



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse: 11/02379-15  
Arkivkode: G00 &00  
Saksbehandler: Anne Tøndevold  
Deres referanse: 201104777  
Dato: 20.03.2012

## Høringsuttalelse om revidert fastlegeforskrift

### Generelle kommentarer

KS støtter intensjonene i den nye fastlegeforskriften. KS mener at en tydeliggjøring av kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og en klargjøring av fastlegenes listeansvar gir en god ramme for utvikling av legetjenesten i kommunene. KS vil sterkt understreke behovet for tett samhandling mellom fastleger og kommunen som en avgjørende faktor for å realisere samhandlingsreformen på en god måte.

KS mener en revisjon av fastlegeforskriften må føre til:

- En styrket og bedre integrert legetjeneste i kommunene. Dette er nødvendig for å lykkes med samhandlingsreformen.
- En styrking av legetjenesten som bidrar til at hele befolkningen får god tilgang til legetjenesten uavhengig av bosted og sosial bakgrunn.
- En legetjeneste som innrettes slik at sårbare og utsatte grupper prioriteres.

Det er en utfordring å finne den riktige balansegangen mellom statlig styring gjennom lov- og forskrift, kommunal styring basert på det kommunale selvstyret og fastlegens autonomi som medisinsk faglig personell. Kommunene har ikke tilsynsmyndighet for fastlegene, men skal etter denne forskriften likevel ha et vidtrekkende ansvar for kvaliteten i fastlegetjenesten. KS mener at dette ansvaret må avgrenses tydeligere enn hva foreliggende utkast gjør.

KS mener at noen av bestemmelsene i forskriften er for detaljerte og griper for mye inn i det som bedre lar seg løses lokalt. En for stor detaljeringsgrad vil få betydning for legenes og kommunenes mulighet til prioritering av oppgaver og tidsbruk ut fra lokale behov.

KS vil understreke behovet for forsterket innsats fra både statens, kommunens og fastlegenes side for å få på plass helt nødvendige elektroniske kommunikasjonsløsninger mellom kommunene, fastlegene og helseforetakene.

KS er opptatt av at fastlegeforskriften skal bidra til god kvalitet og riktig prioritering. Det er viktig at kvalitets- og funksjonskravene som fastsettes er treffsikre og fanger opp de viktigste målene for kvalitet. Kravene bør føre til at de riktige pasientgruppene prioriteres. KS mener at fastlegeforskriften ikke må føre til økt byråkratisering til fortrenghet for pasientrettet arbeid. KS er enig i at det er viktig med gode kvalitetssystemer. For at kvalitets- og funksjonskravene skal føre til reell kvalitetsutvikling i tjenesten må de oppfattes som nyttige både av fastleger og kommuner. Rapporteringssystemene må bli mest mulig automatiserte slik at rapporteringen kan skje mest mulig effektivt. Av disse grunner må KS involveres i arbeidet med å utvikle et nasjonalt kvalitetsrapporteringssystem.

KS mener det ikke er hensiktsmessig å endre kravene til legevakt, øyeblikkelig hjelp og vikarordninger i denne omgang. Dette er en diskusjon som krever en mer helhetlig tilnærming, og som blant annet må ses i sammenheng med arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser og revisjon av akuttmedisinforskriften.

KS mener partene i fastlegeordningen bør diskutere fastlegenes listelengde med utgangspunkt i oppgavene som skisseres i forskriften. Partene bør også diskutere tiltak for å bedre rekruttering, utdanning og kompetanse.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

KS mener de økonomiske og administrative konsekvensene av fastlegeforskriften er kraftig undervurdert. KS tviler på at intensjonen og påleggene i forskriftene kan gjennomføres uten betydelig økt legedekning og administrative ressurser. Det er urealistisk når forskriften forutsettes å gi kommunene en samlet merkostnad på 70 000 kroner årlig. Kommunen pålegges en rekke nye forpliktelser som vil gi dem økte kostnader. Dette gjelder så vel administrative kostnader, kostnader til kjøp av fastlegers tid og økte kostnader til tolketjenester. Departementet viser til at de endringer som gjøres er å anse som «presiseringer» og ikke nye pålegg. Realiteten er at staten ønsker en endret og mer ressurskrevende kommunal praksis, og at forskriften fastsettes for å sikre en slik praksisendring.

Flere av kravene i forskriften forutsetter IKT-systemer som ennå ikke er på plass.

Departementets formuleringer om at basistilskuddet dekker oppgaver knyttet til listen og ikke kun faste driftskostnader skaper uklarhet. Verken tidligere eller dagens finansieringssystem har lagt til grunn at oppsplittingen av legenes inntekt i ulike inntektskilder (trygderefusjoner, pasientbetaling og basistilskudd) i seg selv gir føringer for legenes måte å arbeide på eller hva pengene skal brukes på. Departementet bør avklare om forskriftsforslaget forutsetter endringer i finansieringssystemet.

KS mener at forslagene i forskriften må kostnadsberegnes, og har meldt dette til regjeringen gjennom konsultasjonsordningen.

## **Kommentarer til enkeltbestemmelsene i revidert fastlegeforskrift**

### **Kapittel 1: Formål og definisjoner**

#### *§ 1: Formål*

Et grunnleggende formål med fastlegeordningen er at innbyggerne skal ha en fast allmennlege å forholde seg til. KS foreslår at formuleringen i gjeldende formålsparagraf videreføres.

#### *§ 2: Definisjon*

KS vil påpeke at definisjonen av fastlegeavtale kan skape uklarhet, ettersom individuelle avtaler i henhold til dagens praksis kun inngås med selvstendig næringsdrivende leger. Malen for individuell avtale som KS og Legeforeningen har fremforhandlet er ikke tilpasset fast ansatte leger. For disse legene forutsettes fastlegeansvaret ivaretatt gjennom styringsretten og arbeidsavtalen etter Arbeidsmiljøloven § 14.

### **Kapittel 2: Kommunens ansvar**

KS støtter at kommunens ansvar for allmennlegetjenesten tydeliggjøres og presiseres i forskrift. En bedre integrert allmennlegetjeneste i kommunene er nødvendig for å lykkes med samhandlingsreformen. Bestemmelsene omhandler kommunens ansvar for organisering, informasjon, kvalitet og tilrettelegging for samarbeid. KS vil understreke at dette ansvaret medfører omfattende oppgaver som vil føre til mer administrativt arbeid og endret og økt kompetansebehov i kommunene.

#### *§ 4 Det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen*

KS mener annet avsnitt bør omformuleres for å skille mellom avtaleinngåelse for selvstendig næringsdrivende og fast ansatte, se våre kommentarer til § 2.

#### *§ 9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege*

KS får en del tilbakemeldinger fra kommuner som mener beskrivelsen av hvordan utjamningstilskuddet skal regnes ut er uklar. KS foreslår derfor at formuleringene i forskriften og merknadene til forskriften endres, for å unngå at kommunene tolker dette forskjellig. KS har publisert kommentarer med eksempel på hvordan utjamningstilskuddet skal regnes ut, som gjerne kan brukes som utgangspunkt for nye formuleringer.

### **Kapittel 3: Fastlegens ansvar**

#### *§ 11 Fastlegens listeansvar ved fellesliste*

KS mener at deleliste for leger over 60 år også bør omfattes av denne bestemmelsen, se rammeavtalens punkt 10.8 (ASA 4310).

#### *§ 12: Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen*

KS støtter at kommunene står fritt til å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal ivaretas innenfor de 7,5 timene. Alle fastleger bør imidlertid forpliktes til inntil 7,5 timer allmennlegearbeid, slik dagens avtaleverk sier. Forslaget om å skille mellom heltids- og

deltidspraksis er lite meningsfullt, ettersom det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom antall dager i uken fastlegen jobber og antall pasienter på fastlegens liste.

Undervisning av medisinerstudenter er ikke et kommunalt ansvar og går etter dagens rammeavtale ikke til avkorting av plikten til 7,5 timer offentlig legearbeid. KS støtter derfor ikke dette endringsforslaget.

KS støtter heller ikke at *kapasitet til å utføre en gitt mengde konsultasjoner for personer som ikke omfattes av listeansvaret* skal kunne avkorte plikten til 7,5 timer. Dette ville innebære et redusert kommunalt handlingsrom sammenliknet med i dag. Gjeldende rammeavtale ASA 4310 punkt 10.2-3 forutsetter at legene også må være tilgjengelige overfor innbyggere som ikke står på lista og innbyggere utenfor fastlegeordningen. Departementet foreslår å avvike plikten fastlegene har til å prioritere egne listeinnbyggere. KS stiller seg undrende til dette, ettersom det grunnleggende formålet med fastlegeordningen har vært at innbyggerne skal ha en fast allmennlege å forholde seg til.

### *§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger*

KS mener det ikke er hensiktsmessig å endre kravene til legevakt, øyeblikkelig hjelp og vikarordninger i denne omgang. Dette er en diskusjon som krever en mer helhetlig tilnærming, og som blant annet må ses i sammenheng med revisjon av akuttmedisinforskriften og arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

Forslaget om å stramme inn fritak fra legevakt er ikke uproblematisk, ettersom legevakt allerede i dagens system er en utfordring sett opp mot arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser.

KS mener at dagens avtalebestemmelser om legevakt gir kommunen tilstrekkelig handlingsrom. Det forhold at mange kommuner tillater en større fleksibilitet skyldes at legevakttjenesten i praksis både tåler og antakelig er tjent med dette. KS får ikke tilbakemeldinger fra kommunene om at bestemmelse om legevakt ikke er forpliktende nok. Det som er viktig, og som allerede ivaretas av avtaleverket, er at alle leger plikter å delta med mindre de har fritaksgrunn, og at legene ikke har en ubetinget rett til å delta. Kommunene kan altså stenge uegnede leger ute fra legevaktordningen.

KS samarbeider godt med Legeforeningen dersom det oppstår tvilstilfeller. I en protokoll mellom KS og Legeforeningen fra november 2011 presiseres tariffbestemmelsen om fritak fra legevakt (SFS 2305 punkt 7.3). Protokollen sier blant annet:

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

Beskrivelsen av vikarordninger er uklar og bør ses i en større sammenheng. Det er en sammenheng mellom øyeblikkelig hjelp på dagtid, kollegial fraværdekning og vikarordning. Dette er tidligere omtalt i Ot prp 99 (1998-99). Det at legen skal være ansvarlig for øyeblikkelig hjelp for sine listepasienter samtidig med at kommunen skal ha et døgnkontinuerlig ansvar etter akuttmedisinforskriften § 11 er en uklar konstruksjon. Dersom en vikarordning skal forskriftsfestes, bør det i så fall presiseres at legens plikt til å stille vikar

gjelder kortvarig fravær i forhold til avtalt åpningstid samt 8 uker grunnet ferie og videreutdanning.

#### *§ 15 Samarbeid med kommunen*

KS forutsetter at kommunen må godtgjøre møtevirksomheten. Departementets formuleringer om at basistilskuddet dekker oppgaver knyttet til listen og ikke kun faste driftskostnader skaper uklarhet. (Se våre kommentarer i avsnittet om økonomiske og administrative konsekvenser.)

#### *§ 16: Rett til å anmode kommunen å få flyttet person fra listen*

§ 5 og § 16 pålegger kommunene ansvar for å iverksette nødvendige tiltak i forbindelse med personer som utgjør en sikkerhetsrisiko. KS mener § 16 bør styrkes og gi legen rett til å kreve at en person som utgjør en sikkerhetsrisiko flyttes fra legens liste, slik det er i den danske og engelske fastlegeordningen.

### **Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav og krav til rapportering**

#### *§ 17: Krav til kvalitet*

Denne bestemmelsen sier at nasjonale faglige retningslinjer skal legges til grunn for fastlegens praksis, der dette finnes. Dette er, slik KS ser det, et grep som vil føre til at juridisk ikke-bindende retningslinjer likevel får en rettslig status, og blir reelt førende og kan danne grunnlag for pålegg ved statlige tilsyn. KS vil påpeke at det er lover, forskrifter og budsjettvedtak som kan forplikte kommunene, ikke veiledere, rundskriv, retningslinjer osv.

#### *§ 18: Brukermedvirkning*

Forskriften stiller krav til systemer for regelmessig innhenting av brukererfaringer og benyttelse av dette i virksomheten. Brukererfaringer er viktige kilder til kvalitetsforbedrende tiltak, både for fastlegetjenester og kommunenes egne tjenester. Dette vil også kunne gi viktig informasjon i samarbeidet lokalt mellom kommunene og fastlegene. KS stiller imidlertid spørsmål ved detaljeringsgraden i merknaden til bestemmelsen, som stiller krav hvor ofte og hvordan dette skal gjennomføres.

#### *§ 20: Oppsøkende virksomhet*

Ifølge forskriften må fastlegen følge opp pasienter som ikke selv tar kontakt når det påvist en lidelse som krever medisinsk oppfølging. Dette må veies opp mot riktig prioritering av legens tidsbruk og den enkeltes ansvar for egen helse. Det kan være mer naturlig at andre kommunale instanser ivaretar primærforebyggende virksomhet, som hjemmesykepleien, sosialtjenesten eller andre.

#### *§ 23: Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser*

KS går imot å forskriftsfeste detaljerte allmenne tilgjengelighetsbestemmelser og støtter derfor verken alternativ 1 eller 2. Bestemmelsen kan lett bli et virkemiddel for de relativt friske og taleføre, og oppmerksomheten rettes mot «garantibrudd» istedenfor mot kvalitet og prioritering i tjenesten. Det er den enkelte lege som må prioritere pasienter på sin egen liste etter medisinske behov, alvorlighet og kapasitet. Tilgjengelighetskravene kan lett bli et virkemiddel for de relativt friske og taleføre, og oppmerksomheten rettes mot «garantibrudd» istedenfor mot kvalitet og prioritering i tjenesten. Forslaget vil kreve en økning av personell som fordyrer driften av legekantorene.

#### *§ 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid*

Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med at kommunen skal ha en organisert øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Annet avsnitt i bestemmelsen er uklar. Er det anmodning fra legevakt utenfor normal arbeidstid som menes?

#### *§ 25: Hjemmebesøk*

KS støtter at personer på grunn av helsetilstand, funksjonsevne eller kronisk sykdom ikke kan oppsøke fastlegen selv, skal følges opp med utvidet mulighet for hjemmebesøk. Særlig skrøpelige eldre vil ha nytte av utvidet mulighet for hjemmebesøk.

#### *§ 30: Tolk*

Kommunene er i dag ikke pålagt gjennom lov- eller forskrift å bruke en kvalifisert tolk. I foreliggende forslag pålegges fastlegen å ha kvalifisert tolk ved behov. Denne bestemmelsen vil derfor føre til merkostnader. Departementet mener at dette er basert på en internasjonal forpliktelse, og at kostnadene for fastlegene og kommunene derfor ikke må kompenseres. Etter KS' vurdering er dette et sviktende argument. Alle statlige pålegg overfor kommunesektoren må fullfinansieres, uavhengig av hva som er bakenforliggende årsak.

#### *§ 31 Krav til rapportering*

KS støtter at det stilles krav om rapportering fra fastlegen, men er kritisk til det departementet sier i merknadene til bestemmelsen: «*Det presiseres i bestemmelsen at det er kommune og stat som sammen, eller hver for seg, definerer hva som er nødvendige styrings- og kvalitetsdata.*» KS understreker at det vil være svært uheldig dersom staten på egenhånd definerer hva som er nødvendige data. KS forutsetter å bli involvert i arbeidet med kvalitetsrapporteringssystem som Helsedirektoratet skal utarbeide. Etter KS' syn bør de sentrale partene i fastlegeordningen i fellesskap drøfte hvilke data som skal avgis. Det er en forutsetning at systemene for kvalitetskontroll og rapportering oppfattes som nyttige av både fastleger og kommuner og blir mest mulig automatiserte slik at arbeidet kan skje effektivt.

### **Kapittel 5. Fastlegeavtalen**

#### *§ 32 Fastlegeavtale*

KS mener det er unaturlig å forskriftsfeste innholdet i individuelle avtaler. I dagens system er det laget en mal for individuelle avtaler som er vedlegg til rammeavtalen ASA 4310. Ved å løfte dette opp i en forskrift inviteres det til en tvisteproblematikk som er vanskelig å håndtere, se våre kommentarer til § 33.

#### *§ 33: Reforhandling av fastlegeavtalen*

KS mener det er lite hensiktsmessig å forskriftsfeste bestemmelser om reforhandling av en individuell avtale. Hvis partene er uenige er det ingen tvistebestemmelse, heller ikke innenfor dagens avtalebaserte system. Grunnen er at tvister for eksempel om endret lokalisering og åpningstid er *interessetvister*, som i prinsippet verken kan løses i domstol eller i nemnd/voldgift med mindre partene avtaler det.

Legeforeningen har signalisert at det kan bli nødvendig å si opp alle individuelle avtaler til reforhandling når den nye fastlegeforskriften trer i kraft. Etter KS' oppfatning har det aldri vært systemets hensikt at legenes individuelle avtaler opphører av seg selv på grunn av

endringer i lov, forskrift eller avtaler. Tvert imot henviser de individuelle avtalene til at kommunens og legens plikter og rettigheter følger av de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, og avtaleverk. Opphør av individuelle avtaler skjer kun ved at kommunen aktivt sier dem opp, hvilket krever saklig oppsigelsesgrunn etter lov- og avtaleverk, eller at legene selv gjør det.

*§ 36: Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk*

KS støtter forslaget om å gi kommunen mulighet til å holde tilbake hele eller deler av basistilskuddet ved brudd på forskrift eller avtaler. Dette gir kommunen en annen sanksjonsmulighet enn å måtte si opp fastlegeavtalen. Bruk av sanksjoner er imidlertid et alvorlig inngrep i en privat praksis, og KS understreker at sanksjonering kun vil være aktuelt for de få fastlegene som ikke følger forskrift og avtaler på tross av gjentatte henvendelser fra kommunen. Nærmere kriterier for håndteringen av sanksjonsmuligheten vil være et naturlig tema å ta opp ved reforhandlinger av rammeavtalen (ASA 4310).

KS vil imidlertid gjøre oppmerksom på at brudd på forskrift eller avtaler også kan tvistes på etter tvistebestemmelsene i rammeavtalen. Ved å innføre denne nye sanksjonsmuligheten vil det oppstå en avgrensingsproblematikk. KS forutsetter at Fylkesmannen kun skal avgjøre tvister ved bruk av sanksjoner etter § 36. Det kan ikke være slik at Fylkesmannen skal avgjøre enhver tvist om mislighold av fastlegeforskrift, rammeavtale eller individuell avtale.

*§ 37 Listelengde*

KS mener partene i fastlegeordningen bør diskutere fastlegenes listelengde med utgangspunkt i oppgavene som skisseres i forskriften.

*§ 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister*

KS foreslår at første avsnitt tas ut. Dette er en bestemmelse som kun var aktuell i oppstarten av fastlegeordningen.

Med vennlig hilsen

  
Sigrun Vågeng  
Administrerende direktør

  
Helge Eide  
Områdedirektør