

Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer

(sist endret november 2011)

Denne informasjonen oppdateres jevnlig. Det er nødvendig for oss at kommunene sender oss problemstillinger og kommentarer – særlig dersom informasjonen er uklar - slik at stoffet kan forbedres fortløpende. *Ta kontakt!*

GENERELT

De fleste problemstillinger knyttet til fastlegeordningen/legetjenesten er regulert i sentralt avtaleverk og forskrifter. Avvikende lokale ordninger kan være til dels avtalestridige/tariffstridige og unødvendig fordyrende. Slike ordninger skaper ofte problemer mht praktiseringen og avslutningen av dem, og kan føre til kompliserte tvister. Merk at vi når det gjelder rammeavtalen for privat praksis ikke har tvisteløsninger for lokale interestetvister; bare for rettstvister. Dette ble endelig avklart ved revisjonen av ASA 4310 i 2008.

1 PRIVAT PRAKSIS ELLER FASTLØNN - LOKALE PARTSFORHOLD

Forskrifter og avtaleverk om fastlegereformen bestemmer at privat praksis er hovedmodellen i kurativ virksomhet. Men kommunen og legen kan også avtale fastlønn, slik dette har vært mulig helt siden 1984. Der dette gjøres vil fastlønnsalternativet være forpliktende både for legen og kommunen. I et slikt tilfelle har ikke vedkommende lege ensidig rett til å gå over til privat praksis på et senere tidspunkt, det må eventuelt avtales med kommunen. Heller ikke kommunen kan endre tilknytningsformen ensidig. I forbindelse med ledighet vil kommunen i prinsippet stå fritt til å endre organisasjonsform. Dersom en kommune ved ledighet vil endre organisasjonsformen *fra* privat praksis *til* fastlønn risikerer kommunen å måtte dekke det tapet som legen får ved ikke å kunne overdra privatpraksisen til ny lege.

Fastlegeordning der legen er arbeidstaker

De sentrale parter, herunder staten, har lagt til grunn at prinsippene i fastlegeordningen skal gjelde også for fast tilsatte leger så langt det passer.

Der fastlønn velges som organisasjonsform skal kommunen *ikke* inngå individuell avtale slik det gjøres for privat næringsdrivende lege. Leger ansatt i kommunen er arbeidstakere og i prinsippet undergitt arbeidsgivers styringsrett, likevel slik at kommunen selvfølgelig ikke overstyrer legens medisinsk-faglige skjønn. Fastlønnleger skal som andre arbeidstakere ha arbeidsavtale etter arbeidsmiljølovens § 14. Forskriftene og avtaleverket om fastlegeordningen gjør det nødvendig at arbeidsavtalen suppleres med formuleringer som tar hensyn til regelverket om fastlegeordningen, blant annet om listelengde.

De sentrale parter har ikke diskutert hvordan fastlegereformens tilpasning til et fastlønnssystem skal være i alle enkeltheter, men har hittil ikke støtt på store vanskeligheter i denne forbindelse. Fastlønnstillingen vil kunne inneholde både individrettet kurativt legearbeid og offentlig legearbeid. Kommunen vil i hovedsak bestemme innholdet i fastlønnstillingen, herunder hvor mye tid som eventuelt skal gå med til offentlig legearbeid (samfunnsmedisin og allmennmedisin). Kommunen må sørge for at den totale arbeidsbelastningen ikke hindrer legen i å ivareta det kurative legearbeidet som følger av legens liste.

De sentrale parter har avtalt helt ulike vilkår for godtgjøring for hver tilknytningsform.

En privatpraktiserende lege får sin inntekt alt vesentlig som næringsinntekt, mens den fastlønede legen får sin inntekt som lønn. Lønnen fastsettes som for andre kommunale arbeidstakere ved tiltredelse, regulering skjer i medhold av forhandlingsbestemmelsene i HTAs kap 5.

De sentrale parter har forutsatt at lokale parter innretter seg etter sentralt inngåtte avtaler: ASA 4301, ASA 4310 og SFS 2305. Disse avtalene – supplert med lovverk, forskrifter og den individuelle avtalen – regulerer de fleste problemstillinger når det gjelder legetjenesten og fastlegeordningen. Det skal derfor ikke inngås lokale/avvikende avtaler som regulerer samme forhold. KS får jevnlig henvendelser fra kommuner som har inngått avvikende og kostbare avtaler. Mer om dette i punkt 9 nedenfor.

Undertiden ser vi at lokale avtaler av ulike slag inngås mellom kommunen og den lokale avdeling av Den norske legeforening. Legeforeningen er imidlertid ikke gitt noen formell rolle verken under utarbeidelsen av den enkelte leges individuelle avtale eller under utformingen av arbeidskontrakten for lege med tilsettingsforhold, og heller ikke i forbindelse med utformingen av fastlegeordningen som sådan i kommunen. For sistnevnte er samarbeidsutvalget sentralt.

Når rammeavtalen (ASA 4310) beskriver partenes rettigheter og plikter er begrepet parter å forstå som kommunen og den enkelte lege.

2 OFFENTLIG LEGEARBEID – SAMFUNNSMEDISIN

Kommunen kan ikke pålegge den privatpraktiserende legen oppgaver (deltidsstilling) i samfunnsmedisin. Det kan likevel *avtales* at fastlegehjemmelen skal kombineres med deltidsstilling i samfunnsmedisin, jf. punkt 12.2 i ASA 4310. Slike avtaler gjøres mest naturlig ved utlysning og inngåelse av fastlegeavtale, der denne eventuelle kombinasjonen er kjent allerede i utgangspunktet. Dersom slik avtale inngås, er det KS' syn at deltidsstillingen i samfunnsmedisin ikke kan sies opp uten at dette får følger også for fastlegehjemmelen.

For deltidsstillingen skal det utarbeides arbeidsavtale etter arbeidsmiljølovens § 14.

3 OFFENTLIG LEGEARBEID – ALLMENNMEDISIN

Kommunen kan pålegge den privatpraktiserende legen deltidsstilling i offentlig allmennmedisinsk legearbeid med inntil 7,5 timer per uke. Pålegget kan gis både ved avtaleinngåelse og på et senere tidspunkt, men i sistnevnte tilfelle først etter kunngjøring.

Pliktbestemmelsen ble laget i 1984, og handler om at legen kan *forpliktes* til offentlig legearbeid dersom man ikke får til dette ved ordinær utlysning og frivillighet. Uansett skal offentlig legearbeid godtgjøres på ordinær måte, disse 7,5 timene er ikke noe som kommunene slipper å betale for. Oppgavene knytter seg primært til helsestasjon, skole, sykehjem og fengsel. KS mener at aldershjem og helsestasjon for ungdom også bør kunne inngå i det som kommunen kan pålegge, dette praktiseres i flere kommuner. Men formelt faller slikt arbeid utenfor det som plikten omhandler.

Når man er innlagt på institusjon slik fastlegeforskriften definerer dette, overtar kommunen/institusjonen ansvaret for vedkommendes legetilbud, jf § 8 i forskriften.

Når det gjelder omsorgsboliger og aldershjem, dvs "institusjoner" som faller utenfor forskriften, gjelder fastlegeordningen i prinsippet fullt ut. Kommunen kan etablere en tilsynslegevirksomhet lik den som er på sykehjemmet, men beboerne har fremdeles rettigheter etter fastlegeordningen.

Plikten til offentlig allmenntilleggsmedisinsk offentlig legearbeid kommer slik KS ser det til uttrykk også i tilfeller der legen ønsker å *si opp* en deltidsstilling, herunder de tilfeller der det offentlige legearbeidet kom i stand ut fra frivillighet. Dette innebærer at legen ikke ensidig kan si opp det offentlige legearbeidet.

Offentlig legearbeid ut over 7,5 timer i uka må baseres på frivillighet fra legens side. Det er selvfølgelig ikke noe til hinder for å avtale deltidsstillinger av hvilken som helst størrelse.

Pålagt offentlig legearbeid gir rett til tilsvarende redusert listelengde og redusert åpningstid i kurativ virksomhet. Det er således *listereduksjon* som er svaret dersom legens samlede arbeidsbelastning blir for stor, ikke inntak av "vikar", redusert offentlig legearbeid eller fritak fra legevakt.

Kommunene vil ha definert omfanget av det offentlige legearbeidet ut fra gjeldende rundskriv fra Helsedirektoratet mv, konkret behovsvurdering, tradisjon og tidligere gjeldende normtall. Når det f eks er inngått avtale om at tilsynslegestillingen på sykehjemmet skal utgjøre 6 timer per uke, innebærer dette at legen skal være på institusjonen disse 6 timene, med et visst fradrag i forbindelse med nødvendig etterarbeid. Det skal ikke gjøres noe generelt, prosentvis fradrag for ubundet arbeidstid begrunnet i administrasjon, fagutvikling etc. Men når det er sagt: Mange kommuner og leger har en mer "fleksibel" tilnærming til dette, ut fra en stilltende avtale om at legen også utenom de fastsatte oppmøtetidene bistår institusjonen i et visst omfang og uten å sende institusjonen tilleggsregning for dette.

Det ble ved revisjonen av ASA 4310 i 2002 avtalt at offentlig legearbeid kan godtgjøres som honorar per utført time dersom de lokale parter (kommunen og den enkelte lege) er enige om det, se punkt 12.5 i ASA 4310. Praksiskompensasjon bortfaller dersom dette alternativet velges. Vi understreker at dette er en *kan-bestemmelse*, kommunen og legen må bli enige om det dersom dette betalingsalternativet skal tas i bruk. Blir man ikke enige er det ingen tvistebestemmelse. Også funksjonen som medisinsk-faglig ansvarlig kan godtgjøres på denne måten. Honorarsatsen er 573 kr. per time fra og med 1.7.06, 584 kr fra 1.7.07, 628 per 1.7.08, uendret 628 per 1.7.09, 668 per 1.7.10 og 678 per 1.7.11.

Avtaleverket legger uansett opp til at offentlig legearbeid – så vel allmenntilleggsmedisinsk som samfunnsmedisinsk – organiseres som stillinger/ansettelsesforhold. Den vanlige modellen blir da som oftest fastlegeavtale som selvstendig næringsdrivende kombinert med kommunal deltidsstilling. Dette medfører at 2 regelsett involveres, både rammeavtalen og arbeidsmiljøloven. Forslaget til rammeavtale er utformet ut fra dette.

4 TURNUSLEGE

Fylkeslegen kan pålegge kommunen å motta turnuslege, og etter fastlegeforskriften kan kommunen gi legen pålegg om å forestå veiledning. Kommunens rett kan imidlertid ikke ses adskilt fra at denne plikten som regel innebærer merkostnader for legens private praksis. Kommunen må følgelig inngå avtale med legen, og denne avtalen vil ha minst 3 års varighet. Ved eventuell fornyet avtale kan varigheten avtales til 2 år. Dersom legen slutter vil ny lege i

praksisen hefte for det som evt gjenstår av 3(2)-årsforpliktelsen. ASA 4310 punkt 11 regulerer hvordan samarbeidet mellom veilederlegen og kommunen om turnuslegen skal organiseres. Når det gjelder merkostnader i legepraksisen pga inntak av turnuslege ble dette i forbindelse med innføring av fastlegereformen i 2001 anslått til samlet ca 300 000 kr. per år. Det er dokumenterte merkostnader som skal være utgangspunktet, inntak av turnuslege skal ikke være en inntektskilde for legepraksisen. Utgiftsdekking løper også dersom kommunen i den avtalte perioden ikke mottar turnuslege, jf at kommunen også mottar statstilskuddet i denne perioden.

Det ble i 2001 lagt til grunn at turnuslegen i gjennomsnitt ville tjene inn om lag 350 000 kr. årlig i egenandeler og trygderefusjon (beløpet er "tidsjustert" i regnestykket nedenfor). Dette skal innbetales til kommunen. Turnuslegens deltakelse i offentlig legearbeid kan normalt verdsettes til om lag 60 000 kr. årlig, se følgende avsnitt.

Iht målbeskrivelsen for turnusleger er det forutsatt at turnuslegen skal gjøre seg kjent med det offentlige legearbeidet. Under utformingen av fastlegereformen og turnuslegens vilkår i den forbindelse ble det forutsatt/lagt til grunn at turnuslegens arbeid ville representere en inntekt for kommunen. Vi (staten, KS og Dnlf) gikk ut fra følgende

Kostnader pr år i forbindelse med turnuslege – grove anslag for 2008

"Kostnader"

personell + lokaler og utstyr	300 000
lønn + sos utg for turnuslegen	425 000
samlet veiledergodtgjøring	<u>60 000</u>
samlet	<u>785 000</u>

"Inntekter"

statstilskudd	230 000
egenandeler og trygderefusjon	450 000
"fradrag" for off legearbeid	<u>70 000</u>
samlet	<u>750 000</u>

Dette er kun grove anslag. Svære variasjoner vil opptre, f eks knyttet til evt. innplassering i rent private legefelleskap, turnuslegens inntjening, organisering av veilederfunksjonen, bruk av turnuslegen til offentlig legearbeid mv. Statstilskuddet er 115 000 kr. per turnuslege (120 000 kr. per år 2007) og er fastsatt ut fra ovennevnte tallstørrelser.

Tidligere skulle kommunene søke fylkesmannen om tilskudd for mottak av turnuslege. Fra 2009 ble det innført en forenklet rutine. Kommunene behøver ikke lenger søke, tilskuddet utbetales fra fylkesmennene i henhold til oversikter de har over turnusleger.

Vi har lagt til grunn at turnuslegen driver offentlig legearbeid om lag en dag per uke. Da har vi ment alt det som inngår i begrepet, både allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Så eksplisitt som dette er det likevel ikke avtaleregulert, man må bruke det som en grov veiledning. Man kan neppe bruke kommunens styringsrett til å diktere turnuslegen inn i de øvrige legenes definerte deltidsstillinger og tidspunkter for utførelse av disse. Likevel kan og skal turnuslegen brukes til disse gjøremålene; den praktiske utformingen av dette må gjøres lokalt.

Verken målbeskrivelsen eller tariffavtalen er utdypende når det gjelder veilederens ansvar for turnuslegens ulike gjøremål, herunder legevakt. Prinsippet er at turnuslegen er kvalifisert for og har rett til å arbeide som *lege* i kraft av vedkommendes midlertidige lisens supplert med veiledningen på 3 timer per uke. Turnuslegen har mao. et selvstendig ansvar som lege.

En formell bakvaktordning for turnuslegen når denne har legevakt er ikke forutsatt i forskrift eller avtaleverk, jf at turnuslegen har et selvstendig legeansvar. Avtaleverket har bestemmelse om trygghetstillegg på kr 313 per vakt døgn, som i utgangspunktet skal tilstås vakthavende lege i nabokommune. (Se 11.2 i SFS 2305). Denne ordningen er avgrenset til å kompensere for at legen i nabokommunen kan kontaktes telefonisk i medisinsk-faglige spørsmål som oppstår under legevakt. *Trygghetstillegg* etter tariffavtalen er ikke ment å kompensere for et særskilt medisinsk-faglig ansvar for turnuslegen under legevakt, selv om dette (feilaktig) hevdes av flere.

Veiledning skal godtgjøres i form av 3 timers kommunal deltidstilling, jf likevel forrige punkt om at honorar kan avtales. Dersom kommunen i løpet av avtalt treårsperiode (toårsperiode) ikke mottar turnuskandidat skal det ikke godtgjøres for veiledning eller gis praksiskompensasjon. Men kompensasjonen for utgifter avkortes ikke, se ovenfor.

Mange kommuner melder om høye kommunale nettoutgifter i forbindelse med mottak av turnuslege, mye høyere enn det som er antydnet ovenfor. KS mottar gjerne dokumentasjon fra kommunene om dette.

Om turnuslegens lønn se punkt 9.

Veiledning av annen lege etter Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

Her er det i hovedsak avtalt en tilsvarende ordning som for veiledning av turnuslege, men med den forskjell at veiledningen for EØS-legen skal utgjøre minimum 2 timer per uke (Til sammenlikning er veiledning til turnuslegen 3 timer per uke). Egne krav om innholdet i veiledningen er ikke utarbeidet. Kommunens kostnader til veiledning av EØS-lege refunderes av staten. Se Helsedirektoratets nettsider.

Under legevakt utenfor kontortid deltar turnuslegen på samme økonomiske vilkår som andre leger.

5 LISTELENGDE - ÅPNINGSTID – DELTIDSSTILLING- DELELISTE

Kommunen kan – uavhengig av hva som måtte stå i individuelle avtaler - kreve at listetaket settes til minimum 1500 for fulltidspraksis og minimum 500 for deltidspaksis. Kortere liste kan kreves når legene har offentlig legearbeid, eller har rett til listereduksjon etter bestemmelsene i ASA 4310 punkt 10.7. Ønske fra legen om økt listelengde (inntil 2500) skal kommunen formidle til fastlegekontoret uten opphold, jf at dette er en rettighet for legen. Dette kan synes å stå i motstrid til at listetak skal fremgå av legens individuelle avtale som kun kan kreves revidert én gang i året. Legens rettigheter til selv å sette taket til inntil 2500 er imidlertid regulert av § 14 i fastlegeforskriften, som går foran avtaleverket.

Bestemmelsen i ASA 4310 punkt 13.1 er ment å være en beskyttelse for legen. Selv om legen har lang og eventuelt arbeidskrevende liste, kan vedkommende likevel ikke tilpliktes åpningstid i sin kurative virksomhet utover 28 timer/44 uker. Dette er en videreføring av den begrensning i tilstedeværelsesplikten som lå i tidligere avtaleverk. Formuleringene om åpningstid innebærer ingen avgrensning av det listeansvaret som ligger i fastlegereformen. I gjenværende 8 uker må legen dekke opp fraværet med vikar eller kollegial ordning.

Kommunale deltidsstillinger inngår ikke i de 28 timene. Også i fastlegeordningen vil legen kunne ha deltidsstilling i tillegg til full tid i kurativ praksis, slik det var etter tidligere avtaleverk og helt tilbake til tiden med statlig distriktslegeordning. Kommunale deltidsstillinger gir rett til forholdsmessig listereduksjon, men ikke nødvendigvis tilsvarende rett til forholdsmessig redusert åpningstid.

Avtaleverket regulerer ikke detaljert forholdet mellom deltidsstillinger og åpningstid. KS avviser at kommunal deltidsstilling automatisk avkorter åpningstiden time for time. Men KS avviser ikke at åpningstiden i mange tilfeller vil måtte reduseres, og når det gjelder pålagt offentlig legearbeid vil en forholdsmessig reduksjon av åpningstiden være en rettighet for legen. Ytterligere konkretisering av åpningstid må gjøres av lokale parter under forhandlinger om individuell avtale. Kommunen har rett til å være med på å fastsette åpningstiden.

Ledig fastlegehjemmel/liste skal lyses ut med den listelengden som er, dvs helt opp til 2500. Ved ledighet der listelengden er mer enn 1500 vil ny lege ha rett til å kreve lista redusert, men først etter at hjemmelen er tiltrådt. Eventuell listereduksjon skjer på legens initiativ, jf § 16 i fastlegeforskriften og punkt 10.7 i ASA 4310.

Unighet om åpningstid vil kunne løses etter bestemmelsene om revisjon, se punkt 15, merk likevel at formell tvisteløsning ikke finns.

Deleliste

Allerede under forhandlingene om fastlegeordningen i september 2000 var de sentrale parter, staten, KS og Legeforeningen, innstilt på å arbeide videre med Legeforeningens forslag om *deleliste*. Ordningen ble tatt inn i rammeavtalen ved første gangs revisjon i 2001. Den ble ved revisjonen i 2004 utvidet til også å gjelde ved minst 50 % uførhet. Dagens avtaletekst i ASA 4310 punkt 10.8 er slik:

Lege over 60 år har rett til å dele sin fastlegeliste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Legen forplikter seg da til å fratruke senest ved fylte 67 år. Legene må drive praksisen i samme legesenter. Listelengden kan ikke økes mer enn 25 %, beregnet ut fra listelengden ved etablering av delelisten. Maksimalt antall listepasienter er tilsammen 2500. Ved etablering av deleliste gjelder bestemmelsene i punktene 5.4, 5.5, og 5.6 tilsvarende. Lege med over 50 % varig uførhet har rett til å dele sin liste med annen lege på samme vilkår.

Bestemmelsen om deleliste bryter noe med med sentrale elementer fastlegeordningen: Ordningen vil bl. a. kunne svekke det ordinære systemet for listereduksjon etter 10.7 i ASA 4310; den vil kunne skape uklarhet om *hvilken* lege som faktisk er innbyggerens fastlege og det kan oppstå uklarhet i forhold til forskriften om trygderefusjon.

I forbindelse med eventuell deleliste må det understrekes at

- det er ingen ny legehjemmel som opprettes, ordningen innebærer en forskuttert overdragelse av fastlegens praksis. Mao: Det foretas utlysning og utpeking som ved ordinær overdragelse.
- det er den "gamle" legen som formelt og fremdeles er innbyggerens fastlege
- etablering av ordningen endrer ikke beregningsgrunnlaget for utjamningstilskudd

De sentrale parter har ellers tenkt seg at man i forbindelse med ordningen skal praktisere systemet *med fellesliste* etter § 9 i fastlegeforskriften.

Trygderefusjon ytes til begge leger, selv om de arbeider samtidig. HELFO må få informasjon om at ordningen etableres. KS har foreløpig ikke fått melding om at ordningen har vært vanskelig i forhold til HELFO og refusjonsforskriften.

Bestemmelsen åpner for øking av listelengde. Det er her ment en økning *etter* at delelista er etablert, og ikke at legen *før* listen deles øker til f. eks 2000 og deretter til 2500.

Fordi ordningen i noen grad utfordrer elementer i fastlegeordningen tilrår KS at den praktiseres restriktivt, f eks ved at det ikke innrømmes etablering av deleliste der fastlegen er *under* 60 år eller at overdragende lege fortsetter i praksisen *etter* fylte 67 år.

6 ØYEBLIKKELIG HJELP PÅ DAGTID - LEGEVAKT - FRITAK FRA LEGEVAKT

Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. Denne plikten begrenser seg ikke til innbyggere på egen liste (punkt 10.4 i rammeavtalen). Ved behov for øyeblikkelig hjelp kan innbyggerne kontakte enhver lege, men har ikke rett til behandling, her er det legen som vurderer om hjelpen må gis umiddelbart eller om innbyggeren forsvarlig kan vises til egen fastlege eller den kommunale legevakten.

Kommunens forpliktelser fremgår av *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* av 18.3.05, se særlig til §§ 11 og 12 og merknadene til disse paragrafene. I § 12 heter det at kommunen har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Ansvarer omfatter mao. hele døgnet 24 timer og alle årets dager. Forskriften presiserer at kommunens plikt til å organisere øyeblikkelig hjelp handler om *henvendelser som ikke kan vente for ordinær behandling hos allmennlege i kontortiden*. Innbyggeren har mao. ikke ubetinget rett til behandling der og da. Det er legen som vurderer om hjelpen må gis umiddelbart eller om innbyggeren forsvarlig kan vises til egen fastlege. Men akuttforskriften bestemmer at det må være en lege i organisert beredskap, jf også fastlegeforskriften § 12.

Det følger av dette samt rammeavtalen (ASA 4310) at kommunen i samarbeid/forhandlinger med legene som et minimum må fastsette legenes åpningstid/arbeidstid slik at det alltid er minst én lege tilgjengelig for kunne vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Dette kan gjøres ved avtaleinngåelse eller i forbindelse med revisjon av individuelle avtaler.

Vi viser ellers til bestemmelsene i SFS 2305. Punkt 6.5 *Kommunal organisering* gir kommuner med opp til 20 000 innbyggere rett til å tilplikte legene en organisert øyeblikkelig hjelp-beredskap på dagtid. Dette innebærer at kommunen kan fordele ansvaret for å dekke behovet for øyeblikkelig hjelp på dagtid etter en rullerende plan som kommunen setter opp i samråd med legene. Denne ordningen omfatter da alle innbyggerne i kommunen samt

eventuelle "gjestepasienter", den er ikke begrenset til legens egen liste. Og det er kun én lege om gangen som har slik beredskap, med mindre kommunen vedtar å forsterke ordningen.

Privatpraktiserende lege som av kommunen pålegges en organisering som nevnt ovenfor har rett til beredskapsgodtgjøring klasse 1 for det aktuelle tidsrommet. Dette innebærer en mer-kostnad for kommuner som tar ordningen i bruk. Dersom kommuner med fler enn 20 000 innbyggere ønsker en slik beredskap må legene samtykke i det, og da er det selvfølgelig ikke noe til hinder for at ordningen tas i bruk også her. Hovedregelen er likevel at ordninger på dagtid i slike kommuner, herunder godtgjøringer, skal avtales lokalt.

KS understreker at bestemmelsen i punkt 6.5 er en *kan*-bestemmelse, kommunen har ikke *plikt* til å ta ordningen i bruk. Men vedtar kommunen å organisere øyeblikkelig hjelp på dagtid slik det fremgår av avsnittet ovenfor, skal det utbetales beredskapsgodtgjøring.

En ren daglegevakt, dvs at legens virksomhet den aktuelle dagen kun dreier seg om øyeblikkelig hjelp og gjerne i lokaler tilpasset dette, har vi ikke bestemmelser for. Slike ordninger vil være aktuelle bare i de største kommunene. Dersom privatpraktiserende leger skal delta i slike ordninger må vilkårene avtales lokalt. Også her kan punkt 6.5 brukes, men det forutsetter som nevnt ovenfor enighet med legene.

Avtaleverket (SFS 2305 punkt 6.4) har bestemmelser om at kommunen kan installere og bekoste (inklusive kostnader til drift) et øyeblikkelig hjelp-nummer eller/og helseradionett der AMK-sentral/legevaktsentral kan komme i kontakt med legen innenfor vedkommendes avtalte åpningstid. Legen må selvfølgelig respondere på opprop dersom vedkommende er til stede. Denne plikten har ligget i avtalen i årevis og legen har ikke rett til særskilt godtgjøring for dette.

Plikt til legevakt – fritak

Kommunen er ansvarlig for legevakt til befolkningen, den enkelte lege er forpliktet til å delta ut fra fastlegeforskriften og avtaleverket.

Utgangspunktet i særavtalen er § 7.1, som gir den enkelte lege en plikt men ingen rett til deltakelse. Videre har § 7.2 en intensjon om at belastningen normalt ikke bør være større enn tredelt vakt, hvilket betyr at en større belastning skal være godt begrunnet og av kort varighet.

Merk at maks legevaktbelastning er endret fra tredelt til firedelt pr 1.7.08, se 7.2 og 7.12.

For at belastningen for hver enkelt lege ikke skal bli for stor, må søknader om fritak fra legevakt vurderes strengt. Det må tas hensyn til legens situasjon og begrunnelsen for søknaden, men også legedekningen i kommunen og belastningen for gjenværende leger. Man kommer m.a.o. ikke utenom en konkret vurdering, der kommunen har rett til å vurdere de fritaksgrunner som legen påberoper seg.

I en protokoll 1. november 2011 om fritak etter § 7.3 er KS og Legeforeningen enige om følgende:

«SFS 2305 pkt 7.3 er en bestemmelse som gir et ubetinget krav på fritak fra legevakt, dersom legen av bl.a. helsemessige grunner ber om det.

Partene forutsetter at de helsemessige grunnene kan dokumenteres, og er relevante for legevaktfritaket. Dokumentasjon bør fremlegges av søker, uopprettet, og må kunne etterspørres av kommunen.

Helsepersonelloven § 15 stiller krav til utsteder av attester, erklæringer og lignende. Kommunen må som utgangspunkt legge til grunn at innholdet i attester, erklæringer og lignende som følger en søknad om vaktfritak er korrekt. Bare dersom kommunen kan sannsynliggjøre at erklæringen er utstedt på feil grunnlag, eller at den medisinske vurderingen er uten relevans for retten til vaktfritak, kan det være aktuelt å overprøve erklæringen. I slike tilfeller skal legen som søker fritak alltid gis anledning til å innhente ytterligere dokumentasjon.»

Fritak etter § 7.5 forutsetter en søknad fra legen til kommunen, der legen må dokumentere de helsemessige, personlige eller viktige sosiale grunner som påberopes. Ut fra dette og vaktbelastningen for gjenværende leger må kommunen utøve et skjønn og fatte et vedtak. Det følger av dette at søknaden kan avslås. Fritaket gjelder først fra det tidspunktet kommunen innrømmer legen fritak.

Det er ikke akseptabelt at legen definerer legevakt til å ha lavere prioritet enn den private praksisen, den er en minst like viktig oppgave/plikt. I stedet for fritak *kan* kommunen gi legen tilbud om redusert liste, eventuelt i kombinasjon med en redusert vaktplikt, slik at legens totale arbeidsbelastning reduseres.

Delvis sykemelding som kun omfatter legevakta er som hovedregel ikke akseptabelt. Det er heller ikke gitt at dette kvalifiserer til sykelønn fra kommunen, se nedenfor. Dersom slike løsninger unntaksvis skal velges må det gis en troverdig begrunnelse. Legen kan ikke sykmelde seg selv.

Noen leger begrunner sine fritakssøknader ved å påberope seg rett til redusert arbeidstid etter Aml § 10-2 (4). KS vil mene at arbeidstidens lengde for privatpraktiserende leger faller utenfor denne lovbestemmelsen, men tar til etterretning at Tvisteløsningsnemnda opprettet i medhold av Arbeidsmiljøloven behandler saker som vedrører legens *deltidsstilling* i kommunen, dvs det offentlige legearbeidet.

Fritaksbestemmelsene gjelder *legevakt utenfor kontortid*, ikke kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste på dagtid.

Fri dag etter vakt

Frem til 1.6.2000 het det i SFS 2305 punkt 7.7:

Etter avsluttet legevakt (nattevakt) skal lege (herunder turnuslege) med samlet engasjement for kommunen tilsvarende 37,5 t/uke eller mer gis fri samme dag uten trekk i lønn eller driftstilskudd. Disse timene inngår i arbeidstiden/tiden for behandlende virksomhet.

KS fikk misfornøyde meldinger om bestemmelsen. Det gikk på to forhold: de privatpraktiserende legene tok fri bare fra de kommunale deltidstillingene, og fritiden ble ikke tatt ut, den ble samlet opp.

En slik praksis var ikke i samsvar med partenes intensjoner, år 2000 ble bestemmelsen derfor endret slik at det kun var individrettet kurativt arbeid som heretter skulle gi rett til fri samt at fri som ikke ble tatt samme dag faller bort. Begrepet *individrettet kurativt arbeid* er en avgrensning mot offentlig legearbeid, dvs legens deltidsstilling på helsestasjonen, sykehjemmet, skolen og (etterhvert) fengslet. Det offentlige legearbeidet skal mao utføres også dag etter vakt.

Endring pr. 1.7.2010:

Bestemmelsene i SFS 2305 punkt 7.6 om fri etter legevakt gjelder nå for all legevakt. Bestemmelsen har fått en annen innretning og er forenklet kraftig. Mange flere leger vil ha rett til økonomisk kompensasjon ved fravær etter vakt, men retten til fri gjelder bare frem til kl 12. Kompensasjonen på 900 kr gis bare til privatpraktiserende leger og kun dersom legen faktisk tar fri fra sin private praksis, jf formålet med bestemmelsen. Offentlig legearbeid gis det ikke fri fra, det er som tidligere kun individrettet kurativt arbeid (listepasienter som oppsøker legens kontor) det handler om.

Ekstra legevakter

Legeforeningen og KS er enige om at leger som ikke kommer inn under fritaksbestemmelsene plikter å delta i legevakten, herunder å måtte ta ekstravakter når kommunen pålegger dette. Kommunen må praktisere dette slik at vaktene og ekstravaktene blir rettferdig fordelt, og at man har en legedekning som svarer til kommunens behov, men med disse forbeholdene er legenes plikter på dette området uomtvistet.

Godtgjøringer og pensjon

Allerede i 1981 ble legevakt definert som kommunal deltidsstilling, og beredskapsgodtgjøring ble definert som lønn. Av dette - samt at HTA gjelder - følger at godtgjøringen tas med i beregningsgrunnlaget for sykelønn, fødselspenger og feriepenger. Merk likevel folketrygdlovens vilkår mht sykepenger og fødselspenger, se særlig § 8-13 *Graderte sykepenger*. Dersom sykmeldingen omfatter mindre enn 20 % av legens inntekt, faller retten til sykepenger bort. NAV kan gi supplerende informasjon.

Arbeidsgiveravgift tilkommer også. Legevakt som godtgjøres med beredskapsgodtgjøring regnes derimot ikke som pensjonsgivende. Dette ble det tatt stilling til ved utformingen av t-tabellsystemet ved tariffrevisjonen i 1990. Beredskapsgodtgjøring ble da holdt utenfor det som skulle utbetales som t-trinn og som i kraft av systemet med tilleggslønn ble gjort pensjonsgivende. KS mener at lønn etter SFS 2305 punkt 8 skal behandles på tilsvarende måte. Se dessuten HTA kap 3, punkt 3.7 Tilleggslønn tredje strekpunkt. Her er det bestemt at det skal fremgå av særavtalen hva som er pensjonsgivende.

Beløpene for beredskapsgodtgjørelse etter tabellen i 7.8 skal ikke summeres, det er kun ett av beløpene som skal utbetales. Satsene for lørdag- søndag og helg- høytid er mao ikke tillegg til ordinære satser.

Interkommunalt legevaktsamarbeid

Kommunene kan ensidig vedta interkommunalt legevaktsamarbeid, dette er m.a.o. ikke avhengig av legenes samtykke. Godtgjøringen og vilkårene ellers følger av punkt 7 eller 8 i tariffavtalen. Interkommunalt samarbeid gir ikke rett til dobbel beredskapsgodtgjøring.

Punktene 7.11 og 7.12 i SFS 2305 gir rett til økt beredskapsgodtgjøring på visse vilkår. Dersom kommuner har et legevaktsamarbeid er det vaktbelastningen totalt som skal legges til grunn for disse vurderingene, ikke legebemanningen i den enkelte kommune.

Når det gjelder interkommunal legevaktsentral etter punkt 8 i SFS 2305: Tariffavtalen sier ikke noe om omfanget av bemanning av hjelpepersonell. I LINA – legevaktordningen i Namdalen som i stor grad ligger til grunn for ordningen – har man felles bemanning i akuttmottaket på sykehuset. Dette har også vært de sentrale parters premiss for slike ordninger.

Tariffavtalen regulerer ikke hvilken av de kommuner som samarbeider om legevaktsentral som skal være arbeidsgiver for legene eller hvordan de samlede kostnader skal fordeles. Det mest naturlige er kanskje at legene tilsettes i den kommunen hvor sentralen ligger, men kommunene må selv finne en hensiktsmessig løsning. Det samme gjelder mht. kostnadsdelingen mellom kommunene.

Vi kjenner til at potensielle samarbeidskommuner ikke har lyktes i å etablere interkommunale ordninger der årsaken til dette nettopp er slike problemstillinger. Det er særlig blandingen av store vertskommuner og små omkringliggende kommuner som gir utfordringer. Det er mange komponenter i et interkommunalt legevaktsamarbeid, så som

- ordinær vaktgodtgjøring
- hjelpepersonell
- arbeidsgiveravgift
- lokalleie
- feriepenger
- beredskapsgodtgjøring for bakvakter
- reisetillegg og transportkostnader
- ekstravaktkostnader
- vikarkostnader
- sykepenger/fødselspenger
- administrasjon

Avtaleverket sier ingenting om kriterier for kostnadsdeling. Noen kjøreregler må likevel gjelde. Det viktigste er at disse spørsmålene må avklares på forhånd. Interkommunale ordninger må være attraktivt også for de store kommunene. En utlikning kun basert på folketall vil derfor neppe være en egnet modell.

Interkommunale ordninger innebærer en kvalitetsheving og dette øker kostnadene. Grunnen er at slike ordninger innebærer ansetting hjelpepersonell + etablering i egnede lokaler + inventar og utstyr. Alle berørte kommuner skal derfor få merkostnader i forhold til en tradisjonell ordning med egen legevakt i hver kommune, som vil være et naturlig sammenlikningsgrunnlag. De interkommunale ordningene skal derfor gi merkostnader for alle de berørte kommunene.

Den enkelte lege har rettigheter etter lov- og avtaleverk. Her er det ingenting å gå på, manglende enighet om endelig kostnadsdeling skal ikke ramme legen eller annet personell. Her må man, i hvert fall mens man diskuterer, falle tilbake på den kommunen som legen/hjelpepersonellet har sin formelle tilknytning til gjennom sin fastlegeavtale eller ansettelsesforhold. Leger

som deltar i ordningen som ikke har slik tilknytning til til noen av kommunene bør få sine rettigheter praktisk ivaretatt av vertskommunen/administrasjonskommunen.

Flere kommuner finner det hensiktsmessig at interkommunale legevaktsentraler organiseres som IKS. KS og Legeforeningen ser positivt på dette og har åpnet for dette i rammeavtalen, jf punkt 12.1 i ASA 4310, men forutsetter at rettigheter og plikter etter avtaleverket skal gjelde fullt ut også i denne organisasjonsformen.

Avtaleleger og fast ansatte leger er forpliktet til å delta i ordninger som er organisert etter avtaleverket. Lokal legeforening har ingen forhandlingsrett i slike spørsmål.

Legevakt og ferie

Siden legevakt er definert som arbeidsforhold kan det argumenteres for at kommunen kan bestemme når ferie fra legevakt skal kunne tas, jf. arbeidsgivers rettigheter etter ferieloven.

7 KOLLEGIAL FRAVÆRSORDNING

Den kollegiale fraværsordningen innebærer at pasienten skal ha en annen navngitt lege (eventuelt flere) å henvende seg til ved fastlegens fravær, jf ASA punkt 13 og 14.

Kollegial fraværsordning skal gi innbyggerne på vedkommendes liste tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp under legens fravær. Fravær forstås i forhold til avtalt åpningstid. Redusert åpningstid som følge av deltidsstillinger, "administrasjonsdag" eller kort liste forstås ikke som fravær. Det viktigste virkeområdet for en kollegial fraværsordning vil i praksis være feriefravær.

Den kollegiale fraværsordningen skal drøftes i *samarbeidsutvalget*, som bør utarbeide konkrete retningslinjer for kollegiale fraværsordninger.

Det vises for øvrig til punkt 7.4.3 Vikarordninger i ot prp nr 99 (1998-99). Det vises også til Innst. O nr 49 (1999-2000), der det heter:

Dette flertallet vil vise til at det er kommunene som har det overordnede ansvar for legedekningen i kommunen, men for fastlegen gjelder listeansvaret 52 uker i året. Dette flertallet vil peke på at dette medfører at leger i fellesskap må samarbeide om vikarordninger ved feriefravær, kortvarig sykefravær, etter og videreutdanning.

8 FRAVÆR FRA PRAKSIS – INNTAK AV VIKAR - PRAKSISKOMPENSASJON

I forarbeidene til fastlegereformen (ot prp 99) heter det bl. a.:

Formålet med fastlegereformen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Reformen skal bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold. Dette er særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering.

Det er kommunens ansvar å legge til rette for at disse målene kan nås. Legens rett til fravær fra praksis må ses i lys av dette, og dette hensynet er ivaretatt i avtaleverket. Det er slik KS ser det ikke akseptabelt at legen forlater sin praksis med en hvilken som helst begrunnelse, selv om vedkommende stiller vikar. ASA 4310 punkt 13 *Tilgjengelighet og fravær* omhandler hvilke grunner som gir rett til fravær. Andre typer fravær bør skje i forståelse med kommunen. Den individuelle avtalen er individuell og personlig, og det betyr at det i hovedsak er denne legen som skal utføre legearbeidet, ikke en vikar. Dette forhindrer likevel ikke at kommunen i samarbeid med legen forsøker å bistå vedkommende når det oppstår behov for nødvendig fravær utover avtalens bestemmelser.

Fravær skal meldes kommunen. Dette er en helt nødvendig forutsetning for at kommunen overhodet skal kunne ivareta det overordnede ansvaret for legetjenesten i kommunen, for at legevakten skal kunne dekkes opp, for at tilgjengelighet for nødmeldetjenesten skal sikres, for at fraværsbestemmelsene i avtalen i det hele tatt skal kunne praktiseres, osv. Fremdeles melder kommuner at enkelte leger når det gjelder ferier og annet fravær verken melder dette til kommunen eller forsøker å samordne slikt fravær. Dermed svekkes legetjenesten unødig. Dette er uakseptabelt, merk også at *samarbeidsutvalget* er tiltenkt en rolle her. Utbetaling av basistilskudd forutsetter at det gis et legetilbud til innbyggerne på den aktuelle listen.

Dersom det skal foretas trekk i basistilskudd foreslås at trekket for en dag settes til 1/260 av stipulert årlig basistilskudd. Det skal trekkes for faktisk fravær i forhold til avtalt åpningstid.

Ved delvis sykdom reduseres basistilskuddet forholdsmessig.

Praksiskompensasjon- SFS 2305 punkt 5.1 og 5.3

Ordningen med praksiskompensasjon ble innført så tidlig som i 1978 for å lette rekrutteringen til offentlig legearbeid, og skal utbetales i tillegg til lønnen, med mindre arbeidet godtgjøres med honorarsats, se ASA 4310 punkt 12.5.

Praksiskompensasjonen skal i prinsippet kompensere for den delen av normaltariiffen som knytter seg til legens utgifter i den private praksisen, og som legen pga. av fraværet fra den private praksisen derfor ikke tjener inn. Det spiller ingen rolle om legen reelt forlater praksisen eller ikke for å utføre offentlig legearbeid, ordningen er begrunnet i at legen i den tiden vedkommende utfører offentlig legearbeid i stedet kunne ha drevet privat praksis med en høyere inntjening. Det er to satser for praksiskompensasjon, 5.1 og 5.3, og det er selvfølgelig ikke opp til legen å velge det høyeste beløpet. Det er tabellen i 5.1 som normalt skal brukes. Beløpet i 5.3 er mye høyere; dette er (historisk) begrunnet i de merkostnader i form av renhold og personellkostnader som oppstår ved at pasienter etter kommunens beslutning behandles på legens eget kontor. Dette er bare aktuelt der kommunen bestemmer en slik løsning. Når det gjelder offentlig legearbeid er legen arbeidstaker, og det er derfor opp til arbeidsgiver å bestemme hvor og når arbeidet skal utføres. Der deltidsstillingen kun består av samfunnsmedisinske funksjoner skal 5.1 brukes.

Det gis ikke mer til praksiskompensasjon enn maksimumsbeløpet i tabellen i punkt 5.1, uansett hvor stor(e) deltidsstillingen(e) er. Her er det fra og med 1.7.08 åpnet for at beløpet *kan* settes høyere enn tilsvarende 14 timer. Kommunen har styringsrett over dette.

Trekk i praksiskompensasjon ved fravær grunnet sykdom, ferie m.v.

Det fremgår av SFS 2305 punkt 5.4 at praksiskompensasjon ikke er lønn. Dette innebærer at kompensasjonen kun skal utbetales for utført arbeid, mao at det skal trekkes for fravær.

9 ØKONOMI – LØNN - GODTGJØRINGER

Kommunene vil få sine inntekter kun fra

- rammetilskudd/skatteinntekter
- tilskudd for turnuslege dersom kommunen tildeles turnuslege
- innbetaling av trygderefusjon og egenandeler fra fastlønnede leger, herunder turnusleger (dette gjelder ikke under legevakt)

Det presiseres at kommunene ikke refunderes særskilt for basistilskudd og eventuelt utjamningstilskudd.

Basistilskudd, herunder eventuelt utjamningstilskudd, skal utbetales til den enkelte privatpraktiserende lege. I kommuner som opprettholder eller etablerer kurativ legetjeneste i en fastlønnsmo- dell skjer ingen utbetaling av basis- eller utjamningstilskudd, her får legene lønn.

Kommunen skal betale basistilskudd i samsvar med legens liste, det vil si antall innbyggere som faktisk har meldt seg på denne listen. Det at legen eventuelt har sagt seg villig å motta flere på listen – vedkommendes ”listetak” – er uten betydning mht. utregning av tilskuddet til legen. (Merk at ordningen med *utjamningstilskudd* innebærer et unntak, se nedenfor)

Innbyggere fra andre kommuner vil kunne melde seg på legens liste. Dette er det tatt høyde for i FLO. Staten v/HOD foretar hvert år avregning mellom kommunene slik at hver enkelt kommune skal slippe å sende krav til andre kommuner.

Utjamningstilskuddet regnes ut slik:

Befolkningstall etter folkeregisteret divideres med antall fast opprettede hjemler/stillinger i *kurativ praksis* i fastlegeordningen. Heltid og deltid er uten betydning. Fastlønnede lege som har liste inngår således i beregningen, men denne legen skal ikke selv ha utjamningstilskudd. Det at kommunen eventuelt har turnuslege er også uten interesse når det gjelder utjamningstilskuddet, siden turnuslegen aldri har egen liste.

Eksempel:

Faktisk antall innbyggere på den enkelte leges liste er uten betydning, begge (de privatpraktiserende) legene i eksemplet nedenfor vil få utbetalt samme utjamningstilskudd.

Kommune på 3210 innbyggere med 2 privatpraktiserende + 1 fastlønnede lege med liste og en turnuslege gir følgende utregning (basistilskuddet er 386 kroner per 01.07.11:

$3210 : 3 = 1070$. Differansen til 1200 blir 130. Hver av de to privatpraktiserende legene (ikke legen på fast lønn!) skal ha utbetalt det samme beløpet: $130 \times 386 \text{ kr} = 50\,180 \text{ kr}$. Dette kommer i tillegg til det som disse legene får etter den faktiske tilmeldingen på deres liste.

For definisjon av gjennomsnittlig listelengde: Se merknaden til § 10 i fastlegeforskriften.

Eventuell uenighet om praktiseringen av bestemmelsene om utjamningstilskudd må forelegges Helse- og sosialdepartementet. Grunnen er at ordningen primært er hjemlet i fastlege-

forskriften og statsavtalen. Vi understreker at Staten, Legeforeningen og KS er enige om utregningen slik det er vist ovenfor.

For leger på fastlønn skal lønnen fastsettes etter kapittel 5 i Hovedtariffavtalen. Det samme gjelder for deltidsstillinger i offentlig legearbeid, herunder deltidsstillinger som legene er forpliktet til. Her må det derfor fremmes lønnskrav som for andre arbeidstakere i kapittel 5. Vi minner om at lønnsbestemmelsene i tidligere avtaleverk (stabilitetstillegg, PUA-tillegg, tillegg for samfunnsmedisin) ble tatt fullstendig ut i 2002. Noen kommuner har videreført dette som personlige ordninger, og det er feil. *Det var kun allerede opptjente kronebeløp frem til 2002 som skulle videreføres, og da på den måten at tilleggene skulle innregnes i den ordinære lønnen. Senere regulering skulle ikke skje.*

Altså: Det gis ikke særskilt avlønning for spesialistutdanning, dette ble avvirket/kjøpt ut ved revisjonen i 2002. All lønnsdannelse for så vidt gjelder ordinær lønn fastsettes i medhold av kap 5 i Hovedtariffavtalen.

Et aktuelt spørsmål er lønns- og pensjonsregulering for tidligere distriktsleger. Den 12.11.07 ble følgende avtale inngått mellom KS og Legeforeningen:

"Partene viser til "Tillegg til tariffavtale mellom Norske kommuners sentralforbund og Den norske lægeforening for leger i kommunal helsetjeneste" (heretter kalt særavtalen) av 01.04.1984, punkt 8. Pensjon:

Tidligere distriktsleger i kombinert stilling som tilsettes i deltidsstilling etter pkt. 3 får sitt pensjonsgrunnlag fastsatt etter l.tr. 28, eventuelt etter l.tr. 30 dersom legen har særskilt kompetanse. Pensjonsinnskudd betales av legen i samsvar med det forhøyede pensjonsgrunnlag. Kommunen dekker arbeidsgiverandel etter det forhøyede pensjonsgrunnlag.

Når systemet med lønnstrinn ble avvirket i 2002 utgjorde lønnstrinn 35 og 37 hhv 259 900 og 267 800 kroner.

Som følge av at lønnstabellen ble fjernet fra Hovedtariffavtalen i KS-området 1. mai 2002 har en automatisk regulering av pensjonsgrunnlaget fallt bort. Det har ikke vært partenes intensjon at pensjonsgrunnlaget aldri mer skulle reguleres. Partene er derfor enige om at regulering av pensjonsgrunnlaget kan gjøres som del av de årlige, lokale forhandlinger om lønn etter Hovedtariffavtalens kapittel 5, punkt 5.2.

Gitt disse stillingenes egenart vil KS og Dnlf tilrå en forsiktig regulering av pensjonsgrunnlaget i samsvar med den lønns- og pensjonsutviklingen som har skjedd for disse stillingene siden 1984. Partene står fritt til å avtale virkningstidspunkt for slike avtaler, dog kan det ikke avtales virkningsdato før 1.5.02.

Når det gjelder *lønnsregulering* for tidligere distriktsleger som per 30.04.02 var plassert i hhv lønnstrinn 15 (187 700 per 1.5.02) og 17 (194 300 per 1.5.02), tilrår partene at lønnsregulering forhandles på samme måte og med samme føringer som nevnt ovenfor."

Lønn til turnuslege

Etter Legeforeningens ønske reguleres turnuslegens lønn i særavtalen (SFS 2305). Turnuslege omfattes derfor ikke av forhandlingsbestemmelser som gjelder for andre akademikere i kommunen, se kap 5 i HTA. Turnuslegens lønn (full stilling) vil være 410 000 per år (420 000 per 1.7.11) i hele tariffperioden (fram til 01.07.2012), uavhengig av ansiennitet og andre forhold. Turnusleger på sykehus – dvs i helseforetakene - vil kunne ha høyere lønn. Helseforetakene tilhører imidlertid et annet tariffområde og lønnsforskjellen får derfor ingen betydning for kommunen.

Om alternativ godtgjøring for offentlig legearbeid: Se punkt 3 ovenfor.

Lokale avvik/avtaler om utbetaling av trygderefusjoner og egenandeler til fastlønnslegen samt andre avvik fra sentralt avtaleverk

KS har tidligere formidlet at ordninger der legen som har fastlønn mottar hele eller deler av inntjente egenandeler og/eller trygderefusjon er tariffstridige, se vårt B-rundskriv nr 32/2001 punkt 9. Dette er fremdeles KS' holdning, hva enten ordningene fremgår av den enkeltes individuelle arbeidsavtale eller lokal forhandlingsprotokoll med Legeforeningen.

Imidlertid ble det ved revisjonen av HTA i 2002 åpnet for lokale løsninger om tidsbegrensede forsøksordninger og bonusavlønning. Se Hovedavtalen § 4-6 *Lokale forsøksordninger* og HTA kap 3, punkt 3.6 *Bonus*. Man kan derfor nå lage lokale ordninger på dette området som ikke er tariffstridige. Bonusavlønning etter nevnte punkt 5.6 er *lønn*, ikke næringsinntekt. Bonus vil kunne være feriepengeberettiget.

KS vil likevel tilrå at lønnen til leger på fastlønn bestemmes på tradisjonell måte, dvs at man ikke lar legen beholde deler av trygderefusjon og/eller egenandeler. Dersom kommunen likevel ønsker å ta i bruk slike ordninger, må dette gjøres på de betingelser som fremgår av de to nevnte sentrale avtalebestemmelsene. Uansett må kommunen sikre seg at de lokale ordninger som etableres utformes slik at det er kommunen som bestemmer ensidig om slike ordninger skal tas i bruk og hvor lenge de skal gjelde.

KS vil tilrå at allerede eksisterende lokale ordninger på dette området avvikles, eller endres slik at de blir i samsvar med en av de to sentrale avtalebestemmelsene. Dette innebærer konkret:

- det lages lokal, tidsbegrenset særavtale etter § 4-6 (ikke § 4-5) i Hovedavtalen, eller
- kommunen vedtar bonusavlønning etter HTA kap 5, punkt 5.6 og bestemmer innhold, omfang og virketid for ordningen

KS ser også andre avvik fra sentralt avtaleverk, som f eks

- individuelle avtaler som om legen var selvstendig næringsdrivende
- trygderefusjoner og egenandeler tilfaller legen (se ovenfor)
- avvikende betalingsvilkår for legevakt
- klausuler om lønnsregulering knyttet til normaltariiffen for leger
- 44 ukers årsverk som om legen var selvstendig næringsdrivende
- omfattende tilleggsrettigheter mht permisjoner, f eks "nordnorgevilkår"

Vi må understreke det vi har nevnt innledningsvis i dette dokumentet: Alle aktuelle problemstillinger knyttet til legetjenesten i kommunene er allerede regulert i det sentrale avtaleverket. Lokale tillegg og tilpasninger er til dels avtalestridige/tariffstridige og unødvendig fordyrende. De skaper problemer mht løpende praktisering og medfører kompliserte tvister dersom man blir uenige om forståelsen av dem. De er ofte uklare mht varighet og reforhandlingsmuligheter og er erfaringsmessig problematiske å avvikle.

Særskilt om "nordnorgevilkår"

De stimulerings tiltak for tidligere distriktsleger som ble videreført som personlige ordninger i 1984 innebærer nå at legen har rett til 2 ukers tjenestefri per år og 4 måneders permisjon hvert tredje år så lenge vedkommende sitter i den tidligere distriktslegestillingen. Se punkt 9 *Stimulerings tiltak* i Tillegg til tariffavtale, siste gang utgitt i vårt B-rundskriv nr 63/95 side 12, se også annen nettinno.

I den statlige ordningen var forutsetningen for firemåneders permisjonen at det kunne skaffes vikar eller at tjenesten kunne ivaretas på annen forsvarlig måte, dette vilkåret er fremdeles aktuelt. Ansvar for å skaffe vikar lå ikke hos legen, men legen skulle være hjelpelig med å skaffe vikar. Med vikar mente man vikar i den private praksisen også. Lønnet permisjon etter de aktuelle bestemmelsene gikk til fradrag i opptjeningen.

Bestemmelsen om lønnet permisjon forutsatte et arbeidsforhold. De tidligere statlige bestemmelsene inneholdt ingenting om økonomisk støtte til legens private praksis, det gjør heller ikke de overgangsbestemmelsene som ble avtalt i 1984, men legen skal ha fri vikar, dvs at kommunen må dekke kostnader knyttet til vikaren. Dette innebærer at leger som leier lokaler og personell m.v. av kommunen ikke skal belastes for dette i permisjonstiden. Da skal selvfølgelig heller ikke basistilskuddet/utjamningstilskuddet utbetales, med mindre legen selv avtaler med vikaren de økonomiske vilkår knyttet til driften av den private praksisen.

De statlige stimulerings tiltakene før 1984 hadde ytterligere elementer så som rett til reise- og skyssgodtgjøring, kostgodtgjøring og nattillegg i forbindelse med permisjonene. Dette ble ikke videreført.

Permisjon som etter legens valg ikke tas ut faller i prinsippet bort – det kan ikke samles opp flere perioder.

Nordnorgevilkårene knytter seg primært til distriktslegestillingene fra 1984, men ordningen ble også akseptert videreført i medhold av Legefordelingsavtalen fra 1988 (ASA 4320). Denne avtalen opphørte 31.12.98. Leger som hadde slike vilkår per 31.12.98 beholder likevel vilkårene som personlige ordninger så lenge de sitter i samme stilling/avtalehjemmel.

I punkt 9 i ovenfor nevnte Tillegg til tariffavtale het det at permisjonsrettighetene skulle samordnes med rettigheter etter tariffavtale og avtale om privat praksis. I tariffavtalen fra 1984 ble det gitt særskilte rettigheter i forbindelse med spesialistutdannelse og i privatpraksisavtalen fra samme år ble årsverket definert til 44 uker. Dette er i store trekk videreført i dagens tariffavtale (SFS 2305 punkt 10) og rammeavtalen om privat praksis (ASA 4310 punkt 13.1). En samordning av permisjonsrettigheter er derfor fremdeles aktuell.

KS er kjent med at mange kommuner har gjort nordnorgevilkår til elementer i legenes deltidsstillinger og individuelle avtaler (om privat praksis) også der legene ikke har rettigheter som tidligere distriktsleger eller rettigheter etter Legefordelingsavtalen. Vær da oppmerksom på at

slike elementer kan gjøres til gjenstand for revisjon av den individuelle avtalen, se punkt 15 nedenfor.

Egenandeler

Pasientenes egenandel vil fremgå av egen avtale – den såkalte normaltariffen. Av flere grunner vil det kunne oppstå uklarhet mht hva pasienter skal betale. Egenandeler fremkommer normalt som et (indirekte) resultat av årlig revisjon av normaltariffen.

I kommuner som praktiserer fastlønn er det ikke bare trygderefusjoner og ordinære egenandeler som skal innbetales til kommunen, legen driver jo ikke bare kurativ virksomhet. Det er vanlig at legen utarbeider erklæringer for trygdeetaten, forsikringsselskaper, politiet m.v. som disse oppdragsgiverne betaler legen for etter egen salærforskrift, i tillegg kommer ulike erklæringer som pasienten selv ber om, så som diverse helbredsattester for førerkort, fallskjermhopping osv. Dersom slike oppdrag gjøres i den kommunale arbeidstiden, skal honoraret tilfalle kommunen.

Når legen er tilknyttet fastlegeordningen er vedkommende ved alle konsultasjoner som omfattes av normaltariffen bundet av de egenandeler som er fastsatt av staten, jf ASA 4310 punkt 9.3. Dette vil gjelde uavhengig av om pasienten er i eller utenfor fastlegeordningen, uavhengig av behandlingssted, tidspunktet for behandling, legens listelengde m.v.

Dersom legen etter å ha blitt orientert om dette likevel krever forhøyet egenandel for konsultasjoner som omfattes av normaltariffen, innebærer dette mislighold av den individuelle avtalen, som da i ytterste konsekvens kan bringes til opphør etter punkt 15 i avtalen. Oppsigelsesfristen vil være 6 måneder.

Dersom kommunen oppdager at legen sender regninger til folketrygden som ikke samsvarer med faktisk pasientbehandling, må kommunen varsle *oppgjørskontoret/HELFO* om dette. Det lokale trygdekontor er ikke adressat, siden det ikke lenger har med legene å gjøre. HELFO kan iverksette undersøkelser på basis av informasjonen fra kommunen. Avhengig av alvorlighetsgrad kan oppgjørskontoret anmelde legen og/eller kreve tilbakebetalt urettmessig utbetalt trygderefusjon. Kommunen må vurdere om forholdet kvalifiserer til oppsigelse av fastlegeavtalen.

Det følger av Normaltariffen at takstene for enkle pasientkontakter inkluderer skriving av resept, sykemelding del I, rekvisisjoner til røntgen og fysioterapi og henvisning. Det betyr at pasienten ikke skal betale noe ekstra for utstedelsen av slike. Derimot er forsendelse/faxing/innringing ikke inkludert og kan eventuelt belastes pasienten (unntatt innsending av sykmelding til trygdekontoret, jf forskriftens § 7*). For utstedelse av stort sett alle andre attester/legeerklæringer er det slik at det enten er fastsatt et særskilt honorar, eller legen/kommunen kan fastsette egne satser.

**Forskrift til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter*

Medisinske forbruksvarer m.v.

Det er pasienten eller folketrygden som skal betale for medisinske forbruksvarer mv, ikke kommunen. Dette gjelder også i kommuner som praktiserer fastlønn.

Det er innført en ordning med regulert/standardisert betaling til dekning av faktiske kostnader til forbruksmateriell. Ordningen erstatter den tidligere bestemmelsen i tariffen om at ”..legen kan kreve dekket av pasienten utgifter til bedøvelsesmiddel, medikamenter, bandasjemateriell og prosedyrespesifikt sterilt engangsutstyr etter legens kostnad ”. De standardiserte satsene skal gi dekning av legenes utgifter til forbruksmateriell og kan avkreves pasienten.

Det kan være praktisk at kommunen i forbindelse med legevakt kjøper inn medisinske forbruksvarer til bruk ved legevakt. Legene deltar likevel i vekten som personlig næringsdrivende når det gjelder økonomien, og beholder egenandeler og refusjoner selv. De må derfor betale kommunen for forbruket. Kommunen er ikke forpliktet til å kjøpe inn/holde legene med medisinske forbruksvarer til bruk på legevakten, men ofte er nok dette hensiktsmessig. Medisinske forbruksvarer som er så spesielle at de utelukkende brukes på legevakt vil kommunen måtte bekoste. Kostnader til akuttmedisinsk engangsutstyr som ikke er vanlig i ordinær allmennpraksis - f eks intravenøsutstyr (butterflynåler, venfloner) og engangsputer til hjertestartere - som kun brukes under legevakt, bør dekkes av kommunen. Dette utgjør ikke store beløp.

Kommuner med fastlønsordning må sørge for at kostnadene til medisinske forbruksvarer i sin helhet dekkes ved de trygderefusjoner og egenandeler som legen inntjener. Kommunen må utarbeide betalingsrutiner som sikrer dette. Interkommunal legevakt med timelønnede leger bør følge samme praksis.

Trygderefusjon og egenandeler

I fastlegereformen vil fastlønslegers og turnuslegers kurative arbeid utløse trygderefusjon, mens tidligere ordning med fastlønstilskudd er opphørt. De trygderefusjonene (og egenandelene) som utløses skal innbetales til kommunen. For kommuner med fastlønsordning er dette nytt: Legen skal i samarbeid med kommunen sørge for at det sendes refusjonskrav til folketrygden for de behandlingsprosedyrer som gir rett til trygderefusjon. Dersom rutiner i denne forbindelse ikke etableres, mister kommunen de inntektene som den er berettiget til. Forskrift om rett til trygderefusjon er endret slik at trygderefusjonene for fastlønsleger og turnusleger samt for arbeid i interkommunal legevaktsentral skal innbetales til kommunen. Rikstrygdeverket v/oppgjørskontorene må inngå avtale med den enkelte kommune om Direkte oppgjør med kommunen. Denne avtalen regulerer de praktiske forhold rundt innbetalingene til kommunen. Avtalen om direkte oppgjør vil gjelde også der fastlegeordningen er suspendert.

Transport av helsepersonell

Kommunene overtok 1.1.2004 det økonomiske ansvaret for transport av helsepersonell. Kommunene skal dekke reiseutgifter (kilometergodtgjøring, fergeutgifter, drosje m.v.), ikke det såkalte reisetillegget etter normaltariffen/takstplakaten. Reisetillegget skal fortsatt dekkes av folketrygden. Det er pasientens hjemkommune som skal dekke utgiftene.

Kommunen vil etter dette også måtte refundere legens reisekostnader i forbindelse med møte- og behandlingsvirksomhet utenfor egen kommune, og det er intet krav at reisen skal godkjennes av kommunen.

Legen selv fyller ut reiseregning og sender den til kommunen. Kommunen må lage et enkelt system for dette, herunder bestemme frist for innsending av reiseregninger.

Helsedepartementet har i brev til KS av 31.3.04 uttalt at det ikke strider mot legens taushetsplikt å påføre pasientenes navn, adresse, antall besøk og dato for besøk på skjema som må fylles ut for å få kilometergodtgjøring refundert fra kommunen.

Det aktuelle regelverket mht transport finner man i den såkalte normaltariffen, som er en del av ASA 4301. Av hensiktsmessighetsgrunner ligger ikke denne på ks.no, den kan lettest lastes ned fra Legeforeningens hjemmeside, se merknad C0.

10 LEGEDEKNING OG MIDLERTIDIG LEGEMANGEL

Kommunen har det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i kommunen har et legetilbud og at legetilbudet dessuten har et slikt omfang at innbyggerne har anledning til å bytte lege dersom de ønsker det.

Kommunens legetilbud må være av et omfang som er tilstrekkelig til også å dekke tilreisende, studenter og innbyggere utenfor ordningen. Ved store sesongmessige variasjoner vil kommunen måtte sørge for tilsvarende styrket legebemanning.

De sentrale parter – staten, KS og Legeforeningen - har forutsatt at allmennlegetilbudet til alle innbyggere dekkes av fastlegene, det skal derfor ikke inngås supplerende avtaler rettet mot enkeltstående grupper av innbyggere.

Innbyggere uten fastlege i kommunen og innbyggere utenfor ordningen vil ha prioritet *etter* innbyggerne som har fastlege i kommunen. Legen mottar forhøyet godtgjøring fra folketrygden ved behandling av innbyggere uten fastlege i kommunen og innbyggere utenfor ordningen.

I påvente av full legedekning eller vikar kan

- innbyggere på ledig liste midlertidig fordeles på øvrige leger i kommunen, eventuelt også i nabokommuner. Da skal basistilskuddet utbetales til disse legene. Den konkrete fordelingen av innbyggerne på legenes liste må gjøres etter lokale vurderinger, men det skal ikke betales et høyere basistilskudd i denne forbindelse enn det som er avtalt sentralt. De berørte innbyggerne må orienteres om at de i påvente av full legedekning må oppsøke de øvrige legene.
- innbyggerne oppmuntres til å bytte lege, dvs å velge lege som faktisk er i kommunen og som har ledig kapasitet. Dette har innbyggeren rett til uansett. En slik løsning vil imidlertid kunne forringe den kommende legens økonomiske forutsetninger for privatpraksis i kommunen, siden vedkommendes listelengde da reduseres.
- fastlegeordningen søkes midlertidig opphevet.

Dersom kommunen har behov for nye leger/legehjemler må det søkes Helsedirektoratet via Fylkesmannen. Se

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/1998/I-2199.html?id=108319>

11 ØKONOMISK SAMARBEID OG STIMULERINGSTILTAK

Les dette punktet i sammenheng med punkt 15 nedenfor.

I mange kommuner foregår et praktisk/økonomisk samarbeid mellom legene og kommunene ved at kommunene holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og hjelpepersonell mot at legene betaler et månedlig/årlig beløp for dette. Det formelle grunnlaget finnes nå i ASA 4310 punkt 8.2, men slike ordninger har man hatt siden kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 (prosentavtaler o.l.).

Selv om det svært ofte er slik at disse ordningene i realiteten innebærer til dels sterkt subsidiering av legenes praksis, er prinsippet at den privatpraktiserende legen selv skal betale hva praksisen koster.

KS får ofte spørsmål om hva legen bør betale. Den siste inntektsundersøkelsen for privatpraktiserende leger fra 2009 viser at gjennomsnittlige driftsutgifter var 896 921 kroner. I systemet fra før 2001 med driftstilskudd i tre klasser var det en hyppig løsning at legen betalte for seg ved å gi avkall på sitt driftstilskudd. Dersom en slik ordning erstattes med at legen nå gir avkall på basistilskudd, vil dette være en dårlig handel for kommunen med mindre pasientlista er godt over 1500. Verdien av tidligere klasse III ville per 1.7.10 være om lag 552 000 kroner og det er KS' holdning at kommunen minst bør få dette fra legen. Det legges selvfølgelig til grunn at kommunen dokumenterer at driftsutgiftene er minst så høye.

Subsidiering fra kommunens side er ingen rettighet, og omfanget av eventuell subsidiering bestemmes av kommunen, som må bestemme hvor "smertegrensen" går.

Legens plikt til å refundere kommunenes kostnader opphører ikke ved sykdom eller andre forhold. Selvstendig næringsdrivende leger tegner forsikring i *Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger*, denne ordningen kompenserer legens inntektsbortfall i forbindelse med sykdom og svangerskap.

Med virkning fra 1.7.06 er teksten i punkt 8.2 endret på den måten at avtaler om økonomisk samarbeid – dvs at legen(e) driver privat praksis i kommunale lokaler m.v. – kan bringes til opphør også i de tilfeller der slike avtaler ikke har en bestemt virketid. Slike tidsbegrensede avtaler vil likevel ha en virketid på minst 5 år: 4 års løpetid + et års oppsigelse. Konkret innebærer dette f. eks. at slike avtaler inngått tidligere enn 1.7.2002 nå kan sies opp med ett års varsel. Ny (eller revidert) avtale om økonomisk samarbeid inngått på et senere tidspunkt vil ha 4 års virketid fra inngåelsen + 1 års oppsigelsestid. Legen og kommunen kan avtale andre/kortere frister.

Det er det økonomiske samarbeidet som i så fall sies opp, ikke legens individuelle avtale. I praksis vil oppsigelsen innebære at legen må ta det fulle ansvaret for sin praksis, herunder etablere seg i egne lokaler, ansette eget personell, selv ta ansvar for innkjøp av medisinske forbruksvarer m.v.

Avtale om økonomisk samarbeid er nå ikke lenger en del av den individuelle avtalen, og standardavtalen for individuell avtale er rettet opp i forhold til dette.

KS har med tiden fått betydelig erfaring med avtaler etter punkt 8.2 og vi anbefaler derfor at kommunene tar kontakt med oss slik at avtalene blir så hensiktsmessige som mulig for kommunen.

Når legens private praksis subsidieres av kommunen skal praksiskompensasjon ikke utbetales. I denne sammenheng er det viktig at kommunen på en grundig måte orienterer legen om de argumentene av økonomisk art som kommunen legger til grunn. Kommunen må se subsidieringen i sammenheng med de satsene for praksiskompensasjon som er bestemt i tariffavtalen. Det gir f eks ingen mening å holde tilbake praksiskompensasjon på 86 636 kroner (maksbeløp for 14 timer per uke) dersom kommunen kun greier å dokumentere at praksisen subsidieres med f eks 30 000.

12 SAMARBEIDSUTVALGET

Samarbeidsutvalget er en nyskaping, og det er ment å brukes. Her forutsettes drøftet alle viktige sider ved fastlegeordningen/legetjenesten i kommunen. Kommunens medisinsk-faglige rådgiver kan ikke velges som medlem, verken av kommunen eller legene. Vedkommende vil likevel være sentral i forbindelse med tilrettelegging av møtene og oppfølging av saker.

Samarbeidsutvalget, jf ASA 4310 punkt 4.2, er et rådgivende organ. Denne løsningen ble valgt av partene etter grundige vurderinger. Man unngår på denne måten problemer av formell art i forbindelse med uenighet i utvalget, klageordning for et eventuelt mindretall, forholdet til det kommunale selvstyret m.v. Det er ingen grunn til å lage lokale tilpasningsavtaler/avvik på dette området.

Legeforeningen og KS har overlatt til de lokale parter å finne frem til sammensetning og møteform som kan gjøre at utvalget blir til reell nytte for legetjenesten og samarbeidet mellom legene og kommunen.

Samarbeidsutvalget er gitt en rolle mht å samordne legenes feriefravær (presisert i avtalen per 1.7.08). Dette bør følges opp, på samme måte som samarbeidsutvalget bør legge føringer for kollegiale fraværsordninger.

Vi får spørsmål om møtegodtgjørelse. Her er det ingen sentralt fastsatte satser. Noe vil være regulert i Kommunelovens § 42, Arbeidsgodtgjøring. Her fremgår det at alle som har et kommunalt eller fylkeskommunalt tillitsverv har krav på godtgjøring for sitt arbeid. Det sies videre at det er kommunestyret eller fylkestinget selv som fastsetter satsene. Møtegodtgjøring i et kommunestyre kan derfor variere fra f.eks 1.000 pr møte til 100 pr. møte. Dette har sjelden sammenheng med størrelsen på kommunen. Fylkesting har ofte en høyere sats enn kommuner.

Møtegodtgjørelsen i samarbeidsutvalget kan fastsettes som man gjør det i såkalte blandede utvalg, dvs at Legeforeningens medlem møter som lege og ikke som politisk valgt representant. Uten sammenligning for øvrig kan det vises til samarbeidsutvalg på skolene. Dette er kommunale utvalg, men ikke i kommunelovens betydning. Her er det ikke alltid at godtgjørelse betales. Skal det betales godtgjørelse vil det bli på lik linje med annet utvalg med saksmengde og myndighet. Fortsatt vil det være kommunestyret som fastsetter satsene. Enkelte steder fastsettes møtegodtgjørelsen som en prosentvis del av ordførers godtgjøring.

KS antar at det i *andre* såkalte sammensatte utvalg, legeråd osv sjelden blir betalt ut møtegodtgjørelse i det man anser dette som en del av arbeidet, hvor ingen av partene har en ekstra godtgjørelse ut over sin egen lønn.

13 PROSEDYRE VED LISTEREDUKSJON

Det går frem av § 16 i fastlegeforskriften hvordan listereduksjonen skal skje. Listereduksjon skjer på legens initiativ, jf § 16 i fastlegeforskriften og punkt 10.7 i ASA 4310. Listereduksjonen skal gjøres ved tilfeldig uttrekking. Andre løsninger er vurdert flere ganger av de sentrale parter, men forkastet hver gang – man fant ikke løsninger som var bedre. Ved listereduksjon må berørte innbyggere tilskrives med informasjon om leger som har ledig kapasitet og med anmodning om å velge blant disse. Der er kun i de tilfeller innbyggeren unnlater å velge fastlege at kommunen kan og må gjøre dette for vedkommende.

14 LEDIGHET – LOKALISERING - SALG AV PRAKSIS - "GOODWILL"

Ved ledighet skal fastlegehjemmelen lyses ut. Ny lege skal som hovedregel fortsette virksomheten i samme lokaler som overdragende lege. Det er kun ved nyopprettede avtalehjemler at kommunen står fritt ved lokaliseringen, jf punkt 5.2 i rammeavtalen.

Punkt 5.2 annet avsnitt regulerer også den eventualitet at den ledige lista kan være så liten at det ikke er hensiktsmessig å lyse den ut. Selv om avtalepartenes forutsetninger er at ledige hjemler skal lyses ut, vil det kunne være et alternativ at berørte innbyggere fordeles på øvrige legers lister. Dette må fratredende lege samtykke i, det er ikke noe som kommunen ensidig kan bestemme. Og dersom denne løsningen velges, må evt goodwillskrav fra fratredende lege rettes mot de legene som overtar pasientene, derfor referansen til punkt 5.6. Et alternativ vil kunne være kommunal innløsning mot at goodwillskravet rettes mot kommunen.

Selv om legen ved overdragelsen er forpliktet til å fortsette i overdragende leges lokaler, vil vedkommende lege likevel ha rett til å flytte til andre lokaler på et senere tidspunkt, med mindre flyttingen har åpenbare negative konsekvenser for innbyggerne, jf 5.7 i avtalen. Dette er ikke nærmere definert, men KS vil mene at økt avstand/reiselengde på flere mil vil være åpenbart negativt for innbyggerne. Uansett vil kommunen ved flytting og nyetablering kunne stille som vilkår at praksisen drives fra velegnede lokaler som er tilgjengelige for funksjonshemmede.

Kommunen utpeker ny hjemmelsinnehaver, og kommunehelsetjenesteloven bestemmer at den faglig best skikkede skal utpekes, se kommunehelsetjenesteloven § 4-2. Avtalen er betydelig endret 1.7.06 og harmonerer med loven. Tidligere avtale bestemte at øvrige legers uttalelse skulle tillegges avgjørende vekt, dette er nå tonet sterkt ned. Det vises til egen nettartikkel.

Med gruppepraksis menes i denne sammenheng at flere leger påtar seg et felles økonomisk/administrativt ansvar for driften av fellesskapet; at legene seg i mellom avtaler gjensidig forpliktende vilkår knyttet til etablering og drift av praksisen, herunder kostnader vedrørende lokalleie, inventar og utstyr, hjelpepersonell, medisinske forbruksvarer m.v. Opplistingen er ikke uttømmende. KS og Legeforeningen har aldri utarbeidet noen felles forståelse av begrepet, men har neppe ulik forståelse. Det sentrale er at gjenværende leger i fellesskapet skal ha innflytelse når det gjelder utpeking av ny lege, begrunnet i fellesskapets behov for forutsigbare forhold når det gjelder fremtidig kollegialt og økonomisk samarbeid.

En del gruppepraksiser holder til i kommunens lokaler og kommunen holder hjelpepersonell m.v. Det er ikke gitt at uttaleretten etter nevnte punkt 5.5. gjelder her. Det må det foretas en konkret vurdering av den faktiske situasjonen opp mot formålet med bestemmelsen.

Når det gjelder rekruttering til ledig avtalehjemmel er dette en sammensatt prosess: 1) Først utpeking av ny lege utelukkende ut fra faglige kriterier og deretter 2) forhandlinger mellom fratredende og tiltredende lege om overdragelsesvilkår, og til slutt 3) inngåelse av individuell avtale mellom den legen som er utpekt og kommunen. Utpekingen fører mao. ikke nødvendigvis til individuell avtale med kommunen inngås. Legen kan trekke seg fra prosessen dersom det ikke oppnås enighet om overdragelsesvilkårene eller enighet om at saken skal behandles av nemnd.

Uenighet om størrelse på ”goodwill” innebærer ikke at kommunens utpeking settes til side, og fratredende lege har ikke rett til å få hjemmelen utlyst på nytt.

Rammeavtalen bestemmer at fratredende og tiltredende lege må bli enige om overdragelsesbetingelsene innen 5 uker, i motsatt fall skal sentral nemnd bestemme betingelsene, jf likevel som ovenfor nevnt at den utpekte legen kan trekke seg. I punkt 5.6 heter det *kommunens tilbud*. Med *tilbud* menes i denne forbindelse kommunens vedtak om tildeling av avtalehjemmel etter punkt 5.5.

Det økonomiske oppgjøret mellom gammel og ny lege vil måtte skje på basis av relevante premisser, slik som fastsatt listelengde, listesammensetning, dokumentert omsetning, forpliktelse til å ta turnuslege, forpliktelse til offentlig legearbeid, geografisk beliggenhet, utstyr, inventar og andre kontorforhold, personellforhold osv, listen er ikke uttømmende. De viktigste vilkårene må gjøres kjent ved utlysningen av hjemmelen, se punkt 5.4 i ASA 4310.

Legeforeningens innflytelse i forbindelse med overdragelse av praksiser er styrket i forbindelse med ny tekst under 5.6 per 1.7.2006. Det er videre åpnet for at kompensasjon for opparbeidet praksis skal kunne vurderes annerledes (dvs settes lavere eller falle bort) i de tilfeller der praksisen har foregått i kommunens lokaler og med kommunens personell m.v. Om den avtalte nemndsordningen i punkt 5.6 og retningslinjer for denne vises til Legeforeningens nettsider.

Det vil kunne skje at en lege som allerede er i kommunen ønsker å søke en annen (ledig) hjemmel i samme kommune, f eks der kommunen er stor i utstrekning. De sentrale parter, herunder Helsedepartementet, er enige om at en lege ikke kan fratas denne muligheten. I slike tilfeller får han/hun en ny liste, samtidig som innbyggerne på legens opprinnelige liste mister sin fastlege. Innbyggerne kan imidlertid på eget initiativ søke å bytte tilbake til legen dersom det er ledig listekapasitet hos vedkommende.

Avtalefestede prosedyrer mht oppsigelsesfrister, utlysning, overdragelse osv må følges.

I forbindelse med overdragelse av praksis må det skilles mellom

1. det *offentligrettslige*, nemlig kommunens tildeling av fastlegeavtale ut fra faglig skikkethet, jf. Kommunehelsetjenestelovens § 4-2, jf ASA 4310 punkt 5.5 og
2. det *privatrettslige*, nemlig fastsettelse av overdragelsesvilkår mellom fratredende og tiltredende lege etter ASA 4310 punkt 5.6.

KS anbefaler at kommunen ikke inngår *individuell avtale* med ny lege før denne legen er enig med fratredende lege om *overdragelsesvilkårene*. ASA 4310 bestemmer at legene må avklare dette innen 5 uker. Dersom legene ikke blir enige i løpet av denne tiden, kan/bør den legen som ble tilbudt hjemmelen trekke sin søknad, slik at kommunen kan gi tilbudet til annen lege eller lyse ut hjemmelen på nytt. Uansett har kommunen rett til å trekke tilbudet tilbake dersom det ikke er akseptert i løpet av 5 uker.

Dersom den utpekte legen aksepterer kommunens tilbud, dvs inngår *individuell avtale*, eller forplikter seg på annen måte, er legen (og fratredende lege) bundet av de prosedyrebestemmelserne som ligger i avtalen, herunder å la tvist om overdragelsesvilkår behandles av nemnd. Tiltredende lege er da bundet av nemndas kjennelse, herunder å betale til fratredende lege det som nemnda bestemmer, og er forpliktet til å tiltre praksisen.

Dersom enighet ikke oppnås i løpet av de 5 ukene må fastlegehjemmelen i verste fall utlyses på nytt og uten unødig tap av tid. Dersom innbyggernes behov for legetjenester da ikke kan dekkes av øvrige leger, må kommunen dekke legebehovet ved hjelp av vikar inntil ny utlysingsprosess har ført til rekruttering av ny lege.

Kjernen i dette er at prosessen i forbindelse med kommunens tilbud om fastlegehjemmel som hovedregel skal fullføres i løpet av 5 uker: Legen skal i løpet av dette tidsrommet komme til enighet med fratredende lege – alternativt forplikte seg på nemndsbehandling - eller takke endelig nei til kommunens tilbud.

KS registrert at kommunene ikke alltid er klar over de rettighetene til kompensasjon for opparbeidet praksis som formelt ligger i avtaleverket. Det å avskjære rett til slik kompensasjon per definisjon og allerede i utgangspunktet er feil. Dersom kommunen i forbindelse med utlysning av privat praksis signaliserer at det ikke kan kreves kompensasjon for opparbeidet praksis, vil dette kunne påvirke prosessen/ dialogen mellom fratredende og tiltredene lege negativt, og erstatningssøksmål fra fratredende lege kan i verste fall påregnes.

Vi minner om at Forskrift av 27.11.87 (om sentral innstilling) ble opphevet ved innføring av fastlegeordningen. Dette innebærer at fylkeslegen ikke lenger skal utarbeide en innstilling forut for tilsetting/utpeking.

Om oppretting av *nye* legestillinger/avtalehjemler se ovenfor punkt 10.

15 KRAV OM KOMPENSASJON FOR OPPARBEIDET PRAKSIS (GOODWILL) DER PRAKSISEN HAR VÆRT DREVET I KOMMUNENS LOKALER, MED KOMMUNALT PERSONELL MV.

KS registrerer at det fremmes krav om kompensasjon for opparbeidet praksis også i de tilfeller der praksisen har vært drevet i kommunens lokaler og utstyr og med kommunalt ansatt hjelpepersonell mv., og der slik kompensasjon ikke tidligere har vært aktuell. Dette er en vanskelig problemstilling, og ved revisjonen i 2008 ble avtaleteksten tilpasset dette, se punkt 5.6 a. Bestemmelsen, særlig protokolltilførselen, gir en fremstilling av problemstillingen, men gir i seg selv ikke noen avklaring på hvilke tilfeller goodwill ikke skal kunne kreves.

KS er kjent med at kommuner i noen tilfeller har “kjøpt ut” fratredende leges krav, mot at tiltredende lege ikke stiller krav om goodwill når vedkommende selv fratrer.

16 UTEKONTOR

Utekontor er en løsning som innebærer at en eller flere leger - en eller flere dager i uka - arbeider på et annet kontor enn sitt vanlige, etter avtale med kommunen.

Utekontor passer ikke så godt med fastlegeordningen som system, og inntrykket KS har er at utekontorene av denne og andre grunner legges ned. Vi har ikke tall for dette. Rammeavtalen - ASA 4310 punkt 8.3 - er klar mht. økonomiske forhold rundt driften av utekontor: Kommunen dekker utgiftene ved utekontor. Det betyr også at kommunen ensidig kan beslutte å legge det ned. Når dette vurderes må man se på økonomien, legebemanningen og listelengder, geografien i vid forstand, legenes individuelle avtaler o.a. Ved eventuell nedlegging må innbyggerne orienteres om dette slik at de om ønskelig kan bytte fastlege.

17 ÅRLIG REVISJON

Les dette punktet i sammenheng med punkt 11 ovenfor.

Avtalen *kan* revideres årlig, men det er ingen grunn til å revidere den dersom begge parter er fornøyd med gjeldende vilkår! Og en revisjon innebærer *ikke* en oppsigelse av avtalen!

Uenighet om revisjon vil være en interesselvstvist. Merk at avtalen ikke har tvistebestemmelser ved interesselvstviser.

Bestemmelsene om revisjon gjelder ikke for leger på fastlønn. Om frivillig økning av listelengde, se punkt 5.

18 OPPSIGELSE AV INDIVIDUELL AVTALE

Den individuelle avtalen er tidsbegrenset og uoppsigelig. Den kan fra kommunens side kun heves pga mislighold fra legens side.

Reforhandling/revisjon av avtaler om økonomisk samarbeid, f.eks. der legen driver i kommunens lokaler mv, se punkt 11, berører ikke den individuelle avtalen.

19 SAKSBEHANDLINGSREGLER

Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven 1984 var utgangspunktet at det mellom kommunen og den enkelte lege skulle inngås avtale om privat allmennpraksis. Dette er fremdeles situasjonen. Lege med individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordning er således ikke arbeidstaker.

Sivilombudsmannen har i 1997 uttalt at utpeking i forbindelse med ledighet i avtalehjemmel er et enkeltvedtak med klagerett etter forvaltningsloven. De sentrale parter har derfor tatt dette inn i avtalen – se ASA 4310 punkt 5.5. KS har ikke tatt stilling hvilke andre vedtak som fattes under praktiseringen av ASA 4310 og ASA 4301 som eventuelt kan betraktes som enkeltvedtak. Vi anbefaler likevel at man følger saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven. I *høyesterettsak HR-2007-00295-A (sak nr. 2006/451)* slås fast at også oppsigelse er et enkeltvedtak.

For øvrig har vi ut fra utviklingen av denne problemstillingen samt praksis siden 1984 ikke grunn til å tro at statlige organer vil opptre som klageinstans i slike saker, selv om det faktisk har skjedd. Det er derfor opp til kommunen å etablere klageorganet.

Tvistemålsloven § 437 annet ledd bestemmer at et forvaltningsorgan kan bestemme at mulig søksmål om lovligheten av avgjørelse i offentlig tjeneste må reises innen seks måneder fra det tidspunkt da melding om fristfastsettelsen kom fram til vedkommende part.

Kommunen kan trolig praktisere dette slik at man i underretningen til partene om vedtak om utpeking skriver at kommunen i medhold av tvistemålsloven § 437 annet ledd beslutter at fristen for søksmål om lovligheten av vedtaket er på seks måneder fra underretning om vedtak kommer fram til parten. Denne fristen gjelder ikke hvis saken blir tatt under klagebehandling. Det bør da settes ny seks måneders frist fra underretning om vedtak i klagesaken.

Se egne nettartikler om klagerett og innsynsrett.

Spørsmål vedrørende avtalene i fastlegeordningen kan rettes til medlemsservice@ks.no

eller

*Arne Norum
915 24 649*

*Anne Tøndevold
24 13 28 59*

*Øyvind Gjelstad
24 13 29 61*