

Hagen-utvalget vil gi fastlegene flere oppgaver

Et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten skal stimulere til at en større del av tjenestene blir utført utenfor sykehus. Det betyr flere oppgaver på fastlegene og at private helsetilbydere trekkes sterkere inn.

– Egne takster for fastlegene og avkorting av poliklinikkstakstene kan bli aktuelle virkemidler for å stimulere til dette, sa utvalgsleder Terje P. Hagen da han presenterte status for utvalgets arbeid på et møte for administrativt ansatte i helseforetakene nylig. Et viktig mål for det nye finansieringssystemet er en mer effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og at pengene skal følge pasienten (1).

For å sikre like vilkår mellom offentlige og private tilbydere, sa Hagen at det skal satses på langsiktige kontrakter slik at det lønner seg for private å investere i personell og utstyr så de kan hevde seg i konkurransen.

Utvalget vil foreslå et klarere skille mellom bestiller og utfører av spesialisthelsetjenester. Den mest sannsynlige modellen er at

de regionale helseforetakene blir delt i to seksjoner – en bestillerorganisasjon og en eierseksjon.

Terje P. Hagen levnet ingen tvil om at DRG-systemet fortsatt skal være hovedelementet for behandling av somatiske pasienter.

– DRG-systemet skal videreutvikles. Høyspesialisert behandling må inkluderes og det må vurderes om også poliklinikkfinansieringen må inn i DRG-systemet, sa Hagen. Han ville ikke begi seg inn på noen prosentvis vektning mellom ramme- og stykkprisfinansiering.

Utvalget har spurt seg om videreføring av systemet vil føre til nedprioritering av grupper som ikke er DRG-klassifiserbare, for eksempel innen psykiatrien. Hagen innrømmet at man har mangelfulle data på hva som finnes av inntektssystemer for psykiatri og habilitering.

Les hele saken: www.legeforeningen.no/index.db?id=12073

– *Nina Husom, Tidsskriftet*
nina.husom@tidsskriftet.no

– fakta –

Hagen-utvalget

– Utvalget ble oppnevnt av Bondevik-regjeringen i februar 2002 og skal foreslå et nytt, enkelt finansieringssystem for hele spesialisthelsetjenesten.

– Systemet skal tilpasses sykehusreformen og være enhetlig for alle spesialisttjenester.

– Utvalget skal levere en offentlig utredning innen 31.12. 2002.

Les mer: www.dep.no/hd/norsk/dep/utvalg/042071-990020/index-dok000b-n-a.html

Litteratur

1. Husom N. Nytt finansieringssystem for sykehusene. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 656.

– Vi tar jobben, men krever ressurser

– Oppgaver kan gjerne flyttes til fastlegene forutsatt at vi har nok fastleger, avtalte rammebetingelser og et godt nettverk av lokalsykehusfunksjoner.

Det mener Kjell Maartmann-Moe som er leder av Alment praktiserende lægers forening.

– Myndighetene må være liberale med å opprette nye hjemler etter hvert som oppgavene flyttes ut slik at pasientene får god service og fastlegesystemet ikke blir overbelastet, sier han.

Aplf-lederen påpeker nødvendigheten av gode samarbeidsarenaer for første- og annenlinjetjenesten: – Fastlegeordningen har ført til økende kravmentalitet fra sykehusene. Sykehusene overfører oppgaver til førstelinjetjenesten uten å diskutere det med oss. Vi har eksempler på at sykehusleger bestemmer at pasienten skal sykmeldes, men pålegger allmennlegen å gjøre skrivarbeidet ofte uten at epikrisen finnes på fastlegens bord. Slikt kan vi verken by pasientene eller hverandre som kolleger, sier Maartmann-Moe.



Aplf-leder Kjell-Maartmann Moe vil ha formelle fora for samarbeid. Foto Samfoto

Han ønsker at det opprettes formelle fora for gjensidig, forpliktende samarbeid om fordeling av oppgaver og ressurser. – Bedre samarbeid krever også at fastlegene kommer inn i styrene i foretakene på alle nivåer og at ordningen med allmenntilleggspraksiskonsulenter ved alle større avdelinger blir innført over hele landet, sier han (se side 2493).

Aplf-lederen understreker at et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten først og fremst må tilgodese de eldre syke med mange, allmenntilleggsproblemer.

– Disse pasientene blir stadig flere og det må lønne seg å behandle dem skikkelig. Derfor må DRG-systemet videreutvikles med tanke på denne gruppen, sier Maartmann-Moe.

Han ser positivt på at allmennleger skal få henvisningsrett til godkjente private klinikker. – At en søknad først skal godkjennes ved et sykehus før den går til et privat tjenestetilbud, er et tungrodd system som kan føre til konkurransevridning og unødvendige forsinkelse for pasienten, sier han.

– *Nina Husom, Tidsskriftet*
nina.husom@legeforeningen.no

Delta i debatten

– Praktisk samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten kan ikke bestemmes av foretaksstyrene. Prosessen må begynne med en faglig debatt der legene bør delta aktivt, sier Daniel Haga som sitter i Hagen-utvalget og er fastlege i Alta. Han sier at det ikke er snakk om å gi fastlegene oppgaver de ikke er kvalifisert for, slik forslaget lett kan forstås som.

– Spesialistene skal fortsatt ta seg av pasienter som trenger spesialistkompetanse, beroliger Haga, som understreker at han uttaler seg under forutsetning av at forslagene blir som Tidsskriftet beskriver.

– Utvalget skal vurdere hvordan spesialistressursene kan utnyttes best og mest effektivt. I et slikt perspektiv er det helt klart at det finnes oppgaver som kan overføres fra spesialist til fastlege, sier Haga. Han nevner rutinekontroller hos gynekolog som et eksempel på en typisk fastlegeoppgave som bør legges utenom spesialisthelsetjenesten. Et annet tiltak som kan spare spesialisthelsetjenester kan være astmaskoler i fastlegens regi som gjør at pasienten blir bedre i stand til å ta vare på egen helse.