

# Fra fagstyre til kommunestyre

*Michael 2013; 10: 137–48.*

*Striden om kommunehelsetjenesteloven for tretti år siden var klimaks på flere politiske stridigheter. De hadde pågått i mange år, og gjentar seg stadig. De dreier seg om hvem som skal bestemme over helsetjenesten, leg eller lærd? Hvem skal levere tjenestene, private yrkesutøvere eller offentlig ansatte? Hvem skal betale for tjenestene, den enkelte eller samfunnet? Hvor hører det offentliges ansvar hjemme, i staten, i fylkene eller i kommunene? Denne artikkelen omhandler striden ved inngangen til 1980-årene og den historiske bakgrunnen for den.*

## Tre styringsfaser

Forenklet sagt har styringen av helse- og sosialpolitikken i årene etter annen verdenskrig gått gjennom tre faser, eller – kan vi like gjerne si – vært underlagt tre styringsregimer.<sup>1</sup>

- *Det sentraliserte fagstyre* («Det Karl Evangske regime») var dominerende i tiden frem til 1970- og 1980-årene. Den medisinskfaglige innflytelsen over styringen og organiseringen var sterk, og de fleste tunge kommando-postene i helseforvaltningen var besatt av leger, sentralt og lokalt.
- *Det lokalsamfunnsbaserte, folkevalgte styresettet* overtok gradvis fra 1970-årene. Sykehusloven (1969) og tannhelsetjenesteloven (1982) gav fylkeskommunene ansvaret for institusjonsdriften og den offentlige tannpleien, mens kommunehelseloven (1982) tilla kommunene ansvaret for primærhelsetjenestene. (Sosialtjenestene og barnevernet var allerede kommunale oppgaver.) Omleggingene førte til betydelig større regional og lokal folkevalgt innflytelse over styringen av helse- og sosialtjenestene.

1 Ole Berg (2009) har i detalj beskrevet skifter i historiske regimer («ordener») i styringen av norsk helsevesen. I oversikten som er gitt nedenunder, nøyer jeg meg med, i kortfattet form, å omtale tre styringsregimer i etterkrigstidens Norge.

Omorganisering av den sentrale helseforvaltningen (1983) gav klarere skille mellom politisk styring og faglig forvaltning.

- *Det næringslivs- eller markedsbaserte fagstyre*<sup>2</sup> av spesialisthelsetjenesten (i det vesentligste sykehusdriften) vant innpass gjennom helseforetaksloven (2001). Styringen ble delegert til de regionale foretaksstyrene og administrasjonen.

Dagens styring og organisering av helse- og sosialpolitikken inneholder elementer av alle de tre regimene. Det helsefaglige styresettet (fagstyret) er dominerende i de statlige veilednings-, kontroll- og tilsynsfunksjonene. Det lokalsamfunnsbaserte styresettet dominerer i primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), sosialtjenestene og tannhelsetjenesten. Det næringslivs- eller markedsbaserte råder i spesialisthelsetjenesten.

Sagt med andre ord: Styringen og forvaltningen av helsetjenesten i Norge er delt mellom tre forvaltningsnivåer med sprikende styringsregimer. Det er en viktig del av begrunnelsen for Samhandlingsreformen (Heløe 2011). Den tar i hovedsak sikte på – i tillegg til sterkere vektlegging av forebygging – bedre samordning på tre områder: (1) Mellom helse- og sosial(omsorgs) tjenestene i kommunene, (2) mellom kommuner om drift av lokalmedisinske sentre mv. og (3) mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene (sykehusene) med sikte på bedre «flyt i pasientstrømmen» mellom første- og annenlinjetjenestene.

### Skiftende styringssignaler

Dagens kommuner er viktige leverandører av velferdstjenester. De opptrer på vegne av storsamfunnet. Slik har det ikke alltid vært.

I kommunenes første 100 år – fra innføringen av formannskapslovene og det kommunale selvstyret i 1838 – var statlige myndigheter opptatt av at kommunene *ikke påtok seg mer enn de måtte*. Fortsatt er denne typen økonomiske tilsynsoppgaver aktuell. Men i dag dreier det statlige tilsynet seg hovedsakelig *om kommunene gjør alt de skal gjøre*, det vil si om de oppfyller pliktene til tjenesteproduksjon som særlovgivningen pålegger dem. Dette skyldes fremveksten av *forvaltningskommunen* – i senere år oftere kalt *velferdskommunen*. Stortinget øker oppgaveporteføljen til kommunene, ofte uten tilsvarende økning i pengeoverføringene som skal til for å løse oppgavene. Internasjonale avtaler får større betydning for kommunalt styre og stell. Sytti prosent av beslutningene i norske kommuner har sitt utspring i EØS, opplyste daværende utenriksminister Jonas Gahr Støre i et innlegg i

---

2 Rune Slagstad (2012) har omtalt styringen av de regionale helseforetakene som «det markedsteknokratiske fagstyre».

Stortinget 7. januar 2010. Fremveksten av *rettighetsbasert lovgivning* på stadig nye områder fører til nye statlige tilsyns- og kontrollordninger. Individets rettslige stilling styrkes på bekostning av lokalkollektivet, kommunen. Tilsynsoppgavene forfleres.

Synet på omfanget av og strengheten i statens tilsyn med kommunene forandres stadig. Fra midten av 1970-tallet og frem til begynnelsen av 90-tallet la regjeringene stor vekt på *den kommunale handlefriheten*. Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen. Mange av forslagene manifesterte seg i lovforslag fra Willoch-regjeringen (1981 – 86). Plan- og bygningsloven fra 1985, kommunehelsestjenesteloven fra 1982 og det nye inntektssystemet fra 1986 er eksempler på det. Tankegangen ble ytterligere confirmert i Harlem Brundtlands regjeringstid ved kommuneloven av 1992 som inneholdt flere bestemmelser om kommunenes rettigheter. Kravene om statlig kontroll ble nå tonet ned. Ordningen med egne kommunale kontrollutvalg ble obligatorisk. Kommunene fikk større valgfrihet når det gjaldt administrativ og politisk organisering.

Men så snudde vinden. Utover 1990-tallet ble retorikken om kommunal frihet tonet ned til fordel for større vektlegging av *nasjonal likhet og statlig styring*. Endringen gav seg blant annet uttrykk i en rekke handlingsplaner som Stortinget vedtok i løpet av 1990-årene. Fagkomiteer og fagstatsråder krevde bruk av sterke virkemidler for å stimulere, alternativt tvinge kommunene til å påta seg oppgaver på vegne av storsamfunnet.

Men vinden skiftet igjen, denne gang i forbindelse med oppfølgingen av innstillingen fra Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22). Ordene *plikt og krav* i omtalen av kommunene ble sjeldnere i offentlige dokumenter de første årene på 2000-tallet. Til gjengjeld dukket andre og mildere ord opp: *partnerskap, veiledning, dialog, tillit, respekt, gjensidighet og likeverd*. Samhandlingsreformen innebærer trolig starten på en ny runde med økte plikter og oppgaver for kommunene. Av forarbeidene til loven om kommunale helse- og omsorgstjenester – som utgjør hovedparten av lovgrunnlaget for Reformen – fremgår at den er «*en ren pliktlov for kommunene*».

Endringene over tid i politisk retorikk reflekterer skiftende syn på hvordan forholdet mellom over- og underordnet styringsnivå er å forstå. Det virker som om statlige myndigheter prøver å skjule eller bortforklare at forholdet mellom stat og kommune er asymmetrisk: Til syvende og sist er det staten som rår.

## Fra statlig fagstyre til kommunestyre

Annen halvdel av 1970-årene markerte starten på et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Fra tidlig på 1970-tallet fremhevet skiftende regjeringer gjennom stortingsmeldinger og lovfremlegg den kommunale og fylkeskommunale *handlefriheten*. Samtidig ble det slått til lyd for desentralisering av flere og nye oppgaver.

*Juel-komiteen* – Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra *Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen*, gjerne kalt *Juel-komiteen* etter dens formann, direktør *Dagfin Juel* (1909-85). Forslagene var preget av stikkord som gikk igjen i den sosialpolitiske debatten i 1970-årene: *Desentralisering* og *deltakelse* (lånegods fra den tids internasjonale mantra *decentralization and participation*), *samordning* (primært av sosial- og helsesektoren) og *jevn geografisk fordeling* av tjenester og fagfolk. Fylkeskommunene hadde fått ansvaret for sykehusvesenet ved innføringen av den nye sykehusloven fra 1. januar 1970. Allerede i St.meld. nr. 9 (1974-75) hadde regjeringen signalisert at distriktshelsetjenesten måtte bli et kommunalt ansvar. I løpet av 1970-tallet ble det levert en rekke utredninger med forslag til forvaltningsreformer. De inneholdt overføring til kommunene av oppgaver på flere samfunnssektorer.

Sunnhetslovens bestemmelser hadde i det vesentlige bestått i nesten 125 år. Frem til kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984, hadde staten ledet helsearbeidet gjennom sitt embetsverk – hierarkisk rangert fra Helsedirektøren og hans overleger via fylkeslegene til stads- og distriktlegene. Nå overtok kommunene ledertrøya – for så vidt gjaldt primærhelsetjenesten. Overgangen til 1980-årene kom derved til å markere et tidsskille med hensyn til rollefordelingen i helse- og sosialpolitikken.

## Et tungt farvel med en svunnen tid

Forslagene om kommunalisering var en utfordring for det etablerte fagstyret. Grunnen ble lagt for kamp om maktfordelingen mellom stat og kommunesektor, og mellom helsefag og politikk. Endringer i maktforholdene ble også hovedårsaken til den etterfølgende striden om den sentrale helseforvaltningen. Den oppstod da viktige funksjoner skulle overføres fra Helsedepartementet til en egen helseavdeling i Sosialdepartementet.<sup>3</sup>

Mange av de gamle embets- og statstjenestemennene tok overgangen til en kommunestyrt primærhelsetjeneste tungt. Helseinspektør *Torbjørn Mork*

3 Denne interessante epoken i norsk helseforvaltning er vel beskrevet av blant andre Nordby (1989), Skaset (2006) og Schiøtz (2007). Senhøstes 2009 utkom del I av professor Ole Bergs omfattende verk om historien til den sentrale helseforvaltningen. Berg redegjør i verket blant annet for omorganiseringen av Helseinspektoratet i 1983 og bakgrunnen for den (Berg op. cit. ).

(1928-92) og stadsfysikus *Fredrik Mellbye* (1917-99) oppsøkte meg på kontoret i 12. time, like før lovbehandlingen i Stortinget høsten 1982. Deres ærend var å be meg omgjøre forslaget om kommunalisering av distriktslegene fordi «kommunehelseten vil utradere den flere hundre år gamle tradisjonen med statlige distriktsleger, som tillike også var embetsmenn,» som Mellbye sa det. Jeg uttrykte sympati for tanken, men slik saken stod, var det lite å gjøre. Vi skiltes i vemod og fordragelighet.

### **Territoriell versus funksjonell forvaltning**

Forslagene fra Hovedkomiteen om desentralisering gikk ut på å overføre myndighet til et folkevalgt organ med ansvar for et avgrenset territorium, det vil si til en kommune eller fylkeskommune. Forslaget innebar dermed desentralisering etter det såkalte *territorielle prinsipp*. Staten har på tilsvarende vis valgt å organisere deler av sin regionale virksomhet etter samme prinsipp: Enkelte statlige fagetater er i dag samlet under fylkesmannsembetet, blant annet med tilsyn av flere slag: for utdanning, helse, beredskap, miljøspørsmål, landbruksforvaltning og kommuneøkonomi.

De øvrige ca. 35 regionale statsetatene, som toll- og politietatene, Nav, skatteetaten, fiskerietaten, Kystverket m.fl. er organisert etter det *funksjonelle* eller *sektorielle prinsipp*. Etter dette prinsippet er hensynet til fagene og deres egenart tillagt større vekt enn geografisk samordning av offentlige tjenester.

Kommunehelsetjenesten kan derfor tjene som eksempel på en tjenestegren som er overført fra i hovedsak å være organisert etter det funksjonelle prinsipp, styrt gjennom et hierarkisk ordnet system, til å bli et territorielt styrt system, samordnet med andre kommunale tjenestegrener. Det faglige *tilsynet* med virksomheten er imidlertid statlig og organisert gjennom Statens Helsetilsyn, i hovedsak delegert til Fylkeslegen som er Tilsynets regionale representant.

### **Opptakten til striden om kommunehelsetjenesteloven**

I 1981 og 1982 oppstod kraftig politisk strid i Stortinget i forbindelse med behandlingen av lov om kommunehelsetjenesten. Striden illustrerer dilemmaene som oppstår når medisinskfaglige mål for reformarbeid blandes sammen med økonomiske vilkår for yrkesgruppene.

Kommunehelsetjenestelovens faglige innhold, herunder forholdet til forebyggingen, ble i stor grad utformet i Ot. prp. nr. 36 (1980-81). Denne proposisjonen var lagt frem av regjeringen Harlem Brundtland I i 1981. Én viktig hensikt med lovforslaget var å rydde opp i uoversiktlige ansvarsforhold i primærhelsetjenesten. Frem til 1984 var denne førstelinjetjenesten

dels basert på den tradisjonelle, statlige stads- og distriktslegeordningen, dels på andre offentlige ansettelsesformer, og dels på ren privatpraksis, finansiert av trygdemidler.

Primærlegene og fysioterapeutene var geografisk sterkt skjevfordelt. Byer og sentrale deler av landet var godt forsynt med tilbud, mens det var vanskelig – enda vanskeligere enn i dag – å skaffe helsepersonell til utkantene. En konsekvens av skjevfordelingen var at forbruket av trygdemidler i form av refusjoner var vesentlig større i sentrale deler av landet enn i utkantene. Utbetalingene var mer en funksjon av behandlingstilbudet enn av behandlingsbehovet i kommunene. Forbruket av trygdemidler skjedde automatisk og lot seg vanskelig budsjettere og styre. De politiske kravene om lokal styring og mer rettferdig fordeling av midlene stod derfor sterkt. Endringer av ressursfordelingen måtte skje ved hjelp av rammeoverføring av midler til kommunene – bygget på objektive kriterier. Og fremst av alt var det et allment ønske å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene.

Så langt var det politisk og faglig enighet om behovet for reform. Men da tankene skulle utformes i detalj, startet spektaklet. Striden i 2010 om gjennomføringen av *Samhandlingsreformen* hadde likheter med striden som pågikk på 1980-tallet.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven var de ideelle og faglige sider ved helsetjenesten satt i forgrunnen. Men når detaljene skulle utformes, kom lønns- og arbeidsvilkårene – til dels også yrkesgruppenes styringsrett over fagene – i sentrum. Særlig dreide det seg om privat praksis som ervervsform: Skulle legene og fysioterapeutene innpasses i et offentlig styrt og finansiert helsevesen?

### **Intern strid i profesjonene**

Striden foregikk minst like mye internt i Legeforeningen og Fysioterapeutforbundet som i åpent landskap, det vil si mellom hovedpartene: arbeidsgivere og arbeidstakere. Blant sykepleierne og hjelpepleierne – som var og er blant de største yrkesgruppene i primærhelsetjenesten – var det enighet om at helsevesenet burde være et offentlig anliggende, hovedsakelig basert på fastlønnsordninger. Det mente også en del leger og mange fysioterapeuter. Ideen om en egen lov om kommunehelsetjenesten var langt på vei klekket ut av entusiastiske leger, de fleste av dem allmennleger og/eller offentlig ansatte, noen av dem forankret på den politiske venstresiden. Men også blant borgerlige politikere og yrkesutøvere var den alminnelige oppfatningen at når det offentlige betalte det vesentlige av utgiftene til helsestellet, måtte det offentlige også ha rett til å bestemme hvordan pengene skulle brukes og tjenestene organiseres. Profesjonene skulle ikke kunne «stikke

sugerøret ned i statskassen», ble det spissformulert. Så godt som alle toneangivende politikere ønsket å skape klare ansvarsforhold for primærhelsetjenesten – politisk, administrativt og økonomisk – på samme måte som sykehusloven noen år tidligere hadde satt rammene for sykehusdriften. Unntaket var Frps stortingsrepresentanter som ikke ønsket sterkere offentlig styring gjennom en «sosialistisk lov,» som partiet ved dets talsmann i Sosialkomiteen i Stortinget, Fridtjov Frank Gundersen, uttrykte det.

### **Legeforeningen i politisk skvis**

Legeforeningen hadde vært prinsipiell motstander av et sterkt offentlig engasjement i primærhelsetjenesten til langt ut på 1970-tallet. Men så skiftet stemningen. På Foreningens landsmøte i Loen i 1977 var det så godt som enstemmig oppslutning om å arbeide for en lov om primærhelsetjenesten. På det tidspunkt ble det holdt for sannsynlig at legene ville få romslige vilkår med staten som arbeidsgiver. Men senere kom det frem at regjeringen (Nordli) også hadde et økonomisk motiv for en sterkere lovregulering av primærhelsetjenesten: Veksten i trygdens utgifter skulle bremses, blant annet ved at sykehusansatte spesialister skulle nektes adgang til trygdefinansiert fritidspraksis. Dertil kom at innføringen av legeruleringsloven provoserte legene sterkt.

Regjeringen Harlem Brundtlands (Brundtland I) forslag til kommunehelsetjenestelov, slik den fremstod i Ot.prp. nr. 36 (1980-81), innebar nok en utfordring til store deler av legestanden. Leger som primært betraktet legeyrket som liberalt, ble særlig provosert. De så på yrket som ett av de såkalte liberale eller frie yrkene, der en drev praksis etter de samme prinsippene som privatpraktiserende tannleger og advokater. Kjennetegn på de liberale yrkene er fri etableringsrett, i prinsippet også fri honorarsetting. Ideene springer formodentlig ut av en tilpasset markedsmodell, bygget på idealet om fri konkurranse. Men idealet lar seg ikke enkelt etterleve når en vesentlig del av honoraret for leger og fysioterapeuter blir betalt av tredje part. Betaler var hovedsakelig det offentlige gjennom trygderefusjon, etter innføringen av kommunehelsetjenesteloven også via et kommunalt driftstilskudd. Fri konkurranse innenfor offentlige budsjetter har sine begrensninger.

### **Spillet om betalingsordningene i primærhelsetjenesten**

Det var flere grunner til at Legeforeningen og den daværende borgerlige opposisjonen gikk sterkt ut mot Ap-regjeringens lovforslag. Dels utfordret lovforslaget idealet om fritt legevalg, dels var det en trussel mot privat praksis, og dels ble regjeringen beskyldt for å ville hindre pasientene i å søke

behandling i andre kommuner enn der de var hjemmehørende. Samtidig innebar forslaget bedre muligheter for å organisere og systematisere primærhelsetjenesten, også den forebyggende delen. Den økonomiske styringen ville bli bedre og den lokaldemokratiske innflytelsen større.

Da Kåre Willoch i oktober 1981 avløste Gro Harlem Brundtland som regjeringssjef, gjaldt det å finne frem til et kompromiss som kombinerte de beste sidene ved forslagene om kommunehelselov. Samtidig var det henimot utenkelig at en regjering ledet av Kåre Willoch, som selv stod som garantist for moderasjon og økonomisk forsiktighet, skulle tillate bibehold av den gamle ordningen. Den innebar tilnærmet ukontrollerbar vekst og geografisk skjevfordeling av helsebevilgningene. I tillegg gav ordningen ingen mulighet for å måle eventuelle helsemessige gevinster av pengebruken.

Men å kombinere frihet for yrkesutøveren med styringsrett for forvaltningsorganet er ikke lett; kanskje henimot umulig. Legeforeningen, presset av sin stykkprisorienterte fløy, krevde at også de privatpraktiserende legene og «fritidslegene» (sykehusleger som drev privatpraksis i fritiden) måtte få innpass i systemet. Foreningen ønsket derfor at en størst mulig andel av legenes inntekter skulle komme i form av stykkpris, det vil si fra folketrygden og fra pasientenes egenbetaling. Men det kunne ikke kommunene og KS, heller ikke Finansdepartementet, godta. Det ville medføre dårlig styring av økonomien. At det også ville gå ut over det forebyggende helsearbeidet – som ikke var stykkprisbasert og ikke gav rett til refusjon fra trygden, ble ikke brakt på bane av noen av partene.

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) var fornøyd med lovforslaget fordi en pliktig kommunal fysioterapitjeneste ville bety utbygging av behandlingstilbud i små og mellomstore kommuner. Etter den gamle finansieringsordningen hadde det tidligere ikke vært økonomisk grunnlag for å drive fulltids praksis i mange av disse kommunene. Det var én viktig forklaring på at fysioterapeutene var ekstremt geografisk skjevfordelt – enda mer enn legene. Forbundet lyktes med å fremforhandle en avtale som innebar at alle som drev praksis ved lovens ikraftreden i 1984, skulle ha rett til avtale om driftstilskudd.

Dette var imidlertid ikke godt nok for en stor gruppe av medlemmene som meldte seg ut og stiftet Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF). De ønsket ingen «kommunalisering» av tjenesten med de forpliktelser det innebar i form av ferieavvikling, utlysning av hjemler med mer. Ledelsen i PFF beskyldte Fysioterapeutforbundet for å være «sosialistisk», også fordi Forbundet ikke gav dem tilstrekkelig støtte i kampen for driftsavtaler. Utbryterne sloss også mot Sosialdepartementet og KS for å få forlenget den gamle refusjonsordningen. Men de vant ikke frem.



## Finansdepartementet og Legeforeningen markerte ytterpunktene

Finansminister *Rolf Presthus* (1936-88) støttet i utgangspunktet KS' syn og skrev i et notat til meg: «*Min finansavdeling vil sterkt tilrå at det velges et system der refusjonsordningen helt er opphevet. Dette er en nødvendig forutsetning for å få budsjettmessig styring. (...) står fast ved at trygdens betaling til leger og fysioterapeuter i sin helhet skjer som rammebevilgning til kommunene, og at kommunene inngår avtaler med legene.*»

Men Presthus ble fort klar over at de økonomiske idealene i hans avdeling var hinsides de politiske realitetene. Han var politisk realist, og snudde i tide. Presthus var også utstyrt med en god porsjon humor, en uvurderlig egenskap for en finansminister som til daglig har til oppgave å si nei når fagstatsrådene trygler om mer penger til sine mange gode formål. En gang jeg var ute i slikt ærend, fikk jeg stukket i hånden et visittkort med sort sørgerand, likt slike som tidligere var i bruk ved begravelser. Teksten på kortet lød: «*Jeg har med største interesse hørt på Deres uttalelser. Aldri har jeg hørt på bekymringer som Deres. Behold dette kort som bevis på min inderligste sympati. Rolf Presthus, finansminister.*»

Mange stortingsrepresentanter, spesielt i Høyres gruppe, hadde sympati for Legeforeningens krav etter at de hadde mottatt henvendelser – mer eller mindre organiserte – fra leger og høyremedlemmer som advarte partiet mot «å sosialisere legestanden». Legeforeningen gikk langt i sin lobbyvirksomhet. Ledelsen oppsøkte så vel statsministeren som meg hjemme på kveldstid – i håp om å få gehør for sine krav.

## Willochs columbi egg

Etter at flere modeller var drøftet mellom partene, lanserte statsminister Willoch selv – i samråd med meg – et kompromiss i form av en tredelt løsning. Den innebar at legenes inntekter skulle komme fra tre hold: En fastlønn- eller avtaledel (driftstilskudd) fra kommunen for bestemte tjenester legen var forpliktet til å yte, en stykkprisdelt utbetalt fra trygden, og endelig en del i form av egenbetaling fra pasienten. Modellen vant etter en tid prinsipiell tilslutning i den borgerlige flertallsfraksjonen i Stortingets sosialkomité. I Legeforeningen var noen tilhengere av fastlønnsordninger, andre av stykkpris. Etter flere diskusjonsrunder aksepterte Foreningen omsider prinsippet om en avlønning etter tredelingsprinsippet, men reiste samtidig krav om at fastlønnsdelen bare skulle utgjøre 20 prosent, maksimalt 30 prosent, av legenes samlede inntekt. Det ville ikke KS høre snakk om. Men også KS måtte fire på kravene dersom det skulle det bli en løsning.

For legenes del ble resultatet at prosentfordelingen mellom de tre inntektskildene til de såkalte «avtalelegene» (leger som inngikk avtale med kommunene om praksis), 40 prosent fra kommunene som driftstilskudd, 25 prosent i form av trygderefusjon og 35 prosent som egenbetaling fra pasientene. Leger som ikke hadde avtale med kommunen, og «fritidslegene» skulle også ha rett til samme trygderefusjon som «avtalelegene».<sup>4</sup> Resultatet for fysioterapeutenes del ble 40 prosent driftstilskudd, 20 prosent trygderefusjon og 40 prosent egenbetaling.

Fordelingen mellom de tre inntektskildene var et kompromiss som delte fordeler og ulemper mellom partene på en slik måte at alle ble litt fornøyd i tillit til at motparten hadde grunn til å være misfornøyd. Diskusjonen gikk høyt da resultatet forelå. Noen leger og fysioterapeuter gikk sterkt ut for å forsvare næringsinteresser som de begrunnet med høyverdige politiske prinsipper. På motsatt fløy hevdet andre at deres standpunkter sprang ut av folkeviljen og behovet for samfunnsmessig styring. Men i forhandlingene og de utallige avisfeidene som utspant seg, var det ingen som i nevneverdig grad berørte forebyggingen, hvordan den skulle avlønnes eller belønnes. Det passet ikke sånn. Det som først og fremst skulle være en helsereform som satte forebyggingen i høysetet, endte i en strid om legenes og fysioterapeutenes avlønningssystem.

### **Politisk maktpill og mistillitsforslag fra SV**

Kommunehelseloven skulle etter forutsetningen tre i kraft 1.januar 1984. På det tidspunkt skulle forhandlingene om avtalene mellom kommunene og legene være avsluttet, likeså mellom fylkeskommunene ved KS og legene i spesialisthelsetjenesten.

Partene kom omsider frem til enighet om en avtale, men den ville ikke alle kommunene og fylkeskommunene godta. Flere av dem, især de som var ledet av Arbeiderpartiet, Sp eller KrF, gikk imot forhandlingsresultatet. De krevde større styringsrett og forlangte nye forhandlinger, et krav som stilte deres egen forhandlingsorganisasjon KS i forlegenhet. I en periode var stemningen amper. Situasjonen var uoversiktlig og tiden frem til gjennomføringen av loven var knapp. Opposisjonen utnyttet situasjonen maksimalt med spørsmål i Stortinget og «opprør» innenfor KS.

---

4 Riktigere er det å si at det er pasientene, og ikke de avtaleløse legene og «fritidslegene» som derved ble «subsidiert» av trygden med 25 prosent av honoraret. Arbeiderpartiet gikk forøvrig sterkt imot at disse pasientene skulle motta trygdestøtte, og argumenterte med at ordningen ville undergrave det nye systemet. Argumentasjonen hang ikke helt sammen fordi partiets representanter samtidig advarte mot utviklingen av et «topris-system» som skritt på veien mot privatisering av helsetjenesten.

SV så muligheten for et politisk kupp og stilte mistillitsforslag til Sosialministeren i Stortinget. Jeg følte meg politisk presset og hadde en åpenhertjet samtale med fungerende departementsråd *Jan Madsen* (1925-2012). I likhet med Presthus hadde Madsen en underfundig humor og var dessuten en god samtalepartner og støttespiller når det blåste som verst. Like før jeg skulle gå til Stortinget der mistillitsforslaget var til behandling, gav han meg en håndskrevet lapp der det stod: «*For ordens skyld vil jeg nevne at tekstordet i dag som er hentet fra Luk. 10, 17, lyder slik: «Til og med onde ånder adlyder oss når vi nevner ditt navn».*

Storingsrepresentant *Hanna Kvanmo* (1926-2005), SVs daværende leder, var i likhet med meg, født og oppvokst i Harstad. Under oppveksten bodde hun og hennes mor i Strandgaten vis à vis min familie. Hun var seks – syv år eldre enn meg, og fungerte en kort tid som trillepike for meg. Da vi igjen møttes på Stortinget og striden gikk som hardest om kommunehelsetjenesteloven, var det hun som stilte mistillitsforslaget. Forlaget fikk imidlertid bare partiets egne to stemmer. Etter avstemningen kom hun bort til meg og sa – med glimt i øyet: «*Hadde æ vesst ka' det skulle bli a' dæ, hadde æ trilla dæ utførr kaia!*»

Tidspunktet for iverksettelsen av loven måtte utsettes i tre måneder når det gjaldt betalingsordningen for legetjenester. Debatten gikk høyt i avisene, representantene stilte spørsmål i Stortinget, og regjeringens støttespillere i Stortinget begynte å tvile på om det var mulig å få avtalene i havn i tide. Det gikk – med et skrik. Men skriket gjaldt heller ikke denne gangen det forebyggende helsearbeidet. Fortsatt var den liberale yrkesutøvelsen, stykkprisen, avtalesystemet og etableringsretten de overordnede spørsmålene i debatten. Ennå i dag, tretti år etter, er det disse og liknende spørsmål som angir tonen i debatten, nå i striden om Samhandlingsreformen og Fastlegeforskriften.

## Litteratur

1. Berg, O: *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltningsutvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.* Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.
2. Heløe, L. A.: Ambivalent samhandlingsreform. *Nytt norsk tidsskr* 2011; 4: 405-13.
3. *Lov om sykehus m.v. av 19. juni 1969* (Sykehusloven).
4. *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982* (Kommunehelsetjenesteloven).
5. *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992* (Kommuneloven).
6. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm av 24. juni 2011* (Helse- og omsorgstjenesteloven).
7. Nordby, T.: *Karl Evang. En biografi.* Aschehoug. Oslo 1989.

8. NOU 2000:22: *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.*
9. Ot.prp. nr. 36 (1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
10. Ot.prp. nr. 66 (1981-82): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
11. *Plan- og bygningslov av 14. juni 1985.*
12. Schiøtz A.: Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800 -1983. *Michael* 2007; 4: 73 – 87.
13. Skaset M.: *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945 – 2000.* Doktoravhandling Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2006.
14. Slagstad, R.: Helsefeltets bakspillere. Kommentartittel. *Morgenbladet* 2012; nr.25: 6-8.
15. St.meld. nr. 31 (1974-75): *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.* Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
16. St.meld. nr. 26 (1983-84): *Om et nytt inntekstsystem for kommunene og fylkeskommunene.* Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
17. St.meld. nr. 85 (1970-71): *Om helsetjenesten utenfor sykehus.* Sosialdepartementet.
18. St.meld. nr. 9 (1974-75): *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt perspektiv.* Sosialdepartementet

*Leif Arne Heløe*  
*Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)*  
*Gaustadalléen 21*  
*N-0349 OSLO*  
*Leif.Heloe@nibr.no*

*Innlegg på seminaret «30 år siden vi fikk kommunehelsetjenesteloven»,  
Helsedirektoratet 19. november 2012.*