

Sensorveiledning: HLED1102 Helsetjenesten i samfunnet - innføring i helsepolitikk

Generelt: Noen av besvarelsene har dårlig språk, kanskje fordi studentene har norsk som andrespråk. Dårlig språk er ikke vektlagt i bedømmingen dersom meningsinnholdet er korrekt.

Både del A og del B skal besvares. Del A vil telle 40% og del B vil telle 60% når den endelige karakteren settes. I del A Kortsvarsoppgaver skal du besvare fem av de seks spørsmålene. I del B Essay skal du velge enten 1) eller 2).

Del A Kortsvarsoppgaver

Definér eller forklar de følgende begrepene og illustrer definisjonene/forklaringene ved et eksempel.

1) Inntektsutjevning

Inntektsutjevning innebærer som begrepet sier, en utjevning av inntekter. I kurset er inntektsutjevning kun diskutert i forbindelse med ulikheter i kommunale inntekter og det er her det er naturlig å hente eksemplene fra. Kommunale inntekter kommer fra tre kilder: skatt, overføringer fra staten og brukerbetaling. Inntektsutjevningen gjelder skatteinntektene der inntekts- og formuesskatt er det viktigste grunnlaget for utjevningen. Mange av studentene har gått i detalj når det gjelder elementene i inntektsutjevningen og nevnt graden av utjevning (60% av avvikene fra gjennomsnittet), samt detaljer rundt hvilke skatter som inngår og ikke inngår i utjevningen. De siste poengene er ikke nødvendig for å få full uttelling, men teller positivt når studenten vipper mellom to karakterer.

De aller fleste, om lag 90%, klarte dette spørsmålet.

2) Risikojustering

I kurset er risikojustering diskutert i forbindelse med overføringer fra staten til kommunene og 'per capita'-tilskuddet til fastlegene. Risikojustering innebærer at disse tilskuddene justeres for behov i befolkningen eller blant listedeltakerne. Det er mange måter å gjøre dette på, men det meste brukte virkemidlet er justering for alder. De beste besvarelsene går i detalj i beskrivelsen av hvordan risikojustering utformes.

Dette var et vanskeligere spørsmål. Om lag 80% hadde riktige svar.

3) Universelle helsetjenester

At helsetjenestene tildeles uavhengig av mottakernes inntekter, alder, kjønn, etnisitet, seksuelle legning osv. Noen skriver at skattebasert finansiering er en forutsetning for universelle helsetjenester. Det kan nok diskuteres, men det er ikke trukket for dette.

Nesten alle klarte dette spørsmålet.

4) Aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering innebærer sammenheng mellom en tjenesteyters inntekter og aktivitetsnivået. Dersom aktivitetsnivået går ned (f.eks. i forhold til siste år) så går også inntektene ned. Motsvarende når aktiviteten går opp. Eksempelene er gjerne hentet fra fastlegeordningen eller de somatiske sykehusene (ISF-ordningen).

Om lag 85% hadde riktig svar.

5) Retrospektiv finansiering

Retrospektiv finansiering betyr at tjenesteyteren kompenseres for faktiske kostnader. Dette betyr at risiko forbundet både ved variasjoner i enhetskostnader og aktiviteter ligger på finansieren. Eksemplet som er benyttet er kurdøgnfinansieringsordningen som vi hadde for sykehusene fram til 1980.

Om lag 85% hadde riktig svar.

6) Prospektiv finansiering

Prospektiv finansiering betyr at tjenesteyteren betales ved priser som er fastsatt ved inngangen til året. Risiko forbundet ved variasjoner i enhetskostnader ligger på tjenesteyteren, men risiko forbundet med aktiviteter ligger på finansieren. Både rammefinansieringsordning av kommuner og helseforetak, ISF og betalingsordningen for fastlegene er eksempler på prospektive finansieringsordninger.

Om lag 85% hadde riktig svar.

Del B Essay

Enten 1) Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført fra 2001. Gjør kort rede for hvordan primærlegene var organisert før og etter at fastlegeordningen ble innført. Et problem ved ordningen før 2001 var lange ventetider til konsultasjonen hos primærlegene. Hvordan utviklet ventetidene seg etter 2001 og hva forklarer endringene i ventetider? De siste 5-6 årene har det oppstått nye problemer med fastlegeordningen. Hva består problemene i og hvordan kan disse problemene løses?

Kommunene fikk ansvaret for allmennlegetjenesten fra 1984. I løpet av 1990-årene utviklet det seg flere modeller for organisering av allmennlegetjenesten:

- *Modeller basert på kommunalt driftstilskudd/driftsavtale (67% i 1999). Ved disse modellene var legene selvstendig næringsdrivende, kommunene betalte driftstilskuddet og regulerer åpningstider, arbeidstid, legevakt. I tillegg mottok legen refusjon fra Folketrygden og egenbetaling fra pasientene.*
- *Kommunalt ansatte med fast lønn (18 % i 1999). Kommunen får fastlønnstilskudd fra RTV, egenbetalingen tilfaller kommunen.*
- *Leger uten avtale (9%). Inntektene kommer kun fra pasientenes egenbetaling.*

Problemer ved allmennlegeordningen på slutten av 1990-tallet:

- *Pasientperspektivet: Dårlig tilgjengelighet, særlig i distriktene. Lite kontinuitet (hyppige legeskifter)*
- *Legens perspektiv: Usikkerhet om hvem som er pasientene (pasientene bytter ofte lege). Journalen følger ikke pasientene*
- *Myndighetenes perspektiv: Vanskelig å planlegge tilbudet (legene lite stabile). Mange forskjellige avlønningsordninger – vanskelig å få oversikt over utgiftene.*

Fastlegeordningen (FLO) hadde tre sentrale virkemidler:

- *Pasientlister. Alle innbyggere skal være på en fastleges liste. Dette skal forbedre kontinuiteten i lege-pasientforholdet og sikre tilgang til helseopplysninger. Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, jfr. fastlegeforskriften § 19.*
- *Avlønningsordningen. «Per capita»-finansiering: ca 30%. Stykkprisfinansiering (refusjon + egenbetaling): ca 70%*
- *Organisasjonsmodell: Privat næringsdrift ble hovedmodell (i små kommuner: fastlønn)*

Effekter:

Per capita-betalingen oppmuntret legene til å ta listeansvar (skaffe seg flere pasienter). Per capita-betaling oppmuntret også kommunene til å lyse ut flere legehjemler enn tidligere (i perioden med driftsavtaletilskudd). Årsaken var at ved gammel ordning var kommunenes utgifter avhengig av antall stillinger. Ved ny ordning ble kommunens utgifter til allmennleger uavhengige av antallet allmennleger som praktiserer i kommunen (det ble altså ingenting å spare på å være tilbakeholdne med å lyse ut nye legehjemler).

Myndighetene fikk med FLO to spesifikke virkemidler: Per capita-betaling oppmuntrer leger til å ha en fast pasientliste og ansvar for langsiktig medisinsk oppfølging. Stykkprisbetaling motiverer legene til å være tilgjengelige når pasientene trenger konsultasjon, altså til mange konsultasjoner

Nye utfordringer:

Samhandlingsreformen (2012) gjorde at pasientene ble raskere utskrevet fra sykehus noe som ga større oppfølgingsbehov i primærhelsetjenesten. Helsereformene på 1990- og 2000-tallet økte antall pasienter med stort oppfølgingsbehov. Fastlegene fikk mer oppfølgingsansvar for sykemeldte (f.eks. møter med NAV). Dette førte til større arbeidsbelastning og reduksjon i listeansvaret i FLO.

Statens respons på disse ordningene var Handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020). Planen er fulgt opp og forsterket fra (2022): En økte tilskuddet til allmennleger i spesialisering (ALIS) og gjorde ordningen landsdekkende. Etablerte et legevakttilskudd for kommuner med de største rekrutteringsutfordringene. Økte og differensierte 'per capita'-tilskuddet. Disse forholdene har gjort legene kan opprettholde inntektene også ved færre på listen noe som har stimulert rekruttering til ordningen.

60-65% av studentene skrev dette essayet. Den mest krevende delen er å forklare mekanismene som ledet til kortere ventetider. De viktigste elementene her er at 'per capita'-finansieringen gjør det 1) mer attraktivt for kommunene å lyse ut fastlegeavtaler og 2) fastlegene får insentiver til å ha mange pasienter på listen og at stykkprisfinansieringen gir fastlegene insentiver til høy aktivitet.

eller 2) Sykehusfinansiering

Gi en oversikt over de ulike finansieringsmodellene Norge har benyttet for somatiske sykehus etter 1970 og diskuter hvilke effekter de ulike modellene har hatt for aktivitetsnivå, kostnadskontroll og ventetider til behandling. Etter pandemien har vi i Norge fått økte ventetider til behandling. Hvordan vil du utforme finansieringssystemet slik at det kan bidra til å løse dette problemet? Hvordan vil løsningen du foreslår påvirke kostnadskontrollen i spesialisthelsetjenesten?

I Norge har vi benyttet tre prinsipielt ulike modeller etter 1970:

Kurdøgnfinansiering (til 1980) innebar at sykehusene fikk refusjon per liggedøgn. Dette systemet var retrospektivt i den betydning at finansieren kompenserte faktiske kostnader. Finansieren bærer med dette systemet risiko forbundet med både variasjoner i aktivitet og kostnader. Finansieringssystemer motiverer økt aktivitet i form av liggedager. Systemet vil trolig også gi korte ventetider, mens kostnadskontrollen for staten blir lav.

Rammefinansiering (1980-1997) ble innført som svar på problemene med manglende kostnadskontroll under kurdøgnfinansieringssystemet. Systemet innebar statlig rammefinansiering av fylkeskommuner og fylkeskommunal rammefinansiering av sykehus. Endring av system medførte reduksjon i liggetider, trolig reduksjon i kostnader per pasient og lav vekst i totale kostnader. Aktivitetsnivået økte bare sakte, og vi fikk lengre ventetider. Statens kostnadskontroll var relativt god.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) av sykehus har vi hatt fra 1997 til i dag, men den aktivitetsbaserte andelen har variert. ISF førte til en kraftig aktivitetsvekst, sterk utgiftsvekst, høyere teknisk effektivitet/produktivitet og reduserte ventetider. Kostnadskontrollen har i perioder vært dårlig noe som var en medvirkende årsak til at staten overtok eieransvaret til sykehusene i 2002.

Modellene varierer med hensyn til håndtering av finansiell risiko forbundet med aktivitets- og kostnadsvariasjoner. Ved rammefinansiering bærer sykehusene risikoen ved begge deler, mens ISF løfter ut risikoen forbundet med aktivitetsvariasjoner. Kurdøgnsystemet innebar som nevnt at staten bar all risiko.

Mange av besvarelsene presenterte DRG-systemet og diskuterte hvordan dette benyttes som grunnlag for ISF. Det gis et lite pluss når dette er riktig presentert selv om dette ikke er en sentral del av oppgaven.

I den avsluttende delen inviteres studentene til en normativ diskusjon. Det gis ekstra uttelling for diskusjon av flere modeller. De fleste konkluderte med at økning i den aktivitetsbaserte delen av ISF var enkleste måten å øke aktiviteten på. For staten vil dette innebære redusert kostnadskontroll.