

Forbud mot bierverv for leger kan få konsekvenser for helsetjenesten som forslagsstillerne ikke overskuer.

Legers bierverv

Oppmerksomheten er igjen rettet mot legers bierverv. I dagspressen er det tatt til orde for at legene må velge mellom å arbeide i det offentlige eller i privat virksomhet – enten de der er selvstendig næringsdrivende eller ansatte. Bakgrunnen er en fremstilling av et helsevesen preget av konkurranse om pasienter og leger som utnytter sin posisjon til å mele egen kake når de arbeider både i helseforetaket og hos privat konkurrent.

Spørsmålet om legers adgang til bierverv ble grundig vurdert da Stortinget vedtok Helsepersonelloven. Det ekstra tilbudet til pasientene som denne måten å utnytte legeressursene på representerer, ble den gang oppfattet som ønskelig, blant annet for å få bukt med lange ventetider for behandling. Sett i lys av eksempler på leger som hadde henvist pasienter fra sykehus til egen privat praksis, pekte man samtidig på at bierverv stiller leger overfor utfordringer for å unngå konflikter mellom ulike interesser. Ved lovreguleringen ble det lagt vekt på økt bevissthet om ulike roller og informasjonskrav overfor arbeidsgiver, men lovgiver satte ikke bestemmelser som forbyr leger å inneha bierverv.

Forutsatt at leger innretter seg korrekt i henhold til disse kravene, kan man spørre seg om helsevesenet siden den gang har endret seg såpass mye i retning av marked og konkurranse at det er grunn til å vurdere adgangen til bierverv på ny. Minst like viktig er spørsmålet om hvilke konsekvenser et forbud vil gi.

Myndighetene har på flere områder ønsket at leger har bistillinger. Ved siden av egen praksis har allmennleger hatt deltidsstillinger i kommunene, blant annet på sykehjem og ved kommunal legevakt. De kan også pålegges slike bistillinger. Etter eget ønske har de regionale helseforetakene fått muligheten til å kunne sette som vilkår for avtaleinngåelse med privatpraktiserende spesialister, at de også påtar seg arbeid i sykehus inntil åtte timer per uke. Motsatt har legespesialister med hovedstilling i sykehus, også arbeidet deltid i privat praksis, eller som deltidsansatt i annen privat virksomhet. Et generelt forbud mot bierverv vil ramme alle disse områdene.

Fra 1980-tallet er privat sykehusdrift blitt en begrenset del av spesialisthelsetjenesten, men man kan neppe påstå at utviklingen har satt prinsippet om likhet i tilgjengelighet til helsetjenesten under press. Mange hevder at en av de positive virkninger av et begrenset innslag av private sykehus, er at det stimulerer det offentlige til bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet. De land som har forsøkt å gå lenger, ved å skape et reelt marked i helsevesenet, har imidlertid ikke kunnet påvise særlig grad av suksess, til dels tvert om.

Situasjonen i Norge har snarere vært et spørsmål om pasienten kan få behandling, enn *hvem* som skal yte tjenestene. Noen reell konkurranse har det knapt vært snakk om. Dette bildet kan være

i ferd med å endres ettersom ventelistene reduseres, og politiske signaler kan tolkes som et ønske om et større innslag av private aktører i helsetjenesten. Uansett er det helt utilbørlig om leger benytter sin hovedstilling ved sykehus til å henvise pasienter til privat virksomhet som de selv har interesser i. Dette har tydelig vært lagt til grunn i de retningslinjer for bierverv som flere helseforetak og Legeforeningen har utarbeidet de siste årene.

De som argumenterer for å forby legers mulighet til å arbeide både i offentlig og privat virksomhet, har samtidig en tilbøyelighet til å se på helsetjenester som varer som handles på linje med aviser og telefontjenester, og på pasienter som kunder som i ethvert annet marked. Begge deler er like galt. Helsetjenester er vanligvis ikke noe man velger eller ikke velger å skaffe seg. Behovet oppleves helt annerledes enn «skal/skal ikke kjøpe det». Som «kunde» er man heller ikke i en posisjon til å kunne gjøre de samme overveide valg som når man for eksempel velger strømleverandør.

Hvis man allikevel forsøker å tenke tanken ut og ser for seg et forbud for leger mot å arbeide for andre enn sin hovedarbeidsgiver, må vi være klar over at de fleste – og i hvert fall de minste – private tilbyderne av sykehustjenester straks vil få store problemer med å videreføre sin virksomhet. Volumet på og langsiktigheten i, de avtaler som de har med de regionale helseforetakene, gir ikke rom for faste heltidsansettelser av legespesialister. Enkelte vil hevde at de ikke vil savne det tilbud disse representerer. Andre vil straks argumentere for at de private må få rammebetingelser slik at de kan konkurrere med helseforetakene om de beste legespesialistene, en konkurranse det er grunn til å tro at de vil gå seirende ut av. Ekkoet som henger igjen i veggene er «et todelt helsevesen». Ved å forsøke å løse det som ser ut til å representere et avgrenset problem, kan man ende opp med å skape en helt ny retning for vår nasjonale helsepolitikk.

Igjen er det godt å registrere at politikerne viser langt større grad av edrulighet enn dagspressen. I Stortingets spørretime 19. januar i år var det tydelig at man ønsket å avskjære utilbørlige dobbeltroller, samtidig som hensynet til utnyttelse av spesialistressursene fortsatt ønskes ivaretatt. Det er en klok tilnærming, helt i tråd med de grundige vurderinger som ble gjort den gang Stortinget vedtok ny lov om helsepersonell.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president