



FASTLEGEORDNINGEN

Veileder og kommentarutgave



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

2013

Veileder og kommentarutgave

Kjære fastleger!

Ett år er gått siden Legeforeningen advarte mot forskriftsendringer vi mente kunne ødelegge fastlegeordningen. Hele Legeforeningens organisasjon mobiliserte for å verne om en ordning vi er stolte av og som pasientene er svært tilfredse med.

Engasjementet vi så savner sidestykke i Legeforeningens nyere historie. I denne saken så vi Legeforeningen når den fungerer på sitt beste – aktivitet i alle ledd om gode problembeskrivelser, men også forslag til løsninger. Fastlegeordningen er basert på samarbeidsløsninger, og det var naturlig for Legeforeningen å legge store ressurser i videre dialog når helseministeren inviterte til dette. Samarbeidet har gitt resultater. Den forskriften som har trådt i kraft er en forskrift Legeforeningen stiller seg bak.

Rammeverket er på plass, men vi er ikke i mål. I tiden som kommer må kapasiteten i fastlegeordningen styrkes. Legeforeningen arbeider for en opptrappingsplan fra myndighetens side for å øke antallet fastlegehjemler. Rekrutteringshindringer må identifiseres. Det haster blant annet å styrke legevakttjenesten. Legeforeningen har gitt dette arbeidet høy prioritet, og vi vil fortsette å jobbe for å nå de mål vi har satt oss.

Legeforeningens fremste mål har vært å legge til rette for tillit, trygghet og tilgjengelighet for befolkningen til fastlegens tjenester. Lykke til i det videre arbeidet med å skape nettopp dette.

Hege Gjessing
president

Forord

Legeforeningens mål med denne veilederen er å bidra til forståelse og innsikt i det nye rammeverket i fastlegeordningen slik at dette kan fungere etter intensjonene. I tiden som kommer vil det gjennomgående kreves tettere samarbeid mellom kommune og fastleger. Samhandlingsreformen innebærer at stadig flere pasienter og syke pasienter skal behandles i kommunene. Kommunehelsetjenesten skal gjøre mer for å unngå unødige sykehusinnleggelser og skal motta pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus.

Da er det viktig at alle parter er kjent med de reguleringer som er gitt som rammer for gode lokale løsninger.

Veilederen inneholder det nye rammeverket for fastlegeordningen i form av forskrift og rammeavtale. Det er en egen rammeavtale for Oslo kommune. Den er langt på vei sammenfallende med rammeavtalen for resten av landets kommuner. Avtalen finnes på Legeforeningens nettside.

Det er også en særavtale som regulerer rettigheter og plikter for leger ansatt i kommunene (herunder legevakt). Den er under reforhandling. Begge deler vil bli publisert på Legeforeningens nettsider så snart avtalene er ferdigstilt.

En slik veileder kan naturligvis ikke gi svar på alle spørsmål som dukker opp i praksis. Vi ber om innspill til videre bearbeiding, og tar sikte på en løpende revisjon av nettutgaven.

Lykke til i det videre samarbeidet med kommunene for en velfungerende fastlegeordning!

Anne Kjersti Befring
Direktør

Lars Duvaland
Ass. direktør

Innhold

Veiledning	7
Generelt om fastlegeordningen	7
Lovgivningen	7
Forskrifter	7
Sentrale avtaler	7
Individuelle avtaler	7
Forholdet mellom lovgivningen og avtaler	7
Aktuelle lovbestemmelser	8
Helse- og omsorgstjenesteloven	8
Pasient- og brukerrettighetsloven	10
Fastlegeforskriften med kommentarer	11
Kapittel 1 Formål og definisjoner	12
Kapittel 2 Kommunens ansvar	14
Kapittel 3 Fastlegens ansvar	21
Kapittel 4 Funksjons- og kvalitetskrav	27
Kapittel 5 Fastlegeavtalen	39
Kapittel 6 Fastlegens liste	44
Kapittel 7 Særlige tiltak ved legemangel	46
Kapittel 8 Ikrafttredelse	47
Rammeavtalen med kommentarer	48
Del I Generelle bestemmelser	49
Del II Utvalg i fastlegeordningen	51
Del III Kommunens oppgaver	55
Del IV Legens oppgaver	66
Del V Turnuslegearbeid og offentlig legearbeid mm.	71
Del VI Tilgjengelighet og fravær mv	75
Vedlegg 1 Individuell avtale	82
Vedlegg 2 Veiledende retningslinjer for håndtering av voldelige og truende pasienter	84

VEILEDNING

1.1. Generelt om fastlegeordningen

Fastlegeordning er regulert på flere nivåer i lov, forskrift, sentrale avtaler og individuelle avtaler. I denne veilederen har vi tatt inn forskriftsteksten med kommentarer fra helse- og omsorgsdepartementet.

Finansieringen er regulert i en egen forskrift med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Takstene i forskriften endres årlig på bakgrunn av forhandlinger mellom Legeforeningen og staten/ KS. Det er takstene i denne forskriften som kalles Normaltariffen. Det inngås også en egen avtale på bakgrunn av disse forhandlingene kalt Statsavtalen. Det er her basistilskuddet reguleres.

1.2. Lovgivningen

Fastlegeordningen er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det er denne loven som forplikter kommunene til å ha en fastlegeordning. Pasientenes rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, § 2-1c.. Pasienten er her gitt rett til å velge fastlege. Lovgivningen er helt overordnet. Nærmere detaljer i utformingen av ordningen er overlatt til forskrift og sentrale avtaler.

1.3 Forskrifter

Det er gitt to forskrifter som regulerer fastlegeordningen. Forskrift om fastlegeordning i kommunene regulerer forholdet mellom legene og kommunen. Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen regulerer pasientenes rettigheter. Det er kun forskrift om fastlegeordning i kommunene som er tatt med i denne veilederen.

1.4. Sentrale avtaler

Fastlegeordningen er basert på et avtalesamarbeid mellom kommunene som har «sørge for» ansvaret for allmennlegetjenester (KS/ Oslo kommune) og de som skal utføre tjenestene (Legeforeningen). Som nevnt ovenfor er også staten involvert i finansieringen gjennom Statsavtalen. Det er derfor et trepartssamarbeid som ligger til grunn for fastlegeordningen.

1.5. Individuelle avtaler

Den individuelle avtalen er et påheng til rammeavtalen. Dette er en mønsteravtale partene er enige om. Kommunen kan ikke ensidig kreve endret denne, men det er muligheter for hensiktsmessige tilpasninger ved enighet lokalt.

Under svineinfluensapandemien i 2009 ble det for eksempel inngått en rekke lokale avtaler for å oppnå øket kapasitet for vaksinasjon av befolkningen.

1.6. Forholdet mellom lovgivningen og avtaler

Det er nødvendig med forutsigbare forhold når fastleger inngår avtale om å være fastlege i en kommune. Fastlegen må som hovedregel selv besørge investeringer i en privat praksis, med ansatte, lokaler og utstyr. Siden fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 har det vært en forutsetning at avtalepartene tar et eierskap til ordningen med uttalt tilbakeholdenhet når det gjelder nye myndighetspålegg gjennom lov og forskrift.

AKTUELLE LOVBESTEMMELSER

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

[Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.] (trer i kraft 1. januar 2016)

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.

§ 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helse-regionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2. Krav til avtalens innhold

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,

10. samarbeid om forebygging og

11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

§ 6-6. Samarbeid mellom kommuner

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Pasient- og brukerrettighetsloven

§ 2-1c. Pasientrettigheter i fastlegeordningen

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd.

Departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Legeforeningens kommentarer til Forskrift om fastlegeordning i kommunene

FORMÅL OG DEFINISJONER

Kapittel

1

§ 1. Formål

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

Departementets merknad:

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 at alle som oppholder seg i en norsk kommune skal ha tilgang til kommunale allmennlegetjenester. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd at alle helse- og omsorgstjenester kommunen tilbyr skal være forsvarlige. Fastlegeordningen skal bidra til dette. Fastlegeordningen er særlig rettet inn mot personer bosatt i Norge, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 3. I formålsbestemmelsen presiseres det at et av formålene med ordningen også er å sikre kontinuitet mellom lege og listeinnbygger. God tilgang til tjenesten og kontinuitet i forholdet mellom legen og innbyggerne på listen er viktige indikatorer på kvalitet. I bestemmelsen presiseres det at nødvendige allmennlegetjenester skal tilbys til rett tid. "Til rett tid" er ikke en rettslig standard og vil kunne variere avhengig av legens medisinske vurdering. Begrepet må ses i sammenheng med §§ 21 og 22 om tilgjengelighet og tilgang til øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Legeforeningens merknad:

Formålsbestemmelsen angir hva som er grunnleggende hensyn bak reguleringen. Ved tolknings-
tvil er det ofte naturlig å se hen til formålsbestemmelsen. Både hensyn til kvalitet og tilgjengelighet er trukket frem i formålsbestemmelsen.

§ 2. Definisjoner

I forskriften her menes med:

- a) **Fastlege:** lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.
- b) **Fastlegeavtale:** en individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.
- c) **Listeinnbygger:** en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Departementets merknad:

I definisjonen av begrepet fastlege under bokstav a) avgrenses begrepet, og dermed også forskriftens virkeområde, til de leger som har inngått fastlegeavtale med kommunen. Dette gjelder uavhengig av om legen skal delta i ordningen som ansatt i kommunen eller som selvstendig næringsdrivende. Bestemmelsene i forskriften gjelder uavhengig av hvilken organisatorisk driftsform næringsdrivende fastleger velger. Definisjonen av "**fastlegeavtale**" under bokstav b) tydeliggjør kravet om at det skal inngås en individuell avtale mellom kommunen og den enkelte fastlege. Det kan følgelig ikke inngås en felles fastlegeavtale med alle leger i kommunen. I forskriften § 30 andre og tredje ledd fremgår hva som minimum skal være regulert

i en fastlegeavtale. Individuell fastlegeavtale skal inngås innenfor rammen av lov og forskrift, jf. § 30 fjerde ledd. "Listeinnbygger" er under bokstav c) definert som en person som står på en fastlegeliste. Begrepet omfatter en videre personkrets enn for eksempel pasientbegrepet, ettersom begrepet listeinnbygger også innbefatter personer på fastlegens liste som ikke har oppsøkt fastlegen for å motta helsehjelp.

Legeforeningens kommentar:

Begrepet "listeinnbygger" er nytt med denne forskriften. I tidligere forskrift er dette omtalt som person tilknyttet listen. Det innebærer ikke noe materielt nytt, og gir i seg selv ingen nye plikter eller rettigheter.

§ 3. Det kommunale ansvaret for allmennlegetilbudet

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 første ledd.

Departementets merknad:

Bestemmelsen presiserer det kommunale ansvaret for allmennlegetilbudet. Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Plikten fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd, men er tatt med i fastlegeforskriften for oversiktens skyld, og for å tydeliggjøre kommunens ansvar. Departementet mener det er viktig å fremheve at kommunen har det overordnede ansvaret for en god og forsvarlig allmennlegetjeneste til alle som oppholder seg i kommunen. Det at kommunen skal sørge for en allmennlegetjeneste er ikke til hinder for at kommuner samarbeider om å tilby en interkommunal allmennlegetjeneste. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd.

Legeforeningens kommentar:

Både lov og forskrift pålegger kommunen et ansvar for å sørge for nødvendige allmennlegetjenester. Det innebærer blant annet plikt for kommunen til å sørge for at personer som er innom kommunen uten å stå på en fastleges liste, for eksempel feriegjester, får et tilbud om allmenn medisinske tjenester.

§ 4. Det kommunale ansvaret for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2.

Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 11 om ansvar for organisering av fastlegeordningen.

Første ledd er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Av loven følger det at kommunen skal tilby fastlegeordning. Dette innebærer at kommunen både skal organisere ordningen og sørge for at alle som ønsker fastlege i kommunen får et tilbud om det, forutsatt at personen har rett til å stå på en fastlegeliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c.

Andre ledd presiserer at kommunen, for å oppfylle sitt ansvar etter første ledd, må sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i fastlegeordningen. Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen §§ 2, 6 og 7. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede.

Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en "second opinion".
Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen.

Legeforeningens kommentar:

Kravene til kommunene om å skaffe til veie tilstrekkelig antall fastleger og ledig listekapasitet er ikke nye, men svært viktige. Retten til å kunne velge lege er en viktig pasientrettighet. Manglende reell valgmulighet mellom fastleger har vært en utfordring i flere kommuner. Bestemmelsen kan brukes som argumentasjon dersom kommunen kvier seg for å opprette nye hjemler.

§ 5. Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med personer som utgjør en sikkerhetsrisiko.

Dersom en fastlege krever en listeinnbygger strøket fra sin liste, jf. forskriften § 15, skal kommunen fatte vedtak om strykning når vilkårene for dette er oppfylt. Kommunens avgjørelse er å anse som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 bokstav b. Vedtaket kan påklages til Fylkesmannen.

Kommunen skal sikre allmennlegetjenester til innbyggere som strykes fra en liste mot sin vilje.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er ny i forskriften, og er delvis en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 6.1.

Bestemmelsen er et snevert unntak fra innbyggernes generelle rett til selv å velge fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen §§ 2 og 6. Det er politiets oppgave å ivareta den generelle sikkerheten i samfunnet. Det er derfor politiets oppgave å sørge for at fastleger kan utføre sitt virke uten frykt for egen sikkerhet. Innenfor sitt ansvarsområde må likevel kommunen bidra til å skape trygghet for den enkelte fastlege, ansatte ved fastlegekontoret og legens og ansattes familie, jf. første ledd.

Andre ledd pålegger kommunen et ansvar for å fatte vedtak om å stryke en listeinnbygger fra en fastlegeliste dersom fastlegen krever det og vedkommende har opptrådt voldelig eller truende mot legen, ansatte eller deres familie. Det presiseres videre at kommunens avgjørelse om å stryke en person er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette gjelder uavhengig av om en listeinnbygger blir flyttet fra en ansatt fastlege eller fra en næringsdrivende fastlege. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler kommer til anvendelse så langt de passer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Når det gjelder klage på vedtaket, presiseres det i bestemmelsen at det gjelder spesielle klagereregler, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Fastlegen har ikke klagerett etter denne bestemmelsen. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 15 i denne forskriften.

Dersom kommunen fatter vedtak om å tvangsflytte en listeinnbygger, må de sørge for å underrette Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om sin beslutning, slik at HELFO kan gjøre nødvendige endringer i aktuelle fastlegelister. Et vedtak om å stryke en listeinnbygger vil være en begrensning i retten til stå på liste hos en fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen §§ 3 og 7.

Tredje ledd presiserer at kommunen fortsatt er ansvarlig for allmennlegetjenester til personer som mot sin vilje er strøket fra en fastlegeliste. Pasienter som opptrer voldelig eller truende vil ofte ha et minst like stort behov for allmennlegetjenester som befolkningen for øvrig. En løsning kan være å flytte den aktuelle listeinnbyggeren til en annen fastleges liste. Kommunen bør søke å løse sine forpliktelser i samarbeid med kommunens øvrige fastleger.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen er en viktig nyskapning i forskriften. Den må leses i sammenheng med § 15 hvor det er gitt en rett til å kreve slettet en pasient fra listen dersom vedkommende har utøvd vold eller trusler mot legen selv, ansatte eller familie. I § 5 understrekes kommunens ansvar for å bidra til legens sikkerhet og å sørge for at vedkommende får dekket sitt allmennmedisinske behov på annen måte enn som listepasient hos angjeldende lege. KS og Legeforeningen har laget retningslinjer for håndtering av disse sakene. Disse ligger som vedlegg til rammeavtalen.

§ 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 ledig plass på sin liste.

Kommunen plikter å holde legen informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for legens virksomhet.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en delvis forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 7.1 og 7.2.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) har et betydelig ansvar for å informere om fastlegeordningen, herunder administrasjon av fastlegebytter og utsending av informasjon til fastlegene om hvem som er deres listeinnbyggere. HELFO utfører denne administrasjonsfunksjonen på vegne av kommunene. Bestemmelsen presiserer at det er kommunen som er ansvarlig for informasjon om ordningen til befolkningen og for å gi aktuell informasjon til fastlegen.

Første ledd pålegger kommunen ansvar om å sørge for at befolkningen er informert om fastlegeordningen. Plassering av ansvaret hos kommunen følger av at det er kommunen som skal sørge for fastlegeordningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og forskriften § 4. Bestemmelsen vil også motvirke at den enkelte lege skal ha ansvar for å bruke tid og ressurser på alminnelig informasjonsarbeid overfor befolkningen og overfor den enkelte pasient.

Andre ledd forplikter kommunene til å informere om alle forhold som kan få betydning for den enkelte leges virksomhet. Det vil for eksempel være informasjon om en forventet legemangel situasjon. Første ledd stiller krav til når kommunene må informere legen; «på et så tidlig tidspunkt som mulig». Det vil som hovedregel innebære tidspunktet for når kommunen har fått den aktuelle kunnskapen. HELFO skal fortsatt sende oppdaterte lister over listeinnbyggere til fastlegen.

Legeforeningens kommentar:

Kommunens forpliktelse til å informere og involvere fastlegene er med dette forskriftsfestet. Det er gitt flere utfyllende bestemmelser om dette i rammeavtalen, se pkt. 7.1. Blant de forhold legene skal informeres og involveres i er samarbeidsavtaler med helseforetak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

§ 7. Kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten

Kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kapittel 4.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 .

Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en tydeliggjøring og presisering av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 4-1 og 4-2. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3 at kommunen skal tilby en fastlegeordning til befolkningen. I første ledd presiseres det at kommunen er ansvarlig for å tilby forsvarlige allmennlegetjenester til befolkningen, herunder at det tilbys forsvarlige fastlege-tjenester. Dette sørge-for-ansvaret for fastlegeordningen innebærer at kommunen skal legge til rette for og sikre at fastlegene i kommunen overholder de fastsatte kvalitets- og funksjonskrav som stilles i fastlegeforskriften.

I andre ledd presiseres det at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukerrettigheter. Dette ansvaret fremkommer allerede av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Det er tatt med her for å vise at dette ansvaret også gjelder overfor fastlegene i kommunen.

I tredje ledd presiseres det at ansvaret som pålegges kommunen i første og andre ledd, gjelder uavhengig av om fastlegen er fast ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende med avtale om å levere fastlegetjenester for kommunen.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen følger opp tydeliggjøringen av kommunens "å sørge for" ansvar. Gjennom fastlegeavtalen forplikter fastlegen seg til å bidra til kommunens oppfyllelse av befolkningens tilbud om allmennmedisinske tjenester. I dette ligger også kvalitetskrav. Det vil være legitimt at kommunen stiller visse systemkrav til kvalitet i de tjenester som ytes. Det er også naturlig at kommunen er i dialog med fastlegen om legens ivaretagelse av tilgjengelighetskrav. Bestemmelsen gir ikke hjemmel for kommunen til å "føre tilsyn" med fastlegens kurative virksomhet. Dette er fortsatt tilsynsmyndighetenes oppgave.

Det vil være naturlig at kommuneoverlegen står sentralt i oppfølgingen av fastlegene. Oppfølgingen bør i størst mulig grad være basert på dialog og samarbeid.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med krav til rapportering i § 29 som ikke trer i kraft ennå, da disse systemene ikke er utviklet.

§ 8. Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Kommunen skal legge til rette for 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 helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Departementets merknad:

Denne bestemmelsen er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Kommune plikter å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.

Første ledd presiserer at kommunen skal legge til rette for samarbeid med fastlegene. Fastlegene vil være en viktig ressurs for kommunen til å løse ulike kommunale problemstillinger. Et godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene vil derfor være viktig.

Andre ledd presiserer at kommunen også skal legge til rette for samarbeid mellom de kommunale tjenestene, og sørge for at fastlegetjenesten blir godt integrert i sine tjenester. Fastlegen tilbyr en kommunal tjeneste på vegne av kommunen, og en god ressursutnyttelse forutsetter at alle delene av kommunens helse- og omsorgstilbud er godt integrert. Kommunen må sørge for at samarbeidet er forutsigbart for alle parter, og at rutiner for samarbeid er godt kjent for alle involverte.

Tredje ledd presiserer at kommunen også har et ansvar for å legge til rette for et godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dette skal for eksempel sikres gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen forutsetter en aktiv rolle fra kommunens side. Fastlegene er en viktig del av kommunens helsetjeneste, og kommunen skal tilrettelegge for at kommunikasjonen med andre deler av kommunen og med spesialisthelsetjenesten kan fungere godt.

§ 9. Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege m.m.

Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag, for det arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) på listen og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra folketrygden for utført arbeid.

Kommuner med mindre enn 5.000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per capita-tilskuddet for fastsatte

referanseliste og per capita-tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Departementets merknad:

Denne bestemmelsen er en videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 10.

Første ledd sier at næringsdrivende fastlege skal motta et tilskudd for hver person som står oppført på listen. Tilskuddet gis uavhengig av i hvilket omfang personene på listen benytter fastlegen. I tillegg skal fastlegen motta aktivitetsbaserte ytelser for arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Det skal skje i form av fastsatt egenandel fra pasienten og refusjon fra trygden, jf. folketrygdloven § 5-4.

Andre ledd bestemmer at i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet gis for å bedre driftsgrunnlaget for privat praksis i små kommuner der fastlegene får korte lister og dermed mindre per capita-tilskudd fra kommunene. Gjennomsnittlig listelengde defineres som antall innbyggere i kommunen delt på antall opprettede legestillinger eller hjemler i kommunen.

Utjamningstilskuddet regnes således ut ved å dividere befolkningstall etter folkeregisteret med antall fast opprettede hjemler/stillinger i kurativ praksis i fastlegeordningen. Her er organisasjonsform, og heltid eller deltid uten betydning, ettersom alle skal regnes med. Differansen mellom gjennomsnittlig teoretisk listelengde og størrelsen på referanselisten multipliseres med per capita-tilskuddet. Fastlønnet lege som har liste inngår således i beregningen, men skal ikke selv ha utjamningstilskudd. Det at kommunen eventuelt har turnuslege har ikke innvirkning på utjamningstilskuddet, siden turnuslegen ikke har egen liste.

Størrelsen på referanselisten avtales i sentrale forhandlinger.

§ 10. Fastlegens listeansvar

Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift.

Fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen.

Allmennlegeoppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i listeansvaret.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er delvis videreføring av tidligere fastlegeforskrift §§ 7 og 12. Bestemmelsen presiserer hva som ligger i listeansvaret til fastlegen.

Første ledd er en presisering av tidligere fastlegeforskrift § 7. Listeansvar innebærer at fastlegen i utgangspunktet er ansvarlig for å tilby alle typer allmennlegetjenester til egne listeinnbyggere. Det er i bestemmelsen presisert at dette gjelder både innen somatikk, psykisk helse og rus. En fastlege kan ikke velge bort å tilby allmennlegetjenester til egne listeinnbyggere, med mindre allmennlegeoppgavene er positivt unntatt fra listeansvaret. Et eksempel på allmennlegeoppgaver som positivt er unntatt, er listet opp i denne bestemmelsens tredje ledd.

En naturlig del av de allmennlegetjenestene fastlegen skal tilby sine listeinnbyggere er å skrive helseattester som er påkrevd i lov eller forskrift, og å gi opplysninger som er nødvendige for listeinnbyggeren ved søknad om helse- og omsorgstjenester, trygdeytelser og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Som eksempel nevnes helseopplysninger i forbindelse med en sykmelding. Leger er en av tre helsepersonellgrupper som kan dokumentere at et medlem av trygden har rett til sykepenger, jf. folketrygdloven § 8-7. Helseattester og opplysninger i denne sammenheng skal bare gis ut når det foreligger rettslig grunnlag for det, normalt ved samtykke fra den personen aktuelle opplysninger gjelder.

Andre ledd bestemmer at fastlegen skal prioritere listeinnbyggere foran andre som ikke er på listen. Retten til å stå på liste hos fastlege innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen man står på liste hos. For eksempel blir pasienter som ber om en "second opinion" prioritert lavere enn en listeinnbygger. Det er likevel ikke slik at en listeinnbygger alltid blir prioritert høyest, for eksempel gjelder dette ikke ved øyeblikkelig hjelp eller andre lovpålagte eller kommunalt avtalte oppgaver. I slike tilfeller vil prioriteringen avhenge av legens medisinske skjønn.

Tredje ledd presiserer at allmennlegeoppgaver utført i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fengsler, ved sykehjem og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste ikke inngår i listeansvaret etter første ledd. Det forventes følgelig ikke at fastlegen skal ivareta listeansvaret for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjoner med egen allmennlegetjeneste.

§ 11. Fastlegens listeansvar ved fellesliste

Fastleger med fellesliste har felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen.

Personer som står på fellesliste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

Reglene om listelengde og reduksjon av lister gjelder tilsvarende ved felleslister.

Departementets merknad:

Denne bestemmelsen er en videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 9 andre ledd.

Første ledd innebærer at en gruppepraksis med fellesliste, har felles ansvar for allmennlegetilbudet til innbyggerne på listen. Ved fellesliste er den formelle tilknytningen mellom listeinnbyggerne og gruppepraksisen, og ikke den enkelte fastlege.

Andre ledd fastslår at de som står på fellesliste skal ha en av fastlegene som sin ansvarlige lege. Den ansvarlige legen har hovedansvaret for journal og oppfølging av personen. Personer på fellesliste kan fremsette et ønske om hvem de vil ha som ansvarlig lege blant fastlegene i praksisen med ledig kapasitet, jf. forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 2.

Fastlegene i gruppepraksis med felleslister har felles ansvar for at alle innbyggere på felleslisten har en ansvarlig lege. Fastlegene i gruppepraksis med felles liste kan sette et tak for hvor mange innbyggere den enkelte fastlege kan være ansvarlig for. Dette taket er ikke nødvendigvis det samme som det taket fastlegen har i fastlegeavtalen med kommunen. Tre fastleger som har organisert gruppepraksisen med fellesliste, kan for eksempel bestemme at to av fastlegene deler på oppgaven som ansvarlig lege. Det forutsettes altså at legene på felleslisten til sammen dekker denne funksjonen for alle personene på listen. Hvis en av fastlegene slutter, må de av personene på vedkommende leges liste, overføres til ny lege eller til en av de gjenværende fastlegene.

Tredje ledd sier at felleslistens lengde er summen av de enkelte deltakende fastlegers listetak. Ved ønske om å endre felleslistens samlede lengde må dette skje gjennom endring i den enkelte fastleges listetak.

Legeforeningens kommentar:

Fellesliste er ikke det samme som deleliste. Deleliste er regulert i rammeavtalens punkt 10.8 og gir en begrenset adgang for to leger å arbeide på samme hjemmel i en nedtrappingsperiode. Ved fellesliste har legene hver sine hjemler.

§ 12. Fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen

Fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene. Fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er i hovedsak begrenset til allmennmedisinsk legearbeid som ikke inngår i listeansvaret, se likevel andre ledd. Bestemmelsen viderefører tidligere fastlegeforskrift § 12 første ledd bokstav b.

Timeantallet på 7,5 time per uke som kan pålegges, er ikke til hinder for at det avtales et høyere timeantall mellom lege og kommunen, jf. § 30. Kommunen står nærmest til å vurdere hvilke allmennlegeoppgaver de til enhver tid har behov for å få løst. Det er følgelig viktig at kommunen kan endre innholdet i de oppgavene fastlegen skal utføre på deres vegne, og om nødvendig pålegge fastlegen å utføre nye oppgaver. Av hensyn til rekrutteringen av næringsdrivende fastleger bør det være en viss forutsigbarhet i avtaleforholdet mellom kommunen og fastlegen. Dersom kommunen ansetter fastlegen i en deltidsstilling for å utføre disse allmennoppgavene, må eventuelle endringer av oppgaver skje innenfor de rammer som følger av arbeidsmiljøloven med mer.

Første ledd gir kommunen rett til å pålegge fastlege med fulltidspraksis å utføre andre allmennlegeoppgaver enn det som faller innenfor listeansvaret, i inntil 7,5 timer per uke. For fastleger som har avtalt redusert åpningstid, jf. § 30, reduseres antallet påleggstimer tilsvarende. Som allmennmedisinsk legearbeid regnes oppgaver som inngår som en del av kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, og som kan defineres som allmennmedisinske oppgaver. I bestemmelsen er det listet opp enkelte eksempler på typer allmennlegeoppgaver som fastlegen kan pålegges. Dersom kommunen ønsker å tilplikte andre typer allmennlegeoppgaver enn disse, står kommunen fritt til å gjøre det. Kommunen kan kreve at alle fastleger påtar seg slike oppgaver, også leger som i utgangspunktet ikke ønsker det. Det er likevel presisert i bestemmelsen at kommunen skal søke å finne fastleger som ønsker å utføre disse oppgavene, før det gis pålegg om det.

Bestemmelsen presiserer videre at tid som fastlegen bruker på å delta i administrative møter med kommunen eller i møter på vegne av kommunen, skal regnes inn i de 7,5 timene kommunen kan pålegge. Kommunens fastleger vil i mange sammenhenger være en ressurs for kommunen som det er ønskelig å benytte seg av. I den grad kommunen ønsker å bruke fastlegen er det naturlig å se dette i sammenheng med de timene per uke kommunen kan pålegge fastlegen å delta i andre allmennlegeoppgaver. Møter som er et ledd i behandlingsopplegg for enkeltpasienter holdes her utenfor, jf. takstene 14 og 14d i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Det samme gjelder deltakelse i møter som ligger utenfor det ansvaret kommunen har etter i helse- og omsorgstjenesteloven, som for eksempel møter i forbindelse med oppfølging av sykemeldte (dialogmøter).

Andre ledd presiserer at fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i påleggstimene etter første ledd. Kommunen og fastlegen kan inngå avtale om at fastlegens deltakelse i oppgaver som ikke inngår som en del av kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, likevel kommer til fratrekk i de 7,5 timene som kan pålegges etter første ledd. Fastleger som har inngått avtaler om fritak etter denne bestemmelsen, vil ikke nødvendigvis være fritatt fra et senere pålegg, jf. første ledd.

Legeforeningens kommentar:

Fastlegene er en sentral del av kommunens helsetjeneste. For at kommunen også skal få dekket sine behov for andre typer legetjenester har det helt siden fastlegeordningen ble vedtatt vært en subsidiær mulighet for kommunene til å pålegge fastlegene å utføre slike oppgaver, oppad begrenset til 7,5 t/u. Frem til 2013 har denne forpliktelsen vært nedfelt i avtale. Det nye er at forpliktelsen tas inn i forskrift.

Det er videre nytt at deltakelse i ulike typer møter med kommunen regnes som allmennmedisinsk arbeid og dermed kommer til fratrekk i denne plikten. Normalt sett vil det være så få slike møter at muligheten for å redusere forpliktelsen til annet allmennmedisinsk arbeid for kommunen blir teoretisk. Det er imidlertid viktig at denne bestemmelsen slår fast en rett til godtgjøring for møter med kommunen. Det bør lokalt avtales hvordan slike møter skal godtgjøres. Utgangspunktet for allmennmedisinsk arbeid for kommunen er at dette gjøres som ansatt, og at det dermed skal utstedes arbeidsavtale (ikke Oslo kommune – der utføres dette som næringsdrivende). I mange tilfeller vil det ikke være naturlig at slike møter med kommunen godtgjøres som ansatt, særlig ikke der hvor legen ikke har andre stillinger i kommunen, men driver privat praksis som næringsdrivende.

§ 13. Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt

Fastlegen plikter å delta i:

- a) Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.
- b) Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/ nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Deltakelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre, jf. § 12.

Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a, når legen av helsemessige eller viktige sosiale grunner ber om det.

Fastlegen har rett til fritak til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a når legen:

- a) er over 55 år,
- b) er gravid i de tre siste måneder av svangerskapet eller når graviditeten er til hinder for deltakelse eller
- c) ammer barn som er under ett år.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en delvis videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 12 første ledd bokstav c.

I første ledd bokstav a fremgår det at fastlegen plikter å delta i kommunal/interkommunal legevakt utenom ordinær åpningstid. Fastlegen en plikt, men ingen rett, til å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid. Det vil være opp til kommunen å vurdere om fastlegen skal delta, jf. også bestemmelsens tredje og fjerde ledd. I bokstav b foreslås det at fastlegen også har plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortiden/ åpningstiden. Denne plikten innebærer også å være tilgjengelig i helseradionettet og nødnett. I tillegg skal fastlegen ivareta utrykningsplikten dersom kommunen ikke har organisert legevakt i arbeidstiden på annen måte. Fastlegen som pålegges å delta i øyeblikkelig hjelp tjeneste i åpningstiden, må derfor innrette

praksisen slik at øyeblikkelig hjelp trengende kan mottas og vurderes. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med § 22 om fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere i åpningstiden.

Kommunen er ansvarlig for kostnader knyttet til oppkobling til og drift av helseradionett/nødnett for kommunens fastleger, slik at AMK-sentral og legevaktsentral kan komme i kontakt med fastlegene innenfor avtalt åpningstid, jf. forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus § 7. Andre ledd presiserer at deltakelse i legevakt etter første ledd ikke inngår i de 7,5 timene per uke med annet allmennlegearbeid som kommunen kan pålegge fastlegene i medhold av § 12. Oppgaver etter denne bestemmelsen kommer i tillegg til allmennlegeoppgavene som avtales eller pålegges i medhold av § 12.

Etter tredje ledd er det åpnet for at fastlegen kan anmode om å bli fritatt fra deltakelse i legevakt utenom ordinær åpningstid. I medhold av bestemmelsen er det kommunen som bestemmer om den enkelte fastlegen skal fritas. Kommunen må foreta en skjønnsmessig vurdering, og kommunens beslutning vil være et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 bokstav b. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fjerde ledd, som gir fastlegen rett til fritak dersom visse vilkår er oppfylt. Kommunen kan dessuten fritta fastleger fra å delta ut fra en konkret vurdering av behov, jf. merknaden til første ledd bokstav a. Dersom slike fritak har vært grunnlaget for rekrutteringen av fastlege og inngåelse av avtalen, må den opprettholdes med mindre partene blir enige om noe annet.

I fjerde ledd reguleres fastlegens rett til fritak fra å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid. Det er opp til fastlegen å fremsette et krav om fritak. Bestemmelsen er således ikke til hinder for at en fastlege over 55 år deltar i legevaktordningen dersom både fastlegen og kommunen ønsker det.

Legeforeningens kommentar:

Legeforeningen var kritisk til forskriftsfesting av legevaktreguleringen. Arbeid på legevakt gjøres av fastlegen som ansatt. Det vil uansett forskriftsregulering være behov for omfattende avtaleregulering av dette. Fordelen med avtaleregulering er at den gir nødvendig fleksibilitet for tilpasninger. Forskriftsbestemmelsen må ses i sammenheng med særavtalen SFS 2305 mellom Legeforeningen og KS.

§ 14. Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon

Blir en person som står på fastleges liste inntatt i en helse- og omsorgsinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres listeansvaret etter § 10 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved utskrivning.

Ved behov for tilrettelegging etter utskrivning plikter institusjonen å orientere fastlegen før utskrivning skjer. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning, jf. forskrift om pasientjournal § 9.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 8. Bestemmelsen er særlig aktuell ved innleggelse i sykehus eller sykehjem. Andre institusjoner med organisert legetjeneste reguleres også i denne bestemmelsen, som for eksempel fengsel. Med organisert legetjeneste menes her at det er lege tilknyttet institusjonen, og hvor denne legen også kan ivareta de allmenn-medisinske oppgavene.

Første ledd tilsier at når en person kommer på en institusjon med organisert legetjeneste overtar institusjonen det listeansvaret fastlegen har etter § 10 i denne forskriften. Bestemmelsen er ikke til hinder for samarbeid mellom fastlegen og institusjonens lege når det er behov for det. Personen fortsetter å stå på fastleges liste og fastlegen mottar et per-capita-tilskudd for denne.

Andre ledd presiserer at ved utskrivning vil ansvaret overtas av fastlegen igjen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved utskrivning må institusjonen kontakte fastlegen før utskrivningen. Med mindre personen motsetter seg det, skal epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskrivning, jf. forskrift om pasientjournal § 9. Eventuelt skal opplysninger gis den tid i forveien som er nødvendig for at fastlegen kan tilrettelegge for videre oppfølging.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen inneholder ikke endringer i forhold til tidligere regelverk.

§ 15. Rett til å få flyttet person fra listen

Fastlegen kan kreve at kommunen fatter vedtak om at en person flyttes fra listen, dersom personen har fremvist truende eller voldelig adferd overfor fastlegen, andre som er ansatt hos fastlegen eller deres familier.

Departementets merknad:

Bestemmelsen gir fastlegen en begrenset rett til å kreve at en listeinnbygger blir strøket av sin liste. Utgangspunktet er at det er listeinnbyggeren som velger fastlege. Fastlegen kan følgelig ikke avvise en person som søker seg til fastlegen, så lenge antallet listeinnbyggere på listen er lavere enn fastsatt listetak. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor det vil være umulig for fastlegen å oppfylle sitt listeansvar på en forsvarlig måte av hensyn til egen eller egne ansattes sikkerhet. I slike situasjoner gir bestemmelsen fastlegen en rett til å kreve at kommunen fatter vedtak om at personen strykes fra listen. Dersom en fastlege krever å få flyttet en person fra sin liste, skal dette etterkommes av kommunen, så lenge de aktuelle forhold kan dokumenteres av legen. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fastlegeforskriften § 5, og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2 og 7.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen er ny. Her er fastlegen gitt en rett til å kreve listeinnbyggeren fjernet fra listen dersom vedkommende har vært truende eller voldelig. Dette betyr at kommunen ikke kan motsette seg å flytte pasienten dersom legen krever det og vilkårene er for dette er oppfylt. Formålet bak bestemmelsen er dels hensynet til legens, samt ansattes og families sikkerhet, og dels behandlingshensyn. Etter situasjoner med vold eller trusler av en viss alvorlighet er det i mange tilfeller nærmest umulig å tenke seg videreføring av en pasientrelasjon, som forutsetter tillit og fortrolighet.

Det er viktig å unngå at bestemmelsen blir misbrukt. Det ligger i fastlegerollen at man skal håndtere mennesker som er i vanskelige situasjoner. Det må f.eks. vurderes konkret av legen om ytringer som fremsettes skal vurderes som reelle trusler.

Beslutningen om å flytte, eller ikke flytte, pasient er enkeltvedtak og kan påklages.

Det er utarbeidet egne veiledende retningslinjer for håndtering av slike situasjoner, se vedlegg til rammeavtalene for KS og Oslo kommune.

FUNKSJONS- OG KVALITETSKRAV

Kapittel

4

Departementets merknad til kapittel 4

Bestemmelsene i dette kapitlet presiserer innholdet i listeansvaret og kravet til forsvarlighet som følger av helsepersonelloven § 4.

§ 16. Krav til kvalitet

Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer.

Fastlegen skal tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser i sin virksomhet.

Departementets merknad:

Bestemmelsen stiller krav til kvalitet i tjenestene fastlegen skal tilby. Fastlegenes virksomhet skal ytes i tråd med oppdatert kunnskap og krav som fremgår av lov og forskrift. Første ledd pålegger fastlegen å drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Fastlegene skal være kjent med hvilke nasjonale faglige retningslinjer som gjelder. Legen skal likevel bruke sitt medisinske skjønn i det enkelte tilfelle. Legens avveielser må dokumenteres i samsvar med kravene i forskrift om pasientjournal § 8.

Andre ledd pålegger legen å tilstrebe og redusere risikoen for uønskede hendelser. Dette er en presisering av helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 første ledd, om at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Legeforeningens kommentar:

Plikten til å følge nasjonale retningslinjer er ikke absolutt. Dersom retningslinjene er utdatert eller ikke passer for angjeldende tilfelle vil legen til og med i en del tilfeller ha en plikt til å fravike dem. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet, jf helsepersonelloven § 4 vil gå foran

denne forskriftsbestemmelsen. Det er likevel svært viktig at fastlegen sørger for å dokumentere sine vurderinger der man finner det riktig å fravike slike retningslinjer.

Plikten til å redusere risiko for uønskede hendelser i virksomheten er ikke ny. Dette følger av krav til internkontroll, jf internkontrollforskriften. Alle fastlegekontor må etablere et internkontrollsystem. Se blant annet Helsedirektoratets veileder «Orden i eget hus», IS 1183 for nærmere beskrivelse.

§ 17. Oversikt over listeinnbyggerne

Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinsk faglig oppfølging og koordinering er nødvendig.

Departementets merknad:

Etableringen av et listesystem legger til rette for at fastlegene kan ta et helhetlig ansvar for å yte allmennlegetjenester til innbyggerne på listen. Fastlegen skal tilstrebe å ha oversikt over listeinnbyggerne og deres behov for medisinsk oppfølging og koordinering av tjenester. Oversikten skal bygge på foreliggende journalinformasjon. Dette innebærer at det ikke stilles krav om at fastlegene skal oppsøke annen informasjon enn den som til enhver tid finnes i legens journalsystem, men det stilles krav om å bruke tilgjengelig informasjon på en systematisk måte. Journalinformasjon omfatter journaldata fra egne konsultasjoner, data fra mottatte epikriser eller andre opplysninger fra spesialisthelsetjenesten, andre samarbeidende tjenesteytere eller pårørende, jf. forskrift om pasientjournal § 8.

Legeforeningens kommentar:

Dette er en utfordrende bestemmelse fordi den rettsliggjør en mer aktiv oppfølging av liste-populasjonen. Den angir et (juridisk) ansvar som er vanskelig å trekke klare grenser for. Det er nødvendig med bedre elektroniske verktøy for at en slik forpliktelse skal kunne ivaretas på en systematisk måte og uten at det brukes uforholdsmessige ressurser på oppgaven. Legeforeningen vil følge opp denne bestemmelsen i videre arbeid.

§ 18. Oppfølgingstilbud

Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging.

Departementets merknad:

Bestemmelsen presiserer at fastlegens listeansvar også omfatter å tilby oppfølging av listeinnbyggere som ikke selv etterspør fastlegens tjenester. Tilbud om oppfølging skal skje i form av tilbud om konsultasjon eller hjemmebesøk. Ansvar forutsetter at fastlegen har kunnskap om behovet og kunnskap om at listeinnbyggeren ikke søker helsehjelp selv.

Det stilles ikke krav om at fastlegene skal oppsøke annen informasjon enn den som til en hver tid finnes i legens journalsystem, jf. merknad til § 17.

Basert på journalinformasjon skal fastlegen foreta en medisinsk vurdering av om det er behov for å tilby oppfølging og eventuelt hvordan det skal skje. Dersom den aktuelle listeinnbyggeren har en påvist lidelse, og det ut fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging, skal fastlegen gi tilbud om enten en konsultasjon eller et hjemmebesøk. Reglene om samtykke gjelder. Dersom personen avslår tilbudet, har fastlegen ingen ytterligere plikter.

Fastlegen dokumenterer begrunnelsen for sitt tilbud i pasientjournalen og eventuelt avslag.

Gjennomførte konsultasjoner og hjemmebesøk honoreres på vanlig måte etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen var gjenstand for mye diskusjon i høringsrunden. Legeforeningen fremsatte kritiske merknader som førte til betydelige endringer i kriteriene for oppsøkende virksomhet. For at intensjonene om oversikt over egen listepopulasjon og oppsøkende virksomhet skal kunne realiseres fullt ut må det utvikles gode elektroniske verktøy. Fastlegen bør uansett gjennomgå sine rutiner for hvordan bl.a. informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten fanges opp, og evt. kan gi grunnlag for en henvendelse til personer som ikke selv tar kontakt med fastlegen.

Det har vært reist spørsmål om hjemmebesøk (med tilhørende godtgjøring) kan benyttes i alle tilfeller hvor fastlegen gir tilbud i medhold av denne bestemmelsen. Det vises til merknad B6 til Normaltariffens sykebesøktakster hvor uttømmende kriterier angis.

§ 19. Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en videreføring av merknad til gjeldende forskrift § 7 og beskriver fastlegens ansvar for medisinskfaglig koordinering og samarbeid.

Første ledd sier at fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle for egne listeinnbyggere.

Fastlegens koordineringsansvar etter denne bestemmelsen er ikke sammenfallende med koordinators oppgaver etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenester.

Rehabiliteringsfasen er inkludert i forløpet. Videre sier bestemmelsen at fastlegen skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dette innebærer at fastlegen må ha systemer som gjør at andre tjenesteytere og samarbeidspartnere får tak i legen for å avklare nødvendige spørsmål eller gitt informasjon. Fastlegen har i tillegg et eget ansvar for å kontakte andre tjenesteytere når faglige forhold tilsier dette. Det vises til § 8 i fastlegeforskriften der det fremgår at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen, og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud. Det fremgår videre av samme paragraf at kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Dette kan ivaretas blant annet ved å utarbeide skriftlige rutiner for samarbeid.

Andre ledd sier at dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal medvirke ved utarbeidelse og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste. Det er kommunen som er ansvarlig for å utpeke en koordinator for den enkelte pasient/bruker. I de fleste tilfeller vil det uansett være behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren.

Legeforeningens kommentar:

Det er en forutsetning for å kunne ivareta et koordinatoransvar at man har informasjon fra samarbeidsparter og at man har kompetanse/ mandat til å ivareta en slik rolle. Forskriftsteksten i første ledd går langt, idet det kan lese slik at fastlegen har et medisinsk-faglig koordineringsansvar for all undersøkelse og behandling – også i spesialisthelsetjenesten. Det ville være umulig, og det er avklart med departementet at bestemmelsen ikke skal forstås slik.

§ 20. Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.

Departementets merknad:

Bestemmelsen sier at fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling av sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. Før tiltak tilbys skal legen vurdere behovet for tiltak. At fastlegen skal tilby tiltak, betyr ikke at alle tiltakene må iverksettes av fastlegen selv. Slike tiltak kan være å henvise til en frisklivssentral eller et røykavvenningstilbud. Behovet for tiltak i regi av og oppfølging videre hos fastlegen må avgjøres i det enkelte tilfelle. I situasjoner der det avdekkes risiko for forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt, vil forebyggende tiltak inkludere både lærings- og mestrings tiltak, og annen oppfølging eller behandling. Dette kan skje både hos fastlegen eller ved henvisning til andre tjenesteytere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Risikofaktorene skal kartlegges ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen. Det innebærer at legene ikke skal gjennomføre brede screeningundersøkelser for å avdekke risikofaktorer som ikke er relevante for den eller de problemstillinger som gjør at personen oppsøker lege. Med risikofaktorer forstås her både fysiske, psykiske og sosiale faktorer som i følge oppdatert kunnskap gir økt risiko for sykdom/lidelse.

Legeforeningens kommentar:

Kriteriene for fastlegens forpliktelser er betydelig strammet inn etter kritiske merknader fra Legeforeningen i høringsrunden. Det er presisert at det er fastlegen som her må gjøre behovsvurderingen.

§ 21. Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

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

Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.

Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.

Fastlegen skal sørge for fraværdekning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning.

Departementets merknad:

Bestemmelsen angir allmenne krav til tilgjengelighet til fastlegene. God tilgjengelighet henger imidlertid også nært sammen med tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen, og det er kommunen er ansvarlig for, jf. forskriften § 4.

Første ledd pålegger fastlegen å kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Med alle typer henvendelse menes her spørsmål om øyeblikkelig hjelp, ønske om time eller sykebesøk som følge av mistanke om sykdom, spørsmål om råd og veiledning, spørsmål om fornying av resepter med mer.

Av andre ledd fremgår det at fastlegen skal prioritere pasientene ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Fordi fastlegene ofte er første kontakt med helse- og omsorgstjenesten i et pasientforløp, og en tjeneste som derfor generelt bør ha god tilgjengelighet, sier bestemmelsen at listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager. Det innebærer at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid. Det kan likevel være situasjoner eller perioder der ventetiden vil være lengre. Dette kan for eksempel være i influensaperioder med stor pågang for noen typer tjenester, eller dersom kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler. Noen typer attester vil det for eksempel ikke være noen hast med, og for at legen skal kunne gi kort ventetid til listeinnbyggere med høyere prioritet, kan ventetiden i noen tilfeller bli lengre for andre.

Det fremgår av tredje ledd at fastlegen skal ha et system for mottak av telefonhenvendelser som er innrettet slik at 80 prosent av alle telefonhenvendelser kan besvares innen to minutter. Med som regel menes her at systemet, og kapasiteten i dette, må innrettes slik at dette kravet kan oppfylles på arbeidsdager med normal pågang.

Fjerde ledd sier at legen skal kunne motta timebestillinger elektronisk. Med elektronisk menes her for eksempel e-post, SMS og forsendelser via nettportaler. De samme krav til ventetid for time må gjelde uavhengig av hvordan forespørselen mottas. Fastlegen vil ikke være forpliktet til å motta andre typer henvendelser enn timebestillinger elektronisk.

Det følger av femte ledd at fastlegen skal sørge for fraværssdekning ved fravær fra egen praksis (ordinært fravær). Dersom det benyttes vikar, og ikke ordinær fraværssdekning, er det en forutsetning at vikaren har nødvendig kompetanse og at vikaren overholder de fastlegens forpliktelser. Det økonomiske oppgjøret mellom fastlegen og vikaren er kommunen uvedkommende.

Legeforeningens kommentar:

Som det også understrekes i departementets merknad forutsetter tilgjengelighetskravene at kommunen sørger for tilstrekkelig fastlegedekning. Fastlegene og kommunen må ha løpende drøfting i samarbeidsutvalget om hvordan disse kravene kan ivaretas.

I motsetning til hva som opprinnelig ble sendt på høring er fastlegens rett og plikt til å prioritere etter alvorlighetsgrad presisert i bestemmelsen.

De nye tilgjengelighetskravene tar utgangspunkt i legens åpningstid. Legeforeningen har erfart at en del fastleger ikke har definert denne nærmere i sin individuelle avtale (har eksempelvis avtalt kl 9 til kl 16 mandag til fredag). Fastlegen kan maksimalt forpliktes til 28 t/u i fullt kurativt årsverk. Det er naturligvis ikke noe forbud mot å ha lengre åpningstid. De nye kravene tilsier at man vurderer om den individuelle avtalen inneholder den nødvendige avgrensning. Dersom den ikke gjør det bør man sørge for å få den endret i tråd med hva kommunen kan kreve.

Legeforeningen anser ikke at kravet til telefontilgjengelighet er til hinder for at telefonen er stengt kortvarig, for eksempel i forbindelse med lunsjpause. I så fall må det gis tilfredsstillende informasjon på telefonsvarer, herunder informasjon om hvor innringer skal henvende seg ved behov for ø-hjelp.

Kravet til elektronisk timebestilling stiller kun krav til at timebestilling skal kunne skje gjennom elektronisk kommunikasjon. Bestemmelsen stiller ikke detaljerte krav til hvordan dette skal skje. Bestemmelsen stiller ikke konkrete krav til at pasienten skal kunne ha tilgang til legens timebok gjennom portalløsning eller liknende.

§ 22. Øyeblikkelig hjelp til listeinnbyggere

Fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.

Departementets merknad:

Bestemmelsen sier at fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes. Dette innebærer at øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere er en del av fastlegenes listeansvar. Bestemmelsen er en videreføring av hvordan plikten til å tilrettelegge for øyeblikkelig hjelp har vært regulert i rammeavtale mellom KS og Legeforeningen, jf. pkt. 10.1 og 10.4. Fastlegen har et særskilt ansvar for å tilrettelegge for at listeinnbyggere kan få øyeblikkelig hjelp i åpningstiden. Dette kan for eksempel være å skjerme noen timer av åpningstiden hver dag til slike henvendelser. Bestemmelsen gjelder kun for fastlegens åpningstid. Dette innebærer at pasienter som har valgt lege som ikke har åpningstid alle virkedager må ha et alternativt tilbud om øyeblikkelig hjelp. Det er kommunens ansvar å organisere dette, jf. forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus § 7. Dersom fastlegen er fraværende fra praksis i åpningstiden, for eksempel i dialogmøte hos en arbeidsgiver, må fastlegens sørge for at listeinnbyggere som henvender seg med behov for øyeblikkelig hjelp får informasjon om hvor slik hjelp kan gis, for eksempel legevakt.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen gir ikke legen plikt til å rykke ut på oppdrag utenfor kontoret eller delta i organisert daglegevakt. Utfyllende regler om legevakt er avtalt i SFS 2305.

§ 23. Hjemmebesøk

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere:

- a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekontoret eller
- b) når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

Fastlegen skal ut fra en medisinsk vurdering prioritere når hjemmebesøk skal foretas. I denne vurderingen kan legen ta hensyn til reiseavstand til pasienten, og om egen sikkerhet er tilstrekkelig ivarettatt.

Departementets merknad:

Bestemmelsen tydeliggjør krav til når fastlegen skal gjennomføre hjemmebesøk.

Første ledd sier at fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne, ikke er i stand til å møte på legekontoret. Fastlegen skal også gi tilbud om hjemmebesøk til listeinnbyggere som er i stand til å møte til konsultasjon, når dette anses nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp. En vurdering av faglig forsvarlighet må skje ut fra fastlegens kjennskap til listeinnbyggeren.

Andre ledd sier at fastlegen, når hun eller han gjør en medisinsk vurdering av om det skal gjennomføres hjemmebesøk, må denne oppgaven vurderes opp mot øvrige oppgaver. I denne vurderingen kan legen blant annet ta hensyn til reiseavstand til listeinnbyggeren, og om egen sikkerhet er tilstrekkelig ivarettatt.

Legeforeningens kommentar:

Det er ikke nytt at fastlegen har en forpliktelse til å dra i hjemmebesøk når det fremstår som nødvendig. Plikten blir imidlertid tydeligere gjennom denne forskriftsbestemmelsen.

Hensynet til legens sikkerhet er understreket i bestemmelsen. Dersom hjemmebesøk anses nødvendig, men legen frykter for egen sikkerhet ved å dra alene, vil kommunen etter forholdene være forpliktet til å sørge for nødvendige tiltak for at besøket kan gjennomføres uten risiko. Det kan for eksempel være aktuelt at legen får med annet helsepersonell, evt. politi dersom det skulle være nødvendig.

§ 24. Henvisningspraksis

Fastlegen skal ved behov henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og til andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd.

Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og 3.

Fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Departementets merknad:

Bestemmelsen tydeliggjør noen faglige krav til fastlegenes henvisningspraksis.

Første ledd sier at fastlegen ved behov skal henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og til øvrige kommunale helsetjenester.

Av andre ledd følger det at fastlegene skal være kjent med hvilken oppgavefordeling som fremgår av lover og forskrifter, samt hva som er avtalt lokalt mellom kommunen og helseforetaket. Fastlegen må gjøre en medisinsk vurdering i det enkelte tilfelle av hvor henvisning skal rettes.

Tredje ledd sier at fastlegen skal gi mottaker av henvisningen nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling. Hvilken informasjon fastlegen plikter å gi vil variere fra tilfelle til tilfelle. Henvisningen må som et minimum inneholde opplysninger som er nødvendige for å kunne vurdere om vedkommende pasient har rett til å få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp for å oppfylle pasientens rettighet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og 3.

I medhold av fjerde ledd skal fastlegen informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg der det henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Legeforeningens kommentar:

I annet ledd fremgår det at fastlegen skal følge opp samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Det er en forutsetning at fastlegene involveres i dette arbeidet. Som følge av de nye kravene i fastlegeforskriften har Legeforeningen fremforhandlet endringer i rammeavtalene med KS og Oslo kommune som skal bidra til at fastlegene blir involvert gjennom Allmennlegeutvalg (ALU) og Lokalt Samarbeidsutvalg (LSU). Rammeavtalen åpner for at det blir opprettet kommuneovergipende samarbeidsutvalg. Håndtering av slike samarbeidsavtaler vil være et aktuelt tema for et slikt samarbeidsutvalg (som normalt bør komme i tillegg til LSU).

§ 25. Legemiddelbehandling

Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres.

Listeinnsbyggere skal få oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hos fastlegen hvis legemiddelbruken er endret. For listeinnsbyggere som bruker fire legemidler eller mer, skal fastlegen gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.

Fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnsbyggeren.

Departementets merknad:

Bestemmelsen tydeliggjør faglige krav til fastlegene når det gjelder legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling er en sentral del av den medisinske behandling som fastlegene selv yter og den medisinske behandling de har ansvar for å koordinere, jf. § 21 første ledd. Samtidig er legemiddelbehandling et område med stor risiko for feil.

Første ledd sier at fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Dette følger av fastlegens medisinske koordineringsrolle, jf. § 19. Fastlegen må innrette seg etter forsvarlighetskravet og egen kompetanse, og således være tilbakeholden med å overprøve legemiddelbehandling iverksatt av leger med annen spesialitet, jf. helsepersonelloven § 4.

Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal fastlegen oppdatere legemiddellisten. Listeinnsbyggeren skal få en oppdatert legemiddelliste ved første konsultasjon hos fastlegen etter at slik endring har skjedd.

Andre ledd pålegger fastlegene å gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering, for listeinnsbyggere som bruker fire legemidler eller mer. En legemiddelgjennomgang er en kritisk gjennomgang der man relaterer listeinnsbyggerens legemiddelbruk til klinisk informasjon. Formålet er å redusere legemiddelinduserte bivirkninger og interaksjoner og samtidig optimalisere bruken av legemidler etter listeinnsbyggerens behov. Gjennomgangen kan skje uten at listeinnsbyggeren er til stede. Den kan eventuelt gjøres i samarbeid med relevant helsepersonell. Fastlegen må gjøre en konkret medisinsk risikovurdering av behovet for en legemiddelgjennomgang for den enkelte listeinnsbygger, samt av behovet for å gjenta denne innen et gitt tidsrom. Det fremgår av § 17 andre ledd at fastlegen i sin virksomhet skal tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser.

I tredje ledd fremgår det at fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren. Dette kan være andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten eller listeinnbyggerens pårørende. Fastlegene må gjøre en medisinsk vurdering av når det er behov for å gi andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten en oppdatert legemiddelliste.

Legeforeningens kommentar:

Kravene til legemiddelgjennomgang er omfattende. Det vises til Helsedirektoratets veileder IS 1998.

§ 26. Sykefraværsoppfølging

Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere, dersom fastlegen er sykemelder.

Fastlegen skal gjennom sin medisinske oppfølging av listeinnbyggere, bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.

Departementets merknad:

Bestemmelsen presiserer at fastlegen skal følge opp sykmeldte listeinnbyggere. Fastlegens plikter henger dels sammen med rollen som sykemelder og dels sammen med fastlegens plikter i medhold av listeansvaret. En av oppgavene for fastlegen er å bidra til at alle listeinnbyggere som kan, beholder sin arbeidstilknytning. Målet ved sykmelding er at den sykmeldte skal komme raskest mulig tilbake i vanlig arbeid.

Fra 1. juli 2011 ble det gitt nye regler om tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Sykemelder har blant annet en plikt til å delta i dialogmøter i regi av arbeidsgiver og arbeids- og velferdsetaten dersom de blir innkalt. Arbeids- og velferdsetaten kan ilegge sanksjoner dersom sykemelder uten gyldig grunn unnlater å delta i dialogmøter etter bestemmelsene i folketrygdloven § 25-5a. Det er utarbeidet en faglig veileder for sykmeldere til støtte i sykmeldingsarbeidet.

§ 27. Elektronisk pasientjournal m.m.

Fastlegens elektroniske pasientjournalssystem skal oppfylle krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern fastsatt i lov og forskrift.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er delvis en forskriftsfesting av punkt 5.1 i avtalen mellom Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale m.m. (statsavtalen).

Det fremgår av bestemmelsen at fastlegen skal ha et elektronisk pasientjournalssystem som oppfyller krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern som følger av lov og forskrift. For at fastlegen skal kunne utføre stadig flere og mer spesialiserte oppgaver på en trygg og effektiv måte, er det helt nødvendig med velfungerende IKT-løsninger. Det jobbes kontinuerlig med utvikling av IKT tjenester innen helsesektoren, som for eksempel mer bruk av meldingsutveksling, kjernejournal, statistikk og rapportering for virksomhetsstyring. Bestemmelsen tydeliggjør ansvaret for den delen av helse- og omsorgstjenestene som fastlegene utfører.

Helseinformasjonssikkerhetsforskriften (FOR 24. juni 2011 nr. 628) er fastsatt, men ikke trådt i kraft. Forskriften viser hvilke krav som vil bli stilt til informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i journalsystemer.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen stiller krav til elektronisk pasientjournalssystem. Fastlegen har en rekke forpliktelser til å sørge for informasjonssikkerhet i slike systemer. Fastlegen må være kjent med Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren, se nærmere informasjon på Legeforeningens og Helsedirektoratets hjemmesider.

§ 28. Tolk

Fastlegen skal benytte tolk ved behov.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en presisering av kravet om forsvarlige helsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. For å sikre forsvarlig behandling og at gitt informasjon blir oppfattet korrekt, kan det være nødvendig å bruke. Det vil være et kommunalt ansvar å sørge for at tolk er tilgjengelig når det oppstår et behov, ettersom kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. I utgangspunktet vil det følgelig også være kommunen som må dekke eventuelle kostnader til bruk av tolk der dette er nødvendig for å kunne tilby en forsvarlig tjeneste. For at kommunen skal kunne oppfylle sitt ansvar må fastlegen informere kommunen om behovet for tolk i en konkret konsultasjon, eller ha avklart bruk av tolketjenester på forhånd generelt.

Fastlegen bør videre opplyse om behov for tolk ved videre henvisninger til spesialisthelsetjenesten eller til andre kommunale tjenesteytere.

§ 29. Krav til rapportering

Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten, eller kommunen i samarbeid med fastlegen, fastsetter hvilke data som skal avgis.

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

Departementets merknad:

For å muliggjøre en kunnskapsbasert utvikling av fastlegetjenesten må kommune og stat ha tilgang på data om aktivitet og kvalitet i tjenesten. Bestemmelsen trer ikke ikraft før nødvendige forutsetninger for uttrekk av data er til stede. Se merknader til § 38.

I første ledd pålegges fastlegen en vid rapporteringsplikt. Plikt til å rapportere er ikke begrenset til anonymiserte styringsdata. Staten vil i forskriftsform fastsette hvilke data som skal avgis fra fastlegene. Dersom kommunen ønsker ytterligere data fra fastlegen skjer uttrekket i samarbeid med fastlege. Kommunen står ikke fritt til å be om all type data. Det er avgjørende at de aktuelle skal brukes til det formål oppgitt i bestemmelsen.

I andre ledd presiseres det at de alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd. Personidentifiserbare helseopplysninger vil følgelig kun i begrenset grad kunne bli avkrevd av fastlegen med henvisning til denne bestemmelsen, jf. blant annet helseregisterloven §§ 2 og 5.

Legeforeningens kommentar:

Legeforeningen har vært en pådriver for at det bør utvikles hensiktsmessige rapporteringssystemer som også er egnet til kvalitetsarbeid i den enkelte virksomhet.

Legeforeningen og KS har avtalt videre samarbeid om hva fastlegene skal forpliktes til når det gjelder rapporteringskrav.

Ikrafttredelse av forskriftsbestemmelsen er utsatt fordi nødvendige verktøy ikke er på plass.

§ 30. Fastlegeavtale

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

Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, listetak, lokalisering og eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen, utover det som fremgår av listeansvaret, jf. § 12.

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

Fastlegen og kommunen kan ikke avtale i strid med bestemmelser i denne forskriften, med mindre det fremgår av den enkelte bestemmelse.

Departementets merknad:

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd, at tjenester etter loven kan utføres av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre tjenesteytere. Loven forutsetter altså at det inngås en individuell avtale med de som utfører helse- og omsorgstjenester, på vegne av kommunen. Forskriften forholder seg derfor til kommunen og fastlegen som pliktsubjekter. Fastlegeordningen er et eksempel på en kommunal helse- og omsorgstjeneste der kommunen har inngått avtale med private tjenesteytere om å oppfylle deler av sitt sørge-for-ansvar. For ansatte tjenesteytere vil kommunen kunne påvirke tjenesteutøvelsen gjennom arbeidsgivers styringsrett. Ved å inngå avtale med private tjenesteytere, må kommunens mulighet til å påvirke tjenesteutøvelsen ivaretas på annen måte. Fastlegeavtalen vil således være et viktig dokument for kommunen, og den vil være et utgangspunkt for kommunens dialog med fastlegen om de tjenestene fastlegen skal yte.

Første ledd presiserer at kommunen skal inngå en individuell fastlegeavtale med hver enkelt lege som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder både fast ansatte fastleger og selvstendig næringsdrivende leger. Fastleger som arbeider i gruppepraksis eller er del i en fellesliste, jf. § 11, skal også inngå en individuell fastlegeavtale med kommunen. Fastlegeavtalen synliggjør blant annet kommunens oppfølging av sine plikter, og legenes ansvar for innbyggere på sin liste.

Det følger av andre ledd at fastlegeavtalen, som et minimum, skal inneholde bestemmelser om åpningstider, listetak og lokalisering. Åpningstiden avtales mellom kommunen og fastlegen. Avtalt åpningstid vil være avgjørende for fastlegens plikter om blant annet tilgjengelighet for listeinnbyggere og i øyeblikkelig hjelp situasjoner, jf. fastlegeforskriften §§ 21 og 22. Det er derfor viktig at fastlegeavtalen regulerer åpningstiden. Videre presiseres det at avtalen som skal omtale eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen, jf. § 12. Dette gjelder uavhengig av om oppgavene er avtalt mellom partene eller ensidig pålagt av kommunen. Der kommunen benytter seg av muligheten til å pålegge eller avtale at fastlegen skal utføre andre allmennlegeoppgaver, er det en forutsetning at partene har en felles forståelse av hvilke oppgaver som skal utføres. Dersom avtalte eller pålagte allmennlegeoppgaver endres, bør dette gjenspeiles ved at fastlegeavtalen oppdateres i tråd med dette. Det vil

være viktig å skape en viss forutsigbarhet når det gjelder hvilke oppgaver fastlegen skal utføre, og skriftlighet kan bidra til dette.

I følge lov om folkehelsearbeid § 5 skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten over helseutfordringene i kommunen, vil danne grunnlag for folkehelsearbeid og forebyggende tjenester. I tillegg til god helsestatistikk er det avgjørende at oversikten også bygger på erfaringer i helsetjenesten lokalt, også erfaringene til fastlegene. Tredje ledd presiserer derfor at kommunen bør bruke fastlegeavtalen for å oppnå enighet om hvordan fastlegen på best mulig måte kan bidra i kommunens folkehelsearbeid.

I fjerde ledd presiseres det at kommunen og fastlegen ikke kan inngå avtaler som er i strid med forskriften. Unntak gjelder dersom det er åpnet for dette i selve bestemmelsen. Et eksempel er § 12 annet ledd, der det fremgår at kommunen og fastlegen kan avtale i strid med første ledd. Bestemmelsen er ikke til hinder for at kommunen og fastlegen inngår avtaler som utfyller og utdyper forskriften. Den er heller ikke til hinder for at det inngås avtaler om forhold som ikke er regulert i forskriften. Når det gjelder forholdet til avtaler inngått forut for ikrafttredelse av forskriftsendringene er ikke dette spesielt regulert. Det har sammenheng med at inngåtte avtaler er inngått innenfor rammene av de til enhver tid gjeldende av lover og forskrifter. Dette følger også av utkast til individuell avtale som er vedlagt rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (ASA 4310). For inngåtte fastlegeavtaler vil typisk ny helse- og omsorgstjenestelov og en revisjon av fastlegeforskriften være av betydning. I den grad inngåtte avtaler strider mot ny lov eller revidert forskrift, vil avtalen på dette punktet være ugyldig. Utover en retting av slike uoverensstemmelser mellom avtale og nytt regelverk, vil det i utgangspunktet ikke være behov for en reforhandling av avtalen mellom kommunen og fastlegen.

§ 31. Inngåelse av ny fastlegeavtale

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt fastlegehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny fastlegehjemmel.

Overtar en ny fastlege praksis fra en fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen over personer overført til den nye fastlegen. Kommunen skal sørge for at personene på listen blir gjort oppmerksomme på bytte av listeansvarlig fastlege, og på retten til å skifte fastlege etter § 6 i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

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

- a) nytilmeldte uten oppgitt legeønske
- b) personer fra liste hvor det er foretatt reduksjon etter § 33 , og som ikke har skiftet til annen fastlege med ledig plass på listen.

Departementets merknad:

Bestemmelsen er en videreføring av tidligere fastlegeforskrift § 13. Bestemmelsen regulerer blant annet overføring av personer på en fastleges liste når en ny fastlege overtar praksisen. Bestemmelsen regulerer også kommunens mulighet til å kanalisere personer til en nyopprettet liste for å sikre driften av den nyopprettede listen.

Det fremgår av første ledd i hvilke tilfeller det er aktuelt å inngå en ny fastlegeavtale. Det kan være når en fastlege avslutter sin virksomhet, når en ubesatt legehjemmel skal besettes eller når kommunen har fått tildelt en ny fastlegehjemmel.

Det følger av andre ledd at når en fastlege overtar praksis fra en annen fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen overført til den nye fastlegen. De personer som står på listen skal informeres om dette, og om retten til skifte fastlege. Det er kommunen som er ansvarlig for å inngå en fastlegeavtale med den nye fastlegen. Kommunen må gi melding om ny fastlege til det organ Helsedirektoratet bestemmer. Informasjon om ny fastlege vil deretter bli sendt til de som står på listen, fra det organ Helsedirektoratet bestemmer. Det skal opplyses om navn på den nye legen, og retten de har til å skifte lege etter § 6 i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

Det er behov for at det til enhver tid er ledig kapasitet på listene i en kommune. For å ivareta dette kan det være nødvendig å opprette en eller flere nye lister. Når en ny liste med ingen eller få personer opprettes, kan det være behov for å kanalisere personer til denne listen i en periode, for å sikre driftsgrunnlaget. Det fremgår av tredje ledd bokstav a at nytilmeldte som ikke oppgir legeønske, kan overføres til den nye listen. Det samme gjelder nytilmeldte som oppgir legeønske, men hvor den ønskede legen har full liste. Med nytilmeldte menes de som ikke tidligere har hatt fastlege eller som har hatt fastlege i en annen kommune og som nå ønsker fastlege i kommunen. Det følger av tredje ledd bokstav b at personer fra lister hvor det er foretatt reduksjon etter § 39, og som ikke har skiftet til en annen fastlege med ledig plass på listen kan overføres til den nye listen.

§ 32. Avslutning av individuell avtale

Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på seks måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet. Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning.

Den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over fylte 70 år, likevel ikke etter at legen er fylt 75 år.

Avtalen bortfaller med umiddelbar virkning ved rettskraftig vedtak om tap av autorisasjon som lege, eller ved begrenset autorisasjon som medfører at fastlegen ikke kan overholde bestemmelsene i denne forskriften, eller i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

Når legens autorisasjon er suspendert, eller i påvente av en overprøving av vedtak om tap av autorisasjon, kan legen innta vikar inntil saken er avgjort av klage- og tilsynsmyndighetene.

Departementets merknad:

Denne bestemmelsen er en forskriftsfesting av rammeavtalen (2010 - 2012) mellom KS og Legeforeningen punkt 15.

I første ledd gis både fastlege og kommunen en rett til å si opp avtalen med seks måneders varsel. Oppsigelse fra kommunen må være saklig begrunnet. Med saklig grunn menes det samme som etter arbeidsmiljøloven § 15-7.

Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtale med øyeblikkelig virkning. Kravet til vesentlig mislighold er det samme vurderingstema som for avskjed etter arbeidsmiljøloven § 15-14. Et eksempel på vesentlig mislighold er tilbakekall av autorisasjon.

Det fremgår av andre ledd at den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Det innebærer at fastlegen ikke kan kreve å få fortsette avtalen utover fylte 70 år. Dette er imidlertid ikke til hinder for kommunen og fastlegen inngår en tidsbegrenset avtale utover fylte 70 år, men da ikke lenger enn til fylte 75 år.

I medhold av tredje ledd faller avtalen mellom kommunen og fastlegen bort med umiddelbar virkning når legen ikke lenger har autorisasjon som lege. Det kreves ingen aktivitet fra kommunens side når fastlegen mister autorisasjonen. Det presiseres i bestemmelsen at avtalen først faller bort når vedtaket om tilbakekall av autorisasjon er endelig. En fastlege som mister autorisasjonen kan ikke selv arbeide som fastlege i påvente av klagebehandlingen, men har rett til å ta inn vikar, jf. under. Tilsvarende faller avtalen bort når det fattes vedtak om å begrense fastlegens autorisasjon på en slik måte at fastlegen ikke kan overholde bestemmelsene i fastlegeforskriften. Et eksempel vil være begrensninger i legens mulighet til å ha pasientkontakt. Det vises for øvrig til helsepersonelloven § 59a, jf. § 57.

Når legens autorisasjon er suspendert kan legen ta inn vikar inntil saken er avgjort av tilsynsmyndigheten. Tilsvarende gjelder dersom fastlegen påklager vedtak om tap av eller betydelige begrensninger i autorisasjonen. Vikaren kan ikke utvide fastlegepraksisen i vikarperioden, jf. forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter § 6.

Legeforeningens kommentar:

Bestemmelsen innebærer i stor grad en flytting av bestemmelser fra avtale til forskrift. I tredje ledd er det tatt inn en viktig endring som er positiv for legens rettssikkerhet. Det må foreligge rettskraftig tap av autorisasjon før fastlegeavtalen kan heves. Med det menes at legen er gitt reelle muligheter til å få saken prøvet for helsepersonellnemnda og evt. domstoler. I en slik prøvingsperiode vil legen beholde fastlegeavtalen, men måtte ha vikar i praksisen.

§ 33. Korrigerende tiltak ved manglende oppfyllelse av forskrift og individuell avtale

Den norske legeforening skal inngå avtale med henholdsvis KS og Oslo kommune om hvilke korrigerende tiltak kommunen kan be om ved manglende oppfyllelse av forskrift eller individuell avtale, hvilke sanksjoner kommunen kan ilegge fastlegen og regler for hvordan dette skal gjennomføres.

Avtalen må senest være inngått inne to år etter forskriftens ikrafttredelse.

Departementets merknad:

Legeforeningen, KS og Oslo kommune må bli enige om hvilke korrigerende tiltak kommunen kan iverksette overfor fastleger som ikke oppfyller kravene som stilles i fastlegeforskriften eller i individuell avtale. De må videre bli enige om hvordan disse korrigerende tiltakene skal gjennomføres.

Det følger av andre ledd at fristen for å inngå en avtale etter første ledd er satt til to år fra det tidspunkt forskriften trer i kraft. Det vil si at partene innen 1. januar 2015 må ha på plass en avtale

Legeforeningens kommentar:

Forslagene til sanksjonsbestemmelser som opprinnelig ble sendt på høring fra departementet ble kraftig imøtegått fra Legeforeningens side. Dette fordi forslagene ikke hensyntok de avtaleforpliktelser som ligger til grunn for fastlegeordningen. Forslagene var svært inngripende og ubalanserte. I den endelige forskriften ble de sentrale avtalepartene gitt tillit til å forhandle frem avtale-bestemmelser med samme formål. Det ble gitt to års frist på å komme til enighet. En slik avtale er på plass mellom Legeforeningen og henholdsvis KS/ Oslo kommune allerede før forskriften trer i kraft.

§ 34. Listetak

Fastlegen skal ikke ha flere enn 2.500 personer på sin liste. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. En liste anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak.

Departementets merknader:

Bestemmelsen setter rammer for antall innbyggere på fastlegens liste, og er en videreføring av gjeldende rett, jf. tidligere fastlegeforskrift § 14.

I medhold av bestemmelsen er det ikke adgang til å ha flere enn 2.500 personer på listen. Det er således ikke adgang for fastlege og kommune å avtale et høyere listetak. Det er ingen tilsvarende nedre grense for hvor lavt listetaket kan være, men det bør normalt ikke være lavere enn 500. Et lavere tak enn 500 krever godkjenning fra kommunen. Den øvre grensen på 2500 er satt for at fastlegene ikke skal få lengre lister enn det de kan betjene på en forsvarlig måte. Når fastsatt listetak er nådd, anses listen som lukket. Bestemmelsen om lukking er ikke absolutt og ses i sammenheng med forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 4 om tilgang til lukkede lister.

Legeforeningens kommentar:

Forskriftsbestemmelsen legger opp til at listetak fastsettes gjennom avtale mellom legen og kommunen. Listetaket settes av hensyn til legen. Legen kan når som helst åpne listen for nye pasienter, maksimalt 2500, selv om det er angitt et lavere tall i den individuelle avtalen.

§ 35. Reduksjon av listetaket

Fastlege med flere personer på listen enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og avtale, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket.

Krav om reduksjon av listetaket skal meldes til kommunen med seks måneders frist. Kommunen og fastlegen kan i særlige tilfeller avtale kortere frist.

Reduksjon av listen skal skje ved tilfeldig uttrekk. Ved listereduksjon holdes familie, som er registrert bosatt i samme husstand, samlet på en liste.

Departementets merknader:

Bestemmelsen gjelder i et hvert tilfelle der en etablert liste blir redusert og viderefører gjeldende rett, jf. tidligere fastlegeforskrift § 16. Bestemmelsen gir ingen rettigheter for kommunen til ensidig å redusere taket på en etablert fastlegeliste.

Det følger av første ledd at fastlegen har et krav på listereduksjon i de tilfellene fastsatt listetak er høyere enn det listetaket fastlegen kan sette i medhold av denne forskriften eller avtale.

Det følger av andre ledd at krav om reduksjon i listetaket skal meldes til kommunen, og at fristen kommunen har til å gjennomføre listejusteringen, i utgangspunktet er seks måneder, men at det kan avtales en annen frist. Kommunens plikt inntreffer kun dersom fastlegen krever det. Fristen for kommunen på seks måneder er satt for at kommunen skal kunne ha mulighet for å forberede reduksjonen, og eventuelt avtale nødvendig listeplass med andre fastleger. Dette innebærer at kommunen og fastlegen fritt kan avtale å redusere listetaket gradvis over tid. Av hensyn til listeinnbyggeren er det en fordel om reduksjonen i størst mulig grad skjer ved "naturlig frafall", ved at vedkommende strykes fra listen på grunn av flytting, bytte av fastlege eller ved dødsfall, eller av andre årsaker.

I tredje ledd sies det at selve listereduksjonen skal skje ved et tilfeldig utvalg. Utvelgelsen gjøres av Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer. De som blir trukket skal tilbys plass på listen til en annen fastlege. Kommunen må sørge for at aktuelle listeinnbyggere får tilbud om ny fastlege. Bytte av fastlege som følge av listereduksjon regnes ikke som bytte, og reduserer således ikke retten til å skifte fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 7. Ved listereduksjon skal familie som er registrert bosatt i samme husstand, holdes samlet på en liste. Bestemmelsen om tilfeldig utvelgelse er begrunnet med at det ikke er vedkommende lege som skal bestemme hvilke innbyggere som skal trekkes ut av listen.

§ 36. Prioritering av samisktalende personer

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

Departementets merknader:

Det fremgår av bestemmelsen at samisktalende skal prioriteres på listene til samisktalende fastleger som har sin praksis i forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1. Området er nærmere definert i forskrift til sameloven (lov 12. juni 1987 nr. 56) om forvaltningsområdet for samisk språk § 1.

SÆRLIGE TILTAK VED LEGEMANGEL

Kapittel 7

§ 37. Suspensjon

Fylkesmannen kan, etter søknad fra kommunen, suspendere plikten til å ha fastlegeordning.

Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder.

Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjeneste i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1 og § 3-3 første og andre ledd.

Suspensjon kan vedtas for inntil ett år av gangen.

Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage Fylkesmannens avgjørelse til departementet.

Departementets merknader:

Suspensjon av fastlegeordningen i en kommune innebærer at kommunens plikt til å organisere allmennlegetjenesten som en fastlegeordning, settes til side i en bestemt periode. Det fremgår av første ledd søknad om suspensjon skal sendes til fylkesmannen.

Det følger av andre ledd at fylkesmannen kun kan innvilge suspensjon dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Det innebærer at suspensjon kun kan gis når kommunen disponerer for få listeplasser i forhold til det antall personer som ønsker plass på fastlegens liste, det vil si at det er mangel på listeplasser i kommunen ved at legehjemmel mangler eller er ubesatt.

I tredje ledd presiseres det at fylkesmannen skal tilse at kommunen har en plan for hvordan allmennlegetjenesten skal ivaretas i suspensjonsperioden. Planen skal vise hvordan befolkningen skal få den nødvendige hjelpen de har krav på.

Det følger av fjerde ledd at suspensjon kun kan gis for inntil ett år av gangen. Kommunen skal i løpet av suspensjonsperioden gjøre det som er mulig for å få plass tilstrekkelig antall leger for å kunne tilby en fastlegeordning.

I femte ledd gis kommunen og fastlegene i kommunen en mulighet til å påklage fylkesmannens avgjørelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

IKRAFTTREDELSE

Kapittel 8

§ 38. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2013. Fra samme dato oppheves forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene.

Departementet bestemmer når § 29 om krav til rapportering skal tre i kraft.

Departementets merknader:

Forskriften trer i kraft 1. januar 2013, og samtidig oppheves forskrift av 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordningen i kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at § 29 om krav til rapportering trer i kraft fra et senere tidspunkt. Departementet bestemmer når dette skal skje.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Den norske legeforenings
kommentarutgave

til

ASA 4310
for perioden 2013 - 2014

Rammeavtale mellom KS
og Den norske legeforening

om

allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

Del I GENERELLE BESTEMMELSER

1 Rammeavtalens rettslige forankring, virkeområde og varighet

Avtalen er inngått under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og forskrifter om fastlegeordningen.

Rammeavtalen og den individuelle avtalen skal bidra til at kommunen og legen kan oppfylle sine plikter, blant annet etter helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften. Avtalen regulerer kommunenes og allmennlegenes oppgaver. Det vises til særskilte reguleringer av oppgaver dersom fastlegeordningen er suspendert.

Avtalen gjelder fra 01.01.2013 - 31.12.2014 og forlenges automatisk for ett år om gangen dersom ingen av partene sier den opp til opphør eller revisjon med minst 3 måneders varsel.

Kommentar: Bestemmelsen angir rammeavtalens rettslige plassering og funksjon. I helse- og omsorgstjenesteloven er fastlegeordningen regulert som en forpliktelse for kommunene og en rettighet for pasienten. I folketrygdloven er adgangen til trygde-refusjon som allmennlege knyttet til avtale som fastlege. Det er vedtatt en forskrift av 29. august 2012 om fastlegeordningen som regulerer plikter og rettigheter for kommune, pasient og lege. Rammeavtalen "utfyller" de andre rettsgrunnlag og gir begrensninger i kommunens adgang til å stille vilkår overfor den enkelte lege.

2 Partsforhold og organisering

Parter i avtalen er KS og Den norske legeforening.

I tillegg til rammeavtalen skal det inngås individuell og personlig avtale mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med vedlagte mønsteravtale.

Denne avtalen danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av individuell avtale.

I sin kurative virksomhet er legen selvstendig næringsdrivende. Avtalen er ikke til hinder for at leger kan organisere sin virksomhet i ulike selskapsformer. Dette er kommunen uvedkommende, og får således ingen betydning for legens rettigheter og plikter i forhold til kommunen og innbyggerne etter lover, forskrifter og avtaler.

Kommentar: Oslo kommune er ikke omfattet av avtalen, da det fremforhandles en særskilt avtale for Oslo kommune. Rammeavtalen setter rammer for hva kommunene ensidig kan kreve i forbindelse med inngåelse eller revisjon av individuell avtale. Verken rammeavtalen eller mønsteravtalen (til individuell avtale) er til hinder for at legen frivillig kan påta seg oppgaver utover dette, eller avtale andre vilkår enn de som fremgår av rammeavtale/ mønsteravtale.

Bestemmelsen om at legen er selvstendig næringsdrivende skal vise at legen ikke er kommunal arbeidstaker. Videre tydeliggjør bestemmelsen at det ikke er i strid med fastlegeordningen, herunder den finansiering som skjer gjennom tilskudd og trygderefusjon, at legen driver virksomheten gjennom et selskap, for eksempel aksjeselskap. At leger med personlig fastlegeavtale kan organisere

sin virksomhet som aksjeselskap, innebærer at basistilskudd/trygderefusjon tilordnes selskapet. Fastlegeavtalen, som innebærer personlige forpliktelser, er dermed heller ikke til hinder for at legen kan være ansatt i et selskap som er et selvstendig rettssubjekt.

3 Forholdet til statsavtalen - felles forhandlinger

De økonomiske vilkår for fastlegeordningen fremgår av avtale mellom staten/KS og Den norske legeforening (statsavtalen). Statsavtalen omfatter også bestemmelser om liste-regulering, utjamningstilskudd og suspensjon av fastlegeordningen.

Statsavtalen og rammeavtalen skal ved senere revisjoner søkes forhandlet parallelt og tas stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

Kommentar: Statsavtalen og rammeavtalen må sees samlet. Dette innebærer at ordningens økonomi, listereguleringer mv. må være i samsvar med de rettigheter og plikter som påhviler partene etter rammeavtalen. En del bestemmelser, bl a fastlegens deltagelse i legevakt og ø-hjelpsordning er nedfelt i særavtalen for kommuneleger (SF2305). Rammeavtalen må derfor også sees i relasjon til særavtalen.

Del II UTVALG I FASTLEGEORDNINGEN

4.1 Allmennlegeutvalg

4.1.1 Formål

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen.

4.1.2 Organisering

Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere.

Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.

Det kan opprettes felles allmennlegeutvalg for flere kommuner. Det er møteplikt med mindre legen har gyldig forfall. Utvalget konstituerer seg selv og velger leder.

Kommunen skal stille møtelokaler til disposisjon.

Kommentar: Alle allmennleger med fast kommunal stilling eller fastlegehjemmel, blir automatisk medlem av allmennlegeutvalget. Det som regel ikke naturlig at kommuneoverlegen er deltaker i utvalget, særlig ikke dersom kommuneoverlegen utelukkende innehar en administrativ stilling. I en del tilfeller kan det være naturlig at kommuneoverlegen er observatør i utvalget. Dersom kommuneoverlegen også driver praksis kan det være hensiktsmessig at vedkommende deltar, men fratrer i forbindelse med behandling av bestemte saker som berører fastlegenes forhold til kommunen. Disse forhold bør diskuteres av allmennlegeutvalget og nedfelles gjennom retningslinjer for utvalgets arbeid.

Legene har møteplikt i utvalget. Utvalget forutsettes å møtes jevnlig, og ha en aktiv rolle i utviklingen av kommunehelsetjenesten.

Når kommunen har opprettet et allmennlegeutvalg har utvalget selv ansvar for den videre drift, dvs. for organisering, møteplan, innkallelser til møter mv. Utvalgets mandat følger av punkt 4.1.3. Det forutsettes at møtet kan holdes i kommunenes lokaler, eller at kommunene sørger for vederlagsfri tilgang til andre lokaler som er egnet.

4.1.3 Allmennlegeutvalgets oppgaver, valg til samarbeidsutvalg

Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til å:

- velge representanter for legene til samarbeidsutvalget
- fremme saker overfor samarbeidsutvalget
- bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning
- forberede saker som skal opp i samarbeidsutvalget
- drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter
- drøfte konkrete kasus i anonymisert form. Vurderingene skal ved behov forelegges samarbeidsutvalget.

Det kan nedsettes et arbeidsutvalg for 2 år som gis tilsvarende fullmakt.

Kommuneoverlegen kan ikke velges til samarbeidsutvalget.

Den norske legeforening kan gi veiledende retningslinjer for allmennlegeutvalget.

Kommentar: I første ledd fremgår allmennlegeutvalgets mandat.

Det er blant annet presisert at utvalget skal forberede saker som skal opp i samarbeidsutvalget, og dette er viktig for at allmennlegenes stemme skal bli hørt i samarbeidsutvalget. Det er også presisert at allmennlegeutvalget skal drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter. Dette er viktig fordi lokale tilpasninger i retningslinjene i mange tilfeller kan være nødvendig. Retningslinjene er nye i 2012, og særlig de første årene vil det være viktig å evaluere og tilpasse.

Allmennlegeutvalget kan velge å nedsette et mindre utvalg - arbeidsutvalg - som gis denne funksjonen. Det vil særlig være aktuelt i større kommuner - eller i perioder der våre medlemmer i samarbeidsutvalget vil behøve bistand og innspill. Allmennlegeutvalget kan velge å gi et mer begrenset mandat til arbeidsutvalget, for eksempel at det skal bistå samarbeidsutvalget, men at allmennlegeutvalget opprettholder de to andre funksjonene.

Allmennlegeutvalget kan ikke velge kommuneoverlegen som sin representant i samarbeidsutvalget. Dette fordi kommuneoverlegen som ansatt i kommunen vil ha ansvaret for å følge opp de tilrådninger samarbeidsutvalget gir. I praksis vil leger som velges til å sitte i samarbeidsutvalget også tildeles tillitsvalgt-funksjoner, noe som forutsetter medlemskap i Dnlf.

Dersom Dnlf mener det er behov for å regulere allmennlegeutvalget nærmere, kan det gjøres i særskilte retningslinjer. Foreløpig er slike retningslinjer ikke gitt.

4.2 Samarbeidsutvalg

4.2.1 Formål

Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listansvar.

Kommentar: Formålet er å formalisere samarbeidet mellom allmennlegene og kommunen i et samarbeidsutvalg. Utvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legegruppen på den ene side og kommunen på den andre siden.

4.2.2 Organisering

Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg.

Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.

Det kan opprettes felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Utvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen.

Samarbeidsutvalget kan opprettes med 2 eller flere representanter fra hver av partene og like mange varamedlemmer.

Samarbeidsutvalget konstituerer seg selv og velger leder, hvor partene har ledelsen vekselvis ett år hver. Kommunen skal stille møtelokaler til disposisjon. Det tilstås møtegodtgjøring etter kommunens satser.

Funksjonstiden er 2 år.

Kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

Berørte samarbeidspartnere (pleie- og omsorgstjenesten, HELFO, NAV, praksiskonsulenter mv.) deltar som observatører etter behov. Kommunen har ansvaret for å innkalle.

Det kan opprettes felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Der det er etablert interkommunal legevaktordning skal det avholdes felles samarbeidsutvalgsmøter minst én gang per år.

Kommentar: Kommunen har ansvaret for å opprette samarbeidsutvalget, men utvalget organiserer seg selv. Kommuneoverlegen skal innkalle til og tilrettelegge møtene, samt være oppfølgingsansvarlig. Samarbeidsutvalget må ta stilling til om berørte samarbeidspartnere skal inviteres til samarbeidsutvalget.

Kommuner kan slå seg sammen for å opprette felles samarbeidsutvalg. Helse- og omsorgstjenesteloven har medført økt behov for samarbeid mellom kommunene. Blant annet vil det være hensiktsmessig for å drøfte kommunenes lovpålagte samarbeidsavtaler med helseforetak. Allmennlegeutvalgene kan ta initiativ til dette og utvalgenes tilrådning bør tillegges betydelig vekt. Det vil da være allmennlegene i samtlige kommuner som velger legenes representanter til samarbeidsutvalget.

4.2.3 Samarbeidsutvalgets oppgaver

Samarbeidsutvalget bør gi råd i saker som gjelder:

- fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht. kapasitet og lokalisering
- drøfte kommunens forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler
- allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, herunder løpende vurdere kapasiteten i helseinstitusjonene, tiltak for oppfølging og viderehenvisning av pasienter mv.
- serviceerklæringer for legekantorene i kommunen
- retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter, herunder å vurdere behov for lokale tilpasninger av retningslinjene
- oppretting av legehjemler
- flytting av praksis
- midlertidig legemangel
- kollegial fraværdekning og vikarordninger
- fordeling og tilpikting av offentlige legeoppgaver
- kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv.
- forslag til elektronisk rapporteringssystem og -rutiner
- generelt om listelengde og listereduksjon
- organisering av legevakt
- fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak
- suspensjon av ordningen

Samarbeidsutvalget skal påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdekning i forbindelse med ferier, slik at feriefra været samordnes, og at det sendes kommunen en skriftlig oversikt over legekantorenes beredskap i god tid før ferien.

Samarbeidsutvalget kan gi råd i andre forhold av betydning for fastlegeordningen i kommunen.

Samarbeidsutvalget skal ikke behandle:

- saker av personlig karakter med mindre berørte leger samtykker i det
- saker som vedrører brudd på profesjonsplikter etter helsepersonelloven

Samarbeidsutvalgets uttalelse skal følge saken. Mindretallets uttalelse skal fremgå.

Kommentar: Bestemmelsen ble videreutviklet i avtalerevisjonen i 2012. Listen over saker samarbeidsutvalget skal diskutere er ikke uttømmende.

Utvalget skal blant annet drøfte kommunens forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler samt allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, herunder løpende vurdere kapasiteten i helseinstitusjonene, tiltak for oppfølging og viderehenvisning av pasienter mv. Dette er særlig viktig i lys av samhandlingsreformen, hvor det er viktig for alle partene å ha en oversikt over kommunens tilbud, partenes forventninger til hverandre mv.

Utvalget skal behandle serviceerklæringer for legekantorene i kommunen. Innholdet i disse må ses i lys av fastlegeforskriftens krav til tilgjengelighet og tilbud overfor pasientene, samtidig om det er viktig at det utarbeides løsninger som er gjennomførbare.

Av hensyn til legens personvern, må det innhentes samtykke før saker om leger med sensitive opplysninger forelegges samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalget skal aldri behandle saker som berører brudd på profesjonsplikter i helsepersonelloven. Dette tilligger tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Bestemmelsen innebærer ikke at enhver mistanke om slikt brudd må oversendes tilsynsmyndighetene, men at eventuell informasjon fra tilsynsmyndigheten må behandles med diskresjon i kommunen og i legegruppen. Bestemmelsen er ikke til hinder for at kommunene kan følge opp en klage fra pasient ved å forelegge den for legen til uttalelse - og at klagesaken kan avsluttes på dette grunnlaget dersom klagen var grunnløs eller at "tvisten" løses.

Kommunen ved kommuneoverlegen har ansvaret for at samarbeidsutvalgets tilrådning er fullstendig og opplysende overfor kommunene. Det innebærer bl.a. at uenighet skal fremkomme i uttalelsen, herunder grunnlaget og begrunnelsen for slik uenighet. Merk at samarbeidsutvalget er et rådgivende organ, det er kommunen som formelt sett har avgjørelsesmyndighet. Kommunen kan således ikke overlate til samarbeidsutvalget å fatte enkeltvedtak eller ta andre avgjørelser.

Protokolltilførsel:

Det nedsettes et sentralt partssammensatt utvalg mellom KS og Den norske legeforening. Formålet med utvalget er å bidra til at praktiseringen av ordningen skjer på en hensiktsmessig måte mellom kommunen og legen.

Utvalget skal møte regelmessig og uten ugrunnet opphold behandle spørsmål om forståelsen av overenskomsten, eventuelt, andre spørsmål for gjennomføringen av fastlegeordningen.

Del III KOMMUNENS OPPGAVER

5 Administrasjon av avtalehjemler

5.1 Søknad om og rammer for nye hjemler

Kommunen skal søke om nye avtalehjemler når det er nødvendig for å oppfylle dens forpliktelser overfor befolkningen.

Før hjemmelen lyses ut skal legene informeres, slik at kommunen etter søknad fra legene kan treffe avgjørelse om plassering av hjemmelen i en etablert praksis i samsvar med plan for legetjenesten, se punkt 6.2.

Kommentar: Bestemmelsen tydeliggjør den forpliktelse kommunen har til å sørge for legedekningen overfor befolkningen, jf. fastlegeforskriftens §§ 3 og 4. Det er kommunens oppgave å ta kontakt med nasjonalt råd ved Helsedirektoratet for opprettelse av ny hjemmel.

Alle ledige hjemler skal lyses ut. Kommunen kan m.a.o. ikke la være å lyse ut en hjemmel med den begrunnelse at en bestemt lege ønsker hjemmelen.

Annet ledd gir en rett for legene i kommunen til informasjon om ledige hjemler før de lyses ut. På denne bakgrunn kan leger be om at hjemmelen plasseres i deres praksis, noe som bør avgjøres før utlysning, i og med at det innebærer et vilkår knyttet til hjemmelen som aktuelle søkere skal gjøres kjent med.

5.2 Ledighet og lokalisering

Kommunen avgjør lokaliseringen av nyopprettet hjemmel. Ledighet i allerede eksisterende hjemmel lyses ut med eksisterende lokalisering, med mindre annet avtales med fratreddende lege.

Kommentar: Hovedregelen er at kommunene ikke ensidig kan avgjøre lokalisering og flytting av avtalehjemler. Det betyr at eksisterende hjemler må utlyses ved den lokalisering praksisen har ved fratreddelse. Dette har betydning for muligheten til overdragelse av praksisen. Unntak kan gjøres der fratreddende lege aksepterer at praksisen flyttes. Her kan fratreddende lege f. eks forhandle med kommunen om kompensasjon om eventuelt tap som lides pga. flytting.

Ved nyopprettede hjemler er hovedregelen at kommunen bestemmer plassering, se likevel pkt. 5.1 og 6.2. Det skal opplyses om slik plassering i utlysningene av hjemmelen, jf. punkt 5.4, 2. ledd.

Når en avtalehjemmel blir ledig kan kommunen utlyse hjemmelen, eller la innbyggerne på fratreddende leges liste fordeles blant gjenværende leger i kommunen etter avtale mellom berørte leger, jf. punkt 5.6, 1. ledd.

Kommentar: Bestemmelsens annet ledd innebærer at kommunen er avskåret fra å inndra hjemmelen. Hensynet til kontinuitet i legens praksis er begrunnelsen for dette. Dersom hjemmelen ikke skal lyses ut, vil en fordeling av listepasientene forutsette enighet mellom kommunen og de berørte leger om at pasientene fordeles på disse. Berørte leger er fratreddende lege og gjenværende leger i en gruppepraksis. Kravet til enighet vil bidra til å sikre at fratreddende lege ikke ufrivillig taper retten til å selge det utstyr praksisen inneholder, samt få vederlag for opparbeidet praksis.

Eventuell omgjøring av hjemmelen til en fast stilling bør diskuteres i samarbeidsutvalget. En slik omdisponering medfører plikt for kommunen til å dekke fratredende leges tap ved at praksisen ikke kan overdras.

5.3 Nye hjemler

Før kommunen søker om ny fastlegehjemmel skal saken forelegges samarbeidsutvalget til uttalelse.

Kommentar: Kommunen pålegges å innhente råd fra samarbeidsutvalget før det søkes om nye hjemler. Bestemmelsen er ikke til hinder for at samarbeidsutvalget på eget initiativ kan be kommunen om å søke om slik hjemmel.

5.4 Kunngjøring av avtalehjemmel

Kommunen skal kunngjøre ny eller ledig avtalehjemmel i Tidsskrift for Den norske legeforening og/eller i landsdekkende avis o.l. med minst 3 ukers søknadsfrist. Ledig avtalehjemmel skal sendes til utlysning uten ubegrunnet opphold, se dog punkt 5.2 annet ledd.

Kommentar: Alle ledige hjemler må lyses ut. Det innebærer at søkerlisten fra en utlysning ikke kan benyttes ved en senere ledighet og tildelingsrunde. Kommunene har en plikt til å kunngjøre ledige hjemler på en slik måte at det gjøres kjent for leger på landsbasis.

Det er viktig at tildelingsprosessen kommer i gang raskt slik at en overdragelse så vidt mulig kan skje innen fratredende leges oppsigelsestid. Kommunen har derfor en plikt til å lyse ut stillingen så raskt som mulig, med mindre den ikke skal lyses ut, jf. punkt 5.2 eller det er andre relevante forhold som tilsier at man må avvente noe.

Forhold og vilkår av betydning for hjemmelen må fremgå av kunngjøringen, slik som

- lokalisering
- listelengde
- organiseringsform
- type praksis (gruppe- eller solopraksis)
- avtaler i praksisen

Kommentar: Alle forhold og vilkår av betydning for hjemmelen skal fremgå av utlysningen, herunder at hjemmelen er tilknyttet en næringsvirksomhet. Bestemmelsen er ikke uttømmende. Et viktig hensyn bak bestemmelsen er å lette en overdragelsesprosess ved at man skaper oversiktighet og forutsigbarhet.

Fratredende lege skal etter søknadsfristens utløp orientere samtlige søkere om forhold ved praksisen som kan danne grunnlag for omsetning etter punkt 5.6, herunder prisantydning. Skjema for slik orientering utarbeides av Legeforeningen.

Kommentar: Siste avsnitt i bestemmelsen skal sikre informasjon og forutberegnelighet for søkerne. Konkrete forhandlinger skal ikke settes i gang før kommunen har tilbudt en av søkerne hjemmelen. Skjema er utarbeidet av Legeforeningen, og ligger på temasidene for overdragelse av praksis på www.legeforeningen.no.

5.5 Tildeling av avtalehjemmel

Kommunens tildeling av avtalehjemmel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, § 2 første ledd litra b.

Vedtak treffes av kommunen.

Kommentar: Begrepet enkeltvedtak brukes i forvaltningsloven om den type vedtak som gjelder "rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer". Søkerne vil være part i forvaltningslovens forstand og får en rekke rettigheter, som f.eks. rett til innsyn, rett til uttalelse, rett til begrunnelse og klageadgang, se forvaltningsloven kap. IV.

De som behandler søknaden og treffer vedtak om tildeling i kommunen må ikke være inhabile. Det vil for eksempel si at en lege som selv driver praksis i kommunen vil være forhindret fra å behandle og avgjøres saken dersom tildelingen påvirker egen praksis.

Ved tildeling av hjemmel lokalisert til gruppepraksis skal gjenværende legers uttalelse tillegges stor vekt, såfremt det er lagt vekt på saklige kriterier. Med saklige kriterier menes bl.a. faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, kjønns- og alderssammensetning og evne til å drive privat praksis. Representant for gruppepraksisen skal inviteres til å delta i intervjuer av aktuelle kandidater.

Tilsvarende gjelder ved etablering av deleliste, jf. 10.8. Ved etablering av deleliste i gruppepraksis skal både hjemmelsinnehaver og representant for de øvrige legene i gruppepraksisen gis rett til uttalelse iht. 2. ledd, med mindre annet er avtalt.

Kommentar: De gjenværende leger i en gruppepraksis skal få anledning til å uttale seg ved tildeling av en hjemmel i praksisen. Det forutsettes at kommunen holder legene informert og at de trekkes inn i vurderingsprosessen. Det er presisert at en representant for gruppepraksisen skal inviteres til å delta i intervju av aktuelle kandidater, og bestemmelsen må også forstås slik at gjenværende leger skal ha påvirkning på hvem som blir tatt ut til intervju. Deres uttalelse skal tilleggs stor vekt. Dette er en endring fra tidligere der ordlyden var avgjørende vekt. Endringen i teksten ble gjort for å synliggjøre at rammeavtalen ikke er i konflikt med de forvaltningsrettslige reglene der kommunen er den som har myndighet til å fatte endelig vedtak. Det betyr at det er kommunen som har avgjørende myndighet ved tildelingen av hjemmelen. Bestemmelsen innebærer imidlertid at det skal en del til for at kommunen skal kunne tildele hjemmelen til en annen enn den som er ønsket fra gruppepraksisen, så lenge gruppepraksisens kandidat er kvalifisert og at gruppepraksisens valg er basert på saklige kriterier. Gruppepraksisen vil ha rettslig klageinteresse etter forvaltningslovens § 28, og kan påklage kommunens vedtak om tildeling.

Ved deleliste gjelder det samme behovet for legen til å ha innflytelse på hvem som skal drive praksisen sammen med ham/henne. Dersom delelisten er i en gruppepraksis gjelder reglene om deltakelse i tildelingsprosessen både for legen som skal dele listen, og de øvrige legene i gruppepraksisen

Ved tildeling av fastlegeavtale i gruppepraksis og ved delelisteetablering er det svært viktig at leger på "selgersiden" opptre korrekt og ikke blander overdragelsen av praksisen til den nye legen inn i vurderingen av hvem som skal gis tilbud. For at det ikke skal kunne reises ugyldighetsinnsigelse til vedtaket bør det ikke forekomme noen form for prisdiskusjon før tiltredende lege er gitt tilbud fra kommunen. Først når tilbud er gitt skal forhandlinger finne sted. Dersom tiltredende lege har akseptert kommunens tilbud, men ikke blir enig med fratreddende lege om prisen for overtakelse av praksisen, kan hver av legene kreve at prisen fastsettes av nemnd, se punkt 5.6.

5.6 Vilkår i forbindelse med tildeling av avtalehjemmel

Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratrede og overtagende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen.

Kommentar: Bestemmelsen fastlegger fratrede leges rett til å selge sin praksis, at overdragelsesbetingelsene skal avtales mellom legene, og at overdragelsen er kommunen og Legeforeningen sentralt uvedkommende.

Utgangspunktet er at partene skal komme frem til overdragelsesbetingelsene ved forhandlinger. Ved siden av utstyr og inventar, kan fratrede lege kreve kompensasjon for verdien av opparbeidet praksis. Verdien skal fastsettes skjønnsmessig basert på en rekke forhold. Disse er listet opp i retningslinjene for nemndsbehandling. Når fratrede og overtagende lege blir enige om overdragelsen bør betingelsene nedtegnes i en skriftlig avtale. Forslag til overdragelsesavtale finnes på Legeforeningens nettsider (forutsetter innlogging).

Overdragelsesprosessen er i utgangspunktet kommunen uvedkommende, men kommunen har likevel en veiledningsplikt hva gjelder regelverket ved utlysning, tildeling og overdragelse av fastlegepraksis. Dette for at berørte parter skal kjenne til hvilke plikter ordningen innebærer slik at man unngår unødig tidsspille.

Blir fratrede og overtagende lege ikke enige om overdragelsesbeløpet innen 5 uker etter at kommunens tilbud er mottatt, fastsettes prisen av nasjonal nemnd (voldgift) oppnevnt av Legeforeningen. Nærmere retningslinjer for nemndsbehandlingen utarbeides av Legeforeningen etter drøftinger med KS.

Begge leger plikter å medvirke til nemndsbehandling. Fratrede lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, mister retten til overdragelse av praksis etter denne avtalen. Overtagende lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, skal anses å ha trukket seg fra tildelingen.

Utgifter og tilrettelegging i forbindelse med nemndsbehandling er kommunen uvedkommende, kommunen skal likevel gjøre partene oppmerksom på relevante avtalebestemmelser slik at prosessen mellom berørte leger kommer i gang og gjennomføres på en hensiktsmessig måte.

Dersom kommunens tilbud ikke aksepteres innen 5 uker etter at tilbud er gitt, kan kommunen trekke tilbudet tilbake og behandle saken på nytt.

Kommentar: Partene har en frist på 5 uker til å bli enige om betingelsene for overdragelsen av praksisen. Kommunens frist for å akseptere tilbudet om fastlegeavtale kan ikke settes kortere enn 5 uker, og kommunen kan ikke ensidig forlenge fristen. Fristen løper også i ferier, men partene kan bli enig om en fristforlengelse. Innen denne fristen kan den som har fått tilbudet trekke seg dersom tilbudet ikke er akseptert. Ved passivitet anses søker å ha frasi seg tilbudet og mister retten til fastlegeavtalen. Aksept av kommunens tilbud binder søker til å gjennomføre overdragelsen med fratrede lege. Lykkes ikke partene å komme til enighet skal overdragelsesbetingelsene fastsettes av en nemnd. Retningslinjene for nemndsbehandling er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider. Punkt 3 i disse fastslår at:

"Nemndsbehandling skal iverksettes dersom partene ikke blir enige innen fem uker etter at tiltredende lege er gitt tilbud om fastlegeavtale. Dette gjelder også tilfeller hvor tiltredende lege aksepterer kommunens tilbud om fastlegeavtale før denne fristen er ute. Ansvar for iverksetting av nemndsbehandling påhviler partene, og dersom en av legene tar initiativ skal den andre medvirke. Krav om nemnd bør fremsettes skriftlig.

Dersom fratreddende lege etter utløpet av femukersfristen krever nemnd må tiltredende lege gi umiddelbar beskjed dersom vedkommende vil trekke seg. Dersom tiltredende lege trekker seg skal kommunen varsles tilsvarende. Ved passivitet anses tiltredende lege å frasi seg tilbudet og mister retten til fastlegeavtale. Kommunen kan trekke tilbudet tilbake og behandle saken på nytt, jf. punkt 5.6 i rammeavtalen. Dersom fratreddende lege nekter å la saken avgjøres av nemnd, mister denne retten til overdragelse etter rammeavtalen.

Før saken underkastes nemndsbehandling skal tiltredende lege ha akseptert kommunens tilbud om fastlegeavtale. Partene skal undertegne dokument (link til standard skjema) om at voldgiftsavgjørelse aksepteres på bakgrunn av foreliggende retningslinjer. Ytre ramme for partenes påstander skal være kjent forut for undertegning og fremgå av dokumentet. Nektelse av å inngi slik aksept, medfører at parten anses ikke å ville medvirke til bruk av nemnd, jf. tredje ledd."

Frist for oppstart av praksis avtales mellom legen og kommunen. Dette skal ikke ha konsekvenser for tidligere avtaleinnehavers rett til oppgjør for inventar, utstyr og kompensasjon for opparbeidet praksis.

Kommentar: Dette innebærer at en avtale mellom kommunen og legen om tiltredelsestidspunktet ikke endrer overdragerens rettigheter uten etter avtale med denne. En avtale om å utsette inntreden i praksis kan m.a.o. ikke innebære at betalingstidspunktet utsettes, med mindre fratreddende lege er enig i dette. Tidspunktet for verdivurderingen av praksisen vil normalt være ved avtaleinngåelsen.

Det er kommunens ansvar å informere HELFO om hvilken lege som er tildelt hjemmelen. HELFO må på dette grunnlaget informere pasientene på listen.

5.6 a Særlig om overdragelse ved omfattende kommunale samarbeidsavtaler og rekrutteringssvikt

Dersom fratreddende lege av rekrutteringshensyn har inngått omfattende samarbeidsavtale med kommunen som innebærer leie av både lokaler, utstyr/ inventar og hjelpepersonell til redusert pris, kan rett til godtgjøring for opparbeidet praksis bortfalle dersom kommunen etter to -2 - korrekte utlysninger kan dokumentere at praksisen på grunn av manglende søkergrunnlag ikke har en markedsmessig verdi. I slike tilfeller kan kommunen, etter å ha forelagt saken for lokalt samarbeidsutvalg til uttalelse, ved 3. gangs utlysning la disse forhold fremgå av utlysningen.

Kommentar: Bestemmelsen er tiltenkt situasjoner der kommunen har rekrutteringsproblemer. Bestemmelsen kan kun anvendes der kommunen har inngått omfattende samarbeidsavtale med legen med utleie av både lokaler, utstyr/ inventar og hjelpepersonell til under markedspris. Videre må kommunen kunne dokumentere at hjemmelen er ulyst korrekt 2 ganger uten søkere. I disse tilfellene vil man kunne si at praksisen ikke har en markedsverdi, og fratreddende vil ikke kunne påberope seg retten til å overdra opparbeidet praksis.

Protokolltilførsel:

KS og Legeforeningen er enige om at verdien av opparbeidet praksis kan være lav eller ingen i enkelte kommuner der det har vært nødvendig for rekruttering at kommunen har måttet tilby stimulerings tiltak i form av omfattende samarbeidsavtaler (kontorfasiliteter og hjelpepersonell mv) og der kommunen har tatt ansvar for driften av legekantoret i en slik utstrekning at det må sies å være kommunen som i stor grad har stått for opparbeiding av praksis. Partene er enige om at den økonomiske fordel slike avtaler representerer i seg selv ikke er en verdi som fratreddende lege kan kreve godtgjøring for. Partene er enige om at det må ses særskilt hen til om legen har vært stabil i praksis og i hvilken grad legen har dekket kommunens reelle utgifter i forhold til listens størrelse.

Kommentar: Protokolltilførselen innebærer en presisering av hva som kan være relevante momenter i en verddivurdering der det foreligger omfattende og subsidierte økonomiske samarbeidsavtaler. At det foreligger en slik gunstig avtale er ikke en verdi selger kan ta betalt for, fordi dette ikke er en verdi av praksisen knyttet til legens innsats og verdiskapning. Det er imidlertid ingen automatikk i at en slik avtale har konsekvenser for salgsverdien. Det må foretas en konkret vurdering der særlig stabilitet i praksisen, hvilke utgifter og ansvar legen har hatt for driften, og for øvrig legens innsats er viktige momenter.

5.7 Flytting av praksis

Kommunen kan nekte flytting av praksis dersom flyttingen har åpenbare negative konsekvenser for kommunens innbyggere.

Ved flytting og nyetablering kan kommunen bestemme at praksisen skal drives fra velegnede lokaler som er tilgjengelige for funksjonshemmede.

Kommentar: Hovedregelen er at legen står fritt til å flytte sin praksis. Kommunen kan bare unntaksvis nekte flytting, og forutsetningen er at flyttingen medfører åpenbare negative konsekvenser for innbyggerne, for eksempel at legetilbudet i et område utvilsomt svekkes. Bestemmelsen innebærer at kommunen ikke kan anføre andre grunnlag for å nekte flytting, for eksempel økte administrasjonskostnader for kommunen.

Dersom leger i gruppepraksis ønsker å sikre seg mot at en eller flere av legene flytter, må dette reguleres i samarbeidsavtalen mellom legene. En eventuell avtale om dette bør imidlertid balanseres mellom behovet for å kunne flytte praksisen og de gjenværende legers behov for å sikre seg forutsigbarhet.

5.8 Administrasjon av praksis ved innehavers alvorlige sykdom eller død

Dersom avtaleinnehaver på grunn av alvorlig sykdom uten forvarsel eller død blir ute av stand til å ivareta pasientlisten, kan gjenværende leger i gruppepraksis midlertidig overta ansvaret for vedkommendes pasienter, herunder motta basistilskudd, frem til overdragelse etter punkt 5.6. Dersom gjenværende leger ikke ønsker dette, plikter kommunen å skaffe vikar i praksisen.

Dødsbo har rett til å videreføre praksis ved bruk av vikar inntil fastlegeavtalen tiltres av ny lege.

Kommentar: Formålet er å ivareta både hensynet til pasientene, boets økonomiske interesser i praksisen samt at de gjenværende leger i en gruppepraksis holdes økonomisk skadesløse som følge av økt arbeidspress og utgifter. Ved dødsfall har verken dødsboet eller de gjenværende leger en plikt til å videreføre praksisen, men de har anledning dersom en av dem ønsker det. Dersom ingen av dem ønsker det, vil kommunen ha plikt til å skaffe vikar. Vikaren vil i så fall tre inn i hjemmelshavers sted, herunder overta kostnadsansvaret, om ikke annet avtales med kommunen.

Bestemmelsen regulerer bare gruppepraksiser. For solopraksiser må legen eller dødsboet sørge for vikar inntil praksisen er solgt eller legen kan begynne å jobbe igjen. Dersom legen eller dødsboet ikke klarer dette, har kommunen ansvaret for å finne en vikar.

6 Plikt til tilrettelegging og organisering av fastlegeordningen

6.1 Organisering og tilrettelegging

Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes. Kommunen plikter å ivareta hensyn til legens personvern og opptre diskret i sensitive forhold som berører den enkelte lege.

Kommentar: Her stilles krav om å beholde taushet og til å opptre vise diskresjon, for å ivareta legens personvern. Kravet kommer i tillegg til den taushetsplikt kommunens ansatte er pålagt etter forvaltningslovens kap III.

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko.

KS og Den norske legeforening utarbeider i fellesskap retningslinjer som regulerer håndtering av disse sakene.

Kommentar: Bestemmelsen gir legen rett til å kreve beskyttelse mot truende og farlige pasienter. Denne retten er også fastslått fastlegeforskriften §§ 5 og 15 og kommentert i merknadene til disse bestemmelsene.

KS og Legeforeningen har utarbeidet utfyllende retningslinjer. Det er viktig at retningslinjene drøftes lokalt i allmennlege- og samarbeidsutvalg, slik at de er tilpasset lokale forhold. Retningslinjene er nye i 2012, og særlig de første årene vil det være viktig å evaluere og tilpasse. I retningslinjene ligger det bl.a. en plikt for kommunene til å involvere seg og til å vurdere forsvarligheten av å flytte pasienten til en ny leges liste. Det skal vurderes om pasienten kan få sitt behov for allmennlegetjenester dekket på annen måte, for eksempel ved helseinstitusjon i kommunen.

6.2 Planlegging

Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammen-setning av pasientpopulasjon, veiledning av turnusleger mv.

Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.

Kommentar: Et formål med kravet til kommunenes planlegging er å danne grunnlag for nødvendige prosesser og tiltak for å sikre tilstrekkelig legedekning og en hensiktsmessig fordeling av oppgaver, jf. de særskilte krav som stilles til kommunene, bl.a. i punkt 12. Det innebærer at denne informasjonen må formidles til samarbeidsutvalget som grunnlag for de tilrådingene som skal gis. Et annet formål er å sikre den enkelte lege nødvendig forutsigbarhet i sin praksis. Det forutsetter at informasjon gis til disse leger, jf. punkt 7.1. Bestemmelsen må dessuten sees i sammenheng med fastlegeforskriften kapittel 2.

6.3 Midlertidig legemangel

Det anses å være midlertidig legemangel dersom det ikke er et tilstrekkelig antall leger i kommunen til at legen kan benytte kollegiale fraværsordninger ved ordinært fravær eller vikar ved langvarig fravær.

Kommentar: Om det er legemangel eller ikke i kommunene må vurderes på bakgrunn av om de forpliktelser kommunen har overfor befolkningen etter helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften kan oppfylles. Det fremgår bl.a. av fastlegeforskriften at kommunene gjennom fastlegeordningen må sikre at det er ledig plass på listene til fastlegene i kommunene eller i samarbeidende kommuner slik at nyinnflyttede kan velge lege og at befolkningene kan skifte lege i henhold til fastlegeforskriften § 4.

Fastlegeordningen forutsetter kollegiale fraværsordninger for å dekke kortvarig og ordinært fravær. Definisjon på midlertidig legemangel er at det ikke er tilstrekkelig antall leger til at kollegiale vikarordninger kan dekke slikt fravær. Det defineres også som legemangel dersom det foreligger fravær uten vikar utover det den kollegiale ordningen skal dekke. Ved annet fravær forutsettes det at legen eller kommunen sørger for fraværdekning, jf. kap. 14.

Kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen.

Kommentar: Kommunenes plikt til å sørge for vikar utløses av at fraværet er omfattet av avtalens punkt 13, og at legen ikke selv makter å skaffe vikar. Det kan skyldes legens tilstand eller at det er midlertidig legemangel, slik at kommunene må benytte virkemidler som legen ikke har til å skaffe vikar, for eksempel å rekruttere nye leger. Der det er kommunens ansvar å skaffe vikar er allmenn-legen uten rettslig ansvar for manglende legedekning overfor sine listepasienter.

Dersom kommunen skaffer vikar må det avtales med praksisinnhaver dersom vikaren skal drive virksomhet fra den private praksisen. Praksisinnhaver bør samarbeide med kommunen om dette, men det kan tenkes tilfeller hvor det er gode grunner til å avvise at praksisen ivaretas av en bestemt vikar.

Bestemmelsen forplikter dessuten kommunen til å vurdere andre tiltak for å avhjelpe legemangel i kurativ virksomhet, for eksempel ved å redusere offentlige allmennmedisinske oppgaver i kommunen.

Alminnelig reduksjon av åpningstid som følge av redusert hjemmel defineres ikke som fravær. Befolkningen bør imidlertid få informasjon om dette, som grunnlaget for sitt valg av lege.

7 Informasjon

7.1 Informasjon til legene

Kommunen plikter på et så tidlig tidspunkt som mulig å holde legen informert om planer og forhold i kommunehelsetjenesten som kan få betydning for legens virksomhet. Kommunen skal særskilt informere om kapasiteten i kommunale helseinstitusjoner og kommunens foreliggende planer for håndtering av aktuelle pasientgrupper, herunder informere om fastlegenes muligheter for videre henvisninger. Informasjonen skal normalt gis gjennom allmennlegeutvalget i kommunen.

Kommentar: Med de nye oppgavene som er lagt til kommunehelsetjenesten med samhandlingsreformen er det vesentlig at legene mottar denne type informasjon. Kommune og leger bør ha en løpende dialog om håndtering av oppgavene, normalt gjennom allmennlegeutvalget. Legene må varsle kommunen dersom de ser at oppgavemengde eller type ikke kan utføres forsvarlig.

Kommunen plikter gjennom samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget å ta legen med på råd i spørsmål som berører eller vil berøre legens virksomhet. Det kan også foretas en alminnelig høring blant de berørte leger. Ved etablering av rutiner for innhenting av informasjon fra leger, skal uttalelse fra samarbeidsutvalget tillegges betydelig vekt.

Før vedtak om suspensjon av fastlegeordningen skal kommunen informere legene om de oppgaver kommunene ikke kan oppfylle, og gi tilbud til legen om å påta seg disse på de vilkår som er fastsatt i statsavtalen.

Kommentar: Kommunene skal informere om alle forhold som kan få betydning for den enkelte leges virksomhet. Det vil for eksempel være informasjon om en forventet legemangelsituasjon. Første ledd stiller krav til når kommunene må informere legen; "på et så tidlig tidspunkt som mulig". Det vil som hovedregel innebære tidspunktet for når kommunen har kunnskapen. Normalt vil det være tilstrekkelig at legene samles i allmennlegeutvalget for slik informasjon. Det kan imidlertid være forhold som tilsier at den eller de berørte leger må informeres særskilt før dette. Kommunenes plikt til diskresjon vil være styrende for hvordan sensitiv informasjon formidles, jf. punkt 6.1.

Siste ledd gjelder der kommunen vurderer å suspendere plikten til å ha fastlegeordningen etter fastlegeforskriftens § 37. Suspensjon kan skje etter søknad til fylkesmannen, og forutsetter at det er gjort forsøk på å finne lokale løsninger.

7.2 Informasjon til befolkningen

Kommunen plikter å gjøre kommunes innbyggere kjent med hvilke leger som deltar i fastlegeordningen, hvordan pasientene blir tildelt lege, skifte av lege samt retten til fornyet vurdering.

Kommentar: Det er kommunens ansvar å informere befolkningen om fastlegeordningen. Plassering av dette ansvaret i rammeavtalen skal motvirke at den enkelte lege pålegges å benytte tid og ressurser på alminnelig informasjonsarbeid overfor befolkningen og overfor den enkelte pasient. Kommunenes plikt følger også av det ansvar kommunen er tillagt for tilrettelegging av fastlegeordningen, jf. forskriftens § 4.

8 Kommunenes økonomiske forpliktelser overfor legene

8.1 Utbetaling av basisgodtgjørelse, herunder eventuelt utjamningstilskudd

Basisgodtgjørelsens størrelse, og eventuell rett til utjamningstilskudd, fastsettes i statsavtalen. Godtgjørelsen utbetales av kommunen med 1/12 senest den 12. i hver måned i henhold til antall innbyggere registrert på listen den 1. hver måned.

HELFO sender legen innen den 10. i hver måned en liste over samtlige registrerte innbyggere på listen. Nytilmeldte/avmeldte i løpet av siste måned skal fremgå av egen liste.

Når det i statsavtalen er avtalt nye satser for basisgodtgjørelse, skal kommunen utbetale etter disse så snart som mulig.

Kommentar: Økonomien i ordningen, herunder basistilskudd og utjamningstilskudd er regulert i statsavtalen. Godtgjørelsen skal betales inn på det kontonummer som legen oppgir.

Det er inntatt et krav til tidspunktet for justering av basisgodtgjørelsen, dvs. for når kommunene skal utbetale basistilskudd etter nye satser. Slik justering skal skje «så snart som mulig» etter at den er avtalt. Det påhviler kommunene å ha systemer som innebærer at justeringen gjennomføres umiddelbart etter at den er fremforhandlet. Forsinket justering av basistilskudd vil kunne medføre krav på forsinkelsesrenter. Jf. lov av 17. desember 1976 nr. 100.

8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.

Kurativt arbeid etter denne avtalen er selvstendig næringsvirksomhet. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer osv., skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen og legen av rekutteringshensyn o.a. skriftlig avtaler redusert innbetaling for en tidfestet periode.

Kommentar: At legen er selvstendig næringsdrivende betyr som utgangspunkt at legen er ansvarlig for driften av praksisen. Det kan avtales av kommunen stiller lokaler, utstyr og tjenester til disposisjon for legen. Dette kan også avtales som en overgangsordning. Verdsettelsen av disse tjenestene avtales særskilt. Som utgangspunkt skal legen dekke kommunens utgifter, men dersom kommunene har problemer med å rekruttere (eller beholde) leger i kommunene, kan tilbud om disse tjenestene gis til redusert vederlag, midlertidig eller som varig ordning. Det bør uansett inngås en egen avtale om leie av lokaler mv mellom legen og kommunen.

Dersom det ikke er fastsatt tidsbegrensning, kan den økonomiske avtalen likevel sies opp av kommunen eller legen når avtalen har hatt en varighet på minst 4 år, deretter er det minst 1 års oppsigelsestid. Dersom en slik oppsigelse innebærer oppsigelse av leie av lokaler, medfører dette en rett og plikt for legen til å flytte. Krav til varighet og oppsigelsestid (på totalt 5 år) gjelder tilsvarende etter revisjon når partene ikke har avtalt annet.

Kommentar: Formålet med bestemmelsen er å sikre forutsigbarhet og langsiktig het i slike avtaler.

Der avtalen om økonomisk samarbeid ikke har en bestemt opphørsdato, eller det ikke er avtalt oppsigelsesrett i en løpende avtale, vil partene likevel kunne si den opp når avtalen har vart i minst 4 år. Oppsigelsesfristen er 1 år. Minimumsvarigheten på en slik avtale vil dermed være 5 år om ikke annet er avtalt. Etter at det har gått 4 år kan partene når som helst si opp avtalen, dog med 1 års oppsigelsesfrist. Dersom avtalen revideres starter det en ny 4 års periode fra tidspunktet for revisjonen. Justeringer eller endringer som følger direkte av selve avtalen, for eksempel indeksregulering av leien, anses ikke som revisjon etter denne bestemmelsen. Denne bestemmelsen har tilbakevirkende kraft slik at den også gjelder for 8.2 avtaler som er inngått før ikrafttredelse av den nye rammeavtalen. Oppsigelsen bør være skriftlig.

Det vises for øvrig til at kommunen ikke ensidig kan revidere 8.2 avtalen. Dette gjelder selv om det er avtalt at revisjon kan gjøres en gang i året, eller det vises til tilsvarende bestemmelser i den individuelle avtalen. Endringer i avtalen kan bare gjøres dersom partene er enige, eller det er følger av selve avtalen.

Kommunen og legen kan avtale at tvist om økonomisk samarbeid løses i lokal nemnd.

Redusert innbetaling til kommunen vil kunne føre til avkortning i eventuell praksiskompensasjon etter punkt 5 i SFS 2305.

Kommentar: Etter punkt 5 i SFS 2305 er det et vilkår for praksiskompensasjon at utgiftene til legepraksisen dekkes av legen selv. Dersom kommunen subsidierer legen med redusert betaling av de tjenester kommunen tilbyr, følger det av denne bestemmelsen at praksiskompensasjonen kan avkortes. Avkortning bør i så fall gjøres forholdsmessig. Det bør fremkomme av 8.2 avtalen om praksiskompensasjonen skal avkortes helt eller delvis. Dersom det ikke er avtalt noe om dette, skal praksiskompensasjonen utbetales legen på vanlig måte.

8.3 Utekontor

Kommunen dekker alle utgifter til drift av utekontor dersom kurativ virksomhet etter avtale med kommunen legges dit.

Kommentar: Med utekontor menes et ekstra legekantor i tillegg til det kontor legen driver fra til daglig. Slike kontor opprettes som hovedregel av geografiske årsaker, dvs. for å sikre legedekning utenfor kommunens sentra. Kommunen kan ikke pålegge fastlegen å opprette et slikt kontor.

Del IV LEGENS OPPGAVER

9 Administrative oppgaver

9.1 Informasjon til kommunen

Kommunen kan kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten.

Kommunen og fastlegen skal samarbeide om rapporteringskrav.

Protokolltilførsel:

Partene er enige om at det opprettes en arbeidsgruppe. Gruppen skal utarbeide et grunnlag for ny bestemmelse om rapportering av data til styrings- og kvalitetsformål, herunder overordnede krav til og ansvar for rapporteringssystemer.

Opplysningene skal som hovedregel være anonymisert, med mindre det er nødvendig med personidentifiserbare opplysninger og det i lov er fastsatt at slike opplysninger kan gis uten hinder av taushetsplikten. De anonymiserte opplysninger kan omfatte diagnose, pasientens alder og kjønn, og bostedskommune.

Kommentar: Innføring av nye rapporteringskrav har vært blant de mest omdiskuterte tema i forhold til revidert fastlegeforskrift. Legeforeningen har støttet innføring av hensiktsmessige elektroniske rapporteringssystemer som i størst mulig grad er integrert med legens elektroniske pasientjournal. Et slikt system bør gjøres gjennom uttrekk av ikke-personidentifiserbare opplysninger. Legeforeningen har tatt til orde for at systemet må være nasjonalt og at dataene skal være anvendelige for å benyttes i kvalitetsarbeid i den enkelte praksis. Legeforeningen har videre vist til at en forskriftsbestemt rapporteringsforpliktelse ikke kan tre i kraft før systemene er på plass. Av den grunn kommer ikke fastlegeforskriften § 29 til å tre i kraft fra nyttår 2013. Dette er bakgrunnen for at denne bestemmelsen i rammeavtalen i stor grad er uendret og at partene er enige om å arbeide videre med dette temaet.

Nødvendighetskriteriet vil være en viktig avgrensning for hvilke opplysninger kommunen skal kunne kreve. Det følger av dette at kommunen på forespørsel må kunne begrunne nødvendigheten av informasjonen.

Bestemmelsen innebærer en plikt for legen til å avgis informasjon, men innebærer likevel ikke et unntak fra lovbestemt taushetsplikt (jf. helsepersonelloven § 21). Dette gjelder også ved innhenting av opplysninger til IPLOS-registeret som er et register over mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester. Taushetsbelagte opplysninger kan ikke utleveres med mindre det foreligger samtykke fra pasienten, eller helselovgivningen gir en hjemmel til det, som f.eks. helsepersonelloven §§ 25 og 45. Kommunen har en tilretteleggingsplikt for å klargjøre hvordan avgivelsen av opplysninger praktisk kan gjennomføres, men legen har likevel et selvstendig ansvar for å påse at ikke taushetsplikten brytes.

9.2 Annen informasjon

Kommunen og legen kan bli enige om at legen skal innhente annen helseinformasjon. Avtale om dette må inngås i hvert enkelt tilfelle.

Kommentar: Taushetsplikten vil legge begrensninger på hvilken informasjon som kan innhentes/ bearbeides.

9.3 Informasjon til pasienter

Pasienter skal orienteres om egenandelene ved oppslag i praksislokalene. Legen kan ikke kreve høyere egenandeler enn det som er fastsatt av staten.

Kommentar: Krav om egenandeler i strid med regelverket vil kunne få konsekvenser for avtaleforholdet med kommunen.

10 Legens behandlende (kurative) virksomhet

10.1 Generelt om fastlegeavtalen

Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.

Kommentar: Legens ansvar etter denne bestemmelsen er begrenset til åpnings-tiden. Se punkt 10.4 om øyeblikkelig hjelp. Legens plikt til å gi pasientene helsehjelp vil følge av lovgivningen ellers, først og fremst helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og fastlegeforskriften, se særlig forskriften § 21.

Legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget, jf. for øvrig punkt 6.3.

Kommentar: Alminnelig reduksjon av åpningstid etter avtale med kommunen defineres ikke som fravær. Befolkningen bør imidlertid få informasjon om dette, som grunnlag for sitt valg av lege.

10.2 Innbyggere på andre legers liste - ny vurdering

Innbyggere på andre legers liste og pasienter til ny vurdering har prioritet etter innbyggere på egen liste. For øvrig vises til fastlegeforskriftens § 10.

Kommentar: Rett til ny vurdering er en rett for pasienten overfor kommunen. Den er imidlertid betinget av at pasienten samtykker i at journalnotatet sendes pasientens fastlege. Det er også et krav at legen som foretar ny vurdering er tilknyttet fastlegeordningen. Av merknadene til fastlegeforskriften § 4 følger det at kommunene gjennom fastlegeavtalene må sørge for at fastlegene har kapasitet til å motta henvendelser om ny vurdering.

10.3 Innbyggere utenfor fastlegeordningen

Innbyggere utenfor fastlegeordningen har prioritet etter innbyggere på egen liste. Betaling følger av statsavtalen.

Kommentar: Det er kommunens ansvar å sørge for et allmennlegetilbud (nødvendig allmennlegehjelp) til innbyggere utenfor ordningen

10.4 Øyeblikkelig hjelp

Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes.

Om øyeblikkelig hjelp/legevakt/daglegevakt: Se SFS 2305 punktene 6 – 8.

Kommentar: Med øyeblikkelig hjelp menes øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7. Det er en viktig forutsetning bak fastlegeordningen at fastlegen skal ha tilgjengelighet og kapasitet til å avhjelpe et ø-hjelpsbehov. Bestemmelsen regulerer plikten til å ta imot ø-hjelpspasienter i åpningstiden, se for øvrig kommentar til punkt 10.1.

I kommuner hvor legene frivillig etter lokale forhandlinger inngår avtale om deltakelse i daglegevaktordning mot nærmere avtalt honorar, må dette få betydning for innrettelsesplikten, slik at akutt legehjelp hvis mulig og forsvarlig kan henvises til daglegevakten.

10.5 Samarbeid med kommunen

Legen må minst en gang per år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

Kommentar: Kommunen har ansvar for å innkalle til slikt møte.

10.6 Tilgjengelighet

Legen skal sørge for tilgjengelighet innenfor sin åpningstid iht. fastlegeforskriftens § 21.

Kommentar: Fastlegeforskriften stiller krav til tilgjengelighet, herunder krav om frist for timeavtaler, legekontorets telefontilgjengelighet og mulighet for elektronisk timebestilling. Merknadene til forskriftens § 21 utdyper kravene. Legekontorets serviceerklæring bør omhandle legens tilgjengelighet.

10.7 Listestørrelse

Ved inngåelse av individuell avtale skal det tas hensyn til de samlede arbeidsoppgaver allmennlegen er pålagt gjennom lov, forskrift og sentralt avtaleverk. Ved senere pålagte oppgaver har legen rett til forholdsmessig reduksjon av listen.

Hvis særlige grunner foreligger, og dette ikke i vesentlig grad svekker kommunens mulighet til å tilby fastlegeordning, skal legen gis adgang til å sette listetaket lavere enn det kommunen kan stille vilkår om. Som særlige grunner regnes bl.a. at legen driver allmennmedisinsk forskning.

Kommentar: Hovedregelen er at legens listestørrelse beror på avtale. Listestørrelsen som er avtalt med kommunen er ment å være en beskyttelse for legen og at kommunen samtidig vet hva de kan forholde seg til som et minimum i sin planlegging. Legen kan til enhver tid åpne listen, dvs. åpne for flere pasienter, oppad begrenset til 2500.

Bestemmelsen gir legen en rett til listereduksjon forutsatt at "særlige grunner" foreligger. Foruten allmennmedisinsk forskning vil det i stor grad være opp til kommunen å vurdere hva som regnes som "særlige grunner". Avslag på fastlegens søknad vil imidlertid være et enkeltvedtak etter forvaltningslovens § 2b). Det betyr blant annet at kommunen må begrunne sitt avslag, og at vedtaket kan påklages.

Legen har rett til reduksjon av listen når dette skyldes

- legens helsetilstand
- at legen har omsorgsansvar
- at legen er over 60 år
- at legens liste er særlig arbeidskrevende

Dette må drøftes med kommunen senest seks måneder før reduksjonen. Legen har rett til å redusere pliktig åpningstid tilsvarende. Dersom reduksjonen er begrunnet i legens helsetilstand eller i legens omsorgsansvar, kan reduksjon meldes med tre måneders varslingsfrist.

Legen har rett til å redusere pliktig åpningstid tilsvarende.

Kommentar: Bestemmelsen gir fastlegen et rettskrav på listereduksjon i de opplistede situasjoner. Se ellers også fastlegeforskriften § 35 om listereduksjon.

For listereduksjon etter rammeavtalens bestemmelse må legen kunne dokumentere at et av vilkårene er oppfylt. Det er av stor betydning at drøfting med kommunen gjennomføres og protokollføres. Legen bestemmer nytt nivå på listen. Reduksjonen skjer ved naturlig avgang så langt dette er tilstrekkelig, eller tilfeldig utvelgelse fra trygdeetaten blant dem som står på listen. Man bør tilstrebe at foreldre og barn holdes samlet. Kommunen må sørge for at den som bli trukket blir tilbudt plass på annen fastlegeliste (i praksis er det HELFO som gjennomfører uttrekk og tildeling).

10.8 Deleliste

Lege over 60 år har rett til å dele sin fastlegeliste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Legen forplikter seg da til å fratre senest ved fylte 70 år, med mindre kommunen skriftlig samtykker i noe annet. Nedtrappingsperioden kan ikke overstige fem år.

Legene må drive praksisen i samme legesenter. Listelengden kan ikke økes mer enn 25 %, beregnet ut fra listelengden ved etablering av delelisten. Maksimalt antall listepasienter er til sammen 2.500. Ved etablering av deleliste gjelder bestemmelsene i punktene 5.4, 5.5, og 5.6 tilsvarende.

Kommentar: Formålet bak delelisteordningen er å gi en mulighet for gradvis "innfasing" av ny lege i en praksis, og er den eneste åpningen i rammeavtalen for at to leger kan jobbe samtidig på samme avtalehjemmel. Dette i motsetning til ved bruk av vikar.

Fastleger over 60 år kan dele sin fastlegeliste med henblikk på nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Etter tidligere rammeavtale forpliktet legen seg da til å fratre senest ved fylte 67 år. I gjeldende avtale (i kraft 1. januar 2013) er nevnte grense satt til 70 år. Samtidig presiseres at nedtrappingsperioden ikke kan overstige fem år. Denne reguleringen gir en mer hensiktsmessig ordning med større fleksibilitet for seniorlegen, samtidig som den tiltredende legens behov er ivaretatt.

Ordningen er ikke ment å øke antallet pasienter på listen, og det er derfor satt begrensninger på mulig listeøkning og fratredelsestidspunkt for den opprinnelige praksisinnehaver. Det er antall listepasienter på deletidspunktet som er utgangspunktet for økningen på 25 %, ikke listetaket angitt i fastlegeavtalen. Bestemmelsene om utlysning, tildeling og overdragelse av praksis gjelder tilsvarende som ved annen praksisoverdragelse. Seniorens skal få uttale seg om hvem som skal inn i praksisen, og uttalelsen skal tilleggs stor vekt jfr. punkt 5.5.

Det anbefales at hele kjøpesummen samt forfall avtales allerede ved inngåelse av avtale om deleliste. Det vil imidlertid være naturlig at oppgjøret for praksisen skjer gradvis, og i samsvar med ansvarsfordelingen mellom de to legene. Man bør søke kyndig bistand for å forsikre seg om dette skjer korrekt i forhold til skatterettslige regler. Det bør utarbeides skriftlige avtaler i forbindelse med etablering av delelisten. Det er utarbeidet en mønsteravtale for overdragelse av fastlegepraksis med deleliste, denne finnes på sidene for selvstendig næringsdrivende på www.legeforeningen.no.

Lege med minst 50 % varig uførhet har rett til å dele sin liste med annen lege på samme vilkår som i annet ledd.

Kommentar: Retten til deleliste inntreffer når hjemmelshaver er 50 % ufør eller mer.

De samme regler som for deleliste som ved alder gjelder. I disse tilfellene er det imidlertid enda viktigere med en god samarbeidsavtale siden delelisteperioden kan være betraktelig lengre.

Det er utarbeidet standardavtale for overdragelse av praksis i forbindelse med deleliste som ligger på www.legeforeningen.no.

Del V TURNUSLEGER OG OFFENTLIG LEGEARBEID MV.

11 Turnuslege i fastlegeordningen

11.1 Avtale om mottak og veiledning av turnuslege

Kommunen har ansvaret for mottak av turnusleger i kommunen.

Kommune og lege kan inngå avtale om mottak og veiledning av turnuslege. Det skal legges til rette for at turnuslegen kan utføre sin tjeneste i henhold til forskrift om og målbeskrivelse for turnustjenesten for leger.

Kommentar: Kommunene kan ikke pålegge legen å motta turnusleger. Dette må derfor baseres på en avtale.

Ved inngåelse av slik avtale skal denne være for minimum tre år. Ved fornyelse skal det inngås avtale for minimum 2 år om gangen. Etter tre (to) år kan hver av partene si opp avtalen med 6 måneders varslingsfrist, dog slik at eventuelt påbegynt turnusveiledning fullføres.

Kommentar: Kravet til avtaletid må sees i sammenheng både legens og kommunens behov for forutsigbarhet. For legen er dette viktig ut fra hensynet til nødvendige investeringer i lokaler, hjelpepersonell mv., jf. også punkt 11.2.

11.2 Økonomiske forhold knyttet til turnuslege

Kommunen dekker dokumenterte økte driftsutgifter i praksisen (leie av lokaler, utstyr og hjelpepersonell mv.). Kompensasjonen for økte driftsutgifter fastsettes i lokal avtale mellom kommunen og legen, og utbetales også ved avbrudd, uteblivelse og sykdom.

Kommentar: Med økte driftsutgifter menes de ressurser turnuslegen benytter. Legen behøver ikke å dokumentere en økning ved inntaket av turnuslege, det er tilstrekkelig at legen dokumenter at det er investert i virksomheten for at turnusleger kan mottas, for eksempel at det er avsatt lokaler, ansatt hjelpepersonell og kjøpt inn utstyr ut over det legen(e) selv har bruk for. Dette er ofte vanskelig å beregne, men i praksis løses dette ikke sjeldent ved at driftsutgiftene deles på antall hoder.

Veiledning av turnuslegen godtgjøres i form av 3 timers deltidsstilling som kommune lege per uke i den tiden turnuslegen ordinært er i praksisen, jf. for øvrig punkt 12.4-5.

Kommentar: Tidligere ble deltidsstillinger lønnet i henhold til fastsatte lønnstrinn på samme måte som andre tilpåktningsstillinger. Slikt lønnstrinnsystem eksisterer ikke, og lønn avtales fritt mellom kommunen og legen, se punkt 12.4. Lønn for veiledning bør avtales før det inngås avtale om mottak av turnuslege.

Turnuslegens lønn betales av kommunen. Trygderefusjon og egenandeler som turnuslegen inntjener i sitt kurative arbeid tilfaller kommunen.

Kommentar: Turnuslegens lønn fastsettes etter bestemmelsene i særavtalen mellom KS og legeforeningen, SFS 2305.

11.3 Medisinske studenter

Legen kan ta i mot medisinske studenter i sin praksis. Organisering og andre vilkår er kommunen uvedkommende, og legens forpliktelser overfor kommunen reduseres ikke.

Kommentar: Det er opp til legen om vedkommende vil ta inn medisinske studenter i praksis, og kommunen kan ikke sette vilkår om dette. Kommunen er heller ikke forpliktet til å lønne legen, og det kan ikke kreves reduksjon i allmennmedisinsk offentlig legearbeid, jfr. punkt 12.

11.4 Veiledning av annen lege etter Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

Pålagt veiledning regnes som andre allmennlegeoppgaver. Veiledningen godtgjøres i form av deltidsstilling som kommunelege. Punkt 12.1, pkt. 12.3, pkt. 12.4 og pkt. 12.5 gjelder tilsvarende.

Kommentar: Kravet til veiledet tjeneste for å kunne arbeide selvstendig som fastlege med trygderefusjon er tre år. Praksis fra studiet og turnustjenesten gir til sammen to års veiledet tjeneste. Ny fastlege som ikke oppfyller kravet må således tilbys ett ekstra år med veiledning. Det er kommunen som er ansvarlig for å organisere og skaffe veiledning, også for vikariater ut over 2 mnd. Kommunen skal honorere veileder i samsvar med reglene om veiledning av turnuskandidater. Veiledningen skal utgjøre minimum to timer i uken, og veileder skal være rimelig tilgjengelig pr telefon når den som veiledes trenger rask rådgivning.

12 Annet kommunalt legearbeid mv.

12.1 Plikt til andre allmennlegeoppgaver i kommunen

Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmennmedisinsk legearbeid begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Pålegg kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap (IKS) som arbeidsgiver, evt. avtalemotpart, jf. 12.4-5.

Eventuell tid til veiledning av turnuslege/EØS-lege etter punkt 11.1 og 11.4 går til fradrag.

Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene, herunder kunngjøre dem.

Deltidsstilling i allmennmedisinsk offentlig legearbeid gir legene rett til reduksjon i listelengde.

I forbindelse med pålegg skal kommunen tilstrebe en lik fordeling av disse oppgaver mellom kommunens allmennleger.

Følgende leger kan ikke pålegges allmennmedisinske offentlige oppgaver etter dette punkt:

- leger som utøver statlig legearbeid mer enn 15 timer per uke
- leger med personlig overgangsordning fra 1984

Kommentar: Bestemmelsen er begrenset til allmennmedisinsk legearbeid. Som allmennmedisinsk arbeid regnes oppgaver som inngår som del av kommunenes ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven og som kan regnes som allmennmedisinske, for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynslegevirksomhet, sykehjem og fengsel. Det er en forutsetning at arbeidet skjer på dagtid. Avgrensningen innebærer at for eksempel samfunnsmedisinsk eller arbeidsmedisinsk legearbeid ikke kan pålegges ensidig fra kommunens side eller settes som vilkår for avtale.

Bestemmelsen må sees i sammenheng med kommunens plikt til informasjon, pkt. 7.1. og tilrettelegging, pkt. 6.1. Legens plikter etter denne bestemmelsen kan ikke brukes for å pålegge legen forefallende arbeid. Det arbeid kommunen pålegger legen skal være planlagt, målrettet og varig.

Bestemmelsen innebærer en rett for legen til å begrense allmennmedisinske oppgaver til maksimum 7,5 timer. Denne retten gjelder både ved inngåelsen av fastlegeavtalen og ved endring. Timeantallet er knyttet til fulltids virksomhet og reduseres forholdsmessig ved deltidsavtale. Timeantallet reduseres også dersom legen har påtatt seg veiledning etter punkt 11.1 og 11.4.

Begrepet "pålegg" er benyttet for å synliggjøre at kommunene kan kreve at alle leger påtar seg slike oppgaver, også leger som i utgangspunktet ikke ønsker det eller som tidligere har vært fritatt for dette. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at legen ved avtale påtar seg flere timer med slike oppgaver.

Timeantallet er valgt ut fra behovet for at legen arbeider i helsestasjon el. en dag i uken. Det er en forutsetning at timene må samles, og ikke spres over flere dager. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at legen og kommunen blir enig om en oppdeling av timeantallet knyttet til ulike oppgaver.

Eksempler på leger i statlige stillinger er leger i forsvaret og i forskerstillinger. En forutsetning at det kreves autorisasjon som lege for stillingen, og at den er på minst 15 t/u.

12.2 Avtale om samfunnsmedisinsk legearbeid

Det kan inngås avtale om samfunnsmedisinsk legearbeid. Slik avtale gir rett til reduksjon av listelengde. Tilsvarende gis rett til fradrag i plikt til allmennmedisinsk offentlig legearbeid etter punkt 12.1.

Kommentar: Samfunnsmedisinsk arbeid kan ikke pålegges, men det legges her til rette for avtale om slikt arbeid. Gir rett til reduksjon av listelengde og fradrag i plikt til annet offentlig legearbeid.

12.3 Kontorsted mv.

Det fremgår av den individuelle avtalen/arbeidsavtalen hvor og når de kommunale legegøppgavene skal utføres.

12.4 Betaling for kommunalt legearbeid

For deltidsstillinger gjelder lønns- og arbeidsvilkår etter de til enhver tid gjeldende lover, tariffavtaler, reglementer mv.

For deltidsstilling gis praksiskompensasjon etter § 5 i tariffavtalen for kommuneleger (SFS 2305). Det gis også reisetillegg og skyssgodtgjøring etter punkt 9 i SFS 2305.

Kommentar: Hovedtariffavtalen i KS-området kapittel 5 gjelder. Hovedtariffavtalen fastsetter ikke minstelønnsseter, lønnstrinn eller lønnsrammer, og lønnsfastsettelsen baserer seg fullt ut på lokale forhandlinger mellom kommunen og legen.

12.5 Alternativ godtgjøring for kommunalt legearbeid

Partene lokalt kan avtale at kommunalt legearbeid, herunder veiledning av turnuslege, godtgjøres med honorar per time i stedet for lønn. Praksiskompensasjon kommer ikke til utbetaling.

Kommunalt legearbeid som utføres av lege som næringsdrivende godtgjøres med kr 705 per utført time. Satsen endres med samme prosentvise endring som basistilskuddet.

Kommentar: Det kan avtales at allmennmedisinsk arbeid kan utføres av legen som næringsdrivende. Verken legen eller kommunen kan ensidig kreve dette. Man må være oppmerksom på at dette får konsekvenser for godtgjøringen, f.eks ved at den bortfaller ved fravær, også sykefravær. Praksiskompensasjon, godtgjøring for reisetid og kilometergodtgjørelse kommer ikke til utbetaling om man velger honorar i stedet for lønn.

12.6 Arbeid som praksiskonsulent

Som ledd i samarbeidet med 2.linjetjenesten kan det avtales at stilling som praksiskonsulent i sykehus gir tilsvarende fritak fra plikt til offentlig legearbeid etter punkt 12.1.

Kommentar: Her legges til rette for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det skal inngås individuelle avtaler, og oppdraget utføres som selvstendig næringsvirksomhet. Tjenesten gir fritak for hele eller deler av plikten etter 12.1. RHF-ene og Legeforeningen har inngått en rammeavtale som regulerer ordningen, se www.legeforeningen.no.

Del VI TILGJENGELIGHET OG FRAVÆR

- VARIGHET AV INDIVIDUELLE AVTALER

- TVISTER

13 Tilgjengelighet og fravær

13.1 Åpningstid

Full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året.

Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig.

Annen åpningstid enn i tidsrommet mellom 0800-1600 ukens fem første dager kan fra kommunens side ikke settes som vilkår for avtaleinngåelse, men kan avtales mellom legen og kommunen.

Kommentar: Åpningstiden setter rammer for fastlegens forpliktelser overfor egne listepasienter. Dersom legen har deltidsstilling med offentlig allmennmedisinsk arbeid vil vedkommende ikke ha "fulltids kurativ virksomhet" og har derfor rett til forholdsmessig redusert åpningstid.

Kommunen kan ikke ensidig kreve åpningstid utover alminnelig arbeidstid som beskrevet. Kommunen kan heller ikke kreve at det holdes åpent alle hverdager mellom 08-16, jf. arbeidstidsbegrensningen på 28 timer. Dersom partene ønsker det, kan kommunen og legen inngå avtale om andre tidspunkter.

13. Utvidet fravær pga. videreutdanning, etterutdanning og forskning

Legen har rett til fravær for deltakelse på kurs, nødvendig tjenestegjøring og andre aktiviteter for å oppnå eller beholde spesialistgodkjenning. Dersom kommunen må skaffe vikar, skal tidspunktet for fravær normalt godkjennes av kommunen. Såfremt legen stiller vikar gjøres ikke fradrag i basistilskuddet.

Legen har rett til fravær for gjennomføring av forskningsprosjekt på doktorgradsnivå, forutsatt at legen skaffer vikar. For slikt fravær gjøres ikke fradrag i basistilskuddet.

Kommentar: Fravær for å oppnå eller beholde spesialistgodkjenning gjelder spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Dette er spesialiteter som er nært knyttet til fastlegens virksomhet og oppgaver i kommunehelsetjenesten.

Bestemmelsen gir også rett til fravær for forskning på doktorgradsnivå. Legen må selv skaffe vikar og kommunen har ikke plikt til dette dersom legen ikke klarer å skaffe vikar slik regelen er for annet fravær.

13.3 Fravær pga. fagforeningsarbeid eller offentlige verv/oppgaver

Legen har rett til 10 dagers fravær per år for utøvelse av fagforeningsarbeid. Det samme gjelder for offentlige oppgaver og verv. Det gjøres ikke fradrag i basistilskudd for disse dagene.

13.4 Fravær pga. egen sykdom eller egne barns sykdom

Basisgodtgjørelsen utbetales uendret ved sykdom sammenhengende inntil 16 dager. Dette gjelder også fravær pga. sykdom hos barn under 12 år og barn under 16 år dersom det foreligger kronisk sykdom eller funksjonshemninger, inntil 10 dager pr kalenderår.

Dersom omsorgen gjelder mer enn to barn utvides antall dager uten trekk i godtgjørelsen til 15 dager, og til 20 dager hvis barnet er funksjonshemmet eller kronisk sykt. Dersom praksisinnhaveren er alene om omsorgen, fordobles ovennevnte kvoter.

Lege som har omsorg for barn har også rett til fravær dersom:

- a) Barnet blir innlagt i helseinstitusjon og legen oppholder seg ved helseinstitusjonen.
- b) Barnet er utskrevet fra helseinstitusjon og legen må være hjemme fordi barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie eller
- c) Barnet har livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade.

Ved fravær etter bokstavene a og b gjelder aldersgrensene i første ledd. Rett til fravær etter bokstav c gjelder til og med det kalenderåret barnet fyller 18 år, men uten hensyn til alder hvis barnet er psykisk utviklingshemmet.

Legen har også rett til fravær når det ytes pleiepenger eller opplæringspenger. Legen har videre rett til fravær for å delta i opplæring ved godkjent helseinstitusjon eller offentlig kompetansesenter for å kunne ta seg av og behandle barnet. Det utbetales ikke basis-tilskudd for fravær når det ytes pleiepenger eller opplærings-penger med mindre legen har vikar som ivaretar listansvaret under fraværet.

Det utbetales ikke basisgodtgjørelse for fravær etter dette punkt som samlet overstiger 3 måneder i et kalenderår med mindre legen har vikar som ivaretar listansvaret under fraværet.

13.5 Fravær pga. svangerskap, fødsel og adopsjon

Legen har rett til fravær i til sammen 52 uker på grunn av fødsel og svangerskap. Det samme gjelder ved adopsjon. Det utbetales ikke basisgodtgjørelse for fravær etter dette punkt som overstiger 16 dager i et kalenderår med mindre legen har vikar som ivaretar listansvaret under fraværet.

Kommentar: Bestemmelsen må anses å korrespondere med bestemmelsene om rett til svangerskaps-, fødsels- og foreldrepermisjon etter arbeidsmiljøloven §§ 12-2 og 12-4 og 12-5.

13.6 Ordinær verneplikt eller siviltjeneste

Legen har rett til fravær på grunn av avtjening av ordinær verneplikt, siviltjeneste, repetisjonsøvelse eller andre pliktige kurs eller øvelser. Såfremt legen stiller vikar gjøres det ikke fradrag i basistilskudd. _

Protokolltilførsel:

Partene er enige om å nedsette en arbeidsgruppe. Gruppen skal utarbeide forslag til hensiktsmessig regulering av legens adgang til fravær ut over punkt 13.2-13.6 med bruk av vikar. Gruppen skal avgi sitt forslag innen 1.9.2014.

Kommentar: I hvilken grad fastlegen – uten å være avhengig av samtykke fra kommunen - har rett til å være fraværende fra praksis med bruk av kvalifisert vikar har vært omdiskutert mellom KS og Legeforeningen. Legeforeningen mener at fastlegen må ha anledning til dette i en viss utstrekning. Dette gjelder særlig i de tilfeller der fraværet kan begrunnes i faglig relevante hensyn, for eksempel midlertidig arbeid som lege i utlandet. Samtidig erkjenner Legeforeningen at en slik rett ikke kan være ubegrenset. Fastlegeavtalen gir en personlig forpliktelse som ikke kan erstattes med vikar på ubestemt tid.

Partene kom ikke til enighet om dette i forhandlingene i 2012, og er enige om å se nærmere på dette i fellesskap.

14. Inntak av vikar

Legen har rett til å innta vikar ved fravær fra praksis. Inntak av vikar skal meddeles kommunen. Kommunen yter ikke særskilt basistilskudd til vikaren. Det økonomiske oppgjøret mellom legen og vikaren er kommunen uvedkommende. Dersom legen ikke selv stiller vikar kan dette i fravær utover 8 uker gjøres av kommunen. I slike tilfeller utbetales basisgodtgjørelsen til vikaren.

Kommentar: Rettigheter til fravær er inntatt i avtalen for å kunne utløse en plikt for kommunen til å skaffe vikar, dersom legen ikke makter dette, noe som for eksempel kan skyldes legemangel i kommunen og at vikarer må "hentes" fra andre kommuner eller andre land, jf. pkt. 6.3. At legen ikke klarer å skaffe vikar er dermed ikke til hinder for rettmessig fravær etter denne avtalen, for eksempel i forbindelse med svangerskap eller sykdom. Ved annet fravær enn det som omfattes av pkt. 13.2, 13.3, 13.4, 13.5, og 13.6 har ikke kommunen slik plikt, og legen må selv sørge for vikar.

Alminnelig reduksjon av åpningstid som følge av redusert hjemmel eller offentlig allmenn medisinsk arbeid defineres ikke som fravær, og gir verken rett eller plikt til å ha vikar.

Legen kan ikke ta inn vikar i samme tidsrom som han selv arbeider, for eksempel for å betjene en "for lang" liste. I slike tilfeller bør legen vurdere å redusere listen. Leger i gruppepraksis har ikke rett til å ta inn vikar som på fast basis dekker de dager legene er i offentlig allmennmedisinsk arbeid. Om kommunen og HELFO aksepterer det kan det likevel avtales en slik løsning.

Inntak av vikar skal meddeles kommunen. I den individuelle avtalen er det presisert at lengre fravær uten vikar skal meldes kommunen i så god tid som mulig. Legen bør imidlertid bestrebe seg på også å varsle i så god tid som mulig fravær med bruk av vikar, herunder også kortere fravær.

Dersom kommunen skaffer vikar, er det kommunen som inngår avtale med vikaren og sørger for vederlaget til vikaren. Fordi vikaren skal praktisere i hjemmelshavers praksis skal det inngås avtale mellom hjemmelshaver og kommunen.

Dersom legen tar inn vikar bør vedkommende sørge for at det inngås skriftlig vikaravtale. Forslag til vikaravtale finnes på www.legeforeningen.no

Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning eller egen vikar.

Kommentar: Iht. bestemmelsen her legen rett til fravær inntil 8 uker. Denne type fravær skal som hovedregel dekkes av de kollegiale fraværsordninger som er etablert i kommunen. Legen kan imidlertid velge i stedet å benytte egen vikar

også i disse uker. Kommunen har ikke plikt til å skaffe vikar i denne perioden. Dersom kommunen ikke har etablert en kollegial fraværsordning, plikter kommunen å skaffe vikar også i disse tilfellene.

Åtte uker er knyttet til de ukene legen ikke har plikt til å holde praksisen åpen i henhold til rammeavtalen punkt 13.1. Den kollegiale fraværsordningen gjelder for fravær i forbindelse med ferie og kurs. Kollegial fraværsordning i rammeavtalens forstand kommer ikke til anvendelse der legen har fravær i henhold til rammeavtalen punktene 13.2-13.6, som blant annet fravær sykdom som er regulert i punkt 13.4. I disse tilfellene inntreffer andre regler, herunder pkt. 14 første avsnitt. I praksis vil dette si at dersom legen selv ikke ivaretar sine pasienter ved å ta inn vikar evt. en avtale med sine kolleger i gruppepraksis, er dette ansvaret kommunens. Øyeblikkelig hjelp vil man som lege uansett ha plikt til å vurdere, også om pasienten tilhører en annen praksis. Der hvor det finnes en daglegevaktordning, vil det ofte være naturlig at også slike henvendelser i utgangspunktet kanaliseres dit. Vi vil likevel oppfordre legene til å utvise en viss smidighet i fm sykdom hos kolleger, men noen plikt til å sette opp/ta berammede ordinære timer har legene ikke i kraft av den kollegiale fraværsordningen.

15 Korrigerende tiltak ved avtalebrudd

Ved brudd på bestemmelser i fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig og begrunnes. Frist for retting av forholdet skal være rimelig. Legen har rett til å uttale seg før et formelt varsel gis. Hver av partene kan kreve et møte om saken. Dersom legen etter fristens utløp ikke har rettet forholdet, kan kommunen gi legen en skriftlig advarsel om at det vil bli iverksatt trekk i basistilskuddet dersom ikke forholdet rettes uten unødig opphold.

Dersom legen etter advarsel ikke har rettet forholdet uten unødig opphold, kan kommunen holde tilbake inntil 20 % av basistilskuddet hver måned inntil forholdet er rettet.

Kommunen skal ved sin skjønnsmessige vurdering av om basistilskuddet skal holdes tilbake legge vekt på type mangel, omfang av mangel, grovhet mv.

Kommunens vedtak om trekk i basistilskuddet er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 litra b). Saken skal drøftes mellom KS og Legeforeningen dersom en av partene krever det.

Ved retting av forholdet utbetales fullt basistilskudd. Tilbakeholdt basistilskudd i bruddperioden utbetales.

Kommentar: Bestemmelsen stiller tydelige krav til en trinnvis prosess dersom kommunene har noe å innvende på fastlegens virksomhet. Kommunene gis med dette styrkede virkemiddel til å påse at fastlegen ivaretar sine forpliktelser etter fastlegeforskriften, rammeavtalen og fastlegeavtalen.

Det er lagt inn graderinger og krav til alvorlighet. Bare de alvorligste sakene kan ende med en økonomisk sanksjon. Legen skal varsles og gis anledning til å uttale seg underveis. Legeforeningen og KS kan kobles inn for vurdering av forholdet etter partenes ønske.

Den økonomiske sanksjonsmuligheten har blitt langt mindre omfattende enn forslaget til ny fastlegeforskrift som ble fremlagt desember 2011, og som etter Legeforeningens oppfatning var ubalansert og uakseptabelt. Forslaget var der at hele basistilskuddet kunne inndras – og beholdes – av kommunen. Gjeldende bestemmelse fastsetter en derimot en modell hvor inntil 20 prosent av det månedlige tilskuddet kan holdes tilbake, inntil forholdet er rettet. Når forholdet er rettet skal det tilbakeholdte tilskuddet utbetales.

16 Varighet og oppsigelse av individuelle avtaler om fastlegepraksis, revisjon

Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på 6 måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet.

Kommentar: Tap av fastlegeavtalen ved oppsigelse vil være svært alvorlig for den det gjelder. Det er mange steder nærmest umulig å drive allmennpraksis uten fastlegeavtale, og dermed trygderefusjon. Kravet til saklig grunn er derfor det samme vurderingstema som for oppsigelse av arbeidsavtaler etter arbeidsmiljølovens § 15-7. Praksis etter denne bestemmelsen vil derfor kunne være relevant ved avgjørelsen av om det foreligger saklig grunn til oppsigelse.

Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning.

Kommentar: Kravet til vesentlig mislighold er det samme vurderingstema som for avskjed i arbeidsmiljøloven § 15-14. Praksis etter denne bestemmelsen vil derfor kunne være relevant ved avgjørelsen av om det er grunnlag for heving.

Den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år.

Kommunen og legen kan inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over fylte 70 år, likevel ikke etter at legen er fylt 75 år.

Kommentar: Videreføring av fastlegevirksomheten etter fylte 70 forutsetter enighet og avtale. Fastlegen må selv ta kontakt med kommunen i god tid før fylte 70 år dersom vedkommende ønsker å fortsette. Tidligere gjaldt et krav om at det måtte foreligge "særlige grunner" for videreføring av fastlegevirksomheten etter fylte 70 år, men dette kravet er fra 2012 fjernet i både fastlegeforskriften og rammeavtalen.

Avtalen bortfaller med umiddelbar virkning ved rettskraftig vedtak om tap av autorisasjon som lege, eller ved begrenset autorisasjon som medfører at fastlegen ikke kan overholde bestemmelser i fastlegeavtalen, fastlegeforskriften eller i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen. Når legens autorisasjon er suspendert, eller i påvente av en overprøving av vedtak om tap av autorisasjon, kan legen innta vikar inntil saken er avgjort av klage- og tilsynsmyndigheten.

Kommentar: Dette betyr at suspensjon av autorisasjon ikke gir kommunen rett til heve denne avtale, mens endelig tilbakekall av autorisasjon regnes som vesentlig mislighold. Det skyldes at suspensjon er et midlertidig vedtak i forbindelse med opplysning av et forhold. Merk at heving likevel bare kan gjøres når vedtak om tap av autorisasjon er rettskraftig, m.a.o. at klage- og søksmålsfrister er utløpt. Denne endringen skjedde i forbindelse med revisjon av fastlegeforskriften, og vurderes som en viktig styrking av legens rettssikkerhet.

Dersom legen er i en slik tilstand at han/hun er ute av stand til selv å skaffe vikar f.eks. pga. sykdom, forutsettes det at kommunen bistår med dette, jfr. punkt 14.

Revisjon

Den individuelle avtalen kan fra begge parter side kreves revidert hvert år. Det kan ikke foretas ensidige endringer i kraft av revisjonsbestemmelsen. Pålegg etter punkt 12, krav om listereduksjon samt legens ønske om større listetak kan fremsettes når som helst.

Kommentar: Selv om den individuelle avtalen har bestemmelse om at revisjon kan skje hvert år, betyr ikke det at kommunen har rett til å endre avtalen ensidig. Dette gjelder alle avtalens bestemmelser, også avtalen om økonomisk samarbeid (8.2-avtale) dersom dette er tatt inn i den individuelle avtalen. Endringer i avtalen kan bare skje ved enighet mellom partene.

17 Tvister

17.1 Tvist om individuelle fastlegeavtaler mv.

Tvist om forståelsen av individuell avtale, trekk i basistilskudd etter punkt 15 og oppsigelse etter punkt 16 i avtalen her søkes løst ved forhandlinger mellom kommunen og den enkelte lege. Partene kan la seg bistå av rådgiver eller advokat.

Fører forhandlingene ikke frem kan partene bli enige om å løse tvisten ved voldgift._

Hver av partene skal oppnevne en voldgiftsmann og voldgiftsmennene i fellesskap en oppmann. Unnlater en part å oppnevne voldgiftsmann eller blir voldgiftsmennene ikke enige om oppmannen, foretas oppnevnelsen av tingrettens leder.

Hver av partene kan bringe tvisten inn for domstolsbehandling.

Kommentar: Bestemmelsen regulerer tre ulike former for tvisteløsning knyttet til den individuelle avtale. Hovedregelen er at konflikten søkes løst gjennom forhandlinger. Dette vil være den minst kostnadskreven prosessen. Dersom forhandlinger ikke lykkes vil legen og kommunen som parter kunne bringe saken inn for voldgifts- eller domstolsbehandling. For å bringe saken inn for voldgiftsbehandling må partene være enige om dette, mens domstolsbehandling kan kreves ensidig. Voldgiftsbehandling vil som regel være den hurtigste og minst arbeidskreven måten å få avgjort tvisten på. En voldgiftsavgjørelse er imidlertid endelig og kan ikke påankes. Partene kan her avtale en enklere voldgiftssammensetning enn det som er angitt i bestemmelsen, f.eks. at saken avgjøres av en tillitsvalgt. Enten man velger voldgiftsbehandling eller domstolsbehandling vil valget være bestemmende i den forstand at man ikke kan ha samme sak for de to forskjellige tvisteløsningsorgan.

17.2 **Tvist om rammeavtalen**

Dersom det oppstår tvist om forståelsen av denne avtalen skal tvisten søkes løst ved forhandlinger mellom KS og Den norske legeforening.

Fører forhandlingene ikke frem skal tvisten løses ved voldgift.

Hver av partene skal oppnevne en voldgiftsman og voldgiftsmennene i fellesskap en oppmann. Unnlater en part å oppnevne voldgiftsman eller blir voldgiftsmennene ikke enige om oppmannen, foretas oppnevnelsen av tingrettens leder.

Kommentar: Tvist om forståelsen av selve rammeavtalen (rettstvist) skal løses gjennom voldgift og kan ikke tas inn for de alminnelige domstoler.

INDIVIDUELL AVTALE OM ALLMENNPRAKSIS I FASTLEGEORDNING FOR SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE LEGE

Individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordning er inngått mellom

lege _____,og

_____,kommune

Den individuelle avtalen kan ikke overdras.

Kontoradresse:

Telefon:

Telefaks:

PLIKTER OG RETTIGHETER

Kommunens og legens plikter og rettigheter følger av

- kommunehelsetjenesteloven
- forskrift om fastlegeordning
- avtale mellom staten/KS og Legeforeningen om basistilskudd og takster
- rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene
- tariffavtale om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)
- hovedtariffavtalen (HTA) og hovedavtalen (HA) så langt det passer

Legen gis et eksemplar av lov, forskrift og avtaleverk

Maksimalt antall innbyggere på listen _____

Kort beskrivelse av kollegial fraværdekning

Legens faste vikar

Legen har fellesliste med

Legen installerer og bruker følgende system for pasientdata/ pasientadministrasjon

Legen skal avgi grunnlagsdata for føring av pasientstatistikk på følgende måte

Legen har følgende deltidsstilling(er) i kommunen:

Det utarbeides arbeidsavtale(r) for deltidsstillingen(e).
Avtale om mottak og veiledning av turnuslege gjøres for tiden:
Vilkår fremgår av særskilt avtale.
Legen aksepterer at allmennlegeutvalget vil kunne velge vedkommende som representant til samarbeidsutvalget.

Legen forplikter seg til å akseptere rammeavtalens bestemmelser om tvisteløsning mv. ved overdragelse av praksis, jf. rammeavtalens § 5.6.

Det utarbeides egen avtale for økonomisk samarbeid mellom legen og kommunen i de tilfeller der slikt samarbeid praktiseres.

ÅPNINGSTIDER OG TELEFONTIDER

dag	Åpningstider	telefontider
Mandag		
Tirsdag		
Onsdag		
Torsdag		
Fredag		

Kommunen utbetaler basistilskudd senest den 12 i hver måned. Tilskuddet settes inn på konto _____

Avkortning i basistilskuddet foretas etter reglene i ASA 4310.

Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig.

VIRKETID OG REVISJON

Den individuelle avtalen kan av begge parter kreves revidert første gang._____, deretter én gang pr. år, dog gjelder kortere frister ved tilplikting og listereduksjon.

TVIST

Tvist om forståelsen av denne avtalen løses etter § 16 i rammeavtalen mellom KS og Dnlf.

Sted _____

Dato _____

for kommunen

legen

VEILEDENDE RETNINGSLINJER FOR HÅNDTERING AV TRUENDE OG VOLDELIGE PASIENTER

1) Vurdering av alternative tiltak

Dersom en listeinnbygger har fremvist truende eller voldelig adferd overfor fastlegen, andre som er ansett hos fastlegen eller deres familier, kan legen be kommunen om umiddelbar bistand for håndtering av saken. Kommunen og fastlegen skal drøfte alternative tiltak, eksempelvis:

- Anmodning til pasienten om bytte av liste til en bestemt fastlege som har sagt seg villig til å motta pasienten
- Stille krav til pasient om at to eller flere leger eller annet helsepersonell skal være tilstede i konsultasjon
- Sikkerhetstiltak på kontoret (alarmsystemer, sikkerhetslåser mv.)
- Vekttertjeneste
- Samarbeid med politi. Tilstedeværelse av politi i konsultasjon
- Suspensjon av legens listeansvar ift. denne pasienten – midlertidig overflytting av det allmennmedisinske ansvaret til aktuell institusjon i kommune eller nabokommune
- Flytting av pasienten fra legens liste

Fastlegen kan kreve at kommunen fatter vedtak om at pasienten flyttes fra listen i henhold til fastlegeforskriften § 15, jf. § 5.-

2) Rutine for flytting av pasienter

Kommunen skal vurdere om det er forsvarlig at vedkommende pasient fortsatt skal få sitt behov for allmennmedisinske tjenester dekket av en av kommunens fastleger.

Der det er grunnlag for å flytte pasienten til annen fastleges skal kommunen informere pasienten om at vedkommende kan velge ny lege innen en nærmere angitt frist.

Dersom pasienten ikke innen en nærmere angitt frist, jf. tredje ledd over, har valgt ny lege, vil pasienten bli tildelt en ny lege.

Kommunen skal umiddelbart kontakte den nye legen og drøfte hvordan vedkommende listepasient kan ivaretas ved legekontoret, herunder om det er aktuelt å iverksette noen av tiltakene nevnt i punkt 1), eventuelt andre tiltak.

Kommunen skal samtidig informere pasienten om eventuelle tiltak som er iverksatt for å ivareta sikkerheten ved legekontoret og som pasienten har behov for å bli informert om.

3) Rutiner der flytting av pasient har vært forsøkt

Kommunen skal sørge for et allmennmedisinsk tilbud også til pasienter der det ikke anses forsvarlig å flytte pasienten til en ny fastleges liste.

Inntil pasienten har fått en ny fastlege skal kommunen sørge for andre tilbud. Det kan blant annet være tilbud tilknyttet en relevant institusjon i kommunen eller nabokommunen, eller etablering av en særskilt vaktordning etter avtale med leger i kommunen.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum , 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 Faks 23 10 90 10
www.legeforeningen.no