



Saksframlegg

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
	Utvalg for oppvekst og levekår	06.03.2012
	Kommunestyret	27.03.2012

Høringsnotat - Forslag til revidert fastlegeforskrift

Rådmannens innstilling

Eidsvoll kommune slutter seg i hovedsak til forslaget til revidert fastlegeforskrift med de vurderinger som fremkommer i saksframlegget. Eidsvoll kommune vil understreke at en nødvendig forutsetning for gjennomføring av forskriften er at staten bidrar økonomisk. Kommunen kan ikke se ta det er gjort beregninger som viser de økonomiske konsekvensene av forskriften. Kommunen vil videre peke på at behovet for legeressurser ikke er kartlagt.

Vedlegg som ligger i saksmappen: Revidert forskrift om fastlegeordning (116 sider)

Utskrift av saken sendes til: Utvalgets medlemmer.

SAKSUTREDNING

Bakgrunn for saken.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene på høring, med høringsfrist 22. mars 2012.

Fakta i saken

I departementets høringsbrev er følgende endringer vektlagt:

- Presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen
- Presisering av fastlegens listeanvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten
- Forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert
- Krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål
- Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av bestemmelsene
- Flytting av truende og voldelige pasienter fra fastleger

Høringsdokumentet viser til at allmennlegetjenesten er sentral for å nå de overordnede målene for samhandlingsreformen:

- Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom styrket folkehelsearbeid og styrket individrettet forebyggende arbeid i helsetjenesten
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene; ny kommunerolle
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester

Fastlegeordningen.

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Ordningen er regulert på fire nivåer i lov, forskrift og ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå:

- Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven
- Utfyllende bestemmelser er gitt i forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Forskriften omfatter blant annet opprettelse og endring av lister, innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legenes rettigheter og plikter.
- En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske legeförening og KS/Oslo kommune, samt i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeförening (SFS 2305)
- Fastlegeavtalen eller den lokale, individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte plikter. I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Fastlegeordningen ble i en forskningsbasert evaluering i perioden 2001-2005 (Forskningsrådet 2006) vurdert som vellykket, noe brukerundersøkelsen fra 2009 langt på vei bekrefter. 74 % av alle pasienter er fornøyd med tjenestene de får.

I Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) pekes det imidlertid på en del utfordringer i ordningen:

- Fastlegeordningen fungerer ikke godt for pasienter som ikke selv oppsøker legen
- Forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad
- Psykisk helse: Fastlegene samhandler i liten eller variabel grad med andre aktører
- Samarbeid med kommunal omsorgstjeneste bør bli bedre
- Hjemmebesøk bør brukes i større grad
- For lav deltagelse i legevakt

I forslag til endringer i fastlegeforskriften er det bl.a. disse utfordringene departementet har lagt til grunn for sine forslag.

Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav.

Helse og omsorgstjenester skal alltid være forsvarlige (jfr. helse- og omsorgsloven § 4-1). I forslag til forskrift foreslår departementet 14 bestemmelser om funksjon og kvalitet i fastlegeordningen som beskriver og presiserer forsvarlighetskravet:

- Krav til kvalitet § 17
- Brukermedvirkning § 18
- Oversikt over listeinnbyggerne § 19
- Oppsøkende virksomhet § 20
- Medisinskfaglig koordinering og samarbeid § 21
- Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen § 22
- Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser § 23
- Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid § 24
- Hjemmebesøk § 25
- Henvisningspraksis § 26

- Legemiddelforskrivning § 27
- Sykefraværsoppfølging § 28
- Elektronisk pasientjournal m.m. § 29
- Tolk § 30 (s. 52)

Økonomi

Ifølge departementet blir det små eller ingen økonomiske og administrative konsekvenser som følge av forskriften. Departementet mener at de fleste endringene er presiseringer av eksisterende krav som fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk, d.v.s. tekniske endringer uten økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder også presiseringen av fastlegenes ansvar og innføring av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav.

Uttalelser fra KS og Den norske Legeforening

KS gir følgende uttalelse vedr. forslag til ny fastlegeforskrift:

KS mener at det må være samsvar mellom kommunenes ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten og virkemidlene for å sikre dette. De viktigste virkemidlene vil være kommunens økonomiske rammer, og et godt samarbeid mellom kommunene og fastlegene. KS ønsker at fastlegeforskriften skal bli et rammeverk som bygger og støtter opp under samarbeidet. Samhandlingsreformen gjør det helt klart nødvendig med en styrket legetjeneste.

Kommunene er pålagt et betydelig ansvar for fastlegeordningen og innbyggernes tilgang til fastlegene i forslaget til ny fastlegeforskrift. Ut fra det støtter KS at forskriften spesifiserer kommunenes rett til å stille krav til fastlegene, samt at det må være reelle sanksjoneringsmuligheter ved gjentatte, alvorlige brudd på avtalte bestemmelser. Samtidig understreker KS at det er godt lokalt samarbeid som fremmer samhandlingsreformens mål, ikke omfattende sanksjoneringsbestemmelser.

KS ønsker god legetilgang for alle innbyggere på fastlegens liste, og kommunene vil ha ansvar for å sikre at forskriftens krav oppfylles. Men KS er kritisk til at det stilles krav i forskrifts form som verken kommunene eller leger har reelle muligheter til å oppfylle. I det videre arbeid med høringen til forskriften, vil KS vurdere kritisk om det foreslåtte detaljeringsnivået i forskriften er hensiktsmessig.

Den norske legeforening har følgende kommentarer på sine nettsider:

Ingen annen offentlig ordning er så populær og vellykket som fastlegeordningen. Majoriteten av befolkningen er svært godt fornøyd med ordningen, og gjennomsnittlig ventetid på time er nå fire til fem virkedager. Målet med innføringen av fastlegeordningen for ti år siden var å styrke rekrutteringen og øke tilgjengeligheten til legene, blant annet ved mindre grad av møtevirksomhet til fordel for mer kurativt arbeid. Mye av årsaken til suksessen var at ordningen med nåværende forskrift ble utarbeidet etter et godt samarbeid mellom partene og med god involvering i en prosess som førte til at alle fikk tilstrekkelig eierskap til ordningen gjennom sentrale og individuelle avtaler. Og resultatet ble bedre tilgang til legene.

I ny forskrift stilles det blant annet krav til at legene skal delta i planarbeid og møter i kommunen uten at de selv har kontroll over dette. Fastlegene skal også i mye større grad følge opp alle på listen, uten at konsekvensene av dette er beregnet bemanningsmessig og økonomisk. Det legges opp til vesentlig økning av papirarbeid, som for eksempel skriftlig informasjon på forskjellige språk og krav om å skrive helseattester uavhengig av begrunnelse. Kravene til svartid og timeavtale fjerner mulighetene til å prioritere pasientene på riktig måte.

Forslagene kan ikke gjennomføres uten økning av hjelpepersonell og fastleger, men det foreligger ikke planer om dette. Uansett er vi uenige både i denne formen for detaljregulering og i bruken av legearbeidskraft.

Departementet foreslår også en forskyvning av medisinskfaglig ansvar fra fastlegen til kommunene. En slik ansvarsforskyvning vil forutsette at kommunene også må ha et involverings- og tilsynsansvar ut over det som er mulig. Samtidig innføres det ensidige sanksjoner mot legene ved manglende overholdelse av reglene. Når departementet foreslår at kommunene kan holde tilbake basistilskuddet dersom legene ikke oppfyller de ulike kravene, blir spørsmålet om legene kan fortsette å ta risikoen det er å være arbeidsgiver og næringsdrivende. Forutsigbarhet i avtaleforholdet er her, som ellers, avgjørende. Risikoen som her legges inn i forskrift må plasseres og kostnadsberegnes og avtalene må sies opp og revideres.

Vurdering med konklusjon og begrunnelse

Gjennom ny lovgivning og nylig oppstartet samhandlingsreform har kommunene fått et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Gjennom begrepet "sørge for ansvar" pålegges kommunene å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Forslag til ny fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å presisere kommunens ansvar for gjennomføringen av samhandlingsreformen og gi mer spesialiserte helse- og omsorgstjenester for å hindre sykehusinnleggelse. Fastlegene er og vil være svært viktige i kommunenes arbeide med å løse samhandlingsreformen.

Rådmannen har følgende kommentarer til forslag til ny fastlegeforskrift.

1. Ved å pålegge fastlegene nye oppgaver og en mer samhandlende rolle i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, vil resultatet bli behov for flere fastlegehjemler i kommunene. Dette forutsetter statlig finansielt bidrag.
2. Kommunens oppgaver med mer oppfølging, rapportering, analyse av styringsdata, dialog og samhandling forutsetter elektronisk kommunikasjonssystemer. Dette bør styres og fullfinansieres av staten.
3. Oppfølging av definerte nasjonale funksjons- og kvalitetskrav vil kreve administrativ innsats fra kommunens side. Dette er både et kompetanse- og ressursproblemer.
4. Tettere dialog mellom kommunen og fastlegene for å definere og prioritere i lokale utfordringer, reiser spørsmålet om behovet for en mer tydelig kommuneoverlegerolle.
5. En listelengde på 1500 innbyggere per hjemmel, samtidig som nye oppgaver og funksjoner tillegges fastlegene, er urealistisk.
6. Den foreslåtte endring om å øke kommunenes finansieringsansvar fra 30/70 til 50/50, fordeling av basistilskudd/takster vil ha konsekvenser som går på tvers av samhandlingsreformens målsettinger. Høyt basistilskudd vil gjøre det attraktivt å ha mange på listen, pasienter som ikke krever så mye.
7. Samhandlingsreformen fokuserer sterkt på forebyggende helsearbeide, mens det i forslag til forskrift er lagt stor vekt på "sykdom".
8. Ett av de viktigste funksjons- og kvalitetskravene for å oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen, vil være å sikre god elektronisk pasientjournal ved alle legekontorer. Fastlegene må ha tilgang på elektronisk pasientjournal som kan kommunisere mellom de ulike delene av helsetjenestene. Det må i tillegg sikres at all rapportering fra fastlegene kan hentes ut automatisk fra den elektroniske journalen slik at man unngår en tidkrevende manuell rapportering.
9. Samtlige av de 14 funksjons- og kvalitetskrav må oppfattes isolert som "god praksis" og vil bidra til å øke kvaliteten i tjenesten. Det vil imidlertid være svært vanskelig å oppfylle kravene innenfor eksisterende økonomiske rammer.
10. Kommunen mener på generelt grunnlag at forslaget er for detaljert.

Etter rådmannens vurdering kan endringene i fastlegeforskriften bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for lokale dialog og eventuelle avtaler med utgangspunkt i lokale forhold. En grunnleggende forutsetning for dette er imidlertid at staten bidrar med finansiering.