

Presidentvalgkampen

Finansiering av helsepolitiske mål

En av de store helsepolitiske utfordringer vi står overfor er å sikre god og effektiv behandling til pasienter med flere og kroniske lidelser, slik som geriatrike lidelser, rusproblemer eller psykiske lidelser. Det er dette helsevesenet må planlegge for og bli gode på. Helsevesenets finansiering har stor betydning for om ønsket resultat vil bli oppnådd.

Legeforeningen ønsket spesialisthelsetjenestereformen velkommen. Det er gledelig å se at aktiviteten øker, at flere pasienter får behandling og at ventetidene går ned. Reformens svakheter er likevel tydelige. Underfinansieringen av reformen kom tydelig frem da helseforetakenes åpningsbalanse ble satt så lavt at sykehusene nær sagt årlig vil bli tvunget til å stå med «lua i handa» foran Stortinget. Det er til hinder for langsiktig planlegging og effektivitet. Grad av innsatsstyring og andre rammevilkår har vært svingende, og finansieringssystemene har vist seg lite fleksible i forhold til å håndtere urimelige forskjeller i betaling for ulike ytelser.

Det er gjort store fremskritt i diagnostikk og behandling innen mange medisinske spesialiteter. Noen nyvinninger koster ikke mer enn tradisjonell behandling, men det kan ta år før endret finansiering muliggjør full utnyttelse av det bedre pasienttilbudet. Køene er blitt kortere, men er det de riktige køene som er redusert? Lik tilgang på helsetjenester i hele landet er et viktig mål for Legeforeningen. Er det de rette pasien-

tene som først er kommet frem til spesialisthelsetjenesten? Mye taler for at vi ikke er i stand til å svare et sikkert ja på det spørsmålet.

Legeforeningen har også etterlyst vektlegging av faglig kvalitet. Innen psykiatrien er det mange steder slik at syke mennesker tilbys en spesialisthelsetjeneste hvor det er tilfeldig om de møter en spesialist, ja til og med tilfeldig om de blir utredet og diagnostisk vurdert av en spesialist. Dette må være en sentral rettighet for pasienten. Psykiateren Randi Rosenqvist påpekte nylig i Aftenposten at en økning i antall pasientkontakter innen psykiatrien ikke sier noe om disse konsultasjonene er gjort av personer med tilstrekkelig faglig bakgrunn. Det er rett og slett for få faglige terapeuter, var hennes konklusjon.

Fastlegeordningen er nylig evaluert. Hovedkarakteren ble svært bra. Likevel er det et forbedringspotensial. Reformen var rettet mot den kurative allmennlegetjenesten og pasientene med størst behov for legetjenester. Det er derfor grunn til bekymring når gjennomsnittlig konsultasjonstid synker og antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten øker. Noe av årsaken er at allmennlegene utsettes for et dobbelt budskap: På den ene side forventes de å prioritere kronikere, psykiatriske pasienter og rusmisbrukere, på den annen endres betalings-systemet slik at pasienter som trenger tid og utredning, gir relativt sett dårligere inntekter for legen. Kun 1 % flere henvisninger fra allmennlegene til spesialisthelsetjenesten betyr at antall henvisninger øker med hele 10 %. Dette harmonerer dårlig med at honoreringssystemet for privatpraktiserende spesialister endres slik at incentivet til å behandle mange pasienter svekkes.

Helsetjenestefinansieringen synes å dreie seg mer om finanspolitiske mål enn om helsepolitiske og faglige målsettinger. Resultatet kan bli at ingen av målene nås. Helsepolitikkerne har en utfordring i å forklare sine kolleger i finanskomiteen konsekvensene av de vedtak som gjøres. Å stimulere til aktivitet er klokt, men samtidig må en fornuftig oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten sikres.

Behovet for spesialisthelsetjenester er også knyttet opp mot legers mulighet til bierverv.



Geir Ketil Røste, presidentkandidat foreslått av Norsk overlegeforening. Foto Marianne Loraas

Da Stortinget vedtok helsepersonelloven, ble dette spørsmålet grundig vurdert. Det ble lagt vekt på kravet om høy grad av ryddighet i forhold til ulike roller og informasjonskrav overfor arbeidsgiver, men det ble ikke nedlagt noe forbud mot bierverv. I Stortingets spørretime 19.1. 2005 kom det klart frem at man ønsket å avskjære muligheten for utilbørlige dobbeltroller, samtidig var hensynet til utnyttelse av spesialistressursene viktig. Dette synet har bred støtte i Legeforeningen.

Et generelt forbud for leger mot å arbeide for andre enn sin hovedarbeidsgiver vil få en rekke konsekvenser. Det ville raskt bli store problemer knyttet til å videreføre private tilbud om spesialisthelsetjenester. Det er her snakk om mange pasienter som det er høyst usikkert om helseforetakene vil kunne overta, i alle fall på kort sikt. Forbudet vil også kunne ramme fastleger med bistilling ved sykehjem eller i kommunale legevaktordninger.

Geir Ketil Røste
geir.ketil.roste@rikshospitalet.no

! Fakta

Geir Ketil Røste (f. 1957)

- Spesialist i nevrokirurgi og dr.med.
- Seksjonsoverlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet
- Nestleder i Norsk overlegeforening
- Foreslått av Overlegeforeningen som ny president i Legeforeningen