

UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK
FORSKNINGSPROGRAM

I skyggen av Fastlegeordningen:

Hvordan har det gått
med det offentlige
legearbeidet?

Geir Christian Godager
Hilde Lurås

*Institutt for helseledelse og
helseøkonomi*

Skriftserie 2005: 6



I skyggen av Fastlegeordningen:

Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet?

av Geir Christian Godager
og Hilde Lurås

Mai 2005

*Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo
HERO 2005*

Vi vil takke Helge Worren for nyttige innspill og kommentarer i arbeidet med denne rapporten. Takk også til Kjell Røynesdal i Helse- og omsorgsdepartementet for bistand i forbindelse med datainnsamlingen. Arbeidet er finansiert av Norges forskningsråd som en del av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen. En del av de data som benyttes er hentet fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har tilrettelagt dataene for forskningsformål. Ingen av de ovennevnte personer eller institusjoner er ansvarlig for de analyser eller tolkninger som er gjort.

1. Problemstilling

Med offentlig legearbeid menes allmennmedisinske legeoppgaver som arbeid ved sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste, samt samfunnsmedisinske oppgaver som planlegging og beredskapsarbeid i forbindelse med ulykkeshåndtering, miljørettet helsevern, smittevern og administrative oppgaver. Før fastlegeordningen (FLO) ble innført var det generelt vanskelig å rekruttere leger til denne typen arbeid. Dette skyldtes blant annet at privatpraktiserende leger oppfattet arbeidet som dårlig lønnet sammenlignet med arbeid i privat praksis. For allmennlegestillinger med fast lønn var innsatsen innen offentlig legearbeid en mer integrert del av stillingen. Inntrykket var derfor at det var enklere å få utført offentlig legearbeid i kommuner med mange fastlønte leger (St. meld.23, 96-97). Kommunene hadde tidligere mulighet til å forhandle fram en betingelse om å utføre offentlig legearbeid når de tildelte allmennlegene driftsavtale, men denne muligheten ble i liten grad benyttet. Fastlegeforskriften (Sosial-og helsedepartementet, 2000), som trådte i kraft 14. april 2000, ga derimot kommunene mulighet til å pålegge sine fastleger inntil 7,5 timer allmennmedisinsk offentlig legearbeid¹. Kommunene ble oppfordret til å benytte påleggsklausulen i sine forhandlinger med fastlegene selv om de ved kontraktsinngåelsen ikke nødvendigvis hadde behov for denne innsatsen.

Etter innføring av FLO rapporteres det at offentlige legestillinger i mindre grad enn tidligere står ledige. Samtidig er det et gjennomgående tema fra helsetilsynet i fylkene at det offentlige legearbeidet ikke har kommet styrket ut etter innføringen av FLO. Helsetilsynets bekymring er knyttet til den manglende helhet dette arbeidet får når stillingene spres på mange (Statens helsetilsyn 2003). Tjenesten får dermed et fragmentarisk preg med pulverisering av hvem som har medisinskfaglig ansvar. Det fokuseres spesielt på at fastlegereformen har bidratt til oppsplitting av legetjenesten i sykehjem. I tillegg påpekes det at de yngste og mest uerfarne legene ofte får oppgaven som sykehjemslege. Det synes som dette er en situasjonsbeskrivelse legene kjenner seg igjen i (se for eksempel EYR 2003). Helsetilsynet konkluderer derfor med at det er behov

¹ Deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid og veiledning av turnusleger gir ifølge gjeldende avtaleverk rett til fratrukk på de 7,5 timene.

for bedre ivaretagelse av det offentlige legearbeidet etter innføringen av FLO. Det etterlyses både styrket kommunal satsing og en kvalitetsforbedring av tjenesten (Statens helsetilsyn 2003).

Trolig har altså fastlegereformen som primært var rettet mot kurativ individrettet virksomhet, også medført endringer for det offentlige legearbeidet. Dette er i tråd med de erfaringer som ble gjort i de fire forsøkskommunene som prøvde ut fastlegeorganisering i perioden fra 1993 til 1996 (Heen m.fl. 1996), og er noe som blant annet Kommunenes sentralforbund (KS) forventet kunne bli en konsekvens av reformen (NOU 1998:18).

Analyser av offentlig legearbeid var i utgangspunktet ikke en del av den forskningsbaserte evalueringen av FLO. Det finnes derfor ikke data om allmennlegenes innsats innenfor offentlig legearbeid i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes (NSD) databaser for allmennlegetjenesten². Verken Statistisk sentralbyrås (SSB) data på kommunenivå eller det personaladministrative informasjonssystemet (PAI-registeret) til Kommunenes sentralforbund (KS) er egnet til å belyse problemstillinger knyttet til offentlig legearbeid. Fordi eksisterende datakilder er ufullstendige, besluttet derfor Institutt for helseledelse og helseøkonomi³ i 2002 å samle inn data om offentlig legearbeid i et representativt utvalg norske kommuner. Datainnsamlingen ble gjentatt i 2004, men i denne rapporten beskrives bare data fra den første innsamlingen. Dette materialet ligger både til rette for å analysere i hvilken grad fastlegene påtar seg, og deltar i, offentlig legearbeid etter innføringen av FLO, samt å se nærmere på kommunale forskjeller i det totale omfang offentlig legearbeid som utføres i de utvalgte kommunene.

² Norges forskningsråd har gitt NSD oppdraget med å tilrettelegge data i forbindelse med evalueringen av FLO.

³ Tidligere Senter for helseadministrasjon.

2. Data

Utgangspunkt for kommuneutvalget er de 14 representativt valgte kommunene som er med i SSBs SEDA prosjekt⁴ (Sundvoll og Kvalstad 2002). I tillegg inkluderte vi de fire kommunene som var med i fastlegeforsøket, samt en ekstra kommune fra hvert fylke. Dette gir et utvalg på 36 kommuner, hvorav Oslo kommune er representert ved to bydeler.

9 % av legene arbeider i en av de 13 minst sentrale kommunene i utvalget, mens 8 % arbeider i en av de seks mindre sentrale kommunene. Videre arbeider 22 % av legene i en av ni sentrale kommuner, mens resten (61 %) arbeider i den mest sentrale kommunekategorien⁵. Sammenlignet med tallene på landsbasis inneholder utvalget flere leger fra den mest sentrale kommunekategoriene og færre fra de to minst sentrale kommunetypene.

I tabell 1 beskrives organiseringen av allmennlegetjenesten før innføringen av FLO for de fire ulike kommunekategoriene i utvalget. Vi ser at antall legeårsverk per 100.000 innbyggere (legedekningen) var høyest i de minst sentrale kommunene, men også at det i disse kommunene tidligere var en høy andel turnuskandidater og at et flertall av legene mottok fast lønn. Finnvold (1997) har i sine analyser vært opptatt av problemer knyttet til ustabil legedekning. Som indikator på høy ”turnover” i legetjenesten bruker han andelen av de samlede legeårsverk som er fastlønte stillinger og andelen som er turnuskandidater, mens andelen stillinger med driftsavtale brukes som indikator på en stabil legedekning. Vi ser at vårt utvalg fanger opp den trenden som er påvist på landsbasis, nemlig at legedekningen er bedre og potensialet for en ustabil legedekning større jo mer usentral kommunen er.

⁴ SEDA: Sentrale data fra allmennlegetjenesten.

⁵ De minst sentrale kommunene er: Beiarn, Porsanger, Vindafjord, Stor-Elvdal, Kvænangen, Grong, Os i Østerdalen, Dovre, Vik i Sogn, Jølster, Overhalla, Brønnøy og Båtsfjord. De mindre sentrale kommunene er: Tinn, Risør, Kvitsøy, Austrheim, Kristiansund og Ulstein. De sentrale kommunene er: Sarpsborg, Kongsvinger, Åsnes, Lillehammer, Søndre Land, Lardal, Notodden, Tvedestrand og Meldal. De mest sentrale kommunene er: Frogn, Enebakk, Oslo (bydelene Sogn og Stovner), Nedre Eiker, Kristiansand, Os i Hordaland, Trondheim og Tromsø.

Tabell 1: Organisering av allmennlegetjenesten før innføringen av FLO (2000).
Gjennomsnitt for ulike kommunetyper i utvalget. (SSB 2003a)

	Mest sentrale kommuner	Sentrale kommuner	Mindre sentrale kommuner	Minst sentrale kommuner
Legeårsverk per 100.000 innbyggere	82,1	76,5	105,1	119,9
Leger med driftsavtale (% av antall årsverk)	71,9 %	74,4 %	67,9 %	37,8 %
Leger med fast lønn (% av antall årsverk)	9,4 %	14,4 %	15,2 %	41,4 %
Turnus kandidater (% av antall årsverk)	2,4 %	6,9 %	11,9 %	17,8 %

For å involvere færrest mulig aktører valgte vi å samle inn opplysningene om den enkelte leges deltagelse i offentlig legearbeid via kommunens administrasjon⁶. For hver lege ba vi om opplysninger om totalt omfang offentlig legearbeid, samt hvordan dette fordelte seg på helsestasjon/skole, tilsynslegevirksomhet, veiledning av turnuskandidat, administrasjon og samfunnsmedisin. Vi oppnådde en svarprosent på 100. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) koblet de innsamlede opplysningene til eksisterende data om fastlegene og kommunene.

I avsnitt 3.1. benytter vi data om totalt omfang offentlig legearbeid i de utvalgte kommunene, mens vi i avsnitt 3.2 kun benytter data om fastlegenes deltagelse i dette arbeidet.

⁶ I henhold til personopplysningsloven må den part det innhentes opplysninger om informeres om at opplysningene er samlet inn og gis mulighet til å kreve opplysningene slettet. Vi sendte derfor ut informasjonsbrev til hver enkelt av de involverte legene og ga dem mulighet til å reservere seg mot datainnsamlingen.

3. Analyser

3.1. Kommunale forskjeller i totalt omfang offentlig legearbeid

I de utvalgte kommunene blir det offentlige legearbeidet fordelt på til sammen 415 stillinger. Over 90 % av disse stillingene blir besatt av fastleger i bistilling⁷. Kun åtte av stillingene er heltidsstillinger. Bortsett fra en stilling som tilsynslege ved institusjon, er de fulle stillingene knyttet til administrasjon og samfunnsmedisinske oppgaver. Av tabell 2 ser vi at det er en tendens til at jo mer sentral kommunen er, jo færre timer per uke arbeider den enkelte lege med offentlig legearbeid. Bare 22 % av stillingene utgjør mer enn 7,5 timer per uke.

I figur 1 beskrives fordelingen av uketimer offentlig legearbeid for de 407 legene som utfører dette i en bistilling. Vi ser at det er mer utbredt med deltidsstillinger med litt mindre enn 7,5 uketimer, enn deltidsstillinger med litt mer enn 7,5 uketimer. Det er dessuten slik at bruken av små stillingsbrøker er enda mer utbredt når vi ser på tilsynslegene separat. Totalt er det kun 13 % av tilsynslegene som arbeider mer enn 7,5 timer per uke.

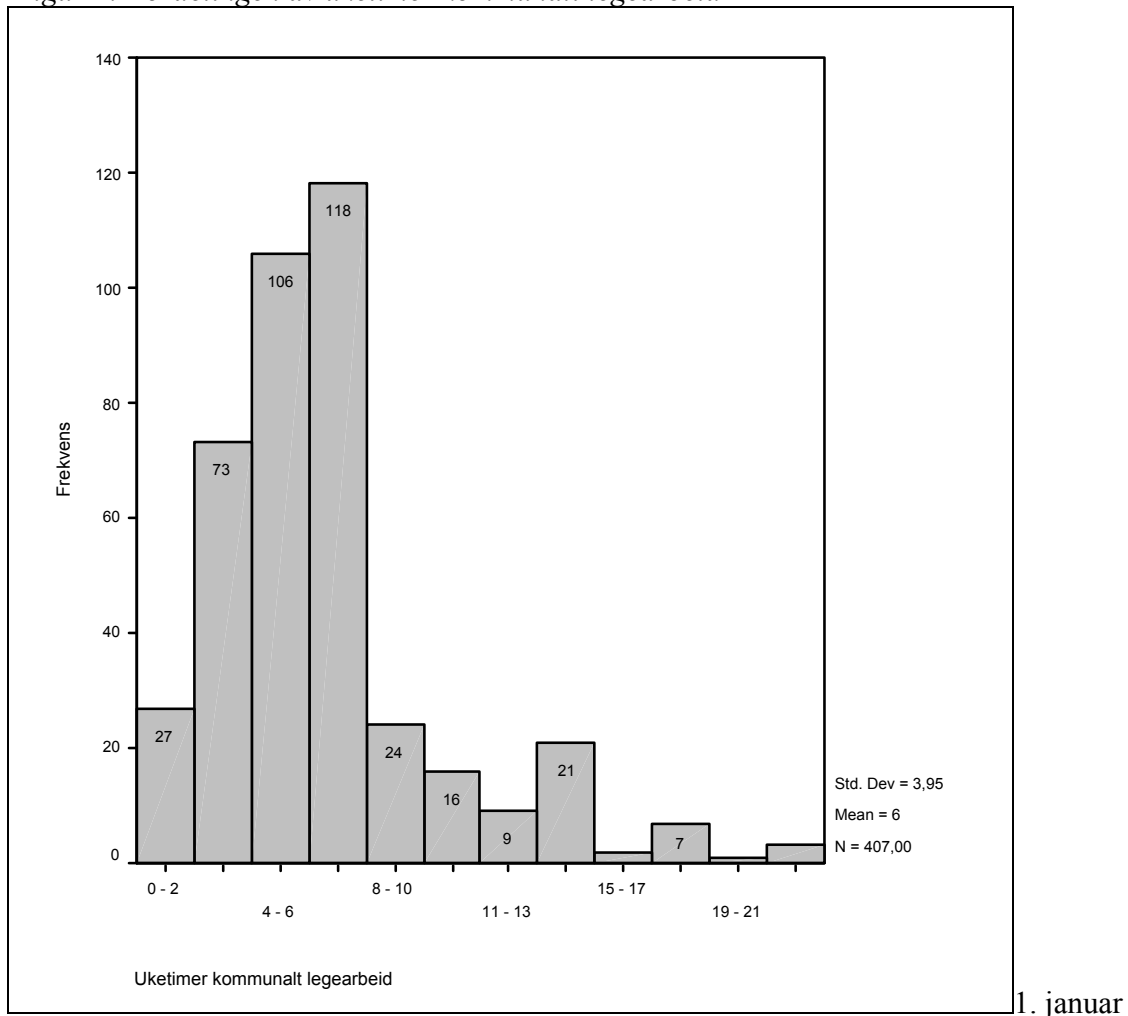
Dersom alle fastlegene⁸ i utvalget som i dag jobber mindre enn 7,5 timer, arbeidet 7,5 timer per uke, kunne det samlede offentlige legearbeidet økes med 1172 uketimer i disse kommunene. Det svarer til en økning i samlet innsats på mer enn 40 %.

Påleggsmuligheten innebærer altså at det er en utnyttet kapasitet for deltagelse i offentlig legearbeid blant fastlegene i de utvalgte kommunene. Spørsmålet er imidlertid om det er ønskelig at det offentlige legearbeidet skal organiseres ved at alle fastleger pålegges å delta eller om det kan tenkes andre ordninger. Dette diskuteres nærmere i avsnitt 5.

⁷ 374 av de 415 stillingene ble koblet mot NSDs register av fastleger. Leger som ikke inngår i dette registeret er ikke fastleger.

⁸ 307 av fastlegene i utvalget arbeider mindre enn 7,5 timer pr uke.

Figur 1: Fordelingen av uketimer kommunalt legearbeid



I tabell 2 ser vi at omfanget av offentlig legearbeid per 100.000 innbyggere er høyere jo mer usentral kommunen er. Dette gjenspeiler funnene fra tabell 1, nemlig at usentrale kommuner tidligere både hadde god legedekning og mange fastlønte leger. I kommunene Kvitsøy og Kvæningen utføres det mest offentlig legearbeid, i disse kommunene er antall årsverk per 100.000 innbyggere henholdsvis 118 og 55,5. Det er interessant å merke seg at det i Oslo kommune er stor forskjell i totalt omfang offentlig legearbeid mellom bydelene Sogn og Stovner. I Stovner bydel utgjør det offentlige legearbeidet 16,2 årsverk per 100.000 innbyggere, mens det tilsvarende tallet for Sogn bydel er 6,3.

Denne variasjonen reflekterer at kommunene og bydelene selv står fritt til å vurdere hvor stort omfang det offentlige legearbeidet skal ha. Befolknings sammensetningen legger visse rammer for innsatsen, men fordi det ikke stilles noe minstekrav til tjenestens innhold og omfang, er den kommunale variasjonen stor. På 70-tallet eksisterte det en ”sykehjemsnorm”, og ifølge denne normen skulle legeinnsatsen i sykehjem være fem pasienter per legetime per uke. Fordi pasientbelegget i sykehjem i dag er betydelig tyngre enn den gang, burde nok antall pasienter per legetime vært atskillig lavere i dag. Det har aldri eksistert en tilsvarende norm for andre deler av det allmenmedisinske offentlige legearbeidet, ei heller for samfunnsmedisinsk arbeid.

I 1999 ble kommunene bedt om å innrapportere sitt behov for offentlig legearbeid. Totalt behov på landsbasis ble da anslått å være 926 årsverk, en økning på om lag 31 % i forhold til den faktiske innsatsen i år 2000⁹. Ved utgangen av 2001 var den totale årsverksinnsatsen økt til 722 årsverk og dette tilsvarer en vekst på 2 % fra år 2000 (SSB 2003a).

⁹ Meddelelse fra avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i Helse- og omsorgsdepartementet.

Tabell 2: Omfang og organisering av offentlig legearbeid etter innføringen av FLO.

Kommune	Antall timer per lege per uke (gj.sn.)	Årsverk per 100 000 innbyggere
Stor-Elvdal	11,7	32,0
Os i Østerd.	7,5	18,6
Dovre	6,8	18,9
Vindafjord	7,4	16,4
Vik i Sogn	11,3	20,6
Jølster	5,2	18,6
Grong	7,7	23,7
Overhalla	11,0	24,4
Brønnøy	10,8	30,5
Beiarn	11,3	47,7
Kvænangen	15,0	55,5
Porsanger	10,9	20,1
Båtsfjord	9,5	31,6
Gj.sn. minst sentral kommune	9,5	26,7
Tinn	11,4	23,4
Risør	5,7	12,9
Kvitsøy	23,0	118,0
Austrheim	3,0	3,2
Kristiansund	5,5	13,7
Ulstein	8,0	12,8
Gj.sn. mindre sentral kommune	7,2	17,8
Sarpsborg	8,0	15,3
Kongsvinger	5,0	9,9
Åsnes	11,4	18,9
Lillehammer	4,7	10,1
Søndre Land	7,4	22,8
Lardal	7,5	8,4
Notodden	5,6	9,7
Tvedestrand	9,5	17,0
Meldal	14,0	28,0
Gj.sn. sentral kommune	7,1	14,1
Frogn	10,0	6,2
Enebakk	9,4	14,0
Oslo, Sogn	7,5	6,3
Oslo, Stovner	8,1	16,2
Nedre Eiker	6,9	10,5
Kristiansand	5,7	13,0
Os i Hord.	7,2	13,6
Trondheim	5,6	9,1
Tromsø	7,8	13,1
Gj.sn. mest sentral kommune	6,4	11,5

3.2. Fastlegenes deltagelse i offentlig legearbeid

I dette avsnittet ser vi på i hvilken grad kommunenes fastleger deltar i det offentlige legearbeidet. Utvalget vårt består av totalt 416 fastleger der vi både kjenner listekarakteristika og deltagelse i offentlig legearbeid. Leger som utfører offentlig legearbeid uten å være fastlege er ikke med i dette utvalget. Det er bare 10 % av fastlegene (42 stykker) som ikke deltar i offentlig legearbeid.

Fra Tabell 3 ser vi at fastlegene i gjennomsnitt arbeider 5,55 timer per uke for kommunen, men vi ser samtidig at variasjonen er stor. Det er kun 17,3 % som har stillinger som utgjør mer enn 7,5 timer per uke. Gjennomsnittlig listelengde for legene i utvalget er 1294 og dette er en lengre liste enn gjennomsnittet på landsbasis. Dette kan i hovedsak forklares av at vi har en større andel leger fra sentrale kommunetyper i vårt utvalg. Vi ser videre at sammensetningen av legenes lister med hensyn på alder og kjønn er omtrent på nivå med gjennomsnittet for alle norske fastleger. Andelen leger som er spesialister i samfunnsmedisin er litt lavere, mens andelen leger som er spesialist i allmennmedisin er litt høyere enn på landsbasis. Andel mannlige leger er høyere i vårt utvalg enn i landet som helhet.

Fastlegene har i henhold til avtaleverket anledning til å sette et øvre tak for hvor mange personer de ønsker å ha på sin liste. Fordi vi har data om den enkelte leges faktiske og maksimale listelengde (listetak) kan vi identifisere legene som ikke har fått så mange på lista som de ønsket seg. En lege som har kortere liste enn listetaket opplever et negativt listetaksavvik¹⁰. I vårt utvalg gjelder dette 73 % av legene. Dette tilsvarer omtrent situasjonen på landsbasis. Vi ser at legene som opplever listetaksavvik i vårt utvalg har en litt lengre pasientliste enn det som er tilfelle på landsbasis. Det er interessant å se nærmere på om det er noen sammenheng mellom det at en lege opplever listetaksavvik og vedkommendes deltagelse i offentlig legearbeid. Er det for eksempel slik at fastlegene som ikke har nådd sitt listetak har en tilbøyelighet til å arbeide flere timer med offentlig legearbeid enn legene som har nok personer på lista?

¹⁰ Videre i rapporten vil vi for enkelthets skyld bruke begrepet ”listetaksavvik”.

Tabell 3: Beskrivende statistikk

Variabel	Beskrivelse	Vårt utvalg n=416		Alle fastlegene N=3542	
		Gj.snitt (Std.avvik.)	[Min ; max]	Gj.snitt (Std.avvik.)	[Min ; max]
KONTINUERLIG	UKETIMER	Uketimer offentlig legearbeid	5,55 (4,14)	[0,00 ; 23,00]	
	KVINNER	Andel kvinner på legens liste	0,51 (0,10)	[0,25 ; 0,86]	0,51 (0,10) [0,04 ; 0,91]
	OVER70	Andel over 70 år på legens liste	0,11 (0,06)	[0,00 ; 0,35]	0,12 (0,06) [0,00 ; 0,46]
	ÅRSLØNN	Lønn per år. ¹¹ (1000 Kroner)	368 (39)	[223 ; 615]	
	LISTE	Listelengde rasjonerte leger ¹²	1212 (379)	[197 ; 2483]	1153 (395) [21 ; 2569]
	LISTE ALLE	Listelengde alle leger	1294 (404)	[197 ; 2798]	1206 (408) [1 ; 2804]
DUMMY	LISTETAKS AVVIK	Listetak (max liste) > Faktisk liste	0,73 (0,45)		0,74 (0,44)
	FASTLØNN	Fastlege med fastlønn	0,07 (0,25)		0,10 (0,30)
	SPESSAMF	Spesialist i samfunnsmedisin	0,06 (0,25)		0,08 (0,27)
	SPESALM	Spesialist i allmenntillegemedisin	0,58 (0,49)		0,53 (0,50)
	KJØNN	Legens kjønn, mann=1	0,74 (0,44)		0,71 (0,45)
	MINSTSEN	Minst sentral kommune	0,09 (0,29)		0,16 (0,36)
	MINDRSEN	Mindre sentral kommune	0,08 (0,27)		0,11 (0,32)
	SENTRAL	Sentral kommune	0,22 (0,41)		0,20 (0,40)

Tabell 4 presenterer fastlegenes gjennomsnittlig deltakelse i det offentlige legearbeidet. Fastlegene som ikke opplever listetaksavvik arbeider gjennomsnittlig 5,1 timer med offentlig legearbeid per uke, mens det tilsvarende tallet for leger som opplever listetaksavvik er 5,7 timer. Fordi kommunen har anledning til å pålegge alle fastleger å utføre offentlig allmenntillegemedisinsk legearbeid, er det en ide å sammenlikne i hvilken utstrekning de to legetypene arbeider mer enn 7,5 timer for kommunen. Vi ser at det i

¹¹ Vi benytter kommunal årslønn ved hel stilling. For 80 av legene mangler vi brukbare opplysninger om inntekt. For disse legene har vi benyttet gjennomsnittsinntekten i legens praksiskommune. Dersom et slikt gjennomsnitt ikke lot seg beregne benyttes gjennomsnittsinntekten på landsbasis.

¹² Denne variabelen er satt lik 0 for de ikke-rasjonerte. Dette fordi listelengde kun forventes å ha effekt for rasjonerte leger, siden ikke-rasjonerte leger forventes å øke listelengden istedenfor å arbeide for kommunen.

begge grupper er ganske få som arbeider mer enn det kommunen kan pålegge dem. Totalt er det kun 17,3 % av fastlegene som arbeider mer enn 7,5 timer i uka for kommunen. Blant fastlegene som ikke opplever listetaksavvik arbeider 13,2 % mer enn 7,5 timer per uke, mens den tilsvarende andelen for den andre gruppen fastleger er 18,9 %. Følgelig kan det tyde på at fastleger som har en kortere liste enn de ønsker seg har en større tilbøyelighet til å arbeide frivillig for kommunen, og at tilbudet av arbeidskraft er høyere for disse legene enn for gruppen som har oppnådd sitt listetak.

Tabell 4: Ukentlig deltakelse i det offentlige legearbeidet og andel av legene som arbeider mer enn 7,5 timer per uke for kommunen

Legetype	Gj.snitt deltagelse i timer (std.avvik)	Andel som arbeider mer enn 7,5 timer per uke
Ikke listetaksavvik	5,1 (3,3)	13,2 %
Listetaksavvik	5,7 (4,4)	18,9 %
Alle	5,5 (4,1)	17,3 %

I analysen over er det foretatt en parvis sammenlikning av variable. Fastlegens tilbud av arbeidskraft til kommunen avhenger trolig av en rekke andre forhold enn hvorvidt legen opplever knapphet på pasienter. Kjennetegn ved legen som, kjønn og spesialitet, og sammensetningen av pasientlista kan ha betydning. Karakteristika ved kommunen som legedekning, sentralitet og organisering av kommunehelsetjenesten, har trolig også innvirkning på den enkelte leges deltakelse i offentlig legearbeid. For å ta hensyn til de ulike faktorene, har vi utført en enkel binær valganalyse ved hjelp av en logit modell¹³.

I den grad fastlegen fritt kan velge sin arbeidsmengde i kommunen, er det rimelig å anta at han eller hun ser arbeidsbelastningen i privatpraksis og offentlig bistilling i sammenheng. I tillegg til at fastleger som opplever listetaksavvik forventes å arbeide mer for kommunen enn leger som har nådd sitt listetak, er det rimelig å tro at fastleger som har en arbeidskrevende praksis arbeider mindre for kommunen enn fastleger som har en mindre arbeidskrevende praksis. Listelengde (LISTE) er derfor inkludert som en separat forklaringsvariabel for fastleger som opplever listetaksavvik. I analysen settes variabelen LISTE lik 0 for alle fastleger som ikke opplever listetaksavvik.

¹³ Vi benytter en logit modell fordi en lineær regresjonsmodell ikke gir konsistente estimatorer.

Fra litteraturen vet vi at kvinner og eldre bruker legetjenesten mer enn gjennomsnittet. Privatpraksisen forventes derfor å være mer arbeidskrevende hvis legen har mange kvinner og mange eldre på sin liste. Vi inkluderer derfor andelen kvinner (KVINNER) og andelen eldre (OVER70) i analysen. Variabelen FASTLØNN er inkludert som forklaringsvariabel for å ta hensyn til at fastlegene som mottar fast lønn fra kommunen har et annet avlønningssystem enn de andre fastlegene. Videre er legens kjønn (KJØNN), og hvorvidt legen er spesialist i allmenntilleggsmedisin (SPESALM) eller samfunnsmedisin (SPESSAMF) inkludert for å ivareta at leger med forskjellig kjønn og spesialitet kan ha forskjellige preferanser med hensyn til hvor de ønsker å arbeide. Spesielt forventes det at SPESSAMF trekker i retning av mer offentlig legearbeid, siden samfunnsmedisinske oppgaver utgjør en del av det offentlige legearbeidet. Ved å inkludere de tre sentralitetsdummyene tas det hensyn til at kommunens organisering av allmennlegetjenesten og av det offentlige legearbeidet varierer med kommunens sentralitet.

Tabell 5: Sannsynligheten for å arbeide mer enn 7,5 uketimer, estimert ved en logit-modell.

Variabel	Koeffisienter (Std.avvik)
KONSTANT	-5.098*** (1.893)
KVINNER	1.006 (2.113)
OVER70	2.686 (2.398)
ÅRSLØNN	0.000 (0.000)
LISTE	-0.001** (0.000)
PASIENTKNAPPHEIT	1.495** (0.655)
FASTLØNN	0.059 (0.569)
SPESALM	0.196 (0.312)
SPESSAMF	1.261*** (0.468)
KJØNN	0.346 (0.496)
MINSTSEN	0.930* (0.521)
MINDRSEN	0.475 (0.506)
SENTRAL	0.172 (0.376)

* Signifikant på 10 % nivå

** Signifikant på 5 % nivå

*** Signifikant på 1 % nivå

Fra tabell 5 ser vi at koeffisienten til dummyen for listetaksavvik er signifikant forskjellig fra null, og at den som forventet har positivt fortegn. Sammenlignet med leger som har oppnådd maksimal listelengde, har altså leger som opplever listetaksavvik signifikant høyere sannsynlighet for å arbeide mer enn 7,5 timer for kommunen. Vi ser også at

koeffisienten til variabelen LISTE er signifikant forskjellig fra null og at effekten har det forventede fortegn: blant fastlegene som ikke har oppnådd maksimal listelengde vil lengre liste redusere sannsynligheten for å arbeide mer enn 7,5 timer per uke for kommunen. Som forventet ser vi også at spesialister i samfunnsmedisin har en signifikant høyere sannsynlighet enn leger uten denne spesialiteten, til å arbeide mer enn 7,5 timer med offentlig legearbeid.

Ved å benytte de estimerte koeffisientene i denne analysen kan vi si noe om størrelsen på de ulike effektene. I tabell 6 har vi beregnet sannsynligheten for at en lege med bestemte kjennetegn utfører offentlig legearbeid utover 7,5 uketimer. Beregningen er gjort med utgangspunkt i en lege med visse kjennetegn som holdes konstant, mens de signifikante variablene LISTETAKSAVVIK og SPESSAMF varierer. Sannsynligheten er beregnet med utgangspunkt i en lege med følgende kjennetegn: Mann, listelengde 1212 pasienter, deltok ikke i fastlegeforsøket, har ikke fast lønn som fastlege, er ikke spesialist i allmenntillegmedisin, har praksis i en sentral kommune og har gjennomsnittlig listesammensetning, det vil si 50 % kvinner og 11 % over 70 år. Denne legen ville hatt en årslønn ved heltidsstilling på 368.000 kroner.

Tabell 6 : Sannsynlighet for å utføre mer enn 7,5 uketimer offentlig legearbeid

Kjennetegn (I)	SPESSAMF	LISTETAKSAVVIK (LISTE)	Sannsynlighet (%)
FASTLØNN=Nei KJØNN=Mann SPESALM=Nei SENTRAL=Ja KVINNER=0,50 OVER70=0,11 ÅRSLØNN=368000	Nei	Nei (0)	11.5 %
		Ja (1212)	14.8 %
	Ja	Nei (0)	31.4 %
		Ja (1212)	37.9 %

I første og andre linje i tabellen ser vi på en fastlege som ikke er spesialist i samfunnsmedisin. Vi ser at om legen verken er spesialist i samfunnsmedisin, eller mangler pasienter, har vedkommende 11,5 % sannsynlighet for å utføre offentlig legearbeid utover 7,5 uketimer. Vi ser at sannsynligheten for å utføre offentlig legearbeid utover det påleggsklausulen gir anledning til, øker til 14,8 % hvis legen opplever

listetaksavvik (andre linje). I tredje og fjerde linje ser vi på en lege som er spesialist i samfunnsmedisin. Vi ser at legen som har denne spesialiteten, men som ikke opplever listetaksavvik, har 31,4 % sannsynlighet for å utføre offentlig legearbeid utover 7,5 uketimer, mens den tilsvarende sannsynligheten for en lege som opplever listetaksavvik er 37,9 %

4. Hva skyldes den manglende satsingen på offentlig legearbeid?

Mye tyder på at problemene innenfor offentlig legearbeid både er at kommunenes totale satsing har vært mangelfull og at rekrutteringen til offentlig legearbeid ikke er slik en kunne ønske. Nedenfor ser vi nærmere på hva som kan være årsaken til disse to observasjonene.

Trolig ligger mye av forklaringen på at kommunene nedprioriterer satsingen på offentlig legearbeid i tjenestens innhold. Dels dreier dette seg om langsiktig arbeid som ikke er så synlig: det er arbeid som lett kommer i skyggen av mer akutt kurativt innrettet virksomhet. Dels dreier dette seg dessuten om tjenester til svake pasientgrupper som i liten grad hevder sine rettigheter.

En viktig forklaring ligger sannsynligvis også i at finansieringssystemet ikke gir noe insitament til kommunen om satsing på offentlig legearbeid. Omleggingen mot per capita finansiering innebærer at kommunene ikke lenger kan spekulere i en lav legedekning for å redusere kostnadene til allmennlegetjenesten. Dette skyldes at de kommunale utgiftene til legetjenesten etter reformen er bestemt av befolkningsstørrelse, mens kostnadene tidligere var avhengig av antallet legehjemler. Kommunene kan derfor ikke undra seg å betale ut per capita tilskudd for innbyggerne i sin kommune. Offentlig legearbeid er det derimot opp til kommunen å organisere og dimensjonere; kostnadene er ikke gitt på forhånd. Det offentlige legearbeidet konkurrerer derfor med mange viktige oppgaver ellers i helsesektoren og i andre sektorer i kommunen. Når vi også vet at mange

kommuner opplever at fastlegereformen ble svært kostbar (se for eksempel Kommunal Rapport 2003) er det rimelig å tenke seg at knappe ressurser i kommunene er en viktig forklaring på manglende kommunal satsing på offentlige legearbeid.

I Folkehelsemeldingen hevdes det at legenes manglende interesse for samfunnsmedisinsk arbeid i hovedsak skyldes (St. meld. nr.16 02-03):

- kommunelegens uklare rolle og manglende status,
- mangel på klarhet om oppgaver og verktøy i arbeidet,
- mangel på fagmiljø i små kommuner og manglende faglig støtte fra overordnede forvaltningsorganer, og
- økonomiske insentiver til å gå inn i kurativ virksomhet. Behandling av sykdom som fastlege er i dag mer lønnsomt enn forebyggende arbeid som kommunelege.

Trolig er dette også viktige forklaringer på hvorfor allmenntillegens offentlige legearbeid ikke er så populært blant fastlegene. Nedenfor vil vi spesielt fokusere på det siste punktet: at offentlig legearbeid generelt er for dårlig betalt i forhold til privat fastlegepraksis.

Det offentlige legearbeidet har tradisjonelt blitt lønnet i henhold til sentrale tariffavtaler mellom Den norske lægeforening og KS. Etter at fastlegeordningen ble innført er det dessuten åpnet for at leger kan avlønnes som næringsdrivende når de utfører offentlig legearbeid¹⁴. Fastleger som avlønnes som næringsdrivende mottar ingen praksiskompensasjon for tiden de utfører offentlig legearbeid¹⁵.

I tabell 7 presenterer vi et anslag på årsinntekten til en lege som arbeider fire kurative virkedager og en dag med offentlig legearbeid per uke. Legen har 1200 pasienter på lista. I beregningen tar vi utgangspunkt i at inntekten fra per capita komponenten skal utgjøre

¹⁴ Oslo kommune var først ute med å benytte denne ordningen, men fra avtaleperioden 2002-2003 er det i alle landets kommuner anledning til å avlønne legene som næringsdrivende leger når de utfører offentlig kommunalt legearbeid.

¹⁵ Fastleger med deltidsstilling i kommunen gis praksiskompensasjon etter faste satser avhengig av antall timer per uke den enkelte har avtale om å delta i offentlig legearbeid. Praksiskompensasjon regnes ikke som lønn, men er ment å dekke kostnader som påløper i legens praksis den tiden praksisen står tom.

30 % og inntekten fra stykk pris 70 %¹⁶. Anslaget på driftskostnadene i praksisen bygger på opplysninger fra inntekts- og kostnadsundersøkelse for allmennleger der driftskostnadene i gjennomsnitt utgjorde 39 % av driftsinntektene (SSB 2004). I vårt regneeksempel utgjør således driftsinntekten 466.440 kroner og nettoinntekten fra privat praksis 729.560 kroner. Fra den samme inntektsundersøkelsen vet vi at gjennomsnittlig arbeidstid for allmennleger i 2003 var 43 timer per uke¹⁷. Hvis vi antar at et årsverk i allmennpraksis utgjør 44 uker, og at fastlegen arbeider 7,5 timer per uke med offentlig legearbeid vil legen arbeide 1562 timer i privatpraksis per år. Marginal timelønn i privat praksis blir da 467 kroner per time (729.560 kroner : 1562 timer). Blant legene i vårt utvalg som arbeidet i offentlig heltids- eller deltidsstilling er lønnstrinn 51 det lønnstrinnet som hadde den høyeste frekvensen. Dette utgjør 179 kroner per time. I tillegg mottar fastlegen praksiskompensasjon på 128 kroner per time. Fastlegen mottar følgelig 307 kroner per time (179 kroner + 128 kroner) for å utføre offentlig legearbeid for kommunen. Med andre ord er marginal timelønn i privat praksis 52 % høyere enn timelønnen for offentlig legearbeid.

Det vil derfor ikke være unaturlig at den enkelte fastlege gjør en marginal avveining og vurderer sin innsats innenfor offentlig legearbeid som ”den dagen jeg tjener dårlig”. Imidlertid vil en på myndighetsnivå kunne hevde at en del av innsatsen innenfor offentlig legearbeid avlønnes via basisavlønningen (per capita tilskuddet). Offentlig legearbeid betraktes da som en betingelse for en kommunal fastlegeavtale. Fra anslaget i tabell 7 ser vi at vår gjennomsnittslege vil ha en årsinntekt på 844.809 kroner. Trolig er derfor årslønnen for en kombinasjon av fastlegehjemmel og bistilling med offentlig legearbeid konkurransedyktig sammenlignet med legestillinger på sykehus. Men fordi fastlegen opptjener inntekten fra to ulike kilder, vil den enkelte avveie inntektsmulighetene i de to virksomhetene opp mot hverandre, og i mindre grad se på dette som et hele.

¹⁶ Per capita inntekt: (299 kroner per person * 1200 personer) 358.800 kroner. Dette utgjør 30 % av bruttoinntekten. Dette innebærer at bruttoinntekten er på 1.196.000 kroner. Med dette utgangspunktet beregner vi en stykkprisinntekt (70 % av bruttoinntekten) til 837.200 kroner.

¹⁷ Disse 43 timene inkluderer offentlig legearbeid, mens deltagelse i legevakt kommer i tillegg.

Tabell 7: Inntektsanslag for en lege som arbeider fire kurative virkedager og en dag med offentlig legearbeid.2003.

Per capita inntekt for 1200 pasienter (299 kroner * 1200)	358.800 kroner
+ Stykk pris inntekt (358.800/0,3)*0,7	837.200 kroner
= Driftsinntekter	1.196.000 kroner¹⁸
- Driftskostnader (1196000*0,39)	466.440 kroner
= Netto inntekt fra privat praksis	729.560 kroner

Netto inntekt fra privat praksis	729.560 kroner
+ Praksiskompensasjon	45.249 kroner
+ Kommunal inntekt fra offentlig legearbeid i lønnstrinn 51 ¹⁹	70.000 kroner
= Total inntekt	844.809 kroner

Da vi samlet inn våre data, var 179 kroner per time gjeldende avlønning for offentlig legearbeid. Fra 2002-2003 kan legene også ha inntekt fra offentlig legearbeid som selvstendig næringsdrivende. Timelønnen vil i dette tilfelle utgjøre 497 kroner. En slik timelønn vil trolig innebære andre insitamenter til fastlegene, og kan medføre at fastlegene foretar andre vurderinger enn tidligere.

¹⁸ I hehold til den siste inntekts- og kostnadsundersøkelsen basert på inntektsåret 2003 var gjennomsnittlig driftsinntekt for allmennleger med 1101-1400 pasienter 1.458.500 kroner. Vårt anslag på driftsinntektene er dermed trolig et nøkternt anslag.

¹⁹ Årslønn i full stilling for offentlig legearbeid i lønnstrinn 51, utgjør 349.600 kroner per år.

5. Mulige tiltak

Å bedre lønnsvilkårene for offentlig legearbeid er det tiltaket som oftest foreslås for å få flere leger interessert i å delta i dette arbeidet (se for eksempel St.meld.16 2002-03 og St.meld. 23 1996-97). Det er derfor nærliggende å minne om ”de gode hensiktene” i forbindelse med reformen av kommunehelsetjenesten i 1984. Tanken den gang var at fastlønte og privatpraktiserende leger skulle ha de samme lønnsbetingelsene. Det viste seg imidlertid at lønnen bare fulgtes ad noen år, og på de nesten 20 årene som gikk før innføringen av FLO ble lønnsforskjellene store (Iversen og Lurås 1996). Årsaken var først og fremst at det ikke var noe som knyttet takstforhandlingene og de ordinære lønnsforhandlinger sammen; forhandlingene foregikk på to ulike arenaer. Hvis lønnsforholdene i offentlige bistillinger skal bedres, må trolig takstforhandlingene knyttes nærmere opp mot de ordinære lønnsforhandlingene.

Som vi beregnet i avsnitt 3.1 ville samlet innsats innenfor offentlig legearbeid kunne økes med 40 % i de utvalgte kommunene hvis fastleger som i dag arbeider mindre enn 7,5 timer ble pålagt 7,5 timer offentlig allmenntilleggslegearbeid. Hvorvidt den utnyttede kapasiteten er like stor på landsbasis er det vanskelig å si noe om, men de fleste kommuner har trolig mulighet til å pålegge fastlegene mer offentlig legearbeid. Som et ledd i en økt satsing på denne typen virksomhet anbefaler for øvrig Wisløff-utvalget at kommunene utnytter påleggsmuligheten som ligger i dagens avtaleverk (NOU 2005:3).

Mye tyder på at de offentlige legestillingene i mindre grad enn før FLO er vakante. Kommunene har utnyttet lovverket og pålagt fastlegene å delta i dette arbeidet. Tallene tyder imidlertid på at mange kommuner har valgt å fordele det totale omfang offentlig legearbeid på de fleste av sine fastleger. En uheldig konsekvens av påleggsmuligheten er derfor at den enkelte leges innsats blir så liten at det går på bekostning av tjenestens faglige innhold.

Forklaringene på legenes manglende interesse for offentlig legearbeid er sammensatt. I Folkehelsemeldingen konkluderes det for samfunnsmedisinens del med at ”*en styrket infrastruktur vil kunne gjøre arbeidet mer attraktivt for flere enn ildsjelene*” (St.meld. nr.16 02-03). Trolig vil det samme være tilfelle for de allmenntilleggslege offentlige legeoppgavene. Hvilket kvalitativt forbedringspotensial den offentlige legetjenesten har, er vanskelig å uttale seg om, men det virker rimelig at hvis noe blir ”spredt tynt ut” og mangler kontinuitet, blir arbeidet lite helhetlig og lite faglig utfordrende. En mer konsentrert deltagelse blant legene vil trolig bidra til å styrke det offentlige allmenntilleggslege legearbeidet. Samtidig vil det kunne medføre lavere administrasjons- og koordineringskostnader for kommunene om færre leger involveres.

I våre analyser finner vi at fastlegene som opplever listetaksavvik arbeider mer for kommunen enn de som har fått nok pasienter. Det kan synes som om de førstnevnte er mer villig til å påta seg denne typen arbeid. Det er derfor nærliggende å stille spørsmål ved om påleggsklausulen faktisk er nødvendig i en situasjon hvor mange fastleger har kortere liste enn de ønsker seg, og om klausulen kan fjernes uten at vi kommer tilbake til situasjonen før FLO med mange vakante stillinger. På bakgrunn av våre resultater og på bakgrunn av det vi vet om ledig listekapasitet i norske kommuner kan det synes som om svaret på dette spørsmålet er ”ja” (for en oversikt over ledig listekapasitet i norske kommuner, se: www.trygdeetaten.no)²⁰. Men svaret vil selvsagt avhenge av hvilke alternative stillingsmuligheter legene har, blant annet hvilke arbeidsmuligheter det er for nyutdannede leger. Prognosene kan tyde på at arbeidsmarkedet for legegruppen blir vanskeligere i årene fremover (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling 2001, Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og spesialistutbildningsfrågor 2002 og Stølen m.fl. 2002). Det kan derfor bli vanskelig å etablere seg som fastlege de nærmeste årene. For leger som har interessere for arbeid i allmennhelsetjenesten vil offentlig legearbeid derfor fremstå som mer attraktivt enn tidligere.

²⁰ Samtidig er det fortsatt en del kommuner hvor det er svært få ledige listeplasser, samt at det er mangel på fastleger i mange mindre kommuner i distriktene.

Det er grunn til å påpeke at det trolig vil være en interessekonflikt innad i gruppen av fastleger når det gjelder spørsmålet om påleggsklausulen bør oppheves. Vi vet at mange av legene som ikke opplever listetaksavvik, er populære leger som mange hadde som sitt førstevalg ved innføringen av FLO; de har pasienter nok og kan enkelt skaffe seg flere (Lurås og Iversen 2002). Denne gruppen av leger vil trolig ønske å oppheve pålegget. Leger som ønsker seg flere pasienter vil derimot kunne frykte at en opphevelse av påleggsklausulen vil føre til at de mister enda flere pasienter. Dette skjer som følge av at de populære legene får kapasitet til å øke sine lister fordi de ikke lenger må påta seg offentlige allmennt medisinske legeoppgaver. Dermed kan de ta i mot enda flere pasienter på bekostning av leger som allerede har kortere lister enn de ønsker seg. Fastlegene som mangler pasienter, vil av den grunn ikke ønske en opphevelse av påleggsklausulen.

Slik sykehjemslegefunksjonen har vært organisert til nå, har påleggsklausulen vært et nødvendig virkemiddel for å sikre beboerne ved sykehjem et tilbud om legetjeneste. Selv om pasienter som er innlagt i sykehjem er registrert hos en fastlege, er det i praksis sykehjemslegen som er fastlege for denne gruppen. Det er derfor viktig at denne tjenesten ivaretas på en god måte. I flere rapporter konkluderes det med at det både volummessig og kvalitativt trengs en større satsing på legetjenesten i sykehjem (Den norske lægeforening 2001, Statens helsetilsyn 1999). En fjerning av klausulen vil innebære at legene ikke lenger kan pålegges et arbeid de ikke har interesse for. Vi kan ikke se bort fra at det i større grad enn i dag, vil være de legene med mest kompetanse, motivasjon og interesse som i en slik situasjon vil påta seg arbeid som sykehjemslege.

En alternativ organisering av tilsynslegefunksjonen ved sykehjem er å ansette leger som kun arbeider innenfor denne typen virksomhet. I små kommuner kunne dette gjøres ved et interkommunalt samarbeid om en legehjemmel som betjener sykehjem i flere kommuner. For å sikre større helhet i dette arbeidet anbefaler Wisløff-utvalget (NOU 2005:3) kommunene å tilby kombinerte stillinger bestående av deltids fastlegepraksis og offentlig legearbeid. For å sikre stabilitet i stillingene og samtidig gjøre dem konkurransedyktige i forhold til annen virksomhet er det viktig at lønnsvilkårene harmoniseres med arbeid det er naturlig å sammenligne med. En full stilling på sykehjem

bør for eksempel lønsmessig kunne sammenlignes med legestillinger på rehabiliterings- og geriatriske avdelinger på sykehus. Dette vil trolig innebære en kostnadsøkning for kommunene.

Fra enkelte hold blir det hevdet at det offentlige legearbeidet bør lønnes via takstsystemet (EYR 2003). Det er vanskelig å tenke seg en slik endring uten at det ledsages av en annen organisering av virksomheten. Et alternativ vil da være å organisere helsekontroller for barn hos fastlegen, slik dette gjøres i Danmark. Fordelene med en slik organisering vil være at fastlegen, som kjenner pasient og familie, vil ha mulighet til å se barnet mer i sammenheng med sitt miljø. Ulempen er selvsagt at en fastlege som gjennomfører få barnekontroller per år ikke har den samme spesifikke kompetansen på barn som en helsestasjons- eller skolelege. I tillegg vil den tverrfaglige rammen rundt denne virksomheten kunne forsvinne når legens arbeid flyttes til fastlegens kontor. Imidlertid tyder Helsetilsynets rapportering på at dette heller ikke fungerer hensiktsmessig i dag, og at det fremover er grunn til å se nærmere på andre organiseringer og andre samarbeidsformer (Statens helsetilsyn 2003)²¹.

Vi kan illustrere hva det vil koste i økte statlige refusjonsutbetalinger hvis barnekontrollene overføres til fastlegens ordinære virksomhet. I et typisk helsestasjonsprogram innkalles barn til undersøkelse hos lege på helsestasjon fem ganger før skolealder. Et eksempel på en slik plan er legeundersøkelse ved 3 mnd, 6 mnd, 12 mnd, 2 år og 5 år. I følge SSB (2003b) utgjør hvert av alderstrinnene 0-9 år på landsbasis 1,3 % av befolkningen. Hvis vi antar en tilsvarende fordeling i vårt utvalg, vil antall legeundersøkelser per 1000 innbyggere utgjøre 65 legekontroller per år²². I våre 35 kommuner og to bydeler var det 1. januar 2002 591.838 innbyggere. Det utføres med andre ord om lag 38.470 legeundersøkelser ($591\ 838 * 0,065$) av barn i helsestasjon eller skolehelsetjeneste i disse kommunene. Hvis vi tar utgangspunkt i normaltariffen og antar

²¹ I Danmark arbeides det med å organisere helsestasjon og skolehelsetjeneste rundt legelister og ikke geografisk område.

²² Pr 1000 innbyggere: 0 åringer: $1000 * 1,3\% * 2$ (2 legeundersøkelser første år) = 26
Pr 1000 innbyggere: 1 åringer: $1000 * 1,3\%$ = 13
Pr 1000 innbyggere: 2 åringer: $1000 * 1,3\%$ = 13
Pr 1000 innbyggere: 5 åringer: $1000 * 1,3\%$ = 13

at refusjonsutbetalingen i gjennomsnitt utgjør 150 kroner²³ per konsultasjon vil de samlede refusjonsutbetalinger i disse kommunene øke med 5,77 millioner²⁴. I vårt utvalg er det totalt inngått avtale om 900 uketimer offentlig legearbeid i helsestasjon og skole. Med et årsverk på 44 uker tilsvarer dette 39.600 legetimer (900 * 44) i året. Hvis vi antar at kommunenes kostnader kun er timelønn til legen, det vil si at vi ser bort fra sosiale utgifter m.m., utgjør dette totalt 7,88 millioner kroner, med andre ord nærmere 1,5 millioner kroner mer enn kostnadene var hvis dette lønnes via Normaltariffen. Det er grunn til å påpeke at en slik omlegging innebærer en kostnadsoverveltning fra kommunene til staten via takstsystemet.

I økende grad innhenter norske kommuner tilbud fra private bedrifter til drift eller full overtagelse av offentlig virksomhet. Hensikten med denne konkurranseutsettingen er først og fremst å redusere kostnadene i sektoren. En mulighet er at også helsestasjons-, skolehelsetjeneste og tilsynslegefunksjoner utlyses som kommunale tilbud som alle kvalifiserte leger og firmaer kan søke på. En slik tilbudskonkurranse for hele eller deler av det offentlige legearbeidet vil trolig bringe prisene ned og samtidig kunne skaffe arbeid til unge leger. Motstandere av konkurranseutsetting vil hevde at det offentlige mister muligheten til å kontrollere virksomheten hvis denne overtas av private bedrifter. Imidlertid vil introduksjonen av konkurranse også innebære konkurranse på kvalitet. Hvis det offentlige opplever at kvaliteten på tjenesten ikke er tilfredsstillende reforhandles ikke avtalen, i stedet inngås det avtaler med en ny leverandør. Bedriftshelsetjenesten har i en årrekke blitt organisert ved at bedrifter innhenter tilbud hos private firmaer²⁵ og deretter avtaler en fast pris for de tjenestene bedriften vil ha utført i en bestemt periode. Trolig vil kommunale helsemyndigheter være like kompetente som private bedrifter når det gjelder å stille kvalitetskrav til tjenestene som leveres, og dermed inngå kontrakter som sikrer brukerne et høyt faglig nivå på det legearbeidet som utføres.

²³ $(0,58 * 172 \text{ kroner}) + (0,42 * 114 \text{ kroner}) = 148 \text{ kroner}$. Beregningen er gjort med utgangspunkt i Normaltariffen og andelen av fastlegene i utvalget som er spesialister i allmennmedisin (se tabell 3). Dette forutsetter at konsultasjonen har en varighet under 20 minutter. Konsultasjoner på mellom 21 og 40 minutter vil godkjøres med 103 kroner ekstra.

²⁴ Hvis alle konsultasjonene også utbetales en tidstakst (det vil si at konsultasjonene har en varighet på mer enn 20 minutter) økes utgiftene til 9,617 millioner kroner.

²⁵ Et søk med søkeprogrammet Kvasir ga 69 firma treff på søkeord "Bedriftshelsetjeneste".

Referanser

Den norske legeforening, 2001, Når du blir gammel - og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten”.

EYR august 2003 under emnet ”også sykehjemsbeboere har fastlege”
(<http://www.uib.no/isf/eyr/index.htm>)

EYR september 2003 under emnet ”systemharmonisering”
(<http://www.uib.no/isf/eyr/index.htm>)

Finnvold, J. E., 1997, Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene. Samfunnsspeilet 1997: 2.

Sosial- og helsedepartementet, 2000, Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

Heen, H., Johnsen, E., Opdahl Mo, T. og Lurås H., 1996, Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. AFIs rapportserie nr.2 / 96.

Iversen, T. og Lurås, H., 1996, Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene. Rapport 1996:1, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Kommunal rapport, 2003, Fastleger fikk doblet lønna.

Lurås, H. og Iversen, T., 2002, Legemangelen som ble til pasientmangel: Variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordning. Økonomisk Forum, nr. 8, 2002.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2001, Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter. Utredning nr. 1.

NOU 1998:18, Det er bruk for alle.

NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

Statens Helsetilsyn, 1999, Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Utredningsserie 8 - 99. Oslo:

Statens Helsetilsyn, 2003, Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen.

Statistisk sentralbyrå, 2003a, Legeårsverk etter virkeområde, 1994-2002.

Statistisk sentralbyrå, 2003b, Folkemengde etter alder. Fylke. 1. januar 2003.

Statistisk sentralbyrå, 2004, Inntekts- og kostnadsundersøkelser for privatpraktiserende leger 2003.

St meld nr 23 (1996-1997), Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

St meld nr 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge.

Sundvoll, A. og Kvalstad, I., 2002, SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten. Sluttrapport fra pilotprosjekt. Rapport 2002/13, Statistisk sentralbyrå.

Samnordisk Arbetsgrupp før prognos- og specialistutbildningsfrågor, 2002, Den framtidiga lekararbetsmarknaden i Norden.

Stølen, N. M., Køber, T. og Rønningen, D., 2002, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2002. Rapporter 2002/18, Statistisk sentralbyrå.