



Viktig høyesterettsdom om takstkontroll

En sak om to legers bruk av takster for prøvetaking har nylig vært behandlet av Høyesterett. I høyesterettsdommen slås det fast at legene har krevd refusjon utover det det var grunnlag for, og at dette var uaktsomt av legene. Legene måtte derfor betale tilbake det beløpet trygdemyndighetene hadde fastsatt i vedtak. Det ble lagt avgjørende vekt på de medisinske vurderinger av takstbruken. Høyesterett, som prøvde alle sider av saken – også de medisinske – kom etter en konkret vurdering til at praksisutvalgets tilråding skulle legges til grunn. Høyesterett stiller relativt strenge krav til legenes aktsomhet ved takstbruk, og leger må kunne dokumentere rettmessigheten av sin takstbruk.

Foruten de konkrete vurderinger av legenes takstbruk er det i dommen truffet en rekke prinsipielle standpunkter av betydning for senere saker.

Staten ved Rikstrygdeverket hevdet at trygden kunne kreve tilbake urettmessig utbetalt refusjon uavhengig av om legene hadde vært i aktsom god tro med hensyn til sin rett til refusjon. Høyesterett la til grunn at en slik objektiv tilbakebetalingsplikt ikke gjelder. På dette punktet var Høyesterett altså uenig med Rikstrygdeverkets regeltolkning.

Saken gjaldt takst for MCV (705f), differensialtelling (706a) og telling av trombocytter (706f). Om den generelle adgangen til å kreve refusjon uttalte Høyesterett blant annet at det bare er prøver som er nødvendige for å stille diagnose som kan tas, uten hensyn til om prøven gir positivt eller negativt svar. Videre refunderes nødvendige prøver for å følge en sykdoms utvikling og forløp, herunder virkninger av medikamentbruk. Vurderingen av om det er nødvendig å ta prøvene må bygge på et forsvarlig skjønn. Under henvisning til legers selvstendighet og uavhengighet i medisinsk-faglige spørsmål mente Høyesterett at hver enkelt lege må innrømmes et vidt spillerom for faglig skjønn.

Høyesterett foretok en konkret vurdering av den generelle *nytt* av takstkombinasjonen i saken, bl.a. ved å ta hensyn til legenes praksisprofil. Høyesterett fant med støtte i de sakkyndiges vurderinger (særlig professor Steinar Hunskaars) ikke grunn til å fravike praksisutvalgets tilråding, som innebar at de to legene fikk beholde refusjon for prø-

vene ved henholdsvis 14 % (705f), 26 % (706a) og 14 % (706f) av de aktuelle konsultasjonene. Høyesterett slo fast at det er regelverket og nødvendigheten av prøvetakingen ved behandlingen av hver enkelt pasient som er avgjørende for om legen kan sies å ha vært i aktsom god tro med hensyn til sin rett til refusjon. Man la vekt på opplysninger som fremkom om de aktuelle prøvenes nytteverdi sammenholdt med opplysninger om pasientgrunnlaget. Legene ønsket ikke å legge frem journalopplysninger som kunne belyse takstbruken og indikasjonen for denne. Det ble ikke lagt avgjørende vekt på hvordan dokumentasjonen var innhentet (regningskort), men på hva som kan innhentes. Det ble også kommentert at legene i saken ikke ønsket å fremlegge journaler.

Trygdemyndighetenes saksbehandling

Høyesterett slo fast at kontrollsystemet har et annet rettslig fundament enn det Rikstrygdeverket har lagt til grunn, nemlig at kontrollen er utøvelse av offentlig myndighet. Staten (Rikstrygdeverket) fikk dermed ikke medhold i påstanden om at dette er et privatrettslig forhold. Høyesterett understreker at legene opptrer på pasientens og samfunnets vegne og uttalte: «Ordningen med direkte oppgjør er etablert i offentlig regi og må i det alt vesentlige ansees begrunnet i trygdemyndighetenes og pasientenes interesser. Jeg nevner også at det refusjonskrav som legen fremmer overfor trygdekontoret, foreldes etter særegne offentligrettslige regler, jf. folketrygdeloven 1966 § 14–9, og ikke som vanlige formueskrav etter den alminnelige foreldelseslov. At det foreligger en kollektivavtale mellom Rikstrygdeverket og Legeforeningen, og tilslutningsavtale i forhold til den enkelte lege, kan ikke endre den offentligrettslige karakter av de aktuelle utbetalinger fra trygden. Det er for meg lite tvilsomt at utbetalingen av stønad fra folketrygden er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, enten dette skjer fra trygdekontoret til pasienten direkte eller med direkte oppgjør til legen. Det er da heller ikke tvilsomt at en avgjørelse om å kreve tilbake for meget betalt refusjon ved overforbruk av takster også må ansees som enkeltvedtak.»

Høyesterett understreket at utbetalingen av stønad fra folketrygden er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, enten dette skjer fra trygdekontoret til pasienten direkte eller med direkte oppgjør til legen. Det samme gjelder en avgjørelse om å kreve tilbake for mye betalt refusjon ved overforbruk av takster.

Trygdemyndighetene har med denne avgjørelsen fått et krav om opplysning som vil kunne innebære innhenting av informasjon utover det som fremgår av regningskortet (f.eks. ved journalopplysninger), begrunnelse av vedtak om tilbakebetaling eller liknende. Dessuten må ethvert vedtak om tilbakebetaling vurderes i henhold til forvaltningsloven § 35 første ledd c – om vilkårene er oppfylt.

Høyesterett uttrykte forståelse for den situasjon legene kom i som følge av manglende informasjon og veiledning fra trygdemyndighetenes side, uten at dette fikk direkte betydning i saken. Likevel innebærer uttalelsen en oppfordring til trygdemyndighetene om å motvirke at leger kommer i en slik situasjon også om takstbruken senere ansees som feil, ved at leger blir varslet «i tide» om riktig takstbruk.

Hva betyr dommen for legene?

Rikstrygdeverket har tidligere i både forhandlinger og rettsaker bestridt at forvaltningsloven kommer til anvendelse og at utbetaling av trygderefusjon er å anse som et enkeltvedtak. Dommen i Høyesterett innebærer at forvaltningsloven kommer til anvendelse fullt ut. Dette betyr at det kan stilles krav til fylkestygderekontorene (oppgjørskontorene) og Rikstrygdeverket ved utøvelse av forvaltningsmyndighet.

Høyesterett slår fast at legen har en rekke *lovfestede* prosessuelle rettigheter, slik som innsynsrett i alle sakens dokumenter, rett på veiledning, uttalelsesrett mv. I tillegg fastslår Høyesterett at krav om tilbakebetaling fra trygdemyndighetene må baseres på at takstbruken ikke oppfyller medisinske kriterier og nytteverdi. I dette ligger at trygdemyndighetene ikke kan legge til grunn faste prosentvise satser for de ulike trygderefusjonene uten å ta hensyn til om tiltaket var adekvat i den konkrete situasjonen. Legens pasientpopulasjon blir i denne sammenheng en sentral faktor.

Dersom legen fremlegger annen og mer opplysende faktisk dokumentasjon for trygdemyndighetene (f.eks. journalutdrag), kan ikke trygdemyndighetene la være å ta hensyn til slik dokumentasjon.

Vilkårene for omgjøring av enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 35 må være oppfylt før Rikstrygdeverket kan kreve tilbakebetalt utbetalt trygderefusjon, noe som innebærer at vedtaket om å utbetale trygderefusjon må ansees som ugyldig og at legen har opptrådt uaktsomt.

Høyesterett slår også fast at domstolene

kan prøve alle sider av vedtak som er truffet av trygdemyndighetene, også praksisutvalgets (takstutvalgets) vurderinger. Legen må imidlertid kunne begrunne sin takstbruk etter medisinske kriterier som grunnlag for en eventuell tilsidesettelse av praksisutvalgets (takstutvalgets) vurderinger. Dersom legen ikke kan eller vil dokumentere sin praksis i medisinske kriterier, vil Legeforeningen fraråde at saken bringes inn for domstolene.

Hva betyr dommen for Legeforeningen?

Legeforeningen har i de senere år arbeidet for at leger skal ha et offentlig rettslig vern ved takstkontroll, noe som har vært gjenstand for uenighet mellom Rikstrygdeverket og Legeforeningen. Dette vernet er ikke oppnådd i forhandlinger, men er nå slått fast av Høyesterett.

Legeforeningen har arbeidet for å forbedre åpenbare mangler ved takstkontrollen. Dette arbeidet har krevd mye tid og ressurser. Det tok for eksempel flere år før Legeforeningen fikk gjennomslag for at trygderefusjonssaker skal kunne opplyses ved jour-

nalopplysninger dersom dette er nødvendig og hensiktsmessig. Trygdemyndighetene har siden «truet» med å fjerne denne muligheten. Når dommen i Høyesterett slår fast at tilbakebetalingskrav er enkeltvedtak, følger det av forvaltningsloven § 17 at forvaltningen har plikt til å opplyse saken «så godt som mulig». Legen kan kreve å få fremlegge journalopplysninger når det er nødvendig for å dokumentere takstbruk, også ved domstolskontroll.

Det krevde en betydelig innsats fra Legeforeningen å få gjennomslag for at legen skal kunne kreve jevnlig gjennomgang av takstbruken for forutsigbarhet. Dette vil nå følge av trygdemyndighetenes veiledningsansvar. Legeforeningen har også arbeidet for at trygdemyndigheten skal «offentliggjøre» de kriterier de legger til grunn i avgjørelsen, noe som bør fremkomme i vedtaket. Nå er det fastslått at trygdemyndigheten vil ha plikt til å begrunne slike vedtak.

Legeforeningen har arbeidet for at utvalget som skal vurdere takstbruken, må ha et sakkyndig fundament og ikke baseres på partsrepresentasjon (eller en sammenblan-

ding, alt etter som av hvem utvalget omtales). Formålet var å unngå en uryddighet som bl.a. skapte en oppfatning av at Legeforeningen hadde representanter i utvalget og at disse kunne instrueres. Legeforeningen bad derfor Rikstrygdeverket i februar 2000 om at de tidligere praksisutvalg skulle bli omdannet til takstutvalg som sakkyndige utvalg for Rikstrygdeverket eller være uavhengige. Dette ble gjennomført senere samme år. Høyesterett la til grunn at alle vedtak er offentligrettslige, og det er dermed ingen tvil om at partsinteresser er utelukket fra denne prosessen.

Med den nye høyesterettsdommen vil trygdemyndighetene måtte innrette seg etter de krav som i all hovedsak følger av forvaltningsloven. Når det oppstår «nye» problemsstillinger, vil også disse måtte løses på bakgrunn av offentligrettslige krav. Legeforeningen har tillit til at trygdemyndighetene vil makte å gjennomføre nødvendige endringer og justeringer, noe som vil bidra til å gi kontrollsystemet nødvendig legitimitet.

– Øyvind Sæbø, Anne Kjersti Befring,
Forhandlingsavdelingen, Legeforeningen

bøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerb

Anbefalelsesverdig om kvinnelig urologi og urogynekologi

Cardozo L, Staskin D, red
Textbook of female urology and urogynaecology
1077 s, tab, ill. London: Isis Medical Media, 2001. Pris GBP 175
ISBN 1-901865-05-3

I denne boken har utgiverne hatt som mål å gi en samlet oversikt over dagens kunnskap om kvinnelig urologi og urogynekologi. Boken er skrevet av en internasjonal gruppe gynekologer, urologer, nevrologer, epidemiologer, farmakologer, sykepleiere og fysioterapeuter som alle ansees som eksperter på sine felt. Totalt 113 forfattere har bidratt.

Boken er delt i seks seksjoner. Første seksjon omhandler historie, epidemiologi fra USA, Europa og Australia, livskvalitet og inkontinens, hvordan kommunisere med pasienten og utvikling av inkontinenssykepleie. Annen seksjon omhandler embryologi, anatomi, fysiologi og farmakologi. Tredje seksjon gjør på 170 sider rede for uro-



logiske undersøkelser. Fjerde seksjon behandler på 500 sider konservativ og operativ behandling for urininkontinens, cystorektoenterocele, sfinkterskader, analinkontinens, sakrospinøsufiksasjon vaginal og abdominal, hysterektomi, kirurgiske og obstetriske fistler, urethradivertikkel, sakral neuromodulering, urologisk rekonstruktiv kirurgi, gynekologiske utviklingsforstyrrelser, pediatrik urogynekologi, komplikasjoner etter stressinkontinenskirurgi og urologiske komplikasjoner etter gynekologisk kirurgi. Femte seksjon omhandler nevrologiske mikrosjonsforstyrrelser, ikke-nevrologiske mikrosjonsforstyrrelser og retensjon, cystitt, urethritt, urgency, uretralt syndrom, vaginitt, laparoskopisk behandling av bekkenmerter, analinkontinens og urininkontinens ved sport og seksuelliv, hos nullipara, ved svangerskap og fødsel og i menopausen. Boken avsluttes med International Continence Societys standardiseringsanbefalinger vedrørende inkontinens- og decendensterminologi.

Boken er trykt på et kraftig blankt papir og gode illustrasjoner og tabeller er trykt i pastellfarger. Det er rikelig med gode svart-hvitt- og fargefotografier. Kapitlene som omhandler operasjoner informerer

om indikasjon og teknikk, og illustrasjonene er laget som i et kirurgisk atlas. Boken er innbundet med papprykk, og vi får håpe det holder for lang tids bruk. Dette er den mest komplette lærebok om kvinnelig urologi og urogynekologi publisert til nå. De fleste forfatterne er kjente fagpersoner innen området. Dokumentasjonen synes grundig og utvalget av emner relevant for klinisk bruk i hverdagen. Boken vil kunne fungere som et oppslagsverk for spesialister, men burde også være rimelig lett tilgjengelig for utdanningskandidater. Den anbefales for alle avdelinger der man behandler kvinnelige pasienter med urininkontinens.

Sigurd Kulseng-Hanssen
Kvinneklubben
Bærum sykehus