

Det er listesystemet i seg selv som er viktigste årsak til at verdien på en opparbeidet fastlegepraksis har steget

## Overdragelse av privat legepraksis

Denne høsten har dagspressen bidratt til å skape det inntrykk at fastleger kan selge sine pasientlister til høystbydende. Nylig var det *Aftenposten* som gav inntrykk av at overdragelse av praksis ikke er underlagt regulering, og at slike overdragelser er et resultat av fastlegeordningen. Avisens presentasjon bar preg av et system hvor allmennlegene ikke ser på pasienter som syke mennesker med behov for medisinsk hjelp, men som en handelsvare med muligheter for stor fortjeneste.

Det er legens praksis, og ikke pasientlisten eller fastlegeavtalen, som overdras. Slik var det også før fastlegeordningen. Med praksis menes utstyr og inventar, i tillegg til verdier som kontorrutiner, opplært hjelpepersonell, journalsystemer osv. Det går klart frem av etablerte avtaler at salg av praksis *ikke* kan skje gjennom en «budrunde». Det er kommunen som både skal lyse ut og tildele hjemmelen til ny lege. Det er først etter dette at overdragelsen finner sted. Blir de to ikke enige, kan overdragende lege kreve at prisen fastsettes av en nemnd – noe det sjelden har vist seg å være behov for. I Danmark har man en øvre grense for hvor mye en praksis kan omsettes for. Denne ligger godt over det nivået vi har erfart her i landet.

Allmenmedisin som liberalt erverv har en lang historie i Norge, betydelig lengre enn for eksempel ordningen med syketrygd/folketrygd. Det at samfunnsfellesskapet fikk ansvar for å dekke deler av kostnadene ved legebesøk gjennom disse ordninger – hvor man fra 1984 delvis overførte trygdemidler for dette formål til kommunene – har ikke endret privatpraktiserende allmennlegers status som selvstendig næringsdrivende. Leger som har tatt over en etablert praksis fra en kollega har, som i annen næringsvirksomhet, betalt for de verdier som ligger i virksomheten. Fra 1984 har dette forholdet vært avtaleregulert, også på den måten at det ble satt en grense for hvor mye som kunne betales – relatert til omsetning i virksomheten.

Staten, Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund (KS) var fullt klar over at innføring av et listesystem ville by på nye utfordringer. En av disse var – og er – hvordan man kan få etablert nye legepraksiser i systemet. Et listesystem ville, ved sin konstruksjon, gjøre nyetablering til et langt tyngre økonomisk løft. Legene ville ikke lenger få det kommunale driftstilskuddet – ca. kr 400 000 per år, uavhengig av hvor mange pasienter de behandlet – fra den dagen de åpnet sin praksis. I motsetning til tidligere ville alle innbyggerne allerede stå på liste hos de etablerte legene. Pasientene må i fastlegeordningen aktivt via trygdekontoen melde seg på hos den nye legen. I valget mellom å starte opp en helt ny praksis – og å betale de kr 500 000–800 000 som nå er vanlig for en praksis av god kvalitet – er det liten tvil om at det siste er økonomisk sett mer attraktivt.

Det er derfor listesystemet i seg selv som er den vesentligste årsaken til at verdien på en opparbeidet praksis har steget. En slik økning er helt nødvendig, skal man få leger til å ta kostnadene med

å etablere nye fastlegepraksiser. Får man ikke nyetableringer, vil ikke ordningen tjene pasientene. Dersom alle, eller nesten alle listene i kommunen er fulle, blir innbyggernes muligheter til å bytte lege borte eller sterkt begrenset. For pasientene vil da fastlegeordningen ikke bli den betydelige forbedringen av allmennejetjenester som den var tenkt å bli. I stedet vil den utvikle seg til det jeg vil kalle en tvangstrøye.

Hovedutfordringen nå er at det i mange kommuner enten ikke er åpne lister eller kun én åpen liste. I stadig flere kommuner har ikke innbyggerne reelle muligheter til å bytte lege. Verre er det at aktuelle kommunene i begrenset grad har søkt om å få opprette nye fastlegehjemler. Dette er særdeles uheldig. Kommunene har *både* en plikt til å gi innbyggerne mulighet til å stå på liste hos en fastlege, *og* å sørge for at alle har en reell mulighet til å bytte lege. Når én lege slutter og en ny tar over praksisen, skal innbyggerne få melding om dette fra kommunen.

Hvilke erfaringer har vi så gjort oss når verdiene på etablerte praksiser har økt? Først og fremst er det blitt mye tydeligere forskjeller i prisnivået. De veldrevne praksiser – med gode rutiner, godt og nytt utstyr, høy faglig standard, kompetent og stabilt hjelpepersonell – prises klart høyere enn praksiser som ikke holder den samme gode standard. I dette ligger det også at leger stimuleres til ikke bare å bygge opp og holde en høy kvalitet på sin virksomhet, de ansføres også til gi seg mens leken er god dersom de ikke lenger helt klarer å holde sin praksis ved like.

Dersom det er riktig det som hevdes, at enkelte leger og kommuner har handlet i strid med de reguleringer som er etablert, er dette sterkt å beklage. Dette tar Legeforeningen skarpt avstand fra. Alle parter skal innrette seg korrekt etter regelverket – det vil Legeforeningen bidra til. Vi vil også fortsatt engasjere oss for å utvikle og forbedre fastlegeordningen til befolkningens beste. Det er viktig for oss å legge til rette for bedre og mer stabil legedekning i distriktskommuner, nye fastlegepraksiser og ikke minst flere kvinnelige fastleger. Ett av de viktigste tiltak i så måte vil være å sørge for redusert vaktbelastning i distriktene gjennom etablering av interkommunale vaktentraler. Ved slike etableringer sparer staten penger, mens kommunenes utgifter øker. Ved å kunne dekke opp kommunens økte utgifter, sitter staten her med nøkkelen til en ønsket utvikling. Den muligheten bør staten benytte.



*Hans Kristian Bakke*

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