



Saksbehandler: Aslaug Irene Skjold

Rådmann: Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

Tiltak for å bedre rekruttering av leger til Karmøy kommune

Rådmannens forslag til vedtak:

For å bedre rekrutteringen av leger til Karmøy kommune vedtar kommunestyret følgende:

1. Tiltakspakke for rekruttering som er skissert i saken. Merkostnader på anslagsvis 8 mill. kroner innarbeides i rådmannens forslag til budsjett- og økonomiplan for 2023. Dette er midler som vil være i tillegg til demografiendringer som legges til helse- og omsorgstjenestens budsjett.
2. Oppstartstøtte på 200 000 kroner pr lege pr år i 2 år innføres umiddelbart slik at det gjelder nyrekruttede leger fra og med 1. oktober 2022. Dette belastes kommunestyrets disposisjonspost.

Tiltakene revideres i forbindelse med statsbudsjett 2023 og årlige budsjett og økonomiprogram.

De enkelte tiltakene avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet med tiltaket/tiltakene.

Saksutredning

Bakgrunn for saken

I møte 04.04.2022, sak 37 *Orientering om legesituasjonen i Karmøy*, vedtok kommunestyret følgende:

Kommunestyret ber om at det arbeides videre med økonomiske og organisatoriske tiltak for å bedre rekruttering av leger til Karmøy kommune.

Vedlagte innspill fra ALU datert 31.01.22 vurderes, og forslag til tiltak drøftes og utarbeides i samråd med leger som praktiserer i Karmøy kommune.

Hovedutvalg helse og omsorg blir orientert om aktuelle tiltak når møtet mellom kommunen og allmennlegeforeningen har funnet sted. Kostnadene må estimeres på tiltakene som foreslås. Dette bør skje før september slik at partiene har mulighet til å se på mulige løsninger i budsjettarbeidet.

I sak 056/22 til kommunestyret den 13.06.22 vedrørende fastlegeordningen vedtok kommunestyret strakstiltak for å øke kommunens handlingsrom. Det ble avsatt inntil 3 mill. kroner til å starte et arbeid med overtakelse av hjemler som det ikke har lyktes å rekruttere til. I tillegg ble administrasjonen bedt om å starte planlegging av utvidelse kommunalt legesenter, alternativt å etablere et nytt kommunalt legesenter fra 2023. Dette for å sikre innbyggerne fastlegetjenester.

Prosess for å utvikle utvidede tiltak for rekruttering og stabilisering av legetjenesten

Kommunestyret i Karmøy kommune har vedtatt egen plan for legetjenesten 2018 – 2024 den 12.11.2018. Administrasjonen har i en årrekke arbeidet med rekrutteringsutfordringer til legetjenesten og mange tiltak er satt i verk underveis.

Karmøy kommune har de siste årene hatt tiltakende rekrutteringssvikt til fastlege i privat næringsdrift og til leger i kommunale stillinger (fastleger og sykehjemsleger).

Ut fra de økte utfordringene ble det i april 2022 nedsatt en gruppe bestående av representanter fra legene og representanter fra administrasjonen. Mandat for arbeidet var å fremme forslag til tiltak som forventes å bidra til økt rekruttering og gi en stabil og robust fastlegetjeneste i Karmøy kommune. I perioden fra april til august er det gjennomført 3 møter i gruppen og det er gjennomført et sonderingsmøte med kommunalt legesenter. Legeforeningen har hatt møte i allmennlegeutvalget (ALU) og gitt innspill til arbeidet, og kommunen har hatt møte i legenes samarbeidsutvalg (LSU) i perioden.

Innførte tiltak

Plan for legetjenesten skisserer status, utfordringer og tiltak for legetjenesten i perioden. Legeplanen er fulgt opp med en rekke tiltak som videreføres.

+

Iverksatte tiltak ut fra plan for legetjenesten 2018- 2024		
Tiltak	Beskrivelse/hensikt	Resultat/finansiering
Rekruttering av fastleger og øke fastlegedekning	Opptrapping ut fra legeplan. Antall hjemler økt fra 27 i 2018 til 30 i 2021. Fleksibilitet ut fra lokale og praktiske forhold og hva som er mulig.	Den 30. hjemmelen har det ikke lyktes å rekruttere i.
Rekruttering av fastleger kommunalt	Bygnes legesenter driftes kommunalt som supplement til privat næringsdrift.	Det er 5 fastleger tilsatt i fastlønnsstillinger ved Bygnes legesenter
Rekruttering av fastleger	Offensiv publisering i sosiale medier, aktiv rekruttering av LIS1, «jungeltelegraf» og direkte henvendelser.	På tross av økt fokus på rekruttering er det manglende rekruttering. Pr d.d. er det svikt i rekruttering til 7 ledige hjemler i privat drift og ett vikariat i kommunal drift
Rekruttering av fastleger	Øke antall LIS 1 til kommunen som et rekrutteringstiltak.	Antall LIS1 er økt fra 2 i 2019 til 5 fra 1. september 2022
Spesialisering innen allmennmedisin (ALIS)	Opprettet ALIS stillinger og inngått ALIS avtaler ut fra nye legers kompetanse. Tilrettelagt for ALIS med støtte til spesialisering.	Pr 2022 har vi 4 ALIS under utdanning og en vikar. Tilskudd fra Helsedirektoratet, støtte til utdanning. Godkjent for sykehuspraksis ved Norheim sykehjem.
Fastleger som planlegger å pensjonere seg	Dialog vedr tiltak før pensjon. Bedret arbeidssituasjon for eldre leger.	Foreslå individuelle tiltak som deleliste, solopraksis flyttes til legesenter, redusere oppgaver. Rekrutteringssvikten vanskeliggjør tiltak. 2 leger arbeider etter fylte 70 år.
Driftsform flerlegesenter	Bidra til større legesenter som trolig rekrutterer bedre. Fleksibilitet i hva som er mulig. Redusere antall solopraksiser.	Åkra legesenter utvidet til 6 leger. Norheim legesenter utvides i løpet av 2022 til 4 leger. Skudenes legesenter pusses opp, mulighet for 3-4 leger.
Videreføre egne tilsatte sykehjemsleger	Reduserer arbeidsoppgaver for fastleger. Fastlegene slipper sykehjemsarbeid.	Opprettet 6,7 årsverk sykehjemslege. Rekruttering vanskelig, midlertidige løsninger benyttes. 2 årsverk ledig.
Tilsatt lege i ROP tjenesten	Redusere arbeidsoppgaver for fastleger.	Opprettet 0,5 årsverk. 0,3 årsverk ledig.

Bakgrunn fastlegeordningen

Kommunens kostnader knyttet til finansiering av fastlegeordningen begrenser seg i utgangspunktet til basistilskudd og evt grunntilskudd. Kommunen blir ikke direkte kompensert for dette, men skal finansiere dette via frie inntekter (rammetilskudd fra staten og skatteinntekter). Pasienters innbetaling av egenandel og trygderefusjon (Helforefusjon) tilfaller fastlegene og er ikke finansiering av kommunens kostnader ved fastlegeordningen. (Refusjon og egenandel knyttet til pasienthåndtering i kommunale fastlegestillinger tilfaller helt eller delvis kommunen). Satsene for legefinansiering vedtas i årlige nasjonale forhandlinger mellom legeföreningen og KS.

Fastlegeordningen nasjonalt og lokalt er i en krise. Situasjonen er utfordrende for pasienter, fastlegene og kommunen. Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, har på oppdrag fra KS, utført en nasjonal kartlegging av kommuners egenfinansiering av fastlegeordningen. Rapporten beskriver at det er en økning av kommuner som ser seg nødt til å innføre kostbare tiltak til egenfinansiering utover den ordinære fastlegeordningens hovedmodell som er privat næringsdrift. Dette gjelder også de siste år mellomstore og store kommuner. Kommunale fastlønnstillinger, kommunale leieavtaler for lokaler og andre ekstraordinære overføringer til fastlegene er blant løsningene enkelte kommuner tilbyr. Merkostnader for å opprettholde et godt fastlegetilbud i en kommune vil medføre strammere rammer for å finansiere andre lovpålagte oppgaver i kommunen, ifølge Ipsos-rapporten.

Regjeringen varsler den 11.08.22 at de nedsetter et ekspertutvalg som skal gi konkrete forslag til tiltak for å styrke fastlegeordningen. Regjeringen varsler nye tiltak i neste års statsbudsjett som skal bidra til at alle skal kunne ha en fastlege å gå til, og at yrket igjen blir attraktivt for fagfolkene. Samtidig vil det vurderes hvordan ordningen kan gjøres bærekraftig fremover. Ekspertutvalget skal gi regjeringen konkrete forslag til både organisering og finansiering av fastlegeordningen. I tillegg skal utvalget vurdere om det er oppgaver som kan løses av annet personell under ledelse av fastlegen, eller om det er oppgaver som kan flyttes ut av ordningen.

Foreløpig vet vi derfor ikke hvilke tiltak eller endringer som kommer for fastlegeordningen i statsbudsjettet for 2023.

I Karmøy kommune opplever vi konsekvenser av manglende rekruttering til flere hjemler. Innbyggerne opplever en ustabil legetjeneste, usikkerhet om det er vikar, redusert kapasitet og ingen ledige listeplasser for innbyggere som er tilflyttet eller ønsker å bytte fastlege. Flere nasjonale rapporter (bla Evaluering av fastlegeordningen av EY og Vista Analyse 2019) har beskrevet bakgrunnen for krisen som en kombinasjon av økende arbeidsmengde og manglende oppfølging av rammebetingelsene helt fra 2012. Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, volumøkning i etablerte arbeidsoppgaver, medisinske og teknologiske muligheter for økt behandling, forventningsendringer i befolkningen og økende levealder har gitt økt arbeidsmengde uten at det er fulgt opp med tilsvarende statlig finansiering og muligheter for å øke fastlegeantallet.

Karmøy kommune har en fastlegeordning der de fleste fastlegene følger hovedmodellen for fastlegeordningen som er at fastleger driver næringsdrift ut fra ASA 4310. Fastlegene mottar et månedlig basistilskudd ut fra antall pasienter på fastlegelisten. For pasientbehandling mottas refusjon fra Helfo og egenbetaling fra pasientene. Fastlegene organiserer driften og dekker alle utgiftene ved legekantoret.

Mange unge fastleger ønsker i dag kommunal ansettelse uten å ha forpliktelse til å drive næringsdrift i tillegg til sitt legearbeid. Dette gir sosial trygghet og mulighet til å utføre arbeidet innenfor en

normal arbeidstid. Karmøy kommune har etablert et kommunalt legesenter som supplement til privat næringsdrift.

Fastlegeordningen er grunnlaget for de fleste andre legetjenester i kommunen.

Fastlegeforskriften gir fastlegen (både privat og kommunal) en tredelt rolle:

- Fastlegetjenesten
- Legevakt
- Kommunale oppgaver som sykehjemslege og helsestasjonslege

Ved oppstart som fastlege inngår fastlegen en individuell avtale med kommunen der fastlegen forpliktes til disse tre rollene. Rekrutteringssvikt til fastlegehjemlene har derfor stor betydning og ringvirkning for de andre legeoppgavene i kommunen, spesielt rammer det legevakta som i hovedsak bemannes av fastleger. Ved planlegging av fastlegeordningen og tiltak for å styrke denne må det også tas hensyn til de andre legeoppgavene.

Status legesituasjonen

- Totalt 8 ledige legestillinger i Karmøy fordelt på 6 ledige fastlegehjemler i næringsdrift og 2 ledige sykehjemstillinger. Det er også behov for å øke antall fastlegehjemler utover dette.
- Ingen ledige listeplasser i kommunen fra april 2022.
- Stor sårbarhet ved plutselig og langvarig fravær, spesielt sårbart ved solopraksis.
- Få søkere til fastlegehjemler og tilbakemelding om belastning fra eksisterende leger.
- I en av hjemlene er det en søker som stiller krav om gjenkjøpsgaranti (se tiltak).
- Flere er skeptiske til å kjøpe seg inn i næringsdrift. Spesielt trekkes fram frykt for å ikke få verdiene tilbake og å påta seg ansvar for leie av lokaler og personell.
- Flere leger ønsker å redusere sine lister.
- Flere leger ønsker fritak fra legevakt pga totalbelastning og/eller helseutfordringer.
- Legemangelen i landet gir høye forventninger til inntekt og til kommunens tilrettelegging for å rekruttere.
- Kommunen har fra 1. september 2022 fått tildelt to ekstra LIS1 og har nå 5 LIS 1 (tidligere turnuslege). LIS1 er fordelt på Åkra legesenter, Kopervik legesenter, Bygnes legesenter, Norheim legesenter og Haugaland medisinske Senter.
- Avklart med LSU at vi ikke kan vente til ledige hjemler er besatt, men må gripe muligheter og opprette nye hjemler (0 hjemler) ved de legesentrene som har behov og hvor det er interesserte leger.
- Sak om strakstiltak: Prosesser er satt i gang. Karmøy kommune har gjort avtale om å overta en hjemmel fra Haugland medisinske senter. På bakgrunn av at to leger ved Avaldsnes legesenter har søkt og fått innvilget flytting til Haugaland medisinske senter, opprettes nytt kommunalt legesenter på Avaldsnes fra 1. oktober 2022. Det er tilsatt ny lege (ALIS) som vil bidra til å dekke opp liste uten lege i kommunen. Driften av Bygnes og Avaldsnes kommunale legesenter vil ses i sammenheng for å drifte lister uten lege.

Legevakt

- Haugesund legevakt: Forpliktelse til at 6 fastleger fra Karmøy deltar i vaktordning. Det er pr august 3 fastleger, inkludert vikar, som deltar. En av dem som deltar har sagt opp. Vakter for seks leger blir dermed fordelt på de legene som deltar og medfører økt vaktbelastning for gjenværende leger.

- Karmøy legevakt: Har jevnlig store utfordringer med å dekke vakter, dette medfører økt vaktbelastning og pålagte vakter ved fravær. Det benyttes i stor grad vikarleger utover fastlegene.

Helsestasjon

Rekruttering av fastleger har betydning for bemanning på helsestasjonen. Det er fastleger som dekker deltidsstillinger ved helsestasjonene som sin kommunale oppgave. Det er i perioder utfordrende å bemanne stillingene. For tiden er det ingen ledige stillinger.

Sykehjem

Det er prioritert å tilsette egne sykehjemsleger for å øke kontinuitet, kapasitet og oppfølging av sykehjempasientene og redusere arbeidsbelastningen/kommunale oppgaver for fastleger. Det er problematisk å rekruttere og to ledige stillinger dekkes opp av vikarer fra sykehuset og øvrige sykehjemsleger. Det vil være et økt behov ved åpning av nytt sykehjem i Skudeneshavn.

Samfunnsmedisin

De samfunnsmedisinske funksjoner er fordelt på tre stillinger kommuneoverlege (100 % stilling), smittevernlege (30 % stilling) og medisinsk faglig rådgiver legevakt (20 % stilling), totalt 1,5 årsverk. Siden kommunestyrets behandling av fastlegeordningen i juni 2022 har det skjedd en utvikling slik at alle stillingene innen samfunnsmedisin er besatt og fører til en økning av ressurser:

- Smittevernlege: Besatt i 40 % stilling fra juni (økt fra 30 % stilling)
- Kommuneoverlege:
 - Nyopprettet 40 % stilling fast besatt fra juli 2022
 - Tilsatt ny i 100 % stilling fast fra november 2022

De samfunnsmedisinske funksjonene vil dermed økes til 2 årsverk.

Behov og formål med rekrutteringstiltak

I Karmøy kommunes plan for legetjenesten 2018 – 2024 er hovedmålet: ***Karmøy kommune skal ha en faglig god og lett tilgjengelig primærlegetjeneste som sikrer innbyggerne god forebygging, utredning, diagnostikk og behandling og ivaretar tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, til beste for pasienten.***

På bakgrunn av den økende rekrutteringssvikten og fastlegekrisen i landet er det nødvendig å supplere legeplanen med nye ekstraordinære tiltak for å oppnå økt rekruttering og stabil og robust fastlegetjeneste i Karmøy kommune.

Rekrutteringstiltak må bidra til at administrasjonen får handlingsrom for å kunne rekruttere når det er muligheter og gi klarhet rundt hva som skal skje med pasientlister hvor kommunen ikke lykkes med å rekruttere inn ny lege.

Karmøy kommune skal også i framtiden ha en god fastlegedekning med reell mulighet for innbyggerne til å bytte fastlege, dersom de ønsker det, og redusert sårbarhet i legetilbudet ved legers fravær eller når leger slutter. Et viktig delmål er å ha en robust struktur og kapasitet i fastlegetjenesten til å dekke behovet i befolkningen og kunne håndtere kollegialt fravær og fravær av lengre varighet. Karmøy kommune bør tilstrebe å tilby attraktive stillinger/hjemler med akseptabel arbeidsbelastning for fastlegene og dermed unngå at fastleger velger å slutte. Hovedmodellen med fastleger i privat næringsdrift bør understøttes, og kommunalt legesenter/-sentre bør være et supplement.

Rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen og konsekvensene det får for legevaktdekningen i Karmøy kommune medfører behov for tiltak som omfatter legevaktordningen.

Ulike tiltak for å rekruttere, beholde og utvikle legetjenesten

Legeforeningen ved Allmennlegeutvalget (ALU) har gitt to innspill (i januar og i juni) til ønskede tiltak og viser til andre kommuners tiltaksplaner. Innspillene er vedlagt. Nedenfor beskrives tiltakene og det gjøres vurderinger av hvert enkelt tiltak ut fra følgende kriterier og viktige moment:

- Lovlighet av tiltak
- Effekt av rekruttering på kort og lang sikt
- Effekt for å beholde og stabilisere fastlegeordningen
- Gevinst av tiltak for legen, innbyggerne/pasientene og for kommunen
- Tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av tiltak
- Nye tiltak bør ikke undergrave næringsmodellen
- Nasjonale tiltak – usikkert hva som kommer av tiltak. Det er stort påtrykk fra legeforening, KS og kommune-Norge og statsforvaltere. Lokale tiltak må justeres i tråd med nasjonale tiltak i statsbudsjettet for 2023

Oppstartstilskudd til nytilsatte leger

Nyrekruttede fastleger som starter i næringsdrift må betale for opparbeidet pasientliste (goodwill) og utstyr/inventar i praksisen. Dette er en investering mange nye leger vegrer seg for.

Legeforeningen anbefaler å innføre et oppstartstilskudd til nye leger i innspill fra januar 2022. Det foreslås å gi et etableringstilskudd på 200 000 kroner til nyrekruttede fastleger som overtar en fastlegepraksis det første og andre året etter overtaking.

Et etableringstilskudd kan bidra til å redusere den økonomiske risikoen ved oppstart i praksis. På bakgrunn av at det ikke er lovlig å innføre gjenkjøpsgaranti (beskrives senere) vil dette være et aktuelt og virksomt rekrutteringstiltak. Økt rekruttering av nye leger til kommunen vil bedre tilgangen til fastlegetjenester for innbyggerne. Tiltaket kan oppleves som urettferdig for leger som har startet i privat praksis tidligere. Det kan muligens føre til at økt nivå på goodwill/overgangsbetingelsene fra avtroppende lege. Det vurderes imidlertid at tiltaket ikke påvirke næringsmodellen i større grad eller ha store utilsiktede konsekvenser.

Kostnad: Ved tilsetting av tre nye leger årlig til privat drift vil tiltaket koste 600 000 kroner det første året og 1,2 mill. kroner for det andre året.

Tiltaket anbefales.

Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet i tiltaket. Inngåtte avtaler vil innfris.

Forsterket basistilskudd til alle leger i næringsdrift opp til 1000 innbyggere

Fastlegene mottar pr dd et basistilskudd på 675 kr pr innbygger på listen opp til 1000 innbyggere, deretter 544 kr for innbyggere over 1000.

Legeforeningen (ALU) har forslått å øke basistilskuddet med 60 % opp til 1000 på innbyggerlisten, og henviser til at Tromsø i 2021 innførte et eget stabiliseringstilskudd for fastleger avgrenset til medio 2025. Tilskuddet vil reduseres i takt med nasjonal økning av basistilskudd som kommer etter mars 2021. I ordningen har Tromsø også innlemmet et krav om å redusere listestørrelse i takt med nye tilsetninger av fastleger. Sola kommune har innført et forsterket basistilskudd med 23 % økning med

en nedtrapping i takt med nasjonal økning av basistilskudd. Forutsetningen er at legene gjennomfører spesialistutdanning innen normert tid.

Fordelen med et forsterket basistilskudd er at den kan stabilisere fastlegeordningen slik at fastleger blir motivert til å stå i jobben, inntil andre tiltak virker, og/eller det kommer nye nasjonale tiltak. Dersom tiltakene kobles med å redusere listestørrelsen i takt med oppbygging av nye hjemler vil det også redusere arbeidsmengden for leger. Økt basistilskudd vil også bidra til å bedre driftsøkonomien for legene. Tiltaket vil komme alle leger i næringsdrift til gode og vil virke stabiliserende.

Ulempen ved tiltaket er at det er et kostbart tiltak. Tiltaket fører til at kommunen overtar en større del av statens ansvar for å finansiere fastlegeordningen. Siden vedtaket i Tromsø i mars 2021, har staten allerede økt basistilskuddet med 14,5 % fra 577 kroner mars 2021 pr innbygger til 675 kroner pr innbyggere. Det er grunn til å tro at denne økningen vil fortsette i statsbudsjettet for 2023. En økonomisk fordel med tiltaket er at det trolig vil fases ut i takt med oppbygging av nasjonale tiltak.

Kostnad: Karmøy kommune utbetaler månedlig 2,03 mill. kroner dvs. årlig 24,3 mill. kroner i basistilskudd til fastlegene. Ved å betale 60 % forsterket tilskudd til fastlegene, som Tromsø kommune, vil dette utgjøre en total kostnad på 14,6 mill. kroner for Karmøy kommune. Ved å betale 23 % forsterket tilskudd, som Sola kommune, vil tiltaket ha en kostnad på 5,6 mill. kroner i Karmøy kommune. Karmøy kommune har ikke økonomiske rammer til å innføre tilsvarende styrking som Tromsø eller Sola kommuner. Det er likevel ønskelig å prioritere tiltaket og det foreslås å sette av 2,4 mill. kroner til formålet i 2023.

Tiltaket anbefales

Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet.

Økt grunntilskudd ved oppstart i 0 hjemmel

Dersom kommunen skal ha mulighet til å følge opp legeplanen med økt antall fastleger i kommunen må det opprettes nye fastlegehjemler. Flere unge leger kvier seg for å gå inn i fastlegeordningen. Driftskostnadene starter med en gang, mens inntektene lar vente på seg når legen starter ny praksis i 0 hjemmel. Staten har innført et grunntilskudd som tilsvarer basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen.

Legeforeningen anbefaler i innspill fra januar 2022 å innføre ekstra grunntilskudd (basistilskudd) for leger i 0 hjemler.

Det er vanskelig å rekruttere til 0 hjemler for tiden. Det foreslås derfor å øke grunntilskuddet inntil innbyggertallet overstiger 800 på listen. Grunntilskuddet vil trappes naturlig ned i takt med at innbyggertallet på listen øker og vil være avgrenset til 2 år etter oppstart. Grunntilskuddet kan gis når en lege blir rekruttert til kommunen. Kommunen vil stille krav om at innbyggere kan flyttes til listen dersom det er aktuelt.

Legeplanen har skissert at det er behov for 6-8 leger i perioden fra 2018-2024. Fram til 2021 er det rekruttert tre nye leger. Det høyest prioriterte tiltaket for tiden er å få besatt ledige legehjemler. Det er likevel svært viktig å gripe muligheten og tilsette leger der det er interesserte leger som ønsker å starte praksis. Det er avklart med LSU at vi ikke kan vente til ledige hjemler er besatt, men må opprette nye hjemler (0 hjemler) ved de legesentrene som har behov og hvor det er interesserte leger. Dette vil bedre kapasiteten innen fastlegeordningen i kommunen, selv om det kan føre til at

enkelte geografiske områder får bedre dekning enn andre. Det vil også bedre antall leger som deltar i legevakt.

Kostnad: Inntil 202 500 kroner årlig i to år pr rekruttert fastlege. Ved rekruttering av to nye 0 hjemler årlig vil kostnaden være inntil 810 000 kroner årlig. Kostnaden vil være mindre da tilskuddet trappes ned i takt med økt antall innbyggere på listen. Ved at listeinnbyggere fra «liste uten lege» overføres til 0 hjemlene vil dette ha en begrenset kostnad, og det foreslås å avsettes 200 000 til tiltaket i 2023.

Tiltaket anbefales. Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet i tiltaket.

ALIS støtte i spesialiseringsløp: Nasjonal ALIS

Kommunen har i forbindelse med spesialistforskriften fått ett betydelig mer ansvar tilknyttet spesialisering av allmennleger. Kommunen er registrert som utdanningsvirksomhet med det ansvar og de oppgaver det medfører, blant annet plan og tilrettelegging av ett helhetlig utdanningsløp for den enkelte kandidat, veiledning og supervisjon.

Forskrift om spesialisering pålegger leger å gjennomføre en spesialistutdanning. Kommuner som er registrert utdanningsinstitusjon og har leger under spesialisering i allmennmedisin i ny ordning for spesialistutdanning kan søke Helsedirektoratet om tilskudd. Tilskuddet skal stimulere flere leger til å gjennomføre ALIS-løpet. Det må inngås en ALIS-avtale mellom den enkelte lege og kommunen om ALIS-løpet. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. For ALIS i privat næringsdrift dekker kommunen utgifter til utdanning og andre læringsaktiviteter, kompensasjon for fravær, kompensasjon for lavere produksjon. I tillegg skal den dekke kommunens utgifter til veiledning. For ALIS i kommunal drift dekkes tilsvarende kommunens utgifter til utdanning for legene. Fra 2022 kan det gis tilskudd på inntil 300 000 årlig i inntil 5 år, uten kommunal egenandel, i tillegg dekkes kostnader til veiledning av legene (veiledning 4 timer pr måned i 10,5 måneder).

Kostnad: Kostnaden for kommunen vil være administrative utgifter for å følge opp tiltaket, jfr tiltaket «administrativ ressurs». Støtten til legene vil dekkes av Helsedirektoratets tilskuddsordning.

Tiltaket anbefales. Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet i tiltaket.

Kommunal overtakelse og flytting av ubesatte hjemler og kommunalt legesenter

Kommunen har et lovpålagt ansvar å tilby innbyggerne fastlegetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2 nr. 4. Etter § 3-1 siste ledd kan kommunen yte fastlegetjenester enten ved at kommunen selv yter tjenestene eller ved å inngå avtale med private tjenesteytere. I fastlegeforskriften er det presisert at fastlege etter forskriften er uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.

Legeforeningen foreslår kommunal overtakelse av hjemler som det ikke er søkere til. Etter ASA 4310 punkt 5.6 har legen rett til å overdra praksisen sin. Til praksisen regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis (goodwill). Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege, og kommunen er ikke part i denne avtalen. For å sørge for at legen får mulighet til å overdra praksisen skal den ledige hjemmelen lyses ut med eksisterende lokalisering, med mindre annet avtales med fratredende lege, jf. ASA 4310 punkt 5.2. Det er ingen grenser for hvor mange ganger kommunen er pliktig å kunngjøre. Det er grunn til å anta

at ordningen med fastlege i næringsdrift fungerer bedre for et legesenter med stabil drift enn for solo praksis og legesenter med få leger og hyppige utskiftninger av leger.

Legeforeningen og KS er enig om at kommunen ikke har plikt til å tre inn i overdragelsesansvaret og betale legen kompensasjon for verdien av praksisen. Legeforeningen mener imidlertid at dersom legen ikke klarer å overdra praksisen har kommunen plikt til å skaffe vikar og dekke alle driftsutgiftene. Samtidig hevder Legeforeningen at kommunen ikke kan lyse ut nye fastlegehjemler eller ha vikar i andre lokaler, så lenge fratredende lege ikke har fått overdratt praksisen sin. Dette innebærer i realiteten at kommunen må innløse hjemmelen på legens betingelser.

KS sin forståelse av rammeavtalen er at så lenge praksisen ikke er overdratt er avtroppende lege ansvarlig for driften og de avtaler om husleie, ansettelse av hjelpepersonell, investeringer i utstyr mv., som legen har valgt å inngå. Dette er også rimelig da kommunen ikke har noen mulighet til å påvirke hvilke investeringer og avtaler legen velger å inngå.

Kommunens «sørge for» ansvar begrenser seg til at fratredende leges listeinnbyggere får tilbud om fastlegetjenester. For å oppfylle ansvaret kan kommunen skaffe vikar, jf. ASA 4310 punkt 14. Kommunen kan også oppfylle sitt «sørge for» ansvar på annen måte for eksempel ved at listeinnbyggerne tilbys fastlegetjenester ved et kommunalt legesenter.

Etter utløpet av driftsavtalens oppsigelsestid, vil legen fortsatt ha rett til å overdra praksisen sin. Dersom legen har sagt opp alle avtaler med legepraksisen og ikke lenger har noen eierandel eller på annen måte har en tilknytning til praksisen, stiller KS spørsmål om legen i det hele tatt har noen praksis å overdra.

Mange kommuner har valgt å kompensere leger for å overta hjemmel selv om hjemmelen ikke reelt har en markedsverdi. Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, har på oppdrag fra KS, utført en nasjonal kartlegging av kommuners egenfinansiering av fastlegeordningen. Ipsos-rapporten er basert på svar fra 237 av landets 356 kommuner. Denne rapporten viser at tre av ti kommuner har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege ved innløsning av hjemler de siste 5 årene. I 2021 kompenserte de fleste kommunene rundt 600 000 (medianverdien på kompensasjonen) til legene.

Flere nye fastleger signaliserer at de er skeptiske til å gå inn i næringsdrift og å investere i legesenter, hvor de er usikre på om de vil få tilbake de investerte midlene, dersom de senere velger å slutte som fastlege eller om livssituasjonen deres endres. Dersom det ikke er søkere til hjemmelen som kan overta, vil denne situasjonen bli fastlåst over lang tid. Dette er ikke pasientene eller Karmøy kommune tjent med. For å få avklaring på fastlåste situasjoner bør kommunen vurdere å inngå avtale med den enkelte lege om overtakelse. Overtakelse av "fastlåste hjemler" og etablere en større andel leger i kommunale legesentra vil gi et større rom for å kunne rekruttere fastleger til kommunen, samt å gi mulighet til å flytte aktuelle hjemler til større legesentra og mer attraktive lokaler.

For å kunne ivareta pasienter uten lege, der det ikke lykkes å tilsette vikar i næringsdrift, er det arbeidet med å utvide eksisterende kommunale legesenter eller å etablere et nytt kommunalt tilbud. Det har nå åpnet seg en mulighet til å etablere et kommunalt legesenter på Avaldnes. Bakgrunnen er at to leger ved Avaldsnes legesenter har fått innvilget flytting av sin praksis til Haugaland medisinske senter (HMS). Formålet deres er å stabilisere egen drift, klare å stå i fastlegejobben og unngå oppsigelse av sine fastlegehjemler. Kommunen har allerede overtatt vikardriften av den 3. hjemmelen ved Avaldsnes legesenter med vikar i deltid. Muligheten er derfor tilstede for å etablere et kommunalt legesenter i eksisterende lokaler. Samtidig har kommunen inngått avtale om innløsning

av en hjemmel ved HMS (som det ikke har lyktes å rekruttere i) som vil flyttes til Avaldsnes. Hjemmelen bemannes med vikar i deltid.

Formålet med å opprette Avaldsnes kommunale legesenter er å kunne benytte legesenteret til sikre fastlegetjenester til pasientlister uten lege/vikarlege i næringsdrift. Hjemmel uten lege kan flyttes til Avaldsnes for å driftes derfra en periode. Dersom det er mulig vil det vurderes å flytte lister ut til private praksiser. I utgangspunktet vil det ikke opprettes nye lister kommunalt. Legesenteret på Bygnes kommunale legesenter og Avaldsnes kommunale legesenter vil driftes som to enheter og ha tett samarbeid. Det kan bli aktuelt med samlokalisering av de kommunale legene på Bygnes på et senere tidspunkt.

Etablering av faste kommunale legestillinger er en kostbar ordning for kommunen. Samtidig gir det ikke stor effekt når det gjelder antall pasienter da leger i kommunale stillinger, oftest unge leger i etablerings- og spesialiseringsfasen, ønsker færre pasienter på listene. Rekrutteringssituasjonen og kommunens ansvar for pasienter på legelister «uten lege» har likevel gjort dette tiltaket nødvendig. Erfaringsmessig er det også lettere å rekruttere til disse stillingene. Administrasjonen har derfor valgt å utvide den kommunale driften for å ha mulighet til å dekke ubesatte hjemler som kommunen må ta over. Faste kommunale stillinger gir også muligheter til å tilby ALIS stillinger til unge nyutdannede leger.

Det er avsatt inntil 3 mill. kroner til å dekke innløsning av fastlegehjemler, samt oppstart av drift for kommunalt legesenter i 2022, jfr. sak til kommunestyret den 13.06.2022 «Fastlegeordningen – strakstiltak for å øke handlingsrommet for kommunen». Det foreslås å avsette 3 mill. kroner til formålet også i 2023

Kostnad for overtakelse av hjemler: Det inngås individuelle avtaler med den enkelte lege. Ved overtakelse mellom leger har ulike forhold betydning for vurdering av verdi: listelengde, antall utlysninger og søkere til fastlegehjemler generelt i kommunen og til den aktuelle hjemmel, standard på lokaler, stabilt hjelpepersonell, om fastlegelisten/legen er populær, eventuelle subsidier fra kommunen og eventuell mislighold av forpliktelser i fastlegeavtale og leieavtale. Kommunen vil gjøre de samme vurderingene og inngå individuelle avtaler mellom legen og kommunen. Dersom det ikke blir enighet vil nasjonal nemd (voldgift) oppnevnt av legeforeningen benyttes (ASA 4310, pkt 5.6). Det må også tas høyde for at det vil være aktuelt å ta over fastlegehjemler i 2023 eller at igangsatte prosesser i 2022 ikke blir ferdigstilt før 2023.

Kostnad til drift av kommunalt legesenter: En fastlønnet fastlege i Karmøy kommune mottar årslønn for 100 pst stilling tilsvarende 37,5 timer pr uke, og har mulighet til å beholde en viss prosentandel av HELFO-refusjon over et visst månedlig inntjent beløp. Fastlønnte leger betaler ikke for husleie og lønn til personale og andre driftsutgifter. Drift av det kommunale legesenteret dekkes av kommunen og deler av utgiftene dekkes av basistilskudd, refusjon og egenbetaling. Driftsutgifter for nytt kommunalt legesenter på Avaldsnes vil tas med i budsjettforslag for 2023.

Tiltaket er vedtatt og påbegynt i 2022, tiltaket anbefales videreført i 2023

Det vil i tillegg være behov for å tilsette avdelingsleder for blant annet å drifte Bygnes og Avaldsnes kommunale legesenter på heltid, jfr. tiltak «Administrativ ressurs».

Administrativ ressurs

Fra 2018 kom det store endringer i spesialistforskriften som medførte at kommunen ble en utdanningsvirksomhet, og kommunen har fått ansvar for å tilrettelegge for og følge opp spesialiseringen til fastlegene. I 2022 har vi 6 leger i ny spesialiseringsordning ALIS. Det vil være realistisk å øke dette antallet dersom Karmøy kommune skal lykkes med å rekruttere nye fastleger til kommunen.

Ledelse av to kommunale legesentra og oppfølging av ALIS-leger i kommunen vil kreve økte administrative ressurser. Det vil derfor tilsettes avdelingsleder som vil håndtere dette.

Kostnad: 900 000 kroner årlig.

Tiltaket anbefales.

Utvidet kollegial vikarordning – kompensasjon for å dekke legeløse lister utover 8 uker i privat næringsdrift

Når en fastlege sier opp fastlegeavtalen med kommunen har han/hun rett til å drifte praksisen med vikar inntil det er tilsatt ny lege også utover oppsigelsestiden på 6 måneder. I flere av legelistene er det nå fastleger som ikke klarer å skaffe vikar, og de har fraskrevet seg ansvaret for legelisten og ber kommunen stille opp med vikar. Kollegial vikar har en plikt til å dekke opp fravær i inntil 8 uker ved fravær. Kommunen har i følge helse- og omsorgstjenesteloven et lovpålagt ansvar å tilby innbyggerne fastlegetjenester. Kommunen kan yte fastlegetjenester enten ved at kommunen selv yter tjenestene eller ved å inngå avtale med private tjenesteytere.

Legeforeningen anbefaler at leger som dekker «legeløse» lister må få vikarlønn på lik linje med innleide vikarer og at tiltaket iverksettes automatisk etter 8 ukers fravær.

Karmøy kommune har utfordringer med å rekruttere vikar i hjemler der fastlegene har sagt opp og sluttet. Det er kontaktet flere vikarbyrå som heller ikke kan tilby leger til kommunen. Flere av hjemlene er for tiden driftet med redusert vikardekning. Det foreslås derfor å kompensere leger i næring som kan bidra til å dekke legeløse lister utover 8 uker. Der legen har fraskrevet seg ansvaret for selv å drifte hjemmelen kan det innvilges overføring av basistilskuddet for avtroppende lege til kollegial vikar/vikarer. I tillegg foreslås det å tilføre ekstratilskudd til legesenteret for å dekke opp avtroppende leges driftskostnader. Tiltaket kan gjennomføres med en individuell avtale med hver enkelt avtroppende lege og med kollegial vikar.

Tiltaket vil gjennomføres i en ekstraordinær situasjon, der alle andre tiltak for å rekruttere fast eller vikar er prøvd, herunder vikarbyrå. Tiltaket vil ikke undergrave legenes plikt til kollegial vikaravtale de første 8 ukene. Tiltaket er problematisk fordi avtroppende lege har et økonomisk driftsansvar i hjemmelen fram til ny lege starter. Dette vil det oftest være strid om. Tiltaket vil kunne motivere til ansvarsfraskrivelse.

Kostnad:

- Avtroppende leges basistilskuddet overføres (utgjør 56 250 kr månedlig for 1000 listeinnbyggere)
- I tillegg betales en andel av felleskostnader (anslagsvis 10 000 - 30 000 kr månedlig)

Tiltaket anbefales.

Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet i tiltaket.

Fast ansatte leger ved legevakt

Det vises til tiltak «frivillig legevakt». Rekrutteringssvikt og ledige fastlegehjemler, samt økt antall leger som innvilges vaktfritak medfører økt vaktbelastning for legene som deltar i vakt. Det vurderes som hensiktsmessig å tilsette faste leger ved legevakten. Fast tilsatte leger ved legevakten kan inngå i turnus og dekke opp en andel av kveld, natt og helgevakter og vil supplere fastlegenes vaktdekning.

Legeforeningen forslår å tilsette flere fast tilsatte leger i legevakt.

Tiltaket kan ha en stabiliserende effekt på fastlegeordningen ved å ha en positiv effekt på vaktbelastningen for fastlegene og kan føre til at etablerte fastleger klarer å stå i jobben. Etablerte fastleger vil dermed kunne skjermes for en høy vaktbelastning og bidra til at de klarer å stå i fastlegejobben.

Utfordringen understreker sårbarheten ved dagens legevaktordning og behovet for å samle legevaktbemanningen på Haugalandet. Karmøy legevakt har jevnlig utfordringer med å dekke opp nødvendige legevakter, det samme har Haugesund legevakt. Utfordringene vil øke framover på grunn av fastlegemangelen og det vil være sannsynlig at det kan oppstå dager uten lege i legevakt /akuttmedisinsk beredskap. Dette må forhindres og tiltaket bør prøves ut. Det er likevel usikkert om fast tilsatte leger i legevakt er den ideelle løsningen i kommunen. Erfarne fastleger vurderes som den best kompetente legevaktlegen når det gjelder å gjøre gode og helhetlige pasientvurderinger. Faste stillinger i legevakt kan tiltrekke unge, uerfarne leger med begrenset kompetanse som jobbsøkere. Det er usikkert om erfarne leger velger å stå i fast legevaktarbeid over tid, og tiltaket kan medføre ustabilitet i bemanningen. Det kan også eventuelt gi økte rekrutteringsutfordringer, ved at mulige søker til fastlegehjemmel heller velger å søke legevaktstilling og at også etablerte fastleger ønsker å søke på stillingen. Fastlegekrisen medfører likevel at dette tiltaket må forsøkes for å stabilisere fastlegeordningen og redusere risikoen for å stå uten lege i vakt.

Kostnad: Fast tilsatte leger går inn i dagens vaktordning på tilsvarende vilkår som dagens leger i vakt og vil dermed ikke generere en økt kostnad i forhold til dagens kostnadsnivå. Det forutsettes at den fast tilsatte legen genererer like mye inntekter i form av refusjon og egenandeler som privat tilsatte leger. Omgjøring av en andel av vaktene til faste stillinger vil derfor trolig ikke gi økte lønnsutgifter. Dersom dette ikke gir budsjettmessige konsekvens, vil administrasjonen starte en gradvis rekruttering av fast tilsatte leger ved legevakten.

Tiltaket anbefales.

Tiltaket avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet i tiltaket.

Reisevaksinerings

Legeforeningen (ALU) har foreslått å starte med kommunal reisevaksinerings for å avlaste fastlegene med denne oppgaven. Reisevaksinerings er en fastlegeoppgave og Karmøy kommune har ikke et eget tilbud om reisevaksinerings. En av fastlegene hadde inntil 2021 et tilbud om reisevaksinasjon ut fra eget vaksinasjonssenter på Oasen.

Mange kommuner gir et kommunalt tilbud om reisevaksinerings og samler smittevernarbeid, voksenvaksinerings, helsetjeneste til flyktninger og tuberkulosearbeid i en tjeneste. Ålesund og Stavanger kommune har etablert slike kontor. Forholdene ligger for tiden til rette for å opprett et eget vaksinasjons- og smittevernkontor i Karmøy. I koronapandemien har kommunens smittevernarbeid vært betydelig styrket og hatt høy prioritet. Karmøy kommune har samlet koronaarbeidet ved koronasenteret på Bygnes. Det er foreløpig planlagt for bemanning ved

koronasenteret ut året for å gjennomføre planlagt koronavaksinering. Det har vært felles bemanning mellom koronasenter (smittevern), helsestasjonens tuberkulosearbeid og helsetjeneste til flyktninger. Det er opparbeidet god kompetanse på pandemihåndtering, smittevernarbeid og vaksinering og det er gode IT systemer for formålet. I forbindelse med mottak av personer som flyktet fra Ukraina har personalet arbeidet vekselvis med flyktningarbeid og korona, slik at kompetansen er naturlig utvidet. Med gode og velegna lokaliteter som befolkningen kjenner godt kan vi starte et nytt vaksinasjons- og smittevernkantor i Karmøy. Et slik kontor kan omfatte:

- Koronaberedskap/koronaarbeid
- Reisevaksinering og rådgivning før utenlandsreiser
- Voksenvaksinering/oppvaksinering – diverse vaksiner
- Helsestasjon flyktning
- Arbeid med Tuberkulose
- Influensavaksinering og pneumokokkvaksinering
- Evt. smittevernrådgivning

Fordelen med dette er at fastlegene kan avlastes i arbeidet med reisevaksinasjon. Enkelte fastleger vil fortsatt tilby reisevaksinasjon dersom de ønsker det. For kommunen vil det være en fordel å ha en etablert organisasjon og infrastruktur som opprettholder en god kompetanse og beredskap innen pandemihåndtering, smittevern og vaksinasjon. Ved å samle tilbudet på ett sted kan det gis et bedre og bredere tilbud til befolkningen.

Kostnad: Noen av disse oppgavene vil generere inntekter, særlig reisevaksinering og voksenvaksinering som dekker økte personalutgifter. Personalressurser tilknyttet flyktninghelsetjeneste (0,75+1) og tuberkulosearbeid (0,25) innlemmes i tjenesten. Personalressurser knyttet til flyktninghelsetjenesten varierer ut fra antall flyktninger som kommunen mottar. Tiltaket vil organisatorisk tilknyttes kommunal legetjeneste.

Tiltaket anbefales.

Kommunal sykeforsikring ved sykdom

Rettigheter til sykefravær og sykepenger gjelder ved fast tilsetting, men ikke i privat næringsdrift. Legeforeningen (ALU) har foreslått innføring av sykeforsikring som dekker 60 % av tapte inntekter de første 16 dagene fram til dette dekkes av NAV / SOP (sykehjelp og pensjonsordning for leger).

Fordelen med ordningen er at det gir trygghet for fastlegen ved sykdom og bidrar til at unge leger vurderer privat næringsdrift. Ulempen kan være at det fører til økt sykefravær blant fastlegene, redusert legestabilitet og økt press på kollega for å dekke opp fravær. Det er usikkert om dette vil bidra positivt til å rekruttere og beholde leger i kommunen og gi mer fastlegetjeneste til pasientene. Innføring av en kommunal sykeforsikring vil rukke med næringsmodellen og føre til utviskede skiller mellom kommunal stilling og næringsdrift. Erfaring med innføring av en midlertidig praksiskompensasjon ved koronafravær viser at en slik ordning fører til et stort administrativt arbeid å håndtere.

Kostnad: Avtaleverket har ikke sats for praksiskompensasjon ved sykdom. I avtalen mellom KS og legeforeningen, SFS 2305, er det avtalt praksiskompensasjon på 2787 kr dagen ved fravær etter nattlegevakt. Ved å benytte samme satsen er det beregnet kostnad. Dersom 24 leger tar ut 24 sykedager hver årlig utgjør dette 1,6 mill. kroner. I tillegg kommer kostnader til administrativt arbeid med informasjon, attestering, anvisning og utbetaling.

Tiltaket anbefales ikke.

Frivillig legevakt

Fastlegene er forpliktet til å delta i legevaktordning ut fra forskrift om fastlegeordning i kommunene og avtaler mellom KS og legeforeningen og skal dekke vaktplanen for legevakt. Som supplement benyttes vikarleger utenfor kommunen (oftest fra sykehuset).

Legeforeningen har foreslått å innføre legevakt som en frivillig ordning i påvente av en revidering av avtalen mellom KS og legeforeningen, SFS 2305. Det er enighet mellom KS og legeforeningen om at leger i kommunene skal sikres en forsvarlig arbeidstidsordning. De vurderer behov for regulering som sikrer legene et bedre vern enn i dag for både å beholde dagens leger og legge til rette for økt rekruttering av fastleger. De har bedt regjeringen om å legge til rette for endringer samtidig med at kommunene har rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle «sørge for» ansvaret for øyeblikkelig hjelp til befolkningen.

Karmøy kommune har ansvar for at det er en lege i vakt hele døgnet og er derfor helt avhengig av fastlegene for å ha en forsvarlig legedekning i kommunen. Ved sykdom og fravær er det kun fastlegene som kan tilkalles på kort varsel. Vikarer tilsatt på sykehuset har ikke vaktplikt og kan ikke beordres om nødvendig. Flere av fastlegene søker fritak for legevakt. Fritak innvilges ut fra bestemte kriterier som alder og sosiale og helsemessige vektige grunner. Bemanning av legevakten er derfor særdeles krevende i en tid med mangel på nyrekruttering av leger. Det er stor risiko for uforvarlig drift dersom dette tiltaket innføres.

Tiltaket anbefales ikke.

Tiltaket må sees i sammenheng med tiltak «Fast ansatte leger ved legevakt», som kan redusere belastningen noe, men ikke frita fastlegen for vaktplikt.

Gjenkjøpsgaranti

Mange kommuner har innført gjenkjøpsgaranti for fastleger. Ved tildeling av en legehjemmel i privat næringsdrift tilbyr kommunene å kjøpe tilbake hjemmelen i løpet av de første 2-3 årene, dersom legen ønsker å slutte og ikke får solgt hjemmelen. Eksempel på en slik garanti er Stavanger kommune som tilbyr gjenkjøp på 95 % av kjøpesum på maks 800 000 innen 3 år.

Legeforeningen i Karmøy ønsker en ordning med gjenkjøpsgaranti fra kommunen. Gevinsten for kommune er at det kan øke rekrutteringen og bedre legedekningen. For legen minskes den økonomiske risikoen med å investere i en fastlegehjemmel og kan føre til at legen tar risikoen med å starte i praksis. En utilsiktet konsekvens er at det kan motivere en lege som er usikker på videre drift til å si opp når det nærmer seg 3 år for å utløse garantien. Vi kan da risikere redusert stabilitet i fastlegeordningen. Ved å innføre en slik ordning vil en også rokke ved grunnprinsippene i næringsdrift og det medføre at overgangssummen blir presset høyere enn markedet skulle tilsi. Lege som skal overta vil også være mer villig til å betale mer og dermed presse opp prisnivået.

Den store utfordringen med ordningen er likevel at den er ulovlig ifølge utredning gjort av KS advokatene, på oppdrag fra Kristiansand kommune, datert 14.03.22. Deres vurdering er at kommuner ikke har adgang til å stille garantier til fastleger etter kommuneloven § 14-19, da fastlegevirksomhet må anses som næringsvirksomhet etter kommunelovens regler. «Kommuner og fylkeskommuner kan ikke stille kausjon eller annen økonomisk garanti for virksomhet som drives av andre enn kommunen eller fylkeskommunen selv, hvis garantien innebærer en vesentlig økonomisk risiko eller er stilt for næringsvirksomhet. Et tilsagn om kausjon eller annen økonomisk garanti som en kommune eller fylkeskommune stiller for virksomhet som drives av andre enn kommunen eller

fylkeskommunen selv, er bare gyldig hvis vedtaket om å stille garantien er godkjent av departementet. Ved godkjenningen skal departementet bare vurdere om garantien er i strid med første ledd eller forskrift gitt i medhold av denne paragrafen. Departementet kan ikke godkjenne garantier i strid med første ledd eller forskrift gitt i medhold av denne paragrafen. Er garantien godkjent av departementet, regnes den ikke som ugyldig, selv om den er i strid med første ledd eller forskrift gitt i medhold av denne paragrafen.

Garantier for små beløp er unntatt fra kravet om godkjenning. Et garantitilsagn for små beløp er ikke gyldig hvis mottakeren av garantien forsto eller burde ha forstått at garantien er i strid med første ledd.» Slike garantier vedtas av kommunestyret.

KS sin utredning er kommet etter at mange kommuner har vedtatt slike gjenkjøpsgarantier. Kristiansand kommune valgte å ikke innføre gjenkjøpsgaranti når de fikk avklart at tiltaket var ulovlig. Stavanger kommune hadde innført gjenkjøpsgaranti før denne utredningen ble kjent og har reist spørsmål om gyldighet av utredningen til KS, saken ligger til behandling i Kommunaldepartementet.

En søker til en ledig legehjemmel har stilt krav om en slik garanti for å tiltre for å redusere egen økonomiske risiko i en oppstartsfasen i privat næringsdrift. For å kunne rekruttere både denne legen og eventuelle andre leger senere, kunne rådmannen ønsket å innføre denne ordningen. Rådmannen kan likevel ikke anbefale kommunestyret å innføre en ulovlig garantiordning. Det er en risiko for at en ulovlig gitt garanti i neste omgang er ugyldig og vil være uten verdi. Dette vil være en risiko for legen.

Kostnad: Inntil 760 000 pr lege som slutter og får garantien utbetalt.

Tiltaket anbefales ikke.

Tiltaket må sees i sammenheng med det anbefalte tiltaket «Oppstartstilskudd til nytilsatte leger».

Forsterket basistilskudd for innbyggere utover 1000 på listen

Basistilskuddet til hver innbygger utgjør pr dd 675 kroner inntil 1000 innbyggere og 544 kroner for innbyggere som overstiger 1000 på listen. Knekkpunktet på 1000 innbyggere ble innført i 2020 som del av «Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024» og formålet er at legen skal kunne redusere listelengde uten for stort økonomisk tap.

Mange leger ønsker seg kortere innbyggerlister, og begrunner dette med økt arbeidsmengde. Karmøy har en gjennomsnittlig listelengde på 1307 innbyggere pr lege, K 10 kommuner har 1132 og landet for øvrig har 1021. I 2017 var listelengden i Karmøy på 1524 pasienter, reduksjonen er som følge av legenes ønske om reduserte lister. Det ville vært ideelt å fortsatt redusere den gjennomsnittlige listelengde, spesielt ved at de største listene ble redusert. Konsekvensen ville være at svært mange innbyggere vil stå uten fastlege.

På bakgrunn av pågående fastlegekrise og manglende nyrekruttering kunne det vært hensiktsmessig i en overgangsperiode å honorere leger som har flere enn 1000 innbyggere på listen ved at basistilskuddet på 675 kroner også gis for innbyggere over 1000 på listene. Tiltaket måtte vært av midlertidig karakter i påvente av at rekrutteringstiltak vil ha effekt, slik at fastlegene har mulighet til å redusere listestørrelsen.

Tiltaket ville ikke kommet alle leger til gode, men honorert leger med lange pasientlister og ville vært et stabiliseringstiltak i påvente av at andre rekrutteringstiltak ville ha effekt. Tiltaket vil være i strid med nasjonal handlingsplan for legetjenestens målsetting om reduserte listelengde. Karmøy kommune har et mål om å redusere det gjennomsnittlige listenivået i kommunen, spesielt med tanke

på de største listene. I takt med økning av antall fastleger i Karmøy kommune vil det kunne innvilges en reduksjon av listetak.

Administrasjonen har vurdert det midlertidige tiltaket på bakgrunn av den prekære fastlegemangelen i kommunen. Legegruppen anbefaler ikke tiltaket og anbefaler at ressursene benyttes til å styrke basisfinansiering inntil 1000 innbyggere. Ut fra en helhetlig vurdering anbefales ikke tiltaket. Det foreslås heller et forsterket basistilskudd opp til 1000 innbyggere.

Kostnad: Dersom legen hadde fått det samme basistilskuddet for alle innbyggere også over knekkpunktet på 1000 innbyggere ville det utgjort 131 kroner ekstra (mellomlegget mellom 675 kroner og 544 kroner). Tiltaket ville eksempelvis gitt en lege med 1500 innbyggere på listen tilskudd på 5458 kroner mer pr måned, dvs. 65 496 kroner årlig. Legene i Karmøy har totalt 10164 innbyggere som overstiger 1000 på listene. Total kostnad for et slikt tiltak ville vært om lag 1,4 mill. kroner.

Tiltaket anbefales ikke.

Tiltaket må sees i sammenheng med «Forsterket basistilskudd opp til 1000 innbyggere til alle leger i næringsdrift»

Tiltaksplan for å rekruttere og stabilisere fastlegeordningen i Karmøy kommune

Iverksatte tiltak i plan for legetjenesten 2018-2024 videreføres. I tillegg foreslås følgende nye tiltak:

Tiltak	Beskrivelse/hensikt	Resultat/finansiering
Oppstartstilskudd	Engangstiltak som gjelder for nyrekrutterte fastleger i privat næring, 200 000 det første året, 200 000 det andre året. Redusere risiko ved nyrekruttering til næring. Rekrutteringstiltak.	to leger i 2022, 4 leger i 2023 og 4 leger i 2024 Kostnad: 400 000 kr. som strakstiltak i 2022, 1,2 mill. kr. det 1. året, deretter 1,6 mill. kr. årlig.
Forsterket basistilskudd opp til 1000 innbyggere	Kompensasjon til alle leger i privat næring for innbyggerliste opp til 1000. Stabiliseringstiltak.	Tidsavgrenset tiltak Kostnad: 2,4 mill. kr. årlig
ALIS støtte i spesialisingsløp	Tilskudd på opptil 300 000 inntil 5 år tilskudd fra H. dir. Rekrutterings- og stabiliseringstiltak.	Gjelder nye LIS3 (ALIS) Kostnad: Dekkes av tilskudd
Styrket administrativ ressurs i forbindelse med fastlegeordning og ALIS	Oppfølging av kommunal legetjeneste og ALIS løp. Rekrutterings- og stabiliseringstiltak.	Kommunale fastleger og lister uten lege, Leger i ALIS. Kostnad: 900 000 kr. årlig inkl sos utgifter
Økt grunntilskudd i nullhjemmel	Øke grunntilskudd til 800 innbyggere ved 0 hjemmel. Listeinnbyggere overføres listen. Rekrutteringstiltak.	2 nye fastleger pr år. Kostnad: Inntil 200 000 kroner det første året. 600 000 kroner det andre året.
Kollegial vikarordning utover 8 uker for leger i næringsdrift.	Kompensasjon til kolleger i privat næringsdrift for å dekke legeløse lister utover 8 uker. Stabiliseringstiltak.	Gjelder ved ubesatte hjemler i næringsdrift. Kostnad: Basistilskudd og 10-30 000 månedlig i utgifter. Anslag: årlig 360 000 kr.
Overtakelse av ubesatte hjemler/opprettelse av kommunalt legesenter	Gjelder hjemler det ikke rekrutteres i. Kommunen har ansvar for legetjeneste til pasientene. Vurdere drift av hjemmel - Vikar i privat drift - Kommunal drift av hjemmel Vurdere å utvide/etablere kommunalt legesenter. Rekrutterings- og stabiliseringstiltak.	Kostnad: 2022 det er avsatt inntil 3 mill. kroner. I kst sak til overtagelse av hjemmel og planlegge oppstart legesenter. Kostnad: opprette kommunalt legesenter, avsettes 2,4 mill. krone i 2023, opprettelse av hjemler inntil 600 000 kroner
Legevakt	Tilsette i faste stillinger ved legevakten Vil redusere vaktbelastningen for fastleger. Stabiliseringstiltak.	Innføres gradvis dersom ikke økonomiske konsekvenser av tiltaket. Kostnad: ingen
Reisevaksinasjon	Opprette vaksinekontor for reisevaksine Vil redusere arbeidsmengde for fastlegene. Stabiliseringstiltak.	Innføres dersom inntektene dekker utgiftene. Kostnad: ingen
Totalkostnad		Anslag på inntil 8 mill. kr. i 2023

Det er usikkerhet knyttet til kostnadsanslagene ut fra hvor mange hjemler kommunen vil måtte overta og drifte og hvor mange nye fastleger som tilsettes. De enkelte tiltakene vil avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet.

Rådmannens vurdering

Utviklingen i fastlegeordningen og den økende rekrutteringsutfordringen i hele landet har gjort at svært mange kommuner ser at det er nødvendig med ekstraordinære tiltak for å rekruttere og stabilisere fastlegeordningen i påvente av at det kommer nye nasjonale tiltak. Det har vært krevende å rekruttere fastleger til Karmøy i mange år, siden april 2022 har situasjonen forverret seg betydelig. Totalt er det for tiden 8 ledige legestillinger, derav 6 hjemler i næringsdrift. Flere leger varsler også at de vurderer å slutte. Det er stor risiko for at situasjonen kan forverre seg.

En gruppe bestående av representanter fra legene og representanter fra administrasjonen har utarbeidet en tiltaksliste. Fastlegeordningen er en kompleks ordning der privat næringsdrift og finansiering er blandet med offentlige oppgaver. Mange ønskede tiltak kan gi effekt, samtidig som de også kan gi utilsikta og uheldige konsekvenser. Tiltakene som innføres må også være lovlige. Det er derfor forsøkt gjort rede for fordeler og ulemper, effekter og uheldige konsekvenser for hvert enkelt tiltak. Ut fra dette er det valgt ut prioriterte tiltak som anbefales i en tiltaksliste. Rådmannen vurderer at det er nødvendig å forslå ekstraordinære tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Karmøy kommune.

Tiltakslisten vil revideres ut fra nasjonale tiltak som er varslet i statsbudsjettet for 2023 og innarbeides i budsjettforslag for 2023.

Rådmannens tilråding

Rådmannen tilrår at vedlagte tiltaksliste i saken vedtas. Merkostnader på anslagsvis 8 mill. kroner innarbeides i rådmannens forslag til budsjett- og økonomiplan for 2023. Dette er midler som vil være i tillegg til demografiendringer som legges til helse- og omsorgstjenestens budsjett. Det er usikkerhet knyttet til kostnadsanslagene ut fra hvor mange hjemler kommunen vil måtte overta og drifte og hvor mange leger som tilsettes. Oppstartstøtte på 200 000 kroner pr lege pr år i 2 år tilrås innført umiddelbart slik at det gjelder nyrekrutterte leger fra og med 1. oktober 2022. Dette belastes kommunestyrets disposisjonspost i 2022, hvor det allerede er avsatt inntil 3 mill. kroner. Tiltakene revideres i forbindelse med statsbudsjettet og budsjett og økonomiplan for 2023 og 2024. De enkelte tiltak vil avsluttes dersom staten kommer med tiltak som ivaretar formålet.

Vedlegg:

Innspill rekrutteringstiltak fra legeföreningen januar 2022 (2) (1)

Legeföreningen innspill fra ALU møte juni 22

Rettslig vurdering av hvorvidt garantier ved inngåelse av fastlegeavtaler er lovlige

Tiltaksplan iverksatte og foreslåtte tiltak for å rekruttere og stabilisere fastlegeordningen i Karmøy kommune