

Avlønningsform og faglig standard

AV ANNA STAVDAL

Norske allmennleger har lange tradisjoner med et todelt avlønningssystem – fastlønn og stykkprisfinansiering. Etter innføringen av fastlegeordningen (FLO) driver flertallet av legene privatpraktiserende legevirksomhet finansiert av tilskudd fra staten beregnet etter antall pasienter på legens liste. Legens lønn utgjøres av summen av pasienthonoraret og refusjonen fra NAV, begge bestemt i normaltariffen (NT). Fordelene ved incentivbasert avlønning er åpenbare.

Fleksibelt legetilbud til befolkningen

Det ligger i sakens natur at behovet for fastlegens tjenester kan variere fra dag til dag og mellom ulike perioder i året. Incentivsystemet gjør at legen kan variere aktiviteten med etterspørselen. Hun får bokstavelig talt lønn for strevet når arbeidspresset er stort og arbeidsdagene er lange.

Mulighet for å helsepolitisk styring

Gjennom normaltariffen kan myndighetene påvirke innholdet i legetjenesten i tråd med helsepolitiske mål gjennom å premiere enkelte prosedyrer. Takster for veiledning i røykeavvenning og prevensjonsveiledning, og samtaler med pasienter med kronisk psykiatrisk sykdom er noen eksempler på dette.

Underbygging av legens autonomi

Fastlegens arbeid spenner over et vidt felt og medfører stort ansvar på flere plan, både i de kliniske møtene med pasientene, forvaltningsmessig som premissleverandør for NAV og som ansvarlig for driften av en faglig virksomhet. Incentivsystemet kan bidra til at legen selv fortløpende kan bestemme i hvilken rekkefølge oppgavene skal løses og det kan legge til rette for rasjonell tidsbruk, mens det viktigste arbeidet prioriteres; behandling av pasienter.

Gjennom innføringen av FLO ble flertallet av allmennlegene i Norge selvstendig næringsdrivende. I tråd med tidsånden ved millenniumskiftet var lønnsomhet blitt et bærende prinsipp i hele helsepolitikken. I sykehusene hadde man allerede DRG-finansiering som innebærer at jo flere definerte prosedyrer som utføres, jo større inntekter får sykehuset.



Anna Stavdal

Fastlege, Bolteløkkas legesenter
Universitetslektor ved Universitet i Oslo

Det er dette systemet som gjør at antall snorkeoperasjoner kan øke eksponensielt i en helseregion, mens behandling som ikke utløser samme prosedyrebaserende inntekt ikke prioriteres. Et eksempel på det siste er tverrfaglig behandling og rehabilitering.

Gjennom de siste årene har vi vært vitne til at sykehusene er i ferd med å sprengne egne rammer, og at den faglige aktiviteten er i klemme mellom stykkprisfinansiering og effektivitetskrav uten helhetlig diskusjon om hva det offentlige sykehusvesen faktisk skal tilby.

Det bør bekymre oss at allmennlegetjenesten ligger godt an i samme løype. Normaltariffens incentivbaserte avlønning forsterker noen uheldige tendenser i utviklingen av norsk helsevesen.

Helse som vare

Det vi vet sikkert om effekten av et stykkprisbasert incentivsystem, er at antall utførte prosedyrer er proporsjonalt med tilknytning til takster i NT. Vi vet derimot ikke om takstsystemet fører til bedre kvalitet og gode medisinske beslutninger, og dermed et bedre medisinsk tilbud til befolkningen.

Fastlegen gjør opp sin kasse hver ettermiddag – og forholder seg til inntektssiden av sin praksis i hver enkelt konsultasjon. Avstanden i tid mellom den kliniske beslutning og regningskortet er anslagsvis fem til ti minutter. Det vil være naivt å påstå at økonomiske betraktninger ikke øver sterk påvirkning på hvilke tiltak legen igangsetter eller avstår fra.



Manglende incentiver for prioritering og for anvendelse av «sunn fornuft»

Vi har grunn til å tro at det som skaper marginene i fastlegens inntjening, er det antall ekstra konsultasjoner som kommer i tillegg til det som tar tid. Det betyr raske konsultasjoner, ekspedisjonsbaserte oppdrag og mer eller mindre godt begrunnede øyeblikkelig hjelp-timer.

Takstsystemet stimulerer ikke til prioritering av dem med størst sykkelighet og dårligst bestillerevne. Stikkord er rusmisbrukere, pasienter med såkalte dobbeltdiagnoser og dem med stor komorbiditet og dårlig egenomsorgsevne.

Faglig samkvem og samarbeidsmøter med andre profesjoner om pasienter med sammensatte behov lider, fordi det er mindre økonomisk lukrativt enn å prioritere konsultasjoner som kan gi takster for praktiske prosedyrer, helst slike som ikke tar lang tid.

Også fastlønnede leger jobber nå de facto i et stykkprissystem idet kommunens inntekter følger NT. Dette rammer kommuner som satser på offentlige legetjenester og tverrfaglig samarbeid. Yter legen god service på telefon, noe som er svært relevant i Distrikts-Norge med store avstander, og ønsker kommunen å stimulere fagutvikling og forskning blant sine leger, blir inntektene lavere og god legetjeneste risikerer å bli et kommunalt tapsprosjekt man ikke kan ta seg råd til.

Behov for og mangelen av leger som aktører i offentligheten

Det er en fare for at NT beforder en legeflukt fra arenaer som ikke øker farten på taksameteret, eller som kanskje ikke engang aktiverer det. I kombinasjon med dårlig kommuneøkonomi kan resultatet bli at fastlegen praktiserer i et vakuum, uten mulighet for profesjonell og faglig påvirkning på det samfunnet hun virker i.

Det er fristende for lokale beslutningstakere å avstå fra å betale for dyrt, timebasert legearbeid på helsestasjon, syke-

hjem eller skolehelsetjeneste. Det betyr i neste omgang at legen ikke er til stede der strategiene for forebyggende arbeid legges, og der viktige deler av det utføres.

Det samme gjelder arenaer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder enkeltpasienter og når det gjelder utvikling av prosedyrer og gode pasientforløp mellom nivåene.

Unge legers behov for fastlønn fremfor butikkdrift

Etter hvert har jeg sammen med kolleger samlet bred og lang erfaring i undervisning på grunnkurs i spesialistutdanningen, og fra veiledning av spesialistkandidater.

Når vi diskuterer rammene for god fagutøvelse med kommende spesialistkolleger, er det noen frustrasjoner som går igjen: Det er vanskelig å fylle bredden i faget, hjelpe dem som har størst behov, sørge for faglig oppdatering, gi praksisen god faglig ledelse, og samtidig drive en praksis som skal bære seg, med arbeidsgiveransvar og inntjening av nødvendige marginer.

Mange unge leger vegrer seg for å ta opp lån for å kjøpe seg inn i gamle praksiser, eller for å etablere nye – uten overgangsordninger der de kan utdanne seg til spesialister i allmennmedisin under veiledning av erfarne leger i det daglige arbeidet.

Er fastlønn løsningen?

Dilemmaet er hvordan vi skal opprettholde høy produktivitet og samtidig sikre riktig faglig prioritering. Spørsmålet hvilken avlønningsform som er best er ikke enkelt å besvare. Utfordringen er å finne et system som ivaretar fleksibilitet og som inspirerer til å yte når det trengs, samtidig som de beskrevne uønskede tendensene dempes.

Med økende fragmentering av spesialisthelsetjenesten og økte teknologiske muligheter øker også presset på allmennmedisinen. Å skape realistiske forventninger til helsetjenesten er en viktig oppgave for oss som jobber i første linje. For å fylle den oppgaven må vi pleie vårt fag. Fagrøkt og fagutvikling er både et kollektivt og individuelt ansvar og krever tid og oppmerksomhet. Å sikre god utdanning av morgendagens allmennleger er på samme måte et felles ansvar og må sikres bærekraftige betingelser. Det er grunn til å spørre om dagens dominerende avlønningsform legger til rette for å løse disse utfordringene.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
Anna.stavdal@medisin.uio.no