



A-rundskriv nr.: A/5-2022  
Dokument nr.: 22/01793-1  
Arkivkode: 510  
Dato: 30.06.2022  
Saksbehandler: Anne Tøndevold

Til: Kommunen

**ASA 4301 Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (statsavtalen)**

Dette rundskrivet avløser A-rundskriv 3-2021.

Ny avtaleperiode er 1. juli 2022 til 30. juni 2023.

Basistilskuddet utgjør 675 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1 001 og opptil 2 500 utgjør basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger.

Vi gjør oppmerksom på at størrelsen på basistilskuddet kan endres i løpet av avtaleperioden. Hvis det blir endringer, vil KS publisere dette på sine nettsider.

ASA 4301 er ingen tariffavtale, og må derfor vedtas av hver enkelt kommune. Vedtak kan gjøres administrativt. Uansett skal kommunene utbetale basistilskudd umiddelbart.

Hege Mygland  
Avdelingsdirektør

Anne Tøndevold  
Spesialrådgiver

Kontaktpersoner i KS:

Hege Torvbråten, Anne Jensen og Anne Tøndevold

Telefon: 24 13 64 00. E-post: [medlemsservice@ks.no](mailto:medlemsservice@ks.no)

Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)

Vedlegg II: Protokoll 30. juni 2022

Vedlegg III: Protokoll EPJ-løftet

Vedlegg I

**AVTALE MELLOM STATEN VED HELSE- OG  
OMSORGSDEPARTEMENTET, KS OG DE REGIONALE  
HELSEFORETAKENE PÅ DEN ENE SIDEN OG DEN NORSKE  
LEGEFORENING PÅ DEN ANDRE SIDEN OM ØKONOMISKE VILKÅR  
FOR ALLMENNLEGER MED KOMMUNAL FASTLEGEAVTALE OG  
LEGESPESIALISTER MED AVTALEPRAKSIS**

**GENERELLE BESTEMMELSER**

**1.1 Forankring mv.**

Denne avtalen er inngått under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 med tilhørende forskrifter.

**1.2 Virkeområde**

Denne avtalen omfatter økonomiske vilkår for leger i fastlegeordningen, bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert.

Avtalen omfatter også bestemmelser om driftstilskudd for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

Avtalen omfatter bestemmelser om honorartakster for allmennleger og for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

**1.3 Partsforhold**

Parter i denne avtalen er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeforening på den andre siden.

#### **1.4 Andre avtaler**

Det er inngått rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om drift av allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (kommuneavtalen). Avtale er også inngått mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

Det er også inngått tariffavtale for allmennleger innenfor fastlegeordningen som har ansettelsesforhold i kommunen.

Det er inngått rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Denne avtale og sentral kommuneavtale skal ved senere revisjon søkes forhandlet og tatt stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

#### **1.5 Varighet mv.**

Denne avtalen gjelder fra 1. juli 2022 til 30. juni 2023.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 30. juni 2022.

### **ALLMENNLEGER**

#### **2.1 Basistilskudd for allmennleger**

Kommunen utbetaler allmennlegene basistilskudd per registrert person per år på legens liste. Det er fra 1.mai 2020 innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Fra 1. juli 2022 utgjør basistilskuddet 675 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 544 kroner pr listeinnbygger.

Kommunen betaler grunntilskudd for fastlegeavtaler med en liste under 500 listeinnbyggere forutsatt at listetak for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd. Grunntilskuddet er knyttet til en fastlegeavtale. Grunntilskuddet utgjør basistilskuddet svarende til en fastlegeliste med 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet kan mottas i inntil to år fra fastlegeavtalen er inngått. Dersom fastlegeavtalen i løpet av de to årene får en listelengde større enn 500 listepasienter utbetales basistilskudd i stedet for grunntilskudd.

## **2.2 Basistilskudd i kommuner med under 5000 innbyggere**

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen.

Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

## **2.3 Listeregulering**

### **2.3.1. Eventuell endring av listetak som kan pålegges etter § 12 a i fastlegeforskriften**

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er fastsatt i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk.

Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger.

Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring.

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

*Protokolltilførsel: Fra statens side legges det til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd bokstav a, ikke vil bli gjort uten at Den norske lægeforening og KS gir sin tilslutning.*

### **2.3.2. Åpning av lukkede lister**

Lister som er lukket, åpnes automatisk når antallet på listen faller til 10 under det tak som er satt for praksisen. Legen skal få melding når listen lukkes eller åpnes.

## **2.4 Godtgjørelse til leger ved suspensjon av fastlegeordningen**

Leger i kommuner der fastlegeordningen er suspendert godtgjøres med et tilskudd fra kommunen på kroner 760 230 per år for fullt kurativt årsverk. Tilskuddet avkortes i forhold til eventuelt redusert kurativt arbeidstid. Leger som ved suspensjon er fastlege i kommunen skal likevel ikke ha lavere tilskudd per måned enn gjennomsnittlig basistilskudd de siste tre månedene før suspensjonen.

For øvrig kan legen kreve honorartakster i henhold til punkt 4.1 i denne avtalen.

For å få kommunalt tilskudd må legen ha avtale med kommunen. Avtalen mellom KS og Den norske legeforening om drift av fastlegepraksis skal gjelde så langt det passer.

## DEL III SPESIALISTER MED AVTALEPRAKSIS

### 3.1 Driftstilskudd for leger med driftsavtale med de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene yter driftstilskudd til leger med avtale om avtalepraksis, jf. rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Driftstilskuddet betales etter følgende skala:

Klasse	Beløp per år fra 1. juli 2022
1	kroner 1 022 000,-
2	kroner 1 187 500,-
3	kroner 1 522 000,-

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist.

Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter legens avtalte tid for behandlende virksomhet i privat praksis. Det kan ikke inngås driftstilskuddsavtaler som utgjør mindre enn 1/5 av fullt driftstilskudd. Nærmere bestemmelser i forbindelse med driftstilskuddet er gitt i avtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Når de regionale helseforetakene setter som vilkår at avtalepraksisen skal utøves fra flere kontorsteder, fastsettes kompensasjonen for dokumenterte merkostnader etter drøftinger mellom foretaket og den enkelte spesialist.

## **DEL IV HONORARTAKSTER OG TILSKUDD TIL FELLEFORMÅL**

### **4.1 Honorartakster**

Leger med fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene kan kreve honorarer i henhold til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gjeldende fra 1. juli 2022, jf. vedlegg.

Legene skal ha oppslag som viser prisene for de enkelte tjenester, på venteværelse eller annet sted som er lett synlig for pasienten. Med pris menes den egenandel pasienten selv skal betale. Pasientene skal uopfordret gis kvittering hvor prisene på de enkelte tjenester er spesifisert.

### **4.2 Tillegg for leger med særlig høy husleie**

Leger som i henhold til tidligere avtale om driftstilskudd og takster har fått tilskudd for særlig høy husleie, beholder tilskuddet som en personlig ordning så lenge legen fortsatt driver fra samme lokaler. Ved flytting til andre lokaler bortfaller tilskuddet.

Høyt tilskudd utgjør kr. 25 000,- per år og lavt tilskudd utgjør kr. 15 000,- per år. Tilskuddet reguleres ikke.

### **4.3 Tilskudd til fellesformål**

Folketrygden yter i perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023

- 50 370 000 kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger,
- 45 377 000 kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I),
- 52 397 000 kroner til Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II),
- 31 548 000 kroner til Fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III),
- 12 852 000 kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet,



- 42 850 000 kroner til Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus,
- 18 024 000 kroner til Allmennt medisinsk forskningsfond.

## **DEL V FELLES MÅL FOR TJENESTER OG LØSNINGER**

### **5.1 Krav til IKT-systemer i legepraksis**

Med de unntak som følger av forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746 skal alle legekantor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ-systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).
- Alle legekantor skal oppfylle "Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren", gjeldende pr 1. juli 2011.

### **5.2. Drøfting**

Partene drøfter videreutvikling av IKT systemer i legepraksis i forbindelse med årlig revisjon av statsavtalen.

Oslo, 30. juni 2022

Helse- og omsorgsdepartementet      Den norske legeforening

KS      De regionale helseforetakene

## Vedlegg II

### **Protokoll**

Forhandlinger mellom staten, KS og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske legeforening på den andre side om revisjon av avtalen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2021 - 30. juni 2022.

Tilstede på ett eller flere møter:

Staten, KS, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet:  
Øystein Sand, Olav Johan Gjestvang, Pia Braathen Schønfeldt, Karoline Kongshaug, Anne Tøndevold, Anne Jensen, Ola Jøsendal, Gry Jerijervi, Ane Gjølberg Lie, Anne Cecilie Hother-Sørensen.

Den norske legeforening:  
Anne-Karin Rime, Nils Kristian Klev, Peter Christersson, Marit Karlsen, Ole Johan Bakke, Erik Dyb Liaaen, Yngvild Skåtun Hannestad, Hanne Riise-Hanssen, Pål Alm-Kruse.

Partene er enige om følgende:

1. Honorartakster, basis- og driftstilskudd og avsetninger til fond reguleres samlet med 3,4 pst. per 1. juli.
2. Innenfor rammen spesifisert i punkt 1 avsettes det 4 mill. kroner til det sk. premiereguleringsfondet.
3. Partene inngår egen protokoll vedr. EPJ-utvikling. Det vises til "Protokoll: EPJ-løftet" datert 9. juni 2021.
4. Det vises til protokoll av 25. juni 2021 nr. 6. Inntekts- og kostnadsundersøkelser for både fastlege- og avtalespesialistområdet forelå forut for forhandlingene og er

gjennomgått av partene i fellesskap. Partene er enige om å arbeide videre med problemstillinger knyttet til kostnadsnivåer og -sammensetning slik at ev. endringer kan implementeres i 2023.

5. Det vises til protokoll av 25. juni 2021 nr. 7 vedr. modell for vekting og parameterverdier som anvendes for å anslå kostnadsvekst. Partene har i løpet av avtaleåret 2021/22 kommet sammen og vurdert aktuelle problemstillinger. Partene er enige om at det nå ikke foreligger noe grunnlag for å endre på parameterverdiene som anvendes i modellen. Det vises i denne anledning også til punkt 4 over.
6. Partene skal i god tid før forhandlingene i 2023 diskutere behov for utvikling og endringer i innretningen av takster for avtalespesialister. Det skal i vurderingene legges vekt på god faglig praksis og etablerte faglige retningslinjer.

Oslo, 30. juni 2022

Den norske legeforening

Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak

KS

Den norske Legeforening gjør følgende protokolltilførsel

Mangelen på fastleger gjør at pasienter ikke får oppfylt sine rettigheter, og presset på legevakt øker.

Arbeidsmengden i fastlegepraksis må reduseres, men det er ikke ønskelig med en generell utvidelse av fastlegenes arbeidstid. For oppnå dette må det flere leger inn i ordningen. I dagens situasjon er det likevel vanskelig å unngå pasientbehandling utenfor ordinær åpningstid, en del fastleger må benytte ettermiddag og kveld for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Legeforeningen mener at fastlegenes arbeid på ettermiddag og kveld må honoreres høyere, dette i likhet med ordningene for andre yrkesgrupper i norsk arbeidsliv.

Staten har avvist Legeforeningens krav om utvidet bruk av kveldstakster. Dette er uforståelig for Legeforeningen i gjeldende situasjon.

Vedlegg III

**9. juni 2022**

**Protokoll: EPJ-løftet**

Partene er enige om følgende:

**0. Situasjonsbeskrivelse for EPJ-løftets arbeid og resultater**

Styringsgruppen for EPJ-løftet vil innen 01.2.2023 utarbeide en situasjonsbeskrivelse for EPJ-løftets arbeid og resultater med å realisere allmennlegetjenestens behov for løpende modernisering av journaløsningene. Rapporten skal gi partene grunnlag for å identifisere tiltak for økt gjennomføringskraft og tydeligere rolle- og ansvarsdeling i arbeidet. Rapporten skal også inneholde en vurdering av prosjekter fra tidligere års protokoller for prioritering og endringshåndtering.

**1. Formål og avsetning**

Samarbeidsprosjektet EPJ-løftet har som ansvar å gjennomføre tiltak som beskrevet i protokollen. I tillegg har samarbeidsprosjektet en funksjon med å samordne eventuelle anskaffelser og bestillinger inn til EPJ-leverandørene også for nasjonale tiltak som treffer fastleger og avtalespesialister. Samordningen skal ikke medføre endringer i prioriteringene i samarbeidsprosjektet. De nasjonale prosjektene må selv skaffe til veie nødvendig finansiering til dette arbeidet og anskaffelsen så fremt det ikke er spesifisert som egne tiltak i protokollen.

Det skal ses hen til gjeldene Nasjonal e-helsestrategi ved prioriteringer og valg av tiltak også for EPJ-løftet.

For avtaleperioden 2022-2023 avsettes 17 millioner kroner til IKT-utvikling i legekantorene

**2. Styringsmodell. Disponering av midler**

Det er nedsatt en partssammensatt gruppe med 3 representanter fra Legeforeningen og 3 representanter fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene i samarbeidsprosjektet. KS møter med 1

representant uten stemmerett i den partssammensatte gruppen.  
Direktoratet for e-helse er prosjekteier.

EPJ-løftet inngår som et prosjekt i den nasjonale porteføljen for e-helse. Før igangsetting av de enkelte prosjekter skal:

- Mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen
- Prosjektporteføljen til EPJ-løftet diskuteres i nasjonal styringsmodell for e-helse (NUFA, NUIT, produktstyrer mv)
- Difis prosjektveiviser skal/bør legges til grunn som metodikk

De midler som avsettes gjennom denne protokoll skal generelt understøtte, og hvis hensiktsmessig koordineres med, relevante tiltak som prioriteres i NUIT.

Midlene avsatt i forhandlingene overføres prosjekteier. Prioritering av prosjekter, prosjektmandat og -beskrivelser skal godkjennes av styringsgruppen.

Styringsgruppen skal fordele midler mellom prosjektene. Prosjekteier har ansvar for kontroll med, utbetaling av og regnskap over, prosjektenes utlegg i samsvar med godkjent prosjektmandat. Styringsgruppen skal ha innsyn i disponering av midlene.

Det skal utformes særskilte prosjektbeskrivelser der det bl.a. skal inngå bestemmelser om organisering, partenes forpliktelser og involvering av leger.

### **3. Prosjekter i avtaleperioden 2022 - 2023**

Midlene skal benyttes til utvikling av IKT-verktøy som bidrar til å skape pasientens helsetjeneste og som i større grad ivaretar pasientsikkerhet og sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, understøtter samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren samt å understøtte mer effektiv ressursbruk. EPJ-forbedringer og støtte for samhandling og meldingsutveksling skal ha prioritet for utvikling innenfor rammene av samarbeidet, altså klinisk anvendbare forbedringer i pasientjournalssystemene.

Nedenfor beskrives prosjekter som styringsgruppen har mandat til å igangsette jf. kap. 2 i denne protokoll. Beskrivelsene er overordnede og foreløpige. Innhold, omfang og prioritering mellom prosjektene vil besluttes i styringsgruppen for EPJ-løftet.

### **22.1 Videreutvikle digitale dialogtjenester for avtalespesialister**

Mange avtalespesialister har behov for å bruke helsenorge.no som portal. Det er derfor behov for tilpasninger i EPJ og helsenorge.no slik at disse kan innlemmes. Dette prosjektet vil kravspesifisere og anskaffe de endringene som behøves i EPJ.

### **22.2 Endringsbehov i digital dialog med pasient på Helsenorge.no**

Det er behov for videreutvikling av Digital dialog gjennom Helsenorge.no, både for å skape økt kvalitet i kommunikasjonen og understøtte fastlegenes behov.

EPJ-løftet skal utforme en bestilling på endringer i dialogtjenestene på Helsenorge.no mellom pasienter og fastleger. Aktuelle arbeidspakker/omfang spesifiseres av NHN i dialog med EPJ-løftet. I egen sak til styringsgruppen besluttes endelig prioritering, finansiering og bestilling av løsningsarbeidet.

### **22.3 Spesifisere og anskaffe et datasett for SMART on FHIR i EPJ**

Det har i lang tid vært behov for at EPJene raskere skal kunne integrere funksjonalitet for klinisk bruk eller for administrativ innrapportering av data og digitaliserte skjema. Det er nå et behov for å løfte dette området spesielt. HL7 FHIR er standarden som nå dominerer utviklingen internasjonalt, og flere grensesnitt er allerede etablert.

Prosjektet skal beskrive et datasett som kan benyttes i utvikling av IKT-funksjonalitet og tilhørende grensesnitt for EPJ-leverandører rettet mot bruk av Smart-on FHIR-apper. Prosjektet bør vurdere om utgangspunktet kan være EPJ-løftets Variabelliste og NHNs arbeid med Helse-API. Prosjektet bør se spesielt på datasett fra IPS, IPA og United States Core Data for Interoperability (USCDI).

Videre skal prosjektet anskaffe en teknisk kapabilitet hos EPJene for dette datasettet rettet mot bruk til Smart-on-FHIR-apper. Denne kapabiliteten skal være slik at EPJene senere kan, basert på spesifikke brukerbehov, raskt og bærekraftig etablere integrasjon med kliniske eller administrative rettede Smart-apper som f.eks. kalkulatorer, beslutningstøtte, skjemainnsending o.l.

Prosjektet må sees i sammenheng med tidligere protokollførte prosjekter, bl.a. førerkort-prosjektet og kritisk info-API som er HL7 FHIR-baserte. For at konseptet med Smart on FHIR-applikasjoner skal fungere som avlastning for klinikere er det viktig at data fra EPJ blir gjenbrukt og at data blir tilbakeskrevet til EPJ, fortrinnsvis slik at de kan gjenbrukes Single sign-on, automatisk uthenting av gjenbrukbare data som pre-utfyller skjema er sentrale krav.