



Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger. Idéer og innlegg sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Nye og ledige hjemler i fastlegeordningen

Tidsskriftet vil i tiden fremover omtale juridiske forhold knyttet til omsetning av legepraksis. I denne artikkelen beskrives bestemmelsene knyttet til nye og ledige praksishjemler i fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er en rettighetsreform hvor den enkelte innbygger gjennom ordningen får rett til å stå på en fastleges liste, rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand av en annen lege med fastlegeavtale. Kommunene er på sin side forpliktet til å sørge for at innbyggerne har tilgang til listeplass, herunder sørge for tilgjengeligheten til allmennlegetjenester og nødvendig rekruttering.

Fastlegeordningen er vedtatt med endringer i kommunehelsetjenesteloven som en plikt for kommunene å organisere en fastlegeordning, jf. § 1-3 andre ledd, og som en rett for befolkningen om å stå på liste hos fastlege, jf. § 2-1 a. Også andre sider av ordningen ble lovforankret. Dette gjelder blant annet muligheten til suspensjon av kommunenes plikt til å tilby fastlegeordning, jf. § 1-3 sjette ledd.

Det er også vedtatt en generell tilretteleggingsplikt for kommunene i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a. Bestemmelsen har denne ordlyden: «Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.»

Tilretteleggingsplikten er generelt utformet og gjelder også tilrettelegging av fastlegeordningen. Noe mer om innholdet i kommunens ansvar og tilretteleggingsplikt finnes i fastlegeforskriften. I § 11 er nevnt kommunens plikt til å tilrettelegge fastlegeordningen, «herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen».

Rettigheter og plikter er for øvrig i all hovedsak regulert i en egen forskrift om fastlegeordningen i kommunene samt i sentrale rammeavtaler og individuelle avtaler mellom leger og kommuner.

Kommunen inngår avtaler med allmennleger som ønsker å være fastleger. Gjennom avtalen får allmennlegen ansvaret for å sørge for allmennlegetjenester til personer på sin liste innen de rammene som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og avtaleverk.

At så vidt mye av reguleringen er lagt til sentrale og lokale avtaler, må sees i lys av at fastlegeordningen baseres på at legene er selvstendig næringsdrivende. Fastlegeavtalen er kommunens styringsredskap, samtidig som den for legene avgrenser og skaper forutsigbarhet om ansvarsområder. Fastleger som er ansatt er underlagt arbeidsgivers styringsrett og plikt, med de begrensninger som følger av lovgivning og avtaler.

Hensynet til nødvendig dynamikk og påvirkning av de berørte aktørene forutsetter et partsdefinert og fremforhandlet avtalebasert system og ikke detaljert styring gjennom lovgivningen.

Nye og ledige avtalehjemler

Fastlegeforskriften pålegger kommunen å inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. I rammeavtalen punkt 5.1 utdypes dette: «Kommunen skal søke om nye avtalehjemler når det er nødvendig for å oppfylle dens forpliktelser overfor befolkningen.»

Kommunen kan med andre ord ikke inndra legehjemler eller holde disse vakante i innsparringsøyemed. Ledige hjemler skal lyses ut med mindre det er legeoverskudd i kom-

munen, slik at vilkårene for å fordele innbyggere på den fratreddende legens liste blant de gjenværende legene er oppfylt (1). Det forutsetter enighet mellom de berørte legene. «Berørte leger» innbefatter også den fratreddende legen. Dersom hun motsetter seg en slik avtale, for eksempel fordi hun ikke får det økonomiske oppgjøret for praksisen som hun ventelig ville fått ved en normal overdragelse, har kommunen plikt til å lyse ut hjemmelen.

Rammeavtalen punkt 5.1 gir legene i kommunen rett til informasjon om ledige hjemler før de lyses ut. Leger kan be om at hjemmelen plasseres i deres praksis. Det bør avgjøres før utlysning, i og med at det innebærer et vilkår knyttet til hjemmelen som aktuelle søkere skal gjøres kjent med. Dette er selvsagt ikke til hinder for at den som tildeles hjemmelen (etter utlysning), kan be kommunen om at hjemmelen plasseres i en gruppepraksis dersom de berørte legene er enige om dette.

Ved et ønske om å opprette nye hjemler skal saken forelegges samarbeidsutvalget til uttalelse (jf. punkt 5.3). For øvrig er det kommunen som formelt har beslutningsmyndigheten når en nyopprettet hjemmel skal lokaliseres.

En utlysning skal være landsomfattende og skal enten trykkes i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* og/eller i en landsdekkende avis med minimum tre ukers søknadsfrist. Alle vilkår av betydning for hjemmelen skal fremgå av utlysingen. Dette vil for eksempel være tidspunkt for overtakelse, lokalisering, vikarordninger og eventuelle allmennmedisinske, offentlige oppgaver tilknyttet hjemmelen. Det vil også være hensiktsmessig å gi informasjon om forventet pasientgrunnlag.

Det er kommunen som formelt avgjør hvem som skal gis tilbud om avtalehjemmel, normalt etter innstilling fra samarbeidsutvalget. Tildelingen er i likhet med tildelingen av spesialisthjemler å anse som et enkeltvedtak i relasjon til forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Dette innebærer at saksbehandlingen må følge reglene i forvaltningsloven kapitler IV–VI. Blant annet vil det være formell klagerett for søkere som ikke får tilbud om avtalehjemmel.

Selv om kommunen har vedtakskompetansen, står den ikke fritt i avgjørelsesprosessen. Som nevnt skal samarbeidsutvalget kobles inn i forkant og gi en tilråding/innstilling til kommunen. Dersom hjemmelen er lokalisert til en gruppepraksis, skal også de resterende legenes uttalelse tillegges avgjørende vekt, med mindre særlige grunner foreligger (punkt 5.5). Dette medfører at legene i gruppepraksisen må bli gjort kjent med søkerlisten og kunne gi en uttalelse om hvilken lege de ønsker å inngå samarbeid med.

Av punkt 6.2 fremkommer det også at kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legene sikres forutsigbarhet i driften av sin virksomhet i henhold til de foreliggende rammebetingelsene. Det skal blant annet foreligge en årlig plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.

Nils Grytten

nils.grytten@legeforeningen.no
Legeforeningen

Litteratur

1. Befring AK, Grytten N, Ohnstad B. Jus for leger. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2002.

Språkspalten

Innlegg på inntil 400 ord om medisinsk terminologi og om språk generelt samt tips til spalten sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Regnemåte til besvær

Som allmennlege var det interessant å lese artikkelen om virtuell trening i Tidsskriftet nr. 26/2002 (1). Den var godt formulert og en fin artikkel. Men jeg reagerer på «den nye regnemåten» – den må det gjøres noe med.

Eksempel 1: Gruppen med virtuell trening... og hadde 6 ganger så få feil.

Kommentar: Det blir vel det samme som en reduksjon i feilfrekvens på 600 %. Da må det bli 500 % mindre enn null? En reduksjon kan umulig bli større enn 100 %. Eller det må være umulig å redusere antall feil mer enn 1 gang.

Eksempel 2: Kandidatene i standardgruppen hadde ni ganger større risiko for et utilsikket opphold.

Kommentar: Menes det 9 ganger så stor eller 10 ganger så stor? Det som skrives betyr 10 ganger så stor, dvs. 10-dobling. Er det det som menes?

Eksempel 3: 5 ganger større risiko for å skade galleblæren og 5 ganger større risiko for å brenne friskt vev...

Kommentar: Som eksempel 2. 5 ganger større betyr i norsk språk 6 ganger så stor – dvs. en økning på 500 %. Er det det som menes?

Disse måtene å regne på sprer seg, og det ser ut til at journalister i de fleste medier

har begynt med denne regnemåten. Tidsskriftet bør opprettholde korrekt skrivemåte.

Kjell Conradi
Brumunddal

Litteratur

1. Sundar T. Fremtidens kirurger bytter skalpell med spaker. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2561–2.

Svar:

Tidsskriftet har lagt frem saken for Norsk språkråd. De regner setningen i eksempel 1 som uakseptabel: Man kan multiplisere negative tall, men det kan ikke gjelde den omtrentlige angivelsen «få».

I eksempelne 2 og 3 kan det muligens være rom for tvil om presist meningsinnhold: Grunnen er at «5 ganger større risiko» strengt tatt kunne tolkes som et tillegg på fem ganger grunnrisikoen ($1 + 5$), ikke som fem ganger den. Setningen er sannsynligvis ikke ment slik, og det antas at formuleringer som «ganger så stor som» og «ganger større enn» i praksis brukes synonymt. Den første måten er å foretrekke.

Uttrykksmåten «mange ganger større enn» uten nærmere angivelse er helt kurant: London er mange ganger større enn Oslo.

Raida Ødegaard
raida.oedegaard@legeforeningen.no
Tidsskriftet