

Innst. O. nr. 49

(1999-2000)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

Ot.prp. nr. 99 (1998-1999)

Til Odelstinget

1. FRAMDRIFT I GJENNOMFØRING AV FASTLEGEORDNINGEN

1.1 Sammen drag

Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag til endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene for å gjennomføre Stortingets vedtak av 11. juni 1997 om en fastlegeordning i Norge. Fastlegeordningen foreslås regulert i lov, forskrift og ulike avtaler på lokalt og sentralt nivå. Utkast til forskrift følger som vedlegg til proposisjonen.

Departementet tar sikte på at forskrift om fastlegeordningen vedtas kort tid etter at proposisjonen er behandlet i Stortinget. Deretter kan partene starte forhandlinger, og det uttales at disse bør være slutført før sommeren 2000. Departementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening har startet arbeidet med å forberede forhandlingene.

Det uttales at i løpet av sommeren/høsten 2000 må hver kommune inngå individuelle avtaler med de legene som vil delta i fastlegeordningen. Etter dette må kommunen formidle disse avtalene til det trygdekontoret Rikstrygdeverket har utpekt.

Når avtalene er inngått, skal trygdeetaten invitere hver innbygger over 16 år til å velge fastlege. Alle innbyggere som ikke aktivt har valgt å stå utenfor ordningen, skal trygdeetaten etter nærmere regler fordele. Disse skal settes opp på lister hos de fastlegene som har inngått avtale med kommunen. I begynnelsen av desember 2000 vil fastlegene få oversikt over hvem de får på sin liste fra 1. januar 2001.

Departementet har sendt ut flere rundskriv til landets kommuner i perioden 1997-1999. Departementets rundskriv har informert om planlegging av reformen og pekt på kommunenes ansvar for å starte lokal planlegging av fastlegeordningen.

Sosial- og helsedepartementet planlegger å informere hele befolkningen grundig i løpet av 2000. Den

enkelte kommune vil få ansvar for å iverksette nødvendige informasjonstiltak overfor befolkningen i kommunen.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Arnesen, Gravdahl, Hildeng, Kristoffersen, Skogholt og Øyangen, medlemmene fra Fremskrittspartiet, lederen Alvheim og Nesvik, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Næss og Woie Duesund, medlemmene fra Høyre, Høegh og Sjøli, medlemmet fra Senterpartiet, Gløtvold, og medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Ballo, har merket seg at fastlegeordningen foreslås regulert i lov om helsetjenesten i kommunene, forskrift og ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå, og skal tre i kraft fra 1. januar 2001.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at formålet med fastlegereformen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det, kan få en fast allmennlege å forholde seg til. Flertallet vil videre vise til at fastlegeordningen skal gi befolkningen bedre tilgjengelighet til lege, bidra til kontinuitet i lege/pasient-forhold og føre til mer rasjonell utnyttelse av de samlede legeresursene.

Flertallet vil peke på at reformen innebærer en nyorganisering av allmennlegetjenesten ved at kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne muligheter til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Flertallet har merket seg at fastlegeordningen formaliserer tilknytningen mellom pasient og lege. Flertallet vil peke på at ordningen gir legene en

helt annen mulighet til å planlege, organisere og avgrense sin praksis i nært samarbeid med kollegaene og kommunen. Flertallet vil videre peke på at ordningen vil bidra til økt effektivitet i helsetjenesten ved at samarbeidsforholdene mellom første- og andrelinjetjenesten blir bedre.

Komiteen har merket seg at departementet tar sikte på at forskrift om fastlegeordningen skal vedtas kort tid etter at proposisjonen er behandlet i Stortinget. Komiteen vil vise til at deretter kan forhandlingene om takster, størrelse på tilskudd, kompensasjon for korte lister og rammene for de individuelle avtalene starte.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at det er viktig at hver kommune før 1. august 2000 inngår avtale med hver lege som vil delta i fastlegeordningen. Flertallet har merket seg at i begynnelsen av desember 2000 vil fastlegene få oversikt over hvem de får på sin liste fra 1. januar 2001.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at disse partiene gikk mot forslag til fastlegeordning i Innst. S. nr. 215 (1996-1997) basert på St.meld. nr. 23 (1996-1997). Fremskrittspartiet og Høyre anførte i Innst. S. nr. 215 (1996-1997) at problemene i primærhelsetjenesten i større grad var et spørsmål om mangel på allmennleger enn et behov for grunnleggende reformer i primærhelsetjenesten. Det er etter disse medlemmers mening ingen organisatoriske hindringer for at dagens primærhelsetjeneste kan gi alle dem som ønsker det, en fast lege.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at kommunene i henhold til kommunehelseloven har plikt til å skaffe innbyggerne nødvendig helsehjelp. Disse medlemmer viser til at mange kommuner ikke har prioritert ivaretagelsen av denne plikten, noe som har gitt som sidevirkning at rekrutteringen til allmennlegetjenesten er radikalt redusert de seneste år. Slik disse medlemmer ser det, vil fastlegeordningen medføre at legerollen i enda mindre grad blir en selvstendig yrkesutøvelse, men mer funksjonærpreget enn noensinne.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at langt de fleste pasienter som ønsker det, har hatt et stabilt lege/pasient-forhold. Ser man imidlertid på gruppen storforbrukere av helsetjenester, de rutinerde pasienter med erfaring og pasientkompetanse og stort hjelpebehov, finner en i dag en stor grad av misnøye med pri-

mærhelsetjenesten. Det er disse pasientene som er særlig sårbare for ubesatte legestillinger, manglende ansvarsfølelse ved korttidsvikariater og kjappe legevaktskonsultasjoner. Det er denne gruppen pasienter som trenger en second opinion, for de er i stand til å gjennomskue leger med mangel på erfaring og kunnskap. Denne gruppen er ikke ivaretatt i forslaget. De vil være redde for å binde seg opp til en fast lege, med mindre de ikke allerede har en de stoler helt og fullt på.

Disse medlemmer viser til at fastlegeordningen gir mulighet til å stå utenfor ordningen, men da uten en del vesentlige rettigheter i folketrygden. De henvises til å konsultere avtaleløse leger, der slike finnes, eller legetilbud begrenset til øyeblikkelig hjelp i legelovens strengeste forstand. Det er denne gruppe pasienter som også i fortsettelsen selv vil konsultere spesialister med eller uten avtale, og disse blir da belastet både med basisutgifter, egenandel og til dels refusjonsandel. Ingen av disse utgiftene kan i tilfelle påføres egenandelskortet. Disse medlemmer kan ikke se at fastlegeordningen er en forbedring av primærhelsetjenesten for brukerne. Tvert imot mener disse medlemmer fastlegeordningen i vesentlig grad fører til en sterkere offentlig kontroll og styring med legevirkosomheten, samt sterkere styring av utgiftene, med redusert medbestemmelse og tilgjengelighet for brukerne. Fastlegeordningen er etter disse medlemmers skjønn en ytterligere sosialisering av primærhelsetjenesten, bort fra det frie legevalg. Med fastlegeordningen går flertallet den stikk motsatte vei en har gjort i forhold til annenlinjetjenesten med fritt sykehusvalg for den enkelte.

Disse medlemmer viser til at det er allment kjent at primærhelsetjenesten pr. dags dato mangler i størrelsesorden 400-600 allmennleger for at fastlegeordningen kan fungere i alle kommuner. Dersom en kommune ikke evner å rekruttere tilstrekkelig antall flinke og rutinerde fastleger, som innbyggerne kan være listepasienter hos, løfter man etter disse medlemmers skjønn ganske enkelt kostnadene til allmennlegetjenester ut av folketrygden og legger det over på pasientene, som i alle fall vil skaffe seg lege når behovet melder seg. En kan etter disse medlemmers mening generelt si at fastlegeordningen ivaretar folketrygdens behov for reduserte utgifter og tilgodeser målet og myndighetenes behov for styring, kontroll og forutsigbarhet med henhold til legekostnader.

Disse medlemmer viser videre til at departementet i St.meld. nr. 23 (1996-1997) i større grad vektla fastlegens portvaktsfunksjon enn døråpningsfunksjonen. Særlig er dette formalisert i lovproposisjonen, der henvisning til spesialist kun kan foretas av listelegen med full refusjonsdekning. Dette kan etter disse medlemmers mening gå på sikkerheten løs for pasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil derfor foreslå egenhenvisning til spesialist i de tilfeller hvor listelegen ikke henviser, og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som ikke får henvisning til spesialist fra sin fastlege, skal kunne benytte egenhenvisning til spesialist med vanlig refusjon.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at et flertall i Stortinget har vedtatt å innføre fastlegeordningen og i henhold til foreliggende Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) forutsettes ordningen å bli satt i kraft fra 1. januar 2001. Videre viser disse medlemmer til at det i proposisjonen er lagt inn muligheter for fylkeslegene til å suspendere fastlegeordningen i de kommuner som ikke har en tilstrekkelig allmennlegedekning. Disse medlemmer mener det er svært uheldig å ikraftsette den nye fastlegereformen på et tidspunkt hvor man har en betydelig manko på fastleger.

Disse medlemmer vil hevde at den foreliggende lovproposisjonen om fastlegeordningen er en vidtgående fullmaktslov hvor den praktiske gjennomføringen av loven skal bygge på forskrifter; forskrifter som igjen skal utarbeides på bakgrunn av sluttforhandlinger mellom staten, Den norske lægeförening og Kommunenes Sentralforbund.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil i den sammenheng måtte hevde at en finner det svært uheldig å behandle en lovproposisjon som er basert på så omfattende forskrifter som er ukjent for Odelstinget under behandlingen av lovteksten. Med henvisning til denne betenkning, fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen, før fastlegeordningen trer i kraft, forelegge forskriftene til ordningen for Stortinget.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre finner at tidspunktet desember i inneværende år for oversikt til fastlegene over sine listepasienter, er en for knapp tidsfrist til å forberede den praktiske gjennomføring av ordningen fra 1. januar 2001.

Disse medlemmer vil slå fast at alle som ønsker det, bør ha rett til å få en fast lege. Realisering av en slik rett er først og fremst avhengig av en bedre legedekning. På den annen side vil disse medlemmer også understreke at de som ikke ønsker en fast lege, må ha rett til det uten å bli straffet med høye egenandeler. Alle må ha rett til den samme støtte og refusjon fra folketrygden når de søker lege. Disse medlemmer vil advare mot at man gjennom fastlegeloven skaper forventninger som ikke kan innfris

med dagens legedekning. Loven står i fare for å bli like uforpliktende som ventetidsgarantien. En fastlegelov som iverksettes i en tid med betydelig legemangel i mange kommuner, kan gi enda en grunn til mistillit til det offentlige helsevesenet.

Disse medlemmer vil også vise til at Rikstrykdeverket har gitt uttrykk for at man har kommet i tidsnød med hensyn til gjennomføring av loven fra 2001. Det er uforsvarlig å gi henholdsvis pasientene og fastlegene beskjed om lege/pasient-forholdet først i desember 2000.

I mange kommuner med dårlig legedekning vil loven etter disse medlemmers syn sannsynligvis bli suspendert allerede fra første dag. Dette vil heller ikke øke tilliten til politiske vedtak. Det er også en fare for at tettbygde strøk vil tiltrekke seg flere leger enn i dag for å fylle ledige fastlegehemler. Fastlegeordningen vil dessuten føre til at langt flere vil legge beslag på legetjenester enn i dag. Når alle blir tildelt en fastlege, vil mange friske som i dag ikke bruker allmennlegetjenesten, finne det naturlig å oppsøke sin fastlege én eller flere ganger i året for mindre plager eller helsesjekk. Dette kan ytterligere forverre legedekningen i utkantstrøk. For å unngå en slik situasjon viser disse medlemmer til at flertallets merknader legger opp til en hardhendt styring og kontroll så vel med fastlegene som med pasientene. Slik disse medlemmer ser det, blir fastlegeloven i langt større grad en lov som begrenser og kontrollerer pasienter og leger enn en rettighetslov.

Selv om disse medlemmer støtter prinsippet om at alle som ønsker det, skal få en fast lege, finner disse medlemmer det ikke riktig å stemme for en lov som ikke kan iverksettes i hele landet på lang tid. På denne bakgrunn vil disse medlemmer stemme mot lovforslaget og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen fortsette arbeidet med å bedre allmennlegedekningen – spesielt i utkantstrøk. Forslaget om en fastlegelov skinlegges inntil videre.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti er enig i at tidspunktet for lovens ikrafttreden settes til 1. januar 2001, men mener at det samtidig må oppvises fleksibilitet overfor kommunene i startfasen for innføringen, slik at kommuner som angir behov for mer tid for tilrettelegging av ordningen, gis muligheter til dette i selve innføringsåret.

2. BAKGRUNN OG UTFORDRINGER

2.1 Sammendrag

Det redegjøres for forsøk med fastlegeordning i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes som ble startet i mai 1993. De fire forsøkskommunene fikk anledning til å fortsette fastlegeordningen etter at forsøket var avsluttet i mai 1996.

St.meld. nr. 23 (1996-1997) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen, ble lagt fram på grunnlag av erfaringer fra forsøket. I meldingen ble det foreslått å innføre en landsomfattende fastlegeordning. Da Stortinget behandlet meldingen, sluttet et flertall seg til å gjennomføre en slik reform, jf. Innst. S. nr. 215 (1996-1997).

Arbeidet med å forberede fastlegereformen har siden desember 1997 vært organisert som et prosjekt forankret i Sosial- og helsedepartementet, og der Statens helsetilsyn og Rikstrykdeverket har vært representert i prosjektgruppa. Det ble i januar 1998 opprettet et samarbeidsorgan mellom Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening og departementet. Oslo kommune har deltatt fra september 1998.

Departementet har invitert Kommunenes Sentralforbund, Legeforeningen og brukerorganisasjoner til å delta i seks referansegrupper, der temaene for de respektive gruppernes arbeid skulle være offentlig legearbeid, listeføring, turnuslegeordningen, utkant- og småkommuner, legevakt/øyeblikkelig hjelp og fastlegeordning for den samiske befolkningen. Hver referansegruppe utarbeidet et sluttnotat som dannet grunnlag for departementets videre arbeid med å utforme fastlegeordningen. Departementet har også etablert et samarbeid med flere småkommuner.

Sosial- og helsedepartementet utarbeidet et høringsnotat på bakgrunn av forslagene i stortingsmeldingen og Stortingets behandling av denne, sluttnotatene fra referansegruppene og innspill gjennom deltakelse på en rekke møter i flere fylker, og etter drøftinger med KS, Legeforeningen og Oslo kommune.

Det redegjøres for hovedinnholdet i høringsnotatet. Departementet mottok i overkant av 300 høringsuttalelser.

Det understrekes at samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening er en forutsetning for at reformen kan gjennomføres. Departementet har derfor funnet det riktig å legge relativt stor vekt på partenes innvendinger mot høringsutkastet og deres forslag til endringer av innholdet i fastlegeordningen. Departementet har søkt å ivareta hensynet til disse partene gjennom det forslaget som nå fremmes. Det vises også til at partene har inngått en intensjons-erklæring som er vedlagt proposisjonen.

2.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at det har vært drevet forsøk med fastlegeordning i fire kommuner på bakgrunn av vedtak ved behandling av St.meld. nr. 36 (1989-1990) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. Formålet med forsøket var

å undersøke hvordan ordning med fast lege basert på listesystem ville fungere for brukerne, legene, legenes samarbeidspartnere og kommunen. Flertallet vil vise til at det ble sendt ut en åpen invitasjon til kommunene om deltakelse i et treårig forsøksprosjekt. Flertallet har merket seg at det var ønskelig å få med både storby- og utkantkommuner, men at det ikke var noen utkantkommune som ønsket å delta. Flertallet har videre merket seg at det var Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes som ble valgt.

Flertallet vil vise til at erfaringene fra forsøket ble presentert i St.meld. nr. 23 (1996-1997) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordning. Flertallet vil videre vise til at ved behandlingen av denne ble det besluttet å innføre en fastlegeordning.

Flertallet har merket seg at arbeidet med å forberede fastlegereformen har pågått siden desember 1997, og at det er dannet et sentralt samarbeidsorgan mellom KS, Legeforeningen. Oslo kommune og departementet. Flertallet vil understreke at dette samarbeidet er meget viktig for å kunne lykkes med fastlegereformen. Flertallet har videre merket seg at det har vært igangsatt 6 referansegrupper som har utarbeidet notater som har dannet grunnlaget for departementets videre arbeid med å utforme fastlegeordningen.

Flertallet vil vise til at det ble utarbeidet høringsnotat med forslag til organisering og regulering av en fastlegeordning i Norge. I høringsnotatet ble blant annet tatt opp kommunenes plikter og oppgaver, pasientrettigheter, legens rettigheter og plikter, hvordan kan fastlegeordningen tilpasses småkommuner, og hvilke tiltak iverksettes for å bedre legedekningen i småkommunene. Flertallet har merket seg at det kom inn mer enn 300 hørings svar, og at de fleste hørings svarene var positive til å innføre en fastlegeordning. Flertallet har videre merket seg at blant annet følgende områder ble tatt opp i hørings svarene: legedekning i småkommunene, regulering av fastlegeordningen i lov og forskrift, manglende innflytelse for legene over egen arbeidssituasjon, legenes arbeidsbyrde og offentlig legearbeid.

Flertallet slutter seg til departementets vurdering om at innføringen av fastlegeordningen i siste instans vil være avhengig av at det er tilstrekkelig mange allmennleger som inngår fastlegeavtale med den enkelte kommune, og ikke minst at en får til en nødvendig geografisk fordeling av legene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at manglende legedekning i primærhelsetjenesten i stor grad skyldes høy konsentrasjon av leger i visse strøk av landet.

3. DEN KOMMUNALE PRIMÆRHELSE- TJENESTEN - GJELDENDE RETT, PROBLEMER OG UTFORDRINGER - SENTRALE FORUTSETNINGER FOR INNFØRING AV FASTLEGEORDNINGEN

3.1 Sammendrag

Det framholdes at fastlegereformen vil medføre nye relasjoner mellom kommune og lege, mellom lege og pasient og mellom legene. Regulering, organisering og finansiering av de individuelle kurative og forebyggende allmennlegetjenester er de vesentlige elementene i reformen.

Departementet har ved utarbeidingen av forslaget til fastlegeordning valgt å bygge videre på det lov- og forskriftsverket og avtalesystemet som eksisterer. Det uttales at i og med at fastlegeordningen vil innebære nye plikter og rettigheter, har det vært en utfordring å finne en hensiktsmessig forankring som gir stat og kommuner tilstrekkelige styringsmuligheter, samtidig som legene får en reell partsrolle, påvirkningsmulighet og innflytelse over sin egen arbeidssituasjon.

Departementet har lagt til grunn at reformen skal gjennomføres innenfor den eksisterende økonomiske rammen ved overgangen per 1. januar 2001. Det uttales at dette ikke forhindrer at økning i volumet av pasientbehandling som følger av økt befolkningstall og økt tilgjengelighet til allmennlege for personer tilknyttet fastlegeordningen, vil føre til en økning av samlede refusjoner fra folketrygden.

Det påpekes at en ved innføring av fastlegeordningen i Norge står overfor sammensatte problemer og utfordringer som har sammenheng med primærlegetjenestens desentraliserte karakter, allmennlegetjenestens organisering i forhold til bl.a. sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjenesten (det offentlige allmennmedisinske legearbeid), det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunehelsetjenesten, landets geografi og bosettingsstruktur og endelig problemene på legemarkedet generelt og i distriktene spesielt.

Det uttales at departementet har lagt stor vekt på at både det samfunnsmedisinske arbeidet og det offentlige allmennmedisinske legearbeidet skal få forsvarlige rammebetingelser og utviklingsmuligheter i en fastlegeordning. Departementet mener at den foreslåtte fastlegeordningen vil ivareta dette. De individuelle fastlegeavtalene vil stå sentralt. Den mest kritiske faktoren etter departementets syn er tilstrekkelig tilgang på leger til primærlegetjenesten generelt.

Per 1. januar 1999 var det ca. 800 ledige legestillinger/-hjemler i Norge. Av disse var ca. 600 i spesialisthelsetjenesten og drøye 200 i kommunehelsetjenesten. Det uttales at det i tillegg til de ledige årsverkene trolig vil være behov for bortimot 400 ekstra legehjemler til kommunene i forbindelse med at fastlegeordningen blir innført slik at den samlede etterspørselen vil bli på mer enn 600 legeårsverk.

Det redegjøres for Regjeringens tiltakspakke for å bedre legesituasjonen generelt og øke stabiliteten i distriktene spesielt. Tiltakene omfatter økning av tilgangen på leger, statlig styring av fordelingen av nye legehjemler, spesifikke stimulerings tiltak, mer effektiv bruk av legeressursene samlet i helsetjenesten, og overvåking av legemarkedet.

Departementet mener at utformingen av fastlegeordningen sammen med tiltakspakken vil bidra til en bedre rekruttering til allmennlegetjenesten slik at den negative utviklingen blir brutt. Ett av formålene med de endringer som er gjort i proposisjonens forslag til ordning sammenlignet med høringsdokumentet, har vært å gjøre det mer attraktivt for leger å gå inn i allmennlegetjenesten. Det uttales at det likevel ikke er sikkert at alle legestillinger vil være besatt per 1. januar 2001.

Sosial- og helsedepartementet vil legge opp til en løpende evaluering av fastlegeordningen. Det uttales at gjennom tett oppfølging vil departementet kunne avdekke eventuelle uønskede effekter tidlig, og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at målene for reformen innfris.

3.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at primærlegetjenesten i Norge består av såvel kurative legeoppgaver som offentlige legeoppgaver, legevakt, turnustjeneste m.v. Denne kombinasjonen er spesiell for Norge. Flertallet vil peke på at denne kombinasjonen er ekstra sårbar i småkommuner, spesielt der geografiske forhold gjør det vanskelig med interkommunalt samarbeid. Flertallet vil vise til at det kommunale mangfoldet er stort. Dette fører til at organiseringen av fastlegeordningen byr på forskjellige utfordringer i den enkelte kommune.

Flertallet vil vise til at fastlegen normalt vil dekke behovet for allmennlegetjenester på hverdager i arbeidstiden, mens kommunen skal organisere legevakt. Flertallet vil peke på at kommunene også må sørge for et allmennlegetilbud utover tilbudet om fastlege til blant annet de som velger å stå utenfor fastlegeordningen og tilreisende.

Flertallet har merket seg at departementet ved utarbeidelse av forslaget til fastlegeordningen har valgt å bygge videre på det eksisterende lov- og avtalesystem og utarbeide utkast til ny forskrift om fastlegeordningen i kommunen.

Flertallet vil peke på at fastlegeavtalen mellom kommune og lege blir kommunens viktigste styringsredskap for å sikre de offentlige legeoppgavene og for å sikre at fastlegeordningen med dens forplik-

telsler blir ivaretatt. Flertallet vil samtidig peke på at fastlegeavtalen blir den enkelte leges viktigste redskap til å definere og avgrense sitt ansvar overfor kommunen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at Norge ved innføringen av fastlegeordningen står overfor problemer og utfordringer som må løses. Dette er primærlegetjenestens desentraliserte karakter, hvordan allmennlegetjenesten er organisert blant annet i skoler, helsestasjoner og sykehjem, det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunehelsetjenesten, landets geografi og bosetting og problemene på legemarkedet.

Komiteen er enig med departementet i at den mest kritiske faktoren ved innføring av fastlegeordningen er tilstrekkelig tilgang på leger til primærlegetjenesten. Komiteen er positiv til Regjeringens tiltakspakke for å bedre legesituasjonen generelt og øke stabiliteten i distriktene spesielt. Komiteen har merket seg at tiltakspakken har både langsiktige og kortsiktige perspektiver. Komiteen har merket seg at Regjeringen ikke er sikker på at tilstrekkelig antall legestillinger er besatt 1. januar 2001.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at full effekt av regulering av legemarkedet og stimuleringstiltakene først vil komme om to - tre år når tilgangen på norske leger er betydelig bedre.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser det som viktig at fastlegeordningen løpende evalueres for å påse at sentrale mål for reformen blir innfridd samt at den utvikler seg i ønsket retning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre kan ikke se at det er tilstrekkelig dokumentert i lovproposisjonen hvordan de samfunnsmessige og offentlige helsetjenestene skal dekkes i forbindelse med fastlegeordningen. Forebygging og samfunnsmedisin, offentlig helsekontroll i ulike sammenhenger må fortsatt være en lovpålagt oppgave for primærhelsetjenesten og kommunene.

4. REGULERING AV FASTLEGEORDNINGEN

4.1 Sammendrag

Det redegjøres for det gjeldende rettsgrunnlaget for regulering av allmennlegevirksomhet som er basert på lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Det redegjøres videre for det gjeldende avtaleverket.

Danmark har hatt fastlegeordning i mer enn 40 år, og det redegjøres for det danske lov- og avtaleverket.

Det redegjøres for høringsnotatets forslag til regulering av fastlegeordningen og for hovedinnholdet i høringsuttalelsene. Det uttales at de fleste av høringsinstansene var positive til hovedelementene i forslaget til regulering.

Etter departementets syn bør fastlegereformen forankres i det eksisterende lovverk og ikke gjennom en ny lov for fastlegeordningen. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd presiserer hvilke helsetjenester kommunen skal tilby, herunder en allmennlegetjeneste, og da fastlegeordningen vil utgjøre kjernen i allmennlegetjenesten, foreslås den hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Kommunens plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp vil være uendret.

Departementet mener det gir best sammenheng å regulere pasientrettigheter i fastlegeordningen i kommunehelsetjenesteloven slik at pasientrettighetene i primærhelsetjenesten i hovedsak blir samlet i én lov. Departementet finner det hensiktsmessig å samle rettighetene i fastlegeordningen i en egen bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven, som regulerer retten til å stå på liste hos en fastlege, retten til å skifte fastlege og retten til ny vurdering, jf. lovforslagets § 2-1a.

Departementet foreslår at det tas inn en forskriftshjemmel som gir departementet adgang til å gi forskrift til gjennomføring av og utfylling av pasientrettigheter, herunder om barns rettigheter i fastlegeordningen.

Departementet foreslår også at det blir tatt inn en bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 sjette ledd om at fylkeslegen når tungtveiende grunner tillier det, kan suspendere plikten til å ha fastlegeordning. I kommuner hvor denne plikten er suspendert, vil også pasientenes rettigheter til å stå på liste hos en fastlege bli suspendert. Retten til nødvendig helsehjelp, herunder av allmennlege, vil bestå. Det foreslås presisert i § 2-1a at rettighetene etter bestemmelsen ikke gjelder der plikten til å organisere en fastlegeordning er suspendert.

Departementet foreslår at det gjøres en tilføyelse i § 2-4 første ledd, slik at det framgår at avgjørelser etter § 2-1a også kan påklages etter reglene i § 2-4.

Når det gjelder forholdet til andre lover, påpekes det at lov om folketrygd § 5-4 må justeres slik at kommunal fastlegeavtale sidestilles med fylkeskommunal driftsavtale som vilkår for trygderefusjon. Departementet vil også foreta en nærmere gjennomgang av

forskriftene til folketrygdloven §§ 5-3, 5-4, 5-16 og 5-21 for å foreta de endringer som fastlegeordningen nødvendiggjør.

Iverksettelsen av fastlegeordningen for hele landet innebærer at det ikke lenger vil være særregler i forsøkskommunene. Lov om forsøk med listepasient-system i kommunehelsetjenesten foreslås opphevet.

Grensen mellom lov og forskrift drøftes i proposisjonen, og departementet har lagt til grunn at så langt det er påkrevet med hjemmel i lov for å sikre kommunenes plikter og befolkningens rettigheter, hjemles fastlegeordningen i kommunehelsetjenesteloven. Departementet foreslår at det gis adgang til å fastsette nærmere regler i forskrift.

Grensen mellom lov/forskrift og avtaleverk drøftes også, og departementet har kommet til at hovedprinsippene bør reguleres i forskrift for å sikre at hensynet til pasientene i størst mulig grad ivaretas gjennom regelverket. De spesielle oppgaver departementet ser det nødvendig å regulere i forskrift, er legevakt og allmennlegenes tilgjengelighet for nødmeldetjenesten, offentlig legearbeid og veiledning av turnusleger. Likeledes foreslår departementet at fastlegenes plikt til å ta oppgaver innen offentlig legearbeid og til å veilede turnusleger reguleres i forskrift, mens nærmere regulering skjer gjennom avtaler.

Regler om listenes lengde, opprettelse og justering av lister og prioritering av pasienter ved overtall er foreslått regulert i forskrift. Utfyllende regler som gjelder forholdet mellom kommune og lege, foreslås overlatt til regulering i avtale.

Departementet har gjennomgått høringsnotatets forslag til regulering på bakgrunn av partenes forslag om å regulere en større del av ordningen i en sentral avtale. Flere elementer foreslås tatt ut av forskrift og overlatt til partene under forutsetning av at disse er i stand til å ivareta dette gjennom avtaleverket. Følgende forhold foreslår departementet at partene skal løse gjennom sentral avtale:

- Lokalt samarbeidsorgan.
- Rammene for lokale individuelle avtaler som ikke er regulert i forskrift.
- Løsninger ved midlertidig legemangel.

Departementet presiserer at dersom partene ikke finner løsninger gjennom avtaleverket, vil departementet igjen måtte vurdere forslag til regulering i lov og forskrift.

Departementet presiserer at hoveddelen av det avtaleverket som skal etableres ikke er tariffavtaler, og således ikke omfattes av den generelle arbeidstvistlovgivningen. Det understrekes at det derfor er viktig at partene tar inn mekanismer for tvisteløsninger i avtaleverket.

4.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at fastlegeordningen innebærer en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på som fordrer er nytt rettsgrunnlag. Flertallet har merket seg at departementet nøyte har vurdert hva som bør reguleres i lov, forskrift og avtale. Flertallet har videre merket seg at flere av høringsinstansene også har vært opptatt av denne problematikken.

Flertallet vil peke på at landets kommuner i gjeldende lovverk gjennom kommunehelsetjenesteloven plikter å sørge for allmennlegetjeneste i kommunene. Flertallet vil videre peke på at fastlegeordningen innebærer en annerledes måte å organisere legetjenestene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til at fastlegeordningen kan lovfestes i kommunehelsetjenesteloven, og at endringene ikke er av en slik karakter at det er behov for en egen lov om fastlegeordningen.

Flertallet vil vise til at hovedmodellen i en fastlegeordning vil være at selvstendige næringsdrivende leger inngår fastlegeavtaler med kommunen. Flertallet vil peke på at fastlegeavtalen derfor blir et viktig styringsredskap for kommunen, samtidig som den for legene vil avgrense og klarlegge deres oppgaver og ansvarsområder.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at fastlegeordningen er en rettighetsreform hvor den enkelte innbygger gjennom ordningen får rett til å stå på en fastleges liste, rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand av en annen lege med fastlegeavtale. Flertallet har merket seg at departementet på bakgrunn av høringsuttalelsene har vurdert om disse rettighetene bør reguleres direkte i lov eller forskrift. Flertallet har videre merket seg at det ved eventuell lovfesting er vurdert om man skal benytte kommunehelsetjenesteloven eller pasientrettighetsloven. Dette flertallet ser det som viktig at rettighetene fastsettes i lov, da rettigheter fastsatt i lov er langt mer synlige enn rettigheter fastsatt i forskrifter.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til at det gir best sammenheng å re-

gulere pasientrettighetene i fastlegeordningen i kommunehelsetjenesteloven (jf. § 2-1a).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til forslaget om at fylkeslegen, når tungtveiende grunner tilsier det, kan suspendere plikten til å ha fastlegeordning. Flertallet har merket seg at dette kan skje ved midlertidig legemangel. Flertallet vil peke på at ved suspensjon av denne plikten, suspenderes også pasientens rettighet til å stå på liste hos en fastlege.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at kommunehelsetjenesteloven inneholder regler om klage på avgjørelser om helsehjelp. Dette flertallet finner det derfor riktig å lovfeste klageretten i forhold til fastlegeordningen i kommunehelsetjenesteloven. Dette flertallet ser det videre som viktig at retten til å klage lovfestes når pasientrettighetene er lovfestet.

Dette flertallet vil vise til at det er behov for en relativt detaljert regulering av fastlegeordningen, særlig reglene om opprettelse og endring av listene og partenes rettigheter og plikter i denne sammenheng. Dette flertallet slutter seg til at disse reglene fastsettes i forskrift.

Flertallet medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at flere høringsinstanser har pekt på at forskriften ikke må komme i vegen for avtaleverket. Flertallet ser det som positivt at departementet gjennom samarbeidsorganet har hatt omfattende drøftelser om blant annet dette. Flertallet har merket seg at departementet på bakgrunn av høringsrunden og drøftelser i samarbeidsorganet på nytt har vurdert grensen mellom lov og forskrift og avtaleverket. Flertallet slutter seg til den foreslåtte fordeling mellom hva som skal reguleres i forskrift, og hva som skal reguleres gjennom sentral avtale. Flertallet vil vise til at partene - KS, Oslo kommune og Den norske lægeförening - inngikk en intensjonserklæring hvor det framgikk at de var villige til å forhandle om mandat, sammensetning og oppgaver for lokalt samarbeidsorgan, rammer for de individuelle avtaler og løsninger ved midlertidig legemangel. Flertallet presiserer at dersom det viser seg vanskelig å få til dette basert på avtale, så vil regulering gjennom lovgivning og forskrifter raskt måtte vurderes. Flertallet vil peke på at samarbeidsor-

ganets arbeidsgruppe nå har lagt fram en rapport som viser at arbeidet med å komme til enighet om de forhold som intensjonserklæringen tar opp, er i gang.

Flertallet vil vise til at høringsinstansene i liten grad har kommentert departementets forslag til avtalestruktur i fastlegeordningen. Flertallet har merket seg at hoveddelen av det avtaleverket som skal etableres, ikke er tariffavtaler, og således ikke omfattes av den generelle arbeidstvistlovgivningen. Flertallet ser det derfor som viktig at det tas inn mekanismer for tvisteløsninger i avtaleverket.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at ifølge lovproposisjonen er fastlegeordningen en rettighetsform for den enkelte innbygger i forhold til tjenester fra primærhelsetjenesten, og disse medlemmer mener derfor at disse rettighetene naturlig hører hjemme i pasientrettighetsloven hvor klageadgangen er lovfestet. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen regulere pasientrettighetene i fastlegeordningen i pasientrettighetsloven.»

5. ORGANISERING AV EN FASTLEGEORDNING

5.1 Sammendrag

Etablering av fastlege- og pasientlister krever registrering som skal forankres i trygdeetaten. Det redegjøres for trygdeetatens oppgaver i fastlegeforsøket. Det framholdes at en nasjonal ordning, hvor befolkningen skal ha adgang til å velge lege i en annen kommune enn den man er folkeregisterført i, forutsetter en registrering utover kommune- og fylkesgrenser. Departementet anser det som hensiktsmessig at trygdeetaten ivaretar dette ansvaret. Trygdeetaten vil i all hovedsak inneha rollen som kontor for oppdatering og vedlikehold av fastlegenes pasientlister. Trygdeetaten foreslås ikke gitt selvstendig vedtaksrett i forhold til listeføringsoppgavene, men skal orienteres om alle relevante vedtak som fattes av kommunen under drift av ordningen. Før ordningen starter, skal trygdeetaten gjennomføre førstegangs registrering av befolkningens legeønsker og fordele innbyggerne etter vedtatte retningslinjer for listeetablering. Trygdeetaten skal informere innbyggerne om hvilken fastlege de har fått plass hos. Videre skal fastlegene bli informert om fordelingen, og kommunen må informeres om antall pasienter på fastlegenes lister.

Kommuner skal etter forslaget kunne samarbeide om å gi innbyggerne et fastlegetilbud. Det uttales at når ordningen etableres, er kommunens forpliktelse oppfylt idet en innbygger faktisk blir plassert på en liste. Bostedskommunen får etter forslaget ikke plikt

til aktivt å tilby listeplass til sine innbyggere hos fastlege i andre kommuner. Innbyggere kan på sin side etter eget tiltak velge listeplass i annen kommune, og stiller da likt med innbyggerne i denne kommunen. Utfyllende regler om organisering av ordningen foreslås gitt i forskrift.

Departementet presiserer at fastlegeavtale i utgangspunktet gjelder inngåelse av avtale med privatpraktiserende selvstendig næringsdrivende, men at det også vil være behov for å regulere tilsvarende forhold i en arbeidsavtale for ansatte.

Departementet ser det som viktig at rammer for elementer som krav til legekantorets beliggenhet og fasiliteter, tilgjengelighet og avgivelse av planleggingsdata blir fastsatt sentralt, men uttaler at dette ikke nødvendigvis behøver skje gjennom forskrift, dersom rammene kan fastsettes i sentral avtale. Legens økonomiske vederlag i fastlegeordningen foreslås fastsatt i sentrale avtaler. Departementet mener at den listestørrelse fastlegene kan pålegges, og dermed hvilken øvre grense legene kan sette, bør fastsettes i forskrift.

Departementet mener det er viktig å sikre at det offentlige legearbeidet får nødvendige ressurser, og foreslår forskriftsregulering av at fastleger kan pålegges offentlig legearbeid som et vilkår for å få fastlegeavtale. Maksimalt antall timer som skal kunne pålegges, forutsettes fastsatt i sentral avtale.

Departementet foreslår at forskriftsbestemmelsen om fastlegenes plikt til å delta i legevakt hjemles i legeloven (ny lov om helsepersonell), og at dette fortsatt skal reguleres nærmere i sentrale avtaler.

Det foreslås at kommunen skal kunne stille som vilkår for inngåelse av fastlegeavtale at fastlegen, der forholdene ligger til rette for det, påtar seg veiledning av turnuslege. De organisatoriske og økonomiske konsekvenser forutsettes ivaretatt i sentrale avtaler.

Når det gjelder vikarordninger/kollegiale ordninger for fraværdekning, foreslår departementet at det overlates til partene, gjennom sentral avtale, å finne fram til ordninger som ivaretar behovet for å gi personer tilknyttet en fastleges liste et kontinuerlig tilbud.

Departementet foreslår at utekontor som hovedregel bør eies og drives av kommunen, og at partene i sentral overenskomst avtaler rammer for fastlegenes deltakelse.

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legestilling/hjemmel. Departementet foreslår at pasientlisten blir overført til den nye fastlegen, men at kommunen skal varsle personene på listen om dette og gjøre oppmerksom på retten til å skifte fastlege. Det uttales at i de tilfeller der det opprettes en ny avtalehjemmel, bør kommunen kunne overføre alle nytilmeldte i kommunen som ikke har oppgitt legeønske,

til den nyetablerte listen. Der det er behov for en ny legehjemmel, vil også fastlegene i samarbeid med kommunen kunne legge til rette for å etablere en ny liste ved å redusere egen liste. Departementet ser det som lite hensiktsmessig å overlata spørsmålet om etablering av nye lister i sin helhet til partene, og foreslår at mekanismer for etablering av nye lister reguleres i forskrift.

Et flertall i Stortinget har ved behandlingen av Innst. S. nr. 215 (1996-1997) satt rammene for listestørrelse. Legene skal normalt ikke ha flere enn 2 500 eller færre enn 500 på listen. Begrunnelsen for den nedre grensen er å sikre at praksisen får et visst omfang, slik at legekantoret ikke skal ha for begrenset åpningstid og telefontilgjengelighet. Det understrekes at det i en situasjon med mangel på leger er viktig at de samlede ressurser kan utnyttes, og departementet foreslår at fastlegeavtaler med kortere lister enn 500 kan inngås, men at det da blir opp til partene lokalt å enes om slike løsninger. Departementet foreslår også at det lokalt gis adgang til å avtale lengre lister for en begrenset periode på ett år av gangen. Det uttales at lister på over 2 500 i utgangspunktet bare bør avtales der dette er nødvendig for å dekke behovet for fastleger. Etter departementets vurdering må kommunen kunne pålegge legene et visst antall personer på listene. Ut fra de erfaringene som er gjort med fastlegeordningen så langt, settes dette til inntil 1 500 ved fulltids kurativ virksomhet.

Det framholdes at etter at fastlegeordningen har vært i drift noen tid, vil det være aktuelt å vurdere listenes lengde på nytt ut fra de evalueringer som da forventes å foreligge. Departementet foreslår at listetaket på 1 500 skal gjelde ved innføring av ordningen, og at dette senere kan justeres dersom erfaringene med fastlegeordningen tilsier det. Departementet foreslår at fastleger fra innføring av ordningen gis en rett til å redusere listen til 1 500.

Det foreslås at personer som er tilmeldt en liste, skal prioriteres etter ansiennitet. Dersom det er behov for ytterligere justering av listen, foreslås dette gjort ved tilfeldig utvalg. Departementet foreslår at barn under 16 år følger mor eller den som har foreldreansvaret. Reduksjon av lister foreslås gjort ved tilfeldig utvalg.

Når det gjelder listesammensetning, foreslår departementet at de legene som ønsker det, kan kreve listen etablert slik at 70 pst. fylles opp av personer som har valgt legen. De resterende fylles opp av et utvalg blant dem som ikke har oppgitt eller ikke fått oppfylt sitt legeønske. Muligheten til å sette grense ved 70 pst. foreslås som en overgangsregel ved innføring av fastlegeordningen. Etter at listene er etablert, blir det pasientenes valg som avgjør utviklingen i sammensetningen. Etter departementets vurdering vil det mest effektive virkemidlet for senere å redusere en leges arbeidsbelastning, være å redusere listen. De-

partementet foreslår at hovedprinsippene for opprettelse, sammensetning og reduksjon av lister reguleres i forskrift.

Departementet ser det slik at under den forutsetning at partene gjennom avtale finner fram til lokalt samarbeid, er det ikke nødvendig å regulere opprettelse, oppgaver og sammensetning av lokalt samarbeidsorgan i lov og forskrift.

Når det gjelder et nasjonalt forum for samarbeid mellom partene, vises det til at utformingen av fastlegeordningen har skjedd i et tett samarbeid mellom departementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeförening gjennom samarbeidsorganet og enkelte arbeidsgrupper. Departementet foreslår at dette samarbeidsorganet får funksjoner som nasjonalt forum fra innføring av reformen og inntil videre, og at det videre behov for et slikt forum vurderes underveis.

Det understrekes at det er viktig for alle parter at det finnes mulige løsninger ved legemangel. Under forutsetning av at partene finner tilfredsstillende løsninger gjennom avtaleforhandlinger, ser departementet ikke behov for at kommunen i forskrift gis adgang til å pålegge lengre lister.

Det framholdes at legemangelen gjør at det kan oppstå en umulig situasjon da det samtidig skal tas hensyn til at alle innbyggere skal få et rimelig likt allmennlegetilbud i en legemangelsituasjon, til at kommunen ikke skal ha plikter overfor befolkningen som umulig kan oppfylles, samt til legenes arbeidssituasjon. Departementet mener at det da bør være en adgang til å sette fastlegeordningen til side i helt særlige tilfeller. Det understrekes at utgangspunktet bør være at kommunen har forsøkt å oppfylle sin forpliktelse, enten ved å utlyse ledige stillinger/avtaler, søke om ny hjemmel, søke etter vikar, eller forsøke å etablere samarbeid med nabokommune. Det uttales at for at en søknad om dispensasjon eller suspensjon skal innvilges, må mangelen på listeplasser både være av en viss størrelse og en viss forventet varighet.

Departementet mener at fylkeslegen vil være en hensiktsmessig instans til å gi dispensasjon eller suspensjon. Fylkeslegene vil være underlagt departementets instruksjonsmyndighet i slike saker. Departementet vil også etter vanlige forvaltningsrettslige regler kunne omgjøre avgjørelser som er tatt av fylkeslegen. Det uttales at det må være et vilkår for å gi dispensasjon eller suspensjon at kommunen har framlagt en plan for hvordan allmennlegetjenesten tenkes organisert i suspensjonsperioden, og en plan for hvilke tiltak man vil sette iverk for senere å kunne tilby en fastlegeordning. Departementet forutsetter at en suspensjon ikke innebærer økt egenandel eller annen økonomisk belastning for pasientene. Departementet foreslår at suspensjon gis for inntil ett år om gangen. Vedtak om suspensjon innebærer at lovbestemte plikter og rettigheter settes til side. Fylkeslegens adgang til å treffe

vedtak om suspensjon fra fastlegeordningen bør derfor etter departementets syn være hjemlet i lov, og dette foreslås inntatt i § 1-3 sjette ledd. Utfyllende regler foreslås gitt i forskrift. Departementet foreslår at kommunen og berørte fastleger skal ha adgang til å bringe saken inn for departementet til ny behandling.

Departementet mener at interkommunalt samarbeid i mange tilfeller vil være avgjørende for at fastlegeordningen skal fungere best mulig. Dette gjelder særlig på fire områder: legedekning, regulering av lister, vakt samarbeid og vikarordninger. Det uttales at i utgangspunktet bør samarbeidet baseres på frivillige ordninger mellom kommunene, med basis i kommunelovens bestemmelser om interkommunalt samarbeid.

Det framholdes at kommunen vil ha plikt til å tilrettelegge tjenestetilbudet for dem som ikke har fastlege, og for dem som har fastlege i annen kommune, men midlertidig oppholder seg i kommunen.

5.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at pasient- og fastlegelistene utgjør «nerven» i fastlegeordningen. Flertallet mener det er viktig at det er kun én offentlig instans som har ansvar for oversikten og for å vedlikeholde listene. Da det innenfor fastlegeordningen skal være mulig å velge lege utenfor egen kommune, forutsetter dette en registrering utover kommune- og fylkesgrenser. Flertallet slutter seg derfor til at det er hensiktsmessig at trygdeetaten ivaretar dette ansvaret.

Flertallet vil peke på at det lokalt er viktig at den enkelte kommune i samarbeid med trygdekontoret utarbeider samarbeidsordninger for å administrere den løpende ajourføring av listene.

Flertallet har merket seg at Rikstrygdeverket har beregnet at det trenger fem måneder på å etablere listene etter at de fra kommunen har fått vite hvilke leger som har inngått fastlegeavtale. Flertallet vil understreke at det derfor er viktig at denne informasjonen foreligger fra alle kommunene senest i august 2000.

Flertallet vil understreke at kommunens plikt vil være å gi tilbud om fastlege til dem som har rett til å være tilknyttet en fastlege, og som ønsker fastlege i den aktuelle kommunen. Flertallet slutter seg til at hensynet til utnyttelse av legekapasitet over kommunegrensene tilsier at to kommuner bør kunne samarbeide om å tilby fastlege.

Flertallet har merket seg at flere kommuner har reist spørsmål om i hvilken grad retten til å velge fastlege på tvers av kommunegrensene vil gjøre det vanskelig for kommunene å planlegge oppstarten av

fastlegeordningen. Flertallet mener det særlig vil være i større kommuner med mange pendlere og studenter at dette vil kunne oppstå som et problem. Flertallet vil peke på at dagens legesøkningsmønster vil si noe om hvordan innbyggerne vil velge lege også i fastlegeordningen. Flertallet vil understreke at det er viktig at innbyggerne gis informasjon om hvilke konsekvenser det har å velge en fastlege utenom sin egen kommune og sitt eget legevaktdistrikt. Flertallet slutter seg til at det ved oppstart av fastlegeordningen ikke bør legges andre kriterier til grunn for valg av fastlege på tvers av kommunegrenser enn brukernes eget ønske.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at de individuelle fastlegeavtalene vil bli kommunenes viktigste styringsverktøy, samtidig som avtalen er den enkelte leges mulighet til å få klargjort ansvar og oppgaver. Dette flertallet ser det som viktig at avtalene tilpasses lokalt, samtidig som fastlegeordningen som en nasjonal reform må ha et enhetlig system. Dette flertallet vil peke på at det derfor er viktig at det gjennom en sentral avtale settes standarder for hvordan fastlegeordningen skal organiseres, og hva den skal inneholde i tillegg til det som fastsettes i lov og forskrift.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, vil understreke at tilgjengelighet til legen er viktig for pasientene, og slutter seg til at det må være et minimum at legen er tilgjengelig for personer på sin liste minimum tre dager i uken. Flertallet vil videre understreke at det bedrer tilgjengeligheten for yrkesaktive dersom legen minst én gang i uken er tilgjengelig på kvelden; ikke minst gjelder dette kommuner med mange pendlere.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at der legene har felleslister, kan legene samarbeide om å ha åpent på kveldstid.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at fastlegeordningen bidrar til et forpliktende samarbeid mellom fastlegen og de personer som står tilsluttet dennes liste. En innvending mot fastlegeordningen har vært at de forpliktelsene legen må inngå, strekker seg for langt, og gir for lite rom for individuell frihet. Etter dette medlems syn vil det være uheldig dersom man detaljregulerer ordningen i form av henstillinger eller pålegg om kveldslistor eller et gitt antall listedager ukentlig.

Det må forutsettes at tilbudet utformes slik at listepasientene sikres en kontinuitet i oppfølgingen. Men offentlige legegøper og stor legevaktsbelastning kan komme i konflikt med målet om tre listedager ukentlig, eller at legen skal ha anledning til å ha kveldsliste i tillegg til sine andre aktiviteter. Det må etter dette medlems syn vises forsiktighet med detaljregulering av ordningen, idet det ellers kan bli vanskelig å rekruttere leger til ordningen, noe som i sin tur vil ramme hele tjenestetilbudet til befolkningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at taket på listelengden vil virke inn på antall legeårsværk og legefördelingen. Flertallet slutter seg derfor til at denne ved innföringen av ordningen bestemmes i forskrift.

Flertallet ser det som viktig at pålegget om å utföre offentlig legearbeid i fastlegeordningen fastsettes ved forskrift, slik at ikke dette arbeidet blir skadelidende i forhold til det kurative arbeidet. Flertallet har merket seg at det ikke kan stilles vilkår om at fastlegene skal utföre samfunnsmedsinske oppgaver, men vil peke på at dette er forhold kommunen kan forhandle om ved inngåelse av fastlönnsavtaler dersom det er behov for det.

Flertallet vil vise til at kommunen har ansvar for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, får ivaretatt sitt behov for öyeblikkelig hjelp både i og utenfor legens åpningstid. Flertallet vil peke på at kommunen vil være avhengig av sine fastleger for å kunne ta hånd om dette ansvaret, og regner med at dette löses ved avtaler. Flertallet slutter seg imidlertid til departementets forslag om at det i forskrift fastsettes en plikt for fastlege til å delta i organisering av legevakt utenfor kontortiden og kommunens öyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden. Flertallet vil understreke at dette förer til at denne plikten består selv om det er uenighet om avtalen for övrig.

Flertallet vil peke på at det er viktig at turnuskandidatene ved omlegging til fastlegeordning sikres veiledning. Flertallet vil vise til at det hittil har vært mest kommunalt ansatte leger som har veiledet turnuskandidater, mens det nå vil bli privatpraktiserende leger med fastlegeavtale. Flertallet vil vise til at det i de kommende år vil være et ökende behov for veiledningsplasser da utdanningskapasiteten på leger er ökende. Flertallet slutter seg til forslaget om at kommunene kan pålegge fastlegene å veilede turnuskandidater.

Flertallet ser det som viktig at ved overföring av en legehjemmel til en ny lege overföres pasientlisten til den nye legen, samtidig som kommunen varsler pasientene og gjør de oppmerksom på retten til å skif-

te lege. Flertallet vil peke på at det ved opprettelse av en ny legehjemmel er viktig å legge til rette for et pasientgrunnlag for den nye legen både ved å tilføre alle nytilmeldte som ikke har oppgitt ønske om lege, og om mulig ved å redusere pasientlisten hos andre av stedets leger som ønsker det. Flertallet slutter seg til at mekanismene for etablering av nye lister reguleres i forskrift.

Flertallet vil vise til at etablering av lister over personer tilknyttet fastlegeordningen og senere oppdatering er viktige element i fastlegeordningen. Flertallet vil understreke at for trygdeetaten som skal ha ansvar for etablering og føring av listene, er det viktig å ha enkle og entydige kriterier for listeføringen. Flertallet vil vise til at fastlegeforsøket viste liten bevegelse i listene etter at de var etablert. Flertallet vil peke på at det derfor er viktig med gode kriterier når listene skal etableres ved oppstart av ordningen.

Flertallet slutter seg til at fastlegene ved oppstart har adgang til å begrense pasientlistene til 1 500 pasienter ved fulltids kurativ virksomhet, og at den øvre grense settes til 2 500. Flertallet ser det som viktig at hovedprinsippet ved fastsetting av listestørrelsen er at den settes individuelt etter avtale mellom kommunen og fastlegen, men også med utgangspunkt i at hele kommunens befolkning har rett til å stå på liste hos fastlege.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at departementet ved fastsetting av en grense på 1 500 peker på at det vil følge utviklingen i legemarkedet, og at dersom utviklingen ikke går i den retning departementet har regnet med, kan det bli nødvendig i samarbeid med partene å finne alternative løsninger.

Dette flertallet slutter seg til at når det blir behov for å redusere en pasientliste ved etableringen av ordningen, prioriteres det etter ansiennitet, og at det dersom det er behov for ytterligere justeringer, benyttes tilfeldig utvalg.

Dette flertallet ser det som riktig at listesammensetningen for den enkelte lege ikke blir for ensidig fylt opp med innsatskrevende pasienter.

Dette flertallet slutter seg til at de legene som ønsker det, ved etablering av fastlegeordningen kan kreve listen etablert slik at 70 pst. fylles opp av pasienter som har valgt legen, og at det resterende fylles opp av et utvalg av de som ikke har oppgitt eller fått oppfylt sitt legeønske.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at

høringsinstansene er positive til at det etableres lokale samarbeidsorgan mellom fastlegene og kommunene, men at det er uenighet om dette skal etableres i lov og forskrift, om hvilke oppgaver det skal ha, og om sammensetning.

Flertallet vil understreke at partene har felles interesse av å etablere lokale samarbeidsorgan. Flertallet har merket seg at partene i intensjonserklæringen har sagt seg villige til å prøve å finne en løsning på samarbeidet lokalt som innebærer at dette blir gjennomført i alle kommuner. Flertallet slutter seg derfor til at det ikke er nødvendig å regulere opprettelsen av et lokal samarbeidsorgan i lov og forskrift.

Flertallet mener det er behov for et forum hvor kommunesektoren, legene og staten kan drøfte prinsipielle og praktiske spørsmål knyttet til fastlegeordningen på et nasjonalt nivå. Flertallet finner det riktig å bygge videre på det samarbeidet som eksisterer i samarbeidsorganet, for derved å ta vare på de felles kunnskaper og den innsikt som er opparbeidet der. Flertallet slutter seg derfor til at dagens samarbeidsorgan får funksjoner som nasjonalt samarbeidsforum for innføringen av reformen og inntil videre.

Flertallet vil vise til at legedekningen er en kritisk faktor ved innføringen av fastlegeordningen.

Flertallet har merket seg at departementet på nytt har vurdert forslaget i høringsforslaget om at kommunen ved legemangel kan pålegge legene 20 pst. økning i listene for en periode på fire måneder. Flertallet mener at dette ikke kan være den eneste løsning ved legemangel, og slutter seg til at problemer av denne art må løses lokalt ved samarbeid med en eller flere kommuner og med fastlegene. Flertallet vil peke på at det er viktig for alle parter at det finnes mulige løsninger ved legemangel, og slutter seg til at dette problemet tas opp ved de sentrale forhandlingene.

Flertallet vil peke på at for at søknad om suspensjon innvilges, må mangelen på listeplasser være av en viss størrelse og en viss forventet varighet. Flertallet slutter seg til at det er hensiktsmessig å la fylkeslegen ha myndighet til å innvilge suspensjon. Flertallet vil peke på at fylkeslegen kan vurdere legedekningen i en større sammenheng både geografisk og tidsmessig. Flertallet vil presisere at ved suspensjon blir kommunen ikke fritatt for å tilby sine innbyggere allmennlegetjenester. De legene dette angår, må sikres avtaleordninger som dekker en slik situasjon.

Flertallet vil understreke at det kan være hensiktsmessig at kommuner samarbeider om å tilby fastlege. Flertallet forutsetter at et slikt samarbeid kan etableres gjennom frivillig samarbeid, men har merket seg at ved behov har departementet kompetanse til å gi påbud om samarbeid.

Flertallet vil peke på at en kommune fortsatt vil ha plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp til alle

som bor eller oppholder seg i kommunen. Flertallet vil vise til at forskjellen i forpliktelse overfor de som har fastlege i kommunen, og de andre, vil ligge i at fastlegen har plikt til å prioritere pasienter tilknyttet fastlegens lister.

Flertallet mener at kommuner med mange tilreisende, eller mange som står utenfor fastlegeordningen, må ta dette med i planleggingen og dimensjoneringen av allmennlegetjenesten, og i avtalen med fastlegene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at retten til å velge fastlege i andre kommuner er foreslått å gjelde uavhengig av legedekning i egen kommune. Hvis fastlegeordningen i en kommune suspenderes, er det kun i forhold til denne kommunen rettigheten til å velge fastlege settes til side. Det vil være adgang til å velge fastlege i annen kommune.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at muligheten til å velge fastlege utenfor egen kommune må være en rettighet pasientene skal ha i fastlegeordningen uansett legedekning i egen kommune. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av at en i fastlegeordningen får hjemmel for å pålegge fastleger samfunnsmedisinske oppgaver, og disse medlemmer mener at ingen av de leger som slutter seg til fastlegeordningen, skal kunne nekte å utføre samfunnsmedisinske oppgaver.

Disse medlemmer vil understreke at kommunene i henhold til lov har plikt til å yte legehjelp til alle innbyggere, også de som ikke ønsker fastlege.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienten har rett til valg av fastlege uavhengig av kommunegrensene.»

6. RETTIGHETER FOR INNBYGGERNE OG PERSONER PÅ FASTLEGES LISTE

6.1 Sammendrag

Departementet ser det som hensiktsmessig å knytte retten til å stå på liste til en fastlege opp mot reglene i folkeregistreringsloven. Departementet mener i tillegg det er hensiktsmessig å gi asylsøkere som er medlem av folketrygden, samt deres familiemedlemmer, rett til fastlege på samme måte som dem som er bosatt i en norsk kommune etter reglene i folkeregistreringsloven. Departementet foreslår at dette reguleres i kommunehelsetjenesteloven i en ny § 2-1a om rettigheter etter fastlegeordningen.

Med hensyn til hva det skal innebære å stå på liste, mener departementet at det skal være mulig å få vanlig legetime hos fastlegen innen rimelig tid, samt å nå legekontoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler. Personer som står på liste hos en fastlege, skal få utført nødvendige allmennlegetjenester og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet attester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester hos fastlegen. Fastlegen skal etter avtale være pasientens talsmann overfor andre instanser der dette er nødvendig. Ved utskriving fra sykehus eller andre institusjoner skal fastlegen motta utskrivingsdokumenter og følge opp sine pasienter på nødvendig måte.

Departementet foreslår at personer som er tilmeldt en lege i gruppepraksis, skal kunne oppsøke de andre legene i gruppepraksisen, men da ikke med samme prioritet som personer tilknyttet listen. Det foreslås at leger i en gruppepraksis eller ved et legesenter skal kunne ha såkalte felleslister, hvor legene har et kollektivt fastlegeansvar for det samlede antall personer på listene. Departementet mener imidlertid at en forutsetning for å åpne for felleslister er at innbyggerne får en fast ansvarlig lege, som har ansvar for journal og oppfølging, herunder er adressat for post og prøveresultater vedrørende pasienten.

Departementet foreslår at hovedinnholdet i fastlegeordningen og legenes forpliktelser overfor sin liste reguleres i forskrift.

Det foreslås i proposisjonen at prinsippet om fritt legevalg blir videreført med de begrensninger som følger av den enkelte leges kapasitet. Det skal være adgang til å velge lege på tvers av kommunegrensene. Departementet mener at det ikke bør innføres andre kriterier for valg av fastlege over kommune- eller bydelsgrenser enn pasientens ønske, og at dette bør framgå i forskrift.

Departementet foreslår at personer som står på liste hos en fastlege, skal ha rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år. Det foreslås at dette skal skje ved henvendelse til trygdekantoret. Departementet mener at retten til å skifte lege bør hjemles i en ny bestemmelse i kommunehelsetjenesteloven om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Utfyllende bestemmelser om framgangsmåten foreslås regulert i forskrift.

Departementet foreslår at retten til ny vurdering tas inn i kommunehelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd, og at utfyllende bestemmelser reguleres i forskrift. Personer som står på liste hos en fastlege, skal etter forslaget betale samme egenandel for ny vurdering som ved konsultasjon hos fastlegen og ha samme prioritet som personer på fastlegens liste. Nyvurderingslegen skal sende journalnotat til fastlegen. Den enkelte pasients rett til ny vurdering foreslås rettet mot kommunenivå slik at kommunen gjennom avtale med den enkelte fastlege må sørge for at fastlegene

har nok kapasitet til å motta henvendelser om ny vurdering.

Departementet foreslår at det ikke blir lagt begrensninger på å gå til annen lege ut over det som følger av fastlegenes plikt til å prioritere personer på sin liste.

Departementet mener det harmonerer best med annen lovgivning at den selvstendighet et barn får ved fylte 16 år, også skal være avgjørende for når det selv kan velge lege. Det vil si at ved fylte 16 år avgjør barnet selv valg av lege, og kan kreve skifte av lege. Departementet foreslår at barn mellom 12 og 16 år kan skifte lege dersom de har fullmakt fra den som har foreldreansvaret. Er barnet under 12 år, skal slikt krav framsettes av den som har foreldreansvaret.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 kan vedtak etter § 2-1 påklages. Klager fra pasient som gjelder retten til allmennlegetjeneste, for eksempel fra en som ikke har fått tilbud om fastlege, vil kunne behandles etter eksisterende regelverk. Departementet foreslår at det presiseres i § 2-4 at også avgjørelser etter § 2-1a kan påklages etter reglene i § 2-4.

Det foreslås regulert i forskrift at samisktalenede skal ha rett til prioritet ved etablering av liste hos fastlege som er samisktalende, og som praktiserer innenfor samiske kjerneområder.

6.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til at retten til å stå på en liste til fastlege, knyttes opp mot reglene i folkeregistreringsloven.

Flertallet vil peke at retten til å stå på liste innebærer at det skal være mulig å få time hos fastlegen innen rimelig tid, samt å kunne nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler. Flertallet ser det som viktig at ved utskrivning fra sykehus eller andre institusjoner skal fastlegen motta utskrivningsdokumenter og følge opp sine pasienter på nødvendig måte.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at hovedprinsippet i fastlegeordningen er at det skal være fritt legevalg, men dette flertallet vil understreke at det frie legevalget ikke kan være ubetinget. Det vil begrenses av kapasitet på den enkelte leges liste.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at for at det skal være noen realitet i fritt legevalg, må den en-

kelte kunne velge mellom flere leger. Flertallet erkjenner at muligheten til å gi innbyggerne et reelt valg vil variere. Flertallet vil peke på at i små kommuner med få leger vil samtidig pasienttallet ofte være relativt lavt, slik at innbyggerne vil kunne velge mellom alle legene i kommunen. Flertallet vil videre peke på at også i større kommuner med mange leger kan valgfriheten bli liten når legene har fulle lister. Flertallet vil imidlertid understreke at det er kommunens ansvar at den enkelte har et reelt legevalg.

Flertallet vil vise til at fritt legevalg over kommunegrensene styrker retten til fritt legevalg og utnytter legekapasiteten.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil imidlertid peke på at dette kan føre til problemer for enkelte kommuner når det gjelder dimensjoneringen av legetjenesten.

Dette flertallet vil videre peke på at fritt legevalg over kommunegrensene vanskeliggjør samarbeidet mellom fastlegen og de andre kommunale helse- og sosialtjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil ut fra prinsipielle grunner slutte seg til at det ikke innføres andre kriterier for valg av fastlege over kommune- og bydelsgrenser enn pasientens ønske.

Flertallet har merket seg at det i høringsrunden kom argumenter både for å utvide og innskrenke adgangen til å skifte lege.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det er viktig å unngå «doctorshopping» og ha kontinuitet i lege-pasientforholdet, samtidig som det må være en viss frihet til å skifte lege. Dette flertallet slutter seg derfor til forslaget om å gi rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at for at retten til å skifte lege skal være reell, må kommunen sørge for at det er ledige plasser på listene til fastlegene i kommunen eller i samarbeidende kommuner.

Flertallet vil vise til at retten til ny vurdering hos andre enn fastlegen kan gi trygghet til pasienten så vel som kvalitetssikring for legen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at muligheten for ny vurdering av andre enn fastlegen må utformes slik at fastlegeordningen ikke uthules.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at retten til en ny vurdering er særlig viktig for pasienter som er tilmeldt enepraksis. Flertallet slutter seg til at det ikke skal kreves henvisning fra egen fastlege for å få en ny vurdering, da dette kan skape barrierer for en del pasienter i forhold til å be om en ny vurdering. Flertallet ser det som viktig at det skal sendes journalnotat etter en ny vurdering til pasientens fastlege, slik at denne har alle pasientens sykejournaler.

Flertallet vil vise til at det å være tilmeldt en fastlege ikke innebærer noe forbud mot å gå til en annen lege enn fastlegen. Flertallet vil videre vise til at når man oppholder seg andre steder i landet, vil man være nødt til å oppsøke annen lege enn sin fastlege.

Flertallet har merket seg at det er stilt spørsmål om en slik rett vil uthule fastlegeordningen. Flertallet vil peke på at fastlegeordningen først og fremst er ment som en annerledes og bedre måte å organisere allmennlegetjenesten på. Flertallet vil understreke at legene har plikt til å prioritere de som står på sine pasientlister, før de tar andre pasienter.

Flertallet slutter seg til at barn ved listeetablering knyttes til moren der foreldrene har felles foreldreansvar. Dersom foreldrene ikke har felles foreldreansvar, knyttes barnet til samme liste som den av foreldrene som har foreldreansvaret.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser det som riktig at det er barnevernstjenesten som bestemmer hvilken fastlege barnet skal ha når foreldrene er fratatt omsorgs- eller foreldreansvaret.

Dette flertallet vil imidlertid peke på at ved plassering i forsterhjem bør fastlege velges i samråd med fosterfamilien.

Dette flertallet har merket seg at den retten den enkelte har ved fastlegeordningen, er retten til en listeplass hos en fastlege. Dersom vedkommende har fått listeplass, anses kommunens forpliktelser oppfylt, og det er ikke behov for klageinstans. Dette flertallet vil presisere at den enkelte ikke har klagerett dersom man er misfornøyd med plasseringen. Dette flertallet vil imidlertid peke på at dersom noen ønsker å plasseres på annen liste, kan man benytte adgangen til å be om bytte av fastlege.

Dette flertallet vil vise til at Grunnloven § 110a gir staten en plikt til å tilrettelegge for at den samiske befolkningen skal kunne sikre og utvikle sitt språk, kultur og samfunnsliv. Dette flertallet vil vise til at den samiske befolkning er en urbefolkning som utgjør en etnisk minoritet i det norske samfunnet. Dette flertallet vil understreke at tiltak overfor den samiske befolkningen ikke danner presedens for tilbudet til andre etniske minoriteter i Norge.

Dette flertallet ser at det er behov for spesielle regler for reinsamene som i store deler av året oppholder seg i andre kommuner enn der de bor. Dette flertallet slutter seg derfor til at reinsamene skal ved benyttelse av annen lege enn fastlegen betale samme egenandel og ha samme prioritet som personer på fastlegens liste.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil hevde at hovedprinsippet frem til dags dato om pasienters rett til fritt legevalg i praksis er utelukket ved fastlegeordningen. Disse medlemmer viser til at det legges opp til at en kan skifte fastlege to ganger i året, men disse medlemmer mener at dette er uakseptabelt og vil foreslå at pasientene selv velger når de vil skifte fastlege, eller gå ut av fastlegeordningen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter på liste hos fastlege skal stå fritt til å velge ny fastlege når dette av ulike grunner er ønskelig og nødvendig.»

Disse medlemmer mener at valg av fastlege for barn under omsorg av barnevernet skal gjøres i samråd med foreldrene så lenge foreldrene har foreldreretten.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at valg av fastlege for barn under omsorg av barnevernet gjøres i samråd med foreldrene hvis ikke disse er fratatt foreldreretten.»

Disse medlemmer finner det særdeles viktig, at har en først en fastlegeordning, må fastlegen også holde seg løpende orientert om pasientens tilstand når hans/hennes pasient er innlagt på sykehus eller annen institusjon, så lenge oppholdet der varer.

7. FASTLEGENS RETTIGHETER OG PLIKTER

7.1 Sammendrag

Departementet uttaler at alle leger som i dag praktiserer som allmennleger, både med og uten avtale med kommunen, bør ha rett til avtale som fastlege når

reformen iverksettes. Etter departementets mening bør retten omfatte leger med privat allmennpraksis (med eller uten driftsavtale med kommunen) som hovedervert, kommunalt ansatte leger på fastlønn som driver allmennpraksis, og leger som driver allmennpraksis i kombinasjon med annen legevirkosomhet, f.eks. militærleger og bedriftsleger. Leger som er i permisjon ved innføring av fastlegeordningen, skal ha rett til fastlegeavtale. Det understrekes at reglene om rett til fastlegeavtale er en overgangsordning, og det foreslås ikke regler om rett til fastlegeavtale etter at ordningen er innført. Det forutsettes at nye avtaler da vil bli inngått etter behov og etter utlysning.

Etter departementets mening bør kommunene som en hovedregel inngå avtaler med leger om å drive privat legevirkosomhet i stedet for å ansette leger i kommunal stilling, men kommunene skal også kunne velge å lyse ut fastlønnet stilling. Departementet mener at leger som utfører kurative tjenester i fastlønnet kommunal stilling, bør ha rett til å opprettholde dette ansettelsesforholdet.

Det foreslås at fastlegens behandlingsansvar for en person som inntas i helseinstitusjon eller annen institusjon som har organisert legetjeneste, overføres til institusjonen. Etter forslaget skal pasienten likevel fortsatt stå på liste hos fastlegen, og fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbud til pasienten etter utskrivning. Departementet foreslår at det inntas en regel i forskriften om at institusjonen plikter å orientere fastlegen på forhånd dersom det er behov for særskilt tilrettelegging ved utskrivning.

Departementet foreslår at hovedprinsippene i fastlegens ansvar overfor pasienter på sin liste reguleres i forskrift.

Departementet foreslår at legetjenesten kan organiseres i enepraksis eller gruppepraksis. I gruppepraksis skal pasienten stå på liste hos en fastlege som har ansvar for journalføring, utrednings- og behandlingsplaner for pasienten. Pasienten kan oppsøke de andre legene i praksisen ved for eksempel lang ventetid hos fastlegen, og betale samme egenandel. Forslaget innebærer at fastlegen har samme ansvar og arbeidsoppgaver overfor sine pasienter både i enepraksis og i gruppepraksis. Det foreslås at de ulike måtene å organisere fastlegepraksisen på reguleres i forskrift.

Stortinget har forutsatt at legene i fellesskap skal samarbeide om vikarordninger. Det uttales at ved kortvarig fravær vil leger som er organisert i gruppepraksis av en viss størrelse, kunne organisere kollegiale ordninger for fraværdekning internt. Leger som driver enepraksis, vil måtte inngå avtale med andre fastleger om fraværdekning. Det påpekes at i kommuner med få leger vil dette kunne by på praktiske problemer, og det uttales at i enkelte kommuner vil det være påkrevet at kommunen tar ansvaret for å skaffe vikar. Departementet har startet en sentral vi-

karordning som i første omgang skal tilby vikarer til nærmere definerte kommuner.

Det uttales at med innføringen av en landsomfattende fastlegeordning legges grunnlaget for å innføre henvisningsplikt også til privatpraktiserende spesialister i andrelinjetjenesten på samme måte som for sykehusavdelinger og poliklinikker. Henvisningsplikten innebærer at det må foreligge henvisning fra annen lege for at man skal få stønad fra folketrygden ved undersøkelse og behandling hos spesialist. Departementet foreslår at henvisningsplikten også skal gjelde for gravide, men praktiseres liberalt. Det uttales at departementet vil utforme en hensiktsmessig henvisningsordning.

I forbindelse med utarbeiding og gjennomgang av forskriftsverk til ny lov om helsepersonell vil departementet se nærmere på om det er behov for å regulere nærmere rutinene for oversendelse av journalnotat til fastlegen der pasienten ikke motsetter seg dette. Hovedprinsippet i samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og helseinstitusjoner foreslås forskriftfestet.

Departementet foreslår at det knyttes en klageadgang til overgangsregelen i forskriften § 19, hvor leger som får avslag på krav om fastlegeavtale, kan påklage vedtaket til departementet. For andre forhold rundt inngåelse av fastlegeavtale, og adgangen til å påklage urimelige avtalevilkår, finner departementet ikke grunn til å foreslå egne klageregler, og henviser til forvaltningslovens klageregler.

7.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at stor deltagelse i fastlegereformen vil føre til best mulig utnyttelse av legeressursene og medvirke til et oversiktlig legemarked. Flertallet vil videre peke på at for pasientene vil dette føre til like egenbetalinger. Flertallet vil understreke at et av formålene med fastlegeordningen er å få et enhetlig finansieringssystem for allmennlegene i kommunehelsetjenesten.

Flertallet ser det som viktig at allmennlegemarkedet nøye overvåkes slik at allmennleger fra utkantstrøk ikke oppretter avtaleløse praksiser i sentrale strøk for så å bli omfattet av fastlegeordningen.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det etter avtale bør kunne inngås fastlegeavtale også med leger som har under 500 pasienter på sin liste. Dette flertallet har merket seg at mange høringsinstanser har foreslått at fastlegeavtalene bør være tidsbegrensete. Dette flertallet slutter seg til at dette spørsmålet overlates til sentrale og individuelle avtaler.

Dette flertallet har merket seg at det skal inngås fastlegeavtale med den enkelte lege også når lege driver virksomhet i gruppepraksis.

Dette flertallet vil peke på at fastlegeordningen formaliserer et tilknytningsforhold mellom pasient og fastlege som innebærer en plikt for legen til å ta ansvar for personer som står på liste over tid. Dette flertallet vil vise til at fastlegen skal prioritere pasienter på sin liste og pasienter som søker ny vurdering foran andre pasienter bortsett fra øyeblikkelig hjelp. Dette flertallet vil understreke at ordningen ikke skal medføre mer oppsøkende virksomhet enn i dag, men at det vil kunne føre til at legen i enkelte situasjoner ut fra sitt ansvar initierer tiltak for pasienten.

Dette flertallet mener det medfører mest ryddighet i ansvarsforhold at ved innleggelse på institusjon som har organisert helsetjeneste, overføres legeansvaret til institusjonens lege så lenge man er pasient der, men man beholder samtidig sin fastlege. Dette flertallet vil understreke at det er viktig at ved utskrivning oversendes pasientens epikrise til fastlegen som er ansvarlig for videre behandling.

Dette flertallet slutter seg til at fastlegene skal kunne organisere seg i gruppepraksis, men at disse må ha individuelle fastlegeavtaler med kommunen.

Dette flertallet har merket seg at man i høringsrunden etterlyste muligheten for å kunne ha felleslister ved gruppepraksis. Dette flertallet ser at det er praktiske fordeler både for legene og kommunene ved at det benyttes felleslister, men vil understreke at en slik ordning må innbefatte at alle får sin ansvarlige lege som har journal- og oppfølgingsansvar. Dette flertallet vil understreke at forskjellen i forhold til ordinær gruppepraksis vil bli at pasienten vil få en redusert rett til å få time hos ansvarlig lege, men en utvidet rett til å få time hos de andre legene.

Dette flertallet vil peke på at det er viktig at det er pasienten selv som velger fellesliste og ansvarlig lege.

Dette flertallet ser det som positivt at felleslister vil gi økt tilgjengelighet, og i småkommunene med flere ledige legestillinger og ofte skifte av leger større fleksibilitet. Dette flertallet vil peke på at felleslister gjør det lettere å fordele pasienter, avvikle ferie, permisjoner og annet nødvendig fravær, samt ivareta behovet for deltidspresis for leger i vitenskapelige stillinger, militærleger, bedriftsleger m.v.

Dette flertallet mener at det er småkommunene som har mest å tjene på felleslister, men slutter seg til at det er fastlegene og kommunene som i fellesskap må avgjøre om det skal være adgang til å opprette fellesliste.

Dette flertallet vil vise til at det er kommunene som har det overordnede ansvar for legedekningen i kommunen, men for fastlegen gjelder listeansvaret 52 uker i året. Dette flertallet vil peke på at

dette medfører at leger i fellesskap må samarbeide om vikarordninger ved feriefravær, kortvarig sykefravær, etter og videreutdanning.

Dette flertallet ser at det i kommuner med få leger kan være et problem å organisere vikarordninger for legene selv, og at det kan bli nødvendig for kommunen sammen med legene å ta et ansvar for dette. Dette flertallet vil peke på at det er viktig når kommunene utarbeider fastlegeavtaler, at det kommer klart fram hvem som er ansvarlig for vikar ved korttidsfravær.

Dette flertallet har merket seg argumentene som er fremmet i forhold til krav om henvisningsplikt også for gravide, og slutter seg til en liberal henvisningspraksis for gravide.

Dette flertallet viser til forlag oversendt Regjeringen fra Stortinget ved behandling av St.meld. nr. 23 (1996-1997) der det henstilles til Regjeringen å utarbeide forskrifter om egenhenvisning til spesialist.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til at det ikke er behov for en slik bestemmelse.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til at også andre leger enn fastlegen kan henvises til spesialist, men ser det som viktig at fastlegen får oversendt den informasjon som er nødvendig for oppfølging av pasienten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil avvise ethvert forsøk på å nedlegge yrkesforbud mot allmennpraksis i primærhelsetjenesten for leger som ønsker å flytte avtaleløs praksis fra én kommune til en annen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at leger med avtaleløs praksis kan opprette praksis uavhengig av fylkes- eller kommunegrenser.»

Disse medlemmer viser til at retten til second opinion er nedfelt i pasientrettighetsloven, og disse medlemmer mener derfor at dette også må gjøres gjeldende i forhold til fastlegeordningen. I praksis må dette virke slik at en pasient på liste hos en lege som blir nektet henvisning til spesialist, må kunne søke spesialist ved hjelp av egenhenvisning. Det samme gjelder bruk av egenhenvisning for second opinion til annen fastlege. Når lovproposisjonen eksplisitt legger opp til en mer liberal henvisningspraksis i forhold til gravide, ser disse medlemmer på

dette som en dårlig tilslørt kvinnepolitisk flørting. Rett til second opinion må gjelde alle pasienter, såvel i primærhelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til det forslag som ble oversendt Regjeringen i forbindelse med behandling av St.meld. nr. 23 (1996-1997).

8. SÆRLIGE TEMA

8.1 Småkommuner og utkantkommuner

8.1.1 Sammendrag

Det foreslås en utjamningsordning i kommuner med få innbyggere per lege med mulighet til basisfinansiering tilsvarende en nærmere bestemt minimumsliste. Departementet forutsetter at man ved senere takstforhandlinger kan utforme takstsystemet slik at det i større grad ivaretar den allmennlegetjenesten som utøves i små- og utkantkommuner. I tillegg til utjamningsordningen peker departementet på forskjellige driftsformer som kan velges i kommuner med dårlig økonomisk grunnlag for ren privatpraksis. Dette er driftsformer som innebærer kommunal driftsstøtte og kommunale investeringer i kontor og utstyr. Departementet foreslår at leger som arbeider på fast lønn i dag, skal ha rett til å fortsette ansettelsesforholdet. Det redegjøres for muligheten for å tilby leger på fastlønn en incentivavtale, dvs. en driftsform der de kan få beholde en prosentdel av per capita-tilskuddet, refusjonen og egenandelene, i tillegg til en redusert fast lønn. Departementet forutsetter at rammene for lokale avtaler om redusert fastlønn med insentivdel blir fastsatt i en sentral avtale. Det vil bli utarbeidet en mønsteravtale for lokale avtaler.

Det understrekes at det er viktig for pasientene at fastlegeordningen gjør det mulig å opprettholde driften ved sykestuene. Departementet forutsetter at fastlegenes plikt til å delta i virksomheten ved utekontor og sykestuer blir regulert i en sentral avtale.

Det framholdes at arbeidsbelastningen ved hyppig legevakt i småkommuner medfører problemer for bemanning av legestillingene der. Departementet har i alt satt av 9,8 mill. kroner i 1999 til mer enn 90 kommuner til forsøk med utprøving av interkommunal legevakt.

Følgende tiltak framholdes som viktige for å rekruttere leger og stabilisere legedekningen:

- økt tilgang på nye leger
- nytt system for legefördeling
- oppretting av færre nye legestillinger enn nettotilgang på leger
- prioritering av kommunehelsetjenesten ved tildeiling av nye legestillinger
- rekruttering av utenlandske leger og opplæring i nasjonale fag
- skjerpet overvåking av legemarkedet

- forsøk med statlig vikarordning for småkommuner
- forsøksordninger med interkommunalt legevakt-samarbeid
- ny veiledningsordning for turnusleger
- økonomisk støtte til spesialistutdanning i enkelte tiltakskommuner
- utvikling av ressurskommuner

8.1.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at da legens tilskudd fra kommunen i fastlegeordningen er basert på antall personer på legens liste, vil dette gi svakere næringsgrunnlag i mindre kommuner enn i større kommuner dersom det ikke bygges inn utjevningsordninger. Flertallet er derfor positiv til at det bygges ut en utjevningsordning i basistilskuddet, men ser at det utover dette kan være ytterligere behov for andre økonomiske støtteordninger i utkantkommunene.

Flertallet vil peke på at legetettheten i dag i hovedtrekk samsvarer med de ulike kommunenes behov når en tar hensyn til alderssammensetning, bosettingsmønster, reiseavstander, avstand til sykehus og krav til kontinuerlig vaktordning.

Flertallet vil vise til at det i dag er en takst knyttet til legevakt i enkelte kommuner i de fire nordligste fylkene. Flertallet ser det som viktig at man ved senere takstforhandlinger kan utforme takstsystemet slik at det i større grad ivaretar den allmennlegetjenesten som utøves i små- og utkantkommuner.

Flertallet vil peke på at arbeidsbelastningen ved hyppig legevakt i småkommuner medfører problemer med å bemanne legestillinger. Flertallet ser det som viktig at det gjennom tilskuddsmidler fra departementet utprøves ulike legevaktordninger.

Flertallet vil understreke at det er helt nødvendig å satse på tiltak for å rekruttere leger og stabilisere legedekningen i utkantkommunene dersom fastlegeordningen skal kunne gjennomføres for hele landet.

Flertallet vil peke på at i småkommunene er turnuslegene en viktig del av legetjenesten. Flertallet ser det som viktig at forholdene legges godt til rette for turnuslegene innen fastlegeordningen. Flertallet vil vise til at turnuslegene er en viktig kilde til rekruttering av nye allmennleger i utkantkommunene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at økt tilgang på nye leger, nytt system for legefördeling og prioritering av nye legestillinger til allmennlegetjenesten vil være meget vik-

tige tiltak overfor kommuner med ustabil legedekning.

8.2 Offentlig legearbeid i en fastlegeordning

8.2.1 *Sammendrag*

Departementet vil ta initiativ til faglige tiltak for å styrke offentlig legearbeid i forbindelse med innføring av fastlegeordningen. Departementet finner det ikke riktig å komme med konkrete forslag om endret avlønning av offentlig legearbeid i proposisjonen, men uttaler at det vil gi økt oppmerksomhet til de forskjeller som eksisterer mellom avlønningen for offentlig legearbeid og for kurativt allmennt medisinsk arbeid, og de konsekvenser disse forskjellene synes å gi når det gjelder rekruttering til og motivering for offentlig legearbeid. Det understrekes at det ved innføring av fastlegeordningen vil være viktig å klargjøre grensene mellom det ansvaret fastlegen har for personer på sin liste, og det ansvaret leger har for enkeltpersoner når de utfører offentlige legeoppgaver. Andre temaer som drøftes i forbindelse med det offentlige legearbeidet er sykehjemslege, helsestasjonslege/skolelege, legetjenesten for innsatte i fengsler og kommunens ivaretagelse av allmennt medisinsk offentlig legearbeid.

Departementet tilrår at det offentlige legearbeidet som fastlegene tilpliktes, blir avgrenset til å gjelde det offentlige allmennt medisinske legearbeid. Etter departementets mening bør det imidlertid ikke utelukkes at samfunnsmedisinske oppgaver kan avtales med eller pålegges en fastlege dersom vedkommende er kvalifisert. Det er etter departementets oppfatning mest hensiktsmessig at de samfunnsmedisinske oppgavene i større kommuner blir utført av en fast ansatt kommunelege i hel stilling, mens det i mindre kommuner bør vurderes å legge slike oppgaver til en større deltidsstilling.

Departementet vil også framheve at en rekke statlige offentlige legeoppgaver, for eksempel arbeid som trygdelege, militærlege, i forskning eller som universitetslærer, bør kunne regnes som en del av det offentlige legearbeidet. Departementet tilrår at partene regulerer nærmere i en sentral avtale hvilke typer legearbeid som skal regnes som statlige offentlige legeoppgaver eller eventuelt skal betraktes på samme måte ved inngåelse av fastlegeavtale.

Departementet legger til grunn at fastlegene ikke kan tilpliktes bedriftshelsetjeneste gjennom fastlegeavtalen, men uttaler at dette ikke er til hinder for at partene i en sentral overenskomst kan avtale at kommunalt organisert og drevet bedriftshelsetjeneste gir rett til listereduksjon.

Departementet forutsetter at kommuneoverlege/kommunelege I fortsetter i minst samme stillingsstørrelse etter at fastlegeordningen er innført. Departementet går ikke inn for særlige begrensninger for slike

stillinger rettigheter til å få fastlegeavtale. Departementet tilrår at partene sentralt vurderer å innføre stillingsbetegnelsen kommuneoverlege i alle kommuner for å framheve stillingens spesielle karakter og sentrale rolle. Departementet vil påpeke at det er viktig for kommunene å dimensjonere bemanningen i de samfunnsmedisinske stillingene slik at funksjonene blir godt ivaretatt.

8.2.2 *Komiteens merknader*

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at dagens situasjon innenfor offentlig legearbeid er preget av til dels store og komplekse utfordringer; blant annet er det mangel på langsiktig planlegging, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Flertallet vil understreke at innføringen av fastlegeordningen ikke vil innebære endringer i behov for å løse offentlige legeoppgaver og kommunenes plikt til å ivareta disse. Da innføringen av fastlegeordningen vil sette fokus på det kurative legearbeidet, mener flertallet det er viktig at det offentlige helsearbeidet blir spesielt ivaretatt. Flertallet vil understreke at det derfor er viktig at kommunene ved inngåelse av fastlegeavtalene ivaretar de offentlige legeoppgavene. Flertallet vil minne om at disse skal avtales før lengden på pasientlistene fastsettes.

Flertallet slutter seg til at ansvaret for pasienter på sykehjemmet vil være en del av det offentlige legearbeidet. Flertallet vil understreke at det er viktig med god kommunikasjon mellom sykehjemslegen og fastlegen.

Flertallet slutter seg til at ansvaret for skolehelsetjenesten og helsestasjonen skal være en del av det offentlige legearbeidet. Flertallet vil vise til at det er positivt at helsestasjonslegen og skolelegen deltar aktivt i et tverrfaglig samarbeid.

Flertallet ser det som viktig å styrke det offentlige legearbeidet. Flertallet vil derfor be om at departementet vurderer hvilke muligheter man har for å styrke dette både økonomisk og på andre måter.

Flertallet vil vise til at det er sviktende rekruttering og stabilitet i de samfunnsmedisinske stillingene i kommunene. For å sikre rekruttering og stabilitet til kommunelege I-stillingene mener flertallet at det er viktig at disse får en konkurransedyktig avlønning og at det ansettes stedfortredere. Flertallet har merket seg at kommunelege I som har drevet kurativt arbeid ved siden av sitt samfunnsmedisinske arbeid, vil få anledning til å inngå fastlegeavtale for den kurative delen av stillingen. Flertallet ser det som positivt at kommunene der det er behov for det, oppretter interkommunalt samarbeid for å løse de samfunnsmedisinske oppgavene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at pasienter på fastlegeliste som innlegges i pleieinstitusjon, under oppholdet der skal kunne bruke sin egen lege om det er ønskelig.

8.3 Legevakt

8.3.1 Sammendrag

Departementet foreslår at det i forskrift fastsettes en plikt for fastlegene til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden. Det uttales at fastlegene skal ha det organisatoriske ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid for personene på sin liste. Fastlegene vil også måtte yte øyeblikkelig hjelp til personer som står utenfor ordningen, eller personer som midlertidig oppholder seg i kommunen og ikke kan nå sin egen fastlege. Det understrekes at kommunen gjennom avtale med fastlegene må sikre seg at disse deltar i kommunal daglegevakt der det er behov for en slik ordning. Departementet legger til grunn at deltakelse i daglegevakt skal framgå av den individuelle fastlegeavtalen, og foreslår at plikten til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden blir nærmere regulert av partene i en sentral avtale.

Departementet mener at det er en viktig forutsetning for den medisinske nødmeldetjenesten at alle leger kan pålegges å motta kommunikasjonsutstyr. Departementet foreslår at dette skal reguleres i forskrift. Det framholdes at nærmere rammer for samarbeid mellom kommunen og legene om å delta i akutt nødmeldetjeneste som i dag kan fastsettes i sentral avtale.

Departementet foreslår at fastlegenes plikt til å delta i legevakt utenom kontorenes åpningstid, fastsettes i fastlegeforskrift. For øvrig foreslås at utfyllende bestemmelser reguleres i sentral avtale som i dag.

Departementet tilrår at mulighet til å bli fritatt legevakt i visse tilfeller videreføres i avtale mellom partene. Departementet forutsetter at disse reglene refohandles som følge av nye modeller for interkommunalt legevaktssamarbeid.

Departementet foreslår at det utarbeides rutiner for oversendelse av journalnotat fra legevaktlege til fastlege, der pasienten ikke motsetter seg dette.

Departementet vil stimulere til utprøving av nye modeller for legevakt.

Det redegjøres for legevaktforsøket i Namdalen der kommunene har arbeidet med å utvikle en modell for interkommunalt samarbeid mellom 16 kommuner. Det uttales at slikt interkommunalt samarbeid kan være aktuelt for mange mindre folkerike kommuner med til dels store geografiske områder.

Sosial- og helsedepartementet har for 1999 bevilget 9,8 mill. kroner i prosjektmidler til interkommunalt samarbeid om legevakt.

8.3.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at kommunenes nåværende tilbud til befolkningen når det gjelder legevaktordninger, varierer meget, og at vaktbelastningen er stor i distrikter med få leger. Flertallet mener at den store vaktbelastningen kombinert med dårlig økonomisk godtgjøring for disse er en viktig årsak til at det er vanskelig å rekruttere leger til mange distrikter.

Flertallet vil vise til at innenfor fastlegeordningen har fastlegen ansvar for å ivareta øyeblikkelig hjelp for sine listepasienter på dagtid. Flertallet ser det som meget viktig at fastlegen normalt skal ha nødvendig kapasitet til å yte øyeblikkelig hjelp til personer på sin liste, og at det gjennom kollegiale ordninger alltid er én lege som ivaretar øyeblikkelig hjelp-henvendelser. Flertallet vil understreke at det er kommunene som har ansvar for at det etableres samarbeid legene imellom når det gjelder øyeblikkelig hjelp på dagtid. Flertallet vil peke på at det er viktig at dette kommer fram i de individuelle fastlegeavtalene. Flertallet vil for øvrig vise til at gjennom legeloven § 27 har legene en generell plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Flertallet vil vise til at det er kommunene som har ansvar for at minst én lege er tilgjengelig for nødmeldetjenesten innenfor ordinær arbeidstid. Flertallet slutter seg til å videreføre dagens ordning hvor alle leger kan pålegges å delta i denne tjenesten.

Flertallet vil vise til at kommunene etter kommunehelsetjenesteloven har ansvaret for å organisere legevakt utenom åpningstiden. Flertallet vil vise til at legevakt utenfor kontortid i utgangspunktet skal ivaretas av fastlegene, og at fastlegene selv organiserer legevakten i samråd med kommunene. Flertallet slutter seg til at fastlegenes plikt til å delta i legevakt utenom kontorets åpningstid fastsettes i fastlegeforskriften. Flertallet har merket seg at denne plikten ikke bortfaller ved konflikter.

Flertallet ser det som viktig at det utarbeides rutiner for oversendelse av journalnotat fra legevaktlege til fastlege.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, slutter seg til at pasienten selv skal avgjøre om legevaktlegen skal få vite hvem som er ens fastlege.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at det er viktig at kommunene finner fram til gode lokale løs-

ninger for organisering av legevakt, gjerne gjennom interkommunalt samarbeid. Flertallet ser det som positivt at departementet utprøver nye modeller for legevakt. Flertallet vil peke på at det er en utfordring å skape bedre harmoni mellom befolkningens forventninger til legevakten og hva legevakten kan yte av tjenester. Flertallet vil peke på at det her er viktig å gi befolkningen informasjon om hva legevaktjtjenesten skal ta hånd om, og hva som kan vente til legekantoret åpner neste dag. Flertallet mener at bedre tilgjengelighet hos fastlegen på dagtid vil redusere behovet for å oppsøke legevakten.

Flertallet er kjent med at det ute i distriktskommunene er langt dårligere betalt for legevakt enn i tettbebygde strøk fordi legene ved legevakt delvis honoreres etter stykkpris. Flertallet ser det som viktig at den økonomiske godtgjøringen bedres i distriktene hvor legene i tillegg er hardt belastet ved at de ofte må ha vakt innenfor legevaktordningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil sterkt understreke at legevaktlegen i henhold til legeloven § 27 har plikt til å rykke ut til pasientens bosted ved akutt sykdom.

8.4 Turnuslege

8.4.1 Sammendrag

Departementet foreslår forskriftsfestet at legene kan pålegges å veilede turnusleger. Rammene for fastlegens plikt til å veilede turnuslegen, samt økonomisk vederlag for dette, forutsettes regulert i en sentral avtale. Kommunen skal fortsatt ha ansvar for å tilrettelegge turnustjenesten. Det uttales at økningen i antall turnusleger og de organisatoriske utfordringene det innebærer, er betydelig. I samarbeid med berørte parter vil departementet utarbeide et system for å fordele turnusleger, der prioriterte kommuner og veilederlegene i disse kommunene får garanti om tildeling av turnuslege for en nærmere bestemt periode. Forhold som gjelder tilpasning av turnusordningen i en fastlegeordning, skal innarbeides i forskrift om turnusordningen for medisinske kandidater og fysioterapikandidater i kommunehelsetjenesten. Departementet vil senere utarbeide forslag som sendes på høring. Departementet forutsetter også at det blir inngått veilederavtaler mellom kommunen og den enkelte veilederlege etter rammer som blir fastsatt i en sentral overenskomst.

Det vises til forslag oversendt fra Stortinget uten realitetsvotering om å utvide distriktturnustjenesten til ett år. Det uttales i den forbindelse at hvis en utvider til ett års distriktturnus - i kombinasjon med fordobling av antall turnusleger - betyr det at antallet turnuslegeårsverk i kommunehelsetjenesten blir firedoblet i løpet av få år. Etter departementets syn er trolig ikke allmennlegetjenesten i kommunene i stand til å ta imot så mange turnuslegeårsverk.

Det forutsettes at fastlønnstilskuddet for turnusleger delvis skal erstattes av refusjon fra trygden og delvis av et nytt turnustillegg fra staten til kommunen. Det uttales at en slik kombinert løsning med refusjon fra trygden og turnustillegg sikrer at det ikke blir en økonomisk merbelastning for kommunen å ta imot turnusleger i fastlegeordningen.

Departementet forutsetter at partene i avtale viderefører prinsippet i gjeldende turnusforskrift om at det skal gis kompensasjon som forutsettes å dekke utgifter til lokaler og utstyr for turnuslegen. Departementet forutsetter også at rammene for lokale avtaler mellom kommuner og veilederleger blir fastsatt i en sentral avtale.

8.4.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at problemene ved organiseringen av turnustjenesten i kommunene i dag knytter seg til en stor økning i antall turnusleger, en ujevn tilgang på turnusleger og reduksjon i antall stabile leger i kommunene som kan ta imot og veilede turnuslegene.

Flertallet vil vise til at kommunene har plikt til å medvirke til gjennomføring av turnustjeneste, og slutter seg til at det i forskrift gis fastlegene en plikt til å veilede turnusleger.

Flertallet mener at for å kreve en slik plikt må kommunene gis garanti for at de får turnuslege. Flertallet vil peke på at dette vil innebære at enkelte turnusleger som ikke utdannes i Norge, må vente et halvt år med å starte opp i turnustjeneste. Flertallet har merket seg at departementet i samarbeid med de sentrale partene vil utarbeide et system for fordeling av turnuskandidater der prioriterte kommuner og veilederleger får garanti om å motta turnusleger.

Flertallet vil vise til at mangel på stabile veilederleger gjør at turnuslegene får et dårligere faglig utbytte av allmennlegetjenesten innenfor turnustjenesten. Flertallet vil peke på at dette ikke oppmuntrer legene til å fortsette innen allmennlegetjenesten.

Flertallet slutter seg til at kommunene har arbeidsgiveransvaret for turnuslegen, og at turnuslege får opplæring i legevirkosomhet med listeansvar. Flertallet ser det som riktig at turnuslegen arbeider med veileders pasientliste, og at turnuslegen ikke skal fylle en ledig fastlegehjemmel. Flertallet vil peke på at det er viktig at kommunene inngår veilederavtale med den enkelte veilederlege etter rammer som er laget ved sentral overenskomst.

Komiteen vil vise til forslag fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo som ble vedtatt oversendt Regjeringen:

«Det henstilles til Regjeringen å utrede en utvidelse av distriktsturnustjenesten til ett år, med spesiell vekt på distriktspysykiatri, som en del av innholdet i den utvidete tjenesten.»

Komiteen har videre merket seg at artikkel 31 i Rådskonferansedirektiv 93/16/EØF krever at leger skal ha minst to års veiledet tjeneste etter gjennomført universitetsutdanning før de kan arbeide selvstendig for trygdens regning. Komiteen ser positivt på forslaget fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo og mener at det vil være meget interessant å styrke turnuslegenes erfaringer med psykiatrien, ikke minst på bakgrunn av at dette er et fagfelt som mange allmennleger har manglende kunnskap om.

Komiteen vil også peke på at ved utvidelse av turnustjeneste til ett år i kommunehelsetjenesten fjerner man problemet med ujevn rekruttering av turnuskandidater til kommunene. Komiteen har imidlertid merket seg at departementet er bekymret for at allmennlegetjenesten i kommunene trolig ikke er i stand til å imot et fordoblet antall turnuskandidater samtidig som turnuslengden fordobles. Komiteen slutter seg derfor til at turnustjenesten innen allmennlegetjenesten er seks måneder inntil videre.

Komiteen vil peke på at det er viktig at man sikrer at det ikke blir en økonomisk merbelastning for kommunene å ta imot turnusleger i fastlegeordningen. Komiteen vil understreke at det også er viktig at honoraret for veilederlegene som er privatpraktiserende, ivaretar veilederens utgifter og motiverer til å ta på seg ansvaret som veilederlege.

8.5 Storbyer

8.5.1 Sammendrag

Det pekes i proposisjonen på særskilte problemer som storbyen kan stå overfor i forbindelse med innføring av fastlegeordning. Departementet ser det som viktig at kommuner fortsatt kan velge fastlønn som tilknytningsform for å løse kurative oppgaver, for eksempel i bydeler med mange fremmedspråklige innbyggere og derfor tidkrevende konsultasjoner. Det vil være opp til de større kommunene om de vil organisere legevalg på tvers av bydeler. Departementet legger opp til stor kommunal frihet innenfor sentralt opptrukne rammer, blant annet en sentral avtale mellom kommunesektoren og Legeforeningen, og uttaler at det vil være opp til kommunestyret i hvilken grad planleggingen av innføringen av fastlegeordningen i storbyer blir styrt fra sentralt hold i kommunen eller delegert til bydelsforvaltningene.

Studenter, pendlere og andre må fremdeles velge sin fastlege ett sted, men ved valg av fastlege i hjemsteds- eller oppholdskommunen, for eksempel ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner, vil de også kunne benytte fastlege på det andre stedet uten ekstra kostnad.

Når det gjelder legetjeneste til turister, legger departementet opp til at kommunen selv må finne måter å løse dette på, for eksempel gjennom den måten kommunen organiserer øyeblikkelig hjelp-tjenester på gjennom legevakt og eventuelt daglegevakt.

Det framholdes at storbyer står overfor store utfordringer i det offentlige legearbeidet, ikke minst på grunn av til dels store demografiske ulikheter innenfor kommunen. Departementet mener at adgangen til å sette deltakelse i det offentlige legearbeid som vilkår for å inngå fastlegeavtale, innebærer en styrking av det offentlige legearbeidet, særlig i storbyene hvor fastlegene også kan rekrutteres fra gruppen av avtaleløse leger.

Departementet foreslår at plikten til å delta i offentlig legearbeid reguleres i forskrift, mens det tallet den enkelte lege kan pålegges, reguleres i sentral avtale. Kommunen vil imidlertid ha anledning til å inngå avtaler om et høyere antall timer offentlig legearbeid per uke etter forhandlinger med den enkelte lege.

Det uttales at fastlegeordningen ikke forutsetter andre løsninger for øyeblikkelig hjelp på dagtid og legevakt enn dem som allerede blir praktisert i de fleste storbyer.

Departementet framholder at innvandrere med svake norskkunnskaper utgjør et særskilt informasjonsproblem, ikke minst i storbyer, og uttaler at det for storbyer vil kunne være aktuelt å etablere et nærmere samarbeid om å utarbeide materiell m.v. Det vises til at Oslo kommune i forbindelse med forberedelse og innføring av fastlegeordningen har opprettet en egen prosjektgruppe, herunder en arbeidsgruppe som arbeider spesifikt med informasjonstiltak.

8.5.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at et viktig mål med fastlegeordningen er å bidra til å løse storbyens problemer med mange pasienter uten fast legekontakt og mangelfull kontroll med utskrivning av vanedannende medikamenter. Flertallet vil videre vise til at byene har vært preget av forskjellige tilknytningsformer for legen, og som et resultat av dette ulike egenandeler for pasientene.

Flertallet vil peke på at bruken av legevakt og spesialisthelsetjeneste kan ha blitt uhensiktsmessig høy for enkelte pasientgrupper som en konsekvens av at disse har manglet en fast lege å forholde seg til.

Flertallet vil peke på at i enkelte distrikter i storbyene vil fastlegene kunne få mange arbeidskrevende pasienter på sin liste. Flertallet vil i den forbindelse vise til at en lege kan kreve listen etablert slik at 70 pst. fylles opp av pasienter som har valgt legen. Flertallet vil videre vise til at det kan avtales lave-

re listetak ved inngåelse av fastlegeavtale med kommunen. Flertallet er positiv til endringer i takstsystemet som kan fange opp storbyproblemer, for eksempel tids- og tolketakster.

Flertallet viser til at også noen distriktskommuner kan ha slike behov, og at endringer i takstsystemet også bør fange opp dette for disse kommunene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at storbyene kan få problemer med å dimensjonere fastlegetjenesten da de vil ha mange pendlere og studenter som ønsker fastlege i storbyen, framfor hjemstedskommune. Dette flertallet ser positivt på at brukere av helsetjenesten ved universitetet i Oslo kan velge fastlege der dersom de ønsker det.

Dette flertallet vil vise til at når det gjelder det lokale samarbeidet innen fastlegeordningen også i storbyene, vil partene sentralt komme fram til en løsning.

Dette flertallet slutter seg til at det ved innføring av fastlegeordningen ikke bør stilles spesielle krav til leger med en etablert og tilfredsstillende praksis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at ved nyetablering eller flytting bør kommunen stille krav blant annet om legekonto- rets plassering.

Flertallet slutter seg til at når en lege som i dag ikke har avtale med kommunen skal forhandle om en fastlegeavtale, er dette å se på som nyetablering.

Flertallet vil imidlertid peke på at det er viktig at kommunen viser fleksibilitet med hensyn til å stille krav om legekonto- rets plassering. Hensynet til opparbeidet praksis må veies opp mot årsaken til at kommunen ønsker flytting av legekonto- retet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at det innenfor det offentlige legearbeidet er store utfordringer i storbyene. Dette flertallet vil peke på at alle som inngår fastlegeavtale, er pliktig til å delta i offentlig legearbeid. Dette flertallet vil vise til at storbyene i dag har mange avtaleløse leger som ikke deltar i offentlig legearbeid. Dette flertallet mener derfor at fastlegeordningen vil øke tilgangen på leger i den offentlige legetjenesten i storbyene.

Dette flertallet vil vise til at storbyene vil ha legevaktleger som sjelden er den samme som fastlegen. Dette flertallet vil understreke at det er vik-

tig at journalnotat oversendes fastlegen dersom pasienten ikke motsetter seg dette, slik at kontinuitet og oppfølging sikres.

Dette flertallet har merket seg at Oslo kommune har opprettet en egen prosjektgruppe som arbeider med fastlegeordningen, og at det er en egen arbeidsgruppe i prosjektet som arbeider med informasjonstiltak. Dette flertallet vil understreke at det er viktig at det blir gitt god informasjon om innføringen av fastlegeordningen både til innvandrere og andre grupper av befolkningen som har behov for tilrettelagt informasjon.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til Innst. S. nr. 21 (1994-1995) om representanten John I. Alvheims forslag om innføring av egenjournal i norsk helsevesen. Disse medlemmer viser til henstillingen til departementet fra flertallet om å gjennomgå de prøveprosjekter som har vært gjennomført, for å se på de erfaringer som er gjort, og komme tilbake til Stortinget med saken senest i forbindelse med statsbudsjettet for 1996.

Disse medlemmer viser til at dette ikke er fulgt opp, og henstiller derfor til departementet å vurdere innføring av egenjournal.

9. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

9.1 Finansierings- og avlønningsmodell for legetjenesten i fastlegeordningen

9.1.1 Sammendrag

Det er forutsatt at de samlede offentlige utgiftene til allmennlegetjenestene ved innføringstidspunktet ikke skal øke som følge av selve innføringen av fastlegereformen.

Ved behandlingen av St.meld. nr. 23 (1996-1997) la et flertall i Stortinget til grunn som ett av 13 hovedprinsipper, at fastlegeordningen skulle finansieres med 30 pst. basistilskudd på bakgrunn av antall personer på listen og 70 pst. refusjon/egenandel, jf. Innst. S. nr. 215 (1996-1997). Dette endret fordelingen av finansieringsansvaret mellom kommune og stat. Forutsatt at egenandelene holdes på samme nivå som i dag, vil staten finansiere en større andel av utgiftene til legetjenesten.

Det legges opp til at legenes driftsinntekter i kurativ praksis i fastlegeordningen skulle bestå av per capita-tilskudd, refusjon fra folketrygden og egenbetaling fra pasienten.

Departementet legger opp til å motvirke utilsiktede effekter av hovedmodellen for avlønning, og foreslår spesielle tilpasninger for små kommuner.

9.1.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at kostnadene vil kunne øke som en følge av bedre tilgjengelighet til lege og derved flere konsultasjoner og ved at dagens avtaleløse leger inngår fastlegeavtale.

Flertallet ser det som positivt at legene gjennom fastlegeordningen skal honoreres etter samme modellen i alle kommuner. Flertallet vil imidlertid peke på at det i en del småkommuner fortsatt vil være behov for fastlønn til legene. Flertallet vil peke på at kommunene fortsatt kan betale for kontor og hjelpepersonell.

9.2 Kommunalt per capita-tilskudd

9.2.1 Sammendrag

Departementet foreslår at det legges opp til utjamningstilskudd til legepraksiser for å utjamne forskjeller i kommunalt tilskudd til legetjenesten. Ordningen foreslås for å bedre driftsgrunnlaget for selvstendig næring i kommuner der det i gjennomsnitt blir for korte lister til å gi tilstrekkelig næringsgrunnlag.

9.2.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at til forskjell fra dagens driftstilskudd vil det nye kommunale per capita-tilskudd være avhengig av den enkelte leges listelengde. Flertallet vil peke på at dette vil gi ulikt driftsgrunnlag i de enkelte kommuner. Flertallet vil peke på at ved å ha få leger i en kommune i forhold til innbyggertallet vil listelengden bli større og basistilskuddet større. Flertallet vil understreke at det er viktig at den enkelte kommune tar på alvor å ha en legedekning som gir en forsvarlig dekning av legebehovet i kommunen.

Flertallet har merket seg at den enkelte kommune skal betale per capita-tilskudd for sine innbyggere også til fastleger som praktiserer utenfor kommunenes grenser.

9.3 Refusjon fra trygden

9.3.1 Sammendrag

Det foreslås å endre folketrygdloven § 5-21 slik at det også for fastlønte leger ytes refusjon for utført behandling. Refusjonene vil i disse tilfellene tilfalle kommunene. Departementet legger til grunn at de offentlige utgiftene ikke skal øke som følge av omleggingen.

Det er blitt pekt på at høy grad av stykkprisfinansiering i fastlegeordningen kan premiere korte og hyppige konsultasjoner. Staten vil ha som utgangspunkt

at økningen av honorartakstene, på bekostning av det kommunale tilskuddet, bør utformes slik at det gir incentiver til god oppfølging av personene på listen. Det framholdes at det ved senere takstforhandlinger også vil være mulig å utforme takstsystemet slik at det i større grad ivaretar den allmennlegetjenesten som utøves i små- og utkantkommuner.

9.3.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at når det gjelder refusjon til fastlønnsstillingene, vil fastlønnsstilskuddet bli erstattet av refusjon fra folketrygden for den enkelte pasient. Flertallet vil peke på at denne endringen kan medføre økte kostnader for de kommunene som har dårlig pasientgrunnlag, ved at refusjonen fra folketrygden blir mindre enn fastlønnsstilskuddet.

9.4 Egenbetaling fra pasientene

9.4.1 Sammendrag

Departementet foreslår at personer tilknyttet fastlegeordningen skal betale vanlig egenandel hos alle fastleger, og at innbyggere som velger å stå utenfor fastlegeordningen, skal betale forhøyet egenandel. Det uttales at på den måten vil hensynet til pendlere og studenter og andre som har behov for legehjelp i flere kommuner, bli ivare tatt. Innbyggere som velger å stå utenfor fastlegeordningen, vil etter forslaget få frikort på basis av den egenandelen som pasienter innenfor fastlegeordningen betaler. Disse innbyggerne vil fortsatt måtte betale tillegget til denne egenandelen etter at frikortgrensen er nådd.

9.4.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, ser det som ønskelig å få en entydig praktisering av egenbetalingen innenfor den offentlige allmennlegetjenesten. Flertallet vil understreke at egenbetaling til lege går inn under ordningen med frikort.

Flertallet slutter seg til at pasienter som aktivt velger å stå utenfor fastlegeordningen, må betale ekstra egenandel ved konsultasjoner hos fastleger.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil gå imot bestemmelsen om at pasienter som velger å stå utenfor fastlegeordningen, må betale ekstra egenandel ved konsultasjoner hos fastleger eller andre leger.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som velger å stå utenfor fastlegeordningen, skal betale den samme egenandel som om vedkommende hadde stått på fastlegeliste, og kunne føre egenandelene på egenandelskortet.»

9.5 Utjamningstilskudd

9.5.1 Sammendrag

Departementet tilrår at det gis ekstra tilskudd til leger i små kommuner med høy legedekning i form av fast aktivitetsuavhengig tilskudd. Departementet tilrår at leger i kommuner som har mindre enn 5 000 innbyggere og høy legedekning, skal gis et utjamningstilskudd. Det foreslås at det for hver lege i kurativ praksis skal gis et ekstra tilskudd som tilsvarer differansen mellom per capita-tilskuddet for en definert listelengde og per capita-tilskuddet for den gjennomsnittlige listelengden i kommunen.

9.5.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at for legene i små utkantkommuner med korte pasientlister vil det være behov for et utjamningstilskudd som skal jevne ut basistilskuddet i disse kommunene i forhold til de større kommunene. Flertallet har merket seg at Regjeringen foreslår at utjamningstilskuddet i hovedsak knyttes opp til kommuner som har mindre enn 5 000 innbyggere.

Flertallet slutter seg til at utjamningstilskuddet beregnes til differansen mellom per capita-tilskudd for en definert listelengde og per capita-tilskuddet for gjennomsnittslisten i kommunen.

9.6 Fastlønn som alternativ

9.6.1 Sammendrag

Departementet mener det vil være nødvendig for kommunene å kunne velge fastlønn som tilknytningsform og kunne tilby leger som ønsker det, ansettelse. Dette forutsetter at partene fortsatt opprettholder stilling som fastlønnet lege for kurativt arbeid i det sentrale avtaleverket.

9.6.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke at det er viktig at det fortsatt skal være anledning for kommunene å ansette leger i fastlønnsstillinger. Flertallet vil peke på at dette er mest aktuelt i de mindre kommunene der det er lite pasientgrunnlag og usikkert å investere i kontorer og utstyr. Flertallet vil vise til at ved fastlønnte stillinger tar kommunen an-

svar for driftsutgifter og for utstyr, lokaler og ansettelse av hjelpepersonell.

9.7 Alternative driftsformer i små kommuner

9.7.1 Sammendrag

Etter departementets vurdering vil selvstendig næring i kommunale kontorer være et alternativ til normale fastlegevilkår i små kommuner.

Departementet foreslår at det gis åpning for å avtale at refusjoner og egenandeler kan inngå som et element i legens avlønning. Det foreslås at det blir utformet sentrale rammer eller standardavtaler om økonomiske rammevilkår for alternative driftsformer.

9.7.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at selvstendig næring i kommunale kontorer vil kunne være et bra alternativ innen fastlegeordningen i mindre kommuner. Flertallet vil peke på at en ordning med å betale en viss prosent av omsetning i leie vil sikre at legens kostnader vil være i forhold til inntekter.

9.8 Endret finansieringsansvar mellom stat og kommune

9.8.1 Sammendrag

For dagens driftsavtaleleger utgjør stykkprisinntektene omkring 60-65 pst. av driftsinntektene for et kurativt årsverk. Stykkprisinntektene skal øke til omkring 70 pst. i fastlegeordningen. Departementet legger til grunn at egenandelene skal være på dagens nivå. Det betyr at det er refusjonsandelen som vil øke. Dette innebærer økte utgifter for staten i forhold til dagens nivå i størrelsesorden 80 000 kroner per kurativt legeårsverk.

Det uttales at det kan være risiko for at høy stykkprishonorering kan ha uheldige vridningseffekter, og at økt refusjonsandel vil kunne gi staten redusert kostnadskontroll fordi utgiftsnivået i større grad kan påvirkes av legenes aktivitetsnivå. Departementet vil evaluere de økonomiske konsekvensene av fastlegeordningen og eventuelle vridninger som følge av endret avlønningsform. Det uttales at dersom innføringen av ny avlønningsmodell medfører uønskede vridninger, vil justeringer i avlønningsmodellen bli vurdert.

Det uttales at for kommunene vil det foreslåtte finansieringssystemet innebære god budsjettkontroll med forutsigbare utgifter. Størrelsen på per capita-tilskuddet skal avtales i sentrale forhandlinger i 2000. Disse forhandlingene vil avklare størrelsen på kommunenes kostnader til fastlegeordningen.

Økning i refusjonsnivået gjør at fastlønnskommuner i gjennomsnitt vil få utbetalt mer i refusjoner enn

med dagens fastlønnstilskudd. Refusjonsinntektene i fastlegeordningen blir imidlertid avhengig av den fastlønte legens aktivitet, og det vil både være kommuner som kommer godt ut og dårlig ut sammenlignet med dagens fastlønnstilskudd.

Utgifter til utjamningsordningen vil komme i tillegg til per capita-tilskuddet, slik at utgiften per innbygger i disse kommunene blir høyere enn i større kommuner. Med utjamningstilskuddet vil kommunens utgifter som i dag bli avhengig av antall legestillinger, og utgiften per legestilling vil svare til per capita-tilskuddet for avtalte minimumsliste.

Det legges opp til at kommunerammen skal tilpasses endret finansieringsansvar. Overføringene til kommunesektoren skal justeres ned i samsvar med forventet reduksjon i de kommunale utgiftene. Endring i overføringene til kommunesektoren vil skje gjennom rammetilskuddet, og vil i størst mulig grad bygge på objektive fordelingskriterier. Det framholdes at en vil tilstrebe at rammevilkårene for hver enkelt kommune blir de samme før og etter innføringen av fastlegeordningen. Hvordan kommunene kommer ut i forhold til dagens utgiftsnivå, vil være avhengig av kommunens tilpasning i dagens system.

For å kompensere for endret utgiftsdeling mellom stat og kommune, vil det bli foretatt trekk i overføringene til kommunene. Konsekvenser for kommuneøkonomien vil bli nærmere behandlet i kommuneøkonomiproposisjonen for 2001.

9.8.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at fordelingen av finansieringsansvar mellom stat og kommune endres når fastlegeordningen innføres. Flertallet vil vise til at kommunenes utgifter reduseres og statens utgifter øker som en følge av Stortingets vedtak om at fastlegeordningen skal finansieres med 30 pst. basistilskudd og 70 pst. refusjoner. Flertallet har merket seg at økningen i de statlige utgiftene i forbindelse med trygdeetatens utgifter til behandlingsrefusjon kompenseres ved tilsvarende kutt i rammeoverføringene til kommunesektoren.

9.9 Administrative konsekvenser

9.9.1 Sammendrag

Staten vil gjennom trygdeetaten ha ansvar for opprettelse, informasjon om og vedlikehold/oppretting av listesystemet. Trygdeetaten vil få styrket sin bevilgning for å tilrettelegge for listeetablering, jf. statsbudsjettet for 2000. Innføring av fastlegeordningen medfører at det skal betales refusjon til flere leger enn i dag, og det kan føre til merarbeid for trygdeetaten.

Det foreslås at fylkeslegen skal behandle søknader om dispensasjon/suspensjon. Pasientene gis klagerett til kommunen dersom de ikke får tilbud om fastlege ved oppstart og senere mulighet til å bytte fastlege. Eventuell videre klageadgang vil ivaretas av fylkeslegen.

Det foreslås at legene får klagerett til departementet ved avslag på fastlegeavtale. Denne bestemmelsen kan medføre merarbeid i en overgangsfase. Det foreslås videre en klagerett overfor departementet ved urimelige vilkår for inngåelse av fastlegeavtale.

Fastlegeordningen innebærer at kommunen må organisere legetjenesten på en ny måte. For kommuner som i dag har fastlønte leger som går over på fastlegevilkår som privat næringsdrivende, betyr det en overgang fra arbeidsgiverrolle til avtalepart. Kommunen må inngå individuell fastlegeavtale med et tilstrekkelig antall fastleger og planlegge tilretteleggingen av det offentlige legearbeidet og organisering av legevakt i fastlegeordningen. Når ordningen er etablert, har kommunen ansvar for å holde oversikt over hvilke leger som har åpne lister og legge til rette for at innbyggerne kan bytte lege dersom de ønsker det. Kommunen har ansvar for å gi tilflyttere mulighet til å velge fastlege.

I fastlegeordningen knyttes kommunens utgifter til per capita-tilskudd som skal følge innbyggerne også når de velger fastlege over kommunegrensene. Departementet tilrår at personens hjemstedskommune betaler per capita-tilskuddet, mens den kommunen hvor fastlegen har praksis, skal forskuttere tilskuddet til legen. Det legges opp til at trygdeetaten skal foreta avregning av mellomværende mellom kommunene.

Ved innføringen av fastlegeordningen foreslås nye rettigheter for pasienten, som kan påklages til kommunen dersom rettighetene ikke innfris.

Samlet sett vurderer departementet at hovedtyngden av kommunenes administrative kostnader i forbindelse med forberedelse og innføring vil komme i løpet av 2000. Kommunerammen er foreslått økt med 10 mill. kroner i 2000. Når det gjelder administrative oppgaver etter 1. januar 2001, forutsettes de dekket innen rammen for ordinære drifts- og forvaltningsoppgaver.

9.9.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil vise til at staten gjennom trygdeetaten har ansvar for opprettelse og vedlikehold av listesystemet.

Flertallet vil peke på at fastlegeordningen innebærer at kommunene må organisere legetjenesten på en ny måte. Flertallet vil vise til at det er kommunen som får ansvar for å inngå tilstrekkelig antall

fastlegeavtaler slike at alle innbyggere som ønsker det, blir tilknyttet fastlege.

Flertallet ser det som viktig at det etableres rådgivende samarbeidsforum i alle kommuner.

Flertallet har merket seg at kommunerammen er økt med 10 mill. kroner i 2000 for å dekke merkostnadene knyttet til etableringen av fastlegeordningen.

10. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen fortsette arbeidet med å bedre allmennlegetekningen – spesielt i utkantstrøk. Forslaget om en fastlegelov skrinlegges inntil videre.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som ikke får henvisning til spesialist fra sin fastlege, skal kunne benytte egenhenvisning til spesialist med vanlig refusjon.

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen, før fastlegeordningen trer i kraft, forelegge forskriftene til ordningen for Stortinget.

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen regulere pasientrettighetene i fastlegeordningen i pasientrettighetsloven.

Forslag 5

Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienten har rett til valg av fastlege uavhengig av kommunegrensene.

Forslag 6

Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter på liste hos fastlege skal stå fritt til å velge ny fastlege når dette av ulike grunner er ønskelig og nødvendig.

Forslag 7

Stortinget ber Regjeringen sørge for at valg av fastlege for barn under omsorg av barnevernet gjøres i samråd med foreldrene hvis ikke disse er fratatt foreldreretten.

Forslag 8

Stortinget ber Regjeringen sørge for at leger med avtaleløs praksis kan opprette praksis uavhengig av fylkes- eller kommunegrensene.

Forslag 9

Stortinget ber Regjeringen sørge for at pasienter som velger å stå utenfor fastlegeordningen, skal betale den samme egenandel som om vedkommende hadde stått på fastlegeliste, og kunne føre egenandelene på egenandelskortet.

11. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser for øvrig til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre slikt

vedtak til lov

om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)

I

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 (*Oppgaver under helsetjenesten*)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
 - a) miljørettet helsevern
 - b) helsestasjonsvirksomhet
 - c) helsetjenester i skoler
 - d) opplysningsvirksomhet
 - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. *allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning*
2. *legevaktordning*
3. *fysioterapitjeneste*
4. *sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*
5. *jordmortjeneste*
6. *sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie*
7. *medisinsk nødmeldetjeneste.*

Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste.

Departementet kan ved forskrift treffe nærmere bestemmelse om den virksomhet som hører under kommunens helsetjeneste, herunder forskrift om planlegging, oppføring, innredning og drift av og tilsyn med sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.

Fylkeslegen kan for en bestemt periode suspendere plikten til å ha fastlegeordning, jf. annet ledd nr. 1, dersom tungtveiende grunner tilsier det.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om fastlegeordningen, herunder om adgangen til suspensjon.

Ny § 2-1a skal lyde:

§ 2-1a (Pasientrettigheter i fastlegeordningen)

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale etter § 1-3 annet ledd nr. 1. 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 § 1-3 sjette ledd.

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

§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 (Klage)

Den som søker helsehjelp, kan påklage avgjørelsen etter § 2-1 til det organ kommunestyret bestemmer. *Det samme gjelder avgjørelser etter § 2-1a.* Under behandling av klagen skal klageorganet ha 5 medlemmer.

Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages til fylkeslegen.

Fristen for klage er i alle tilfelle fire uker fra vedkommende fikk høve til å klage. En klage som kommer etter fristen, kan likevel tas under behandling når det finnes rimelig at den blir prøvd. *For øvrig gjelder forvaltningslovens regler om klage.*

II

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 5-4 annet ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen eller avtale om driftstilskott med fylkeskommunen, se kommunehelsetjenesteloven § 5-1 og sykehusloven § 12.

Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-21 skal lyde:

§ 5-21 Fastlønnstilskott

Trygden yter fastlønnstilskott som delvis skal dekke kommunens utgifter til fast ansatte fysioterapeuter.

Fastlønnstilskott ytes i stedet for stønad etter § 5-8, og utbetales til kommunen.

Departementet gir forskrifter om fastlønnstilskott.

III

Lovendringene trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene skal tre i kraft til forskjellig tid.

IV

Fra 1. januar 2001 oppheves lov 4. juli 1991 nr. 53 om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten.

Oslo, i sosialkomiteen, den 17. februar 2000

John I. Alvheim
leder

Åse Gunhild Woie Duesund
ordfører

Are Næss
sekretær