

Nedenfor anførte refleksjoner sendes som arbeidsforslag til AF landsrådsmøte 11.05.2022
U.t. er allmennlege i Norge siden 1999 og arbeider som fastlege.

Forslag:

Dagens ordning med basis/per- capita tilskudd overføres til fast, pensjongivende driftstilskudd tilsvarende statsavtalens pkt. 3.1..

Staten utbetaler tilskudd direkte til leger med fastlegeavtale og legen innlemmes i statlig velferds- og pensjonsordning på lik vis som leger, ansatt i helseforetak mot at legen tilpliktes å ivareta listeansvaret til en definert antall pasienter (Normtall).

- *Ved pålegg av kommunale oppgaver avkortes listeansvaret tilsvarende og Kommunen betaler lønn til lege samt tilsvarende vederlag av driftstilskudd til staten.*
- *Deltakelse i Legevakt gir rett til avspasering og ivaretas ved tilsvarende listereduksjon dog uavkortet driftstilskudd . Beregning foretas som gjennomsnittsberegning av vakthypighet over 12 måneder .*

Normtall skal justeres årlig i samme forhandling som normaltariff og statsavtalen forhandles og justeringer må gjenspeile oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

Kommunen skal dimensjonere antall fastleger , slik at befolkningsansvaret ivaretas og ha tilstrekkelig tilleggs kapasitet for at pasientens rett til fastlegebytte ivaretas.

Ved ubesatte fastlegehjemler skal kommunen bære både drifts- og vikarkostnader i sin helhet for pasienter på lister uten fastlege uten vederlag fra staten. Kommunen skal stå fritt til å enten kjøpe kapasitet hos etablerte fastleger utover deres normtall eller ansette vikarer.

Definisjoner:

Normtall er antall pasienter på en fastleges liste ved full kurativ virksomhet. Den tilsvarer ved dagens arbeidsmengde/oppfølgingsbehov ca 800- 900 pasienter.

Underliggende vurderinger

ANAMNESE

Fastlegeordningens innføring ble med knapt flertall blant leger vedtatt i 2000 med oppstart i 2001 og har vært utveien av en skrantende Kommunelegeordning. Mange allmennleger gikk fra en kommunal fastansettelse (med pensjonsrettigheter) over i en selvstendig næringsdrift og vår egen forening forsikra oss gjentatte ganger at våre pensjoner var trygg ivaretatt i SOP ordningen og fraråde oss å inngå egne pensjonsavtaler for at ikke denne særdeles fine ordning skulle avkortes.

Det ble en suksesshistorie!

At allmennlegene kunne styre sine egne bedrifter selv, løsrevet av oste høvlete kommunalbudsjetter, skiftende allianser i kommunestyrene og formannskaper , men ut ifra legens medisinske bekjentskap med en navngitt pasientpopulasjon har gitt langsiktige, stabile og tilpasningsdyktige legetjenester, som etter nylige evalueringer viser at

pasientpopulasjonen lever lengre, har færre akutt innleggelser på sykehusene og føler seg så bra ivaretatt at ordningen har toppet kundetilfredshetsmålinger i årevis. Jobbtilfredshet og stabilitet i stillinger blant fastleger ble eksemplariske etter bare noen år!

KRONIFISERTE SYKDOMMER

basistilskudd, vi skiller mellom stor - og småkommuner

En av ordningas nyskapinger var per capita tilskudd, som skulle dekke hoveddelen av legens faste driftsutgifter. Den ble beregnet mot en målpopulasjon på 1500 pasienter. Dette har fungert etter intensjon i større Kommuner.

Kommuner under 5000 innbyggere fikk tilkjent en utjevningstilskudd, slik at det skulle være tilstrekkelig legedekning for å kunne bemanne legevakten. Den har ikke blitt beregnet opp mot 1500, men 1200 listepasienter og fravær av basistilskudd tilsvarende 300 listepasienter har pålitelig resultert i at leger i småkommuner flest inngikk så kalte 8.2. avtaler.

basistilskudd, inadekvat justering for samfunnsreformer

Økning i driftskostnader ved innføring av medarbeiders pensjonsreformer, brått påkommende nødvendighet for kolleger, approbert etter 93 som måtte bekoste sin egen pensjonsordning etter 2010 og en del andre kostnadsdrivende samfunnsreformer ble ikke kostnadsdekkende fanget opp ved justering av per-capita tilskudd. For å opprettholde inntektsnivået til tross for økte driftskostnader, har de fleste kolleger hevet listetaket og dermed generert økt antall pasientkontakter og takstgivende prosedyrer.

samhandlingsreform -store ambisjoner vs. manglende ressurser-

Samhandlingsreformen har innfridd forventninger til betraktelig kortere liggetid av pasienter på sykehusene og økt dermed sykehusets "produktivitet". Dette impliserer dessverre ikke at sårene gror fortere eller at medisiner virker raskere, men løses på en medisinsk forsvarlig måte gjennom overføring av nødvendig oppfølging. Her fikk FLO en kontinuerlig økning av behandlingsvolum, som i forarbeid til samhandlingsreformen ble estimert til 2000 legeårsverk. Estimater har vist seg å være korrekt og ble ivaretatt ved å opprette litt flere enn 300 nye fastlegehjemler og med å øke fastlegenes gjennomsnittlige arbeidstid til omlag 56 timer/uke.

endring av avtaler og partsforhold

Myndigheter har ved innføring av både fastlege- og akuttforskrift inngrepet ensidig i det opprinnelige avtaleforholdet.

SAMMENDRAG

En jevnlig pågående utredning av FLO dokumenterer i over 10 år økende dissens mellom arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser som har medført en uholdbarr arbeidssituasjon for de fleste (gjenværende) legene. Manglende akseptans for nødvendige tilpassninger hos både KS og staten har akkumulert i at LF streiket for å bedre arbeidsvilkårene til leger. Allerede litt flere enn 30 streikende leger har medført en så stor fare til liv og helse at regjering har idømt **tvungen lønnsnemd** .

Nemda stadfesta at **dagens utfordringer ikke kan løses innafør dagens avtaleverk**.

Utfordringa om hvordan regelverket kan tilpasses for å oppnå vilkår som bevare FLO`s sterke sider og samtidig skaper rom for rekrutterende arbeidsvilkår fremstår dermed på flere nivåer som meget presserende.

Sammenlignes dagens vilkår i FLO med vilkårene i 2001, fremstår FLO for unge kollega i dag som et alternativ

- uten vanlige sosiale rettigheter,
- uten noe form for inkluderte pensjonsordninger og
- med stor ulikhet i partsforhold til fordel for forskriftsfestet statlig visnings- og styringspolitikk

i kombinasjon med

- kontinuerlig økende administrasjonskrav,
- kontinuerlig statlig arbeid for straffeforfølge og bøtelegge leger (blåresepsaken er nyeste eksempel) og
- fraværende muligheter av å kunne påvirke overføring av en tilsynelatende ubegrenset arbeids- og oppgaveoverføring fra andre instanser (sykehus, utdanningsetater
- , vegvesenet/politi/rusomsorg.....)

BEHANDLINGSPLAN

Utfordringa på **rekrutteringssida** ved at unge leger ikke søker seg i ordninga begrunnes i både usikker økonomi, manglende sosiale ordninger og sterk økt arbeidsmengde på bekostning av familie og fritid.

Fremlagt forslag gir trygg økonomi fra første dag ved at

- praksiskostnader er dekket ved et driftstilskudd,
- sykeavbrudds-, svangerskapspermisjoner o.l. er økonomisk sikret
- i tilfelle medisinsk uføre og alderspensjonering har legen trygge ordninger

Om så fås gjennomslag for kunne spesialitet allmennmedisin igjen konkurrere om nyutdannede leger på sosial like vilkår med sykehusene.

etablerte leger forlater FLO grunnet stort arbeidspress med gjennomsnittlig arbeidstid på 56 time/uke, i tillegg kommer vaktbelastning, bakvaktsansvar, og økende mangel på vikarleger, slik at ferie og fraværsavvikling blir et økende sjansespill. Listereduksjon går for fullt på legens egen bekostning, siden det er ingen andre kompensasjonsmuligheter for å redusere løpende praksisutgifter.

Fremlagt forslag vil ved bruk av Normtall resultere i

- overkommelig arbeidsmengde
- mulighet for listereduksjon ved relevant deltakelse i legevakt og dermed mulighet for avspasering

- en overkommelig økning i arbeidsmengde ved praktisering av kollegial fraværdekning
- et lukrativt arbeidsplass for vikarer, da disse trengs

Det er ingen grunn å legge skjul på at **Fastlegeordningen har havarert** grunnet manglende oppfølging i trepartssamarbeid, som i flere år har vært forsømt og deretter ikke vært i handledyktig i tilstrekkelig grad.

Fremlagt forslag innebære derfor sterke økonomiske incentiver

- for at Kommunen følger opp og rekruttere leger inn i ordning
- at kommuner både regional og sentral jobber for at staten tilpasse oppgaveoverføring fra foretakene med hensyn til foreliggende kapasiteter i Kommuner og at disse utvikles i tråd med behovene.

RISIKO, BIVIRKNINGER OG INTERAKSJONER

FLO fremstår i dag som en sosial avskiltet, kapasitetsmessig uoverkommelig og som en langt inn i fremtiden upåvirkelig karrierealternativ for unge leger med staten i enevelde som via direktorat og departement fremstår å jobbe kontinuerlig og politikkuavhengig for å finne på stadig nye regularier, sanksjonerings- og bøteleggingsmuligheter.

Etablerte kompensasjonsmetoder

- ved at pensjonerte kolleger fortsetter i kombinasjon
- med at vikarbyråene bunnskraper både EØS og Skandinavia for alt som har en lisens ,
- potensert med nyvinninger i form av at unge leger har definert en ny potensiell underforening i legestanden som alminnelig benevnes "vente LIS" eller LIS 0

kan ikke lenger demme opp for nåværende frafall i ordninga. Antall pasienter uten fastleger øker, det offentlige helsevesen er ute av stand å tilbu praktikable alternativer, mens det voksende private legemarked ikke er rigget for å ivareta oppfølging og koordinasjon av sammensatte pasientforløp.

Om man få gjennomslag for endringer

Man må i en overgangsperiode på 8-10 år **ta med i vurderinga** at både handtering av nåværende pasientpopulasjon med en allerede utilstrekkelig antall praktiserende spesialister i allmenmedisin vil sammenfalle med sterk økt behov for veiledning og utdanning av våre unge kolleger (som ved konkurransedyktige vilkår forhåpentligvis kommer til å søke) og dermed ikke kan forvente umiddelbar bedring av arbeidsbelastning. Dette kan bare løses ved at avtaleverket åpner for **individuelle og tidsbegrensete avtaler om økte pasientlister** for de av kollegene som har kapasitet til å jobbe mere. Disse skal være merkbart dyrere for Kommuner enn å ansette nye kolleger, for å ikke blir en administrativ hvilepute.

En siste betraktning skal vies til pensjonsordning.

Tidligere innføring av SOP har vært beroende i felles forståelse at det med å jobbe i et offentlig helsevesen, da

- staten
 - bestemmer stykk- og timepriser,
 - forskriftsfeste tilgjengelighet og
 - definere standarder for behandling av informasjons- og personvernshandtering mens
- kommuner kan
 - beordre ubegrenset til vaktjenester og
 - pålegge offentlige oppgaver,
 - bestemme åpningstider,
- impliserer et moralsk ansvar ovenfor legene, som utøver ordninga, dvs. oss fastleger.
- Løftebruddet ved å først rekruttere allmennleger inn i ordninga med lovnader om sikre pensjoner, som da tas i fra ved å avstå fra avtalte innbetalinger, kan rettes opp med foreliggende forslag ved å sette medlemskapet tilbakevirkende i kraft til oppstart i FLO.

Fremlagt forslag baserer seg på allerede etablert og kvalitetssikret ordning og vil således medføre både harmonisering og likestilling av spesialister i Normaltariffen.

Driftstilskuddsmodell fungerer for alle andre organspesialister innafor overkommelige arbeidstider og uten relevante rekrutteringsvansker. Modell er innarbeidet i offentlig forvaltning og kan utvides til å omfatte allmennlegene med minimal bruk av forvaltningsressurser.

Under valgkampen har det kommet krav fra kolleger om økning av basistilskuddet og nåværende helseminister har satt fram sine daværende oppfatninger om både dobling og tredobling.

Et slikt tiltak vil uten tvil avlaste eksisterende fastlegekontor og gir rom for listereduksjon, men siden det ikke er ledige kapasiteter å ta være på de pasienter som "listereduseres", må antall pasienter uten fastlege tvansløbbig stige proporsjonal med listereduksjon. Det er derfor urealistisk å forvente at politikken investere flere milliarder kroner, bare for å oppnå mangedobling av antall velgere uten fastlege.

En slik tiltak vil heller ikke berøre HF's ukontrollerte oppgaveoverføring inn i fastlegekontorene eller bedre sosiale velferdsordninger for unge kolleger som vil starte som fastlege.

Erkjennelsen om at FLO har blitt uattraktiv for unge kolleger og at kolleger, approbert etter 93, har langt bedre kondisjoner utenom fastlegeordningen KREVER HANDLING for en snarlig endring i de anførte problemområder.

Forventningsfull ser jeg frem til foreningas videre handtering av både særavtale, statsavtale og Normaltariff forhandlinger for en solid oppgradering av driftsvilkår for fastlegekorpset.

Matthias Steffen Schulz
spesialist i allmennmedisin, Sjømanns- og Petroleumslege

MIDSUND LEGEKONTOR