

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

SOP har tilpasset ytelsene til fastlegeordningen. Fra årsskiftet vil det i tillegg stilles organisatoriske vilkår for retten til ytelsene sykehjelp, stønad ved svangerskap/nedkomst og omsorgsstønad ved adopsjon.

I Tilpasning til fastlegeordningen

SOP (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger) har tilpasset ytelsene sykehjelp, stønad ved svangerskap/nedkomst og omsorgsstønad ved adopsjon til virkningene av fastlegeordningen. Tilpasningen innebærer i realiteten en videreføring av et viktig prinsipp ved utmåling av ytelsene, nemlig at ytelsene reduseres ved bortfall av utgifter eller opprettholdelse av inntekter under sykefravær. Det nye er at fastlegeordningen gir bedre mulighet til å opprettholde basisgodtgjørelsen under et sykefravær. SOP forutsetter at denne muligheten benyttes, og reduserer utgiftskompensasjonen tilsvarende. Utgiftskompensasjonen har derved blitt et ev. supplement til basisgodtgjørelsen. Før fastlegeordningen ble innført ble også ytelsen redusert dersom driftstilskuddet ble opprettholdt utover de avtalefestede 14 dager, noe som ikke var uvanlig.

Kompensasjonsgrad

Bakgrunnen for tilpasningen er delvis at SOP opp til en viss praksisomsetning gir tilnærmet full dekning av inntektstapet. Dersom deler av inntekten skulle opprettholdes eller utgiftene bli redusert under et sykefravær, ville legen kunne få et bedre økonomisk utkomme av å være syk enn frisk. Det er naturligvis ikke meningen at inntektstapet overkompenseres, og derfor må en raus innretning av ytelsene ledsages av en viss stramhet i håndhevelsen, hvilket bl.a. innebærer reduksjon av ytelsen dersom andre økonomiske forhold tilsier det. Opprettholdelse av basisgodtgjørelsen er ett slikt forhold.

Vikardekning ved sykefravær

Rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene gir fastlegen rett til å ta inn vikar. Kommunen har imidlertid plikt til å sikre vikardekning for pasientlisten når fastlegen er syk. Dersom legen skaffer vikar, har legen rett til å beholde basisgodtgjørelsen. Dersom kommunen skaffer vikar, utbetales basisgodtgjørelsen til vikaren, såfremt annet ikke er avtalt.

Kommunen kan etablere vikardekning utenfor legens eget kontor. Med vikardekning forstås følgelig midlertidig overføring av listeansvar under fastlegens sykefravær, ikke stedfortreder i legens praksislokaler. SOP baserer seg på at tilsvarende vikarordning kan initieres av legen. Pasientene kan henvises til den eller de leger den syke legen

har avtale med, og den syke legen skal på det grunnlag kunne opprettholde basisgodtgjørelsen. Da bortfaller samtidig den økonomiske begrunnelsen for å tilstå full utgiftskompensasjon.

SOPs reduksjon i utgiftskompensasjonen inneholder en implisitt forutsetning om at legen har listevikar under sykefravær. Leger bør derfor gå sammen om kollegiale vikarberedskapsordninger, hvor én leges sykefravær utløser en forhåndsdefinert fordeling av pasientene på dennes liste.

I spesielle tilfeller vil SOPs styre etter individuell vurdering kunne gjøre unntak fra behandlingsmåten beskrevet over, og tilstå full utgiftskompensasjon. Dersom demografiske, geografiske eller andre spesielle forhold ikke har gjort det mulig å sikre vikardekning og derved opprettholdelse av basisgodtgjørelsen, vil det kunne gi grunnlag for å tilstå full utgiftskompensasjon.

Virksomheter av fastlegeordningen

SOP har foretatt en intervjuundersøkelse av virkninger av fastlegeordningen i forhold til de sentrale problemstillinger for SOP. 23 leger som var blitt sykmeldt etter innføringen av fastlegeordningen ble spurt om vikarordning, basisgodtgjørelsen, organisering av

virksomheten m.m. 82 % av legene opprettholdt basistilskuddet i sin helhet, 9 % hadde såkalt «0-løsning», hvor kommunen står for utgiftene. I to tilfeller ble basisgodtgjørelsen utbetalt til vikaren/vikarene. I ett tilfelle var det ikke vikar på den syke legens liste. En lege var misfornøyd med stønaden fra SOP. Denne legen hadde en omsetning som lå over det nivå SOP kompenserer for. Kun tre leger var ikke inneforstått med SOPs tilpasning til fastlegeordningen. Flere leger gav uttrykk for at SOPs måte å tilpasse seg fastlegeordningen på, var rimelig. Resultatet av undersøkelsen viser at SOPs tilpasning har virket som forutsatt.

Gunstig å være vikar

Det er også verdt å presisere at SOPs tilpasning til fastlegeordningen kan ha gjort det enklere å skaffe vikar utenfor vikarberedskap i kommunen. Tidligere utbetalte ikke SOP utgiftskompensasjon når det var vikar i praksisen. I fastlegeordningen opprettholdes differansen mellom basisgodtgjørelsen og utgiftskompensasjonens bruttobeløp, dvs. 40 % av brutto praksisinntekt. Forutsetningen er at vikaren ikke avkreves for ytterligere bidrag til dekning av faste kostnader. Det skulle i de fleste tilfeller kunne gi grunn-

Tabell 1 Retten til ytelsene sykehjelp, stønad ved svangerskap/nedkomst og omsorgsstønad ved adopsjon i relasjon til organisering av privat legevirksomhet.

Organisering	Rettingheter	
	Lege med driftsavtale ¹	Lege uten driftsavtale
Legen er personlig næringsdrivende		
Solopraksis eller deltaker i gruppepraksis	Ja	Ja
Legen er tilknyttet annen juridisk person (aksjeselskap, ansvarlig selskap m.m.)		
– Pasientene er legens kunder og legen innkrever alle inntekter som føres i legens eget næringskjema.	Ja	Ja
– Pasientene er den andre juridiske personens kunder. Denne innkrever inntektene og honorerer legen.	Nei	Nei
Legen er arbeidstaker		
Enmannsaksjeselskap med legen ansatt – legen som eneste eier	Ja	Nei
Kompaniaksjeselskap – legen er ansatt i selskap med bare andre praktiserende leger som aktive eiere og hvor legen selv har eierandel og ansvar for utgifter i forhold til sin praksisinntekt i selskapet	Ja	Nei
Lege ansatt i aksjeselskap som eies helt eller delvis av andre	Nei	Nei

¹ Driftsavtale = kommunal fastlegeavtale eller fylkeskommunal avtale for legespesialister

lag for at vikaren beholder egenandeler og trygderefusjoner ubeskåret, hvilket representerer bredere vilkår for å være vikar.

SOPs anbefaling til fastleger om å inngå vikarberedskapsordninger synes å ha flere positive sider. Mange fastleger har etter innføringen av fastlegeordningen gitt uttrykk for behov for å hegne om sin pasientliste. En gjensidig forpliktende vikarberedskapsavtale inngås derfor gjerne med andre leger man kjenner. Dette gir legen sikkerhet i forhold til egen pasientpopulasjon, og legens eget hjelpepersonell kan få en rolle under legens fravær som henvisningssentral og tilrettelegger. Overlates pasientene til kommunens tilfeldige valg av vikar, blir forholdene mer uklare.

II Vilkår for rett til ytelser

SOP vil fra 1.1. 2002 stille organisatoriske vilkår for ytelsene sykehjelp, stønad ved svangerskap/nedkomst og omsorgsstonad ved adopsjon.

Følgende presisering vil bli gjort gjeldende:

Ytelsene under § 9 vil fra 1.1. 2002 bli praktisert slik at leger som driver kurativ praksis fra kontor utenfor institusjon som selvstendig virksomhet med kommunal fastlegeavtale eller fylkeskommunal avtale for legespesialister, har rett til sykehjelp, stønad ved svangerskap/nedkomst og omsorgsstonad ved adopsjon.

Andre leger som driver praksis fra kontor utenfor institusjon har også rett til slike ytelser forutsatt at de driver kurativ praksis som personlig næringsdrivende.

I tabell 1 skisseres i hovedtrekk virkningen av den praksisen som legges til grunn fra 1.1. 2002. Ev. tilfeller faller på siden av de som er skissert i tabellen, vil bli vurdert individuelt.

For dem som ikke finner mulighet for å organisere seg på en måte som sikrer ytelser fra SOP, gjøres det oppmerksom på at sykeavbruddsforsikring kan tegnes i privat forsikringsselskap, herunder bl.a. gjennom Legeforsikringen.

Les mer i Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr. 16/2001, side 1973. Nærmere informasjon om ytelsene kan fås ved henvendelse til Legeforeningens sekretariat, telefon 23 10 90 00.

Einar Espolin Johnson
Økonomiavdelingen

Mer kreftrisiko for mindre penger ved bruk av rulletobakk

Rulletobakk utgjør omtrent 50 % av det norske tobakksforbruket. Tobakksfritt presenterte nylig en ny undersøkelse om bruken av rulletobakk.

Rulletobakk gir høyere kreftrisiko, mer lungekreft og større avhengighet fordi den inneholder nesten dobbelt så mye tjære og nikotin som ferdigsigaretter. Til tross for dette er rulletobakk langt rimeligere enn sigaretter. Norge er et av de ytterst få land i Europa der det røykes rulletobakk.

Ønsker avgiftsøkning

Årlig rammes mer enn 1 000 nordmenn av lungekreft. Hovedårsaken er røyking, og rulletobakk er enda farligere enn ferdigsigaretter.

– Arbeid mot røyking er en av Den norske lægeforenings store oppgaver, sier president Hans Petter Aarseth. – Det har i den senere tid vært mye politisk debatt om forskjellsnorge, men man glemmer å snakke om de sosiale og demografiske forskjellene. De som

rammes av denne sosiale skjevheten er også den gruppen som røyker rulletobakk, sier han.

Aarseth mener at en skikkelig avgift på rulletobakk vil kunne bidra til å endre de sosiale forskjellene på uhelse.

– Rulletobakken er en sosial fiende og det er veldig viktig å få frem det sosiale aspektet, sier han.

Forbud utenkelig

– Det vil være utenkelig å forby rulletobakk, sier Tore Sanner, leder i Tobakksfritt. – Derimot ønsker vi å arbeide for å få ned forbruket gjennom økte avgifter. Gjennom avgiftspolitikken gir myndighetene indirekte et signal om at dette ikke er så farlig, men rullings er helt klart det farligste røykeproduktet, mener Sanner.

Han mener det er gledelig at det er lav rekruttering til rullingsrøykere blant ungdom, selv om rekrutteringen er noe større utenfor byene. Avgiftsøkninger vil påskynde endringer og føre til hurtigere nedgang i bruken av rulletobakk.

Flere menn enn kvinner

Ellen Juul Andersen, nestleder i Tobakksfritt, presenterte ferske tall fra en telefonomnibus utført i et landsrepresentativt utvalg på 1 000 personer over 15 år. 29 % av de spurte var dagligrøykere, 9 % av og til-røykere. Resultatet av undersøkelsen viser at halvparten av de mannlige dagligrøykerne oppgir at de røyker rulletobakk, mens dette er tilfellet for 36 % av kvinnene. Rullings er rimeligere, drøyere og smaker bedre, sier brukerne. 17 % av oslorøykerne røyker rullings. Hovedtyngden av rullingsbrukerne bor nord for Trondheim, tjener under 300 000 kroner og har lav utdanning. Flertallet er 40 år og eldre.

Omnibusundersøkelsen ble gjennomført av Markeds- og mediainstituttet (MMI) i november.

Lise B. Johannessen
Informasjonsavdelingen