
Høringsmøte om fastlegeordningen

FRA FORENINGEN

ELLEN JUUL ANDERSEN

Informasjonsavdelingen

høringsuttalelser

slutten av januar møtte Legeforeningen Stortingets sosialkomité og la frem sine synspunkter på lovforslaget om fastlegeordningen.

Legeforeningen støtter i all hovedsak innholdet i Odelstingsproposisjon nr. 99 (98–99) Om fastlegeordningen som innebærer at fastlegeordningen i liten grad reguleres i lov, annet enn ved rammer for ordningen (plikten til å innføre fast lege i kommunene og vilkår for trygderefusjon) og ved å utstede generelle fullmakter til Sosial- og helsedepartementet for regulering i forskrift.

Det må også nevnes at gjeldende forskrift om trygderefusjon (av 18. juni 1998 nr. 590), ikke er nevnt eller foreslått endret i proposisjonen. Denne må etter vår mening endres i forbindelse med fastlegeordningen. Legeforeningens støtte må sees i sammenheng med at partene på forhånd er kommet til felles forståelse og enighet om forhandlingsmål og om hvilke temaer som er gjenstand for forhandlinger.

Legeforeningen mener dette reguleringssystemet gir god nok dynamikk og fleksibilitet til at fastlegeordningen kan tilpasses ulike forhold og ivareta behovet for lokale løsninger. Legeforeningen vil imidlertid gjøre Stortinget oppmerksom på noen forhold som bør tas opp til særskilt behandling.

Om suspensjon av fastlegeordningen

Vilkår for suspensjon og virkning av suspensjon er i liten grad omtalt i proposisjonen. Suspensjon vil særlig være aktuelt der kommunen ikke har tilstrekkelig antall leger. Antall leger henger imidlertid nært sammen med kommunens planlegging og tiltak for rekruttering av leger (punkt 3).

Virkingen av suspensjon er at de særskilte rettigheter og plikter som ligger i fastlegeordningen settes til side. Det må være et mål å hindre at resultatet av suspensjonen innebærer en utgiftsreduksjon og dermed en økonomisk premiering av

kommunen, noe som i så fall vil undergrave målet om en nasjonal reform som skal ivareta befolkningen uavhengig av bosted. Helt sentralt blir da hvilke forpliktelser, herunder betalingsordninger, som inntreer ved suspensjon.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 vil pasienter uavhengig av suspensjon ha rett til nødvendig helsehjelp. Dette må også gjelde tilgang på allmennlegetjenester.

I proposisjonen er det ikke foreslått betalingsordninger over folketrygden ved suspensjon. Trygderefusjon er knyttet til fastlegeavtalen. Departementet forutsetter ved dette at fastlegeavtalen opprettholdes ved suspensjon, og at denne fortsetter å utløse trygderefusjon.

Legeforeningen mener dette er en utilstrekkelig regulering av to grunner. For det første er det usikkert om utbetaling fra folketrygdloven kan kreves på bakgrunn av fastlegeavtalen når fastlegeordningen med dens reguleringer er satt til side. Betalingsordninger over folketrygden må som kjent lovhjemles. At suspensjon innebærer at kommunens plikter og rettigheter i fastlegeordningen ikke kan gjøres gjeldende, vil også innebære at legens forpliktelser i fastlegeordningen (etter fastlegeavtalen) suspenderes. Hvis denne samtidig skal hjemle betalingsordningen ved suspensjon, vil det derfor skape uklarheter. Uavhengig av ovennevnte vurdering, vil en binding av trygderefusjon til fastlegeavtalen innebære manglende fleksibilitet i en unntakstilstand. Det er først og fremst kommunenes innbyggere som i så fall påføres ulempene ved suspensjon, ved dårligere tilgjengelighet til allmennleger og høyere kostnad til legehjelp, dersom ordningen suspenderes på grunn av mangel på fastleger. Legeforeningen foreslår derfor at det i folketrygdloven § 5-4 inntas en særskilt bestemmelse som løser spørsmålet om trygderefusjon i forbindelse med suspensjon. Legeforeningen kan bidra med forslag til lovtekst på dette punkt.

Betalingsordninger for pasienter utenfor fastlegeordningen

Slik lovteksten er formulert, vil kommunen også ha en plikt til å organisere (og finansiere) et allmennlegetilbud for dem som velger å stå utenfor fastlegereformen. I denne sammenhengen kan § 2-1 sammenholdes med § 1-3, hvor det står allmennlegetjenesten, herunder en fastlegeordning. Legeforeningen vil oppfordre Stortinget til å pålegge departementet å finne løsninger på dette spørsmålet.

Rekruttering og stimuleringsiltak

En forutsetning for at fastlegeordningen kan fungerer over tid, er at det tilrettelegges for rekruttering av nye leger. Proposisjonen burde ha omtalt dette med forslag til løsninger. Det er grunn til å minne om Stortingets vedtak fra behandlingen av Stortingsmelding nr. 23 (1996–1997) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen: Stortinget ber Regjeringen ha spesiell oppmerksomhet omkring kommuner med ustabil legedekning og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bedre en slik situasjon.

Som et minimum bør det sies at rekrutteringstiltak inngår som en del av kommunenes tilretteleggingsansvar (forskriften § 11), bl.a. ved at det opprettes rekrutteringsstillinger. Det samme bør gjelde for vikarordninger. Dette forutsetter at forskrift om trygderefusjon endres, slik at det i større grad enn i dag kan benyttes andre leger under fastlegens veiledning. Dette kan gjøres ved at det inntas egne bestemmelser om refusjon for rekrutteringsstillinger. I tillegg bør kravene for å få refusjon ved vikar mykes opp.

Etablerte og avtaleløse leger

I proposisjonen er det uklart hvilke rettigheter og plikter etablerte avtaleløse leger har ved innføring av fastlegeordningen. Det følger imidlertid av kommunehelsetjenesteloven § 7-1, jf. § 4-1, at leger som hadde drevet privat praksis som hovedervert før loven trådte i kraft, hadde rett til avtale med kommunene der praksisen var. Ut fra lovens ordlyd og formål kan det trekkes slutning om at denne overgangsordning også må gjelde ved innføring av fastlegeordningen. Legeforeningen vil likevel, for å unngå tvil og tvister om dette, oppfordre til at komiteen uttrykkelig påpeker at etablerte avtaleløse leger har rett til avtale i den kommune/bydel praksisen ligger for å kunne opprettholde sin praksis i samme lokaler.

Antall listepasienter og listetak

Sammensetning av legers lister vil naturlig nok variere. Leger er ikke gitt mulighet til å reservere seg mot spesielt tidkrevende pasienter eller mot skjevheter på listen. Listesammensetningen har heller ikke betydning for størrelsen på per capita-tilskuddet. Legens muligheter til planlegging og styring av praksis er knyttet til at listen kan begrenses til 1 500 pasienter. I hvilket omfang legen mottar listepasienter utover dette, kan tilpasses egen arbeidskapasitet.

Retten til å begrense listen til 1 500 pasienter er begrunnet i at legen skal gis mulighet til å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og forsvarlig yrkesutøvelse. I proposisjonen er det forutsatt at departementet ved senere forskriftsendring står fritt til å øke listetaket. En slik ensidig økning av listetaket er helt uakseptabel for Legeforeningen. Det er enighet om et listetak på 1 500 ved innføring av reformen. Senere justeringer må skje gjennom forhandlinger og avtaler mellom partene.

Andre kommunale allmennlegeoppgaver

Det er lagt opp til at de kommunale allmennlegeoppgavene fordeles på allmennleger i kurativ virksomhet. Kommunale allmennlegeoppgaver er helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og liknende. Partene er enige om at kommunene kan pålegge leger slike oppgaver i et visst omfang, hvis fordeling av disse oppgavene ikke oppnås ved frivillighet.

For å unngå uklarheter og uenighet på dette punktet, bør det fremgå av innstillingen at kommunale allmennlegeoppgaver ikke omfatter samfunnsmedisinske oppgaver. Kommunen må derfor sørge for at slike oppgaver, for eksempel innen miljørettet helsevern (kontroll med vannkvalitet, støyforhold og liknende), blir løst av leger med kompetanse på dette området. Det kan også være leger som kombinerer fastlegeavtale med deltidsstilling som kommunelege I/bydelsoverlege.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.