er heller ikke regulert i rammeavtalen at de regionale helseforetakene *skal* følge opp avtalespesialister med aktivitet over normtallet.

Høy produksjon hos en avtalespesialist kan være et tegn på uforsvarlig praksis og dårlig kvalitet. Helse Sør-Øst RHF anbefaler i sin handlingsplan at det av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet bør tas særskilt kontakt med avtalespesialister som driver en praksis hvor aktiviteten er betydelig over fastsatt normtall for å få en forklaring på den høye aktiviteten.²⁵⁸

256) Normaltariff for privat spesialistpraksis 2012–2013. Den norske legeforening. http://normaltariffen.legeforeningen.no/pdf/Normaltariff_2012.pdf.

Tabell over takstendringer for avtalespesialister: <http://legeforeningen.no/PageFiles/96697/Endringer%20i%20normaltariffen%20fra%201.%20juli%202012.pdf>.

257) Ifølge Helse Nord RHF skulle bruk av informasjon om nyhenviste være tema på et møte i april 2015 mellom RHFenes ansvarlige for oppfølging av avtalespesialistene.

258) Helse Sør-Øst RHF 2014: Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020, s. 5.

Helse Midt-Norge RHF påpeker at det er vanskelig å reagere overfor avtalespesialistene med veldig høy produksjon ettersom dette ikke er regulert spesifikt i rammeavtalene. Helse Sør-Øst RHF viser til at det er Fylkeslegen som kan gå grundigere inn i en legepraksis for å vurdere kvaliteten og det medisinskfaglige i denne, og RHFet har ingen mulighet til å overprøve Fylkeslegen.

Helse Nord RHF viser imidlertid til et eksempel med en avtalespesialist med svært høye produksjonstall og lange åpningstider som de mottok bekymringsmeldinger på. Med utgangspunkt i rammeavtalenes § 6.1, som sier at begge parter kan ta opp behov for endringer av den individuelle avtalen, reforhandlet Helse Nord RHF avtalen slik at det ble klarere retningslinjer for arbeidstid og operasjonsaktivitet. Dette er et eksempel på at de regionale helseforetakene har virkemidler de kan bruke for å sikre kvalitet i helsetjenestene avtalespesialistene tilbyr.

2.4.4 Juridiske virkemidler ved mangelfull aktivitet eller kvalitet

Rammeavtalene gir de regionale helseforetakene et handlingsrom til å følge opp avtalespesialister som misligholder bestemmelser i avtalen. Ved lav aktivitet og fravær er det regulert i rammeavtalene at det regionale helseforetaket kan redusere driftstilskudd.²⁵⁹ Det er ikke regulert i rammeavtalene at de regionale helseforetakene kan redusere driftstilskudd ved brudd på andre bestemmelser, som for eksempel at avtalespesialisten ikke sender epikriser.

De regionale helseforetakene kan imidlertid *si opp* den individuelle avtalen på saklig grunnlag, som for eksempel ved mislighold av avtalen.²⁶⁰ Mislighold som gjentas eller ikke korrigeres kan medføre oppsigelse med 3 måneders varsel, dersom legen tidligere er gitt advarsel fra det regionale helseforetaket om det aktuelle forhold.²⁶¹ Avtalen opphører uten oppsigelse dersom legen mister autorisasjonen. Utenom ved tap av autorisasjon, har de regionale helseforetakene sagt opp/suspendert tre avtaler i undersøkelsesperioden. Begrunnelsen for oppsigelsene har vært urettmessige utbetalinger fra HELFO i to tilfeller og manglende rapportering til NPR i ett tilfelle.

De regionale helseforetakene kjenner bare til én gang det er sendt varsler om oppsigelse av driftsavtalen i undersøkelsesperioden²⁶², utover ved manglende rapportering av aktivitetsdata. Bortsett fra manglende rapportering og urettmessige utbetalinger fra HELFO har de regionale helseforetakene i liten utstrekning prøvd hva som må til for å si opp en avtale eller advare om oppsigelse.

Det følger også av rammeavtalene at begge parter kan ta opp behov for endringer av den individuelle avtalen.²⁶³ Dette innebærer at de regionale helseforetakene har en mulighet til å få korrigert brudd på avtalen, og eventuelt si den opp hvis forholdet ikke rettes. Helse Nord RHF er det eneste RHFet som har revidert en individuell avtale i løpet av undersøkelsesperioden (som omtalt i punkt 2.3.3).

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har i 2014, som nevnt i avsnitt 2.3.3, undersøkt hva avtalespesialistene har gjort for å oppfylle krav stilt i avtalene. Utover dette har ikke de regionale helseforetakene systematisk innhentet informasjon om hvorvidt avtalespesialistene har misligholdt avtaleforholdet. I de tilfeller der en avtale har blitt sagt opp har informasjonen om mislighold kommet fra NPR eller HELFO.

259) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge §§ 9.4 og 9.5.

260) Avtalen kan også sies opp med øyeblikkelig virkning ved vesentlig mislighold jf. rammeavtalenes § 10.5.

261) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 10.4.

262) For Helse Sør-Øst RHF er perioden 2012–2014.

263) Rammeavtale med Legeforeningen og rammeavtale med Psykologforeningen, begge § 6.1, annet ledd. I tillegg følger det av den obligatoriske malen til individuell avtale punkt 9 at den individuelle avtalen kan kreves revidert hvert år.

3 Vurderinger

3.1 Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester

Formålet med spesialisthelsetjenesteloven er blant annet å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Dette betyr at personer med behov for polikliniske spesialisthelsetjenester skal ha tilnærmet samme mulighet til å skaffe seg dette uavhengig av bosted. Siden avtalespesialistene er en del av spesialisthelsetjenesten, skal tilgangen til avtalespesialister bidra til at tilbudet av helsetjenester blir mest mulig geografisk likeverdig.

Befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester varierer relativt mye mellom de som bor i sentrale og de som bor i mindre sentrale kommuner. Befolkningen i minst sentrale kommuner har lavere forbruk enn de som er bosatt i mer sentrale kommuner. Forbruket varierer også til dels betydelig mellom befolkningen bosatt i de ulike helseforetakenes opptaksområder.

De fire somatiske fagområdene der avtalespesialistene har flest konsultasjoner, er øye, hud, øre-nese-hals og gynekologi. Med unntak av øyefaget bidrar forbruket av avtalespesialistene innen disse fagområdene stort sett til å redusere de geografiske forskjellene i forbruk. Likevel er forbruket i de minst sentrale kommunene i hovedsak fremdeles lavere enn i de mer sentrale kommunene. For øyefaget forsterker forbruket av avtalespesialister forskjellene mellom sentrale og mindre sentrale kommuner i Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Innen psykisk helse bidrar forbruket av avtalespesialister i liten grad til å redusere de geografiske skjevhetene i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester. I enkelte regioner *forsterker* bruken av avtalespesialister de geografiske forskjellene. Også innen psykisk helse er forbruket av polikliniske helsetjenester i hovedsak lavest i de minst sentrale kommunene.

Revisjonen legger til grunn at det ikke er systematiske forskjeller i behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester mellom mindre og mer sentrale kommuner, eller mellom helseforetak, når forbruket er justert for demografiske forskjeller mellom kommunene. Revisjonen mener de geografiske variasjonene i forbruket av polikliniske helsetjenester indikerer at det enten er et overforbruk eller underforbruk av tjenestene innen enkelte områder. Selv om forbruk av avtalespesialister til dels bidrar til et mer likeverdig tilbud, er det fortsatt betydelige forskjeller i forbruk, og som regel er det i de minst sentrale kommunene forbruket er lavest. Revisjonen mener at tilgangen til avtalespesialister ikke bidrar godt nok til å utjevne disse forskjellene slik at tilbudet blir geografisk likeverdig. Dette gjelder spesielt innen psykisk helsevern og øyefaget.

3.2 De regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok for å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester

Rammeavtalene som regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene, er de mest sentrale virkemidlene de regionale helseforetakene har for å forvalte avtalespesialistordningen. Ved endrede behov for helsetilbud i regionen åpner rammeavtalene for at de regionale helseforetakene kan disponere avtalespesialistenes hjemler ved å opprette nye hjemler eller ved å omdisponere ledige eller eksisterende hjemler.

Undersøkelsen viser at det har vært svært liten vekst i antall årsverk for avtalespesialistene etter 2002. Videre har de regionale helseforetakene i perioden 2010–2014

sjelden omdisponert ledige helhjemler til andre fagfelt og/eller andre geografiske områder, mens ledige delhjemler i større grad samles opp til nye, hele hjemler, ofte med en annen geografisk plassering og innen et annet fagfelt, eller de er brukt til å "fylle opp" andre delhjemler. De regionale helseforetakene har aldri omdisponert *eksisterende* hjemler. Ettersom tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til å utjevne geografiske forskjeller i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester, kan det etter revisjonens vurdering være behov for at de regionale helseforetakene i større grad omdisponerer ledige hjemler, eller eventuelt opprettet nye hjemler. Mer aktiv bruk av dette mulighetsrommet kan gjøre at det polikliniske tilbudet blir jevnere fordelt mellom helseforetak og mellom sentrale og mindre sentrale kommuner.

I henhold til rammeavtalene kan de regionale helseforetakene avgjøre hvordan ledige psykologhjemler skal disponeres, mens ledige legehjemler skal videreføres ved behov. Samtidig er det mindre kostnadskrevende å omdisponere psykologhjemler enn legehjemler. Dette gir etter revisjonens vurdering de regionale helseforetakene gode muligheter til å bruke ledige psykologhjemler eller opprette nye hjemler for å bøte på skjevfordelingen av tilbudet innen psykisk helsevern.

Undersøkelsen viser at rammeavtalens bestemmelser om at ledige legehjemler skal videreføres ved behov, tolkes og praktiseres noe ulikt. En tolkning er at hjemler skal videreføres når det har vært tilfredsstillende produksjon i praksisen. Dersom ledige hjemler i hovedregelen videreføres der det har vært tilfredsstillende aktivitet, kan det føre til at hjemlene ikke benyttes der hvor behovet er størst, både når det gjelder spesialitet og geografi. Behovet kan være større et annet sted eller innen et annet fag, selv om det har vært en god aktivitet i praksisen. Klarere vilkår for når ledige hjemler kan omdisponeres, vil kunne gi partene en mer enhetlig forståelse for mulighetsrommet og dermed en mer lik praktisering av bestemmelsen om omdisponering.

Bare Helse Nord RHF har hatt en handlingsplan for forvaltningen av avtalespesialistordningen i hele undersøkelsesperioden, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF vedtok handlingsplaner i 2014. Helse Vest RHF har ikke hatt noen handlingsplan. Etter revisjonens vurdering kan handlingsplaner som er basert på relevante og systematiske analyser av behovet for hjemler, skape større forutsigbarhet både for de regionale helseforetakene og for avtalespesialister, og kan også bidra til en hjemmelsutvikling som er i samsvar med behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester i regionen.

Avtalespesialistenes individuelle avtaler varer i hovedregelen til spesialisten blir 70 år. Slike livslange avtaler kan, sammen med en restriktiv tolkning og praktisering av hvordan de regionale helseforetakene skal kunne disponere ledige hjemler, legge begrensninger på de regionale helseforetakenes muligheter til å møte endringer i behovet for helsetjenester. Etter revisjonens vurdering kan dette tyde på at rammeavtalene ikke gir de regionale helseforetakene gode nok virkemidler til å sikre samsvar mellom avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.

3.3 De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet

For å sikre at avtalespesialistene best mulig bidrar til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, må de regionale helseforetakene følge opp tilbudet avtalespesialistene gir. Dette krever at de regionale helseforetakene har informasjon om viktige sider ved avtalespesialistenes tjenestetilbud.

De regionale helseforetakene har i varierende grad informasjon om kvaliteten på det helsetilbudet avtalespesialistene tilbyr. RHF-ene har videre lite informasjon om, og eventuelt hvordan, avtalespesialistene prioriterer pasienter, noe som betyr at RHF-ene har lite kunnskap om ressursene brukes på de riktige pasientene. Videre viser undersøkelsen at RHF-ene, med unntak av Helse Vest RHF, ikke fulgte opp alle avtalespesialister som hadde aktivitet 20 prosent eller mer under normtallet i 2013. Det kan dermed være avtalespesialister som har fått et høyere driftstilskudd enn de ifølge avtalen har krav på.

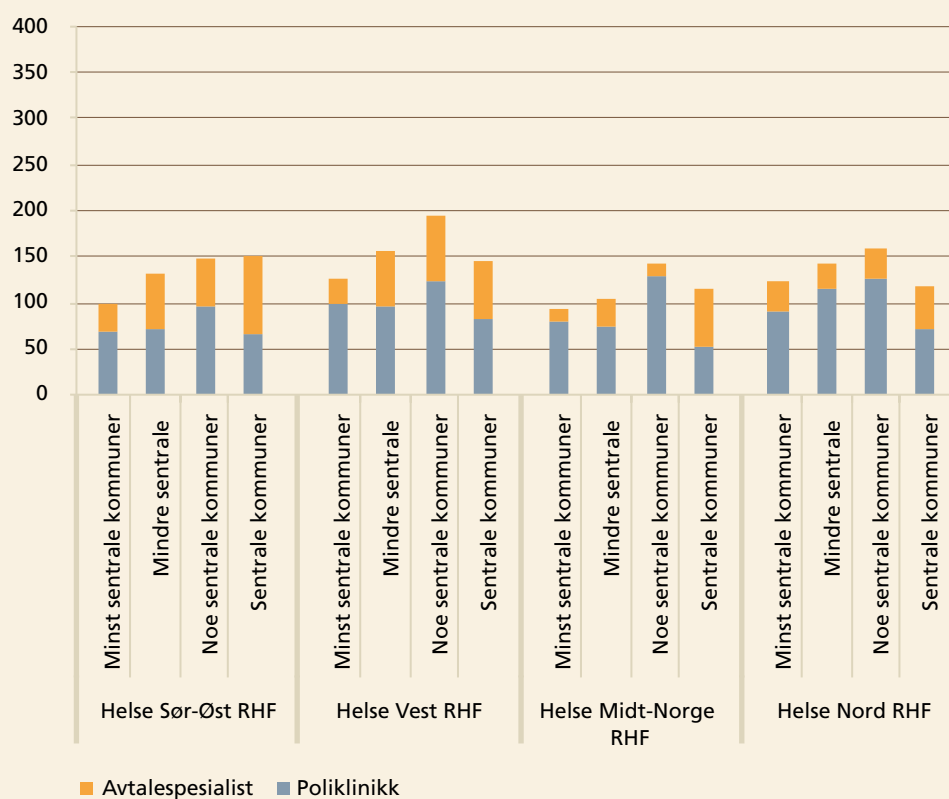
Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har i 2014/2015 fått kunnskap om den enkelte avtalespesialists tilbud og praksis gjennom kartlegging og praksisbesøk. Flere av opplysningene disse regionale helseforetakene innhentet gjennom kartleggingene, skal avtalespesialistene også rapportere til Norsk pasientregister. Etter revisjonens vurdering kunne de regionale helseforetakene dermed ha effektivisert datainnsamlingen og redusert avtalespesialistenes rapporteringsbyrde ved å benytte Norsk pasientregister som informasjonskilde. Samtidig viser undersøkelsen at data avtalespesialistene skal rapportere til Norsk pasientregister med informasjon om blant annet faktisk ventetid og epikrisetid, har for lav kvalitet til å brukes. Etter revisjonens vurdering ligger det her et uutnyttet potensial til å følge opp kvaliteten på de helsetjenestene avtalespesialistene gir.

En del avtalespesialister har en produksjon langt over normtallet. Rammeavtalen regulerer imidlertid bare at de regionale helseforetakene kan sanksjonere overfor avtalespesialister som har lav aktivitet. Etter revisjonens vurdering kan det være like viktig å følge opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å sikre at tjenestetilbudet er forsvarlig.

De regionale helseforetakene bruker i liten grad de sanksjonsmuligheter som rammeavtalene hjemler, dersom avtalespesialistene ikke overholder krav i rammeavtale / individuell avtale. De regionale helseforetakene har i svært liten grad revidert individuelle avtaler, sagt opp avtaler eller sendt advarsler om mislighold av avtalen utover ved manglende rapportering til NPR. Samtidig har de regionale helseforetakene i undersøkelsesperioden hatt begrenset informasjon til å kunne følge opp hvorvidt avtalespesialistenes helsetilbud er av god nok kvalitet og i tråd med krav i avtalene. Etter revisjonens vurdering bør de regionale helseforetakene mer systematisk innhente informasjon og ta i bruk eksisterende informasjon mer aktivt, for å kunne vurdere om avtalespesialistene på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om helse-tjenester av tilstrekkelig høy kvalitet. Regjeringens ambisjoner om å øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer aktualiserer behovet for informasjon om og oppfølging av tilbudet i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

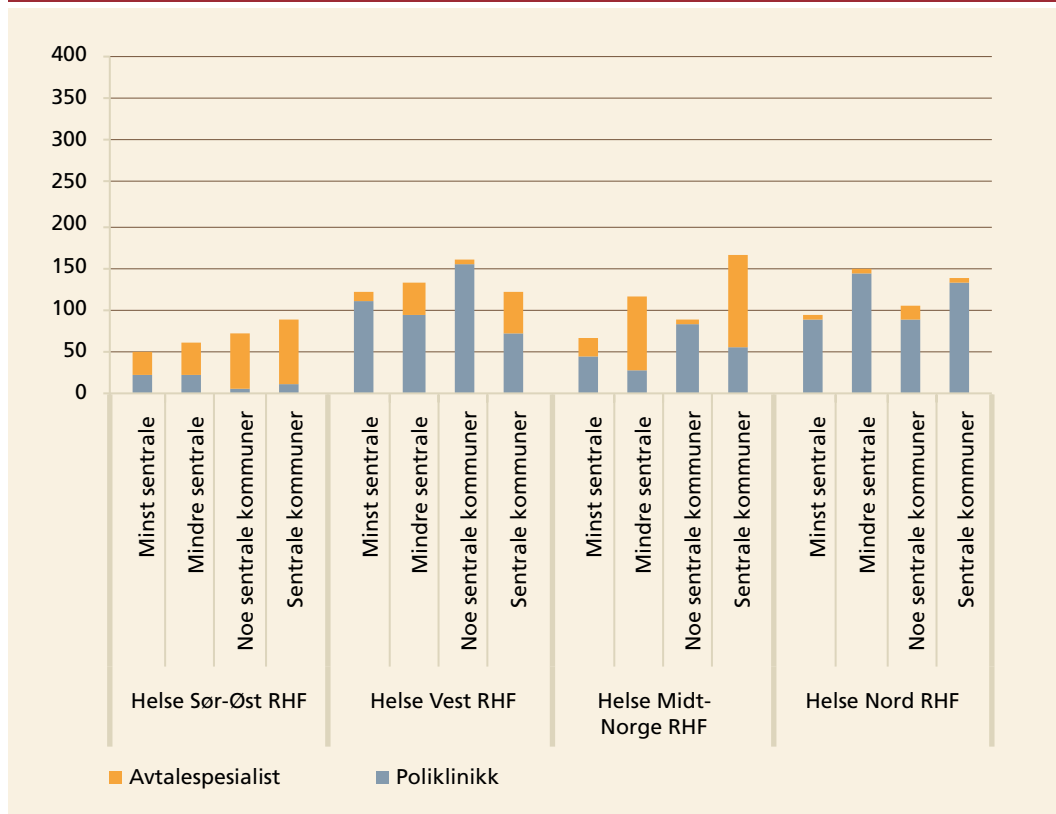
4 Vedlegg

Vedlegg 1 Antall konsultasjoner innen øre-nese-hals per 1000 innbyggere, etter regionalt helseforetak og sentralitet. Avtalespesialister og poliklinikk. Kjønn- og aldersjusterte rater. 2014



Kilde: Norsk pasientregister

Vedlegg 2 Antall konsultasjoner innen hudfaget per 1000 innbyggere, etter regionalt helseforetak og sentralitet. Avtalespesialister og poliklinikk. Kjønn- og aldersjusterte rater. 2014



Kilde: Norsk pasientregister