

---

## Byråkrati hindrer pasientbehandling

---

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

---

Moderne teknologi gjør det i dag mulig å gjennomføre operative inngrep i privat spesialistpraksis i et betydeligomfang. Dette gjelder for eksempel kataraktoperasjoner, forskjellige øre-nese-hals-inngrep, ortopediske inngrep og gynekologiske inngrep. Ved alle disse fagområder er det betydelige ventelister ved sykehusene. Man skulle tro at samfunnet da var interessert i å få brukt tilgjengelige ressurser for å avvikle køene.

Før 1. juli 1998 kunne de vel 1000 spesialister som hadde refusjonsrett, men ikke driftsavtale med fylkeskommunen, gjennomføre operative inngrep i sin praksis og ta en egenandel av pasienten som gav et tilstrekkelig bedriftsøkonomisk grunnlag for å gjennomføre virksomheten. Etter denne datoen er det kun de spesialister som har driftsavtaler med fylkeskommunen som har refusjonsrett. Samtidig er disse i henhold til forskriften forpliktet til å benytte fast egenandel på kr 160. For en kataraktoperasjon får legen en betaling som ikke engang dekker legens utgift til linse. Det er enkelt å forstå at denne virksomhet ikke kan videreføres.

I denne situasjonen skulle man tro at myndighetene ville være interessert i å finne smidige løsninger som kunne bidra til å videreføre en aktivitet som samfunnet og pasientene sårt trenger. Tvert imot, det motsatte er tilfelle. Enkelte fylkeskommuner mener at driftsavtalen de har med spesialisten ikke bare regulerer legens virksomhet i den avtalte praksistid, men også hindrer legen i å påta seg oppgaver og engasjement som lege på fritiden. I henhold til denne forståelse kan en spesialist ikke delta i legevakt, og kan ikke ta seg et betalt ekstraarbeid ved offentlig sykehus, for ikke å snakke om i privat klinikk. Dette er selvfølgelig fullstendig uakseptabelt og uheldig for irammeavtalen om privat spesialistpraksis.

Andre fylkeskommuner sier at legen gjerne kan drive kirurgisk virksomhet på fritiden, men han/hun får ikke lov til å ta mer enn 160 kroner i egenandel av pasienten. Eksemplet ovenfor viser at det selvfølgelig er meningsløst. En tredje variant omfatter at legen kan gjerne drive kirurgisk virksomhet i den avtalte praksistid, men tilskuddsordninger som kan dekke legens utgifter forbundet med virksomheten kommer ikke på tale.

At dette problemet ville oppstå er ikke uventet. Tvert imot var det forutsett, og Legeforeningen har flere ganger tatt det opp med Sosial- og helsedepartementet. Noen spesialister har takket nei til avtale om spesialistpraksisnettopp for å stå fritt med hensyn til å kunne videreføre operativ virksomhet. Andre spesialister tvinges nå til å avslutte et etablert behandlingstilbud til tross for at det i legens hjemfylke står pasienter i kø og venter på behandling.

Hvis en pasient opereres for grå stær i en sykehuspoliklinikk, dekkes dette etter takster for diagnoserelaterte grupper (DRG-takster). Disse pengene tas fra den potten som går til drift av sykehus. Kloke hoder kunne tenke at nårsykehuset da ikke har kapasitet til selv å gjøre tilstrekkelig antall operasjoner, kunne det avtales med en av fylketsavtalespesialister å utføre disse operasjonene for en bestemt pris. Men nei, sier departementet. Pengene til spesialisten må komme fra Rikstrygdeverket. Hvis sykehuset kjøper operasjon hos en privatpraktiserende spesialist kansas sykehuset selv ikke kreve å få refusjon for dette til sykehuset. I stedet må sykehuset flytte den private spesialisten inn i sykehuset for å gjøre operasjonen der. Her er det ofte ikke legekapasitet som er begrensende, men operasjonskapasitet generelt. Så da er vi like langt.

I forbindelse med omleggingen 1. juli 1998 la staten opp til en ny avtalepolitikk. I henhold til denne skullespesialisttjeneste i og utenfor sykehus sees på som en helhet, og være en integrert del i fylkets helseplan. Den rammeavtalen Legeforeningen har inngått med Kommunenes Sentralforbund om privat spesialistpraksis gir nettopp anledning til dette. Men så langt har altså det offentlige ikke greid å integrere finansieringsordningene. Hvis en kataraktoperasjon gjøres i sykehuset, betaler det offentlige 11600 kroner. Hvis den gjøres av samme lege, men nå innenfor legens avtalte praksis, betaler det offentlige 828 kroner. For et vesentlig lavere beløp enn det sykehusene nå får, ville pasientene kunne få minst like god behandling uten ventetid hos en privatpraktiserende lege.

De politiske myndigheter har et betydelig pedagogisk problem når de skal forklare befolkningen at det må være slik.

*Hans Petter Aarseth*  
president

---

Publisert: 20. januar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.