

Fra praksis

Psykologisk privatpraksis i tiden som kommer

BJØRN CHRISTIANSEN

*Institutt for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen*

Det er endringer på trappene når det gjelder offentlig godtgjøring for kliniske spesialisttjenester utenfor institusjon. Det er viktig at psykologer flest blir kjent med hvilke begrensninger og utfordringer det nye godtgjørings-system legger opp til. Herværende artikkel er ment som en generell orientering til de psykologer som bruker sin tid på andre gjøremål enn å studere Stortingsmeldinger og Odelstingsproposisjoner.

Som det fremgår av intervjuet med Sissel Ekern i mai-nummeret av tidsskriftet, er det fra Sosialdepartementets side blitt fremmet en Ot.prp. (nr. 48 fra 1982/83) som bl.a. inneholder en drøfting av oppgave og ansvarsfordelingen og den fremtidige finansieringsordning for privatpraktiserende kliniske psykologtjenester — i det følgende stort sett forkortet til psykologhjelp. Det foreslås fra departementets side at det fortsatt skal være fri etableringsrett for spesialister i klinisk psykologi, men at fylkeskommunene samtidig skal komme sterkere inn i bildet. En del av de nåværende refusjoner fra Folketrygden til privatpraktiserende spesialister vil bli overført til fylkeskommunene — som et ledd i det statlige rammetilskudd til fylkeshelsetjenesten.

Fylkene vil i neste omgang utbetale et slags «overhead» eller driftstilskudd til de spesialister fylket har inngått en særlig avtale med. De spesialister som har privatpraksis som hovedervert når reformen iverksettes, skal ha rett til å få avtale og driftstilskudd fra det fylket hvor de har sitt kontor eller hovedvirke. For de spesialister som ikke måtte få noen avtale med fylket, vil det bli snakk om en vesentlig redusjon i forhold til dagens trygdekassetakster. Det vil som følge av dette bli ganske attraktivt å slå seg ned på et sted hvor det åpnes

mulighet for å få en overenskomst med fylkeshelsetjenesten. På den annen side er det viktig å understreke at det åpenbart ikke er meningen at det skal innføres noe forbud mot deltidspraksis. Det vil bli opp til det enkelte fylke å bestemme om man vil satse på offentlige poliklinikker eller på kjøp av private tjenester, og i forbindelse med slike kjøp, om man vil prioritere heltidspraktiserende eller deltidspraktiserende.

De nye finansieringsordninger reiser flere spørsmål: Hvor store takstreduksjoner vil komme på tale for psykologer som ikke får avtale med fylkeshelsetjenesten? Hvor store driftstilskudd vil det bli snakk om? Hva menes med privatpraksis som hovedervert? Hvilke fylker vil etter all sannsynlighet stille seg positive og hvilke negative, til å inngå avtale med nye privatpraktiserende psykologer?

Noen begrepsavklaringer

Sosialdepartementets forslag til nye lovbestemmelser for fylkeshelsetjenesten ble vedtatt av Odelstinget den 26. mai d.å.

I Sosialdepartementets merknader til bestemmelsene om hvem som skal ha rett til avtale med fylkeskommunen sies det bl.a.:

«... privatpraktiserende spesialist som i tiden før loven trer i kraft, har drevet privat praksis som hovedervert, har rett til avtale med fylkeskommunen... Fylkeskommunen kan således ikke nekte å inngå en slik avtale... Det vil kunne bli aktuelt å klargjøre nærmere hvilke krav som stilles til hovedervert...»

Privatpraktiserende kliniske spesialister som driver privat praksis som biervert, må søke fylkeskommunen om avtale dersom driftstilskudd skal ydes. Fylkeskommunen står her rettslig fritt til å inngå slik avtale.

Privatpraktiserende spesialister uten avtale berøres ikke av loven og behøver således ikke avtale med fylkeskommunen for å drive privat praksis». (p. 59).

Sosialdepartementet har nylig i medhold til den nye fylkesheslov, utarbeidet forskrifter som bl.a. definerer hva som skal forstås med hovederverv. *Hovederverv* blir her definert som en virksomhet som har innbrakt mer enn halvparten av en yrkesutøvers samlede arbeidsinntekt, og en virksomhet som i tid har lagt beslag på mer enn halvparten av en heltidsstilling, dvs. på mer enn 19 arbeidstimer pr. uke.

I innstillingen fra Stortingets sosialkomité, datert 20/5-83, uttaler representantene for regjeringspartiene (H., Kr.F., S.) at de er enige i at de som før den nye ordnings ikrafttreden den 1/1-84, har drevet spesialistpraksis som hovederverv — skal ha *rett* til å få inngått avtale. De samme representanter uttaler også at de som har en deltidspraksis — som i tid og ytelse er klart definert, *bør* gis rett til slike avtaler.

I de departementale forskrifter av 24/6-83 blir uttrykket «har drevet spesialistpraksis» presisert slik: «Den private praksis må være drevet i rimelig tid . . . Privat praksis etablert etter 1. juli 1983 gir ikke *rett* til avtale uten at særlige grunner foreligger». Både kriteriene for omfang og varighet av den private praksis kan, blir det her sagt, fravikes når det foreligger særlige grunner for det. Det vil i tiden som kommer bli interessant å følge med i hvordan fylkeskommunene forholder seg til Storkomitéens og til departementets anmerkninger når det gjelder spesialister med privatpraksis som bi-erverv. Det er ganske klart at fylkene ikke har noen plikt til å inngå avtale med disse, men at fylkene på den annen side kan gå svært langt i å inngå avtaler hvis de mener at det er behov for de tjenester spesialistene representerer.

Det nye takstsystem

Det er ennå ikke avgjort hvordan det nye takstsystem for psykologtjenester vil se ut. Vi skal i det følgende gi en orientering om det system som er blitt foreslått for legespesialist-tjenester og som fremstår som en modell som også kan komme på tale for psykologer.

Det nye takstsystem legger opp til en nedskjæring i forhold til dagens trygdekassesatser på 61,5 %.

De nye honoreringsregler kan skjematisk fremstilles slik:

Gammel ordning:

35 %: Pasientenes egenbetaling
65 %: Trygderefusjon

Ny ordning:

40 %: Driftstilskudd fra fylkeskommunen
35 %: Pasientenes egenandel
25 %: Trygderefusjon

For den enkelte spesialist vil det altså være av stor betydning å komme med under det fylkeskommunale avtaleverk for driftstilskudd.

Det neste spørsmål som reiser seg er hvilket driftstilskudd en spesialist, med oppnådd avtale, vil kunne gjøre regning med å nyte godt av?

Det er blitt foreslått at driftstilskuddet skal være klasseinndelt etter type og standard av praksis (hvor det bl.a. skal tas hensyn til omfang av bruk av hjelpepersonell).

Prinsipper for klasseinndelingen er blitt drøftet i St.prp. nr. 72 for 1982-83: «Om bevilgninger til den kommunale helse- og sosialtjeneste», og det sies i Ot.prp. nr. 48 at man vil forsøke å gjøre bruk av de samme hovedprinsipper på kommune- og fylkesnivå. Uavkortet klassebeløp vil bli utbetalt ved heldagspraksis, og deler av klassebeløpet ved deltidspraksis. De konkrete bestemmelser om klasseinndeling og klassebeløp, vil bli fastsatt etter sentrale forhandlinger i tiden som kommer. Disse forhandlinger vil også omfatte NPF. Plasseringen av den enkelte spesialist i forhold til det nye avtaleverk, vil i neste omgang finne sted etter lokale forhandlinger.

Under de forestående drøftinger om psykologenes klasseplassering vil det ganske sikkert fra NPFs side bli anført at det stipulerte pasientmellomlegg på 35 %, ikke gir et korrekt bilde av privatpraktiserende psykologers inntektsforhold. Det er stor forskjell på en praksis hvor 35 % av taksten i alminnelighet utgjør 20-30 kroner og et takstsystem hvor prosentatsen

vil tilsvare 60-70 kroner og mer. Selv i USA hvor det er vanlig med mellomlegg i forbindelse med sykeforsikringsutbetalinger for behandling hos psykolog, er det sjelden snakk om et mellomlegg på hele 35 %. Enkelte stater, f.eks. Minnesota, har bestemmelser om at «not less than 90 % of the first \$ 600 of outpatient mental health services must be covered by the insurance» (Dörken, 1983, p. 265).

Det vil bli pekt på at selvstendig arbeidende psykologer i Norge sjelden gjør bruk av pasientmellomlegg. Det er endog blitt hevdet at «Norge er det eneste land i verden som over offentlig trygdeordning yter *full dekning* av pasienters undersøkelse og behandling hos psykolog i selvstendig praksis» (Fasting, 1983, p. 331). Videre vil det bli fremholdt som en overordnet målsetning, at innføringen av et nytt finansieringssystem ikke må føre til at befolkningen får dårligere og mindre psykologhjelp enn hva som er tilfelle i dag.

Om rammebetingelsene

Det er blitt bestemt at det i de statlige rammetilskudd til fylkeshelsetjenesten bl.a. skal inngå et beløp svarende til 40 % av utgiftene til behandling hos klinisk legespesialist etter normaltariffens normer. Et tilsvarende tilskudd er blitt antydnet gjort gjeldende for tjenester som utføres av spesialister i klinisk psykologi. Tilskuddsordningen er ment å gi fylkene større kontroll og valgfrihet enn tidligere. Fylkeskommunen kan i neste omgang velge om de vil bruke de økte rammetilskudd på offentlige poliklinikker eller til å inngå avtale om driftstilskudd til private spesialister.

Det planlagte hovedmønster er at offentlige poliklinikker og private spesialister skal få sine inntekter fra 3 kilder: En del direkte fra trygden — etter reduserte takster, en del fra pasientene gjennom deres egenbetaling, og en del fra fylket gjennom driftstilskuddet.

De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og de *fleste* voksenpsykiatriske polikliniske institusjoner blir i dag finansiert i sin helhet over offentlige budsjetter, dvs. uten egenandeler og uten stykkprisrefusjoner. Det blir foreslått i Ot.prp. nr. 48 at dette finansieringssystem i fremtiden bør gjelde *alle* offentlige

psykiatriske poliklinikker — uansett om de fortrinnsvis arbeider med barn, ungdom eller voksne. Det blir altså lagt opp til en noe forskjellig finansieringsform for psykiatriske og ikke-psykiatriske poliklinikker, og for offentlige og private psykiatrisk-psykologiske ambulante tjenester.

Forskjellen i finansieringsform innebærer at enkelte fylkeskommuner kan komme til å se fordeler ved å satse på *private* psykiatriske og klinisk psykologiske hjelpetiltak. Ved å satse på den private sektor, vil fylkeshelsetjenesten *under visse betingelser* kunne skaffe mer hjelp til befolkningen for det samme kronebeløp.

Dette at man står ovenfor en mulig vridningseffekt bort fra offentlige totalfinansierte poliklinikker blir omtalt i Ot.prp. nr. 48:

«Hvis utgiftene til de offentlige poliklinikkene fullt ut omfattes av det statlige rammetilskuddet samtidig som . . . driftstilskudd fra fylkeskommunen og stykkprisrefusjoner fra trygden velges for innpassing av private kliniske spesialister, vil fylkeskommunens utgifter til privat-praksis bli lik driftstilskuddet, mens fylkeskommunene må dekke utgiftene på poliklinikkene helt ut. Dette kan av økonomiske grunner føre til nedbygging av poliklinikkene til fordel for privat praksis . . .» (p. 24).

Når departementet, til tross for vridningseffekten, går inn for at de psykiatriske poliklinikker skal unndras den generelle finansieringsordning for offentlige poliklinikker, er det fordi «stykkpris faglig sett er en lite egnet finansieringsmåte for psykiatriske poliklinikker», (p. 32). Et annet moment er at offentlig ansatte psykologer gjennom bestemmelser gitt av Rikstrygdeverket i 1975, på sitt arbeidssted er avskåret fra å gjøre bruk av en stykkprisordning. Siden bestemmelsen bare gjelder psykologer kan den føre til en «tendens til vridning mot større bruk av psykiatere ved disse poliklinikkene i stedet for psykologer» (p. 32). En slik utvikling vil selvsagt være begrunnet i økonomiske og ikke i funksjonelle hensyn.

Stortingets sosialkomité bemerker følgende til sistnevnte argument: «*Flertallet* (H., Kr.F., S., Ap.) er . . . enig med departementet i at det bør være likeverdige administrative og økonomiske ordninger for kliniske psykologer og legespesialister i psykiatri» (p. 9).

Det nye finansieringssystem for fylkeshelse-

tjenesten er et resultat av divergerende politiske overveielser. På enkelte punkter er man blitt tvunget til å inngå kompromisser — som fra psykologhold kan sies å inneholde både positive og negative komponenter.

Den aktuelle situasjon

En av hensiktene med den nye finansieringsordning er å få større offentlig styring med helsebudsjettene, for derigjennom bl.a. å sikre at befolkningen i ulike landsdeler ikke blir urettferdig tilsidesatt eller forfordelt. Det er en alment akseptert målsetning at befolkningen i de forskjellige fylker skal ha rett til de samme offentlige helsetjenester — på samme vis som de er pålagt det samme skattesystem når det gjelder å betale for tjenestene.

Som påpekt av undertegnede i en artikkel i aprilnummeret av tidsskriftet foreligger det i dag en betydelig geografisk skjævfordeling når det gjelder kliniske spesialister og særlig når det gjelder kliniske spesialister i privat praksis. Mens Oslo bare har 11 % av landets befolk-

ning, har hovedstaden ca. 45 % av de klinisk-psykologiske spesialistene, og ca. 65 % av klinisk-psykologiske spesialister i privat praksis.

Av like stor interesse som fordelingen av psykolog-spesialister, er den fylkesvise fordeling av folketrygdens utbetalinger for psykologtjenester.

Tabell 1 gir en oversikt over den fylkesvise fordeling av spesialistene i klinisk psykologi pr. 1981, og en oversikt over Folketrygdens utbetalinger for psykologtjenester i årene 1980, 1981 og 1982.

Som det fremgår av tabellen ble en meget stor del av trygdens utgifter til psykologhjelp i disse årene utbetalt i Oslo. Vi finner at det her ble utbetalt henholdsvis 48,0 %, 49,3 % og 44,8 % av de totale refusjonsbeløp til psykologer.

Mens de totale trygdeutbetalinger til psykologer i 1980 var på i underkant av 13 millioner, var beløpene i 1982 steget til ca. 20,5 millioner. Dette tilsvarer en økning på nærmere 58 %.

Når man skal bedømme økningen er det viktig å være oppmerksom på at det er funnet sted

Tabell 1: *Fylkesvis fordeling av spesialister og Folketrygdens utbetalinger til psykologer i 1980, 1981 og 1982.*

Fylke	Antall godkjente spesialister i klinisk psykologi pr. 1/1 1981 ⁴⁾	Utbetalinger 1980 ¹⁾ i beløp i % (1000 kr.)		Utbetalinger 1981 ²⁾ i beløp i % (1000 kr.)		Utbetalinger 1982 ³⁾ i beløp i % (1000 kr.)		Estimert volumvekst 1980-1982 i %
Østfold	18	1.041	8,0	1.208	7,2	1.659	8,1	48
Akershus	21	1.022	7,9	1.254	7,5	1.798	8,8	63
Oslo	150	6.214	48,0	8.306	49,3	9.167	44,8	37
Hedmark	8	537	4,1	821	4,9	919	4,5	59
Oppland	6	59	0,5	90	0,5	157	0,8	145
Buskerud	16	492	3,8	914	5,4	902	4,4	70
Vestfold	11	841	6,5	990	5,9	1.466	7,2	62
Telemark	7	59	0,5	229	1,4	337	1,7	426
Aust-Agder	10	84	0,7	19	0,1	22	0,1	— 76
Vest-Agder		45	0,4	51	0,3	39	0,2	— 20
Rogaland	11	694	5,4	834	5,0	1.054	5,2	41
Hordaland	32	1.336	10,3	1.315	7,8	1.766	8,6	23
Sogn og Fjordane ..	3	23	0,2	12	0,1	27	0,1	9
Møre og Romsdal ..	4	0	—	0	—	15	0,1	—
Sør-Trøndelag	16	397	3,1	661	3,9	979	4,8	129
Nord-Trøndelag		2	0,02	2	0,01	—	—	—
Nordland	11	43	0,3	74	0,4	92	0,5	98
Troms	9	24	0,2	24	0,1	59	0,3	127
Finnmark	3	47	0,4	34	0,2	22	0,1	— 57
Sum	336	12.960	100,0	16.838	100,0	20.480	100,0	47

1) Hentet fra NOU 1982:10, p. 77.

2) Hentet fra Ot.prp. nr. 48, 1982/83, p. 32.

3) Oppgitt til undertegnede fra Rikstrygdeverket, mai 1983.

4) Hentet fra NOU 1982:10, p. 74.

takstøknings i perioden. I følge oppgaver fra NPFs sekretariat skjedde det en takstøkning på 11,3 % fra 1/1 1980, en økning på 7,8 % fra 1/1 1981, og nok en økning på 11,7 % fra 1/1 1982, en økning som imidlertid ført vil bli etterbetalt i 1983.

Når det gjelder trygdeutbetalingene i 1980/81/82 er det altså nødvendig å ta hensyn til at det fra det første til det annet år fant sted en takstøkning på 7,8 %. Hvis vi korrigerer for dette, kommer det frem at det fra 1980 til 1981 fant sted en volumøkning i psykologtjenester på ca. 22 %, og at det fra 1981 til 1982, fant sted en ytterligere volumøkning på ca. 22 %. Det er med andre ord en ganske kraftig vekst som har funnet sted over de senere år når det gjelder privat organiserte klinisk psykologiske spesialisttjenester utenfor institusjon.

Det er her på sin plass å nevne at det i trygdebudsjettet for inneværende år (kfr. St.prp. nr. 1 for 1982/83, p. 118), er regnet med en utgift til psykologhjelp på ca. 24,2 millioner kroner, hvilket utgjør en vekst på 18,2 % i forhold til trygdens utbetalinger i 1982.

I kolonnen lengst til høyre på tabell 1 er angitt den estimerte volumendring for private psykologtjenester fra 1980 til 1982 i de enkelte fylker. I tre av fylkene er det en klar nedgang i utbetalingene. Dette gjelder Aust-Agder, Vest-Agder og Finnmark. Størst økning finner vi i Oppland, Telemark, Sør-Trøndelag, Nordland og Troms. Selv om økningen her er størst relativt sett, er det likevel forholdsvis små totalbeløp det drier seg om. Det er interessant å konstatere at Oslo og Hordaland, som hadde de høyeste utbetalinger i 1980, viser en antatt

Tabell 2: Fylkesvis fordeling av Folketrygdens utbetalinger til psykologer sett i forhold til befolkningstørrelsen.

Fylke	Kolonne 1 Befolkning i %	Kolonne 2 Utbet. privat psyk. hjelp pr. capita 1980 i kroner	Kolonne 3 Utbet. privat psyk. hjelp pr. capita 1982 i kroner	Kolonne 4 Utbet. privat klinisk spesia- listlegetjeneste pr. capita 1980 i kroner
Østfold	5,70	5,14	7,11	31
Akershus	9,02	2,77	4,87	18
Oslo	11,04	13,75	20,29	124
Hedmark	4,58	2,87	4,91	16
Oppland	4,42	0,33	0,69	15
Buskerud	5,24	2,29	4,20	41
Vestfold	4,56	4,50	7,85	40
Telemark	3,96	0,36	2,08	21
Aust-Agder	2,21	0,93	0,24	12
Vest-Agder	3,34	0,33	0,29	21
Rogaland	7,47	2,27	3,45	28
Hordaland	9,56	3,41	4,51	46
Sogn og Fjordane	2,59	0,22	0,25	5
Møre og Romsdal	5,77	0	0,06	11
Sør-Trøndelag	5,98	1,62	4,00	33
Nord-Trøndelag	3,08	0,02	0	4
Nordland	5,97	0,18	0,38	10
Troms	3,59	0,16	0,40	27
Finnmark	1,91	0,60	0,28	0
Sum	100,0	3,17	5,00	35

1) Tallene er hentet fra Ot.prp. nr. 48, 1982/83, p. 18.

volumvekst på bare 37 og 23 % i perioden, altså en klart lavere vekst enn landsgjennomsnittet på 47 %. Dette kan tyde på at en god del av volumveksten på landsbasis kan tilbakeføres til at distrikter som ikke tidligere har hatt noe psykologtilbud nå omsider har fått et slikt tilbud.

Den nåværende frie og ubegrensede etableringsrett har favorisert Oslo-området i forhold til andre landsdeler. I tabell 2 er vist befolkningsfordelingen på fylkene pr. 1/1-81. I tabellen er dessuten angitt hvorledes Folketrygdens utbetalinger til psykologhjelp fordeler seg på fylkene når vi tar hensyn til befolkningsstørrelsen. Tabellen viser at Oslos innbyggere mottok et vesentlig større kronebeløp til psykologhjelp både i 1980 og i 1982 enn innbyggerne av de øvrige fylkeskommuner.

Mens hver Osloborger i gjennomsnitt for årene 80 til 82 mottok kr. 17,67 fra trygden til psykologhjelp, mottok innbyggerne i Nordland, Troms og Finnmark i gjennomsnitt bare kr. 0,04, kr. 0,02 og kr. 0,02 til samme formål. Det dreier seg altså om ganske dramatiske forskjeller.

For å sette refusjonsbeløpene til psykologhjelp i perspektiv — har vi lengst til høyre på tabellen angitt den fylkesvise fordeling av trygdens utbetalinger pr. innbygger i 1980 til private kliniske spesialistlegetjenester. Også når det gjelder slike tjenester er det store geografiske variasjoner. Oslo skiller seg igjen klart ut fra resten av landet. Et annet viktig poeng: Trygdens utbetalinger til psykologhjelp utgjør bare ca. 9 % av trygdens utgifter til private kliniske spesialistlegetjenester. Gjennomsnittsnordmannen mottok fra trygdesystemet i 1980 ca. kr. 35,— til spesialistlegehjelp og ca. kr. 3,20 til psykologhjelp. Innen trygdebudsjettet utgjør utgiftene til psykologhjelp en mini-mini-post.

Fremtidsutsiktene

Antallet psykologer som har privat klinisk spesialistpraksis som hovedbeskjeftigelse — er nylig blitt anslått til 68, dvs. til ca. 5 % av den norske psykologstand. Dette er en prosentsats som er nokså lav i forhold til den man finner i mange andre land. I en artikkel i desember-

nummeret for 1981 av tidsskriftet, pekte undertegnede nettopp på dette forhold:

«I forbindelse med den forholdsvis sterke tallmessige posisjon som preger norsk klinisk psykologi, er det av interesse å trekke frem at andelen av privatpraktiserende, selvstendig arbeidende kliniske psykologer er meget beskjeden. Mens andelen i Norge neppe overstiger 3 % (1980 — *sic*) er andelen, f.eks. i USA, anslått til 15 %, i Belgia til 8 % og i Nederland til 6 % (og i Vest-Tyskland til 24 %, kfr. Wittchen, 1981, p. 26). Det er kanskje grunn til å regne med at et strammere offentlig arbeidsmarked for psykologer vil gi vekstimpulser til denne sektor». (p. 628).

I et inserat fra undertegnede i tidsskriftets aprilnummer for inneværende år blir det kommentert på det samme tema:

«Det er grunn til å anta at (beskjeftigelsessituasjonen for psykologer) vil endre seg en god del i løpet av det neste 10-år. Vi vil vente, forutsatt at det ikke innføres nye offentlige reguleringsordninger, at andelen i privatpraksis vil øke vesentlig, og at den nåværende skjevfordeling av spesialister og privatpraktiserende mellom Oslo og resten av landet etterhvert vil bli mindre påfallende». (p. 226).

Hvilken virkning vil de nye offentlige reguleringsordninger ha? Vil de føre til en mer rettferdig fordeling av de offentlige betalte helse-tjenester? Vil de også føre til en rimeligere fordeling av private kliniske psykologtjenester? Det er ingen i dag som helt vet hvorledes de nye rammetilskudd til fylkene vil bli viderefordelt av fylkene på forskjellige budsjettposter. Et av hovedprinsippene ved rammetilskudd er nettopp at fylkene skal ha anledning til å foreta individuelle prioriteringer. På den annen side vil det sikkert i det enkelte fylke bli trukket sammenligninger når det gjelder utgiftsprofilen i andre fylker. Når det gjelder psykologtjenester utenfor institusjon er fylkene pålagt et planleggingsansvar og de *kan* pålegges år om annet å gjøre rede for hvilke midler som er blitt avsatt og brukt på kliniske psykologtjenester.

Psykologhjelp inngår som et kapittel i det overordnede og samlede statlige rammetilskudd til fylkeshelsetjenesten. Andre kapitler som inngår i rammetilskuddet er tilskudd til drift av helseinstitusjoner m.v., poliklinisk/ambulant virksomhet, legespesialisthjelp, offentlig tannlegehjelp (skole og folketannrøkt), ambulansetransport, m.v.

Tabell 3: Oversikt over fordelingen av statlige overføringer til ulike poster under den fylkeskommunale helsetjeneste i 1980 (i % av totaloverføringen til hvert fylke).¹⁾

Fylke	Helseinst. utenom pleieinsti- tusjoner	Polikli- nikker inkl. sykehuslab.	Lege- spesialister inkl. priv. lab.	Familie- vern- kontorer	Psykolog- tjenesten (trygde- utbet.)	Andre tjenester	Sum
Østfold	83,42	2,63	1,92	0,27	0,35	11,41	100,00
Akershus	82,44	2,94	1,84	0,46	0,27	12,05	100,00
Oslo	83,54	2,64	5,28	0,30	0,65	7,59	100,00
Hedmark	79,47	2,58	1,22	0,20	0,23	16,30	100,00
Opland	77,02	1,37	1,96	0,59	0,03	19,03	100,00
Buskerud	76,76	3,05	3,05	0,00	0,19	16,95	100,00
Vestfold	76,77	4,94	4,26	0,52	0,43	13,08	100,00
Telemark	78,21	4,93	0,79	0,29	0,03	15,75	100,00
Aust-Agder	78,59	3,32	0,58	0,63	0,07	16,81	100,00
Vest-Agder	72,63	5,25	2,74	0,26	0,03	19,09	100,00
Rogaland	79,52	3,84	2,01	0,30	0,21	14,12	100,00
Hordaland	75,48	5,94	2,23	0,28	0,28	15,79	100,00
Sogn og Fjordane ..	72,68	2,53	0,12	0,00	0,01	24,66	100,00
Møre og Romsdal ..	76,07	4,60	0,42	0,38	0,00	18,53	100,00
Sør-Trøndelag	74,07	6,02	1,75	0,58	0,13	17,45	100,00
Nord-Trøndelag	71,46	4,45	0,35	0,30	0,00	23,44	100,00
Nordland	70,65	3,02	0,85	0,32	0,01	25,15	100,00
Troms	65,14	7,58	0,88	0,35	0,01	26,04	100,00
Finnmark	64,49	0,77	0,15	0,16	0,03	34,40	100,00
Hele landet	77,17	3,79	2,24	0,33	0,24	16,23	100,00

1) Beregnet pga. tall oppgitt i NOU 1982:10, p. 298.

Tabell 3 gir en oversikt over hvorledes statlige overføringer til fylkeshelsetjenesten i 1980 ble fordelt på ulike tjenester i fylkene. Hva som interesserer er fordelingsmønsteret for landet som helhet, og de ikke ubetydelige forskjeller fylkene imellom i hvilken andel av statstilskuddet som gikk med til forskjellige virksomheter. Når det gjelder drift av helseinstitusjoner — ligger Oslo på topp med 83,5 % og Finnmark på bunn med 64,5 %. Også når det gjelder overføringer til «legespesialister inkl. private laboratorier» ligger Oslo øverst og Finnmark nederst. Forholdsmessig sett, bruker man i Finnmark på den annen side langt større beløp til syketransport og ambulansetjenester.

Psykologtjenester utgjør en av minipostene under fylkeshelsetjenesten. Til privat psykologhjelp ble det på landsbasis kanalisert 0,24 %

av de samlede overføringer. Som for de andre virksomhetsområder er det også her forskjeller fylkene imellom. Høyest ligger Oslo og Vestfold, hvor henholdsvis 0,65 % og 0,43 % av overføringene ble kanalisert til privat psykologhjelp. Lavest på listen finner vi Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal, hvor under 0,01 % ble anvendt på slik hjelp. Det er viktig å peke på at det her er snakk om et fylkesvis forbruk og ikke om en bevisst prioritering fra fylkenes side.

Forsøk på utgiftsberegning

Planlegging impliserer utforming av målsetninger, og realistiske målsetninger impliserer kjennskap til hvor man for øyeblikket befinner seg. Sagt på en annen måte: Planlegging av fylkenes psykologtjeneste forutsetter en over-

sikt over den aktuelle situasjon. Rent konkret: Hvorledes er den faktiske situasjon når det gjelder forholdet mellom offentlige og private klinisk-psykologisk spesialisttjenester på landsbasis og i det enkelte fylket? For å svare på dette, må man gjøre seg opp en mening om et annet spørsmål: Hvor mye koster den nåværende kliniske psykologtjeneste utenfor institusjon? Selv om vi mangler en god del statistikk for å gi et pålitelig svar, er det likevel mulig å komme frem til en grov antydning.

Klinisk psykologiske spesialisttjenester utenfor institusjon vil fortrinnsvis ha sin basis innenfor tre områder: 1) i tilknytning til offentlige

psykiatriske poliklinikker — for barn, ungdom og voksne, 2) i tilknytning til familievernkontorene, og 3) i forbindelse med privat psykologpraksis. Vi vil forsøke å estimere utgiftene på hvert av de tre områder.

Når det gjelder punkt 1 vil vi stipulere følgende: Vi vil anta at 50 % av arbeidstiden til de kliniske psykologer i hvert fylke inngår i virksomheten ved de psykiatriske poliklinikker, og at antallet av kliniske psykologer i hvert fylke er lik antallet godkjente spesialister i klinisk psykologi pluss en gruppe ikke-spesialister (i begynnerstillinger) som vil vil anslå til i antall å utgjøre halvparten av spesialistenes. Vi kom-

Tabell 4: *Den private andel av den kliniske psykolog og lege spesialistvirksomhet i 1980.*

<i>Fylke</i>	<i>Kolonne 1</i> Anslag utgifter psykologhjelp psykiatriske poliklinikker i 1000 kr.	<i>Kolonne 2</i> Anslag utgifter psykologhjelp familievernekontorene i 1000 kr.	<i>Kolonne 3</i> Anslag totalutgifter psykologhjelp (ekskl. institusjonshelsetjenesten) i 1000 kr.	<i>Kolonne 4</i> Den private andel av klinisk psykologspesialistvirksomhet i %	<i>Kolonne 5</i> Den private andel av klinisk lege-spesialistvirksomhet i %
Østfold	2.025	308	3.374	31	30
Akershus	2.363	641	4.026	25	29
Oslo	16.875	1.093	24.182	26	63
Hedmark	900	178	1.615	33	20
Oppland	675	443	1.177	5	21
Buskerud	1.800	0	2.292	21	50
Vestfold	1.238	384	2.463	34	43
Telemark	788	224	1.071	6	27
Aust-Agder	} 1.125	276	} 1.676	} 8	15
Vest-Agder		146			37
Rogaland	1.238	368	2.300	30	29
Hordaland	3.600	515	5.451	25	28
Sogn og Fjordane ..	338	0	361	6	9
Møre og Romsdal ..	450	428	878	0	11
Sør-Trøndelag	} 1.800	685	} 3.056	} 13	32 ²⁾
Nord-Trøndelag		172			5
Nordland	1.238	466	1.747	2	13
Troms	1.018	290	1.327	2	17 ²⁾
Finnmark	338	91	476	10	0
Hele landet	37.804	6.705	57.472	23	41

1) Tallene er hentet fra Ot.prp. nr. 48 for 1982/83, p. 19.

2) Tallene er hentet fra NOU 1982:10, p. 25.

mer dermed frem til et psykologtall innen psykiatrien som utgjør ca. 45 % av landets psykologpopulasjon. Dette samsvarer forsåvidt med andre beregninger. Videre vil vi anta at gjennomsnittskostnaden pr. psykolog i 1980 var kr. 150.000.

Tabell 4, kolonne 1, gir en oversikt over vårt anslag over offentlige utgifter til psykologhjelp ved psykiatriske poliklinikker. Ved arbeidsinnsatsberegningen har vi tatt utgangspunkt i de tall på spesialister som er angitt i tabell 1, kolonne 1. Kostnadsoverslaget for landet som helhet blir på 37,8 millioner kroner.

Psykologer utgjør en betydelig andel av fagpersonalet ved familievernkontorene. Ifølge NOU 1982:10 utgjorde psykologene i 1980 24,2 % av de ansatte og 25,8 % av de utførte årsverk. Omlag 2/3 av familievernkontorenes budsjetter blir dekket fra statlige overføringer. Den resterende del omfatter hovedsaklig tilskudd fra fylker og kommuner.

For å få et anslag over psykologhjelpkostnadene har vi gjort disse antagelser: Vi har tatt utgangspunkt i de statlige overføringer til familievernkontorene i hvert fylke. Disse tallene har vi hentet fra NOU 1982:10, p. 298. Vi har påplussert tallene 50 % for å få de statlige overføringer til å utgjøre 2/3 av totalutgiftene.

Psykologhjelputgiftene har vi anslått til å utgjøre 25 % av totalbeløpene. Når vi har lagt oss på denne andel, er det etter å ha tatt hensyn til at personalkostnadene er den dominerende faktor på familievernkontorenes budsjett, og etter å ha stipulert med at psykologenes høyere lønnskostnader vil kompensere for at vi ikke har trukket ut de materielle driftskostnader.

Tabell 4, kolonne 2, gir en oversikt over vårt anslag over utgifter til psykologhjelp ved familievernkontorene. For landet som helhet kommer vi frem til en utgiftspost på ca. 6,7 millioner kroner.

Tabell 4, kolonne 3, oppsummerer de beløp som er angitt i kolonne 2 i tabell 1 (trygdeutbetalinger 1980) og i kolonne 1 og 2 i tabell 4. Våre overslag over de samlede utgifter til ambulant psykologhjelp i 1980, kommer opp i 57,5 millioner kroner. Den største utgiftspostering finner vi i Oslo med ca. 24 millioner, og den

laveste i Sogn og Fjordane og i Finnmark — hvor vi begge steder ender opp med utgiftsestimater på noe under en halv million kroner.

Vi vil påny understreke at våre beregninger er nokså skjematisk. Vi vil selv være de første til å etterlyse mer detaljerte og pålitelige overslag. Men i påvente av disse nye beregninger, mener vi det er bedre å planlegge ut fra grove og usikre enn ut fra oppdiktede forutsetninger.

Forholdet mellom offentlig og privat tjenesteyting

På bakgrunn av de antatte totalutgifter til psykologhjelp i 1980, angitt i tabell 4, kolonne 3, og de bokførte trygdeutbetalingene til psykologhjelp i 1980, angitt i tabell 1, kolonne 2, er det mulig å antyde størrelsen på den private andel av den klinisk-psykologiske spesialistvirksomhet.

Tabell 4, kolonne 4, gir en oversikt over den private andel av virksomheten — uttrykt i prosent av totalutgiftene. Våre skjønsmessige overslag antyder at den private sektor når det gjelder klinisk psykologhjelp utenfor institusjon i 1980 utgjorde 23 %, og den offentlige sektor ca. 77 %. Størst var den private andel i Vestfold, Hedmark, Østfold og Rogaland. Størst var den offentlige andel i Møre og Romsdal, Nordland og Troms.

Det er grunn til å tro at den private sektor har ekspandert vesentlig sterkere enn den offentlige i tidsrommet 1980 til 1983. Hvis vi går ut fra en økningstakt på henholdsvis 22 og 2 % pr. år over 3-årsperioden, ender vi opp med en revidert fordeling pr. 1/1-84 på henholdsvis 33 og 67 %. De samlede utgifter kan samtidig anslås til å ligge på i overkant av 70 millioner 1980-kroner.

Våre statistiske overslag antyder at den private organiserte andel av de klinisk psykologiske spesialisttjenester på landsbasis er større enn det er vanlig å anta, ut fra antallet av psykologer som har privat praksis som hovedverv. Utgiftene til den private virksomhet utgjør for øyeblikket formodentligvis nesten halvparten av de offentlige organiserte tjenester.

Hvorledes harmonerer disse anslag med beregninger over den private andel av den kli-

niske legespesialistvirksomhet utenfor institusjon? I tabell 4, kolonne 5, er gitt en oversikt over denne andelen for landet som helhet og for de enkelte fylker. Det fremgår av tabellen at man finner de største innslag av privatorganiserte legetjenester i Oslo, Buskerud og Vestfold, og de svakeste innslag i Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark.

For landet som helhet er det blitt anslått at de private og offentlige spesialistlegetjenester i 1980 utgjorde henholdsvis ca. 41 og 59 %. Sammenlignet med spesialistlegetjenesten generelt, må altså den kliniske spesialistpsykologtjeneste karakteriseres som sterkere knyttet til offentlig tjenesteyting.

Alternative målsetninger

Det er to dimensjoner i fylkenes planer for den lokale psykologtjeneste som påkaller interesse. Den ene gjelder omfanget og kostnadsnivået for tjenesten totalt, og den annen den planlagte fordeling av utgiftene på henholdsvis offentlige og private psykologtjenester.

Hvis vi tar for oss fordelingsdimensjonen, vil det ene ytterpunkt være å gå inn for å integrere hele psykologtjenesten i offentlige psykiatriske poliklinikker, og i offentlige og halv-offentlige familievernkontorer. Standpunktet vil innebære at fylket stiller seg avvisende til all etablering av psykologisk privatpraksis. Det annet ytterpunkt vil være å satse på utbygging av private psykologtjenester på bekostning av de offentlige, og i neste omgang kanskje bevisst å gå inn for å privatisere de lokale psykiatriske poliklinikker.

Det er ingen gitt på forhånd å si hvilken av disse to linjer som vil gi den beste psykologhjelp til befolkningen. Stilt ovenfor en slik usikkerhet er det etter undertegnede mening, mye som taler for en rent empirisk tilnærming, — for at den private og den offentlige sektor hver for seg bør være på minst 33 %. Overført til den aktuelle situasjon impliserer dette at man på landsbasis bør gå imot en reduksjon av den nåværende private psykologvirksomhet. Når det gjelder organiseringen av psykologhjelp i de forskjellige fylker, vil det stort sett være viktigere å stimulere til en fortsatt ekspansjon av den private sektor fremfor

å innføre nye bremses på den utvikling som er i gang. Dette betyr ikke at man ikke innser behovet for nye offentlige poliklinikker — særlig innenfor det barnpsykiatriske området. Vi står overfor viktige avveiningsspørsmål — som grunnleggende sett er av politisk karakter.

Hvilket aktivitetsnivå bør fylkene legge planer for når det gjelder psykologhjelp i det hele? Også her vil vi stå ovenfor to ytterpunkter. Det enkelte fylke kan gå inn for at psykologhjelpsutgiftene skal være så små som overhodet mulig. Et ledd i en slik plan vil være å foreslå nedbygging av eksisterende institusjoner, inndragelse av eksisterende stillinger, og å unngå å inngå avtale med nye privatpraktiserende psykologer. Det motsatte ytterpunkt vil være representert ved fylker som vedtar å opprette nye offentlige psykiatriske og barnpsykiatriske poliklinikker og nye familievernkontorer, og dernest rykker ut med invitasjon til psykologer om å påbegynne privatpraksis i fylket — på hel eller deltid.

Det er de politiske myndigheter i hvert fylke som må ta de endelige avgjørelser (og bære det politiske ansvar) for hvilken linje som skal følges. Fra psykologhold vil det selvsagt være all mulig grunn til å arbeide og argumentere for at utgiftsbudsjettet til psykologhjelp blir lagt så høyt at det gjør det mulig å tilfredsstille befolkningens behov for slik hjelp. Eller for å bruke en formulering fra den nyreviderte fylkeshelselov: som gjør det mulig å få dekket behovet for nødvendig undersøkelse og behandling for befolkningen innen området. Dette argument vil være særlig aktuelt på de steder som allerede i dag har en *relativt sett* velutbygd tjeneste.

I mange fylker vil det være naturlig å peke på ønskeligheten av å bygge opp et hjelpeapparat som er på høyde med det man finner andre steder. For fylkene utenfor Oslo vil det kunne være et mål å komme opp på det nivå for psykologhjelp som tilsvarende per capita-utgiftene til slik hjelp i Oslo i 1980.

Forslag i denne retning vil kunne bli møtt med at Oslo står i en særstilling både når det gjelder befolknings sammensetning og befolkningskonsentrasjon. Bl.a. vil det kunne bli henvisning til at fordelingsnøkkelen for statens overføringer til de fylkeskommunale helsetjenester

ikke er fastsatt ut fra befolkningstallet alene, men ut fra en nøkkel som bl.a. omfatter antall innbyggere i forskjellige kjønns- og aldergrupper, antall uføre- og attføringspensjonister, dødelighet, antall personer som har 7 mil eller mer til nærmeste sykehus. Hver av faktorene blir tillagt ulik vekt.

Inntil det er blitt utarbeidet et eget, rasjonelt begrunnet landsomfattende indikator-system for psykiske lidelser og funksjonsanomalier, synes det mest korrekt å gjøre bruk av den fordelingsnøkkel som i dag faktisk blir lagt til grunn for de statlige rammetilskudd til fylkenes helsetjeneste — herunder til den

kliniske psykologtjeneste. Et nytt indikator-system, vil, hvis det skal virke rasjonelt, ha implikasjoner for fordelingen av de statlige overføringer.

Vi skal i det følgende se litt på de økonomiske konsekvenser av de fremførte synspunkter.

I tabell 5, kolonne 1, er gitt en oversikt over de antatte *samlede* pr. capita-utgifter til psykologhjelp i 1980 i de forskjellige fylker. Oslo ligger høyest med kr. 53,52 pr. innbygger, mens Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal ligger lavest med henholdsvis kr. 3,40 og kr. 3,72 pr. innbygger.

Tabell 5: *Alternative budsjettopplegg for fylkeshelsetjenestens utgifter til psykologhjelp.*

Fylke	Kolonne 1 Antatt pr. capita utgift til psykologhjelp i 1980 i kroner	Kolonne 2 Utgift psykologhjelp hvis samme pr. capita utgift som i Oslo 1980 i 1000 kr.	Kolonne 3 Prosentvis dekning i forhold til Oslo-standard 1980	Kolonne 4 Nåværende fordelingsnøkkel for rammetilskudd til fylkeshelsetjenesten ¹⁾ i %	Kolonne 5 Utgift psykologhjelp — som pr. capita i Oslo — korrigert nåv. fordelingsnøkkel i 1000 kr.	Kolonne 6 Prosentvis dekning i forhold til Oslo-standard 1980 — korrigerte tall
Østfold	14,46	12.488	27	5,59	10.962	31
Akershus	10,90	19.766	20	7,26	14.237	28
Oslo	53,52	24.180	100	12,33	24.180	100
Hedmark	8,63	10.021	16	4,95	9.707	17
Oppland	6,51	9.674	12	4,79	9.393	13
Buskerud	10,68	11.486	20	5,22	10.236	22
Vestfold	13,19	9.992	25	4,39	8.609	29
Telemark	6,61	8.674	12	4,11	8.060	13
Aust-Agder	} 7,37	12.169	14	2,20	} 10.589	16
Vest-Agder				3,20		
Rogaland	7,53	16.352	14	6,56	12.864	18
Hordaland	13,93	20.948	26	9,00	17.649	31
Sogn og Fjordane	3,41	5.671	6	2,72	5.334	7
Møre og Romsdal	3,72	12.636	7	5,95	11.668	8
Sør-Trøndelag	} 8,25	19.837	15	5,86	} 17.767	17
Nord-Trøndelag				3,20		
Nordland	7,14	13.087	13	6,85	13.433	13
Troms	9,04	7.857	17	3,63	7.118	19
Finnmark	6,07	4.194	11	2,20	4.314	11
Hele landet	14,04	219.032	26	100,00	196.120	29

1) Tallene er hentet fra Ot. prp. nr. 48 for 1982/83, p. 52

I kolonne 2 er angitt hvilke utgifter til psykologhjelp som ville falle på de enkelte fylker hvis de skulle etablere et nivå for slik hjelp som tilsvarer per capita-utgiftene i Oslo i 1980. De totale utgifter på landsbasis vil under denne betingelse komme opp i 219 millioner kroner.

Kolonne 3 viser hvorledes de enkelte fylkers psykologhjelputgifter forholder seg til Oslo-standard. Tallene angir fylkenes prosentvise dekning av det beløp som ville være nødvendig for å komme på linje med pr. capita-utgiftene i Oslo. Det fremgår f.eks. at Agderfylkenes og Trøndelagsfylkene bare ligger på henholdsvis 14 og 15 % av Oslo-nivået.

Kolonne 4 viser den nåværende fordelingsnøkkel for de statlige rammetilskudd til fylkenes helsetjeneste. En sammenligning med tallene i tabell 2, kolonne 1, viser hvordan fordelingsnøkkelen avviker fra et parameter basert på befolkningsstørrelsen alene. Hvis man legger befolkningstallet til grunn — vil Oslo kunne gjøre krav på 11,04 % av overføringene. Med den vektete fordelingsnøkkel økes Oslo's andel til 12,33 %.

Kolonne 5 viser hvor store beløp som ville gå med til psykologhjelp i de forskjellige fylker — hvis de skulle tilsvare per capita-utgiftene i Oslo — og samtidig være korrigert for Oslos alders-sammensetning, dødelighet, osv., dvs. være justert i forhold til den nåværende fordelingsnøkkel for de statlige tilskudd. De samlede utgifter på landsbasis kommer under denne betingelse opp i ca. 196 millioner kroner.

Kolonne 6 viser hvorledes fylkenes psykologutgifter 1980 forholder seg til Oslo-nivået samme år, når man korrigerer med hensyn til den gjeldende fordelingsnøkkel. Agderfylkene og Trøndelagsfylkene kommer f.eks. med den foretatte korreksjon opp i en dekningsprosent i forhold til Oslo på henholdsvis 16 og 17. Korreksjonen gir altså ikke akkurat noen dramatiske utslag.

Noen tankeeksperiment

I forbindelse med den vedtatte overgang til den nye finansieringsordning for landets helse-tjenester i 1984, har Sosialdepartementet foretatt en del overslag og gitt regneeksempler på

hvordan den nye ordning kan komme til å virke. Man har gjort dette ved å se på trygdebudsjettets tall for 1983. I Sosialdepartementets regneeksempel (gjengitt i Ot.prp. nr. 48, p. 47) inngår et samlet statlig rammetilskudd til fylkeshelsetjenesten i 1983 på ca. 9,5 milliarder kroner, herav et beløp på kr. 237,9 millioner fra posten legehjelp og kr. 14,9 millioner fra posten psykologhjelp. Videre er det reservert et beløp på ca. 325 millioner «til refusjon for spesialisthjelp etter reduserte satser».

Som nevnt tidligere er det for 1983 budsjettet med en samlet trygdeutbetaling til psykologhjelp på 24,2 millioner kroner. Hvis vi ser de nevnte 14,9 millioner i forhold til dette beløp, er det altså snakk om en overføring til fylkene på 61,5 %. I regneeksemplet har man altså gått ut fra at psykologtjenesten blir stilt på linje med legetjenestene. Det er imidlertid blitt understreket fra departementalt hold at regneeksemplet ikke må oppfattes som noe mer enn et tankeeksperiment.

Vi stilte innledningsvis spørsmål om hvilke fylker som sannsynligvis ville stille seg mest velvillige og mest avvisende til kjøp av tjenester fra nye privatpraktiserende psykologer. Det er mulig å gi en antydning til svar, men det må nødvendigvis bygge på usikre forutsetninger.

I utgangspunktet vil vi anta at det vil bli lettere å oppnå avtale med de fylker som i dag har en «underdekning» av psykologhjelp relativt sett, enn i de fylker som har en «overdekning». Et mål på dekningsgrad er å sammenligne to budsjettopplegg for psykologhjelp for 1983. Det ene opplegg går ut på å se på de fylkesvise regnskapstallene for 1982, og påplusse disse 18,2 %, dvs. den vekstprosent som er innebygget i regjeringens trygdebudsjett for psykologhjelp for 1983. Man forutsetter her at utgiftøkningen vil bli den samme i alle fylker. Det annet budsjettopplegg er å fordele det budsjetterte totalbeløp for psykologhjelp 1983 på de enkelte fylker etter den gjeldende fordelingsnøkkel for de statlige overføringer. De tall som fremkommer på denne måte, vil gi et jevnlikt beløp til psykologhjelp i de forskjellige fylker. Totalbudsjettet vil være det samme i begge tilfeller. Men for det enkelte fylke kan det bli en be-

Tabell 6: Sammenligning mellom budsjett-tall basert på et faktisk forbruk og på en tilsiktet jevnlikhet i forbruk av privatorganiserte kliniske psykologtjenester.

Fylke	Budsjett 1	Budsjett 2	Differanse 1 og 2
	Budsjett-tall 1983 — fordelt nåv. nøkkel i 1000 kroner	Regnskap 1982 — påplussert 18,2 % i 1000 kroner	Stipulert over- og underforbruk i forh. til nasjonal ramme i 1000 kroner
Østfold	1.354	1.961	— 607
Akershus	1.758	2.125	— 367
Oslo	2.985	10.835	— 7.850
Hedmark	1.198	1.086	+ 112
Oppland	1.160	186	+ 974
Buskerud	1.264	1.066	+ 198
Vestfold	1.063	1.733	— 670
Telemark	995	398	+ 597
Aust-Agder	533	26	+ 507
Vest-Agder	775	46	+ 729
Rogaland	1.588	1.246	+ 342
Hordaland	2.179	2.087	+ 92
Sogn og Fjordane	658	32	+ 626
Møre og Romsdal	1.440	18	+ 1.422
Sør-Trøndelag	1.419	1.157	+ 262
Nord-Trøndelag	775	—	+ 775
Nordland	1.658	109	+ 1.549
Troms	879	70	+ 809
Finnmark	533	26	+ 507
Hele landet	24.214	24.214	—

tydelig forskjell. I de tilfeller fylket kommer ut med et høyere utgiftsanslag når det gjelder det første enn det annet budsjettpropplegg, kan vi snakke om en «overdekning», og når det motsatte er tilfelle, om en «underdekning».

Tabell 6 gir en oversikt over hvilke tallstørrelser som fremkommer gjennom de to budsjettpropplegg. I kolonne 3 er angitt differansen mellom budsjettallene for de enkelte fylker. Man ser her at Oslo kommer ut med en «overdekning» på ca. 7,8 millioner. Men man ser også at det er en viss «overdekning» til stede i Vestfold, Østfold og Akershus. I alle de øvrige fylker finner vi en «underdekning». Størst er «underdekningen» i Nordland, Møre og Romsdal, Oppland og Troms. Hvis vi skulle tippe, vil vi altså anta at det vil bli lettere for nye privatpraktiserende psykologer å få avtale med de sistnevnte enn med de førstnevnte fylkeskommuner.

Når vi understreker at det er snakk om en gjetning, er det fordi det er mange andre forhold utover de økonomiske, som vil bli medbestemmende.

Våre budsjettall for 1983 er ikke direkte overførbare til 1984. Det enkelte fylke vil i 1984 stå fritt til selv å bestemme hvilket beløp som skal nyttes til driftstilskudd for psykologhjelp. På den annen side vil fylkene ikke ha noen direkte innflytelse på størrelsen av trygdeutbetalingene etter de nye reduserte takster. Det er forutsatt at det skal kunne foregå trygdeutbetalinger til spesialister uten avtale med fylkeskommunen.

De fordelingsbeløp som er nevnt inngår ikke som bindinger i fylkeskommunenes budsjett og planleggingsarbeid. I utgangspunktet skal fylkene selv bestemme hvorledes de vil legge opp sin kliniske psykologtjeneste utenfor institusjon, om de vil satse på driftstil-

skudd til privatpraktiserende eller på drift av egne psykiatrisk/psykologiske poliklinikker. Den eneste binding de for tiden *kan* pålegges av Staten er at de skal rapportere hvilke ressurser de planlegger å bruke og hvilke de faktisk har brukt — til klinisk psykologisk spesialisthjelp.

Det er dessuten grunn til å understreke at det for øyeblikket ikke er vedtatt hvor stort beløp som vil bli overført til fylkeshelsetjenesten i 1984. Dette vil først bli avgjort etter Stortingsbehandlingen av stats- og trygdebudsjettet i høstsesjonen.

Hvis utviklingen skulle føre til større ulikheter i tilbudet av psykologhjelp til befolkningen på forskjellige steder, vil det etter en tid kunne komme på tale å innføre nye bindinger utover den råd og veiledningsmyndighet departementet nå er tillagt. Den likhetseffekt man håper på å oppnå gjennom den nye overføringsordning — baserer seg først og fremst på en større «rettferdighet» i ressurstilgangen til de forskjellige fylker.

Forslag til overgangsregler

Hvis man legger en Oslo-norm til grunn og gjør bruk av den nåværende fordelingsnøkkel, vil man ha behov for et tilskudd til fylkene som ligger på over det dobbelte av Sosialdepartementets rammebeløp 1983 for psykologhjelp. På den annen side: Hvis man tar utgangspunkt i rammebeløpet, finner man at psykologtjenesten i Oslo legger beslag på over det dobbelte av hva den skulle ut fra en «rettmessig» ressursfordeling. Hvorledes løser man dette fordelingsproblem?

Utgiftene til psykologhjelp er som nevnt en lilleputtpost på de statlige rammebevilgninger til fylkene. Men også når det gjelder større og mer tungtveiende poster blir man stilt ovenfor det samme forhold, nemlig at bruk av en Oslo-norm ikke lar seg gjennomføre fordi den sprenger rammebetingelser for statens finansieringsopplegg for fylkeshelsetjenesten.

I påvente av et helt nytt inntektssystem for kommunesektoren, foreslås det i Ot.prp. nr. 48 at man iverksetter en ordning som sikrer at

ikke noe fylke får noen reell inntektsreduksjon ved overgang til det nye fordelingsssystem. Ingen fylker skal få mindre enn året før. Det foreslås innført et spesielt ekstratilskudd til de fylker som kommer dårligere ut.

Dette ekstratilskudd foreslås finansiert ved en tilsvarende reduksjon i inntektsøkningen til de fylker som vil tjene på omleggingen til rammefinansieringssystemet. Det foreslås at reduksjonen fastsettes som en bestemt prosent-sats av den beregnede inntektsvekst.

Størst er «overforbruket» i Oslo. Dette er imidlertid ikke større enn at det vil kunne innspares med en reduksjon på ca. 1,3 % i inntektsøkningen til de 16 fylkene som vil tjene på rammefinansieringen. Justeringsbehovet er så lite at det i alle praktiske sammenhenger er uten betydning sett i forhold til de valgmuligheter fylkene er tillagt når det gjelder utbyggingen av deres helsetjenester. Det høye psykologhjelpstilskudd i Oslo kan lett innpasse i den lokale fylkeshelsetjeneste. Siden psykologhjelp-utgiftene er minuttall i det store bildet, vil i og for seg statistisk signifikante økninger ikke medføre noen vesentlig balanseforskyvning. På den annen side er det viktig å passe på at psykologtjenesten ikke blir valset ned av fylkenes dominerende utgiftsposter innenfor helsesektoren.

På sikt vil det være rimelig at alle fylker kommer opp i den samme per capita-utgift til psykologhjelp som Oslo hadde i 1980. Vi har ovenfor angitt hvilke konsekvenser dette vil ha for fylkenes langtidsbudsjetter. For Hordaland fylke f.eks. vil det medføre et psykologhjelpbudsjett på ca. 17,6 millioner kroner.

At det for flertallet av landets fylker fremtrer som et tillokkende mål å komme opp på standarden for psykologhjelp i Oslo-regionen for 3 år siden, betyr selvsagt ikke at man i Oslo bør gi opp alle forsøk på å oppnå en ytterligere standardheving. En ytterligere økning av Oslo-utgiftene til psykologhjelp vil ikke gå ut over psykologhjelp-budsjettene andre steder. En noenlunde adekvat utbygd psykologtjeneste på ett sted, vil tvert imot kunne føre til at det er lettere å vinne gehør for en tilsvarende utbygging i andre landsdeler.

Avslutning

Fylkene er nå i lovs form pålagt å utarbeide en plan for de kliniske psykologtjenester m.v. Denne plan forutsettes å inngå som en del av fylkets samlede helseplan. Delplanen skal bl.a. omfatte en kartlegging av behovet for og en registrering av den eksisterende utbygging av den kliniske psykologtjeneste i fylket. Siden de fleste fylkers helseplaner allerede er godkjent, går Sosialdepartementet inn for at de nye delplaner blir godkjent i en samlet Kongelig resolusjon. Først når dette er gjort, vil de formelt sett være innlemmet i de respektive fylkers offisielle helseplaner. Etter at de er behørlig innlemmet, er det pålagt fylket å sørge for at de inngår i det rullerende plan-system som skal etableres i forbindelse med innføringen av den nye rammefinansieringsordning.

Det nye finansieringsopplegg for helsetjenesten gjør det viktig å flytte blikket fra de statlige tilskuddsordninger til de fylkeskommunale helseplaner og budsjett-disposisjoner, dvs. til hvordan fylkene anvender de statlige rammetilskudd.

De nye finansieringsformer gjør det viktig å styrke NPFs forhandlings- og utredningskapasitet på fylkesnivå. Det er nødvendig at NPFs fylkesavdelinger reagerer konstruktivt på den utfordring de nye finansieringsformer representerer, og at man holder et åpent øye med hvorledes den lokale fylkesadministrasjon forholder seg til påbudet om å innpasse en klinisk spesialistpsykologtjeneste i fylkeshelse-tjenestens budsjett- og utbyggingsplaner. Det er viktig at NPFs lokalavdelinger engasjerer seg i argumentasjonen og dokumentasjonen for å vise det reelle behov som er til stede for psykologhjelp i det enkelte fylke.

Når det gjelder NPF sentralt er det viktige forhandlinger som står for døren når det gjelder utformingen av selve refusjonsordningen for psykologhjelp.

Det sies i den nye lov om fylkeshelse-tjenesten at Kongen kan gi forskrifter om godkjenning, planlegging, utbygging, drift og tilsyn med de fylkeskommunale kliniske psykologspesialisttjenester. Det vil bl.a. være opp til NPF å foreslå innholdet i slike forskrif-

ter og eventuelt presse på for at de blir vedtatt og satt ut i livet.

Referanser

- Christiansen, B. Norsk psykologi i verdensperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1981, 18, 621-636 (desembernr.).
- Christiansen, B. Arbeidsmarkedet for psykologer i dag og i morgen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, 91-99 (februarnr.).
- Christiansen, B. Psykologprofesjonens aktuelle stilling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, 225-226 (aprilnr.).
- Dörken, H. Health insurance and third-party reimbursement. In B. D. Sales (Ed.) *The professional psychologist's handbook*. New York: Plenum Press, 1983.
- Fasting, C. Ett år i selvstendig praksis: Tall og inntrykk fra 1982. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, 331-335.
- Sandsberg, S. Har privatpraktiserende psykologer noen fremtid? Intervju med Sissel Ekern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1983, 20, 276-277 (mainr.).
- Sosialdepartementet, *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene, m.v. NOU 1982:4*. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
- Sosialdepartementet, *Ot.prp. nr. 48 1982/83. Om lov om endringer i lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v. og andre lover*. Oslo: Statens Trykksaks ekspedisjon, 1983.
- Sosialdepartementet *St.prp. nr. 72 1982/83. Om bevilgninger til den kommunale helse og sosialtjeneste i 1984*. Oslo: Statens Trykksaks ekspedisjon, 1983.
- Sosialkomitéen, *Innstilling til Odelstinget nr. 89 for 1982/83. Vedr. Ot.prp. nr. 48*. Oslo: Statens Trykksaks ekspedisjon, 1983.
- Witthen, H. U. The present status of professional psychology around the world. In B. Christiansen (Ed.) *Does psychology return its costs?* Oslo: Norwegian Research Council for the Science and Humanities, 1981.