

HØRINGSUTTALELSE FRA MELAND KOMMUNE – REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT

Meland kommune (MK) har drøftet forslag til revidert fastlegeforskrift, og ønsker høringsuttalelse i saken.

Fastlegeordningen er idag tuftet på et formalisert trepartsamarbeid mellom Staten, legeforening, med en finansieringsmodell der både kommune, stat og pasientene t MK beklager at denne ordningen ikke er videreført i det forslaget som foreligger t fastlegeforskrift. MK kan ikke slutte seg til forslaget til revidert fastlegeforskrift s foreligger.

Generelt - Meland kommune (MK) mener:

- Det er viktig at vi har et sterkt offentlig helsevesen med lik tilgang til gode helse befolkningen.
- At fastlegeordningen, og enhver innbyggers rett til å stå på listen til en definert l organisering av allmennlegetjenesten.
- Fastlegeordningen må organiseres, dimensjoneres og følges opp på en måte som tilgjengelig og god kvalitet.
- Fastlegene er en del av primærhelsetjenesten som kommunene har ansvar for. F kommunen må derfor ha stor innflytelse på praktiseringen av ordningen. Kommu bl.a. de lokale samarbeidsutvalgene mye kompetanse og erfaring med utvikling a fastlegeordningen. Disse erfaringene må brukes videre i utvikling og forbedring.
- At god allmennmedisin innebærer tett oppfølging av pasienter med særskilte t f.eks. tilbud om akuttimer, hjemmebesøk der det er medisinsk nødvendig, som op dårlige kreftpasienter, personer med rus- / psykiatriske lidelser, andre grupper n sykdommer. Dette innebærer at tilgangen til tjenester også må styres etter medisin
- At god allmennmedisin innebærer at legen kan delta i tverrfaglige møter med sa NAV og kommunen.
- At et godt samarbeid mellom fastlegene og kommunen må prioriteres høyt.
- At utvikling av fastlegetjenesten skal følge av lokale behov, vel så mye som syk avlastning.
- At fastlegeordningen i hovedsak har fungert etter intensjonene.
- At nødvendige endringer i fastlegeordningen må gjennomføres som en viderefø trepartsamarbeid mellom Staten, KS og Den norske legeforening.

Generelle merknader til revidert fastlegeforskrift:

- **Slik MK ser det virker høringsutkastet urealistisk.** Store krav til fastleg framover krever en nasjonal plan for opptrapping og finansiering.
- **Forskiiftsforslaget framstår som usosialt,** og uegnet som virkemiddel ti helseforskjeller. Det er bekymringsfullt at kravet til service og tilgjengelig kravene til faglig prioritering. Alt er ikke like viktig i primærhelsetjeneste

- **Forskriften kan lett dreie forbruket av legetjenester fra de sykeste til ressurssterke brukerne.** MK ser ikke hvorfor det f.eks. skal være lettere for relativt friske brukere, mens det ikke settes klarere normer for legetjenester for de sykeste.
- **Rekruttering.** Lengre pasientlister og mer omfattende plikter fryktes å føre til rekrutteringsproblemer, spesielt i distriktene.
- **Deler av høringsforslaget kan lett oppfattes som konfliktskapende.** MK har hatt et godt samarbeid med fastlegene. Det har vært få konflikter som ikke innen rammen av dialog.
- **Kommunene bør settes i bedre stand til å løse nødvendige og prioriterte oppgaver.** MK har ikke hatt problemer med å rekrutere leger til offentlig legearbeid. av økonomiske grunner ikke vært i stand til å tilby mer offentlig legearbeid.
- **Helfo bør overta innkreving av egenandeler fra pasientene.** Dette lar seg gjøre etter at det ble etablert elektronisk trygdeoppgjørene fra alle fastlegene. Det opp med HOD tidligere, men blitt avvist pga prinsippet om at egenandelen skal nær bruker. Likevel er innkreving av egenandel og kontantomsetning i dag aktivitet på alle landets legekontor. Det har heller ikke vært mulig for storhelsetjenester å kjøpe frikort i begynnelsen av året. Å la Helfo overta innkreving vil kreve noen årsverk i Helfo, men vil umiddelbart frigjøre store arbeidsressurser på alle landets legekontor til å ta flere telefoner og øke legenes arbeid.
- **Frafall av fastleger?** Gjennom mediene er det kommet fram at mange fastleger fortsetter uten fastlegeavtale dersom nåværende forslag går gjennom. Kommunen er usikker. Det vil være et visst marked for avtaleløse leger, spesielt i strøk. En god fastlegeordning er ryggraden i norsk helsetjeneste og en forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen.

Forskriften med kommentarer

Kapittel 1. Formål og definisjoner

§ 1 Formål

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlege tjenester av god kvalitet til rett tid.

§ 2 Definisjon

Fastlege: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, om legen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale: En individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.

§ 3 Det kommunale ansvar for allmennlegetilbudet

Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen får nødvendige allmennlegetjenester.

Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om å sørge for nødvendige allmennlegetjenester.

§ 4 Det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det får plass på fastleges liste.

Kommunen skal inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i fastlegeordningen. Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen.

MK mener:

Meland kommune har helt siden etablering av fastlegeforskriften hatt flere pasienter enn innbyggertallet. I tillegg til den store folkeveksten, har dette medført vedvarende kapasitetsproblemer. Fulle lister i bl.a. Lindås kommune og Bergen nord medfører at kommunens fastleger yter tjenester til innbyggere fra andre kommuner. Dette bør klart å løse fullt ut ved interkommunalt samarbeid. Likevel er retten til fritt valg også over kommunegrensene, et grunnleggende prinsipp.

Departementet bør vurdere å forskriftsfeste at alle kommuner som minimum skal ha tilstrekkelig listekapasitet tilsvarende kommunens innbyggertall til en hver tid. Det etableres en statlig tilskuddsordning for kommuner med større faktisk listeinnbyggertall.

§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med personer som utgjør en sikkerhetsrisiko, herunder vurdere å flytte ut av listen de listeinnbyggere som fremviser truende eller voldelig adferd overfor fastlegen eller dennes familie. Før et vedtak om å flytte en listeinnbygger treffes, skal kommunen ha forsøkt andre tiltak.

Kommunen må ha et system for ivaretagelse av allmennlegetjenester til innbyggere som ikke er på liste mot sin vilje.

MK mener:

Det er positivt at det åpnes for en slik mulighet.

§ 6 Kommunens ansvar for informasjon

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, herunder om hvilke leger som deltar i ordningen og hvem som har rett til fastlege.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Kommunens ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, gjelder all allmennlegevirksomhet, herunder legevaktstjenesten. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansett eller av det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene. Kommunen er ansvarlig for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen jf. §§ 17 - 30.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Kommunen skal legge til rette for et samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige omsorgstilbud. Dette skal ivaretas blant annet ved utarbeidelse av skriftlige rutiner for samarbeidet. Kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialist-helsetjenestene.

§ 9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege m.m.

Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter fastsettelse av statstilskudd til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser og refusjon fra trygden for utført arbeid.

Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger. Gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. 106 Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per capita-tilskuddet for fastleger og referanseliste og per capita-tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Kapittel 3. Fastlegen

§ 10 Fastlegens listeansvar

Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

Allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i listeansvaret. Listeansvaret omfatter også øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på listen i åpningstid. Fastlegen skal skrive ut helseattester og gi opplysninger som er nødvendige ved søknad om trygde- og sosialytelser.

§ 11 Fastlegens listeansvar ved fellesliste

Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Ved fulltids praksis plikter fastlegen å delta inntil 7,5 timer per uke i annet allmennle pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgav avtales deltakelse utover dette timeantallet, dersom kommunen og fastlegen blir enige 32 tredje ledd.

Kommunene står fritt til å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal ivaretas inn timene. Allmennlegearbeid som kommunen kan forplikte fastlegen til å utføre, er bla:

- Allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Allmennlegearbeid ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner
- Veiledning av turnusleger og kandidater som gjennomfører veiledet tjeneste, av medisinstudenter
- Medisinskfaglig rådgivning
- Kapasitet til å utføre en gitt mengde konsultasjoner for personer som ikke om listeansvaret
- Plan og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

MK mener:

- Medisinsk-faglig rådgivning og plan- og utredningsarbeid ivaretas pr i dag av kommuneoverlegene. MK kan ikke at det er hensiktsmessig å pålegge andre leg funksjonene. Samfunnsmedisin er et eget medisinsk fagfelt. Å pålegge slikt arbe leger uten samfunnsmedisinsk kompetanse virker lite gjennomtenkt. Kommune ha kommuneoverlege, og kommuneoverlegene er tiltenkt en viktig koordineren samhandlingsformen.

- I kommuner der rekruttering kan være vanskelig bør flere kommuner kunne s en slik stilling. Evt bør det inngås et samarbeid med fylkeslegene og de samfunn foreningene om rekruttering til fagfeltet og nødvendige videre- og etterutdanning

- Å ansette leger til å utføre konsultasjoner for de som ikke har fastlege i komm fornuftig. Det forutsettes at Staten dekker disse kostnadene gjennom refusjonso Normaltariffen.

De fleste personer som står utenfor fastlegeordningen har valgt dette selv. Disse seg inn igjen når de måtte ønske, evt benytte private legetjenester. Det må ikke kommunen får ekstra kostnader for behandling av disse. Andre personer som o midlertidig i landet, som turister, gjestearbeidere m.v., vil normalt være dekket legevaktsordningene.

§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger

Fastlegen plikter å delta i:

- a. Kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevak

Deltakelse i kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og vikarordning for dekn kommer i tillegg til annet legearbeid kommunen kan forplikte fastlegen til å utføre, jf Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav tilfeller:

- a) når legen er over 60 år
- b) når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det
- c) for gravide i de 3 siste måneder av svangerskapet og kvinner som ammer, eller når til hinder for deltakelse.

Kommunen kan gjøre avtale med fastleger om deltakelse i rådgivning, opplæring, vei bakvakter utover angitt aldersgrense.

MK mener:

Det er lagt opp til at aldersgrensen for rett til fritak fra legevakt økes fra 55 til 6 utredes nærmere hvilke følger dette kan få for seniorlegers deltakelse i fastlegeo rekruttering til nye fastlegehjemler i distriktene.
Slike særaldersgrenser hører vanligvis hjemme i tariffsystemet.

§ 14 Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon

Blir en person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusj organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 10 til institusjonen. Vedkommende stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennleg denne ved utskrivning.

Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhån skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i helsepersonelloven § 45.

§ 15 Samarbeid med kommunen

Legen plikter å delta i nødvendige møter med kommunen med det formål å drøfte le i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

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

En fastlege kan anmode kommunen om å få flyttet en person fra sin liste dersom per fremsatt alvorlige trusler eller har opptrådt voldelig overfor fastlegen, dennes medar dennes familie.

Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

§ 17 Krav til kvalitet

Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Nasjonale faglige skal legges til grunn for fastlegens praksis der slike finnes.

Fastlegen skal i sin virksomhet tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser. De blant annet at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til på

MK mener:

Dette er positivt. Det forutsettes at det tilføres økte midler til kompetanseheving videreutdanning gjennom legeforeningens utdanningsfond og/eller gjennom Helse- og Fylkesmennene.

§ 18 Brukermedvirkning

Fastlegen skal ha et system for å innhente bruker- og pårøndererfaringer regelmessig resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten.

§19 Oversikt over listeinnbyggerne

Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, ha oversikt over tjenestelegemiddelbruk til innbyggerne på egen liste, og over tjenester disse mottar i kommunale omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbyggere på listen som;

- a. benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske
- b. har flere kroniske lidelser der tett og koordinert oppfølging er nødvendig,
- c. på fast eller langvarig basis er forhindret fra å kunne få dekke sine behov for legeoppmøte i fastlegekontorets lokaler eller
- d. har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.

MK mener:

- Fastlegen får en omfattende plikt til oversikt over sine listeinnbyggere. MK ser lite poeng i at hver enkelt lege har slik oversikt hvis ikke slik informasjon gruppebasis kan benyttes av kommunen, f.eks. i forbindelse med lokale helseplaner. Dette krever standardisering av informasjon, med bl.a. fornuftig uttrekk fra de pasientjournalene. Dette krever nasjonal standard og finansiering. Det bør gjennomføres i utvalgte kommuner før dette iverksettes nasjonalt.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Fastlegen som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk. Dette gjelder kun pasienten har en påvist lidelse der det fra en medisinsk vurdering er behov for behandling og oppfølging.

§ 21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal koordinere forebyggende tiltak, undersøkelse, behandling og medisinske og være pasientens faste kontaktpunkt gjennom hele forløpet.

Fastlegen skal være tilgjengelig for og selv ta initiativ til nødvendig samarbeid med listeinnbyggere med andre tjenesteytere, herunder arbeids- og velferdsetaten.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal han eller hun informeres om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal aktivt medvirke ved utarbeidelse, revisjon og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste, herunder delta på tverrfaglige møter.

MK mener:

MK mener at kommunen primært skal ansvar for koordinering av tjenester. Det er ikke en næringsdrivende lege, gjerne ikke tilknyttet kommunens datasystemer, som skal bære ansvaret.

§ 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. Dette skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.

MK mener:

Dette er allerede en sentral del av dagens fastlegetjeneste, og det er uklart hvorfor dette ikke er forskriftsfestet. Hvis HOD tenker at legene skal drive mer primærforebygging, må dette i så fall ikke finansieres gjennom normaltariffen. Disse tiltakene må finansieres fra Staten.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Alternativ 1

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Sys-

Alternativ 2

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besv. minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 5. arbeidsda bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.

MK mener:

Det må presiseres hva som mener med "alle typer henvendelser".

Meland kommune har flere fastlønnede leger, og det må påregnes økte kostnader kommunen å ved bedre tilgjengeligheten på telefon. Kommunen har også andre utfordringer når det gjelder å finne midler til helsetjenester. MK ligger lavt på fysioterapitjenester, helsestasjonstjenester og sykehjemsdekning. De siste årene avviklet deltaking i bl.a. jordmorvakt og ungdommens helsestasjon pga presset i Kommunen bør ha frihet til selv å avgjøre hvorvidt man skal satse på bedre service telefonen på legekantorene framfor grunnleggende helsetjenester for de som tre

Det ansees urealistisk å til en hver tid få time innen f.eks. 2 eller 5 dager. Dette k gjelde dersom det er medisinsk nødvendig. I praksis vil forslaget medføre at legi sette opp kontroller fram i tid. Det vil bl.a. bli vanskeligere å følge opp kroniker for faste tilsyn. Denne typen rene servicekrav vil vanskeliggjøre kommunenes folkehelseoppdrag, inkludert plikten til å arbeide for utjevning av sosiale helsef

Økt tilgjengelighet på lege for alle typer konsultasjoner vil lett føre til økt forbr og økte kommunale kostnader uten at de svakeste gruppene blir prioritert.

Det er problematisk at man skal prioritere helsekontroller hos friske personer i person med alvorlig sykdom.

Timebestilling pr epost og sms er positivt. Pr i dag er det ikke etablert sikre løsi av epost. Dette må løses nasjonalt. Det forutsettes at Staten tar et hovedansvar i pilotering og finansiering av slike løsninger. Løsningene må være kompatible m pasientjournal.

§24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggere øyeblikkelig hjelp og dersom det medisinske behovet tilsier det.

Ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier d være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dett slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom kommune og fastlege

§ 25 Hjemmebesøk

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen

- a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på le det er behov for legekonsultasjon
- b) med kronisk sykdom når hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier det.

MK mener:

Dette er i tråd med ønskelig praksis. Men Staten har selv strammet inn regelverket for hjemmebesøk gjennom strengere føringer for refusjon etter Normaltariffen. Le rapporterer at de ofte ikke kan reise i hjemmebesøk pga at regelverket er streng tidligere.

Utstrakt bruk av hjemmebesøk krever finansiering gjennom Normaltariffen. Da styrkes tilsvarende, og reglene for hjemmebesøk må mykes opp.

Kommunen fikk for noen år siden ansvar for utgifter til transport av helsepersonell. D leger skal reise mer i sykebesøk vil det generere økte utgifter for kommunen. D bør Staten ta, enten ved økte rammeoverføringer til kommunene, eller ved at H direkte reiseregningene fra helsepersonell, slik det var tidligere.

Det må presiseres hvordan hjemmebesøksplikten skal praktiseres for innbyggede fastlege utenfor kommunen, og i så fall hvordan reiseutgifter skal dekkes.

I byene vil det oppstå særskilte problemer knyttet til transport, parkeringsprol

§ 26 Henvisningspraksis

Fastlegen skal ved behov henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten, og til l helsetjenester. Henvisninger skal understøtte faglig riktig oppgavefordeling og god mellom behandlingsnivåene i tråd med regelverk og lokale avtaler. Fastlegen skal gi mottaker av henvisningen nødvendig informasjon slik at pasienter forsvarlig behandling. Fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om retten sykehusvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1, 2-2 og 2-4.

§ 27 Legemiddelforskrivning

Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen sar og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert. Pasienter skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis legemiddelbruken endres. En oppdater skal også sendes helse- og omsorgstjenesten dersom disse har ansvar for pasienten

MK mener:

For at dette punktet skal oppfylles kreves særskilte tiltak i kommunikasjonen mellom NAV og sykehus og andre institusjoner. Oppdatert medisinske liste, eventuelt epikrise eller polikliniske kontroller, må sendes fastlegen samme dag som pasienten skrives ut på kontroll.

§ 28 Sykefraværsoppfølging

Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere. Fastlegen skal aktivt støtte listeinnbyggere i egenmestring slik at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes.

MK mener:

Skal man lykkes i sykemeldingsarbeidet må samarbeidet bli tettere mellom lege og arbeidsgivere. De fleste gode løsninger må finnes på arbeidsplassen.

Pr i dag er regelverket til hinder for godt samspill. Det bør etableres takst for legehjelp i forbindelse med samhandlingen med arbeidsgiver.

Legene melder ofte tilbake at NAV ikke følger opp kommentarer eller forslag på sykemeldingene, og at saksbehandlere er vanskelig å få tak i.

Departementet bør vurdere å legge til rette for at NAV i hver enkelt kommune inngår samarbeidsavtale med fastlegekorpsene i den enkelte kommune.

§ 29 Elektronisk pasientjournal m.m.

Fastlegens elektronisk pasientjournalssystem skal være innrettet slik at det til enhver tid oppfylles myndighetsbestemte krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern. Fastlegen skal være tilknyttet Norsk Helsenett SF. Det elektroniske pasientjournalssystemet skal være innrettet slik at det støtter sending og mottak av elektroniske meldinger. Fastlegen skal ha tilgang til sertifikater for kryptering og signering av meldinger.

Det gjøres unntak fra første, hva angår elektronisk journalssystem, og andre ledd for så langt det er inn under unntaket i forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746.

MK mener:

Nye funksjoner i journalssystemene skal finansieres av den som krever endringer.

§ 30 Tolk

Fastlegen skal benytte kvalifisert tolk ved behov. Når det gis skriftlig informasjon til pasienten skal dette tilpasses mottagers forutsetninger.

§ 31 Krav til rapportering

Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Kommunen definerer hvilke data som skal avgis.

De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter forskrift.

MK mener:

Den etat som krever data til styrings- og kvalitetsformål har ansvar for finansiering av både datakostnader og arbeidstidskostnader.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

§ 32 Fastlegeavtale

Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Avtalen gjelder også om fastlegen arbeider i en gruppepraksis eller er del av en fellesliste.

Avtalen skal regulere åpningstid, listelengde og lokalisering.

Avtalen skal omfatte eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen utover det som framgår av listeansvaret, jf. § 12.

Avtalen bør regulere hvordan fastlegen kan bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

§ 33 Reforhandling av fastlegeavtalen

Avtalen kan reforhandles årlig dersom en av partene ber om det.

§ 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, eller når kommunen har fått innvilget søknad om ny legehjemmel.

Overtar en ny fastlege praksis fra en fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, skal kommunen sørge for at listen over personer overført til den nye fastlegen. Kommunen skal gjøre personene i listen oppmerksomme på dette, og på retten til å skifte fastlege etter § 5, i forskrift om pasientrett til fastlegeordningen.

Dersom det er påkrevet for å sikre driften i en ny fastlegepraksis, kan kommunen overføre personer til den nye listen:

a) Nytilmeldte uten oppgitt legeønske.

b) Personer fra liste hvor det er foretatt reduksjon etter § 39, og som ikke har skiftet

Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på 6 måneder. Oppsigelse fra kommunen må være saklig begrunnet. Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med umiddelbar virkning. Den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan i særlige tilfeller inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over 70 år, dog ikke etter at legen er fylt 75 år.

Avtalen bortfaller med umiddelbar virkning når legen ikke lenger har autorisasjon som fastlege. Hvis legens autorisasjon er suspendert, kan legen innta vikar inntil saken er avgjort av tilsynsmyndigheten.

MK mener:

Revidert fastlegeforskrift er såvidt omfattende at status for eksisterende fastlegeavtaler avklares. Høringsforslaget betyr at Staten i praksis opphever eksisterende avtaler mellom kommunene og fastlegene. Hvordan skal dette løses i praksis?

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

Ved brudd på bestemmelser i denne forskrift, rammeavtalen mellom KS og Legeforening eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig. Frist for retting av forholdet skal minimum settes til en måned.

Dersom forholdet ikke er rettet innen fastsatt frist, kan kommunen holde tilbake hele det månedlige per capita-tilskuddet.

Ved retting av forholdet utbetales fullt tilskudd. Tilbakeholdt tilskudd i bruddperiode kan fastlegen be om tilbakeholdt tilskudd. Dersom fastlegen bestrider at det foreligger et brudd, jf. første ledd, kan fastlegen på anmodning om avgjørelse om å holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet til Fylkesmannen i fylket. Fylkesmannen avgjør spørsmålet om det foreligger brudd på fastlegeforskriften eller rammeavtalen mellom KS og legeforeningen eller individuell avtale.

MK mener:

- Tilbakeholding av tilskudd er et alvorlig virkemiddel som kan medføre driftsstop for en fastlegepraksis, og i verste fall sammenfall av en praksis. Det må i så fall være en klar sammenheng mellom forskriftsbrudd og sanksjon, slik at dette ikke slår skjeivt ut.
- Slik ordningen er formulert virker den unødig konfliktskapende.
- I Meland er 5 av 7 fastleger fastlønnet. Hvordan skal denne typen sanksjon håndteres?
- Krav om retting bør få tilslutning i det lokale samarbeidsutvalget før kommunen kan iverksette tilbakeholdelse av tilskudd.

Kapittel 6. Fastlegens lister

§ 37 Listelengde

Kommunen kan kreve at antallet listeinnbyggere på fastlegelisten er 1500 ved fulltidsvirksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig.

MK mener:

Det er ikke realistisk at legene skal ha lengre lister, samtidig med mer omfattend Gjennomsnittlig listelengde i landet per i dag er 1150, omtrent som i Meland kon leger i full stilling.

Det må presiseres at det kan inngås kortere lister enn 500 i ulike tilfelle, som f.ek kommuneoverleger.

§ 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister

Dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som e skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal p listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense organ Helsedirektoratet bestemmer foreta et tilfeldig utvalg.

Ved etablering av liste hos fastleger som er samisktalende, og som praktiserer i forva for samisk språk, skal samisktalende ha fortrinnsrett til å stå på listen.

§ 39 Reduksjon av liste

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold avtale, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket. Krav om nedjustering ska kommunen med 6 måneders frist.

Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til ved fastlege. Ved listereduksjon holdes familie registrert bosatt i samme husstand samlet

Kapittel 7. Særlige tiltak ved legemangel

§ 40 Suspensjon

Fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeor Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er gru kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre i Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjeneste i suspensjonspe løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter helse- og omsorgstjenestelover nr. 1 og § 3-3 1. og 2. ledd.

Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen.

Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til c

Kapittel 8. Ikrafttredelse

§ 41 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra det tidspunkt departementet bestemmer. Departementet k bestemmelser i forskriften i kraft til forskjellig tid.