
Regulering av legetjenester

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Regulering av hvilke leger som har adgang til å praktisere med godtgjøring fra det offentlige eller forsikringskasser, er vanlig i land vi kan sammenlikne oss med. Dette har vært ansett som helt nødvendig for å ha entilstrekkelig kontroll med utgiftsøkningen på offentlige budsjetter.

Imidlertid har ingen av disse landene slik legemangel som Norge har. Ingen av disse har en dato som kriterium for hvilke leger som er innenfor eller utenfor refusjonssystemet. Leger som drev praksis i Norge før 10.10.1992 får refusjon, de andre er ute, dersom de ikke får driftsavtale med en kommune eller et fylke. Myndighetene sparer pengerved å la være å inngå slike driftsavtaler. Men er dette til pasientenes beste?

Rammer pasientene

Begrunnelsen for Stortingets 10.10.1992-vedtak var et ønske om bedre rekruttering av leger til offentlighetsjeneste, bedre geografisk fordeling av legene og på sikt økonomiske besparelser for trygden. Det siste har slått til raskere og sterkere enn man kunne vente, på bakgrunn av den innskjerping av vilkårene for å beholde refusjonsrettensom Rikstrygdeverket har foretatt. Store utgifter er veltet over på pasienten som, ved å oppsøke lege uten avtale omdriftstilskudd, både taper refusjonsrett og må betale to ganger for legehjelpen; først gjennom trygdeavgiften og deretter hos legen.

Vedtaket gir ikke bedre legedekning

Som tiltak for å regulere legemarkedet har Stortingets 10.10.1992-vedtak ikke gitt resultater. Det er ikke registrert at flere leger har søkt til perifere strøk eller til det offentlige helsevesen som følge av vedtaket. Legeforeningen kan tvert

imot dokumentere at veksten i antall utførte årsverk gikk ned i årene etter vedtaket i forhold til årene før - både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

I et land med skrikende behov for leger, og særlig spesialister, er det et paradoks å innføre regler som ytterligere begrenser pasientenes muligheter for å bruke de leger som allerede finnes, enten i perifere eller i sentrale strøk. Eninnskjerping av 10.10.1992-vedtaket er derfor ikke veien å gå.

Likevel er det dette Regjeringen nå foreslår. I Helsedepartementets høringsnotat om endring i folketrygdloven er det foreslått at leger uten driftsavtale som har hatt mindre enn 150 000 kroner i trygderefusjon i et av årene fra 1993 til 1995, mister retten til slik refusjon. Pasienter som søker legehjelp hos disse legene vil fra 1. juli neste år måtte betale hele legehonoraret selv, eller miste tilbudet. Det er foreslått i statsbudsjettet å ta de økonomiske konsekvenser av dette allerede mens lovendringsforslaget er til høring. Regjeringen vil på årsbasis overføre 150 millioner innsparte trygdekroner til fylkeskommunene.

Uklok politikk

Den legehjelp som ikke lenger blir funnet verdig til trygderefusjon, er i stor grad velfungerende deltidspraksisdrevet av sykehusleger eller pensjonerte sykehusspesialister, ofte i samarbeid med allmennpraktikere. Slike praksiserer en god, effektiv og billig måte å utnytte dagens spesialistarbeidskraft på. Kompetansen blant nylig pensjonerte sykehusspesialister kan faktisk ikke utnyttes på annen måte.

Etter Legeforeningens syn vil ikke Regjeringens forslag virke etter hensikten. Dette forsterkes av vilkårligheten i kriteriene for fortsatt refusjonsrett; kriterier det er vanskelig å se har faglige eller helsepolitiske begrunnelser.

Nytenkning

Landsstyremøtet i Haugesund drøftet Legeforeningens videre arbeid for å få opphevet 10.10.1992-vedtaket. Dette er en meget vanskelig sak for foreningen. Landsstyret fattet et vedtak (se neste side) som danner et godt grunnlag for videredialog med myndighetene. Målet er at 10.10.1992-vedtaket oppheves og erstattes med ordninger som både gir en bedre legefördeling og bedre utnyttelse av legenes arbeidskapasitet.

Når legehjelp skal finansieres gjennom offentlige midler, er det rimelig at myndighetene vil at det skal satses på prioriterte arbeidsoppgaver. Legeforeningen mener at dette best kan oppnås gjennom en kombinasjon av offentlig og privat drift, innenfor en offentlig ramme. Vi har lange tradisjoner for dette i allmennmedisin. Resultatene er gode. Det er ikke noe som tilsier at det er annerledes i annenlinjetjenesten. SINTEF-rapporten, som sammenlikner privatpraksis og offentlige psykiatriske poliklinikker, viser at privat praksis er mest kostnadseffektiv. Per tidsenhet behandles tre ganger så mange pasienter i

privat regi og til en tredel av prisen, til tross for at det ikke er noen forskjell i pasientmaterialet. Denne rapporten avliver myten om at privatpraktiserende spesialister "skummer fløten" ved å ta de "lette" pasientene, mens de offentlige poliklinikkene må ta de tunge oppgavene.

Legeforeningens helsepolitikk bygger på lik tilgjengelighet og solidarisk finansiering. Dette er i tråd med desynspunkter som legges til grunn i politiske miljøer. Det er altså enighet både om kartet og målet, så det burde være mulig å bli enige om veien.

Bedre løsninger finnes

Vårt mål er å få opphevet Stortingets 10.10.1992-vedtak. En tilfeldig valgt historisk dato er uegnet til å regulere fremtidens legetjenester. Dette er uverdigg for pasientene. Tilgangen til legehjelp skal ikke reguleres av tilfeldigheter. Landsstyrets vedtak er en dialog til myndighetene. Legeforeningen vil være med i et konstruktivt arbeid for å finne andre løsninger. Det vil alle parter være tjent med.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 10. november 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. desember 2025.