

Konsultasjoner hos spesialister med avtale med Helse Øst

Sammendrag

Bakgrunn. De regionale helseforetakene kan invitere private spesialister til anbudskonkurranser om levering av helsetjenester. Omfanget og bruken av private avtalespesialister er mindre kjent. Vi har undersøkt bruken av private avtalespesialister i Helse Øst.

Materiale og metode. Artikkelen bygger på data fra flere kilder. Vi hentet pasientdata fra Norsk pasientregister og legeregningsdata fra Rikstrygdeverket. Det ble sendt ut et spørreskjema til et utvalg fastleger i Helse Øst, i tillegg gjorde vi intervjuer med utvalgte avtalespesialister og sykehusleger.

Resultater. Private spesialister med avtale med Helse Øst utførte 151 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i tremånedersperioden september–november 2003. I samme periode ble det utført 186 konsultasjoner per 1 000 innbyggere ved offentlige poliklinikker. Samtidig observeres store variasjoner i forbruket i forhold til geografi og type spesialitet. Forbruksraten av private spesialister er 174 konsultasjoner per 1 000 innbyggere i Østfold, mot 80 per 1 000 i Hedmark. Totalt innen områdene øye, øre-nese-hals og hud utføres mer en to tredeler av konsultasjonene hos private spesialister med avtale med Helse Øst.

Fortolkning. Private avtalespesialister spiller en betydelig rolle, og innen enkelte spesialiteter er de dominerende. Dette tilsier at praksisen til avtalespesialister i langt større grad enn det vi har sett til nå, burde være gjenstand for diskusjonene om samhandling i offentlige utredninger.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Lars Erik Kjekshus

l.e.kjekshus@medisin.uio.no
Forskningsprogram for ledelse og organisering i helsesektoren (HORN)
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo
og
Helsetjenesteforskning
SINTEF Helse

Ronny Jørgenvåg

Helsetjenesteforskning
SINTEF Helse
Abels gate 5
7465 Trondheim

I kjølvannet av sykehusreformen er man blitt mer oppmerksom på forholdet mellom private og offentlige aktører i helsevesenet (1). Overgangen til foretaksorganiseringen åpner i større grad opp for private spesialister, ved at de regionale foretakene inviterer til anbudskonkurranser om levering av helsetjenester. Offentlige utredninger omtaler i liten grad private avtalespesialister. Dette er særlig tydelig i den nylig avlagte innstillingen fra Samhandlingsutvalget (2).

Vi ønsket å undersøke omfanget av bruken av private avtalespesialister i forhold til sykehusenes polikliniske virksomhet i Helse Øst (3). Tilsvarende undersøkelser er blitt gjort i Helse Midt-Norge (4).

Materiale og metode

Sykehusene innrapporterer innleggelser og polikliniske konsultasjoner til Norsk pasientregister. Disse rapportene er anvendt i denne studien. I definisjonen på en poliklinisk konsultasjon er det et krav at konsultasjonen minimum inneholdt en gyldig takst i henhold til Rikstrygdeverkets tariffer for offentlige poliklinikker (5). Brev- og telefonkonsultasjoner er ikke inkludert. Det er videre viktig å bemerke at det er kun de polikliniske konsultasjoner ved poliklinikkene som er inkludert, ikke dagkirurgi og cytostatikabehandling (som finansieres gjennom aktivitetsbasert finansiering).

For å belyse aktiviteten hos private avtalespesialister innhentet vi data fra Rikstrygdeverket for tre måneder i 2003 (september, oktober, november). Private avtalespesialister sender månedlig en samleregning til sitt lokale oppgjørskontor. Denne

inneholder informasjon om pasienten (alder, kjønn, hjemstedskommune, diagnose og tiltak beskrevet gjennom takster) i tillegg til refusjonens størrelse. Dette materialet ble tilpasset undersøkelsens formål. I den endelige analysefilen inngikk 318 avtalespesialister. Av disse var det 263 innenfor somatisk fagområde og 55 innen psykiatri (inkludert barne- og ungdomspsykiatri). Dette medfører at 73 % av avtalespesialistene innen somatisk fagområde er med i analysegrunnlaget og 34 % av psykiaterne. Det er for avtalespesialister som leverer manuelle oppgjør (ikke elektroniske) estimert aktivitet, for å kunne gi et mest mulig riktig bilde av det totale forbruket av spesialisthelsetjenester i Helse Øst. For å komme frem til et gjennomsnittlig antall konsultasjoner per avtalespesialist er det tatt utgangspunkt i spesialister med fullt driftstilskudd. Dette fordi hjemmelsstørrelse ikke er synonymt med andel av et årsverk, og at produksjonen hos avtalespesialister med reduserte hjemler i mange tilfeller er veldig høy.

Det er i Helse Øst i alt 282 psykologer, men ingen av dem leverer elektroniske oppgjør til oppgjørskontorene. Vi har derfor måttet utelate denne gruppen spesialister.

Som ledd i å kartlegge fastlegenes bruk og samhandling med spesialisthelsetjenesten spurte vi fastlegene om hvilke aktører de primært henviste til. Det er i alt 1 360 fastleger i de fem fylkene som inngår i Helse Øst. Spørreskjemaet ble sendt til et utvalg bestående av 600 fastleger, fordelt etter andelen leger i det enkelte fylke i forhold til alle i regionen.



Hovedbudskap

- Bruken av private avtalespesialister blir i liten grad omtalt i offentlige utredninger
- Virksomheten til private avtalespesialister er svært varierende, og det er store forskjeller i produktivitet
- Det er store geografiske variasjoner i forbruket av spesialister
- Private avtalespesialister driver en omfattende virksomhet. Dette tilsier at deres praksis i langt større grad enn det vi har sett til nå, burde være gjenstand for diskusjonene om samhandling i offentlige utredninger

Resultater

Noen pasientgrupper henvises oftere til avtalespesialist enn til poliklinikk (tab 1). Det dreier seg om avtalespesialister innen hud, øre-nese-hals og øye. Dette er for øvrig de samme spesialitetene som fastleger i størst grad oppgav at de hadde i nærheten av egen praksis.

Vi anslår at avtalespesialister i somatiske fagområder i Helse Øst gjennomførte 906 000 konsultasjoner i 2003 (tab 2).

Tendensen er at leger i mindre hjemler har høyere aktivitet enn leger i full hjemmel. Det er store variasjoner spesialitetene imellom, men det er også stor variasjon innad i spesialiteten. Antall konsultasjoner varierer fra én til 49 per dag.

For psykiatere og psykologer er data-grunnlaget dårligere, først og fremst fordi vi ikke har legeringsdata fra psykologene.

Bruken av avtalespesialister utgjør en stor del av den polikliniske tjenesten, med om lag 45 % av den totale bruken i regionen (fig 1). I Østfold og Akershus er bruken av avtalespesialister større enn bruken av poliklinikker, mens det er motsatt for befolkningen i de andre fylkene.

Bruken av private avtalespesialister er størst for befolkningen i Østfold, Akershus og Oslo. I Østfold bruker man avtalespesialister i større grad enn befolkningen i Oslo sett i forhold til antall hjemler, som er betydelig større i Oslo. Dette betyr at avtalespesialister i Akershus og Oslo behandler en stor andel pasienter fra Østfold.

Det er færrest avtalespesialister i Hedmark, noe som gjenspeiler seg i et betydelig lavere forbruk enn i de andre fylkene. Hedmarkingene bruker polikliniske tjenester i sykehus i større grad enn befolkningen i de andre fylkene.

Oslo-folk hadde i denne perioden det høyeste forbruket av polikliniske tjenester samlet. Oslo og Akershus har rater på henholdsvis 356 og 348 per 1 000 innbyggere, i Østfold og Hedmark er de 332 og 325 per 1 000 innbyggere, mens Oppland skiller seg ut med 276 per 1 000 innbyggere.

Innen fagene øye, øre-nese-hals, hud, pediatri og til dels gynekologi dominerer private avtalespesialister, mens innen kirurgi, medisin og nevrologi er andelen mer beskjeden (fig 2).

Diskusjon

Variasjoner i antall pasienter som får behandling innenfor en spesialitet og ulikheter de forskjellige spesialitetene imellom kan forklares med ulik grad av hjelpepersonell, innholdet i tilbudet og arbeidstid, i tillegg til eventuelle variasjoner i produktivitet. Det er variasjoner mellom avtalespesialistene i forhold til hvordan de organiserer arbeidsdagene. Hovedinntrykket er at de fleste har fire arbeidsdager med pasientbehandling og at den femte benyttes til administrativt arbeid. Det er imidlertid flere spesialister som oppgir at de behandler

Tabell 1 Prosentvis andel fastleger som oppgir at de henviser pasienter oftest til private avtalespesialister fordelt per spesialitet og fylke

	Fylke					Totalt	Antall leger
	Østfold	Akershus	Oslo	Hedmark	Oppland		
Anestesiologi		7	8			4	7
Pediatri	14	57	33		6	27	62
Fysikalsk medisin og rehabilitering	14	61	17	6	13	25	53
Gynekologi	63	63	74	3	20	51	124
Kirurgi/urologi	36	4	19	3	8	14	34
Hud	96	90	96	74	97	92	225
Indremedisin	28	21	12	3	6	15	34
Nevrologi	44	49	20	6		26	61
Plastikkirurgi	43	14	21	6	14	20	41
Radiologi	31	56	84	8	18	47	113
Revmatologi	19	24	4			10	24
Øre-nese-hals	84	81	95	60	71	81	200
Øye	89	90	97	64	97	89	222
Barne- og ungdomspsykiatri	5	2	4			3	6
Psykiatri	62	49	67	25	31	50	121
Psykolog	16	11	15	3	3	11	26

Tabell 2 Estimert gjennomsnittlig antall konsultasjoner per dag per spesialitet. Beregnet ut fra gjennomsnittlig antall konsultasjoner i tre måneder i 2003 (september–november). Minimums- og maksimumsverdier for avtalespesialister med 100 % hjemmel. Avtalespesialister som har levert elektroniske oppgjør

	Estimert antall konsultasjoner per dag hos spesialister med avtale med Helse Øst i 2003			
	Alle avtalespesialister	Avtalespesialister med 100 % hjemler	Minimumsverdi	Maksimumsverdi
Anestesiologi	10	6	2	9
Pediatri	11	10	1	20
Fysikalsk medisin og rehabilitering ¹	3	–	–	–
Gynekologi	13	13	4	24
Kirurgi	16	11	6	16
Hud	27	25	9	49
Indremedisin	12	10	4	18
Nevrologi	10	11	8	16
Plastisk kirurgi ²	–	–	–	–
Radiologi ³	19	19	–	–
Revmatologi ¹	12	–	–	–
Øre-nese-hals	19	19	8	34
Øye	20	18	10	31
Barne- og ungdomspsykiatri	4	4	4	5
Psykiatri	6	5	2	12
Psykolog ⁴	–	–	–	–

¹ Bare én spesialist som har rapportert elektronisk oppgjør

² Det er to hjemler i plastikkirurgi. Ingen av disse har levert elektronisk oppgjør

³ Kun to spesialister med 100 % hjemmel, derfor er ikke minimums- og maksimumsverdi presentert

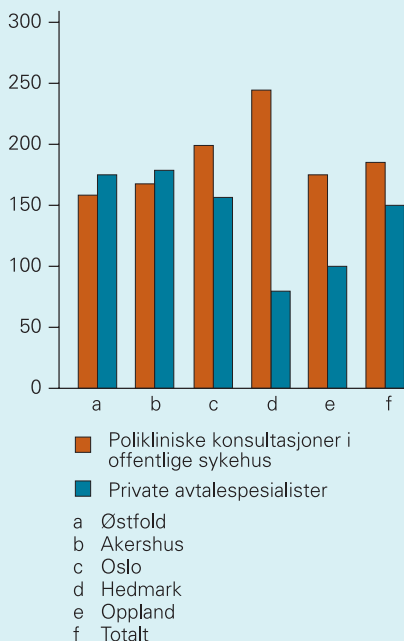
⁴ Ingen psykologer leverer elektronisk oppgjør

pasienter fem dager i uken. I undersøkelsen viser vi at størrelsen på hjemmelen ikke samsvarer med produksjonen. Spesialister med reduserte hjemler har ofte større produksjon enn spesialister med 100 % driftstilskudd. Selve driftstilskuddet blir da kun en inngangsbillett til takstrefusjon, og spesialisten kompenseres for det lave driftstilskuddet med høy produksjon. Gjennom intervjuene er det avdekket at det er store variasjoner i hvordan spesialistene organiserer arbeidsdagen. Enkelte har eget kontorpersonale som tar seg av alt fra regnskap til

timeavtaler, noen har sykepleiere i kontor-tjenesten som tar noe av silingen og førstekontakten med pasienter og i enkelte tilfeller utfører noe behandling, andre igjen har ingen slike tjenester og utfører følgelig betraktelig mer administrativt arbeid selv. I tillegg er det enkelte avtalespesialister som påtar seg undervisning, forskning og foredragsvirksomhet.

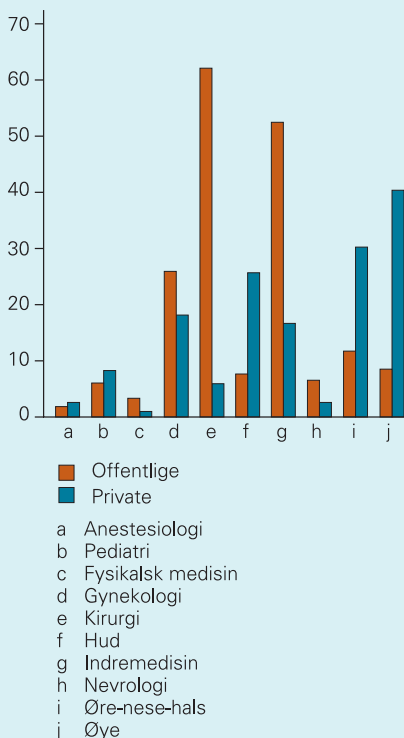
Resultatene i vår undersøkelse avdekker at private avtalespesialister driver en omfattende virksomhet, sett i forhold til sykehusenes poliklinikker. Det er imidlertid

Figur 1



Bruk av polikliniske tjenester i sykehus og hos private avtalespesialister i Helse Øst i perioden september–november 2003 per bostedsfylke. Forbruksrate per 1 000 innbyggere

Figur 2



Bruk av polikliniske tjenester i sykehus og hos private avtalespesialister i Helse Øst i perioden september–november 2003 per spesialitet. Forbruksrate per 1 000 innbyggere

store variasjoner både med henblikk på geografisk fordeling av avtalehjemler og når det gjelder kapasitet hos de enkelte spesialister og de ulike spesialitetene imellom. Private avtalespesialister spiller en betydelig rolle, og innen enkelte spesialiteter er de dominerende. Dette tilsier at praksisen til avtalespesialister i langt større grad enn det vi har sett til nå, burde være gjenstand for diskusjonene om samhandling i offentlige utredninger.

Det er vår generelle, men klare oppfatning at det foreligger for liten og for dårlig informasjon om hvilket innhold som utøves i avtalepraksis. Skal man kunne ha styringsinformasjon som skal kunne brukes av de regionale helseforetakene i et kortsiktig perspektiv (f.eks. for å kunne styre pasienter mot spesialister med ledig kapasitet), eller i lengre styringsperspektiv for å planlegge og regulere den samlede tjenesten, er det behov for å utvikle bedre styringsdata som kan bidra til å underbygge nødvendige beslutninger.

En stor andel av fastlegene uttrykker at de ikke kjenner til hvilken virksomhet som utøves av private avtalespesialister, hvilke pasienter som kan henvises og blir prioritert samt ventetid. Dette er uheldig i forhold til utnytting av den samlede kapasiteten, med tanke på det store antall avtalespesialister i hovedstadsområdet. Det ligger klare utfordringer i styringssammenheng i å bidra til at det skjer en større samordning mellom spesielt avtalespesialister og sykehus, slik at det ikke foretas dobbeltutredninger.

Manuskriptet ble godkjent 7.9. 2005.

Litteratur

1. Hafstad A. Henviser pasienter til egen klinikk. Aftenposten 14.1.2005.
2. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2005.
3. Jørgenvåg R, Kjøekshus LE. Private avtalespesialister i Helse Øst RHF. Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingkjeden. Rapport nr. STF78 A045021. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
4. Jørgenvåg R, Paulsen B, Magnussen J. Private spesialister og offentlig helsevesen. Pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og på poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene indremedisin, øre, nese og hals og øye. Trondheim: SINTEF Unimed, NIS helsetjenesteforskning, 2000.
5. Jørgenvåg R. Legeregningsdata som grunnlag for studie av praksisvariasjoner i sykehusenes poliklinikker. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1998.