

Helsedirektoratets innspill til høring om forslag til endringer i forskrift av 18. juni 1998 nr 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter for å legge til rette for introduksjonsavtaler.

Frist for innspill Helse- og omsorgsdepartementet er 25.8.2020.

Departementet ber om innspill til om det er forslag om rettslige endringer som legger til rette for inngåelse og gjennomføring av introduksjonsavtaler. Det fremgår av høringsnotatet at departementet vil utarbeide nærmere rammer og krav til avtalene.

Innledning:

Helsedirektoratet vil benytte anledningen til å si at ordningen med introduksjonsavtale er et viktig og godt tiltak. Introduksjonsavtaler legger til rette for spesialisering, rekruttering og stabilisering for leger i fastlegeordningen, og for leger i andre allmenntilleggsstillinger i kommunen. Dette vil gi økt kapasitet og tilgjengelighet, som igjen kommer pasientene til gode.

Helsedirektoratet legger til grunn at for leger som ønsker spesialisering i allmenntilleggsmedisin, er mangel på 2 års åpen uselektert allmenntilleggspraksis et hovedkriterium for å tegne introduksjonsavtale. Dette vil være leger ansatt i kommunen med andre allmenntilleggsoppgaver, og som mangler hele eller deler av 2 år med åpen uselektert allmenntilleggspraksis, eller leger som etter gjennomført LIS1 ønsker å starte spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Det er viktig at legene som inngår introduksjonsavtaler er sikret at perioden er en god arena for å oppfylle læringsmålene i spesialistforskriften.

Legen med introduksjonsavtale vil ikke selv være fastlege med egen liste, men er tenkt å ha ansvar for oppfølgingen av en del av fastlegens listepasienter så lenge avtalen varer. Selv om legen med introduksjonsavtale ikke har egen fastlegeliste, må vi kunne forutsette at kravene til funksjon og kvalitet i fastlegjetjenesten også skal gjelde for den nye legen.

Nærmere om Helsedirektoratets innspill til punktene i høringsnotatet:

2 Bakgrunn for forslag om endring av gjeldende forskrift

I høringsnotatet beskriver departementet at det forutsettes at LIS i introduksjonsavtale har påbegynt spesialisering i allmenntilleggsmedisin.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at det ikke er et krav at legen skal ha påbegynt spesialisering i allmenntilleggsmedisin ved inngåelse av introduksjonsavtale, men at legen ved inngåelse vil starte i spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Det bør være åpning for at leger kan gå rett fra LIS1 og begynne i som LIS i allmenntilleggsmedisin i en introduksjonsavtale. Dette vil etter direktoratets oppfatning bedre rekrutteringen til fastlegeordningen ved å senke terskelen

for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmenntidmedisin. Dette er også en målsetting som fremkommer av punkt 2 i høringsnotatet.

I forskrift av 8. desember 2016 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften), er det et krav om at to år av spesialiseringssløpet i allmenntidmedisin må finne sted i åpen uselektert praksis.

Varigheten på introduksjonsavtaler bør dekke kravet til 2 års uselektert allmenntidpraksis. Det er et uttrykkelig krav til 2 år åpen uselektert praksis i spesialistforskriften.

Det er vanlig at fastleger har en delt stilling 80/20, med en av dagene i uken på sykehjem, helsestasjon eller annen kommunal oppgave. En lege med introduksjonsavtale vil da oppnå kravet til 2 års åpen uselektert praksis med 80/20-fordeling dersom introduksjonsavtalen har varighet på inntil 2,5 år. Helsedirektoratet anbefaler derfor at varigheten på introduksjonsavtaler er 2 år ved fulltidsstilling i åpen uselektert praksis, men kan økes til 2,5 år ved redusert tilstedeværelse i åpen uselektert praksis som ved deltagelse i andre allmenntidlegeoppgaver i kommunen, behov for tilrettelegging ift livssituasjon med mer. En lengde på 2,5 år ivaretar også at de som gjennomfører spesialistutdanningen på gammel ordning kan ha inntil 6 mnd fravær og fortsatt oppfylle kravet til 2 års åpen uselektert praksis. LIS kan gjennomføre spesialistutdanning i gammel ordning til og med 1. mars 2025.

Helsedirektoratet anbefaler at ordningen med introduksjonsavtaler er fleksibel, slik at det i situasjoner hvor introduksjonslegen og kommunen finner det hensiktsmessig med lavere stillingsprosent, kan introduksjonsavtalen skaleres ned til minimum 50% tilstedeværelse i åpen uselektert praksis. Dette vil kunne være en god løsning i tilfeller der allmenntidlege i spesialisering er fast ansatt i kommunen, og eksempelvis trenger 1 år med åpen uselektert praksis. Legen kan da inngå introduksjonsavtale i 50%-stilling i inntil 2,5 år, og i avtaleperioden fortsette 50% som sykehjemslege.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet skriver under dette avsnittet at der introduksjonsavtale er prøvd ut, har LIS betalt en andel av sitt honorar til legekantoret som kompensasjon for å bruke dette. Det gir de øvrige legene en inntektskompensasjon. Da det ikke er urimelig at introduksjonslegen bidrar med å betale praksisutgifter, mener direktoratet at det er mer presist å si at LIS betaler en andel av sitt honorar til kantoret som kompensasjon for leie av lokale og andre driftskostnader knyttet til praksis. Denne kompensasjonen er ikke ment som en inntektskompensasjon for fastlegene.

Departementet viser ellers i høringsnotatet til at eventuelle økte administrative kostnader for Helsedirektoratet og Helfo dekkes innenfor eksisterende rammer.

Helsedirektoratet viser til rapporten om introduksjonsavtaler som ble levert departementet 31.12.19, der direktoratet nærmere beskriver at:

Helsedirektoratets administrative ansvar for ordningen med introduksjonsavtaler bør omfatte fordeling av avtaler nasjonalt. Fordelingen skjer ved tildeling av avtaler til

kommuner. Det totale antall introduksjonsavtaler skal ikke overstige rammen som er gitt for antall avtaler på landsbasis. Kommuner kan søke Helsedirektoratet om tildeling av en eller flere introduksjonsavtaler. I tråd med ordningens formål, legges gitte kriterier til grunn for tildeling. Søknaden fra kommunen må inneholde informasjon om det kommunale behovet for introduksjonsavtaler og antall avtaler det søkes om. Det vil være Helsedirektoratets ansvar å gjøre kjent ordningen med frister, behandlingstid og hvilke informasjon som legges til grunn ved vurdering av søknader. Kommunen bør ved avslag gis klagerett. Ved tildeling av avtale vil kommunen forpliktes til å rapportere tilbake, slik at Helsedirektoratet kan holde oversikt og evaluere ordningen.

Direktoratet vil peke på at forvaltningen av ordningen vil medføre økt ressursbruk i direktoratet og i Helfo, og at det på nåværende tidspunkt er vanskelig å forutsi omfanget.

Behandling av søknadene vil kreve ressurser. Enkle, tydelige og objektive kriterier vil kunne bidra til å begrense ressursbehovet. For å minimere manuelle prosesser og gjøre søknadsprosessene enkle for kommuner, Helsedirektoratet og leger, er det mulig det vil være behov for IKT-tilpasninger for å understøtte ordningen. Dette har vi ikke oversikt over ennå.

Det er et mål at kommuner og leger gis god informasjon om ordningen, slik at den tas i bruk. Dette for å bidra til de effektene man ønsker å oppnå.

Direktoratet ønsker derfor å komme tilbake til departementet med mer informasjon om dette, når ordningen er nærmere utformet, kriteriene er fastsatt, og direktoratet har sett nærmere på hvilke forvaltningsoppgaver og -løsninger som kreves i forbindelse med ordningen.

Det må hjemles/tydeliggjøres at det er Helsedirektoratet som skal ha kompetansen til å tildele introduksjonsavtalene, samt i hvilken form en avgjørelse om eventuell avtale skal gjøres i. Det må også vurderes om det skal være klageadgang dersom en søknad om avtale ikke tildeles.

Direktoratet vil bemerke at det må avklares nærmere hvilken rolle og rettigheter legen med introduksjonsavtale skal ha, herunder om det er takster i stønadsforskriften denne legen skal være unntatt fra å kunne utløse (eksempelvis takst 6). Det kan også vurderes om det skal synliggjøres for pasientene på noen måte at det er legekontor som har tilknyttet seg en lege med introduksjonsavtale, og eventuelt på hvilke måte dette skal registreres.

Forslag til forskriftstekst:

Som kommentar til den foreslåtte forskriftsteksten foreslås følgende (forslag til tilføyelse i fet/kursiv):

§ 1 første ledd nr. 2:

En yrkesutøver med fastlegeavtale må i tillegg oppfylle kravene i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. §§ 4 og 5. Fastlegen **og lege med introduksjonsavtale** må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Kravet om å ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, jf. forskrift om kompetansekrav for leger § 4 første ledd bokstav a). Kravet om å ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som har fastlegeavtale med kommunen, **lege med introduksjonsavtale** eller for lege som tiltrer et vikariat, og som oppfyller kravene i forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) § 18 tredje ledd. Under utbruddet av SARS-CoV-2-viruset kan tilsetting i eller forlengelse av vikariater være på tilsammen mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til 1. september 2020. Rett til refusjon etter § 1 punkt 1 gir også rett til refusjon ved deltakelse i legevakt som del av fastlegevikariat.