
Hva er fremtiden for privat spesialistpraksis?

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4021 Privat spesialistpraksis er blitt drevet fra skanse til skanse. Før 1980 kunne alle sykehusleger drive praksis i egen regi ved sykehusene. Denne praksisformen ivaretok pasientene på en god måte tillave kostnader. Vi må imidlertid innrømme at noen leger misbrukte ordningen.

Fra 1984 har vi hatt systemet med avtalebasert spesialistpraksis i fylkene. Til tross for at fylkene har betalt driftstilskudd har de vist liten interesse for denne driftsformen. De har i svært liten grad forsøkt å trekke privatespesialister inn i fylkeskommunale helseplaner. I utgangspunktet så fylkene på denne ordningen som noe som ble påtvunget dem. De regnet med at den ville dø ut av seg selv. Antall spesialister med avtale sank også noe, fra 420 ved starten til ca. 380 i løpet av kort tid. Deretter stabiliserte antall avtaler seg så på dette nivået.

Inntil 10.10. 1992 kunne alle leger etablere privat praksis og pasientene fikk delvis refusjon fra folketrygden. Noen spesialister etablerte slik praksis uten avtale med fylket, og ganske mange sykehusleger drev en deltidspraksis. I årene som fulgte valgte noen sykehusleger å utvide sin privatpraksis til heltid, på bekostning av sin sykehusstilling. Det totale volum av privat spesialistpraksis vokste derfor også etter 10.10. 1992.

Fra 1. juli i år er det bare spesialister som har avtale med fylket som har rett til refusjon, med unntak av noen få som omfattes av overgangsbestemmelser. I henhold til *Odelstingsproposisjon nr. 47 (1996-97) Om endringer i lov om folketrygd*, skulle den refusjonsberettigede, men avtaleløse spesialistpraksis videreføres, i hovedsak som avtalepraksis. Staten stimulerte denne konverteringen gjennom øremerkede bevilgninger som dekker det meste av fylkenes økte utgifter til driftstilskudd. Selv om vi fortsatt ikke har en samlet oversikt over den konverteringen som har funnet sted, aner vi konturene. Antall heltidspraktiserende avtalespesialister er med ett slag økt med nesten 100%. I tillegg har ca. 400 sykehusleger avtale om deltidspraksis. I sine helseplaner har således fylkene nå 800-900 legeårsverk i privat spesialistpraksis.

For Legeforeningen har det vært en målsetting at privat spesialistpraksis skal være en integrert del av det samlede offentlige tilbud av spesialisttjenester. Det er derfor vi med tilfredshet så at staten i avtalepolitikken, slik den kom til uttrykk i odelstingsproposisjonen, la den samme målsettingen til grunn.

Det har også vært en forutsetning at partene sammen skal vurdere hvilke arbeidsoppgaver som fortsatt må gjøres innenfor sykehusenes poliklinikker og hvilke arbeidsoppgaver som mer hensiktsmessig kan løses i privatspesialistpraksis. Dette arbeidet må etter mitt skjønn gjøres av fagmiljøene selv. Det gis gode eksempler på at man har fått til dette lokalt, til gagn for pasientene, sykehusene og de praktiserende legene.

Det er fortsatt slik at privat spesialistpraksis ikke er helt stuerent i alle miljøer. Noen misliker ordet privat og ser ikke forskjellen på de to driftsformene privat finansiert og offentlig styrt, privat drevet. Andre mener nok også at man får skikkelig styring bare når det offentlige har kontroll med driften. Undersøkelser som er gjort både i Norge og Sverige, viser imidlertid at privatpraktiserende spesialister innen det offentlige tjenestetilbudet er kostnadseffektive. De tar seg av like "vanskelige" pasienter som sykehuspoliklinikkene, bruker like mye tid per pasient, og tar imot nyhenviste pasienter i like stor grad som de offentlige poliklinikkene. Noen av mytene som er spunnet omkring privat spesialistpraksis, mangler derfor rot i virkeligheten.

Rammeavtalen om avtalepraksis legger til rette for at privat spesialistpraksis skal være en integrert del av fylkenes tilbud. Det er nå opp til fagmiljøene i de enkelte fylkene eller i regionene å få til samarbeidsordninger som er slik at fylkene ser seg tjent med å ha privatpraktiserende spesialister. Dette samarbeidet dreier seg ikke bare om å fordele pasientstrømmen. Det dreier seg like mye om å få til et faglig samarbeid om den enkelte pasient, slik at sykehuset kan gjennomføre behandling på grunnlag av forundersøkelser gjort av spesialist utenfor sykehuset samt sende pasienten tilbake til kontroll hos samme spesialist. Det vil frigjøre kapasitet for sykehusene slik at de i større grad kan ivareta sine behandlingsforpliktelser. Hvis et slikt samarbeid fungerer, vil det utvilsomt gi pasientene en følelse av å bli godt ivaretatt i helsevesenet.

Utfordringen går med dette både til de faglige ansvarlige avdelingsoverlegene og til de praktiserende spesialistene. Hvordan skal samarbeidet utformes til beste for alle parter?

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 20. oktober 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.