



A-rundskriv nr.: A/3-2023
Dokument nr.: 23/03316-1
Arkivkode:
Dato: 29.06.2023
Saksbehandler: Anne Tøndevold

Til: Kommunen

ASA 4301 Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (statsavtalen)

Dette rundskrivet avløser A-rundskriv 5/2022.

Ny avtaleperiode er 1. juli 2023 til 30. juni 2024.

Det er fra 1. mai 2023 innført pasienttilpasset basistilskudd.
Fra 1. juli 2023 utgjør nasjonal gjennomsnittssats 841,8 kroner.

ASA 4301 er ingen tariffavtale, og må derfor vedtas av hver enkelt kommune. Vedtak kan gjøres administrativt. Uansett skal kommunene utbetale basistilskudd umiddelbart.

Hege Mygland
avdelingsdirektør

Anne Tøndevold
spesialrådgiver

Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)
Vedlegg II: Protokoll 28. juni 2023
Vedlegg III: Protokoll EPJ-løftet 21. juni 2023

Vedlegg I

**AVTALE MELLOM STATEN VED HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET, KS OG DE REGIONALE
HELSEFORETAKENE PÅ DEN ENE SIDEN OG DEN NORSKE
LEGEFORENING PÅ DEN ANDRE SIDEN OM ØKONOMISKE
VILKÅR FOR ALLMENNLEGER MED KOMMUNAL
FASTLEGEAVTALE OG LEGESPESIALISTER MED
AVTALEPRAKSIS**

GENERELLE BESTEMMELSER

1.1 Forankring mv.

Denne avtalen er inngått under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 med tilhørende forskrifter.

1.2 Virkeområde

Denne avtalen omfatter økonomiske vilkår for leger i fastlegeordningen, bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert.

Avtalen omfatter også bestemmelser om driftstilskudd for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

Avtalen omfatter bestemmelser om honorartakster for allmennleger og for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

1.3 Partsforhold

Parter i denne avtalen er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeforening på den andre siden.

1.4 Andre avtaler

Det er inngått rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om drift av allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (kommuneavtalen). Avtale er også inngått mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

Det er også inngått tariffavtale for allmennleger innenfor fastlegeordningen som har ansettelsesforhold i kommunen.

Det er inngått rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Denne avtale og sentral kommuneavtale skal ved senere revisjon søkes forhandlet og tatt stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

1.5 Varighet mv.

Denne avtalen gjelder fra 1. juli 2023 til 30. juni 2024.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 28. juni 2023.

ALLMENNLEGER

2.1 Basistilskudd for allmennleger

Kommunen utbetaler næringsdrivende fastleger basistilskudd per registrert person på legens liste. Det er fra 1. mai 2023 innført pasienttilpasset basistilskudd. Fra 1. juli 2023 utgjør nasjonal gjennomsnittssats 841,8 kroner.

Kommunen betaler grunntilskudd for fastlegeavtaler i næring med en liste under 500 listeinnbyggere, forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet er knyttet til en fastlegeavtale. Grunntilskuddet utgjør basistilskuddet svarende til en fastlegeliste med 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet kan mottas i inntil to år fra fastlegeavtalen er inngått. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd dersom dette gir bedre uttelling enn pasienttilpasset basistilskudd for den aktuelle fastlegelisten. Dersom fastlegeavtalen i løpet av de to årene får en listelengde større enn 500 listepasienter utbetales basistilskudd i stedet for grunntilskudd. Grunntilskuddet blir beregnet med den nasjonale gjennomsnittssatsen.

2.2 Basistilskudd i kommuner med under 5000 innbyggere

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200. Utjamningstilskuddet beregnes med utgangspunkt i nasjonal gjennomsnittssats. Satsen ganges med differansen mellom avtalt referanseliste (1200) og gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i kommunen.

Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

2.3 Listeregulering

2.3.1. Eventuell endring av listetak som kan pålegges etter § 12 a i fastlegeforskriften

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er fastsatt i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk.

Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring.

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

Protokolltilførsel: Fra statens side legges det til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd bokstav a, ikke vil bli gjort uten at Den norske lægeforening og KS gir sin tilslutning.

2.3.2. Åpning av lukkede lister

Lister som er lukket, åpnes automatisk når antallet på listen faller til 10 under det tak som er satt for praksisen. Legen skal få melding når listen lukkes eller åpnes.

2.4 Godtgjørelse til leger ved suspensjon av fastlegeordningen

Leger i kommuner der fastlegeordningen er suspendert godtgjøres med et tilskudd fra kommunen på kroner 813 140 per år for fullt kurativt årsverk. Tilskuddet avkortes i forhold til eventuelt redusert kurativt arbeidstid. Leger som ved suspensjon er fastlege i kommunen skal likevel ikke ha lavere tilskudd per måned enn gjennomsnittlig basistilskudd de siste tre månedene før suspensjonen.

For øvrig kan legen kreve honorartakster i henhold til punkt 4.1 i denne avtalen.

For å få kommunalt tilskudd må legen ha avtale med kommunen. Avtalen mellom KS og Den norske legeforening om drift av fastlegepraksis skal gjelde så langt det passer.

DEL III SPESIALISTER MED AVTALEPRAKSIS

3.1 Driftstilskudd for leger med driftsavtale med de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene yter driftstilskudd til leger med avtale om avtalepraksis, jf. rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Driftstilskuddet betales etter følgende skala:

| Klasse | Beløp per år fra 1. juli 2023 |
|--------|-------------------------------|
| 1 | kroner 1 093 100,- |
| 2 | kroner 1 270 150,- |
| 3 | kroner 1 627 900,- |

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist.

Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter legens avtalte tid for behandlende virksomhet i privat praksis. Det kan ikke inngås driftstilskuddsavtaler som utgjør mindre enn 1/5 av fullt driftstilskudd. Nærmere bestemmelser i forbindelse med driftstilskuddet er gitt i avtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Når de regionale helseforetakene setter som vilkår at avtalepraksisen skal utøves fra flere kontorsteder, fastsettes kompensasjonen for dokumenterte merkostnader etter drøftinger mellom foretaket og den enkelte spesialist.

DEL IV HONORARTAKSTER OG TILSKUDD TIL FELLESFORMÅL

4.1 Honorartakster

Leger med fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene kan kreve honorarer i henhold til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gjeldende fra 1. juli 2022, jf. vedlegg.

Legene skal ha oppslag som viser prisene for de enkelte tjenester, på venteværelse eller annet sted som er lett synlig for pasienten. Med pris menes den egenandel pasienten selv skal betale. Pasientene skal uoppfordret gis kvittering hvor prisene på de enkelte tjenester er spesifisert.

4.2 Tillegg for leger med særlig høy husleie

Leger som i henhold til tidligere avtale om driftstilskudd og takster har fått tilskudd for særlig høy husleie, beholder tilskuddet som en personlig ordning så lenge legen fortsatt driver fra samme lokaler. Ved flytting til andre lokaler bortfaller tilskuddet.

Høyt tilskudd utgjør kr. 25 000,- per år og lavt tilskudd utgjør kr. 15 000,- per år. Tilskuddet reguleres ikke.

4.3 Tilskudd til fellesformål

Folketrygden yter i perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024

- 58 875 000 kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger,
- 48 535 000 kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I),
- 56 043 000 kroner til Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II),
- 33 743 000 kroner til Fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III),
- 13 746 000 kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet,
- 45 832 000 kroner til Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus,
- 19 278 000 kroner til Allmenmedisinsk forskningsfond.

DEL V FELLES MÅL FOR TJENESTER OG LØSNINGER

5.1 Krav til IKT-systemer i legepraksis

Med de unntak som følger av forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746 skal alle legekontor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ- systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).
- Alle legekantor skal oppfylle "Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren", gjeldende pr 1. juli 2011.

5.2. Drøfting

Partene drøfter videreutvikling av IKT systemer i legepraksis i forbindelse med årlig revisjon av statsavtalen.

Oslo, 29. juni 2023

Helse- og omsorgsdepartementet Den norske legeforening

KS De regionale helseforetakene

Avtalen er "elektronisk signert", jf. e-poster med tilsagn om dette fra partene.

Vedlegg

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, med virkning fra 1. juli 2023.

Vedlegg II

Protokoll

Det er i perioden 15. mai – 21. juni ført forhandlinger mellom staten, KS og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske legeforening på den andre side om revisjon av avtalen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024.

Tilstede på ett eller flere møter:

Staten, KS, de regionale helseforetakene:

Øystein Sand, Olav Johan Gjestvang, Pia Braathen Schönfeldt, Anne-Cathrine Haug Jørgensen, Torill Berge Flatabø, Erlend Elde, Karoline Kongshaug, Anne Tøndevold, Anne Jensen, Ola Jøsendal, Gry Jerijervi, Ane Gjølberg Lie (Helsedirektoratet), Anne Cecilie Holther-Sørensen (Helsedirektoratet).

Den norske legeforening:

Anne-Karin Rime, Nils Kristian Klev, Ole Johan Bakke, Erik Dyb Liaaen, Yngvild Skåtun Hannestad, Peter Christersson, Marit Karlsen, Hanne Riise-Hanssen, Pål Alm-Kruse, Jørgen Hellwege.

Partene er enige om følgende:

1. Honorartakster, driftstilskudd og avsetninger til fond reguleres samlet med 6,96 pst. per 1. juli.
2. Innenfor rammen spesifisert i punkt 1 avsettes det 4 mill. kroner til det sk. premieruleringsfondet.
3. Partene inngår egen protokoll vedr. EPJ-utvikling. Det vises til "Protokoll: EPJ-løftet" datert 21. juni 2023.
4. Partene skal i god tid før forhandlingene i 2024 diskutere behov for utvikling og endringer i innretningen av takster for avtalespesialister. Det skal i vurderingene legges vekt på god faglig praksis og etablerte faglige retningslinjer. Det

vises også til punkt 5 i denne protokollen.

5. Partene skal gjennomgå honorartakstene for psykiaterne, med sikte på å tilrettelegge for hensiktsmessige takster og god praksis. Det vises til punkt 4 i protokollen. Partene skal i dette arbeidet prioritere kartlegging av eventuelle konkrete utfordringer ved bruken av takstene 621 og 624, med sikte på en avklaring og omforent tekstforståelse innen 1. januar 2024.
6. Dersom fastlegen gjennomfører eller svarer på skriftlig e-konsultasjon etter klokken 16 kan det kreves høyere egenandel enn dersom e-konsultasjonen er gjennomført på dagtid. I regelverket er det siden 2020 fastsatt at pasienten skal samtykke til dette, jf. merknad D1 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Fra 1. juli 2024 vil regelverket spesifiseres til å innebære et informert samtykke fra pasientens side. Dette innebærer at pasienten skal ha samtykket til at egenandelen vil være høyere dersom e-konsultasjonen er etter klokken 16 eller legen svarer pasienten etter klokken 16.

Oslo, 28. juni 2023

Den norske legeforening
omsorgsdepartementet

Helse- og

Regionale helseforetak

KS

Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har følgende protokolltilførsel:

Det tas sikte på å avvikle takst 151a og 151b den 30.6.2026. Det vises i denne anledning til Helsedirektoratets veileder «Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker» (IS2190) der det bl.a. står:

«Behandlingen skal så langt som mulig være kunnskapsbasert, allment akseptert og gitt på en planmessig og helhetlig måte. Dersom det vurderes å benytte behandling som ikke er dokumentert, bør dette inngå i en kontrollert utprøving. Eksempler på udokumentert behandling som ikke bør benyttes ved tverrfaglige smerteklinikker med mindre det skjer som kliniske studier, er lange serier med injeksjons- og infusjonsbehandlinger.»

Kun leger som i sin praksis anvendte takstene 151a og 151b per juni 2023 kan anvende takstene frem til avviklingen. Det legges til grunn at berørte legepraksiser vil kunne endre praksisprofilen, slik at praksisene kan videreføres etter avviklingen av takstene.

Legeforeningen har følgende protokolltilførsel:

Fra 1. mai 2023 ble det innført risikojustering av fastlegenes basistilskudd samtidig som knekkpunktmodellen ble avviklet. Omleggingen ble varslet i Statsbudsjettet for 2023 uten at partene hadde diskutert eller blitt enig om dette i forkant. Dette innebærer et brudd på statsavtalens punkt 2.1 inngått per 1. juli 2022 der basistilskuddets størrelse og innretning er beskrevet.

Den nye basistilskuddsmodellen er nå tatt inn i Statsavtalens punkt 2.1. Legeforeningen er ikke enig i modellen, og punkt 2.1 i avtalen er således ikke omforent.

Vedlegg III

21. juni 2023

Protokoll: EPJ-løftet

Partene er enige om følgende:

0. Partssammensatt arbeidsgruppe for vurdering av det videre arbeidet med EPJ-løftet

Det nedsettes en partssammensatt arbeidsgruppe ledet av HOD som skal drøfte mål for og den videre organisering av arbeidet med EPJ-løftet. Intensjonen med etableringen av EPJ-løftet og utviklingen som har vært innenfor digitalisering og e-helse siden oppstart i 2014, legges til grunn for arbeidet. Den partssammensatte gruppen skal tilstrebe å utarbeide et underlag for å identifisere tiltak for økt aktivitet og gjennomføringskraft, og beskrive tydeligere rolle- og ansvarsdeling i arbeidet, samt om og hvordan en videreføring best løses. Gruppen skal levere sin rapport innen 1.11.23

Protokollen for 2022/2023 pkt. 1-3 (gjengitt nedenfor), videreføres uforandret for avtaleåret 2023/2024, dog slik at EPJ-løftet tilføres midler for avtaleåret i samsvar med tidligere år (ref. pkt 1).

Kopi fra EPJ-løft protokoll for 2022/2023 pkt. 1-3

1. Formål og avsetning

Samarbeidsprosjektet EPJ-løftet har som ansvar å gjennomføre tiltak som beskrevet i protokollen. I tillegg har samarbeidsprosjektet en funksjon med å samordne eventuelle anskaffelser og bestillinger inn til EPJ-leverandørene også for nasjonale tiltak som treffer fastleger og avtalespesialister.

Samordningen skal ikke medføre endringer i prioriteringene i samarbeidsprosjektet. De nasjonale prosjektene må selv skaffe til veie nødvendig finansiering til dette arbeidet og anskaffelsen så fremt det ikke er spesifisert som egne tiltak i protokollen.

Det skal ses hen til gjeldene Nasjonal e-helsestrategi ved prioriteringer og valg av tiltak også for EPJ-løftet.

For avtaleperioden 2022-2023 avsettes 17 millioner kroner til IKT-utvikling i legekantorene

2. Styringsmodell. Disponering av midler

Det er nedsatt en partssammensatt gruppe med 3 representanter fra Legeforeningen og 3 representanter fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene i samarbeidsprosjektet. KS møter med 1 representant uten stemmerett i den partssammensatte gruppen. Direktoratet for e-helse er prosjekteier.

EPJ-løftet inngår som et prosjekt i den nasjonale porteføljen for e-helse. Før igangsetting av de enkelte prosjekter skal:

- Mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen
- Prosjektporteføljen til EPJ-løftet diskuteres i nasjonal styringsmodell for e-helse (NUFA, NUIT, produktstyrer mv)
- Difis prosjektveiviser skal/bør legges til grunn som metodikk

De midler som avsettes gjennom denne protokoll skal generelt understøtte, og hvis hensiktsmessig koordineres med, relevante tiltak som prioriteres i NUIT.

Midlene avsatt i forhandlingene overføres prosjekteier. Prioritering av prosjekter, prosjektmandat og beskrivelser skal godkjennes av styringsgruppen. Styringsgruppen skal fordele midler mellom prosjektene. Prosjekteier har ansvar for kontroll med, utbetaling av og regnskap over, prosjektenes utlegg i samsvar med godkjent prosjektmandat. Styringsgruppen skal ha innsyn i disponering av midlene.

Det skal utformes særskilte prosjektbeskrivelser der det bl.a. skal inngå bestemmelser om organisering, partenes forpliktelser og involvering av leger.

3. Prosjekter i avtaleperioden 2022 - 2023

Midlene skal benyttes til utvikling av IKT-verktøy som bidrar til å skape pasientens helsetjeneste og som i større grad ivaretar pasientsikkerhet og sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, understøtter samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren samt å understøtte mer effektiv ressursbruk. EPJ-forbedringer og støtte for samhandling og meldingsutveksling skal ha prioritet for utvikling innenfor rammene av samarbeidet, altså klinisk anvendbare forbedringer i pasientjournalssystemene.

Nedenfor beskrives prosjekter som styringsgruppen har mandat til å igangsette jf. kap. 2 i denne protokoll. Beskrivelsene er overordnede og foreløpige. Innhold, omfang og prioritering mellom prosjektene vil besluttes i styringsgruppen for EPJ-løftet.

22.1 Videreutvikle digitale dialogtjenester for avtalespesialister

Mange avtalespesialister har behov for å bruke helsenorge.no som portal. Det er derfor behov for tilpasninger i EPJ og helsenorge.no slik at disse kan innlemmes. Dette prosjektet vil kravspesifisere og anskaffe de endringene som behøves i EPJ.

22.2 Endringsbehov i digital dialog med pasient på Helsenorge.no

Det er behov for videreutvikling av Digital dialog gjennom Helsenorge.no, både for å skape økt kvalitet i kommunikasjonen og understøtte fastlegenes behov. EPJ-løftet skal utforme en bestilling på endringer i dialogtjenestene på Helsenorge.no mellom pasienter og fastleger. Aktuelle arbeidspakker/omfang spesifiseres av NHN i dialog med EPJ-løftet. I egen sak til styringsgruppen besluttes endelig prioritering, finansiering og bestilling av løsningsarbeidet.

22.3 Spesifisere og anskaffe et datasett for SMART on FHIR i EPJ

Det har i lang tid vært behov for at EPJene raskere skal kunne integrere funksjonalitet for klinisk bruk eller for administrativ innrapportering av data og digitaliserte skjema. Det er nå et behov for å løfte dette området spesielt. HL7 FHIR er standarden som nå dominerer utviklingen internasjonalt, og flere grensesnitt er allerede etablert.

Prosjektet skal beskrive et datasett som kan benyttes i utvikling av IKT-funksjonalitet og tilhørende grensesnitt for EPJ-leverandører rettet mot bruk av Smart-on FHIR-apper. Prosjektet bør vurdere om utgangspunktet kan være EPJ-løftets Variabelliste og NHNs arbeid med Helse-API. Prosjektet bør se spesielt på datasett fra IPS, IPA og United States Core Data for Interoperability (USCDI).

Videre skal prosjektet anskaffe en teknisk kapabilitet hos EPJene for dette datasettet rettet mot bruk til Smart-on-FHIR-apper. Denne kapabiliteten skal være slik at EPJene senere kan, basert på spesifikke brukerbehov, raskt og bærekraftig etablere integrasjon med kliniske eller administrative rettede Smart-apper som f.eks. kalkulatorer, beslutningstøtte, skjemainnsending o.l.

Prosjektet må sees i sammenheng med tidligere protokollførte prosjekter, bl.a. førerkort-prosjektet og kritisk info-API som er HL7 FHIR-baserte. For at konseptet med Smart on FHIR-applikasjoner skal fungere som avlastning for klinikere er det viktig at data fra EPJ blir gjenbrukt og at data blir tilbakeskrevet til EPJ, fortrinnsvis slik at de kan gjenbrukes. Single sign-on, automatisk uthenting av gjenbrukbare data som pre-utfyller skjema er sentrale krav.