

Høringsnotat

Forslag til endringer i forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (trygderefusjonsforskriften) for å legge til rette for introduksjonsavtaler.

Høringsfrist: 25.8.2020

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	2
2	Bakgrunn for forslag om endring av gjeldende forskrift	2
3	Gjeldende rett	3
4	Departementets vurderinger og forslag	5
5	Økonomiske og administrative konsekvenser	7
	Forslag til forskriftsendring	8

1 Innledning

I dette høringsnotatet foreslås det å endre forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygde-
refusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (refusjonsforskriften) for
å legge til rette for såkalte introduksjonsavtaler.

Departementet vil utarbeide nærmere rammer og krav for introduksjonsavtalene. Hensikten
med dette høringsnotatet er å høre forslag om rettslige endringer som legger til rette for
inngåelse og gjennomføring av slike avtaler.

I kapittel 2 omtales bakgrunnen for forslaget. Gjeldende rett er drøftet i kapittel 3. Kapittel 4
presenterer departementets forslag og vurderinger. Økonomiske og administrative konse-
kvenser av forslaget omtales i kapittel 5.

Til slutt i høringsnotatet fremgår forslaget til endringer i §§ 1 og 6 i refusjonsforskriften.

2 Bakgrunn for forslag om endring av gjeldende forskrift

Introduksjonsavtaler forstås i det videre som avtaler som gir leger under spesialisering i
allmennmedisin (LIS) rett til trygde-
refusjon under visse vilkår, når de jobber på andre
fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret
samtidig. Departementet vil legge noen overordnede føringer for avtalene, men vil samtidig
tilrettelegge for lokale tilpasninger i den enkelte kommune. Avtaleparter i introduksjons-
avtalene vil være lege i spesialisering i allmennmedisin (LIS), fastleger som stiller liste og
eventuelt lokaler mv. til rådighet for LIS, samt kommune. Departementet vil understreke at
det ikke åpnes for en generell vikarordning, men en ordning som legger til rette for spesi-
lisering i allmennmedisin, særlig for leger ansatt i annet allmennlegearbeid i kommunen.
Introduksjonsavtaler begrenses til LIS i et avgrensert tidsrom på to år ved fulltids arbeid. Det
forutsettes at LIS i introduksjonsavtale har påbegynt spesialisering i allmennmedisin.

Introduksjonsavtaler har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å bedre tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Dette vil bidra til å heve kvaliteten i disse tjenestene. Introduksjonsavtaler vil også kunne bidra til bedre rekruttering inn i fastlegeordningen ved å senke terskelen for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmennmedisin. En tilleggseffekt er å bidra til stabilisering i fastlegeordningen gjennom å redusere fastlegenes arbeidsbelastning.

Det er i forskrift 8. desember 2016 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) et krav om at to år av spesialiseringsløpet i allmennmedisin må finne sted i åpen uselektert allmennpraksis. Dette er definert som en praksis som er åpen for alle pasienter, uten noen forutgående siling eller utvelgelse av pasienter, sykdommer eller lidelser. Som hovedregel skal lege i åpen uselektert allmennpraksis ha ansvar for egen liste, men det er i særlige tilfeller mulig å gjennomføre utdanning i åpen uselektert allmennpraksis uten ansvar for egen liste, jf. rundskriv til spesialistforskriften Etter departementets vurdering vil introduksjonsavtaler omfattes av "særlige tilfeller" slik det fremgår av nevnte rundskriv. Departementet vurderer derfor at det ikke er nødvendig med endringer i spesialistforskriften for å legge til rette for introduksjonsavtaler.

For leger ansatt i annet allmennlegearbeid er det utfordringer knyttet til å få gjennomført den del av spesialisering i allmennmedisin som foregår i åpen uselektert allmennpraksis. Kommuner opplever voksende rekrutteringsproblemer til fastlegeordningen. Fastlegene forteller om økt arbeidsbelastning.

Rekruttering til allmennmedisin dreier seg ikke bare om rekruttering til fastlegepraksis. Det omfatter også rekruttering til andre allmennlegeoppgaver i kommunen som blant annet sykehjem og legevakt. I distriktskommuner inngår ofte allmennmedisinsk kommunalt arbeid i deltidstilling som kombineres med fastlegepraksis. I større byer er disse stillingene ved sykehjem og legevakt ofte fulltidstillinger. Det kan være utfordringer med å få tilgang til to år med åpen uselektert allmennpraksis, slik spesialistforskriften krever, uten å måtte forplikte seg til videre jobb som fastlege. Investeringer i egen fastlegepraksis gjør veien tilbake til en allmennmedisinsk kommunal stilling vanskelig, noe som kan medfører liten stabilitet og gjennomtrekk av leger ved sykehjem og legevakt.

Departementet vil legge noen overordnede føringer for avtalene, men vil samtidig tilrettelegge for lokale tilpasninger i den enkelte kommune. Avtaleparter i introduksjonsavtalene vil være lege i spesialisering i allmennmedisin (LIS), fastleger som stiller liste og evt. lokaler mv. til rådighet for LIS, samt kommune.

3 Gjeldende rett

Det rettslige utgangspunktet for trygderefusjon følger av lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-4, som lyder:

"Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd, eller avtale om driftstilskott med

regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a sjette ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

Stønaden ytes etter fastsatte satser.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskott til fellestiltak for leger, og kan i forskrift gjøre unntak som utvider kretsen av leger etter annet ledd."

Retten til trygderefusjon er nærmere regulert i forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Forskriftens § 1 første ledd nr. 1 regulerer hvilke yrkesutøvere som har refusjonsrett. Bestemmelsen lyder:

"Folketrygden yter stønad for undersøkelse og behandling hos lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut i følgende tilfeller:

1. Vedkommende yrkesutøver har fastlegeavtale med kommunen eller avtale med kommunen eller individuell driftsavtale med regionalt helseforetak. En yrkesutøver med fastlegeavtale må i tillegg oppfylle kravene i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3 jf. § 4 og § 5. Fastlegen må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Kravet om å ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, jf. forskrift om kompetansekrav for leger § 4 første ledd bokstav a). Rett til refusjon etter § 1 punkt 1 gir også rett til refusjon ved deltakelse i legevakt som del av fastlegevikariat."

Departementet gjør oppmerksom på at det i forbindelse med utbruddet av SARS-CoV-2 viruset har blitt gjort enkelte midlertidige endringer i bestemmelsen.

Når fastlegen benytter vikar er dennes rett til refusjon i den avtalte vikarperioden regulert i forskriftens § 6. Bestemmelsen lyder:

"Rett til trygderefusjon gis til den som tjenestegjør/vikarierer for lege, spesialist i klinisk psykologi eller fysioterapeut som nevnt i § 1 nr. 1 og for lege og spesialist i klinisk psykologi som nevnt i § 2. Vikarens praksisomfang må ligge innenfor samme rammer som praksisinnhaverens praksisomfang. For vikar for yrkesutøver som nevnt i § 2 må følgende vilkår være oppfylt:

1. Praksisinnhaver har permisjon etter § 5.

2. Praksisinnhaver driver ikke selv privat praksis i samme tidsrom.

Retten til trygderefusjon gjelder for vikaren i den perioden vikariatet pågår.

For yrkesutøvere som nevnt i § 2 kan det bare godkjennes trygderefusjon for en vikar for praksisinnhaver."

Etter gjeldende rett ytes det derfor ikke trygderefusjon for vikar der denne er til stede i praksis samtidig med fastlegen.

4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vurderer at dagens regelverk ikke i tilstrekkelig grad tilrettelegger for rekruttering til og kvalitet i legetjenestene i kommunene ved at det er til hinder for etablering av introduksjonsavtaler. Departementet foreslår derfor en endring i refusjonsforskriften for å åpne for refusjon for vikarer som er til stede parallelt med fastlegene, innenfor en regulert ordning med introduksjonsavtaler.

Departementet vil understreke at det ikke innføres en plikt for kommunen til å inngå introduksjonsavtaler, men at dette er et gode som kan benyttes dersom det er enighet mellom både kommune, fastleger og LIS.

Foreslått endring av regelverket vil bidra til at leger ansatt i kommunen med andre allmennlegeoppgaver (e.g. i sykehjem, legevakt m.v.) lettere kan spesialisere seg i allmennmedisin. Dette vil også bidra til økt rekruttering til fastlegeordningen og til reduksjon av fastlegens arbeidsbelastning. Tilgjengelighet til legetjenester antas å øke for pasienter på liste hos fastlege som inngår introduksjonsavtale.

Mange leger som velger å spesialisere seg i allmennmedisin går inn som vikarer i fastlegepraksis når fastlegen som er ansvarlig for listen er borte i kortere eller lengre tid, eller de kjøper seg inn i en praksis. I mange kommuner er det for få fastlegevikariater av et omfang stort nok til at de kommunalt ansatte legene kan få tilstrekkelig praksis (to år) i uselektert allmennpraksis. For leger som er ansatt i kommunen er det sjelden aktuelt å investere i kjøp av egen praksis.

Ordningen med introduksjonsavtaler skal være en søknadsbasert ordning administrert av Helsedirektoratet. Ved tildeling av avtaler skal det særlig vektlegges de forhold introduksjonsavtaler har som formål å bidra til, nemlig stabilisering og rekruttering til fastlegeordningen og annet allmennlegearbeid i kommunen. Det vil også forutsettes at fastleger som inngår i en introduksjonsavtale har tilstrekkelig pasientgrunnlag for å gi rom for LIS. Videre forutsettes det at det stilles nødvendige lokaler og utstyr til disposisjon for LIS. Fastlegene skal ikke kunne øke sitt listetak i perioden etter at søknad om introduksjonsavtale er sendt Helsedirektoratet og frem til avtalens opphør.

Det antas blant annet at avtalene vil kunne ha betydning for legefordelingen i landet, både ved at det åpnes for praksis som fastlege i attraktive kommuner, og ved at LIS lettere kan forlate en kommune etter gjennomført praksis da LIS ikke har økonomiske bindinger. Således kan enkelte kommuner i verste fall ende opp med en større gjennomtrekk av leger. Departementet vil derfor legge inn en begrensning i totalt antall introduksjonsavtaler, samt en nærmere fastsatt nasjonal fordeling av disse. Helsedirektoratets administrative ansvar for ordningen vil omfatte fordelingen av avtaler nasjonalt etter søknad fra kommuner. Departementet vil fastsette ytterligere kriterier som skal ligge til grunn for tildeling av introduksjonsavtale som blant annet antall fast ansatte leger i annet allmennlegearbeid med behov for spesialisering i allmennmedisin i kommunen, rekrutteringsutfordringer, antall fastleger/fastlegekontor, antall listeinnbyggere, geografi etc.

Departementet legger til grunn at forskrift 24. juni 2011 nr. 30 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kompetanseforskriften) gjelder for leger med

introduksjonsavtale. Etter spesialistforskriften må kommuner med leger i spesialisering i allmennmedisin være registrert utdanningsvirksomhet. For å bli registrert må kommunen legge fram en plan for hvordan læringsmålene for spesialistutdanningen skal oppnås i kommunen. En introduksjonsavtale vil således inngå i den aktuelle leges individuelle utdanningsplan. Departementet forutsetter at LIS i introduksjonsavtalens varighet gis mulighet til å oppfylle de læringsmål i spesialistutdanningen i allmennmedisin som bør oppnås i åpen uselektert allmennpraksis. Introduksjonsavtaler kan inngå i et spesialiseringsløp med såkalt ALIS-avtale.

De overordnede føringene vil gi rom for ulike tilknytningsformer mellom LIS, fastleger og kommuner.

Det må legges til rette for hensiktsmessig rapportering til Helfo i forbindelse med trygde-refusjon. LIS i introduksjonsavtale må etter gjeldende rett inngå egen avtale om direkte oppgjør med Helfo for å få utbetalt refusjon, jf. forskrift 27. juni 2019 nr. 923 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (stønadsforskriften). Departementet hadde imidlertid på høring, med frist 5. februar 2020, forslag om endring i § 1 i nevnte forskrift der det foreslås følgende tillegg; *"Lege, spesialist i klinisk psykologi og fysioterapeut som er omfattet av bestemmelsens første ledd punkt 1 plikter å ha direkte oppgjør og fremsette oppgjørskravet digitalt."* Dette vil også gjelde for LIS i introduksjonsavtale. Departementet arbeider med å følge opp høringen. Det forutsettes at LIS og fastlege ikke behandler samme pasient på samme tidspunkt. Dersom LIS er selvstendig næringsdrivende vil refusjonen tilfalle LIS. I de tilfeller LIS er ansatt i kommunen, vil refusjonen tilfalle kommunene, slik det også i dag er for kommunalt ansatte fastleger.

På denne bakgrunn foreslår departementet å endre trygderefusjonsforskriftens §§ 1 og 6, slik at LIS med introduksjonsavtale kan praktisere for trygdens regning ved samtidig tilstedeværelse av fastlege som er listeeier. Departementet definerer introduksjonsavtale som: *avtale som inngås mellom lege i spesialisering i allmennmedisin, fastleger og kommune som er avtalepart i fastlegavtale mellom kommune og de fastleger som inngår i introduksjonsavtalen.*

For å tydeliggjøre innholdet og bedre leservennligheten foreslår departementet også strukturelle endringer i refusjonsforskriften § 1.

Departementet vurderer at det ikke er behov for å gjøre endringer i spesialistforskriften. Departementet anser videre at det ikke er behov for endringer i folketrygdloven, da det vurderes at § 5-4 i nevnte lov gir tilstrekkelig hjemmel til de foreslåtte endringene. Folketrygdloven § 5-4 første ledd sier at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. I andre ledd fremgår det at stønad kun gis i følgende tre tilfeller:

1. Legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd.
2. Legen har avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjetten ledd.
3. Legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

I siste ledd gis departementet hjemmel til å gi forskrifter om stønad etter denne paragrafen, herunder om tilskudd til fellestiltak for leger, og kan i forskrift gjøre unntak som utvider kretsen av leger etter annet ledd. Ordlyden i denne bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi andre leger enn fastleger og avtalespesialister rett til refusjon, jf. "utvider kretsen". Departementet bemerker at vikaren ikke vil være fastlege, og at fastlegeforskriften derfor ikke vil gjelde for denne legen. Legens virksomhet vil være omfattet av helsepersonellovens bestemmelser.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kostnadene ved introduksjonsavtaler styres ved de forutsetningene som settes, samt begrensning i antall. Det antas at introduksjonsavtaler gir noe merutgifter for staten gjennom økte utgifter for folketrygden. Anslagsvis settes utgiftene per introduksjonsavtale til 500 000 kroner, men det er usikkerhet knyttet til dette estimatet.

Hvor store utgiftene for folketrygden blir avhenger av størrelsen på legekontoet avtalen etableres i (hvor mange fastleger og total listelengde), hvor mye eksisterende fastleger reduserer sin tid med pasientrettet arbeid og omfanget av pasientrettet arbeid LIS med introduksjonsavtale skal utføre.

Anslag for kostnader ved en introduksjonsavtale er basert på et legekonto med tre fastleger. Det forutsettes at fastlegene på kontoet reduserer sin arbeidsmengde når en introduksjonsavtale blir inngått. Gjennomsnittlig listelengde er om lag på 1100 personer. Totalt antall pasienter på liste ved et kontor med tre fastleger som har gjennomsnittlig listelengde er da 3300. Dersom de etablerte legene arbeider 10-15 pst. mindre, vil det si at lege med introduksjonsavtale må ivareta konsultasjoner tilsvarende en liste på 330 – 495 personer. En ekstra lege på kontoet forventes å gi økt tilgjengelighet, dvs. kortere ventetid i perioder. Det antas da, i samsvar med økonomisk teori, at det blir økt etterspørsel, hvert fall i perioder, fordi færre da velger helprivate leger og at pasientene går oftere til lege. Dersom økt tilgjengelighet tilsvarer 10 pst. større etterspørsel, utgjør det økte refusjonsutgifter for folketrygden på 340 000 kroner gitt et legekonto med tre leger med gjennomsnittlig listelengde og hvor også listepasientene og deres konsultasjonshyppighet er gjennomsnittlig. Gitt disse forutsetningene blir arbeidsmengden for lege med introduksjonsavtale tilsvarende en liste på 660 – 825 personer.

Om det faktisk blir økt tilgjengelighet ved kontoet og dermed økt etterspørsel, avhenger av hvordan legene organiserer sin pasientrettede arbeidstid. Merkostnaden ved introduksjonsavtaler avhenger av det. Det forutsettes at legene i introduksjonsavtalene erstatter vikar for fravær ved ferier og kurs. Det forutsettes også at de etablerte legene bruker frigjort tid til veiledning og supervisjon av legene i introduksjonsavtale.

Der introduksjonsavtale er prøvd ut, har LIS betalt en andel av sitt honorar til legekontoet som kompensasjon for å bruke dette. Det gir de øvrige legene en inntektskompensasjon. På den annen side forventes det at de etablerte legene bruker tid til veiledning og supervisjon av lege med introduksjonsavtaler.

Eventuelle økte administrative kostnader for Helsedirektoratet og Helfo dekkes innenfor eksisterende rammer.

Forslag til forskriftsendring

Departementet foreslår følgende forskriftsendringer (markert med kursiv):

I forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter, gjøres følgende endringer:

§ 1 første ledd nr. 1, skal lyde:

1. Vedkommende yrkesutøver har:
 - a. fastlegeavtale med kommunen,
 - b. *introduksjonsavtale med fastlege og kommunen,*
 - c. avtale med kommunen,
 - d. individuell driftsavtale med regionalt helseforetak.

En yrkesutøver med fastlegeavtale må i tillegg oppfylle kravene i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3, jf. §§ 4 og 5. Fastlegen må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Kravet om å ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del gjelder ikke for lege som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, jf. forskrift om kompetansekrav for leger § 4 første ledd bokstav a). Rett til refusjon etter § 1 punkt 1 gir også rett til refusjon ved deltakelse i legevakt som del av fastlegevikariat.

En yrkesutøver med introduksjonsavtale må i tillegg oppfylle kravene i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3 første ledd bokstav b.

Ny § 6 fjerde ledd, skal lyde:

Vilkårene i bestemmelsens første ledd nr. 1 og 2 gjelder ikke for lege med introduksjonsavtale.