

## Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024- 2027

### **Innledning**

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 - 2027 (NHSP) gir en god beskrivelse av situasjonen i helsetjenesten. På et overordnet nivå mener Legeforeningen at det viktigste hovedmålet med NHSP må være å lansere tiltak som sørger for at den offentlige helsetjenesten er førstevalget for pasienter og helsepersonell. Å opprettholde og videreutvikle et godt offentlig helsetilbud er en av de viktigste politiske oppgavene. For å få til dette er det behov for økte og smartere investeringer i alle ledd av helsetjenesten, samt målrettet innsats for å utdanne, rekruttere og beholde helsepersonell. Legeforeningen vil også oppfordre Stortinget til å presisere i innstillingen til NHSP at oppfølgingen og implementeringen av planen skjer gjennom utredning og i tett dialog med partene.

### **Sykehusøkonomi**

I NHSP foreslås det å redusere andelen innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 40 til 30 %. Det er usikkert om en slik reduksjon i ISF-andelen vil påvirke aktiviteten i sykehusene i særlig grad. Dersom det også er et mål å øke aktiviteten og ta ned ventelister, slik regjeringen har pekt på, er det andre grep som må til. Legeforeningen har vært tydelig på at dersom sykehusene skal kunne løse sine oppdrag og samtidig behandle flere pasienter, er det nødvendig å øke den totale rammen til sektoren.

Videre kommer det fram i NHSP at regjeringen vil sikre bevilgninger som tar hensyn til de faktiske kostnadene. Dette støttes av Legeforeningen. Vi har over tid kritisert budsjettforutsetningen om at kostnadsvekst kan håndteres innenfor 80% av marginalkostnad, og har jobbet for at sykehusene fullt ut skal få kompensert sine kostnader.

Regjeringen vil gi sykehusene bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer. Regjeringen vil gå over til en mer gunstig rentemodell og redusere egenkapitalkravet for lån til sykehusbygging. Dette er delvis i tråd med Sykehusutvalgets anbefalinger. Regjeringen har imidlertid valgt å se bort fra Sykehusutvalgets anbefaling om å gi sykehusene 75 % inndekning av kapitalkostnader. Legeforeningen mener at tiltakene anbefalt av Sykehusutvalget må vurderes samlet for å oppnå ønsket effekt og vil oppfordre til at sykehusene også får økt inndekning av kapitalkostnader.

### **Allmennlegetjenesten**

I NHSP gjentas det at det er nødvendig med strukturelle endringer i fastlegeordningen for å nå regjeringens mål for tjenesten, som er økt bærekraft, tverrfaglighet og innovasjon. Som virkemiddel for å oppnå dette, vil regjeringen legge til rette for å utvikle tverrfaglige fastlegekontor. Sentrale tiltak som vurderes for å oppnå dette er økt mulighet for delegasjon, profesjonsnøytrale takster, endringer i forholdet mellom basistilskudd og takster, regulering av fastlegevirksomheter og praksisoverdragelser og reduksjon av fastlegenes oppgaver.

Legeforeningen er for tverrfaglighet, men er kritisk til at dette skal skje gjennom å flytte personell fra andre deler av helsetjenesten inn på fastlegekontoret. Vi mener dette ikke vil gi bedre ressursutnyttelse, økt bærekraft eller redusert arbeidsbelastning for fastlegene.

Regjeringen vurderer å åpne for tverrfaglige fastlegeselskap der listeansvaret ligger hos virksomheten. Legeforeningen er sterkt kritisk til denne modellen, som reiser en lang rekke kompliserte rettslige og praktiske problemstillinger, øker kostnadene i ordningen og overfører økonomisk risiko fra kommune/stat til eierne av fastlegeselskapene. Samtidig er det vanskelig å se hvilke utfordringer/problemer modellen løser.

Et av virkemidlene for økt tverrfaglighet er profesjonsnøytrale takster. En eventuell innføring av dette må gjøres i tett dialog med partene, slik at tiltaket blir treffsikkert og gir økt kapasitet og kvalitet i tjenesten.

### **Avtalespesialistordningen**

Regjeringen ønsker å utvikle avtalespesialistordningen og Legeforeningen vil støtte gode tiltak for utvikling. Vi er enige i flere av tiltakene som foreslås i planen, og har lenge etterspurt utvikling av ordningen.

Vi er imidlertid sterkt uenig i forslaget om å ta finansieringen av avtalespesialistene ut av folketrygden, og legge denne økonomien til RHFene. Flytting av økonomi fra folketrygd til RHF er en svekkelse av pasientrettigheter og regionale forskjeller i spesialisthelsetilbud vil kunne øke. Dagens finansiering er robust mot konjunktursvingninger og enkel å administrere. Dette vil svekkes om finansieringen legges til RHFene og kommer i konkurranse med sykehusøkonomien i de ulike regionene. Tilsvarende forslag er tidligere utredet i flere omganger og forkastet. Ingen har så langt kunne peke på en finansieringsmodell som ville fungere uten betydelig risiko for utilsiktede effekter for små virksomheter. Forslaget vil kunne gå ut over de store pasientgruppene som i dag har et stabilt offentlig spesialisthelsetilbud hos avtalespesialistene.

Uhensiktsmessige forskjeller på avtalepraksis og sykehuspoliklinikker kan endres på andre måter enn ved radikale grep som å endre finansieringsmodell og avtalepart. Ordningen er per i dag lite byråkratisk, effektiv og målrettet, og staten har god oversikt både over økonomi og aktivitet helt ned på enkeltpraksiser.

Vi merker oss at regjeringen ikke har konkludert og at det nå legges opp til en videre prosess med involvering av profesjonsforeningene. Vi vil aktivt bidra til å belyse hvorfor dette er forslag som ikke bør gjennomføres.

### **LIS1**

Regjeringen vil øke kapasiteten i LIS1-utdanningen ved å åpne for at helseforetak og kommuner kan opprette egne stillinger i tillegg til de som er nasjonalt fastsatt. Det er behov for flere LIS1-stillinger, og det er et nasjonalt ansvar å sørge for at utdanningskapasiteten i helsetjenesten samsvarer med det nasjonale behovet. Legeforeningen mener ikke at dette bør flyttes til en "frivillig" løsning for sykehusene og kommunene, men at antall LIS1-stillinger bør økes nasjonalt slik at fremtidig kapasitet sikres.

Sykehusene har store rekrutteringsutfordringer. Legeforeningen vil advare mot at sykehusene prøver å dekke opp for manglende arbeidskraft ved å ansette flere LIS1-leger. LIS1-legene trenger god tilgang på supervisjon og veiledning. Dersom LIS1-leger blir brukt som erstatning for mangel av andre leger er vi bekymret for at det går utover pasientbehandlingen og kvaliteten på utdanningen.

LIS1 har et internt rekkefølgekrav med sykehustjeneste før kommunehelsetjeneste. Dette rekkefølgekravet må etter Legeforeningens syn være ufravikelig. Det er også tilbakemeldingen fra helsetjenesten. I NHSP kan det se ut som regjeringen åpner for å fravike rekkefølgekravet. Vi kan ikke se at dette kan være hensiktsmessig for andre enn leger som har gjennomført en tjeneste tilsvarende LIS1 i et annet land, og kun mangler mindre deler av LIS1-tjenestens kompetansekrav før man kan fortsette i videre spesialistutdanning.

### **E-helse og digitalisering**

Regjeringen har som mål at innføringen av ny teknologi skal være personellbesparende og bidra til redusert vekst i personellbehov. Legeforeningen støtter prinsippet om at innføring av teknologi som hovedregel ikke skal forutsette økt behov for personell over tid enn før innføring. Vi oppfatter imidlertid dette tiltaket som for upresist. Planer for utvikling av ulike prosjekter må være omforent med brukerne, i denne sammenheng helsepersonell. Ny teknologi må være utviklet for å dekke et faktisk behov, ikke et behov som er definert utenfor klinikken og uten dialog med klinikerne.

Det er positivt at regjeringen fokuserer på bedre og mer effektive løsninger og stegvis utvikling av nye prosjekter, i stedet for innføring av store IT-prosjekter. Legeforeningen har tidligere tatt til orde for et brukervennlighetsløft innen digitalisering i helsetjenesten, og opplever regjeringens tiltak i NHSP som et positivt signal som peker i retning av et brukervennlighetsløft.