

Fastlegeordningen og endringer i legenes tjenesteproduksjon

Jostein Grytten, Irene Skau, Rune J. Sørensen og Olaf G. Aasland

The General Medical Practitioner Scheme and Changes in Service Production

The regular general practitioner scheme was introduced 1 June 2001. This article describes how the scheme influences service production of general medical practitioners: Consultations, laboratory tests and community medicine. Data was collected through two comprehensive questionnaire surveys of general medical practitioners in 1998 and 2002. There were few changes in the service production of general medical practitioners before and after the introduction of the scheme. From 1998 until 2002, the number of man-years for medical practitioners increased by about 400. The reason for the improved availability of general medical practitioner services after the reform is the increase in man-years and not that each medical practitioner works more. Each medical practitioner spends slightly less time on community medicine than previously, but due to the increase in the number of man-years, there has been no reduction in community medicine on th

Jostein Grytten
Professor
Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo
e-post: josteing@odont.uio.no

Tidsskrift for Velferdsforskning, Vol. 7, No. 2, 2004, side 78–89.
 © 2004 Fagbokforlaget

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Artikkelen belyser hvordan fastlegereformen påvirker allmennlegenes tjenesteproduksjon. Datamaterialet er hentet fra to omfattende spørreundersøkelser blant allmennleger i 1998 og 2002. Det er små endringer i allmennlegenes tjenesteproduksjon før og etter innføringen av fastlegeordningen. Forskjellene i tjenesteproduksjon mellom legegruppene har blitt redusert fra 1998 til 2002, men tidligere fastlønnsleger har fremdeles et lavere arbeidstilbud enn de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med avtale. Fra 1998 til 2002 har antall legeårsverk økt med om lag 400. Økningen i antall legeårsverk per innbygger betyr trolig mer for økt tilgjengelighet til allmennlegetjenesten enn endringen i selve finansieringssystemet. Hver lege bruker noe mindre tid til offentlig legearbeid enn tidligere, men økt antall legeårsverk og større deltakelse av tidligere privatpraktiserende allmennleger uten avtale, gjør at det ikke har vært noen samlet nedgang i det offentlige legearbeidet.

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Det overordnede formålet med reformen er å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Pasientene skal tilbys bedre tilgjengelighet og økt trygghet, i første rekke ved at de gis lovfestet rett til å være tilknyttet en fast allmennlege. Gjennom økt kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient forventes det at legen gjør en bedre jobb for pasientene, både når det gjelder diagnose, behandling, henvisninger til spesialist/sykehus, oppfølging og kontroll. Virkemiddelet for å få dette til er innføringen av listepasientsystemet i kombinasjon med en per capita finansiering av allmennlegetjenesten.

Den norske fastlegeordningen har klare paralleller til tilsvarende ordninger i flere Vesteuropo-

iske land. For eksempel finnes en fastlegeordning både i Danmark, Nederland og Storbritannia (Solholm 2003). I alle disse tre landene har det vært et listepasientsystem siden 1940-tallet. Selv om prinsippene i en fastlegeordning er nokså felles mellom de ulike landene, så er det likevel tydelige variasjoner i utformingen av selve finansieringssystemet. Både grad av egenbetaling og nivået på per capita-tilskuddet som utbetales til legene, varierer landene imellom. Det finnes lite kunnskap om hvordan ulike utforminger av en fastlegeordning påvirker sentrale evalueringskriterier som tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet i primærlegetjenesten.

I denne artikkelen vil vi belyse hvordan selve fastlegeordningen påvirker de norske allmennlegenes tjenesteproduksjon. Dette er et nøkkelspørsmål i reformen. Problemstillingen berører så vel befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenesten som fastlegenes effektivitet som et resultat av reformen. Om effektiviteten har økt ved at hver lege har flere konsultasjoner, vil tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har blitt forbedret, gitt uendret legedekning.

Det er ikke mulig å forutsi hvordan tjenesteproduksjonen har blitt påvirket av reformen. Dette skyldes at reformen har ulike elementer som trekker i ulike retninger. Reformen påvirker også både pasientenes og legenes atferd. Vi gir nedenfor en beskrivelse av hvilke effekter reformen kan ha. Dette er effekter som skyldes listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender som har påvirket allmennlegetjenesten uavhengig av innføringen av fastlegereformen. Deretter beskrives datamaterialet som brukes i den empiriske analysen. Det er et omfattende datamateriale som er innhentet fra to spørreundersøkelser til allmennlegene. Datainnsamlingen er gjort før og etter at reformen trådte i kraft. Artikkelen avsluttes med en beskrivelse og diskusjon av de empiriske funnene.

Reformen – mulige effekter

Effekter av listepasientsystemet

Innføringen av selve listepasientsystemet kan påvirke legenes tjenesteproduksjon. Hvorvidt selve listepasientsystemet medfører økt eller redusert tjenesteproduksjon, er imidlertid et åpent

spørsmål. Det er flere mekanismer: En mekanisme er at innføringen av *listepasientsystemet* medfører et større ansvar for den enkelte lege i forhold til sine pasienter. Det er derfor mulig at også relativt friske pasienter innkalles og/eller møter opp til regelmessige kontroller, selv om dette har liten eller ingen helsemessig betydning. Dette vil isolert sett medføre økt etterspørsel rettet mot den enkelte lege med derpå økt tjenesteproduksjon. På den annen side kan økt ansvar også medføre flere henvisninger til sykehus og til spesialist. Det er mulig at allmennlegene nå føler større ansvar, og at de derfor henviser flere pasienter for diagnose og behandling. Listepasientsystemet kan også ha medført en bevisstgjøring av pasientene slik at de presser mer på for videre henvisninger til spesialist.

En annen mekanisme er at listepasientsystemet kan medføre en effektivisering av allmennlegetjenesten. Ved fastlegeordningen forventer en at legen får bedre kjennskap til sine pasienter, noe som kan redusere behovet for kontroller og «for hyppig oppfølging». Dette vil ha som konsekvens at legen bruker mindre tid per pasient, og at han eller hun kan se flere pasienter uten å måtte øke arbeidstiden sin.

Effekter av kontrakter

Den rene økonomiske forståelsen av reformen er knyttet til incentivene i selve finansieringssystemet. Hovedtyngden av finansieringen er stykkprisrefusjoner som utgjør omtrent 70 prosent av fastlegenes inntekter. Per capita komponenten utgjør omtrent 30 prosent av inntekten (Sosial og helsedepartementet 1999). Virkningen av de rene økonomiske incentivene vil variere, avhengig av hvilken kontraktsform legene hadde før reformen. Størst effekt forventes for de tidligere fastlønnslegene. Disse legene har beveget seg fra en ikke-incentiv basert til en incentiv basert avlønningssystem. Vi forventer at disse legene vil øke sin tjenesteproduksjon. Dette fordi den økte arbeidsinnsatsen som ligger i økt produksjon gir belønning i form av økte inntekter. I tillegg forventes det at fastlønnslegene hadde «slack» i sin arbeidssituasjon før reformen. Dette er ledig kapasitet, som kan utnyttes etter at avlønningssystemet er endret.

Før de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale forventes mindre endringer i tjenesteproduksjonen etter reformen. Disse legene mottok også før reformen hovedtyngden av sine inntekter fra stykkprisrefusjoner. I tillegg forventes det at de hadde lite «slack» i sin produksjon før reformen.

Den rene incentiveeffekten kan imidlertid svekkes av en *seleksjonseffekt*. Før reformen hadde legene muligheter til å velge kontraktstype – det var preferansemessig seleksjon av leger til ulike avtaleforhold. For eksempel valgte noen av de tidligere fastlønnslegene denne kontraktsformen fordi de prioriterte fritid fremfor høy inntekt (Grytten mfl 1999 og Sørensen mfl 2003). Mange fastlønnsleger arbeidet også i småkommuner med lite pasienttilstrømning sammenlignet med mange privatpraktiserende allmennleger med kommunal avtale som arbeidet i byene.

Vi vil studere virkningen av endringer i finansieringssystem, avhengig av tidligere kontraktsform. I lys av vår tidligere forskning forventer vi at tidligere fastlønnsleger øker sin tjenesteproduksjon, men at den ikke øker til et nivå som tilsvarer nivået til de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med eller uten kommunal avtale (Grytten mfl 1999 og Sørensen mfl 2003). Dette skyldes at tidligere fastlønnsleger i mindre grad lar seg motivere av økonomiske incentiver, sammenlignet med allmennleger som arbeidet under andre kontraktsformer. Tidligere fastlønnsleger vil derfor selv etter reformen ha lavere tjenesteproduksjon enn hva som forventes ut fra endringen i selve finansieringssystemet.

Generelle effekter

Samtidig med innføringen av reformen har det vært andre endringer i helsetjenesten som også forventes å ha påvirket tilgjengeligheten til allmennlegjetjenesten. Flere forhold er av betydning. Allmennlegedekningen har økt med om lag 400 legeårsverk fra 1998 til 2001 (Statistisk Sentralbyrå 2003a). Men også legesøkningen i befolkningen har økt.¹ Dersom legedekningen ikke øker i et tilsvarende forhold som etterspørselen, kan likevel tjenesteproduksjonen per lege øke. Spesialist- og

sykehusstilbudet har også blitt bedre forut og etter at reformen trådte i kraft (Sintef Unimed 2003). Dette kan ha gjort det lettere å henvise pasienter, noe som isolert sett forventes å ha redusert arbeidsbelastningen for fastlegene. Alternativt kan legene nå ha fått bedre tid til å se pasienter som tidligere ikke fikk time. Dette kan gi uendret tjenesteproduksjon per lege over tid.

Materiale og metode

Dataene er hentet fra to omfattende spørreundersøkelser blant allmennleger i 1998 (Grytten mfl 1999 og Sørensen mfl 2003) og høsten 2002 (Grytten mfl 2003). Undersøkelsene er et samarbeidsprosjekt mellom Handelshøyskolen BI, Universitetet i Oslo og Legeforeningens forskningsinstitutt. Undersøkelsen fra 2002 inngår i Norges Forskningsråds evaluering av fastlegeordningen. Undersøkelsene inneholder blant annet spørsmål om pasientkontakter og arbeidstid, henvisninger og praksisforhold. Sammenfallende spørsmål i de to undersøkelsene gjør det mulig å foreta sammenligninger før og etter innføringen av fastlegeordningen. En vesentlig del av spørreskjemaet benyttet i 2002 dreier seg også om spørsmål om allmennlegenes situasjon etter innføringen av fastlegereformen.

Målgruppen for undersøkelsene var leger i allmennpraksis. Begge undersøkelsene er administrert og gjennomført av Legeforeningens forskningsinstitutt. Undersøkelsen fra 1998 omfatter om lag 1650 allmennleger og har en svarprosent på 66 prosent. Høsten 2002 ble skjema sendt ut til 3355 fastleger. 67 skjemaer kom uåpnet i retur. 2306 fastleger har besvart skjemaet. Dette gir en svarprosent på 70 prosent.

I beskrivelsen av endringer i legenes tjenesteproduksjon skiller vi mellom konsultasjoner og kontakter, henvisning til spesialisthelsetjenesten, arbeidstid, tid i offentlig legearbeid og tid brukt i pasientkonsultasjonen. Presentasjonen omfatter tidligere fastlønnsleger og leger som hadde driftsavtale med kommunen før fastlegereformen ble innført.

Datamaterialene fra 1998 og 2002 utgjør ikke et ekte panel siden det ikke er de samme legene som er med i de to utvalgene. Vi har tatt høyde for dette

ved å inkludere kontrollvariabler som er knyttet til egenskaper ved legen, praksisen og tid brukt på ikke-kurative aktiviteter i regresjonsanalysene.² Dette er variabler som påvirker tjenesteproduksjonen per lege. Sammenligninger over tid blir mer pålitelige når det kontrolleres for disse observerbare forskjellene mellom legene og praksisene i de to utvalgene. Effektene av disse variablene på de avhengige variablene vises ikke i tabell 2 og 3. I regresjonsanalysene har vi inkludert en dummyvariabel for året undersøkelsen ble gjennomført. Variabelen fanger opp endringer i tjenesteproduksjonen fra 1998 til 2002. Variabelen uttrykker den samlede effekten av listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender i befolkningen og helsetjenesten som har påvirket tjenesteproduksjonen.

Resultater

Tabell 1 viser en ren deskriptiv framstilling av nivået på noen nøkkelvariabler som beskriver allmennlegenes produksjon. Tabellene 2 og 3 viser resultatene av regresjonsanalyser der det er tatt hensyn til ulikheter i utvalg for de to årene undersøkelsene ble utført.

Konsultasjoner

Et hovedtrekk er at antall konsultasjoner per lege har økt (Tabell 1). Tidligere fastlønnsleger har hatt en økning i produksjonen fra 2341 konsultasjoner per år i 1998 til 2657 konsultasjoner i 2002. Økningen for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale ser ut til å være mer moderat, en økning på i underkant av 100 konsultasjoner per år.

Tabell 1. Allmennlegers produksjon og arbeidstid i praksis før og etter innføringen av fastlegeordningen.

	FASTLØNN		DRIFTSAVTALE	
	1998	2002	1998	2002
Antall konsultasjoner per år	2 341	2 657	3 689	3 782
Antall andre pasientkontakter per år	1 457	1 993	2 796	2 765
Andel pasienter henvist til poliklinikk/ sykehus per uke	8,4	9,2	6,5	7,8
Andel pasienter henvist til spesialist per uke	7,1	8,3	6,3	7,9
Andel henvist til røntgen per uke	8,2	8,9	8,4	9,5
Antall kurative arbeidsuker per år	39,2	40,8	42,5	46,1
Antall kurative timer per uke	26,4	25,0	33,4	28,7
Antall kurative timer per år	1 053	1 035	1 436	1 248
Antall timer i offentlig legearbeid per uke	6,6	6,1	5,0	4,7
Antall legevakter per måned	4,5	3,4	2,4	1,9
Andel leger der mer enn 50 prosent av konsultasjonene varer over 20 minutter	23,0	14,5	10,4	10,3
Antall pasientkontakter per time	4,1	5,3	4,9	5,9
(N)	300	297	1 125	1 566

Resultatene i Tabell 1 forsterkes etter å ha kontrollert for forskjeller mellom utvalgene. De tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommu-

nal avtale har nå en økning i antall konsultasjoner på 308 fra 1998 til 2002 (Tabell 2). Økningen for de tidligere fastlønnslegene er 505 konsultasjoner.

Tabell 2. Endring i legenes tjenesteproduksjon 1998–2000**

VARIABLER		DUMMY FOR ÅR (=1 HVIS 2002)		R2	(N)
Antall konsultasjoner per år	Fastlønn	505	*	0,08	444
	Driftsavtale	308	*	0,11	2244
Antall andre pasientkontakter per år	Fastlønn	657	*	0,09	442
	Driftsavtale	104		0,11	2227
Andel pasienter henvist til sykehus/poliklinikk	Fastlønn	0,94		0,04	463
	Driftsavtale	1,33	*	0,05	2277
Andel pasienter henvist til annen spesialist	Fastlønn	2,11	*	0,06	440
	Driftsavtale	1,78	*	0,06	2217
Andel pasienter henvist til røntgen	Fastlønn	0,98		0,05	461
	Driftsavtale	0,87	*	0,01	2261
Antall kurative timer per år	Fastlønn	-35,7		0,04	453
	Driftsavtale	-149	*	0,12	2295
Antall timer i offentlig legearbeid per år	Fastlønn	-1,15	*	0,02	497
	Driftsavtale	-0,21		0,08	2391
Antall legevakter per måned	Fastlønn	-1,77	*	0,1	497
	Driftsavtale	-0,62	*	0,15	2391
Pasientkontakter per time	Fastlønn	1,5	*	0,04	483
	Driftsavtale	1,23	*	0,02	2326

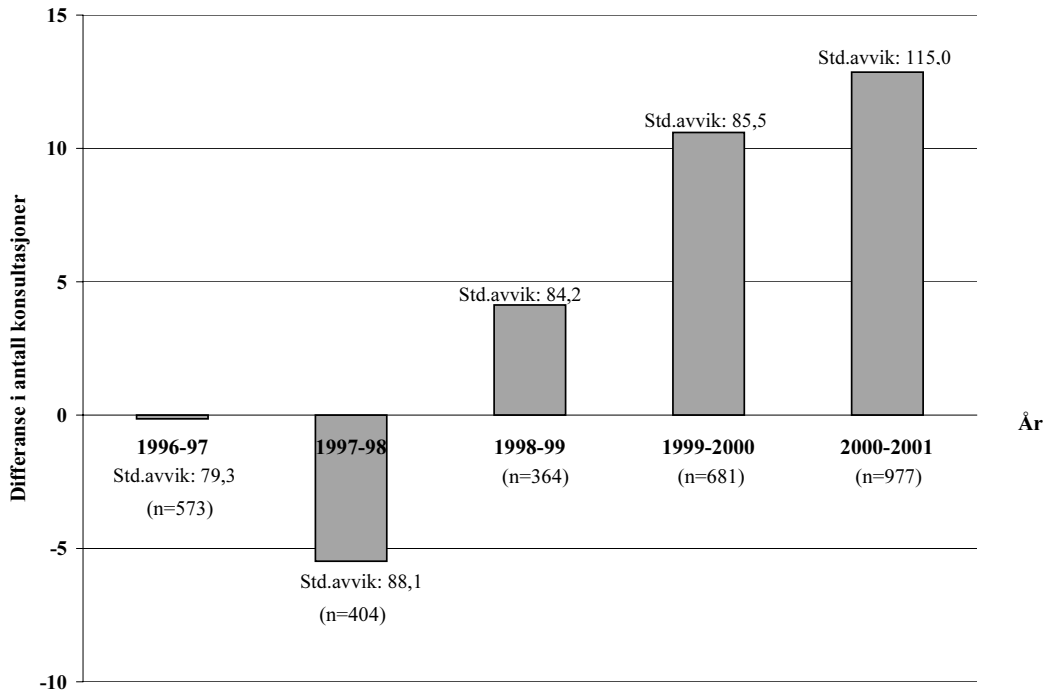
* $p < 0,05$

** Etter legens tidligere kontraktsforhandlinger med utvalgene for 1998 og 2002 slått sammen til ett datasett. Kontrollvariabler er inkludert i analysen (se note 2), men ikke rapportert. Konstantleddet fra regresjonen er heller ikke rapportert.

I analysene som presenteres i Tabell 2 er det ikke mulig å sortere ut hvilke forklaringer som ligger bak den observerte økningen i antall konsultasjoner. For eksempel kan økningen være en effekt av listepasientsystemet: Fastlegene føler et større ansvar for sine pasienter og innkaller derfor hyppigere til kontroller. På den annen side kan det være en trend i befolkningen i retning av større legesøking over tid. Dataene fra allmennlegeundersøkelsene som er innsamlet på to tidspunkter, er ikke i stand til å fange opp denne trendeffekten.

For å kunne fange opp trendeffekten kreves data over antall konsultasjoner per lege over et lengre tidsrom før og etter reformen. Vi har data fra trykdeetatens legeregningskontroll fra 1996 og frem til høsten 2001, det vil si et halvt år etter at reformen trådte i kraft³. Bare et fåtall leger er representert hvert år over hele denne perioden. Det er imidlertid relativt mange leger som er representert for to parvise år. Vi har derfor beregnet endringene i antall konsultasjoner per måned for de samme legene fra ett år til et annet. Resultatene er presentert i Figur 1.⁴

Figur 1. Endringer i antall konsultasjoner per måned per lege for parvise år. Data fra legeregningkontrollen 1996–2001. Antall leger i parentes.



Et hovedtrekk er at det var en økning i antall konsultasjoner per lege fra 1998 og frem til 2000, det vil si i årene før reformen ble innført. Tallene i legeregningkontrollen er på månedsbasis. Vi vet ikke hvor mange uker disse legene arbeider per år, men vi gjør en grov tilnærming og multipliserer tallene i Figur 1 med 10 arbeids måneder. For perioden 1998 til 2000 (før reformen) blir det samlet sett en økning på omtrent 150 konsultasjoner per lege. Dette er om lag halvparten av endringen i antall konsultasjoner vi observerte for hele perioden 1998 til 2002 i allmennlegeundersøkelsene når det gjelder driftsavtaleleger (Tabell 2). Vi velger å tolke dette som at det i den perioden fastlegereformen ble innført, har vært en generell trend i retning av økt tjenesteproduksjon per lege. Det er umulig å si eksakt hvor mye av økningen i tjenesteproduksjonen som kan tilskrives trendeffekten i forhold til reformeffekten (effekten fra listepasientsystemet og finansieringsordningen). Men analysene av

legeregningkontrollen tyder på at trendeffekten er sterk sammenlignet med reformeffekten.

Andre kontakter

I allmennlegeundersøkelsene fra 1998 og 2002 ble legene også bedt om å registrere såkalte andre pasientkontakter. Andre pasientkontakter omfatter telefonkontakter og fremmøtekontakter. De deskriptive resultatene i Tabell 1 viser at enkle pasientkontakter har økt for de tidligere fastlønnslegene. Det har nesten ikke vært endring i de enkle pasientkontaktene for tidligere privatpraktiserende allmennleger med kommunal avtale.

Resultatene i Tabell 1 bekreftes også etter å ha kontrollert for forskjeller mellom utvalgene i Tabell 2. De tidligere fastlønnslegene har hatt en økning i andre pasientkontakter på 657. Vi velger imidlertid å tolke denne økningen med varsomhet. Disse kontakttypene utløser takster i henhold til Normaltariffen og er således alminnelig kjent for de

tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale. Takstene kan imidlertid ha vært mindre kjent blant fastlønnslegene i 1998, siden deres inntektskilde i ordinær arbeidstid da var fastlønn fra kommunen. Det kan derfor ikke utelukkes at det har vært en underrapportering av disse kontaktene hos fastlønnslegene i 1998. Endringen i andre kontakter fra 1998 til 2002 for de tidligere fastlønnslegene kan derfor være mindre enn hva som fremkommer i Tabell 2.

Henvisninger

Vi skiller mellom henvisninger til poliklinikk og sykehus, privat spesialist og til privat røntgeninstitutt. For begge de tidligere kontraktsformene har prosentandelen pasienter som er henvist til disse tjenestene økt (Tabell 1 og 2). Økningen er imidlertid svak. Det er størst økning i andelen henvisninger til private spesialister og til sykehus/poliklinikk. Omregnet til årsbasis utgjør imidlertid dette kun elleve flere henvisninger for en tidligere fastlønnslege og femten flere henvisninger for en lege som tidligere hadde avtale om kommunalt driftstilskudd.⁵ Det er uklart i hvilken grad økningen i andelen henvisninger skyldes en trendeffekt eller en reformeffekt. Økningen i andelen henvisninger kan skyldes bedre kapasitet i sykehus og spesialisthelsetjenesten (trendeffekten). Men det kan også være en virkning av selve reformen; legene føler nå større ansvar for pasientene og henviser derfor pasientene oftere for behandling og utredning. Vi har ikke data som kan hjelpe oss til å skille disse effektene fra hverandre.

Arbeidstid

Det har vært en nedgang på 149 kurative arbeidstimer per år for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale (Tabell 2). Resultatene i Tabell 2 viser også at det ikke har vært noen endring i den kurative arbeidstiden for fastlønnslegene. Dette samsvarer med resultatene fra den deskriptive analysen i Tabell 1.

Offentlig legearbeid

Ut fra resultatene i Tabell 1 synes det som om de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med

kommunal avtale bruker litt mindre tid til offentlig legearbeid i 2002 sammenlignet med i 1998. I 1998 rapporterte disse legene at de brukte 5,0 timer til offentlig legearbeid per uke, noe som var redusert til 4,7 timer i 2002. Forskjellen på 0,3 timer fra Tabell 1 forsvinner imidlertid når vi kontrollerer for at utvalgene er forskjellige fra hverandre (Tabell 2).

Tidligere fastlønnsleger bruker 1,15 time mindre på offentlig legearbeid per uke i 2002 sammenlignet med i 1998 (Tabell 2). Selv om de tidligere fastlønnslegene nå i gjennomsnitt utfører litt mindre offentlig legearbeid, trenger ikke dette å bety at det samlede tilbudet av denne type legearbeid er blitt redusert over fire års perioden. Fra 1998 til 2002 har det vært en økning i antall legeårsverk i allmennlegetjenesten på om lag 400 (Statistisk Sentralbyrå 2003a). I følge allmennlegeundersøkelse fra 2002 bruker hver lege (uavhengig av tidligere kontraktsform) i gjennomsnitt 4,8 timer per uke på offentlig legearbeid. Økningen i antall legeårsverk kan dermed ha gitt en økning i offentlig legearbeid på 1920 timer per uke, noe som overgår effekten av reduksjonen i offentlig legearbeid utført av tidligere fastlønnsleger.⁶

Tid i konsultasjonen

Tiden legen bruker i pasientkonsultasjonen er et uttrykk for kvalitet i allmennlegetjenesten. Flere studier viser en klar sammenheng mellom lange konsultasjoner og pasienttilfredshet og kvalitet (for en oversikt, se Hasvold 2000). Vi har opplysninger om andelen konsultasjoner som varte over 20 minutter i en vanlig arbeidsuke. For tidligere fastlønnsleger har denne andelen blitt redusert fra 1998 til 2002 (Tabell 1). I 1998 oppga 23 prosent av fastlønnslegene at mer enn 50 prosent av konsultasjonene varte over 20 minutter. I 2002 hadde denne prosenten falt til 14,5. For tidligere driftsavtaleleger det ingen forskjell fra 1998 fra 2002.

I Tabell 1 har vi også beregnet det gjennomsnittlige antallet pasientkontakter per time. For begge de tidligere kontraktsformene har antallet pasientkontakter per time økt. I 2002 hadde de tidligere fastlønnslegene 1,50 flere pasientkontakter per time sammenlignet med i 1998 (Tabell 2).

Den tilsvarende økningen for de tidligere driftsavtalelegene var 1,23.

Tidligere kontraktsform og tjenesteproduksjon

Dataene fra allmennlegeundersøkelsene gjør oss i stand til å skille ut betydningen av at finansieringssystemet ble endret fra 1. juni 2001. Som nevnt foran, er et av nøkkelspørsmålene hvorvidt tidligere fastlønnsleger er blitt mer effektive etter overgangen til et mer incentivbasert avlønningssystem. Ut fra spørreskjemaet vet vi hvilken avlønningssystem allmennlegene hadde før reformen. Vi kjenner også allmennlegenes faktiske tjenesteproduksjon både før og etter reformen.

En eventuell effekt av listepasientsystemet rammet alle legene likt i det reformen ble innført.

Vi antar også at generelle «trend-effekter» vil ramme alle legene likt. Disse to effektene blir dermed «rensket ut» når vi studerer endringer i tjenesteproduksjonen over tid mellom leger som hadde ulike kontraktsformer før reformen. Dette gjør oss i stand til å isolere effekten av kontraktsform.

I 1998 hadde de tidligere fastlønnslegene 2341 konsultasjoner og de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale 3689 konsultasjoner (Tabell 1). Dette tilsvarer en forskjell på 1348 konsultasjoner. Denne forskjellen reduseres til 889 konsultasjoner etter at vi har kontrollert for karakteristika ved allmennlegene, praksisen og pasientpopulasjonen (Tabell 3). Denne forskjellen representerer den maksimale effekten av finansieringssystemet før reformen.

*Tabell 3. Effekter av kontrakter på legenes tjenesteproduksjon***

VARIABLER		LEGE MED DRIFSAVTALE***		R2	(N)
Antall konsultasjoner per år	1998	889	*	0,21	1019
	2000	708	*	0,17	1670
Antall andre pasientkontakter per år	1998	883	*	0,18	1017
	2000	395	*	0,11	1653
Antall kurative timer per år	1998	206	*	0,15	1046
	2000	107	*	0,10	1703
Pasientkontakter per time	1998	0,59		0,03	1099
	2000	0,72		0,01	1711

* $p < 0.05$

** Tverrsnittsanalyse for hvert av årene 1998 og 2002. Kontrollvariabler er inkludert i analysen (se note 2), men ikke rapportert. Konstantleddet fra regresjonen er heller ikke rapportert.

*** Referansekategori: Fastlønnslege

I 2002 hadde de tidligere fastlønnslegene 2657 konsultasjoner mens de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale hadde 3782 konsultasjoner (Tabell 1). Forskjellen er nå redusert til 1125 konsultasjoner. Etter kontroll for karakteristika ved allmennlegene, praksisen og pasientpopulasjonen er forskjellen redusert til 708 (Tabell 3).

Seleksjonseffekten kan leses direkte ut av Tabell 3. Den representerer forskjellen i antall kon-

sultasjoner mellom tidligere fastlønnsleger og tidligere driftsavtaleleger i 2002, det vil si 708 konsultasjoner. I 2002 var finansieringssystemet det samme for de to tidligere kontraktstypene. Men selv om legene står ovenfor de samme incentiver er det altså betydelige forskjeller i tjenesteproduksjonen. Dette understreker at legene har forskjellige typer preferanser, og at ikke alle leger har like sterke preferanser for arbeid og inntekt.

Ut fra Tabell 3 kan vi imidlertid også se at stykkprisfinansieringen har medført en svak økning i tjenesteproduksjonen for de tidligere fastlønnslegene. I 1998 hadde tidligere fastlønnsleger 889 færre konsultasjoner per år sammenlignet med driftsavtalelegene. I 2002 er denne forskjellen redusert til 708. Differansen på 181 konsultasjoner representerer selve incentiveeffekten av reformen. Sammenlignet med seleksjonseffekten er imidlertid incentiveeffekten liten.

Parallelt med at forskjellen i antall konsultasjoner og andre kontakter er blitt litt redusert mellom de tidligere legetypene, er også forskjellen i kurativ arbeidstid per år blitt redusert. En forskjell på 206 timer i 1998 er i 2002 blitt til 107 timer (Tabell 3). Det sistnevnte timeantallet representerer seleksjonseffekten av reformen – det at tidligere fastlønnsleger har sterkere preferanser for kortere arbeidstid enn de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale.

Diskusjon

I denne artikkelen har vi reist spørsmålet om allmennlegene har økt sin tjenesteproduksjon som følge av fastlegeordningen. Vi skiller mellom effekter av listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender som har påvirket allmennlegetjenesten, uavhengig av innføringen av fastlegeformen.

Vi observerer en svak incentiveeffekt av reformen. Tidligere fastlønnsleger viser en svak økning i antall konsultasjoner og andre kontakter som et resultat av at de nå har fått stykkprisbaserte kontrakter. Etter reformen er likevel nivået på deres tjenesteproduksjon godt under nivået som de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale har. To år etter reformen er seleksjonseffekten dominerende. Tidligere fastlønnsleger har ikke like sterke preferanser for høy inntekt som de tidligere driftsavtalelegene. I tillegg kan det hevdes at de tidligere fastlønnslegene ikke lar seg styre av «taksameteret» i like stor grad som sine privatpraktiserende kollegaer. For eksempel kan de velge å bruke lenger tid per pasient, noe som gjør at de totalt sett ser færre pasienter. På den annen side, finansieringssystemet har virket i kort tid. Den

langsiktige effekten kan være sterkere, noe som også vår tidligere forskning tyder på. Over tid kan legenes preferanser endre seg, slik at seleksjonseffekten svekkes og incentiveeffekten styrkes. Det er derfor ønskelig med en ny datainnsamling om noen år for å teste denne hypotesen.

De tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale viser også en svak økning i tjenesteproduksjonen fra 1998 til 2002. Denne økningen er imidlertid ikke større enn hva som kan tilskrives en generell trend – uavhengig av reformen er det for alle leger en svak økning i antall konsultasjoner og kontakter. Dersom innføringen av listepasientsystemet har en selvstendig effekt, hadde vi forventet å finne at de tidligere driftsavtalelegene hadde økt sin tjenesteproduksjon mer enn hva den generelle trenden tilsier (Figur 1). Denne oppfatningen støttes også av resultatene fra en nylig publisert studie av Sandvik (Sandvik 2003). Hans studie omfattet 235 spesialister i allmennmedisin i januar 2001 (like før reformen), og i juni 2002 (like etter reformen). I denne perioden var antall konsultasjoner per lege nesten uendret. I 2001 hadde hver lege i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke, tilsvarende tall i 2002 var 82 konsultasjoner.

For både de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale og de tidligere fastlønnslegene, har andelen henvisninger økt fra 1998 til 2002. Økningen er imidlertid svært liten. Det er ikke opplagt hvordan dette kan forklares. En nærliggende tolkning er likevel at henvisningene har økt som et resultat av litt bedre kapasitet i spesialisthelsetjenesten. En annen tolkning er at fastlegene nå strekker seg lenger enn før i forhold til pasientenes ønsker, kanskje fordi de er redde for å miste pasienter, eller fordi de føler et større ansvar.

I perioden 1998–2001 har det vært en økning i antall legeårsverk i allmennlegetjenesten fra 3466 årsverk til 3859 årsverk. Dette tilsvarer en økning i legetettheten fra 7,8 til 8,5 årsverk per 10 000 innbyggere (Statistisk Sentralbyrå 2003a). Denne økningen i legeårsverk skyldes delvis innføringen av fastlegereformen – man ønsket å forsikre seg om at så mange som mulig av fastlegehjemlene ble besatt. Våre analyser viser at endringen av finansieringssys-

temet som følge av reformen så langt bare har hatt en moderat effekt på den *enkelte leges* totale tjenesteproduksjon. Det er således nærliggende å konkludere at i den grad tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har økt som et resultat av reformen,⁷ så skyldes det først og fremst økningen i legeårsverk. På kort sikt ser det derfor ut som om offentlig politikk i form av det å øke utdanningskapasiteten av allmennleger og å opprette tilstrekkelige fastlegehjemler, kan ha større betydning for tilgjengelighet enn endringen av selve finansieringssystemet.⁸

De tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale har redusert sin kurative arbeidstid litt fra 1998 til 2002. Rent umiddelbart kan dette funnet virke merkelig i lys av det ikke har vært en tilsvarende nedgang i antallet konsultasjoner og andre kontakter per lege.

Redusert arbeidstid i kurativ virksomhet trenger imidlertid ikke bety at allmennlegenes totale arbeidstid i praksis har blitt redusert. Fastlegeordningen innebærer en klar adresse for oppfølging og informasjon for andre instanser, blant annet pleie- og omsorgstjenesten og trygdeetaten. Dette kan ha ført til økte krav om attester og opplysninger som nok kan «stjele» tid fra kurativ virksomhet. Leger som tidligere var ansatt og som nå driver egen praksis bruker trolig også noe mer tid til administrasjon. Det kan ikke utelukkes at fastlegene har lagt om praksisverdagen slik at den inneholder noe mindre tid til pasientkontakt, men at den totale arbeidstiden er tilnærmet uendret. Samtidig kan listepasient-systemet ha medført at pasientterspørselen rettet

mot den enkelte lege har økt. For eksempel kan relativt friske pasienter innkalles og/eller møte opp til regelmessige kontroller, selv om dette har liten eller ingen helsemessig betydning. Dette kan forklare at de tidligere driftsavtalelegene nå har flere konsultasjoner og kontakter per tidsenhet enn de hadde før reformen. Uheldigvis har vi ikke opplysninger om allmennlegenes totale arbeidstid fra allmennlegeundersøkelsen i 1998.

Gitt at arbeidstiden har blitt litt redusert og at antallet pasientkontakter per tidsenhet har økt svakt, hvordan har dette påvirket kvaliteten på allmennlegetjenesten? Et fullgodt svar krever data om pasientenes vurdering av legekontakten før og etter reformen. Aller helst ville det også vært ønskelig med data på kvaliteten på det faktiske medisinske tilbudet. Slike data finnes ikke. I allmennlegeundersøkelsene i 1998 og 2002 spurte vi imidlertid legene selv om de syntes tiden de brukte per pasient var passe. Trenden er relativt tydelig: Det har vært en økning i andelen leger som i 2002 rapporterte at tiden de brukte per pasient var passe (Tabell 4). Ut fra allmennlegenes egen vurdering ser det derfor ikke ut som om reformen har medført en kvalitetsforringelse. Dette funnet støttes også av befolkningsundersøkelser. Befolkningens tilfredshet med tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten, og selve legebesøket og behandlingen har økt etter at reformen ble innført (Lian 2004 og Grytten mfl 2004). Bedre kjennskap til pasientene kan ha gjort legene i stand til å tilpasse tidsbruken ut fra den enkelte pasients behov, altså en mer riktig bruk av tid.

Tabell 4. Fastlegens vurdering av tid brukt på hver enkelt pasient**

VARIABLER	1998	2002
Tiden jeg bruker per pasient er passe	39	48
Jeg kunne ha ønsket meg noe mer tid per pasient	50	36
Jeg kunne ha ønsket meg vesentlig mer tid per pasient	4	4
Jeg kunne ønsket meg å redusere tiden per pasient noe	8	11
Jeg kunne ha ønsket meg å redusere tiden per pasient vesentlig	0	1
I alt	100	100
(N)	1119	1548

** Omfatter kun tidligere driftsavtaleleger. Andel leger i prosent.

Konklusjon

Incentiveeffekten av reformen er svak. Allmennlegene var før reformen selektert inn til ulike kontraktstyper blant annet på grunnlag av deres preferanser for arbeid versus fritid. Tidligere fastlønnsleger opprettholder i stor grad sine tidligere preferanser, og har derfor etter reformen et lavere arbeidstilbud enn de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale. I den grad det samlede tilbudet av allmennlegetjenester har økt som et resultat av reformen, skyldes nok dette først og fremst økningen i antall legeårsverk per innbygger. Betydningen av endringen i finansieringssystemet ser så langt ut til å ha hatt mindre effekt. Det har vært en svak økning i antallet henvisninger, noe som kan skyldes noe bedre kapasitet i spesialisthelsetjenesten. En alternativ forklaring kan være at hver lege har en økt følelse av et personlig ansvar for den enkelte pasient. Det har ikke vært noe samlet nedgang i det offentlige legearbeidet – snarere en liten økning. Dette skyldes en økning i antallet legeårsverk per innbygger, samtidig som de tidligere privatpraktiserende allmennlegene uten kommunal avtale nå utfører mer offentlig legearbeid.

Litteratur

- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen og O.G. Aasland (1999): *Kontraktvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten*. Forskningsrapport nr 10/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Grytten J., I. Skau (2002): Hva forklarer økningen i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten? *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 122: 1492–1496.
- Grytten J., I. Skau, R. Sørensen og O.G. Aasland (2003): Fastlegereformen. En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud. Forskningsrapport nr. 11/2003. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Grytten J., I. Skau og F. Carlsen (2004): Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 124: akseptert for publisering.
- Havsold T. (2000): Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen, *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 120: 786–787.
- Kvamme, O.J., H. Ebbing og K. Malde (1998): Brukes normaltariffen feil? *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 118: 2526–2528.
- Malde K., O. Kvamme og H. Ebbing (1999): Aksjon riktig takstbruk – storm i vannglass? *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 119: 3804–3807.
- Lian O. (2003): Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie nr 70. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.
- Sandvik H. (2003): Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer, *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, 123:1319–1321.
- Sintef Unimed (2003): SAMDATA sykehus. Rapport 2/03. Trondheim, Sintef Unimed.
- Skau I. (1998): Folketrygdens refusjoner til allmennlegetjeneste. En beskrivelse av kontaktmønster, takstbruk og trygderefusjoner. Rapport 1/1998. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Solholm K. (2003): Organisering av fastlegeordning i fire europeiske land. Arbeidsnotat 2003:2 Internettversjon. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Or prp nr 99 (1998–99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*.
- Statistisk sentralbyrå (2003a): *Utførte årsverk av legar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta utanfor institusjonar for eldre og heimetenestene*. Sentralitet. 1994–2002. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko> (Avlest 24.10.03).
- Statistisk sentralbyrå (2003b): Folkemengd og folketilvekst, *Statistisk Årbok 2003*. <http://www.ssb.no/aar-bok/tab/t-020110-047.html> (avlest 26.8.2003).
- Sørensen R., J. Grytten, og I. Skau (2003): Kontraktvalg og tjenesteproduksjon i allmennlegetjenesten, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 44: 147–168.

Noter

- 1) I samme tidsperiode har befolkningen økt med 82 287 innbyggere (middelfolkemengde) (Statistisk Sentralbyrå 2003b).
- 2) Følgende kontrollvariabler ble inkludert for begge årene: legens kjønn, legens alder, hvorvidt legen er spesialist i allmennmedisin, antall år i nåværende

- praksis, praksistype (solo- /gruppepraksis), tid til telefonkonsultasjoner per dag, antall timer i offentlig legearbeid per uke, antall legevakter per måned, legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunen.
- 3) Dataene fra trygdeetatens legeregningskontroll inneholder opplysninger fra legenes regningskort til trygdekontoret og omfatter blant annet refusjonsdata basert på bruk av takster i henhold til Normaltariffen. Datamaterialet er tilrettelagt slik at det for hver lege er inkludert ett månedsoppgjør, det vil si pasientkontakter for en måned. Leger som tidligere var fast lønnet er ikke representert i materialet (Grytten og Skau 2002 og Skau 1998).
 - 4) Det kan ikke utelukkes legene krever refusjoner for tjenester som ikke er utført. Noen takster gir også legen lite refusjon, noe som kan være et incitament til å la være å sende inn refusjonskrav til trygdekontoret. I 1995 ble den EDB-baserte legeregningskontrollen innført. Med den ble det også lettere å kontrollere takstbruken til de allmennlegene som mottar refusjoner fra folketrygden. Kontroller har avdekket at feil/mangelfull fakturering har forekommet, men i et relativt lite omfang (Kvamme mfl 1998, Malde mfl 1999). Mulighetene for flere stikkkontroller har trolig skjerpet legene i retning av en riktigere fakturering.
 - 5) Endringstallene på årsbasis er beregnet ut fra antall konsultasjoner for de ulike legegruppene i 1998 (Tabell 1), andel pasienter henvist til sykehus/poliklinikk (Tabell 1) og endring i henvisninger (Tabell 2, dummy for år).
 - 6) Reduksjonen i offentlig legearbeid blant tidligere fastlønsleger er beregnet til 774 timer per uke. Økningen i offentlig legearbeid blant leger som tidligere var privatpraktiserende uten avtale er tilsvarende beregnet til 722 timer per uke. Beregningene er gjort med utgangspunkt i utførte legeårsverk 1998 (Statistisk sentralbyrå 2003b) og endringer i timer i offentlig legearbeid (Tabell 2, dummy for år).
 - 7) Dette kan testes ved bruk av survey data på pasient/innbyggernivå før og etter reformen.
 - 8) Reformen kan imidlertid ha medført en jevnere geografisk fordeling av allmennlegene. I så fall vil tilgjengeligheten ha blitt forbedret i kommuner som før reformen hadde dårlig legedekning. Dette vil i så fall være en effekt som kan tilskrives reformen. For å belyse problemstillingen kreves det data over endringer i legeårsverk før reformen og fra en noe lengre periode etter reformen.