



Allmennleger i spesialisering (ALIS)

Del 2 av 2

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	4
2	BAKGRUNN	5
3	BEGREPER	6
4	OPPDRAGET	7
4.1	Mandat	7
5	ORGANISERING OG METODE I DEL 2	8
6	NÆRMERE OM RAMMER FOR BEHOVSFRAMSKRIVNINGEN	9
6.1	Allmennleger i kommunene	10
7	FRAMSKRIVNING AV BEHOV FOR ALIS FREM MOT 2030	12
7.1	Scenarium 0	12
7.2	Scenarium 1 – Befolkningsvekst	13
7.3	Scenarium 2 – Normalisering av arbeidstid	14
7.4	Scenarium 3 – Endring av arbeidsoppgaver og - mengde	14
7.5	Scenarium 4 – Reduksjon av listelengde	15
7.6	Andre faktorer som vil ha innvirkning på fremtidig behov for ALIS	15
7.7	Konvertering fra gammel til ny ordning for ALIS	16
8	ALIS I HELSEFORETAK / INSTITUSJON	17
9	OVERSIKT OVER STATENS ØKONOMISKE VIRKEMIDLER INN I ORDNINGEN	18
10	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER AV TILRETTELEGGING FOR ALIS	20
10.1	Individuell veiledning	21
10.2	Gruppeveiledning	22
10.3	Supervisjon	23
10.4	Krav om to år i åpen, uselektert allmennpraksis	24
10.5	Tjeneste i godkjent utdanningsvirksomhet	25

10.6	Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål	25
10.7	Videre- og etterutdanning av lærekreftene	25
10.8	Andre kommunale oppgaver/ressurser til å lede og administrere spesialistutdanningen i kommunene	26
10.9	Årlig kostnad ALIS inn i ordningen	27
10.10	Avtaleforhold mellom kommune og ALIS	28
10.11	Behov for interregional overbygging av ordningen	29
10.12	Oversikt kostnads- og inntektselementer	29
10.12.1	Veiledertid	30
10.12.2	Supervisjon	30
10.12.3	Vurdering og godkjenning av måloppnåelse	30
10.12.4	Kostnadsdekning/kompensasjon til fastlegepraksis som har ALIS	30
10.12.5	Kursavgift inkludert gruppeveiledning	30
10.12.6	Etableringskostnad ALIS	31
10.12.7	ALIS fravær fra praksis i forbindelse med spesialisering	31
10.12.8	Lønnsutgifter	32
10.12.9	Egenandeler og refusjonsinntekter	32
10.12.10	Basistilskudd	32
10.12.11	Tilskudd veiledning	32
10.12.12	Tilskudd supervisjon	33
10.12.13	Andre tilskudd	33
10.13	Oversikt dekning av utgifter til spesialistutdannings – Fond II	33
10.14	Rekrutteringstiltak	34
	Legeforeningen om listereduksjon:	36
11	KONSEKVENSER AV KOMPETANSEBEHOVET FOR LEGER	36

1 INNLEDNING

Oppdraget gitt til arbeidsgruppen er todelt:

- 1) Det skal utredes ulike modeller for utdanningsstillinger. Modellene ble levert til trepartssamarbeidet 1. juli 2018, slik at den kunne inngå som et grunnlag for en omtale i statsbudsjettet for 2019.
- 2) Utredningen her - andre del - omhandler framskrivning av behov for allmennleger i kommunene frem mot 2030, konsekvensutredning og økonomiske og administrative beregninger av ordningen. Leveringsfrist til trepartssamarbeidet er 1. november 2018.

I del 1 omtalte vi tre modeller for allmennleger i spesialisering (ALIS) i kommunen:

- Modell 1: ALIS næringsdrivende fastlege
- Modell 2: ALIS fast lønn – kommunalt ansatt fastlege
- Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen

Det ble også pekt på muligheten for at fastlegen kunne være ansatt på fastlegekontor. Denne modellen har vi ikke arbeidet videre med, da det er behov for ytterligere utredning av modellen.

KS og Oslo kommune bemerker at i rapporten del 1 beskrives som del av modell 2 muligheten for at LIS3 ansettes av legene på legekantoret. Dette lar seg ikke gjøre innenfor gjeldende regelverk og vil heller ikke være en ønskelig modell så lenge det er kommunen som har sørge for ansvaret. Denne og flere andre arbeidsrettslige spørsmål må utredes nærmere, jfr omtalen i denne rapporten av midlertidige stillinger og listeansvar.

Helsedirektoratets vurdering er at en stor del av spesialistutdanningen av ALIS vil skje i praksisfeltet. Derfor er det også en forutsetning at leger som spesialisere seg i allmennpraksis gjennomfører arbeid i åpen uselektert allmennpraksis som i dag, og at dette skal utgjøre bærebjelken. Med uselektert allmennpraksis menes en praksis som er åpen for alle uten en forutgående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelser. Pasientkontinuitet ivaretas nettopp av fastlegens listeansvar, og det er ved å ha listeansvar for en uselektert pasientgruppe at fastlegene får nødvendig erfaring og kompetanse.

Under arbeidet med del 2 ble det klart at alle tre modellene har mange felles kostnads- og inntektselementer. Arbeidsgruppen mener derfor at det ikke blir så relevant å fremføre framskrivningene av behovet for arbeidsplasser til ALIS med skarpe skiller mellom de tre modellene.

Vi har i vår framskrivning av behov for ALIS sett frem mot 2030. Arbeidsgruppen har laget ulike scenarier og beregnet hvor mange ALIS som må inn i ordningen for å dekke opp for henholdsvis årlig avgang, befolkningsvekst, og normalisering av fastlegenes arbeidstid. Bakgrunnen for alle beregninger kan gjenfinnes i rapportens tekstdel under hvert kapittel.

I tillegg har vi i rapporten diskutert hva endring av allmennlegenes/fastlegenes arbeidsoppgaver, arbeidsmengde og reduksjon av listelengde vil kunne bety for framtidig behov av ALIS inn i ordningen. Arbeidsmengde, arbeidsoppgaver og reduksjon av listelengde har i mange tilfeller overlappende virkning på antall ALIS og er nærmere beskrevet i rapporten.

Vi har for enkelthets skyld fordelt utviklingen jevnt over 10-12 årene i alle scenariene, men at det er en risiko for at vi kan få en "pukkeffekt" like etter 01.03.2019.

Til slutt har vi laget en summarisk oversikt over de konsekvensene som økte kompetansekrav får for kommuner og leger. Mange av konsekvensene av økte kompetansekrav er omtalt i de ulike kapitlene i rapporten.

2 BAKGRUNN

1. mars 2017 trådte spesialistforskriften i kraft. 1. september 2017 startet de første legene i spesialisering i den nye spesialistutdanningens del 1. HOD har i høringsnotat fremmet forslag til regulering av spesialistutdanningen for spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin spesialistforskriften, og tar sikte på at endringsforslagene blir vedtatt i løpet av høsten 2018 med ikrafttredelse 1. mars 2019.

1. mars 2017 trådte forskrift om kompetansekrav for leger (i kommunen) også i kraft. Den fastsetter at alle leger som ansettes i klinisk legearbeid i kommunen skal spesialisere seg i allmennmedisin. Bestemmelsene gjelder både fastleger og leger i klinisk stilling i kommunen utenom fastlegeordningen.

Fastlegeordningen blir i mange sammenhenger omtalt som en vellykket ordning for pasientene. Ordningen har sine utfordringer. Aktørene nevner ledelse, oppgavemengde, arbeidstid, vikarbruk, lister uten fastlege, finansiering, kompetansekrav, legevakt og forskning. I KS arbeidsgivermonitor opplyses det at det i 52 % av kommunene er svært eller ganske utfordrende å rekruttere nye allmennleger¹. Tidligere var disse utfordringene vært forbeholdt de mindre og mer perifere kommunene, men flere mer sentrale kommuner rapporterer nå om rekrutterings-utfordringer.

Et av flere tiltak som er nevnt for å sikre rekruttering og stabilisering av allmennleger er mer strukturert og forutsigbar spesialistutdanning i allmennmedisin. Unge leger ønsker seg muligheten for utdanningsstillinger/hjemler som sikrer veiledning, supervisjon, ordnede arbeidsforhold og økonomisk sikkerhet - mer lik de utdanningsstillingene man finner i spesialisthelsetjenesten.

¹ KS rapport 2015

3 BEGREPER

LIS: Lege i spesialisering.

ALIS: Allmennlege i spesialisering del 3 (i fastlegehjemmel som kommunalt ansatt eller næringsdrivende eller i klinisk legestilling i kommunen utenom fastlegeordningen).

Allmennlege: Lege som arbeider med allmennmedisinske kliniske oppgaver i en kommune herunder fastleger, ansatte leger i helsestasjon, sykehjem, skole- og fengselshelsetjeneste med flere.

Fastlege: Lege som innehar avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale: En individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege. Det kan inngås fastlegeavtale som ansatt i kommunen eller som privat næringsdrivende.

FLO: Fastlegeordningen.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Veiledning: Innebærer refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon under spesialisering. Veiledningen skal bidra til vurdering av LIS gjennom regelmessige samtaler mellom LIS og mer erfaren lege, som er spesialist i allmennmedisin. Veiledningen skal foregå individuelt og som gruppeveiledning sammen med andre ALIS.

Supervisjon: Innebærer bistand fra mer erfaren lege i tilknytning til konkrete situasjoner i den daglige virksomheten der LIS har behov for råd for å kvalitetssikre behandlingsopplegg og bedre sin praksis.

Registrert utdanningsvirksomhet: Kommune eller andre offentlige eller private virksomheter som skal inngå avtale med eller ansette leger som skal gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin.

Godkjent utdanningsvirksomhet: Et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter.

Institusjonstjeneste: Tjeneste ALIS må gjennomføre for å få godkjent læringsmål ALM-085: ALIS skal ha dybdekompetanse i utredning, behandling og oppfølging av en eller flere selekterte pasientpopulasjoner. Tjenesten er analog til "sykehusåret" i spesialistutdanningen i allmennmedisin som gjelder til 01. mars 2019.

Starttidspunkt for spesialisering må registreres – når stilling / hjemmel tiltres

Stoptidspunkt for spesialisering er innleveringsdato for søknad, hvis den blir godkjent.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842)

Forskrift om kompetansekrav for leger. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (FOR-2017-02-17-192).

Spesialistforskriften. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (FOR-2016-12-08-1482)

Akuttmedisinforskriften. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2015-03-20-31)

4 OPPDRAGET

Formålet med oppdraget fra HOD er å bedre rekrutteringen av allmennleger til kommunehelsetjenesten gjennom å tilby tilrettelagte og forutsigbare utdanningsløp for leger som ønsker spesialistutdanning i allmennmedisin.

KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (Trepertssamarbeidet for fastlegeordningen) har besluttet å nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe for å utrede ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin i både fastlønnet stilling og ved næringsdrift og å vurdere konsekvensene av økte kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppdraget gitt til arbeidsgruppen er todelt:

- 3) Det skal utredes ulike modeller for utdanningsstillinger. Modellene ble levert til trepartssamarbeidet 1. juli 2018, slik at den kunne inngå som et grunnlag for en omtale i statsbudsjettet for 2019.
- 4) Utredningen her - andre del - omhandler framskrivning av behov for allmennleger i kommunene frem mot 2030, konsekvensutredning og økonomiske og administrative beregninger av ordningen. Leveringsfrist til trepartssamarbeidet er 1. november 2018.

Arbeidet med utredningen av ulike modeller for utdanningsstillinger må gjøres innenfor rammen av forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger som var ute på høring med frist for uttalelser 22. juni 2018.

4.1 Mandat

Arbeidsgruppen skal i denne andre del av utredningen anslå behov i et tiårsperspektiv for antall leger i spesialisering etter endringer i spesialistutdanningsforskriften. Det skal skisseres minst tre scenarier for behov (i antall) for leger i spesialisering gitt ulike forutsetninger.

Arbeidsgruppen skal anslå fremtidige endringer som følge av: aldersavgang, økning i legedekning, nyopprettet stilling/avtaler, konvertering fra gammel til ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin.

Videre skal det beregnes hvor mange av disse som årlig kan være aktuelle for tilsetning i utdanningsstillinger/avtaler i kommunene. Det skal foreslås hvordan midler til slike stillinger (ALIS) kan fordeles og vurderes hvordan nødvendig forutsigbarhet i spesialiseringsforløpet kan ivaretas. Videre skal det drøfte hvordan det praktisk kan legges til rette for å oppfylle de krav og plikter som fremgår av høringsnotat til endring i spesialistforskriften, herunder gjennomføring av veiledning og supervisjon. Avslutningsvis skal konsekvenser av ulike kompetansebehov for leger gitt forskrift kan få for kommuner og leger, drøftes. Rapporten Utredningens andre del omhandler konsekvensutredning og økonomisk administrative beregninger og skal leveres 1. november 2018.

Den første delen av utredningen beskrev modeller som vil kunne tilpasses ulike økonomiske rammer. De økonomiske og administrative konsekvensene av modellene utredes i denne del av oppdraget.

5 ORGANISERING OG METODE I DEL 2

Helsedirektoratet representerer HOD i dette arbeidet og er ansvarlig for å drifte og lede utredningsarbeidet. I Helsedirektoratet har første og andre del av utredningen vært forankret i avdeling Kommunale helse- og omsorgstjenester. Arbeidets andre del har vært organisert med en ekstern arbeidsgruppe, sistnevnte med representanter fra Trepertssamarbeidet - KS, Oslo Kommune og Legeforeningen.

I tidsperioden 1. september til 29. oktober 2018 er det blitt avholdt fire arbeidsmøter. I tillegg har alle deltakere i begge grupper bidratt med skriftlige innspill.

Under er en oversikt over forankring og deltakelse i utredningsarbeidet:

Prosjekteier: Per Magne Mikaelsen, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Prosjektleder: Knut Berglund, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Eksterne deltakere

- Hege Torvbråten, KS
- Liv Overaae, KS
- Jon Ørstavik, Oslo kommune
- Synne Marie Schou Øhrberg, Oslo kommune
- Sara Underland Mjelva, Legeforeningen
- Siri Næsheim, Legeforeningen

Interne deltakere

- Kjell Maartmann-Moe, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Knut Berglund, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

6 NÆRMERE OM RAMMER FOR BEHOVSFRAMSKRIVNINGEN

Krav om spesialistutdanning i allmenntmedisin gjelder for alle leger som yter helsehjelp og har fast arbeidsavtale eller fastlegeavtale inngått etter 01. mars 2017 med kommunen og som ikke er spesialister i allmenntmedisin².

For å kunne lage gode estimater over behov for antall leger i spesialisering i et tiårsperspektiv ser vi for oss scenariene nedenfor. Vi lar scenariene bygge på hverandre. De sikreste estimatene ligger i bunnen. Vi ser frem til 2030.

Det er anlagt et nasjonalt perspektiv på estimatene. Det er imidlertid store forskjeller på introdusere / ta bort et legeårsværk i små og store kommuner. Tallene må derfor brukes med klokskap.

Det er en rekke begrensende faktorer for hvor fort kapasitet og kvalitet i ALIS utdanningen vil kunne komme opp på de nivåene ulike scenarier skisserer. Disse faktorene er ledelse, koordinering, finansiering, omstillingsevne, tilfang av veiledere, supervisorer og gruppeveiledere, konkurransesituasjonen i legemarkedet, geografiske forskjeller (by/distrikt), kontorplass på enkelte helsesentre, listeproblematikk osv.

I tillegg vil kapasiteten i LIS1-ordningen ha betydning for hvor mange leger som vil være kvalifiserte til å gå inn i et ALIS-løp.

Det er om lag 1000 ALIS i Norge for tiden. Hvert år godkjennes om lag 190 nye spesialister i allmenntmedisin. Av disse har 20-30 spesialistutdanning fra utlandet (i alt vesentlig fra Norden). Bruttotiden for gjennomføring av spesialistutdanningen i allmenntmedisin (etter del 1 tidligere turnustjenesten) er 7- 8 år i gjennomsnitt.³ Gjennomføring av sykehusåret er en vesentlig flaskehals. Det er et mål at netto gjennomføringstid for del 3 i spesialistutdanningen (LIS3) skal ned mot 5 år.

Hvor mange ALIS som er under spesialisering i dag som vil søke godkjenning etter gjeldende og nytt system (fra 01. mars 2019) er usikkert. Vi har lagt inn estimater for supervisjon og veiledning for leger som vil gjennomføre etter nytt system.

Gruppeveiledningen er like omfattende i gjeldende og nytt system, men kapasitetsbehovet vil øke når allmennlegene utenfor fastlegeordningen (FLO) og allmennleger som i dag ikke er i spesialiseringssløp starter spesialisering i allmenntmedisin. Dette gjelder ca. 1000 fastleger⁴ pluss leger i annet klinisk allmennlegearbeid i kommunene. Hvor mange herav som vil slutføre spesialiseringen som følge av nye tiltak og ny spesialistutdanning i allmenntmedisin fra 01. mars 2019, er det knyttet betydelig usikkerhet til. Det er ikke nødvendig å opprette egne stillinger for disse legene ettersom de er klinisk arbeid i kommunen som leger. Men det vil måtte avsettes ressurser til veiledning, supervisjon, institusjonstjeneste og gruppeveiledning der det mangler.

² Kompetanseforskriften §3

³ Årlig antall nye spesialister i allmenntmedisin ligger på om lag 190. Med spesialiseringstid på 8 år i gjennomsnitt i dagens system, betyr det at det til enhver tid er 8*190 ALIS i spesialisering.

⁴ Del 2. Fremtidens legespesialister – spesialiststruktur og -innhold i samfunns- og allmenntmedisin – SISAM rapporten (IS-2139)

Legeforeningen anbefaler ikke at det settes en grense for gjennomføring av spesialistutdanningen. Forsinkelser i spesialisingsløpet kan skyldes forhold utenfor ALIS kontroll, og kan ikke gå på bekostning av ALIS rettigheter etter spesialistforskriften (for eksempel rett til veiledning, supervisjon mm).

Vi ser at det vil kunne bli behov for fastlegehjemler for å ivareta krav om to år i uselektert pasientpopulasjon i allmennpraksis for de ALIS som arbeider klinisk utenfor FLO. I tillegg mener kommunene at det blir behov for stillinger for å kompensere for tapt klinisk arbeidstid som følge av at ALIS må delta på kurs, gruppeveiledning, veiledning og supervisjon, samt økt turnover av erfarne leger som roterer til fastlegepraksis som følge av spesialistutdanningen.

6.1 Allmennleger i kommunene

Vi tar utgangspunkt i antall leger som skal spesialisere seg i allmennmedisin for å kunne ressurssette spesialiseringssystemet.

Arbeidsgruppen legger KS-PAI registerstatistikk og Helsedirektoratets fastlegestatistikk til grunn. Vi bruker følgende tallmateriale i beregning av framtidig behov for ALIS:

Tabell 4 viser:

Allmennleger i kommunehelsetjenesten	
Fastleger per 30.06.18	4800
-Spesialister	3100
-I spesialisering	1000
-Ikke i spesialisering	700
Allmennleger utenfor FLO per 01.12.17	800⁵
	5600

Dataildene vi har vurdert er:

Helsedirektoratets fastlegestatistikk:

Antall fastlegepraksiser/ hjemler (med fastlege avtale) har nå kommet opp i 4779 ⁶. Gjennomsnittlig antall innbyggere på fastlegelistene går langsomt nedover siden toppen i 2005 på cirka 1200. Nå er gjennomsnittlig listelengde 1100 listeinnbyggere. Listelengden er blant den laveste som er registrert. Antall fastleger/ hjemler vokser over tid, noe mer enn befolkningen/ antall deltakere i ordningen. Fastlegens gjennomsnittsalder er nå på 48,1 år og andelen hjemler der fastlegen er spesialist i allmennmedisin er oppgitt til 64,3 %⁷.

⁵ Anslag fra KS, av de 800 er antall spesialister ukjent

⁶ Hovedtallsrapport fastlegeordningen Hdir 2. kvartal 2018

⁷ Hovedtallsrapport fastlegeordningen Hdir 2. kvartal 2018

Det antas at 20 – 25 % av fastlegene er under spesialisering og de resterende 15 - 20 % er ikke i et spesialiseringsløp i allmennmedisin⁸.

KS' PAI-register:

Det er i kommunal sektor ansatt omtrent 3000 leger som yter 1430 årsverk i klinisk arbeid. Flere av disse er fastleger, enten med en bistilling i kommunen eller fastlønte heltidsansatte. 810 leger er heltidsansatt i klinisk arbeid i kommunene, ytterligere 425 har en stilling på 50 prosent eller mer, mens 1850 leger har mindre enn 50 prosent stilling. Legene med mindre enn 50 prosent stilling er trolig i overveiende grad fastleger, og en andel av de med større stilling er fastlønte fastleger. Om vi antar at det kun er de med full stilling i kommunal sektor som ikke er fastleger ved siden av, er det altså 810 andre leger. Antar vi at de med mer enn 50 prosent stilling i kommunal sektor ikke er fastleger ved siden av, er det 1235 andre leger. Blant disse finner vi også de kommunalt ansatte, fastlønte fastlegene, som utgjør omtrent 290 stk.

SSB/KOSTRA:

SSB angir i sine tall for 2017 at det er 5823 legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁹. Av disse er det oppgitt 3983 næringsdrivende fastlegeårsverk, 1258 som er kommunalt ansatte leger, med ukjent fordeling på fastlegeårsverk, annet klinisk arbeid (sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengsel, rehabilitering, legevakt) og årsverk i samfunnsmedisinsk legearbeid, 457 som LIS 1 leger (= turnus) og 125 legeårsverk på næringsdrivende allmennleger utenfor fastlegeordningen.

Legeforeningens medlemsstatistikk:

I Legeforeningens statistikk er det registret 6029¹⁰ leger med hovedstilling i kommunehelsetjenesten eks. turnus/LIS1. 1453 av disse er leger i kommunehelsetjenesten inkludert 197 fastlønte fastleger. Disse tallene er noe høyere enn SSBs tall for hovedårsverk i kommunehelsetjenesten. Gruppen leger med hovedstillingen i kommunehelsetjenesten øker raskere enn fastlegegruppen og har en høy andel unge leger og antakelig mange ikke-spesialister i allmennmedisin.

⁸ Fremtidens legespesialister – spesialiststruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin – SISAM rapporten (IS-2139) og fastlegestatistikken til HELFO hva gjelder 60%. 20 – 25 % er et estimat.

⁹ SSBs KOSTRA rapportering 2017.

¹⁰ Dette inkluderer 4576 næringsdrivende fastleger, 197 fastlønte fastleger, 200 allmennleger uten avtale og 348 leger står registret med arbeidsstedtype allmennpraksis, kommune, alders- og sykehjem og kommunal legevakt, samt 708 med diverse andre stillinger som fastlønte leger, der de fleste er resistert som kommuneoverleger, kommuneleger, tilsynsleger m.v.

7 FRAMSKRIVNING AV BEHOV FOR ALIS FREM MOT 2030

7.1 Scenarium 0

Tabell 5 Antall leger som må erstattes for å opprettholde dagens nivå

	Leger/år
Fastleger	300 ¹¹
Allmennleger utenfor FLO	80
Totalt årlig behov for nye leger	380

I dette scenariet beregnes antall leger i kommunehelsetjenesten som må erstattes årlig for å opprettholde antallet leger i kommunen. Alle andre variabler er uforandret.

Vi antar at de fleste spesialister i allmenntjenestemedisin er fastleger. Andelen spesialister blant arbeidende fastleger har holdt seg ganske konstant i overkant av 60 % de senere årene. De siste ti årene har det årlig blitt godkjent ca. **190** nye spesialister i allmenntjenestemedisin, hvorav 20 – 30(25) er konvertering til norsk spesialitet fra andre land. Hvis vi antar at brorparten av disse årskullene med spesialister fortsetter å arbeide som fastleger, betyr det at det kommer inn 250-**300**¹² nye leger i fastlegeordningen i året. Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere.

Av legene som var ansatt i klinisk arbeid i kommunene per 1.12.2017 var det 360 som ikke hadde vært ansatt i kommunesektoren foregående år (2012-2016). Disse vil overlappes med gruppen som trenger spesialisering som følge av turnover i fastlegekorpset. Hvis vi kun betrakter gruppen med mer enn 50 prosent stilling, var det 180 nye, mens det var 124 nye blant de heltidsansatte. Når disse tallene justeres ned for å ekskludere de fastlønte fastlegene, finner vi at det i kommunal sektor utenfor fastlegeordningen årlig må ansettes cirka **80** nye leger¹³.

Hvis gjennomføringstiden for spesialiteten er 5 år vil vi når behovet er oppfylt ha 1900 ALIS i spesialiseringssystemet til enhver tid. Er gjennomføringstiden 8 år er denne ALIS-kohorten 3000. I forsøket med tilskudd til kommunene i perioden 2012-2017 for å stimulere til fullføring av spesialistutdanning på normert tid, greide om lag 1/3 av ALIS det.

Gjennomstrømningstid : $190 - \text{konvertert spesialist} = 1000/190-25 = 6,5$ år

¹¹ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

¹² $190/n=0,65 \Rightarrow n=300$

¹³ Erfaringer fra Oslo viser at de kommunale stillingene ofte er begynnerstillinger med lav spesialistandel og svært høy turnover. Kartlegging fra legevakt/KAD i Oslo viste 50 % turnover i 2016.

7.2 Scenarium 1 – Befolkningsvekst

Tabell 6 behov for antall ALIS ift. befolkningsvekst/befolkningssammensetning:

Sum scenarium 1	Antall ALIS innen 2030	Antall ALIS per år
Befolkningsvekst medregnet økt sykdomsbyrde	670	56

I dette scenariet skal antall fastlegehjemler holde tritt med befolkningsveksten med dagens gjennomsnittlige listelengde på 1100. Fastlegenes arbeidsmengde forutsettes uendret.

Befolkningen i Norge pr. 2018 er på 5,3 millioner mennesker. SSBs middelalternativ anslår en befolkningsframskrivning på 5,75 millioner mennesker i 2030¹⁴. Legger vi bare befolkningsvekst til grunn vil behovet bli 400 nye fastleger i 12 års perioden.

Tar vi høyde for høy nasjonal befolkningsvekst vil befolkningen være på 6 millioner i 2030, og behovet blir 600 nye fastleger i 12 års perioden. Dersom man legger til grunn lav nasjonal vekst vil befolkningen være på 5,55 millioner innbyggere i 2030, og behovet vil være cirka 200 nye fastleger i 2030.

Framskrivning viser at det er sterkest vekst i aldersgruppen over 67 år, noe som tilsier økt sykdomsbyrde. Legges sykdomsbyrde inn som et tilleggsmoment det skal kompenseres for, vil veksten i antall fastleger måtte bli høyere enn om man bare legger befolkningsveksten alene til grunn. Arbeidsgruppen anslår derfor at det ikke er usannsynlig at det vil være behov for nærmere **600** nye fastlegehjemler i 2030 for å dekke opp befolkningsvekst og økt forbruk av allmennlegetjenester som følge av befolkningssammensetning. Arbeidsgruppen legger til grunn at denne veksten nasjonalt fordeles likt i perioden med 50 nye fastleger og 6 nye allmennleger utenfor FLO årlig. I alt blir det dermed behov for 670 nye allmennleger i 2030.

Med gjennomføringshastighet på 5 år eller 8 år betyr det at vi vil ha 280 /448 ALIS til enhver tid i systemet av denne kategorien.

Tabell 7 viser fordeling ALIS/årlig tilvekst og ALIS i ordningen etter hhv 5 år/8år:

	Vekst frem mot 2030	Årlig tilvekst	5 år / 8år
Fastleger	600	50	250/400
Allmennleger u/FLO	70	6	30/48
Totalt	670	56	280/448

¹⁴ www.ssb.no/folkfram

7.3 Scenarium 2 – Normalisering av arbeidstid

Tabell 8 viser behov for nye fastleger gitt normalisering av arbeidstid til 40 timer/uker

	Antall nye fastleger/år	Antall nye fastleger/10år
Normal arbeidstid uten legevakt	110	1100
Normal arbeidstid inkludert legevakt	190	1900

I Primærhelsemeldingen (St. meld. 26 (2015-2016)) er det påpekt at arbeidstiden for en fastlege i snitt er 46 timer per uke. Nklms tidsbruksundersøkelse fra 2018 viste at fastleger jobber 55,6 timer i gjennomsnitt pr. uke legevakt medberegnet og 49,1 timer gjennomsnitt uten legevaktarbeid. LEFO¹⁵ undersøkelsene fra 1993 – 2014 viste at fastlegene jobber 47-49 timer i uka alt inklusive.

I forbindelse med protokollsigneringen mellom Staten og Legeforeningen i oktober 2018, ble partene enige om at arbeidsbelastningen for fastlegene er for høy.

Dersom vi legger til grunn at fastlegene jobber 49,1 timer i uken utenom legevakt og tiltaket er å normalisere arbeidstiden for fastlegene, det vil si til 40 timer/uke jf. arbeidsmiljølovens bestemmelser og normalarbeidstid for sykehuslegene, vil det kumulativt være behov for 1100 flere fastleger over en ti års periode. Denne beregningen forutsetter at fastlegene har samme oppgaver som i dag.

Dersom vi legger til grunn at fastlegene jobber 55,6 timer i uken inkludert legevakt, og arbeidstiden reduseres til 40 timer/uke¹⁶, vil det kumulativt være behov for 1900 flere fastleger over en ti års periode.

Disse beregningen forutsetter at alle allmennleger i nye stillinger og hjemler i ordningen etter 2019 jobber 40 timers uke og at legene har samme oppgaver som i dag.

Med gjennomføringshastighet på 5 år eller 8 år betyr det at vi vil ha 550 /880 ALIS til enhver tid i systemet av denne kategorien uten legevakt.

Med gjennomføringshastighet på 5 år eller 8 år betyr det at vi vil ha 950 /1520 ALIS til enhver tid i systemet av denne kategorien med legevakt.

7.4 Scenarium 3 – Endring av arbeidsoppgaver og - mengde

Dersom arbeidsoppgavene endres for allmennlegene, vil oppgavenes karakter være avgjørende for om arbeidstiden går opp, forblir uendret eller reduseres. Tilsvarende vil endringer i mengden av oppgavene kunne influere på arbeidstiden.

Skal arbeidstiden holdes konstant, må antall fastleger øke eller minke avhengig om nettoeffekten av endrede oppgaver eller - mengde øker eller minker. Regjeringen og

¹⁵ Legeforeningens forskningsinstitutt. Referanse hentes fra tidsstudien.

¹⁶ Arbeidstiden er satt til 40 timer for å være sammenlignbar med sykehuslegenes arbeidstid inklusive TUA (tilpliktet utvidet arbeidstid)

Legeforeningen har nedsatt en arbeidsgruppe for å kartlegge omfanget av oppgaver som ikke tidligere er kompensert. Dette arbeidet skal ferdigstilles 01.03.2019.

Reduserte oppgaver kan komme i form av nye teknologiske og innovative arbeidsformer, oppgaveoverføringer til andre, og reduksjon i ulike administrative- og/eller forvaltningsoppgaver.

Oppgaveoverføring til andre medfører ikke uten videre at samfunnets utgifter til oppgavene blir mindre. Oppgaveoverføring kan også føre til mer fragmenterte tjenestetilbud, økt fare for ansvarspulverisering og større krav til (tidkrevende) samhandling. Gode konsekvensutredninger og kostnadsberegninger må ligge til grunn for evt. endringer.

Arbeidsgruppen viser til helseforetakenes utviklingsplaner, der det planlegges for at en betydelig andel oppgaver skal overføres til kommunene innen 2030, og med befolkningsvekst og demografiske endringer, anslår vi at det vil bli flere oppgaver for legetjenestene i kommunene de neste ti årene. I tillegg kommer økte undervisningsoppgaver, e-kommunikasjon og økte forventninger om helsetjenester i befolkningen.

For å anskueliggjøre konsekvenser av netto økt arbeidsmengde og – oppgaver:

En 10 % netto økning i arbeidsoppgaver fra dagens nivå frem mot 2030, tilsier kumulativ vekst på 500 nye fastlegehjemler og 80 nye andre allmennlegestillinger i kommunehelsetjenesten i 2030.

7.5 Scenarium 4 – Reduksjon av listelengde

Gjennomsnittlig antall innbyggere på fastlegelistene går langsomt nedover, siden toppen i 2005 på cirka 1200 innbyggere. Nå er gjennomsnittlig listelengde 1100 innbyggere per liste. Listelengden er blant den laveste som er registrert. Antall fastleger/ hjemler vokser altså over tid, og litt mer enn befolkningen/ antall deltakere i ordningen.

Dersom gjennomsnittlig listelengde settes til 1000, 900 eller 800 innbyggere pr. fastlege vil det være behov for henholdsvis 5300, 5900 eller mer enn 6600 fastleger¹⁷, altså en økning på 500, 1100 eller 1800 flere fastleger.

Dersom ALIS inn i ordningen skal ha lavere listetak enn allmennlege ut av ordningen vil det være behov for flere ALIS per avgang fastlege. Etterhvert som ALIS blir mer erfaren vil listelengden kunne økes til det som er normert listelengde, forutsatt at det er pasientgrunnlag for det.

Man skal merke seg at normalisering av arbeidstid (kapitel. 8.3) og reduksjon av listelengde er overlappende tematikk. Man må vokte seg for å legge sammen behovet for fastleger flere ganger.

7.6 Andre faktorer som vil ha innvirkning på fremtidig behov for ALIS

Politiske retningsreformer, krav i lov og forskrift har stor betydning for behovet for nye allmennleger i framtiden. Det samme gjelder de strategiske utviklingsplanene som spesialisthelsetjenesten utarbeider, der oppgaveglidning og oppgaveoverføringer til

¹⁷ Forutsetter full oppslutning om FLO i befolkningen. Befolkningen er på 5.3 millioner innbyggere 2018.

kommunehelsetjenesten har stor påvirkning på behovet for framtidige legespesialister i primærhelsetjenesten.

Trepartssamarbeidet har nedsatt en arbeidsgruppe, ledet av Helsedirektoratet som skal se på ulike finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Arbeidet skal ferdigstilles og fremlegges trepartssamarbeidet 1. september 2019. Nye måter å finansiere fastlegeordningen på vil ha innvirkning på framtidig behov for nye allmennleger.

Som beskrevet i utredningene av ALIS-modellene, legges det til grunn at ALIS kan tilbys kortere lister. I både ALIS-VEST og ALIS-NORD har listelengden ligget på mellom 700 og 900 pasienter, mens snittet for fastlegene for øvrig er 1100. I Storbritannia viste en undersøkelse at 1 000 pensjonerte allmennleger må erstattes av 1 500 nye allmennleger¹⁸. Det vil også være ALIS som slutter og går over i andre legejobber. Frafall er ikke inkludert i beregningene.

7.7 Konvertering fra gammel til ny ordning for ALIS

Tabell 9 viser mulig pukkeeffekt av ALIS inn i ordningen

Tilknytning	Allmennleger	Mulig pukkeeffekt ¹⁹
Fastleger	4800	
-I spesialisering		1000
-Ikke i spesialisering		700
Allmennleger u/FLO	800	400 ²⁰
-I spesialisering		?
-Ikke i spesialisering		?
Totalt	5600	900

Det er i dag om lag 4800 fastleger i Norge og ca. 64% av dem er spesialister i allmenntilleggsmedisin. Av de 1700 allmennlegene som ikke er spesialister, har vi beregnet at om lag 1000 er i gang med spesialisering i allmenntilleggsmedisin (kohort 1) mens de resterende 700 ikke er det (kohort 2).

Det er i tillegg ca. 800 allmennleger i kommunene utenfor FLO og andelen av disse som vil konvertere til ny ordning for ALIS antas å være svært høy, ettersom det nå er blitt et krav at man må være i spesialisering. En kartlegging i Oslo kommune tyder på at cirka 60 % av legene utenfor FLO vil være nødt til, eller vil ønske å gå inn i en ny ALIS-ordning.

Allmennlegene som er under spesialisering i allmenntilleggsmedisin (kohort 1 og 2) vil være kommet ulike langt i spesialiseringen. Av leger som ikke spesialiserer seg i dag antar vi at ca. 40 % av

¹⁸ Malde K, Bjordal OA, Høvik H et al. [Bør spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin effektiviseres?](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1353-5. [PubMed]

¹⁹ Med store forbehold

²⁰ Anslagsvis 50%

dem er uten interesse av å få en spesialitet. Er de over 54 år, foreslo Helsedirektoratet i sin tid at det offentlige ikke skal stille krav til dem om spesialisering i allmennmedisin²¹. Men på den andre siden heller ikke utelukke dem fra å kunne gjøre det.

Vi anslår at det er ca. 100 fastleger som allerede er i et spesialiseringsløp etter gammel ordning og som konverterer til ny spesialiseringsordning/utdanningsstilling. Videre estimerer vi at det er ca. 400 fastleger som ikke er i spesialisering, men som vil eller må starte i et spesialiseringsløp i allmennmedisin. Av de 800 allmennlegene utenfor FLO regner vi med at ca. 50% av disse, dvs. ca. 400 stk. som vil starte opp i et ALIS -løp.

Mer forutsigbare og strukturerte utdanningsløp i allmennmedisin kan bety at flere av allmennlegene/fastlegene som er i spesialisering etter gammel ordning, eller som ikke er i spesialisering, søker seg til ALIS stillingene. Tilsvarende kan vi se for oss at mange av allmennlegene utenfor FLO også vil ønske å spesialisere seg i allmennmedisin.

Vi vil kunne få en "pukkeleffekt" initialt på innsøking i spesialiseringen etter 1. mars 2019 der en større andel av de ALIS som er i en tidlig fase i spesialiseringsløpet etter gammel ordning vil ønske seg over i en strukturert ALIS-utdanningsstilling/hjemmel.

8 ALIS I HELSEFORETAK / INSTITUSJON

Tabell 10 viser behovet for institusjonsplasser vil under de forskjellige scenariene være som følger:

Antall plasser for ALIS i sykehus	Scenarium
380 ²²	Avgang
436	Befolkningsvekst
546	Norm arbeidstid
605	Norm Arbeidstid LV

ALIS må gjennomføre institusjonstjeneste i godkjent utdanningsvirksomhet for å få godkjent spesialistutdanningen. Tjenesten er analog til "sykehusåret" i spesialistutdanningen i allmennmedisin som gjelder til 01. mars 2019.

Arbeidsgruppen mener at "sørge for" ansvaret for nok plasser i godkjent utdanningsvirksomhet for at ALIS i størst mulig grad skal få gjennomført spesialiseringen på normert tid, tilligger de regionale helseforetakene. Det må tas inn en bestemmelse i spesialistforskriften om dette.

²¹ SISAM

²² Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

Det må opprettes avtaler med helseforetak for å sikre at ALIS får tilgang til institusjonstjenesten. Dette forutsetter godt samarbeid med de regionale helseforetakene slik at det blir en systematisk økning i utdanningskapasiteten for ALIS ved sykehusene. Manglende institusjonsplasser kan bli en flaskehals i systemet og øke gjennomstrømningstiden og kostnadene for kommunene og fastleger som får forsinket spesialisering.

9 OVERSIKT OVER STATENS ØKONOMISKE VIRKEMIDLER INN I ORDNINGEN

Departementet har lagt til grunn at kommunenes nye oppgaver knyttet til spesialistutdanningen i allmenntid medisin omhandler i hovedsak organiseringen av individuell veiledning for leger i spesialisering. Øvrige reguleringer innebærer ikke nye oppgaver for kommunen, men en presisering av oppgaver kommunene har i dag. Dette inkluderer tilrettelegging for at leger kan gjennomføre spesialistutdanningene i allmenntid medisin.

Utgifter som kommune og ALIS har i forbindelse med spesialistutdanning i allmenntid medisin i 2018 er tenkt dekket gjennom ulike finansieringskilder:

I **stønadsforskriften** er det for 1. juli 2017 til 30. juni 2018 satt av i overkant **37 millioner** kroner til utdanningsfond I og i overkant av **51 millioner kroner** til utdanningsfond II.

Utgifter og inntektstap som næringsdrivende leger og kommunene har i forbindelse med fravær ved gjennomføring av spesialistutdanningen og etterutdanningen, blir kompensert med forhøyede refusjoner og egenandelstakster (kompetansetakster). Dette skjer først etter at spesialisttittel er oppnådd første gang, og utgjør omtrent **270-300 000 kroner årlig** per fulltidsarbeidende spesialist i allmenntid medisin. Retten til å benytte kompetansetakster må fornyes hvert femte år.

Kommuner som har allmennleger utenfor FLO omfattes ikke av denne muligheten til å utløse forhøyede refusjoner og egenandeler da disse legene ikke praktiserer på trygdens regning. I modellen «ALIS ansatt» vil kommunen få utgiftene til spesialisering, kompensasjonen i ettertid vil tilfalle legen selv dersom legen - slik det er lagt opp til - konverterer til næringsdrift etter fullført spesialisering.

KS og Oslo kommune påpeker at i dag faller de kostnadene som ikke dekkes av fondsmidler til spesialistutdanning på den enkelte lege. Legen kompenseres gjennom spesialisttaksten, i gjennomsnitt ca. kr 300.000 per lege per år etter fullført spesialisering.

Endringen i spesialistutdanningen vil flytte utdanningskostnadene fra legen til kommunen, særlig for ALIS ansatt og ALIS utenfor fastlegeordningen. Man må utarbeide en ny måte å sørge for at kommunens utgifter blir dekket.

Helsedirektoratet administrerer to tilskuddsordninger som skal dekke kommunenes utgifter til spesialistutdanningen/kompetanseheving av de kommunale allmennlegetjenestene. I 2018 utgjør disse tilskuddene til sammen **18,9 millioner kroner**. 5 millioner av disse gis for å dekke kommunenes ekstrautgifter i forbindelse med spesialiseringskravet for ansatte leger utenom fastlege- og legevaktsordningen. De resterende 13,9 millioner kronene er en videreføring og styrking av tidligere tilskuddet for kompetansehevende tiltak i allmennlegetjeneste og tilrettelegging for annet personell i fastlegekontor.

I Prop. 1 S (2018 – 2019) er det avsatt **46 millioner kroner** til kostnader kommunen har i forbindelse med individuell veiledning av allmennleger i spesialisering. Videre foreslås det ytterligere 25 millioner kroner ut over de 13,9, til å øke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten, til sammen **39 millioner kroner** til fastlegeordningen.

I tillegg har KS og legeforeningen sentrale avtaler (ASA 4310) som er tenkt å dekke deler av sakskomplekset etter- og videreutdanning for næringsdrivende leger med fastlegeavtaler. Blant annet avtalefestet rett til fri for å gjennomføre etter- og videreutdanning i allmennmedisin uten at dette skal medføre trekk i kommunenes utbetaling av basistilskudd.

Kompetansekravet for leger vil når denne er fullt ut implementert medføre en estimert kostnadsøkning på 151 millioner kroner for folketrygden og 38 millioner i egenandelsøkning ifølge departementet.

10 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER AV TILRETTELEGGING FOR ALIS

Tilstrekkelige finansiering av spesialistutdanningen er et virkemiddel som kan sikre at spesialistutdanningen gjennomføres med god gjennomstrømming og i tråd med de foreslåtte kravene. En godt tilrettelagt spesialistutdanning kan ha en positiv rekrutteringseffekt.

I alle beregninger legges følgende bakgrunnstall til grunn:

Tabell 11:

	Årlig netto tilgang ALIS	Tillegg
Scenarium 0	380 ²³	
+ Scenarium 1	436	+56
+ Scenarium 2 uten legevakt	546	+110
+ Scenarium 2 med legevakt	626	+80

Vi beregner kostnad for ALIS inn i ordningen pr år:

Vi beregner kostnad for 4 år, som er normert spesialiseringssløp, minus sykehussåret.

Vi beregner kostnad for 5 år som er normert spesialiseringssløp.

Vi beregner kostnad for 8 år som er forlenget spesialiseringssløp.

²³ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

10.1 Individuell veiledning

Tabell 12 viser kostnad for veiledning av ALIS pr år, 4 år, 5 år og 8 år.

Antall ALIS/år:	Dekke for:	Kostnad nye ALIS/år	Kostnad ALIS i ordningen 4 år	Kostnad ALIS i ordningen 5 år	Kostnad ALIS i ordningen 8 år
380 ²⁴	Avgang	17	67	84	134
436	Befolkningsvekst	19	77	96	153
546	Norm arbeidstid	24	96	120	192
626	Norm Arbeidstid LV	28	110	138	220

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

Veiledning innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder. Til forskjell er supervisjon den erfarne legens faglige råd i det daglige kliniske arbeidet, og knyttes til den erfarne legen som faglig rollemodell.

Både for fastlønnede utdanningsstillinger og utdanningshjemler i privat næringsdrift gjelder det at legen skal ha tilgang til regelmessig veiledning og daglig supervisjon. Det foreslås at det avsettes midler til totalt 4 timer veiledning hver måned inkludert kompensasjon for forberedelse og etterarbeid.

ALIS vil underveis i forløpet ha om lag 1 års tjeneste i selektert pasientpopulasjon (sykehussåret/institusjonstjeneste) og vil da veiledes av spesialist på helseforetaket. Spørsmålet er om staten også skal dekke kostnad ved veiledning dersom ALIS bruker lengere netto tid på spesialistutdanningen enn de normerte fire årene i kommunen. Dersom tilskudd til veiledning av ALIS settes til totalt 4 år vil dette stimulere til effektiv utdanningstakt av allmennlegespesialister til kommunene. På den andre siden kan forhold utenfor kommunens kontroll bidra til at gjennomføringstiden overskrider 4 år, eksempelvis vansker med å få gjennomført sykehusåret.

Vi viser kostnadene ved netto gjennomføringstid 4, 5 og 8 år og full veiledning i alle disse årene. En modell kan være å redusere veiledningsintensiteten etter fire år, men at veiledning finansieres, så lenge veileder, og arbeids- / oppdragsgiver og ALIS sammen mener ALIS vil oppnå spesialitet i allmennmedisin.

Det må finnes inndekning for lønnskostnader kommunene har til veiledning a kr **44 000 kroner** pr ALIS per år. Tabell viser kostnad dersom timepris regnes ut på bakgrunn av 2 timer annenhver uke til en antatt timespris på cirka 1000 kroner. Timesprisen er fremkommet ved å ta utgangspunkt i departementets forslag til bevilgning i statsbudsjettet for 2019 til dekning av kommunenes utgifter til veiledning i forbindelse med spesialistutdanningen av 1000 allmennleger i spesialisering. Til sammenligning godtgjøres kommunalt legearbeid som utføres av lege som næringsdrivende med (pr 1.7.18) kr 856,- per utført time. Satsen endres med samme prosentvise endring som basistilskuddet (kilde: rammeavtalen).

²⁴ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

Legeforeningen anbefaler at veileder og ALIS som er næringsdrivende honoreres tilsvarende spesialisttakst 14 d (1604 kroner timen). Takst 14 (1400) for ikke spesialister.

Veiledningen har en ny viktig og utvidet funksjon i den nye spesialiststrukturen sammenlignet med tidligere spesialistutdanning i allmennmedisin. Behovet for å styrke kvaliteten i veiledningen innebærer at veiledningens nøkkelrolle i den enkeltes ALIS faglige utvikling må synliggjøres. Obligatorisk veilederutdanning vil også styrke kompetansen til supervisjon. Veiledningsutdanningen må på bakgrunn av dette styrkes og utvides.

Vi foreslår veilederutdanning for de som skal ha 1:1 veiledning. Det foreslås som et dagskurs med oppfølging av et dagskurs 4 – 5 måneder senere. Vi anser det som viktig med et miljø for veiledere og anbefaler derfor at det lages opplegg for kontinuerlig etterutdanning av veiledere.

Det bør vurderes om veiledning av ALIS kan inngå som offentlig allmennlegeoppgave og om veiledning kan telle i allmennlegenes etterutdanningen. Dette er en ny oppgave for kommunene og ikke finansiert.

10.2 Gruppeveiledning

Tabell 13 viser beregning kostnad deltakeravgift a 14 000:

Antall ALIS/år:	Dekke for:	Kostnad nye ALIS/år
380 ²⁵	Avgang	1
436	Befolkningsvekst	1,2
546	Norm arbeidstid	1,5
626	Norm Arbeidstid LV	1,8

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

ALIS har et obligatorisk krav om 2-årig utdanningsprogram som innebærer deltakelse i veiledningsgruppe. Omfanget er 40 gruppeveiledningsmøter a 3 timer (alternativt 20 møter a 6 timer) over en to års periode.

Deltakeravgiften er på kr. 14.000 per ALIS for to år og dekkes av legeforeningens utdanningsfond II. Fordelt på 5 år blir utgiften 2800,-/år. Fondet dekker også reiseutgifter/oppholdsutgifter over kr 5000 i løpet av veiledningsperioden. Overnatting refunderes der det er nødvending for deltakelse i veiledningsgruppene.

Gruppen ledes av spesialist i allmennmedisin som har fått opplæring i gruppeveiledning gjennom Legeforeningen. Veileders utgifter dekkes av Legeforeningen.

I tillegg vil gruppeveiledningen medføre at ALIS selv er fraværende fra praksis 25 timer per år disse to årene. Fastlegene har rett til fravær fra praksis i forbindelse med utdanning, men får ikke kompensasjon for fravær fra praksis utover dekning av utgifter angitt ovenfor. For ALIS ansatt og ALIS utenfor FLO er dette et nytt fravær. Vi viser til eget avsnitt om fravær fra praksis i avsnitt 11.12.7.

²⁵ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

Helsedirektoratet viser til at utgifter og inntektstap som næringsdrivende- og kommunalt ansatte fastleger har i forbindelse med fravær ved gjennomføring av spesialistutdanningen og etterutdanningen, blir kompensert med forhøyede refusjoner og egenandelstakster (kompetansetakster). Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven får påkrevd videreutdanning.

Legeforeningen viser til at ALIS har fravær i forbindelse med spesialistutdanning for å delta på kurs, individuell veiledning, gruppeveiledning mm. En del utgifter dekkes av Legeforeningens fond, mens den største økonomiske tapet er at legen er fraværende fra praksis og ikke får jobbet. Det heter i rapporten at dette tapet dekkes av spesialisttakstene legen utløser ved ferdig spesialisering. Legeforeningen påpeker at det økonomiske tapet kommer mens legen er under spesialisering og kun delvis "dekkes" flere år senere. Som ellers i samfunnet må spesialisttakstene ses på som en kompensasjon for høyere kompetanse. Det er derfor ikke helt dekkende at tap som ALIS får som følge av fravær fra praksis fullt ut kompenseres av muligheten til å heve spesialisttakster ved fullført spesialisering.

10.3 Supervisjon

Tabell 14 viser kostnad for supervisjon av ALIS pr år, 4 år, 5 år og 8 år.

Antall ALIS/år:	Dekke for:	Kostnad nye ALIS/år	Kostnad ALIS i ordningen 4 år	Kostnad ALIS i ordningen 5 år	Kostnad ALIS i ordningen 8 år
380 ²⁶	Avgang	33	134	167	268
436	Befolkningsvekst	38	153	192	307
546	Norm arbeidstid	48	192	240	384
626	Norm arbeidstid LV	55	220	275	441

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

Oppgaven er ny i og med at spesialistutdanning av allmennleger som yter helsehjelp er forskriftsfestet med virkning fra 1. mars 2017.

Supervisjon innebærer bistand fra mer erfaren lege i tilknytning til konkrete situasjoner i den daglige virksomheten der LIS har behov for råd for å kvalitetssikre behandlingsopplegg og bedre sin praksis. Supervisjon gjennomføres av en erfaren kollega, fortrinnsvis lege som er spesialist i allmennmedisin.

Supervisjonsavtale kan inngås med hele fastlegekontoret eller supervisør. Det må avklares kompensasjon for supervisjonen. Det legges videre til grunn at supervisjon av ALIS er en oppgave som i utgangspunktet angår hele kollegiet ved legekantoret og at dette inngår i avtalen mellom kommune og legekantoret ved ansettelse av ALIS. Finansiering av supervisjon til næringsdrivende fastleger kan eventuelt skje ved timebetaling eller honoreres som deltidsstilling i kommunen m.m. Her blir det opp til partene å finne løsninger.

Det er ikke lagt til grunn noen norm for omfanget av supervisjon. Arbeidsgruppen er enig om at det bør settes nasjonale normtall for supervisjon. Ut fra erfaring har arbeidsgruppen lagt til

²⁶ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

grunn et omfang av supervisjon til 2 timer pr. ALIS pr uke. Legger vi videre til grunn timesats på kr. 1000 blir dette en kostnad på **88 000** pr/ALIS pr år.

Til sammenligning godtgjøres kommunalt legearbeid som utføres av lege som næringsdrivende med (pr 1.7.18) kr 856,- per utført time. Satsen endres med samme prosentvise endring som basistilskuddet (kilde: rammeavtalen).

Helsedirektoratet mener at behovet for supervisjon vil avta ettersom ALIS blir mer erfaren, og at 2 timer supervisjon i uken også kan inkludere forberedelse og etterarbeid og vil være tilstrekkelig gjennom hele spesialisingsløpet.

KS og Oslo kommune mener supervisjon ikke er finansiert og det er ikke lagt til grunn noen norm for omfanget av supervisjon. Dette er viktig for kvaliteten. Forskriftsutkastet er lite detaljert, men det er mange læringsmål og -aktiviteter, og IKT-system for kompetanseregistrering er under implementering. Det er nødvendig at helsemyndighetene setter et normtall på hvor mye supervisjon som skal legges til grunn. Ut fra erfaring har Oslo kommune lagt til grunn et omfang av supervisjon til 2 timer per ALIS per uke pluss 1 time til kompetansedokumentasjon og godkjenning, til sammen 3 timer per uke. Dette må verifiseres og finansieres særskilt. For at kommunen skal kunne planlegge og finansiere utdanningsløpene er det behov for forutsigbarhet. Oslo kommune ber derfor om at dette kostnadsberegnes på nytt.

Legeforeningen mener at supervisjon ikke er en ny oppgave for leger. Det er imidlertid nytt at det er forskriftsfestet i forbindelse med gjennomføring av hele spesialistutdanning i allmenntid medisin. Også tidligere har leger jobbet under veiledning og supervisjon. Legen som supervisor har imidlertid ikke blitt honorert, og det er lagt ned et betydelig dugnadsarbeid i forbindelse med supervisjon av andre leger. Legeforeningen anbefaler 2 timer supervisjon i uken. Legeforeningen anbefaler at supervisor og ALIS som er næringsdrivende honoreres tilsvarende spesialisttakst 14 d (1604 kroner timen). Takst 14 (1400) for ikke spesialister. Det kan vurderes om honoraret skal utbetales til legekantoret som har ALIS tilknyttet seg. Dette må avtales mellom partene. I tillegg viser erfaring at det er behov for 1 time i uken til vurdering og dokumentasjon av læringsmål (3 timer totalt). Honorar må avtales mellom partene.

10.4 Krav om to år i åpen, uselektert allmennpraksis

Kravet om at minimum to år av spesialistutdanningen i allmenntid medisin gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, videreføres fra dagens ordning.

Fra 1. mars 2017 skal ikke bare fastleger, men også andre allmennleger som er nyansatt i kommunen for å yte helsehjelp²⁷, spesialisere seg i allmenntid medisin. Det betyr at kommunen må organisere tjeneste på fastlegekontor for disse allmennlegene. 2 år i åpen uselektert allmennpraksis vil måtte organiseres som vikariat(er) i fastlegehjemmel/ler eller tidsavgrenset kommunal stilling eller tidsavgrenset hjemmel som selvstendig næringsdrivende. Sistnevnte vil kreve tilrettelegging av lov- og avtaleverk.

Slike hjemler må springe ut av kommunens reelle behov for fastlegetjenester eventuelt etableres i samarbeid mellom flere kommuner.

²⁷ Allmennleger i sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, legevakt, fengsel m.m.

Når det gjelder ALIS ansatt og ALIS utenfor FLO har noen kommuner valgt å yte dekningsbidrag til de involverte fastlegepraksiser for ALIS del av praksisutgifter.

Oslo kommune mener at læringsmålene i uselektert praksis kan oppnås med forskjellige løsninger for listeansvaret, og at felleslister og midlertidig ansvar for deler av en liste må kunne vurderes i det videre arbeidet med modellene.

10.5 Tjeneste i godkjent utdanningsvirksomhet

Tidligere var det krav om et års sykehus-tjeneste. Dette er nå formulert som læringsmål knyttet til arbeid med en selektert pasientgruppe (ALM 085). Læringsmålet kan bare oppnås ved en godkjent utdanningsvirksomhet.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Kommunen skal i samarbeid med ALIS utarbeide en plan for spesialistutdanningen. Dette krever avtale med godkjent utdanningsinstitusjon om gjennomføring av institusjonstjenesten (læringsmål 085).

De økonomiske og administrative konsekvensene må avklares nærmere. Oppgaven vil kreve ressurser til ledelse og administrasjon av spesialistutdanningen i kommunene alene eller i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Dersom kommunal institusjon blir godkjent utdanningsvirksomhet vil kostnadene beskrevet i tidligere avsnitt også gjøres gjeldende i institusjonstjeneste i kommunen.

10.6 Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Forskriftens krav

Leder, veileder og supervisor skal delta i arbeid med å vurdere om ALIS har oppfylt læringsmål.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Oppgaven er ikke foreslått finansiert spesifikt i høringsnotat til spesialistforskriften. Helsedirektoratet bemerker at der er avsatt 46 millioner kroner til veiledning som inkluderer en time etterarbeid og utover dette må finansieringsordningene nevnt i kapittel 9 medberegnes ved gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. Arbeidsgruppen er enige om at finansiering av oppgaven må utredes nærmere.

10.7 Videre- og etterutdanning av lærekreftene

Veilederutdanning / veilederkurs for veiledere i gruppeveiledning, består av tre moduler hver på 4 dager, som gjennomføres i løpet av en to års periode, parallelt med at legen veileder sin første gruppe.

Legeforeningen arrangerer et årlig seminar for alle som er godkjente veiledere, for å vedlikeholde deres kompetanse og motivasjon for å ta ansvaret for nye grupper.

Annen Veilederutdanningen i kommunehelsetjenesten for de som skal ha 1:1 veiledning, foreslås som et dagskurs med oppfølging av et dagskurs 4 – 5 måneder senere.

Oppfølgingskurs som ledd i etterutdanningen bør også vurderes. Estimert pris per dag for kurs

med cirka 30-32 deltakere er cirka 20 - 30.000 kroner basert på tilsvarende kurs som tilbys fra høyskolene.

Legeforeningen påpeker at for næringsdrivende fastleger må dette honoreres og foreslår enten en timesats lik salærtaksten eller tilsvarende praksiskompensasjonstakster – i 2018 utgjør dette 8.160,- for en hel dag og 4.080,- for en halv dag.

10.8 Andre kommunale oppgaver/ressurser til å lede og administrere spesialistutdanningen i kommunene

Tabell 15 viser kostnad for lokal administrasjon av ALIS pr år, 4 år, 5 år og 8 år.

Antall ALIS/år:	Dekke for:	Kostnad nye ALIS/år	Kostnad ALIS i ordningen 4 år	Kostnad ALIS i ordningen 5 år	Kostnad ALIS i ordningen 8 år
380 ²⁸	Avgang	19	76	95	152
436	Befolkningsvekst	22	87	109	174
546	Norm arbeidstid	27	109	137	218
626	Norm Arbeidstid LV	31	125	157	250

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

Kommunene får nå ansvar for å lede og administrere spesialistutdanningen for allmennlegene. Agenda Kaupangs rapport dokumenterer behov for økte ressurser og kompetanse i kommunens ledelse av fastlegeordningen²⁹.

Den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin stiller nye krav til kommunen. Kommunen må registreres som utdanningsvirksomhet og skal sørge for at det utarbeides individuell utdanningsplan for legen, legge til rette for at utdanningen kan skje etter planen, legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, legge til rette for læringsaktiviteter slik at ALIS kan oppnå læringsmålene og utstede bekreftelse på oppnådde læringsmål. Utover dette skal kommunene organisere institusjonstjenesten og planlegge rotasjoner i fastlegepraksis for leger som tjenestegjør utenfor fastlegeordningen. Kommunene får også ansvar for kvalitetsutvikling av utdanningen og håndtere forløp som ikke går som planlagt. I tillegg skal kommunene bidra både interkommunalt, regionalt og nasjonalt i samarbeid for å skape likhet i utdanningene.

Dette handler i stor grad om å få nye ledelsesoppgaver og administrative rutiner utviklet og implementert og, kommunene vil kunne ha nytte av å samarbeide. Kommunene representerer også hverandre i samarbeidsorganene mellom kommunene og helseforetakene. Samarbeid om ledelse og administrasjon av spesialistutdanningen, vil profesjonalisere kommunene og bygge kompetanse i rollen som utdanningsvirksomhet. Arbeidsgruppen mener at det er nødvendig å

²⁸ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

²⁹ Agenda Kaupang (2016). Kommunal legetjeneste - kan den ledes?

sette inn ressurser for å klare å gjennomføre spesialiseringsreformen på forsvarlig måte og i tråd med intensjonene.

Årlig kostnad til å dekke utgifter kommunene har i forbindelse med organisering og koordinering av ALIS har vært **50 000 kroner** per ALIS per år jf. erfaringer fra ALIS -Vest (Se tabell 15).

Vi skylder å presisere at kostnadselementene som inngår i de 50 000 kroner per ALIS per år, bare delvis er redegjort for i ALIS VEST prosjektet.

Oslo kommune og KS mener det er ikke avsatt midler til etablering og administrasjon av ordningen. Arbeidsgruppen har anslått at det trengs kr 50.000 per ALIS til å administrere ordningen lokalt. Dette anslaget er basert på ALIS Vests budsjett, og kan synes lavt. I tillegg må det bygges opp koordinerende enheter med betydelig kapasitet og kompetanse, liknende funksjoner finnes ikke i kommunen i dag. Dette blir vanskelig å gjennomføre uten tilførsel av midler.

10.9 Årlig kostnad ALIS inn i ordningen

Legger vi til grunn beregninger over kostnader nevnt over til individuell veiledning, gruppeveiledning, supervisjon og administrasjon vil vi få følgende årlig kostnad gitt at vi legger scenarium beskrevet over til grunn:

Tabell 16 viser årlig kostnad ALIS i ordningen:

	380³⁰	436	546	626
Årlig kostnad				
Veiledning	17	19	24	28
Supervisjon	33	38	48	55
Gruppeveiledning	1	1,2	1,5	1,8
Administrasjon	19	22	27	31
Registrering læringsmål	9	10	13	15
Total pr år	79	90,2	113,5	130,8

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

Med kostnadselementene i tabellen vil utgiftene per ALIS bli på cirka **208 800 kroner**:

Vi deler da årlig kostnad som er 79 millioner kroner på antall ALIS i ordningen/år og kommer frem til utgifter ALIS per år. Gitt kostnadselementene veiledning, supervisjon, gruppeveiledning lagt til grunn blir regnestykket: (79 mill./380 stk. ALIS = ca. 208 800 kroner).

Kostnadselementene lagt til grunn er som følger:

- i. 44 000 til veiledning
- ii. 88 000 til supervisjon
- iii. 2 800 til gruppeveiledning (2800,- pr år fordelt på 5 år, 3500,- fordelt på 4 år og 1750 fordelt på 8 år)
- iv. 24 000 til kostnader registrering læringsmål veileder/supervisor j.m. pkt. 10.12.3
- v. 50 000 til administrasjon
- vi. **208 800 til sammen per ALIS**

³⁰ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

Tabell 17 viser total kostnad for ALIS i ordningen 1 år, 4 år, 5 år og 8 år gitt forutsetninger foran lagt til grunn for veiledning, gruppeveiledning, supervisjon og administrasjon.

Antall ALIS/år	Dekke for:	Kostnad nye ALIS/år	Kostnad ALIS inn i ordningen 4 år	Kostnad ALIS i ordningen 5 år	Kostnad ALIS i ordningen 8 år
380 ³¹	Avgang	79	316	395	632
436	Befolkningsvekst	90	360	450	720
546	Norm arbeidstid	113	452	565	904
626	Norm Arbeidstid LV	130	520	650	1040

Alle kronebeløp i **millioner** kroner

10.10 Avtaleforhold mellom kommune og ALIS

Erfaringene fra forsøksvirksomheten med ALIS har hittil vist god rekruttering når fastlegehjemlene etableres som faste stillinger i kommunen. Vi er imidlertid i tidlig fase i forsøkene.

Det må også legges til rette for rekrutteringstiltak når ALIS er næringsdrivende. Man vil vinne nærmere erfaring med det gjennom ALIS NORD prosjektet som nå ligger inne regjeringens budsjettforslag for 2019. Det vises til rekrutteringstiltakene foreslått i del 1.

Faglig sett må utdanningen holde samme høye krav uavhengig av avtaleforholdet mellom kommune og ALIS.

For allmennleger utenom fastlegeordningen vil det være hensiktsmessig at kommunene oppretter enten egne hjemler eller at ALIS får tilgang til fastlegevikariat der ALIS får i alt 2 år i åpen, uselektert allmennpraksis. Dette kan være ledighet som oppstår som følge av rotasjon og som kan utnyttes til å gjennomføre utdanningsløp, gjerne i samarbeid med fastlegepraksisene.

Dette vil medføre behov for revisjon av avtaler, og i den forbindelse må det avtales om kommunen skaffer vikarer ved fastlegekontorer, en oppgave fastlegene som hovedregel håndterer i dag. Etablering av egne utdanningshjemler for allmennleger utenfor fastlegeordningen fører trolig til arbeidsrettslige utfordringer som antas å kreve strukturelle grep og regelendringer.

For allmennleger utenfor FLO, som har høy "turn over" av leger, vil faste stillinger tilrettelagt for spesialisering trolig kunne bidra til stabilisering. ALIS har da en fast stilling i kommunen som de vender tilbake til etter å ha oppnådd læringsmål i åpen, uselektert allmennpraksis og etter institusjonstjenesten.

³¹ Hvis alle leger med konvertert spesialitet jobber i Norge er tallet 25 lavere

Oslo kommune mener at læringsmålene i uselektert praksis kan oppnås med forskjellige løsninger for listeansvaret, og at felleslister og midlertidig ansvar for deler av en liste må kunne vurderes i det videre arbeidet med modellene.

10.11 Behov for interregional overbygging av ordningen

Helsedirektoratet har i forslag til regulering av spesialistutdanning i allmenmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin blitt tiltenkt et særlig ansvar knyttet til å sikre nødvendig grad av enhet innenfor spesialistutdanningene. Konkret kan Helsedirektoratet anbefale hva utdanningsvirksomhetenes utdanningsplaner for ASA spesialitetene bør inneholde av læringsaktiviteter, læringsarenaer og vurderingsformer.

Det vil i tillegg være behov for formalisert samarbeid kommunene imellom – og inn mot godkjente utdanningsvirksomheter. For å kvalitetssikre så lik organisering som mulig, taler det for at spesialistutdanningen i ASA spesialitetene regionaliseres og at det foreligger interregional koordinering. Dette vil bidra til å sikre regional overbygging og likhet i kvalitet. En slik regional struktur kan forankres i forskjellige organer:

- Interkommunalt samarbeid, evt knyttet opp til sykehussektorer
- Fylkesmannen, etter modell fra LIS1
- Helseforetakenes regionale utdanningssentre
- Et nytt mulig organ som er under etablering er Kommunenes strategiske forskningsorgan(KSF), som skal jobbe for å styrke forskning, innovasjon og utdanning innen kommunenes helse- og omsorgstjenester.

10.12 Oversikt kostnads- og inntektselementer

For å gi oversikt over ulike kostnads- og inntektselementer i ordningen utover det som er nevnt over har vi laget en kort oppsummering av disse. Vi har tatt utgangspunkt i bakgrunnstall nevnt foran i dokumentet, fra forsøkskommunene i ALIS-Vest og beregninger gjort for OSLO kommune.

KS og Oslo kommune mener at de omfattende endringen i spesialistutdanningen for leger innebærer nye store oppgaver for kommunehelsetjenesten. KS og Oslo kommune går imot at det legges opp til et spesialiseringssløp som ikke er bærekraftig. Det må legges opp til en ordning der kommunesektoren gis reell mulighet til å gjennomføre sitt sørge-for-ansvar innenfor de økonomiske rammene som staten stiller til disposisjon. Dersom endringen skal lykkes må det være relativt like økonomiske betingelser for kommunene å ha leger i de tre modellene, som næringsdrivende, ansatt og utenfor fastlegeordningen.

Vedlagt regneark fra Oslo kommune oppsummerer kostnadselementene.

KS og Oslo kommune anslår løsninger som innebærer kommunal ansettelse vil medføre kostnader på samme nivå som LIS1-stillinger. Disse stillingene er i dag statlig finansiert med 264 000 per år, og KS og Oslo kommune anser at dette dekker bare omkring 1/3 av kommunens utgifter til LIS1. Forslagene for LIS3 har så langt tilsvarende mangler.

Legeforeningen påpeker at departementet undervurderer behov for ressurser som kreves for å sikre god kvalitet i spesialistutdanningen. Tilstrekkelige finansiering av spesialistutdanningen er derfor avgjørende for at spesialistutdanningen kan gjennomføres med god gjennomstrømming

og i tråd med de foreslåtte kravene. En godt tilrettelagt spesialistutdanning kan ha en positiv rekrutteringseffekt. Gitt rekrutteringssituasjonen i mange kommuner, er det likevel behov for ytterligere rekrutteringstiltak, det vil si tiltak utover tilrettelegging i henhold til kravene i spesialistforskriften.

10.12.1 Veiledertid

En time hver uke i 44 uker, $\frac{1}{4}$ til forberedelse og $\frac{3}{4}$ til veiledning med ALIS, blir 44 timer a 1000 kr/timen, til sammen **44 000** i året per ALIS, dekkes av statlig tilskudd.

10.12.2 Supervisjon

To timer hver uke a 1000 kr/timen blir **88 000** i året per ALIS. Kostnad er per tiden ikke finansiert.

Legeforeningen påpeker at når veileder og supervisor er næringsdrivende fastleger, må denne tiden godtgjøres. ALIS næringsdrivende må også godtgjøres. Legeforeningen påpeker at de disse honorarene må forhandles mellom partene, og rapportens kostnadsoverslag kan ikke binde partene.

10.12.3 Vurdering og godkjenning av måloppnåelse

Jamfør veileder for veiledning dreier det seg om møte mellom veileder – supervisor og ALIS. Vårt estimat er 2 timer 4 ganger årlig a 1000 kr timen, til sammen **24 000** per ALIS per år. Både Oslo kommune og legeforeningen ønsker at dette beløpet skal tas inn i kostnadselementene som viser kostnad per ALIS per år (se pkt. 10.9).

Helsedirektoratet mener at denne utgiften er dekket gjennom kostnader skissert til supervisjon og veiledning se pkt. 10.12.1 og 10.12.2 og i kommunens rammetilskudd, og viser til at kommunen får et forskriftsfestet ansvar for videre- og etterutdanning av fast ansatte- og næringsdrivende fastleger jf. § 17 i forskrift om endring av spesialistforskriften.

10.12.4 Kostnadsdekning/kompensasjon til fastlegepraksis som har ALIS

Det dreier seg om utgifter praksisen har til lokal ledelse og administrasjon, lokaler, støttepersonell, inntekts i praksis fordi de velger ALIS fremfor ferdig spesialist. Dette må forhandles frem i hvert tilfelle i tråd med sentrale avtaler.

KS og Oslo kommune mener at når ALIS ansatt og ALIS utenfor fastlegeordningen skal i 2 års uselektert praksis har erfaring vist at kommunen må ta sin del av driftsutgiftene ved legekantorene. Beløpet er varierende, men 6-sifret. Dette er en ny kostnad grunnet endringen i spesialistutdanningen.

10.12.5 Kursavgift inkludert gruppeveiledning

Kursavgifter til obligatoriske og valgfrie kurs for å oppnå læringsmål i i forbindelse med spesialiseringen. Dette utvides nå til også å gjelde allmennleger utenfor FLO. Legeforeningens fond II dekker delvis utgifter i forbindelse med kurs og gruppeveiledning.

Der arrangørens kursavgift for obligatoriske kurs er høyere enn Legeforeningens satser, må legen dekke dette selv. I tillegg er det en egenandel på 500. Hvor stort dette mellomlegget er vil variere og kan ikke anslås eksakt. Når det gjelder reise og oppholdsutgifter for ALIS i forbindelse med gruppeveiledning dekkes kun utgifter over 5000 kroner (over en to årsperiode).

10.12.6 Etableringskostnad ALIS

Kjøp av praksis med gjennomsnittspris på 609 000 kr³² (store lokale variasjoner). Det presiseres at tallet er fra 2012. For ALIS næring påfaller kostnad ALIS. For ALIS fast ansatt og ALIS utenfor FLO påfaller kostnad kommunen. Ved etablering av ALIS ansatt kan det være nødvendig for kommunen å kjøpe opp hjemler fra fastleger som slutter eller reduserer listelengde. Det presiseres at når kommunen kjøper ut fastlegen og omgjør hjemmelen til en fast stilling er det en engangskostnad for kommunen.

Helsedirektoratet viser i denne sammenheng til at Legeforeningens lånefond for etablering/reetablering av privat legepraksis ble opprettet i 1978 av sentralstyret i Legeforeningen. Formålet er å yte lån til leger som skal etablere privat legepraksis og til leger som skal utvide, flytte eller foreta påkostninger i etablert praksis. Lånet kan finansiere kjøp/overtakelse av praksis, innskudd, andel i fellesforetak, kjøp av lokaler, inventar, ominnredning/ombygging av lokaler, kontorteknisk og medisinsk utstyr.

10.12.7 ALIS fravær fra praksis i forbindelse med spesialisering

Tabell 18 viser samlet fravær på grunn av læringsaktiviteter (ekskludert supervisjon):

Sum fravær grunnet utdanningsaktiviteter	149 t /år	18,6 dager
Veiledning 44 t/år	44 t /år	5,5 dager
Gruppeveiledning 120 t fordelt på 5 år	25 t /år	3,1 dager
Kurs 400 timer fordelt på 5 år	80 t/år	10 dager

Full tids kurativ virksomhet for næringsdrivende innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året. De øvrige ukene skal brukes til ferie, videre- og etterutdanning. Legen har rett til fravær for deltakelse på kurs, nødvendig tjenestegjøring og andre aktiviteter for å oppnå eller beholde spesialistgodkjenning (rammeavtalen ASA 4310 KS/Dnlf). For kommunalt ansatte leger har arbeidsgiver plikt til å tilrettelegge for videre- og etterutdanning.

Fravær en time i 44 uker inkludert forberedelse, i forbindelse med veiledning. Til sammen 44 timer hvert år a 650 kroner timen, og utgjøre **28 600 kroner/år/ALIS**. Kompenseres gjennom spesialisttakst ved ferdig spesialitet.

Fravær fra praksis for å delta i gruppeveiledning, 120 timer fravær fra praksis fordelt på fem år (gjennomføres over to år). Dette utgjør 25 timer hvert år a 650 kroner timen, til sammen **16 250 kroner/år/ALIS**. Kompenseres gjennom spesialisttakst ved ferdig spesialitet.

³² Dahl og Swensson, 2012

Fravær fra praksis grunnet kurs. Til sammen 400 timer over fem år utgjør 80 timer hvert år a 650 kroner per time, til sammen **52 000** kroner/år/ALIS. Kompenseres gjennom spesialisttakst ved ferdig spesialisitet.

Fravær fra annet allmennmedisinsk arbeid og andre kostnadselementer for ALIS utenfor fastlegeordningen. Husk kostnadene blir ikke tilbakeført gjennom spesialisttakster etter gjennomført spesialisering.

Mange kommuner innvilger i dag 10 dager fri til utdanningsaktiviteter. Reformen vil medføre økt fravær som følge av videreutdanning.

Oslo kommune og KS viser til at beregningene viser et økt fravær fra praksis for ALIS ansatt og ALIS utenfor fastlegeordningen fra 80 timer som er dagens praksis til 149 timer per år (økning fra 10 til 18,6 arbeidsdager). Dette må kommunene finansiere ved å ansette en annen lege.

Legeforeningen viser til at ALIS har fravær i forbindelse med spesialistutdanning ved deltakelse i kurs, individuell veiledning, gruppeveiledning mm. En del utgifter dekkes av Legeforeningens fond, mens den største økonomiske tapet er at legen er fraværende fra praksis og ikke får jobbet. Det heter i rapporten at dette tapet dekkes av spesialisttakstene legen utløser ved ferdig spesialisering. Legeforeningen påpeker at det økonomiske tapet kommer mens legen er under spesialisering og kun delvis "dekkes" flere år senere. Som ellers i samfunnet må spesialisttakstene ses på som en kompensasjon for høyere kompetanse. Det er derfor ikke helt dekkende at tap som ALIS får som følge av fravær fra praksis fullt ut kompenseres av muligheten til å heve spesialisttakster ved fullført spesialisering.

10.12.8 Lønnsutgifter

Lønnsutgifter varierer med lokale forhold. I ALIS-Vest varierer lønnen fra kommune til kommune. Dette henger sammen med at noen kommuner bruker lønn som virkemiddel for å rekruttere allmennleger. Kommunen vil også ha utgifter til pensjon, arbeidsgiveravgift og forsikringer. I Bergen kommune er årlig lønnskostnad for ALIS i ALIS-Vest på 889 000 kroner inkludert 40 % sosiale kostnader.

10.12.9 Egenandeler og refusjonsinntekter

Pasientens egenbetaling og refusjoner fra HELFO utgjør cirka 70 % av fastlegens omsetning. Årsomsetningen for ALIS vil være individuell, og påvirkes av fravær fra praksis i forbindelse med kurs og veiledning. Fra ALIS - Vest ligger omsetningen på rundt 560 - 600 000 fra egenandeler og refusjon med 700 pasienter på listen.

10.12.10 Basistilskudd

Kommunen utbetaler allmennlegene basistilskudd per registrert person på legens liste. Fra 1. juli 2018 er basistilskuddet kroner 486,- per år per person. For ALIS -Vest der ALISen har mellom 700-800 pasienter tilsvarer dette et tilskudd på 340 - 388 000 kr/år.

10.12.11 Tilskudd veiledning

Statlig tilskudd til veiledning for 2019 er på **46 millioner** for 1000 allmennleger i spesialisering.

10.12.12 Tilskudd supervisjon

Det er ingen statlige tilskudd for supervisjon av ALIS i dag.

10.12.13 Andre tilskudd

For budsjettåret 2019 er det foreslått å bevilge **39 millioner** kroner i rekrutteringstilskudd for allmennleger i kommunene.

KS og Oslo kommune er skeptiske til at finansieringen i hovedsak baserer seg på statlige tilskuddsordninger. En statlig tilskuddsordning er lite forutsigbart for kommunene. Kommunene har behov for langsiktighet og forutsigbarhet i hvilke midler de får tilført. Kommunen har ingen garanti for å at de får innvilget sin søknad og hvilke beløp de i så fall får tildelt. Det er nødvendig å fastsette et stønadsbeløp til kommunene per ALIS og en spesifisering av hva som er inkludert i dette beløpet.

KS viser til rapporten *Variasjoner i finanseringen av fastlegeordningen*, utarbeidet i mai 2018 av Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse, dokumenterer at sju av ti kommuner. KS viser til at kommunene subsidierer fastlegeordningen årlig med ca. 400 millioner. Samtidig vurderer majoriteten av kommunene som i dag ikke subsidierer at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter som i dag. Det er krevende for kommunene å gå inn på ordninger som medfører ytterligere usikker finansiering. Forslagene til spesialisering og finansiering som foreligger her medfører vesentlige nye merkostnader for kommunene.

Helsedirektoratet viser til at kommunene har et "sørge for" ansvar for at innbyggerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder en forsvarlig fastlegetjeneste. Staten finansierer fastlegeordningen gjennom et basistilskudd som tilsvarer per capita i kommunen og gjennom refusjon fra den enkelte fastlege som har avtale med kommunen. Kommunene står for øvrig fritt til å finansiere tjenestetilbudet til befolkningen utover dette.

10.13 Oversikt dekning av utgifter til spesialistutdannings – Fond II

Kurs

Overnatting: Utgifter til overnatting i Norge – inntil kr 1 050 per natt inkl. frokost

Reiseutgifter: dokumenterte reiseutgifter dekkes

Diett: Noe diett dekkes så fremt det er fakturert av arrangør eller gjelder helpensjon på hotell– maks 400 kroner per dag.

Kursavgift: kun de obligatoriske grunnkursene A, B, C og D i allmenntmedisin og 50 % av kursavgiften til de obligatoriske kursene i samfunnsmedisin dekkes etter Legeforeningens satser. Noen kurs koster mer enn det som dekkes av Legeforeningen og legen må i så fall betale mellom legget.

Kilometer godtgjørelse: Sats ved bruk av egen bil - kr 1,7 per km. Tillegg for passasjer – kr 0,40 per km

Egenandel

Egenandel per kurs/kursbevis utgjør kr 500

Veiledningsgrupper

Reiseutgifter/oppholdsutgifter over kr 5000 i løpet av veiledningsperioden samt kursavgiften(14

000 kroner over 2 år) ved deltakelse i veiledningsgrupper i allmenntidisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

Overnatting refunderes der det er nødvendig for deltakelse i veiledningsgruppene.

10.14 Rekrutteringstiltak

Oslo kommune og KS viser til at arbeidsgruppen har nevnt enkelte rekrutteringstiltak i rapportens del 1. Dette er tiltak som bl.a. baserer seg på at kommunen yter økonomisk bidrag utover det man legger opp til i den nye ordinære spesialistløpet. KS og Oslo kommune mener at det ligger utenfor arbeidsgruppens mandat å vurdere og prioritere disse tiltakene, og mener disse spørsmålene må diskuteres i den parallelle arbeidsgruppen som diskuterer finansiering av fastlegeordningen.

Legeforeningen viser til at det i del 1 ble en rekke rekrutteringstiltak foreslått innenfor de ulike modellene, men tiltakene ble ikke rangert. Legeforeningen mener alle de foreslåtte tiltakene vil kunne bedre rekruttering og stabilisering, men har i del 2 gjort en prioritering av tiltakene i del 1.

Uavhengig av fremtidig modell for ALIS, kan ulike økonomiske virkemidler bedre rekrutteringen avhengig av hvilke behov kommunen har. De viktigste støtteordningene til ALIS er de som bidrar til forutsigbarhet, tilrettelegging og mindre økonomisk risiko tidlig i karrieren. Det er ulike behov for rekrutteringstiltak i kommunene og dermed vil tiltakene kunne være forskjellige. I motsetning til KS og Oslo kommunene mener Legeforeningen arbeidsgruppen burde gjort en prioritering av rekrutteringstiltakene foreslått i delrapport 1 og estimert kostnadene av disse jfr. mandatets siste avsnitt *"Den første delen av utredningen beskrev modeller som vil kunne tilpasses ulike økonomiske rammer. De økonomiske og administrative konsekvensene av modellene utredes i denne del av oppdraget."* Legeforeningen mener det må være opp til trepartssamarbeidet å vurdere om denne delen av mandatet kan inkluderes i arbeidsgruppen som utreder finansieringsmodeller.

Legeforeningen påpeker at ALIS bør i en periode ved oppstart ha tilgang til veiledning og supervisjon utover forskriftens krav. Erfaringene fra ALIS-VEST bekrefter at det er et stort behov for å formalisere dette.

Legeforeningen mener at følgende tiltak vil "treffe" best for å møte kommunenes rekrutteringsutfordringer og nyutdannede legers behov tidlig i karrieren:

- **Utdanningsplaner**

Kommunene må ha ressurser til å sette opp gode planer som gir forutsigbare utdanningsløp. Dette gjelder uavhengig av tilknytningsform (ansatt eller næringsdrivende). Dette kan være krevende for alle kommuner og det bør vurderes å tilsettes en kommuneveileder for flere kommuner i en region som kan bistå i utvikling av slike planer i enkeltkommunene. Denne veilederen kan for eksempel tilknyttes regionale utdanningsenheter. Det er gode erfaringer fra ALIS vest prosjektet med en slik veileder. Dersom det ikke etableres interregionalt samarbeid om gjennomføring av institusjonstjeneste, må den enkelte kommune sørge for avtaler med HF om gjennomføring av institusjonslæringsmål. Dette vil gi ALIS informasjon om hvor og når slik tjeneste skal gjennomføres og gir mulighet til planlegging og forutsigbarhet for ALIS, kommunen og gruppepraksisen

- **Full utgiftsdekning for gjennomføring av læringsaktiviteter**

Det bør være søkbare refusjonsordninger for ALIS for utgiftsdekning for å gjennomføre læringsaktiviteter ifm spesialistutdanning som ikke dekkes av Legeforeningens utdanningsfond. Det, må gjelde både for kommunalt ansatte ALIS og næringsdrivende ALIS. ALIS kan søke refusjon fra kommunen for kursavgift og reiseutgifter (grunnkurs/emnekurs) og tapt arbeidsfortjeneste (praksiskompensasjon) ifm. deltakelse på læringsaktiviteter i forbindelse med spesialistutdanningen som ikke dekkes av Legeforeningens fond. Det kan diskuteres om det skal være et tak på hva som kan søkes refundert.

De ovenstående rekrutteringstiltakene gjelder alle modeller (både næringsdrivende og kommunalt fast ansatte ALIS). Det er særlig behov for rekrutteringstiltak for ALIS som er næringsdrivende.

Overordnet må rekrutteringstiltak for næringsdrivende bidra til å sikre sosial og økonomisk trygghet for både ALIS og legekantoret. Dersom vi skal få en god rekruttering må både ALIS legene og legekantorene være sikret en fornuftig og trygg økonomi.

I de tilfeller der ALIS tildeles en tidligere besatt fastlegehjemmel vil reglene i rammeavtalen(e) overdragsretten til fratredende lege gjelde. Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis.

I dag rekrutteres fastleger ved at de kjøper en praksis fra en annen fastlege som slutter, eller de kan tildeles null-lister av kommunen. En nyutdannet lege vil ha cirka en halv million kroner i studielån og er i en etableringsfase etter endt studie. Samtidig må de investere i en praksis. Store investeringskostnader ved overdragelse av hjemmel fra annen fastlege er en barriere i forhold til å rekruttere og beholde ALIS i kommunene. Følgende rekrutteringstiltak anbefales for næringsdrivende ALIS:

Grunntilskudd/inntektsgaranti ved oppstart med null-liste/kort liste samt gradert per capita tilskudd for å kompensere for lavere liste ved oppstart

Tilskuddet skal dekke renter/avdrag for lån til kjøp av praksis og til dekning av faste utgifter ved legekantoret, kurs og andre utdanningsaktiviteter.

Det utbetales et rekrutteringstillegg stort kr. 500 000 ved oppstart. Dersom ALIS slutter i løpet 3 år må tillegget tilbakebetales. Tilbakebetalingsbeløpet reduseres med kr. 100.000 pr. år ALIS har arbeidet i hjemmelen.

- **Lavere liste for ALIS ved oppstart**

Som anbefalt i del 1 må ALIS ha eget listansvar. Det kan vurderes å avtale kortere liste ved oppstart. Listen kan deretter øke i takt med at ALIS får økt erfaring. Dette må i tilfelle inngå i fastlegeavtalen, og listetaket må fremgå. ALIS må få kompensasjon for redusert listestørrelse. Legeforeningen har foreslått å gradere per capita tilskuddet ved å innføre "knekkpunkter". Forslaget gjelder finansiering av hele fastlegeordningen. Dette er et pågående arbeid som ikke er slutført (Arbeidsgruppe nedsatt i regi av trepartssamarbeidet om finansiering av fastlegeordningen). I denne sammenheng bør en gradering av per capita tilskuddet uansett hva utfallet blir vurderes som et særskilt rekrutteringstiltak. Dette kan for eksempel gjøres på følgende måte:

- Det betales et basistilskudd for 0-500 pasienter på kr 400 000 årlig de tre første årene.
- For pasienter 501-800 betales 125% per capita tilskudd.

- For pasienter 801 og oppover betales 100% per capita tilskudd.
- Rentefritt etableringslån ved innkjøp i praksis og ev. også ved behov for endring/flytting av lokaler
- Det rentefrie etableringslånet bør kunne gjelde både ved oppstart/innkjøp i praksis og eventuelt også ved behov for endring/flytting av lokaler.

Legeforeningen om listereduksjon:

Listereduksjon og flere fastleger er et mål for legeforeningen. Vilkår for og regulering av listereduksjon må sees i sammenheng med det øvrige arbeidet med å styrke betingelsene for fastlegevirksomhet, herunder spørsmålet om finansiering. Rammebetingelser som gjør det mulig å redusere listene (og dermed arbeidstiden) vil bidra til at nye hjemler (herunder ALIS) vil få fylt sine pasientlister raskere.

Det er i dagens regelverk en relativt snever adgang til listereduksjon. Dette henger sammen med at det i dagens system er pasienten som velger fastlege – og ikke omvendt. Kontinuiteten i lege- pasient forholdet er grunnleggende for god kvalitet i fastlegeordningen.

Legeforeningen mener derfor at spørsmålet om eventuelle nye vilkår for listereduksjon må utredes i en sammenheng med de øvrige prosesser i arbeidet med fastlegeordningen.

11 KONSEKVENSER AV KOMPETANSEBEHOVET FOR LEGER

Mange av konsekvensene av økte kompetansekrav er omtalt i de foregående kapitlene. Her gis det kun en summarisk fremstilling av konsekvensene.

Kompetanseforskriften³³ pålegger kommunen å sørge for at allmennleger i klinisk arbeid som tilsettes etter 1. mars 2017, er eller blir spesialister i allmenntjenestemedisin.

Implementering av forskriften betyr at innbyggerne vil møte leger med høyere og jevnere kompetanse i de kommunale tjenestene, uansett hvor de bor i landet. Helse- og omsorgstjenestene i kommunen for øvrig og spesialisthelsetjenesten vil møte mer kompetente leger. Det er en viktig premisse for god samhandling både horisontalt og vertikalt og at pasientene får rett vurdering, evt. diagnose, behandling og oppfølging til rett tid og sted. Innbyggerne og kommunen vil kunne få løst flere medisinske faglige oppgaver lokalt, gitt tilstrekkelig kapasitet.

³³ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

Økt spesialiseringsgrad blant allmennlegene er også viktig for at kompetansekravene til legene i legevakt innfris og at kommunen kan være selvforsynt med kompetente veiledere og supervisører.

Kommunene må følge opp og legge til rette for at legene kan gjennomføre spesialistutdanningen i allmennmedisin i henhold til regelverk og tiden som er avsatt i utdanningsplanene.

Kommunene som ansetter ALIS må registrere seg som utdanningsvirksomhet, utarbeide opplæringsplan og individuell utdanningsplan og følge opp ALIS gjennom spesialisingsløpet. Arbeidsgruppen mener at mange av kommunene ikke nødvendigvis har ressurser og kompetanse nok alene til å ivareta disse oppgavene, men at muligheten for å gå sammen i interkommunale- og regionale samarbeidsformer vil kunne løse disse utfordringene. Helsedirektoratet har en rolle med å bistå kommunene i arbeidet.

Kommunene påpeker at forslaget til organisering og gjennomføring med kommunene som registrert utdanningsvirksomhet blir ressurskrevende. For å sikre kvalitet og gjennomstrømming krever at det avsettes tilstrekkelig medisinske-, administrative- og HR ressurser i gjennomføring av ALIS utdanningen i kommunene.

Til nå har gjennomføring av sykehusåret vært en flaskehals i spesialistutdanningen, hovedsakelig da ALIS må søke stilling på sykehus i konkurranse med ordinære LIS til utdanningsstillingene på sykehus. Skal kommune og ALIS greie å gjennomføre spesialiseringen på normert tid, må gjennomføringen av institusjonstjenesten settes i system. Arbeidsgruppen er enige om at det er en avgjørende forutsetning at helseforetakene får et sørge-for ansvar for institusjonstjenesten til ALIS og vil anbefale at dette ansvaret nedfelles i spesialistforskriften.

Noen kommuner vil få utfordring med å skaffe til veie kompetent veileder, som i høringsnotat til revidert spesialistforskrift er foreslått å skulle være spesialist i allmennmedisin. Enkelte kommuner har få fastleger som er spesialister i allmennmedisin. Kommunene har ikke myndighet å pålegges næringsdrivende fastleger å veilede ALIS. Legeforeningen på sin side har uttalt til departementet at det finnes nok spesialister i allmennmedisin til å veilede ALIS og at det bør etableres gode systemer for samarbeid.

For noen kommuner vil det kunne bli en utfordring at kommunalt ansatte allmennleger utenfor FLO skal ha praksis i minst 2 år i åpen uselektert allmennpraksis. Arbeidsgruppen har omtalt dette i eget punkt i rapporten.

Kommunen skal tilrettelegge for at leger kan gjennomføre spesialistutdanningen i allmennmedisin. Plikten følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 8-2 og av forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 3. Kommunene skal sørge for at egne ansatte og medvirke til personell som utfører tjenester eller arbeid i privat virksomhet som har avtale med kommunen får adgang til nødvendig videreutdanning.

