

Antal operationer hos speciallæger	0,4	5,5	5,7
Antal undersøgelser hos tandlæge	3,9	0,2	1,4

1) Skøn

Mens væksten i antallet af kontakter til alment praktiserende læger i årene fra 1982 til 1985 kun steg med 0,5 pct. årligt, eksploderede udgiftsudviklingen i 1986. Fra 1985 til 1986 steg antallet af kontakter til alment praktiserende læger med 10 pct. Samtidig steg antallet af behandlinger og laboratorieydelser med 11 pct.

Udviklingen i antallet af henvisninger til speciallæger er igennem alle årene vokset med 3 pct. om året. Ligeledes er antallet af operationer hos speciallægerne nogenlunde konstant steget med 5,5-5,7 pct. årligt. På tandlægeområdet har der været en relativt begrænset vækst i årene fra 1982 til 1985 på 0,2 pct. om året, men også på dette område har der været en betydelig realvækst i 1986 på 1,4 pct.

Denne vækst i ydelsesomfanget var ikke kendt i maj 1986, da Amdsrådsforeningen indgik aftale med regeringen om udgifterne for 1987. Tværtimod havde Amdsrådsforeningen grund til at tro, at den ved lov fastlagte begrænsning af væksten i udgifterne til almen lægehjælp ville blive overholdt eller fulgt op af lovinitiativer.

Udgifterne til almen lægehjælp måtte maksimalt reelt stige med 1 pct. fra 1985 til 1986. Realvæksten i udgifterne blev imidlertid 5 pct., og den reelle stigning i søgnigen til lægehjælp har været 10 pct. Den lavere stigning i udgifterne end i ydelserne skyldes, at halvdelen af lægernes honorarer reguleres i takt med udviklingen i antallet af leverede ydelser. Den anden halvdel af lægernes honorarer udbetales som et fast kronebeløb pr. tilmeldt sygesikret.

Mulighederne for at styre udgifterne kan tage udgangspunkt i følgende forhold:

1. Serviceniveauet, f.eks. patientbehandling.
2. Påvirkning af læger og patienter til en mere økonomisk adfærd.
3. Begrænsning i antallet af læger.
4. Lægernes honorarer pr. ydelse.

Det er regeringen og Folketinget, der fastlægger serviceniveauet. Reglerne om betaling for lægehjælp, tilskudsregler på medicin- og

tandlægeområdet er fastlagt i sygesikringsloven og bekendtgørelser.

Derimod kam amterne i forbindelse med oplysningskampagner påvirke læger og patienter til en mere økonomisk adfærd. Det er sket gentagne gange i form af oplysningskampagner m.v.

Amterne kan begrænse tilgangen af alment praktiserende læger, men har med de gældende regler ingen mulighed for at styre de enkelte lægers indtjening. Det afhænger af patienternes træk på lægeydelser. Ved naturlig afgang er antallet af alment praktiserende læger fra 1985 til 1986 blevet reduceret fra 2.910 til 2.898.

Endelig forhandler Sygesikringens Forhandlingsudvalg på amternes vegne med lægeorganisationerne om deres honorarer. Sygesikringens Forhandlingsudvalg har under forhandlinger med såvel Praktiserende Lægernes Organisation som med Foreningen af Speciallæger i foråret 1987 fastholdt, at de samlede økonomiske rammer for sygesikringen skal overholdes. Sygesikringens Forhandlingsudvalg har således krævet, at der skal indgås en aftale, der sikrer, at udgifterne til sygesikring skal holdes inden for en realvækstramme på 1 pct., uanset udviklingen i antallet af ydelser.

Forhandlingerne med alment praktiserende læger fortsætter på baggrund af en uopsagt overenskomst. Alment praktiserende læger får reguleret deres honorarer på samme måde som højere tjenestemænd.

For at undgå et udgiftsløft på 40 mill. kr. opsagde Sygesikringens Forhandlingsudvalg overenskomsten med Foreningen af Speciallæger om speciallægehjælp. Her har det ikke været muligt at indgå en aftale.

Under en konflikt fastsætter indenrigsministeren det tilskud, amterne skal refundere patienterne. Som konsekvens er det muligt for lægerne at kræve et beløb udover tilskud. Herved er der ad bagdøren indført patientbetaling. Men mulighederne for via forhandlinger at tilvejebringe sundhedspolitiske og faglige forbedringer i den primære sundhedssektor bortfalder.