
Refusjon - en pasientrettighet

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Folketrygdens refusjon for legehjelp har vært førstesidestoff gjennom lengre tid. Faktisk har det vært angrep på denne pasientrettigheten de siste 25 årene, med vekslende styrke. De siste ti årene har angrepene vært konsentrert om legens forhold, det vil si at pasientene skulle få refusjon hvis de gikk til de "riktige" legene. Det første praktiskeanslaget mot fri utøvelse av legeyrket, og dermed mot fritt legevalg for pasientene, kom med Stortingets vedtak 10.10.1992. Noen hevder at nådestøtet mot fri etablering av legepraksis ble satt inn gjennom Odelstingsproposisjon nr.47 (1996-97) Om endringer i folketrygden, som har vært omtalt i Tidsskriftet flere ganger.

Samfunnet forandrer seg, og vi må akseptere at rammevilkårene for å drive legepraksis også vil endres med tiden. Iland vi liker å sammenlikne oss med, er det per i dag innført forskjellige typer ordninger som har til hensikt å regulere legemarkedet; leger må ha spesiell avtale med myndigheter eller forsikringsselskaper for å behandle pasienter på deres regning. Også i vårt land aksepterer Legeforeningen at det må være reguleringsmekanismer. Vi har imidlertid forlangt at disse skal være basert på faglige og behovsmessige forhold, og intet annet. Dette går blant annet frem av det vedtak landsstyret 1996 gjorde vedrørende refusjonsordningen.

Hvis vi i Norge får en fastlegeordning etter dansk modell, vil det være naturlig at refusjon bare gis for legebehandling hos listelegen, med unntak av legevakt og øyeblikkelig hjelp. Dersom legene får innflytelse over listelengdene og dermed over antall leger i systemet, vil ordningen i seg selv medføre en regulering som overflødiggjør 10.10. 1992-vedtaket. Av denne grunn vil allmennmedisin foreløpig unntas fra den lovendringen som skjer gjennom Odelstingsproposisjon nr. 47. Ved eventuell innføring av fastlegeordning, (noe som forutsetter tilstrekkelig antall leger), vil avtaleløse leger som i dag er i systemet, bli inkludert. Fortsatt vil det være mulig for pasienter å gå til andre leger mot å betale legerregningen selv, og andre leger vil fortsatt ha fulle rettigheter som lege.

I spesialisthelsetjenesten er det ikke så enkelt å fastsette en faglig norm for regulering. Legeforeningen er kommet til at behovet for spesialister må bestemmes ut fra antall henviste pasienter. Det vil si, henvisningen må i seg selv gi rett til refusjon for behandling så sant behandlingen kommer inn under de områdene som folketrygden dekker. Enklest vil det være å ha en regel om at en spesialist får refusjon for gitt behandling når det foreligger henvisning. Det vil imidlertid ikke være hensiktsmessig om alle leger fritt kan slå seg ned og ta imot henviste pasienter. For det første fylkeskommunen i henhold til loven, ansvarlig for å ha et tilstrekkelig spesialisttilbud. De samlede spesialisttjenester må derfor være påregnelige over tid. For det andre tilsier behandlingsgarantien at fylket må ha mulighet for å prioritere pasienter innenfor systemet. For det tredje må en spesialist som driver praksis som sin hovedbeskjeftigelse, og som til dels investerer store summer i praksisen, ha krav på en viss påregnelighet over tid.

Vi befinner oss langt fra den idyllen at spesialistterspørselen er dekket. Landsstyret har derfor pålagt sentralstyret å arbeide for at en henvisning skal gi refusjonsrett uavhengig av legens avtaleforhold.

Vårt dilemma, og det burde også være Stortingets dilemma, oppstår i det øyeblikk det viser seg at fylkene ved sin helseplan ikke makter å dekke behovet for spesialisthelsetjenester, samtidig som det er tilgjengelig spesialistarbeidskraft i fylket som det offentlige ikke vil betale for. Kombinasjonen av kompetente spesialister med kapasitet til å behandle flere pasienter og en lang kø av henviste pasienter som ikke får adekvat undersøkelse og behandling, er en kraftig stimulus til fremveksten av et todelt helsevesen.

Det vil alltid være plass for et helt privat tilbud innen helsesektoren. Det vil ta seg av de oppgaver det offentlige ikke ønsker å prioritere. Det kan også godt tenkes at noen pasienter vil velge å bruke et privat tilbud. Det må bare ikke bli slik at valget gjøres fordi det offentlige tilbudet er for dårlig. Da har vi gitt avkall på tilbudslighet som et bærende prinsipp i norsk helsevesen. Derfor påtar de politiske myndighetene seg et stort ansvar ved den lovendringen som fremmes gjennom Odelstingsproposisjon nr. 47 (1996- 97).

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 20. juni 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.