

Leger må følge avtalene som regulerer overdragelse av privat praksis

## Overdragelse av privat legepraksis

Igen har dagspressen rettet oppmerksomheten mot omsetning av fastlegepraksiser (1). Denne gang er vinklingen: ulovlig salg av pasientlister. Bakgrunnen er en ikke-rettskraftig avgjørelse fra Trondenes tingrett. Tidligere omtaler av dette tema har kritisert det forhold at enkeltleger ikke har forholdt seg til de avtaler som regulerer slik omsetning. Denne gang blir det forsøkt fremstilt som kritikkverdigg at en lege hevder at avtalene er til for å etterleves. Vi har fortsatt en pedagogisk utfordring i å forklare hvorfor overdragelse av legepraksiser er regulert som det er i sentrale avtaler, og å begrunne hvordan en legepraksis kan ha verdier utover inventar og utstyr.

Det er ikke nytt at leger kan kreve betalt for immaterielle verdier, i avtalen kalt «opparbeidet praksis». Før fastlegeordningen knyttet denne verdien seg utelukkende til hvor stor omsetning den enkelte lege hadde – uavhengig av hvordan praksisen for øvrig var drevet. Slik er det også for andre næringsdrivende, som revisorer og advokater. En fastlegehjemmel fører i seg selv verken med seg god pasientbehandling eller pasienter. Verdien ligger i den praksis som er opparbeidet. De som har påtatt seg oppgaven med å etablere, innarbeide og vedlikeholde alle rutiner og systemer knyttet til journalsystemer, kvalitetskontroll/intern kontroll, regnskap, laboratorietjenester, opplæring av personell, internundervisning, leiekontrakter og arbeidsavtaler, vet hvor mye tid og arbeid som kreves. De vet også hvilken verdi det ligger i å komme til dekket bord. Ordningen med å ta betalt for slike verdier finnes også i andre land med privat praksis og offentlig finansiering, som i Danmark.

Det å kunne ta betalt for ikke-materielle verdier i en legepraksis har flere gode begrunnelser. For det første må et rettferdig og godt betalingssystem reflektere det som er av reelle verdier i en praksis. Det er vesentlig forskjellig å starte med bare én avtalehjemmel – og det å starte med en avtalehjemmel i en veldrevet praksis. Da myndighetene ønsket å koble avtalehjemmel til bestemte private praksiser på begynnelsen av 1980-tallet, var det nettopp ut fra en innsikt om at alle parter er tjent med at avtalehjemlene har en forankring i en etablert praksis. Det ble tilrettelagt for at legepraksiser med avtalehjemler ble bygd opp, og at ny avtalehaver ved overdragelse kunne gå inn i denne etablerte praksisen, i stedet for å starte på nytt. For pasientene er det klart en fordel å kunne få sine legetjenester på samme sted, selv etter at det er kommet en ny lege.

Det at leger erkjenner slike verdier i en praksis, og er villig til å betale for dem, innebærer også et viktig incitament til å drive sin virksomhet på en god måte. Det høyner kvaliteten, og dermed verdien, noe også befolkningen får glede av. Vi var fullt klar over at det nye liste- og betalingssystemet ville by på nye utfordringer. En av de viktigste var: hvordan få etablert nye legepraksiser i systemet? Nyetablering ville bli et tyngre økonomisk løft i og med

at legene ikke lenger ville få driftstilskudd (nå ca. kr 480 000 per år) – uavhengig av antallet pasienter de behandlet. I motsetning til tidligere ville alle innbyggerne allerede stå på liste hos de etablerte legene. Dette er realiteter vi må forholde oss til ved vurderingen av verdien i en praksis innenfor et listesystem.

Det kan reises spørsmål om hvem som skal ha rett til betaling for opparbeidet praksis – og om ikke dette skal ligge i gruppepraksisen som sådan? Det er ingen tvil om at alle legene i en praksis bidrar til å øke verdien på den enkeltes praksis. Men systemet er innrettet slik at der det skjer en uttreden og inntreden i en avtalehjemmel, så skal betaling for opparbeidet praksis skje mellom de samme personer. Dette forholdet er regulert i avtalen, bl.a. for å unngå sammenblanding av interesser. Hjemmelshaver har rett til betaling for opparbeidet praksis, mens gjenværende leger er tillagt betydelig innflytelse ved tildeling av hjemmel. Dersom de samme legene skulle kunne kreve betalt for opparbeidet praksis, ville vi tilrettelagt for det vi gjennom avtalebestemmelsene unngår: nemlig budrunder. Tildeling av hjemmel skal ikke skje ut fra hvem som kan betale mest, men ut fra hvem som er best kvalifisert. Her teller både faglige kvalifikasjoner, evner til samarbeid og til å drive privat praksis. Derfor er det helt avgjørende at det skilles på innflytelsen i tildelingsprosessen og på rett på betaling.

Legeforeningen tar sterkt avstand fra at enkelte leger og kommuner lager egne konstruksjoner for kjøp og salg av praksis.

En forutsetning for at ordningen med overdragelse av praksis skal fungere godt, er at medlemmene forholder seg lojalt til de avtaler som partene har inngått, og som er bindende. Rammeavtalen regulerer både hvem som er parter ved omsetning av praksis og innholdet i hva som kan kreves. Den angir også fremgangsmåte ved oppgjør og eventuell uenighet. Det er laget en egen veiledning som finnes på Legeforeningens Internett-sider. Der står det også: «Det er svært viktig at bestemmelsene følges for å sikre forutsigbarhet og unngå uenigheter og tvister.»

### Litteratur

1. Bakke HK. Overdragelse av privat legepraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3633.



*Hans Kristian Bakke*

**Hans Kristian Bakke**  
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no  
president