



A-rundskriv nr.: A/3-2021
Dokument nr.: 21/01840-1
Arkivkode: 0
Dato: 28.06.2021
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 4-2020.

Ny avtaleperiode er 1. juli 2021 til 30. juni 2022.

I fjor ble det innført en ny finansieringsmodell med knekkpunkt i basistilskuddet og et grunntilskudd. I revidert nasjonalbudsjett 2021 økes rammetilskuddet til kommunene med 75 millioner kroner for å styrke basistilskuddet under knekkpunkt. Dette utgjør en økning på 33 kroner i basistilskuddet under knekkpunkt.

Basistilskuddet utgjør 642 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner per listeinnbygger.

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

Kontaktpersoner i KS:
Anne Tøndevold, Anne Jensen og Hege Torvbråten
Telefon: 24 13 64 00. E-post: medlemsservice@ks.no

Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)
Vedlegg II: Protokoll 25. juni 2021
Vedlegg III: Protokoll EPJ-løftet 25. juni 2021

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 2021 til 30. juni 2022.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 25. juni 2021.

ALLMENNLEGER

2.1 Basistilskudd for allmennleger

Kommunen utbetaler allmennlegene basistilskudd per registrert person per år på legens liste. Det er fra 1.mai 2020 innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Fra 1. juli 2021 utgjør

basistilskuddet 642 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner pr listeinnbygger.

Kommunen betaler grunntilskudd for fastlegeavtaler med en liste under 500 listeinnbyggere forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd. 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. Dersom fastlegeavtalen i løpet av de to årene får en listelengde større enn 500 listepasienter utbetales basistilskudd i stedet for grunntilskudd.

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 fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler 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 735 230 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 2021	
1	kroner	988 370,-
2	kroner	1 148 450,-
3	kroner	1 472 050,-

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. november 2020, 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 2021 - 30. juni 2022

- 42 428 000 kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger,
- 41 125 000 kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I),
- 52 397 000 kroner til Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II),
- 31 548 000 kroner til Fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III),
- 12 429 000 kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet,
- 41 441 000 kroner til Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus,
- 17 431 000 kroner til Allmennt medisinsk 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 legekantor 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, 25. juni 2021

Helse- og omsorgsdepartementet Den norske legeforening

KS

De regionale helseforetakene

Vedlegg II

Protokoll

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 2021 - 30. juni 2022.

Til stede på ett eller flere møter:

Staten, KS, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet:
Øystein Sand, Olav Johan Gjestvang, Anette Kristiansen, Karoline Kongshaug, Anne Tøndevold, Anne Jensen, Marit Folkestad, Ola Jøsendal, Ane Gjølberg Lie.

Den norske legeforening:
Marit Hermansen, Nils Kristian Klev, Frøydis Olafsen, Ivar Halvorsen, Peter Christersson, Ole Johan Bakke, Erik Dyb Liaaen, Hanne Riise-Hanssen, Pål Alm-Kruse.

Partene er enige om følgende:

1. Honorartakster, basis- og driftstilskudd og avsetninger til fond reguleres med 5,5 pst. per 1. juli. Det legges til grunn en inntektsvekst i 2021 tilsvarende 2,7 pst. Opplegget innebærer et overheng til 2022 tilsvarende 2,7 pst.
2. Ut over den økonomiske rammen spesifisert i punkt 1, tilføres i 20 mill. kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger og 40 mill. kroner til Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i avtaleåret 2021/22.

3. Innenfor rammen spesifisert i punkt 1 avsettes det 4 mill. kroner til det sk. premierereguleringsfondet. I denne forbindelse omdisponeres 2 mill. kroner fra refusjonstakstene.
4. Rhesus-immunisering av gravide skal fra 1. september flyttes fra sykehusene til fastleger og helsestasjoner. I denne anledning vil det opprettes egen prosedyretakst for fastlegene utenfor den økonomiske rammen som er angitt i punkt 1.
5. Partene inngår egen protokoll vedr. EPJ-utvikling. Det vises til "Protokoll: EPJ-løftet" datert 21. juni 2021.
6. Partene er enige om at det skal gjennomføres inntekts- og kostnadsundersøkelser (IKU) med jevne intervaller. Partene vil be SSB bidra til å finne løsninger for hvordan IKU kan gi et bedre bilde av inntekter og kostnader i ordningene, også for avtalespesialistene. Det er enighet om at undersøkelsene skal gjennomgås i felleskap av partene i forkant av forhandlingene.
7. Partene er enige om å nedsette en partssammensatt gruppe som ser nærmere på modell for vekting og parameterverdier som anvendes for å anslå kostnadsvekst slik at den fanger opp kostnadsutviklingen på en god måte. Arbeidet skal være ferdigstilt i forkant av forhandlingene 2022.
8. I de etablerte dialogmøtene mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening skal partene i god tid før forhandlingene i 2022 diskutere behov for endringer i innretningen av takster for avtalespesialister. Det skal i vurderingene legges vekt på god faglig praksis og etablerte faglige retningslinjer.

Oslo, 25. juni 2021

Den norske legeforening Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak KS

Den norske legeforening gjør følgende protokolltilførsel:

Legeforeningen har gjennom mange år forsøkt å bruke takstoppgjøret som en arena for å diskutere økonomi og virkemidler for å sikre bærekraftige ordninger i samsvar med helsepolitiske mål og samfunnsutviklingen. Staten har ikke ønsket å bruke forhandlingsarenaen til dette, og viser til trepartssamarbeidet og handlingsplanen. I trepartssamarbeidet vises det til forhandlingene for spørsmål som gjelder takster og økonomi. Dette skaper en uholdbar situasjon der viktige problemstillinger av stor betydning for ordningene ikke blir løst.

På denne bakgrunn, og med henvisning til fjorårets ensidige protokoll fra Legeforeningen, foreslo Legeforeningen i år et partssammensatt arbeid for utvikling av forhandlingsystemet. Til tross for at Staten har erkjent ovennevnte utfordring, er dette avvist. Ordningene står derfor fortsatt uten en arena for å kunne se utvikling av tjenestene opp mot rammevilkår og finansiering. En slik arena er etter Legeforeningens oppfatning helt nødvendig for å kunne opprettholde legenes tillit til ordningene.

Årets oppgjør illustrerer denne utfordringen. Mange av de takstene som er innført for å finansiere og understøtte blant annet digitalisering under pandemien fjernes, uten at det vurderes opp mot myndighetenes helsepolitiske mål og ambisjoner.

Vedlegg III

25. juni 2021

Protokoll: EPJ-løftet

Partene er enige om følgende:

0. Gjennomgang av prosjektporteføljen

Styringsgruppen for EPJ-løftet vil innen 01.04.2022 gjennomgå prosjektporteføljen med sikte på å vurdere om det er prosjekter som ut fra nasjonale behov - herunder behov i kommunale helse- og omsorgstjenester, kliniske behov og/eller tekniske forutsetninger og avhengigheter bør prioriteres, utgå eller settes på vent.

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 Nasjonal e-helsestrategi 2017-22 ved prioriteringer og valg av tiltak også for EPJ-løftet.

For avtaleperioden 2020-2021 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 2020 - 2021

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 understøtter 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.

EPJ-løftets styringsgruppe bes ta en gjennomgang av prosjekter på tidligere års protokoller for prioritering og endringshåndtering.

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.

20.1 Legemidler

Pasientens legemiddelliste må utprøves og innføres stegvis basert på både eksisterende og nye teknologi, fortrinnsvis i integrerte forskrivningsmoduler fra EPJene. Rask gevinstrealisering er avhengig av at PLL innføres hos alle aktører i lokalsykehusenes/helseforetakenes opptaksområder.

Det settes av ressurser til å videreutvikle EPJenes legemiddelfunksjonalitet og etablere nye eller oppdatere grensesnitt mot SFM-APIet, eller integrere SFM-GUI, slik at EPJene er klar til å koble seg opp på PLL så snart denne kan piloteres. Krav må baseres på de faktiske medisinskfaglige behov med utstrakt brukervennlighetstesting.

20.2 Identifikasjon av risikopopulasjon for vaksinerings mot SARS-CoV-2

Det er behov for å lage uttrekk av risikopopulasjon for prioritert vaksinerings mot SARS-CoV-2. Uttrekket må baseres på variabler som finnes i EPJ. Det er sentralt at bruker raskt kan varsle eller gi time til risikopersoner digitalt, via kanaler som digital dialog og SMS. Prosjektet kan basere seg på erfaringer, metodikk og teknologi fra arbeidet med "pneumokokk- og influensavaksine". Det forutsettes en tydelig liste over hvilke risikofaktorer man ser etter, og det bør være enkelt enten lokalt eller fra EPJ-leverandør å endre disse kriteriene.

20.3 Integrasjon mot elektronisk MSIS-melding

MSIS har etablert en webløsning for elektronisk innmelding. Dette erstatter et papirskjema. Det er behov for integrasjon i EPJ for færre klikk og raskere bruk. Hovedkravene er single-sign-on, automatisk uthenting av gjenbrukbare data som f.nr., pasientnavn, m.m. som pre-utfyller skjemaet. Det er viktig med automatisk lagring av ferdig skjema i journal, fortrinnsvis strukturert. Det skal være støtte for elektronisk sending til alle de aktører som definert av MSIS. EPJ-løftet finansierer EPJ-utviklingen, mens MSIS må utarbeide API og finansiere sine grensesnitt mot EPJ. Prosjektet skal være høyt prioritert.

20.4 Timebok for booking av tjenester utført av annet personell

Det er i forbindelse med pandemien et behov for at pasienter kan bestille tid i en egen vaksinasjonstimebok. Flere av dagens systemer for selvbooking støtter kun at pasient kan booke time hos fastlegen som eneste ressurs. EPJ må gjøres i stand til å kommunisere til pasientportaler andre timebøker som ikke representerer fastlegen alene. Utvikling av spesifikk portalfunksjonalitet på Helsenorge.no dekkes ikke av dette

prosjektet. Prosjektet støtter timebok for å booke time hos annet personell, slik som ved vaksinasjon mot Covid-19 og influensa.

20.5 Integrasjon mot Helsedirektoratets Edit-prosjekt

Helsedirektoratet har etablert en webløsning for elektronisk søknad om individuell refusjon over blåresept-ordningen. Webløsningen erstatter M2-meldingen i e-resept-arkitekturen og med det et elektronisk søknadsskjema og kvitteringsfunksjoner. Dette er funksjonalitet som hører tett hjemme med forskrivningsfunksjonalitet.

Det er behov for integrasjon i EPJ for færre klikk og raskere bruk. Hovedkravene er single-sign-on, automatisk uthenting av gjenbrukbare data som f.nr., pasientnavn, m.m. som pre-utfyller skjemaet. Det er viktig med automatisk lagring av ferdig skjema i journal, fortrinnsvis strukturert. Det skal være støtte for elektronisk sending til Helfo og automatisk mottak av kvittering og vedtak. EPJ-løftet finansierer EPJ-utviklingen, mens Helsedirektoratet må finansiere sine grensesnitt mot EPJ og meldingsfunksjonaliteten.