



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/03232-2

Arkivkode: ---

Saksbehandler: Anne Jensen

Deres referanse:

Dato: 30.06.2023

Høringsvar - Gjennomgang allmennlegetjenesten

Vi viser til departementets høring på ekspertutvalgets rapport *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*, med frist 23. september. KS mener rapporten gir et solid kunnskapsgrunnlag om allmennlegetjenesten i Norge. Utvalget beskriver et godt allmennlegetilbud for innbyggerne, men også de store utfordringene fastlegeordningen står overfor. For at kommunene skal kunne fortsette å tilby innbyggerne gode legetjenester er det etter KS' mening helt nødvendig å videreutvikle sentrale rammevilkår for fastlegeordningen og for legevakt. Gitt den demografiske utviklingen og de oppgavene kommunene forventes å løse, må det legges til rette for at veksten i legeårsverk først og fremst kommer i kommunehelsetjenesten.

KS har følgende hovedsynspunkter til tiltaksområdene i rapporten:

Organisering

- En overføring av finansieringsansvaret til kommunene bør utredes.
- Kommunene må i fremtiden ha mulighet til å inngå avtale med en fastlegevirksomhet.
- Kommunene må kunne drifte fastlegetjenesten som en virksomhet og ha det formelle listeansvaret.

Finansiering

- Fordeling mellom basistilskudd og aktivitet må bidra til to tydelige hovedmodeller; ren næringsdrift eller ansettelsesforhold.
- Basistilskuddets andel av finansieringen bør vurderes økt til 50 prosent.

Tverrfaglighet

- Finansieringen av fastlegeordningen og de øvrige kommunale helsetjenestene må sikre likeverdige tjenester for innbyggerne.
- En eventuell innføring av profesjonsnøytrale takster må utredes nærmere, og forutsetter en grundig vurdering av mulige konsekvenser.

Fastlegers arbeid med attester

- Fastlegene bør bruke tiden sin på pasienter som har behov for medisinsk behandling og oppfølging, ikke på utferdigelse av attester, erklæringer og andre oppgaver der det ikke er behov for medisinsk ekspertise.

Legevakt

- Det må åpnes opp for at legevakt i større grad kan betjenes av andre leger enn fastleger, og finansieringsordningene må bidra til samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Kompetanse

- Ekspertutvalgets forslag om oppmykning av kompetansekravene bør følges opp. I tillegg bør det åpnes for at andre spesialiteter enn allmennmedisin kan kvalifisere til legestillinger i kommunene.
- Det bør opprettes flere utdanningsstillinger, hvor leger ikke trenger å ha listeansvar for å utløse refusjoner.

Nærmere vurdering av ekspertutvalgets 59 foreslåtte tiltak:

Organisering, tiltak 1-10

Næringsmodellen er i økende grad ikke lenger "normalmodell" for fastlegeordningen. Samtidig er fortsatt finansieringsmekanismene for fastlegetilbudet i stor grad basert på, og knyttet til, denne modellen. KS er tilhenger av at næringsmodellen fortsatt må kunne velges der det er grunnlag for det, og der kommunene etter lokal vurdering mener at dette best sikrer tjenestetilbudet til innbyggerne. KS mener likevel det er behov for en vurdering av om lovverk og finansiering av fastlegeordningen må dreies i retning av slik øvrige kommunale helsetjenester finansieres.

En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegetjenesten fra staten til kommunene vil innebære at sørge for-ansvaret etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven og finansieringsansvaret samles på samme forvaltningsnivå. En eventuell fremtidig realisering av dette vil imidlertid være en omfattende reform. En utredning må dermed være svært grundig, særlig når det gjelder konsekvensene av en overføring av ansvaret for det som i dag er aktivitetsbasert finansiering.

Hvis kommunene overtar finansieringen, innebærer det en forskyvning av risiko fra stat til kommune. Kommunenes muligheter til styring, ledelse, prioritering og kostnadskontroll må få stor oppmerksomhet i en eventuell utredning. Det kan vurderes forsøk i noen kommuner som del av et beslutningsgrunnlag for en eventuell generell finansieringsreform. (Tiltak 1)

Utvalget bruker begrepet fastlegeselskap for å beskrive et forhold der kommunen inngår avtale med en virksomhet, det vil i praksis si et legekantor. En utvikling i retning av større enheter enn det dagens individuelle avtaler gir grunnlag for, vil være positivt for kommunenes og fastlegenes muligheter til faglig utvikling og kvalitetsarbeid, samtidig som det blir mindre administrativt arbeid på den enkelte lege. Mange kommuner har allerede overtatt ansvaret for driften av legekantorene, og stadig flere fastleger har et ansettelsesforhold. Når kommunene tar et slikt ansvar, bør det være stor handlefrihet i hvordan fastlegetjenesten kan organiseres. Kommunen eller flere kommuner i samarbeid, bør kunne ha det formelle listeansvaret. Det grunnleggende i at innbyggeren skal ha en fast lege bør imidlertid videreføres. Fastlegeordningens rammevilkår for inngåelse av avtale om gruppepraksis må gjennomgås, med en intensjon om økt handlingsrom for kommunene. (Tiltak 2-6)

Ekspertutvalget gir en god beskrivelse av problemene med overdragelser, og flere av vurderingene er verdt å følge opp. Dagens avtaleregulering av fratredende legers rett til overdragelse av avtalehjemmel skaper store problemer i mange kommuner. Rettstilstanden er uklar og kan føre til at det i noen tilfeller tar flere år å få på plass vilkårene for en ny lege. Konsekvensene for innbyggere, kommunen og for kommende fastleger er stor. Det er god grunn til å tro at dagens uklare situasjon bidrar til at nye leger kvier seg for å bli næringsdrivende. Kommunene trenger fleksibilitet for å kunne tilby nye leger en tilknytningsform som samsvarer bedre med legens ønsker i ulike faser av utdanningsløpet og karrieren. Dagens situasjon begrenser denne nødvendige fleksibiliteten.

Det haster med en forskriftsfesting av reglene for kjøp og salg av fastlegepraksiser. Etter KS mening må i tillegg kommunenes rett til å omgjøre ledige avtalehjemler fra næringsdrift til ansettelse forskriftsfestes.

KS støtter ekspertutvalgets forslag om hjemfallsrett, og merker oss vurderingene i pkt. 4.8.6: «*Etter flertallets syn er en ordning der kommunenes rett og plikt til å yte fastlegetjenester begrenset av denne typen næringsinteresser, i strid med grunnleggende pasientrettigheter og prinsippet om likeverdige helsetjenester. I prinsippet anbefaler flertallet derfor at hjemmelen til en fastlege som sier opp, hjemfaller til kommunen etter klare frister som fastsettes i lov eller forskrift.*» (Tiltak 7)

For å få oversikt over den totale aktiviteten i allmennlegetjenesten støtter KS at det bør innføres rapporteringsplikt for helprivate. (Tiltak 8)

Det har på kort tid vært en sterk økning i e-konsultasjoner på kveldstid. KS mener at det bør vurderes om den forhøyde taksten gir insentiver til riktige prioriteringer mellom grupper av pasienter. (Tiltak 9)

For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven. KS mener det er viktig å få kunnskap om eventuelle utilsiktede konsekvenser av dagens rettigheter, og støtter utvalgets anbefaling. (Tiltak 10)

Finansiering, tiltak 11-16

Det viktigste formålet med å endre fordelingen mellom basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering må være å understøtte riktige prioriteringer og ønsket aktivitet. Høy aktivitetsbasert finansiering gir naturlig nok høy aktivitet, men om dagens fordeling i tilstrekkelig grad bidrar til å ivareta pasientenes behov for tjenester og kommunens behov for å ivareta sitt sørge-for-ansvar, er usikkert.

Kommunene har i stadig økende grad kompensert for ulempene ved høy aktivitetsinntekt, nærmere bestemt ved å gå et stykke inn i det som egentlig er den selvstendig næringsdrivende legens ansvar, for eksempel sykelønnsordninger, vikarer og å ansette personell på legekantoret. Høyere andel basistilskudd bør kunne redusere behovet for kommunal subsidiering av næringsdrift, fordi legens grunnfinansiering etter all sannsynlighet vil dekke de vesentligste kostnadene i kontorpraksisen. En høyere andel basistilskudd vil også kunne bidra til at næringsdrivende fastleger bruker mer tid på pasienter med sammensatte lidelser, samhandling og kvalitetsarbeid. Dagens relativt høye andel aktivitetsbasert inntekt kan gi insentiver til overaktivitet. (Tiltak 11)

Nyutdannede leger har ofte andre ønsker for arbeidslivet enn etablerte fastleger. De etterspør blant annet i høyere grad ansettelse framfor næringsdrift, og de kvier seg mer for å ha det administrative og økonomiske ansvaret for en kontorpraksis. En høyere andel basisfinansiering samsvarer sannsynligvis bedre med nyetablerte legers behov. Det vil bety lavere risiko for den enkelte lege, noe som kan bidra til at næringsdrift blir en mer aktuell tilknytningsform enn det ser ut som utviklingen går i retning av for tiden. Et høyere basistilskudd som gjenspeiles i kommunenes inntekter, kan også bidra til å redusere kommunens kostnader for fastlønnede leger. (Tiltak 11)

Samtidig er det viktig å understreke at dagens høye inntektsandel basert på aktivitet har noen åpenbare fordeler. Derfor må mulige utilsiktede konsekvenser, både for legenes inntekt og for fordeling mellom kommuner, synliggjøres og tas hensyn til. Å videreutvikle det pasienttilpassede basistilskuddet med for eksempel kvalitetsindikatorer, må være kunnskapsbasert. Dagens differensiering bør i prinsippet få virke noen år før det gjøres større justeringer, men eventuelle utilsiktede effekter bør kunne justeres raskt. (Tiltak 12, 13, 14)

Takstsystemet bør gi incentiv til at de pasientene som trenger det mest også får høyest prioritet. En gjennomgang og vurdering av takstsystemet er en naturlig konsekvens av eventuelle endringer i finansieringen av fastlegeordningen. Uavhengig av endring i basistilskuddets andel av finansieringen, er det viktig med forenkling og reduksjon av antall takster. (Tiltak 15)

Hvis forholdet mellom basistilskudd og aktivitetsbasert inntekt endres, er det også naturlig at spesialister i allmenmedisin kompenseres gjennom et forhøyet basistilskudd. (Tiltak 12)

Et eventuelt midlertidig rekrutteringstilskudd bør gå til kommunene, slik at ulike rekrutterings-/stabiliseringstiltak kan ses i sammenheng. (Tiltak 16)

Tverrfaglighet, tiltak 17-22

Tverrfaglighet er viktig, men det bør vurderes grundigere om det skal legges til rette for at fastlegene i større grad integreres i de "ordinære" helse- og omsorgstjenestene, eller om fastlegekontorene skal gjøre mer. Fastlegekontoret må ikke sees isolert fra de øvrige tjenestene i kommunen. Tiltak som iverksettes må understøtte en utvikling av helhetlige og sammenhengende kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene må ha mulighet til å planlegge for mest effektiv bruk av ressurser og prioriteringer basert på innbyggernes behov. (Tiltak 17)

Tverrfaglighet er viktig for å yte gode helse- og omsorgstjenester, og organiseringen av de kommunale tjenestene må bidra til best mulig utnyttelse av ressursene. Flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret kan være et alternativ, men det forutsetter at det er forankret i kommunene og dekker behovet for helhetlige og sammenhengende tjenester. Kommunene må ha mulighet til styring. (Tiltak 17)

Når det gjelder økt grad av delegering innenfor fastlegekontoret, tar ikke utvalgets anbefaling høyde for den utviklingen som har skjedd i kommunehelsetjenesten etter oppstart av fastlegeordningen. I dag jobber blant annet psykologer, fysioterapeuter, helsesykepleiere, psykiatriske sykepleiere og jordmødre selvstendig uten delegering fra fastlegen. Det stiller store krav til ledelse når det gjelder samordning av tjenestene. (Tiltak 18)

Profesjonsnøytrale takster vil kunne bidra til økt tverrfaglighet på et fastlegekontor, men gitt dagens todelte finansieringsordning, vil det ha noen uheldige konsekvenser, både for kommunene og pasientene. Dette kan tydeliggjøres gjennom et eksempel - en psykiatrisk sykepleier på et fastlegekontor og en psykiatrisk sykepleier ansatt i psykisk helsetjeneste i kommunen som gjør nøyaktig samme jobb opp mot en pasient. Kostnadene for førstnevnte dekker staten og pasienten gjennom takst og egenandel. Kostnadene for sistnevnte belastes det kommunale budsjettet, og tjenesten er gratis for pasienten. (Tiltak 19, 21)

KS anbefaler derfor en grundigere utredning av konsekvensene ved et takstsystem som legger til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster. Effektene av dette må vurderes i lys av andre forslag og utredninger, for eksempel heving av basistilskuddet og endringer i finansieringsansvaret. Det er en liten andel av de kommunale tjenestene som har aktivitetsbasert finansiering i dag, og det må vurderes om det er riktig utvikling å øke andelen. (Tiltak 21)

Dersom profesjonsnøytrale takster innføres, er KS enig i at det må innføres tiltak for kostnadskontroll. Konsekvenser for fordeling av rammefinansiering mellom kommuner må også belyses nærmere. Dersom dagens finansieringsordning endres, må utviklingen følges nøye og evalueres. (Tiltak 21, 22)

Ekspertutvalget foreslår utarbeidelse av en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten, noe KS mener det ikke er behov for. Oppgavedeling bør avklares og avtales lokalt

basert på kommunens inkludert fastlegenes behov. Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet bør ligge til grunn. (Tiltak 20)

Fastlegers arbeid med attester, tiltak 23-28

Fastlegene bør bruke tiden sin på de pasientene som har behov for medisinsk behandling og oppfølging. Dette er ikke minst viktig i en situasjon der fastlegene opplever at arbeidsmengden er for stor, når det er rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer og for få fastleger.

Lovfesting av at egenmeldinger skal brukes før sykemelding vil frigjøre tid for fastlegene til pasienter som har behov for helsehjelp. Ved korttidsfravær bør fastlegene kun bruke tid på konsultasjoner der pasienten har behov for medisinsk ekspertise. (Tiltak 23)

Utvalget anbefaler at antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeidsgiverperioden. De mener videre at kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, og skal da også finansiere denne. KS mener dette bør utredes nærmere. En vurdering av eventuell endring av antall sammenhengende egenmeldingsdager må skje i tett samarbeid med arbeidslivets parter (partene i IA-avtalen). Lokale forsøksordninger kan bidra til mer kunnskap om konsekvensene av forslaget. (Tiltak 24)

KS støtter intensjonen med tiltak 28. Fastlegene bør bruke minst mulig arbeidstid på ikke-medisinske oppgaver, herunder utstedelse av fraværsattester når de ikke har et medisinsk grunnlag. Forslaget til tiltak må imidlertid ikke forstås som at elever/studenter ikke skal ha den samme muligheten som andre til å oppsøke fastlegen ved sykdom. En avvikling av fastlegenes plikt til attestering for elevers sykefravær vil måtte innebære at slike attester må gis av andre for at elevene fortsatt skal kunne dokumentere legitimt fravær. Konkrete løsninger må derfor utredes nærmere. En mulig løsning, som ikke samtidig medfører nye oppgaver for andre yrkesgrupper i kommunal sektor, vil være at egenmelding for sykdom fra myndige elever, eller fra foresatte for umyndige elever, godkjennes som dokumentert fravær innenfor nærmere angitte grenser. (Tiltak 28)

En forskriftsfesting av hvilke attester fastlegene plikter å skrive kan være et godt tiltak dersom det faktisk bidrar til en reduksjon i den tiden fastlegene bruker på utferdigelse av attester og erklæringer. (Tiltak 25)

Når det gjelder forsikringsbransjen, mener KS at kommunene ikke har – og heller ikke bør ha – ansvar for forsikringsselskapets oppfølging av avtalene med sine kunder. Forsikringsbransjen kan selv inngå avtaler med leger, men arbeidet avtalen medfører er ikke en del av kommunenes ansvar i fastlegetjenesten. (Tiltak 26, 27)

Legevakt, tiltak 29 - 41

Fastlegene er viktig for driften av legevaktene i Norge, ikke minst i distriktene. Samtidig er det grunn til bekymring når det går med mange legerressurser til å bemanne vaktordninger med svært liten aktivitet. Det haster å få ned vaktbelastningen for mange fastleger. På sikt er det helt nødvendig å bruke knappe helseressurser på mest mulig effektive måte. I lys av dette er tiltak 33 og 34 interessante, og bør vurderes.

Tiltak som kan redusere vaktbelastningen må prioriteres. KS støtter at det tilrettelegges for bruk av videokonsultasjoner ved alle legevaktssentraler og legevakter. I tillegg støtter vi oppmykning av kompetansekravet, samt at det tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger. (Tiltak 30, 31, 32)

Det bør ses nærmere på det samlede omfanget av den enkelte fastleges arbeidsoppgaver, herunder om legevakt på sikt skal inkluderes i plikten til andre allmennlegeoppgaver, jf. fastlegeforskriften § 12. (Tiltak 29)

KS støtter intensjonen om at lege i vakt bør kunne ha tilgang på annet personell når det er behov for det. Denne intensjonen kan følges opp på ulike måter, og det bør være opp til kommunen å vurdere behovet og eventuelt omfang. Etter KS' mening egner ikke tiltaket seg for forskriftsfesting, blant annet fordi legevaktene er svært ulikt organisert. (Tiltak 36)

Det er viktig at dagens finansiering av legevakt, men også finansiering av den øvrige akuttmedisinske kjede gjennomgås, for å sikre en bærekraftig beredskap for fremtiden. Finansieringsmodellene må bidra til samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Det bør blant annet prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt. Finansieringssystemet må også stimulere til interkommunale løsninger der det er forutsetninger for det. I kommuner hvor forutsetninger for samarbeid er små, på grunn av for eksempel lange avstander, kan det vurderes kompensasjon for smådriftsulemper. (Tiltak 37, 38, 40, 41)

Mer bruk av fastlønn på legevakt kan være aktuelt. Det forutsetter i så fall en utredning, hvor økonomiske og administrative kostnader for kommunene må vurderes. (Tiltak 39)

Kompetanse, tiltak 42 – 54

KS støtter utvalgets anbefaling om krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten. Før LIS1 tjenesten er gjennomført bør leger kunne jobbe i helsetjenesten under supervisjon og med veiledning. (Tiltak 42)

Norge har en spesialistutdanning i allmenntidmedisin, som bidrar til god kvalitet i de kommunale helsetjenestene. Samtidig kan kompetansekrav bli så rigide at de får utilsiktede konsekvenser. Det har de siste årene vært en rekke eksempler på kommuner som har opplevd mindre stabilitet i legekorpset på grunn av for strenge kompetansekrav. KS støtter en oppmykning av dagens kompetansekrav for fastleger i tråd med ekspertutvalgets anbefalinger. Etablering av egne utdanningsstillinger der leger kan jobbe på andre legers lister, som ekspertutvalget foreslår, vil kunne bidra både til rekruttering og mindre arbeidsmengde for dagens fastleger. Hvis tiltaket skal realiseres forutsetter det statlig finansiering. Å ivareta ansvaret som utdanningsvirksomhet krever mye ressurser fra kommunene. KS støtter at det legges til rette for mer interkommunalt samarbeid. (Tiltak 43, 49, 50, 51, 54)

I tillegg til forslagene om oppmykning av kompetansekravene mener KS det bør åpnes for at andre spesialiteter enn allmenntidmedisin kan få stillinger på for eksempel sykehjem, legevakt og helsestasjon. Antall legeårsverk i kommunene utenom fastlegeordningen har økt de siste årene fordi mange kommuner har valgt å ansette egne leger. Delvis for å avlaste fastlegene, men også fordi det gir mulighet til bedre stabilitet. Det vil være en styrke for utviklingen av kommunale tjenester om flere legespesialiteter kan kvalifisere for ansettelse, og det vil gi bedre tilgang på leger.

Antall LIS1-stillinger må økes i takt med behovet. Ekspertutvalgets forslag om mulighet for til å lyse ut egne LIS1-stillinger er interessant. Det må imidlertid vurderes om det skal gis noen begrensninger for å hindre uheldige konsekvenser for distriktskommuner. KS er positiv til at det åpnes for endring i rekkefølgekravet. KS støtter også forslaget om ventetid for LIS1-kandidater som trekker seg fra kommunedelen av en koblet stilling. (Tiltak 44, 45, 46, 47)

Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse, tiltak 55 – 59

KS er enig i at staten bør være pådriver for e-helseløsninger som fremmer helhetlige pasientforløp og der digitalisering er et viktig virkemiddel for å sikre sammenheng i tjenestene. Det forutsetter representativitet og tidlig involvering der stat og kommune/KS samarbeider som likeverdige parter. KS bemerker at kommunenes ikke-kompenserte kostnadsøkninger fra 2022 (ut over grunnkostnaden) for fire

nasjonale e-helseplattformene beløper seg til rundt 150 mill., og forsterker subsidieringen av fastlegeordningen. (Tiltak 55)

Det bør legges til rette for at fastlegene kan ta i bruk et digitalt triageringsverktøy, ikke minst der det er kapasitetsutfordringer i kommunen/på fastlegekontoret. KS mener det ikke bør pålegges at alle fastlegekontor skal bruke det. (Tiltak 56)

Helsenorge.no bør utvikles videre som informasjonsportal for helse råd til befolkningen. Ved eventuell vurdering av en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste, må konsekvensene for bruk av allmennlegeressurser utredes nærmere. (Tiltak 57)

Et godt datagrunnlag for allmennlegetjenesten er viktig, og som ekspertutvalget skriver *“både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak”*. En styrking forutsetter at dataene kan innhentes uten at kommuner eller fastleger manuelt må registrere nye opplysninger. I tillegg forutsetter det at datagrunnlaget benyttes til å dokumentere tiltak på tvers av behandlingsnivåene og sees inn mot helhetlig pasientforløp. Tjenesteeiere må kunne benytte grunnlaget for å vurdere pasientutkomme og kvalitetsutvikling. (Tiltak 58)

Midler til forskning i kommunehelsetjenesten inkludert allmennlegetjenestene bør økes betraktelig. Det er samtidig viktig at forskning vurderes i et helhetlig perspektiv på tvers av behandlingsnivåene. KS vil for øvrig bemerke at det er svært positivt at utvalget anbefaler gjennomføring og styrking av planene og intensjonene for Kommunenes strategiske forskningsorgan, KSF. (Tiltak 59)

Med hilsen

Lasse Hansen
adm. direktør

Tor Arne Gangsø
områdedirektør

Helge Eide
områdedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi:
Kommunal- og distriktsdepartementet