

RAPPORT

2025

Fastlegenes avlønningsform
og insentiver:
Konsekvenser for portvokter-
rollen

Rapport

Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen

Arnstein Mykletun

Kristian B. Kraft

Eivor H. Hoff

Kristian A. Østby

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for helsetjenester

Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten

April 2025

Tittel:

Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen

Forfatter(e):

Arnstein Mykletun

Kristian B. Kraft

Eivor H. Hoff

Kristian A. Østby

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektnummer:

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-492-5

Emneord:

Fastlegeordningen, finansiering, insentiver, portvokting, antibiotika, vanedannende legemidler, MR, henvisninger, sykefravær, stykkprisfinansiering, fastlønn.

Forord

Denne rapporten er et resultat av et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten er skrevet av forskere med bakgrunn i det forskningsrådsfinansierte prosjektet «Stykkprisfinansiering i primærhelsetjenesten: Utsiktede bivirkninger for pasienter og samfunn?» (prosjektnummer: 303583).

Analysene er gjennomført i perioden september 2024 til januar 2025. Vi vil takke Helsedirektoratet for gode tilbakemeldinger og samarbeid underveis i utarbeidelse av rapporten. Vi vil også takke Hege Gjefsen og Tor Iversen for henholdsvis intern og ekstern kvalitetskontroll.

Spørsmål og henvendelser kan rettes til Arnstein Mykletun (arnstein.mykletun@fhi.no, telefon 916 89 600).

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	6
Executive summary (English)	7
1 Innledning	8
2 Metode	10
2.1 Datagrunnlag	10
2.2 Populasjon	10
2.3 Forklaringsvariabler	10
2.3.1 Næringsdrivende fastlegers takstinntekt per time	10
2.3.2 Fastlegenes finansieringsmodell (fastlønn versus næringsdrift)	11
2.4 Utfallsvariabler	11
2.4.1 Antibiotikaforskrivning	11
2.4.2 Vanedannende legemidler	11
2.4.3 MR-undersøkelser	11
2.4.4 Henvisninger til offentlige sykehus og psykisk helsevern	12
2.4.5 Henvisninger til avtalespesialister	13
2.4.6 Sykefravær	13
2.5 Om tilordning av pasienters helsetjenestebruk til listelegen	14
2.6 Justeringsvariabler	14
2.7 Analyser	15
3 Beskrivelse av utvalget	16
4 Antibiotika	18
4.1 Inntjening for næringsdrivende og generell antibiotikaforskrivning	18
4.2 Fastlønnede versus næringsdrivende og generell antibiotikaforskrivning	19
4.3 Inntjening for næringsdrivende og forskrivning av bredspektret antibiotika	20
4.4 Fastlønn versus næringsdrift og forskrivning av bredspektret antibiotika	20
5 Vanedannende legemidler	22
5.1 Inntjening for næringsdrivende og forskrivning av vanedannende legemidler	23
5.2 Fastlønnede versus næringsdrivende og forskrivning av vanedannende legemidler	24
6 MR-undersøkelser	25
6.1 Inntjening for næringsdrivende og antall MR-undersøkelser	25
6.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og MR-undersøkelser	27
7 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten	29
7.1 Inntjening for næringsdrivende og henvisninger til offentlige helseforetak, somatikk og psykisk helsevern	31

7.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og henvisninger til offentlige helseforetak, somatikk og psykisk helsevern	34
7.3 Inntjening for næringsdrivende og henvisning til private avtalespesialister	36
7.4 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og henvisninger til private avtalespesialister	37
8 Sykefravær	38
8.1 Inntjening for næringsdrivende fastleger og sykefraværsvolum, antall dager justert for gradering	38
8.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og sykefraværsvolum, antall dager justert for gradering	40
8.3 Inntjening for næringsdrivende fastleger og gradering av sykefravær	41
8.4 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og andel gradert sykefravær	42
9 Vurdering av oppdrag om konsekvenser av fast ansettelse	43
9.1 Kommentarer til rapporten	43
9.1.1 Fastlønnede fastleger har flere arbeidstimer med annet legearbeid	43
9.1.2 Takstbruk har betydelige svakheter som mål på aktivitet ved sammenligning av fastlønn og næringsdrift	44
9.1.3 Aktivitetsbasert finansiering kan være en driver for overforbruk av helsetjenester	45
9.1.4 Antall utførte konsultasjoner er ikke et fullgodt mål på kapasitet	45
9.1.5 Næringsdrift medfører økte indirekte kostnader	45
9.2 Alternativ tilnærming	46
9.2.1 Beregning av årsverksbehov	47
9.2.2 En annerledes konklusjon	48
9.2.3 Styrker og svakheter	48
10 Vurdering av rapport «Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten» (Oslo Economics, UiO, 2024)	50
11 Diskusjon	52
Referanser	54
Vedlegg B: Regresjonstabell over koeffisienter for finansieringsmodell (fastlønnnet) på ulike utfall	59

Sammendrag

Denne rapporten undersøker hvorvidt dagens finansiering av fastlegeordningen understøtter fastlegenes portvokteroppgaver. Vi har tatt utgangspunkt i fastlegers inntjening fra takster for å belyse i hvilken retning insentivene i dagens finansieringssystem trekker. Vi har undersøkt sammenhengen mellom fastlegenes inntjening og forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, henvisning til MR-undersøkelser, henvisninger til spesialisthelsetjenesten og sykmeldinger.

Det er betydelig variasjon i næringsdrivende fastlegers inntjening per time i kjernearbeidstiden. De viktigste forklaringene på denne variasjonen er at legene som tjener mest har flere og kortere konsultasjoner. Det er generelt en høyere bruk av skjønnsbaserte takster blant de næringsdrivende legene som tjener mest. Til tross for at de bruker mindre tid med hver pasient i løpet av et år, fører de også flere takster per pasient. Dette inkluderer takster som man ville forvente krever lengre tidsbruk, slik som takst for samtaleterapi og takst for forlenget konsultasjon (tidstakst).

For næringsdrivende fastleger finner vi en tydelig sammenheng mellom høyere inntjening og hyppigere forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, sykmelding, samt hyppigere henvisning til MR-undersøkelser og avtalespesialister. Unntaket er henvisninger til offentlige sykehus og psykiatri, hvor vi ikke finner en slik sammenheng. Det ser altså ut til at insentivene i dagens finansieringsordning for næringsdrivende fastleger kan bidra til svakere portvokting, og trekker i motsatt retning av offentlige anbefalinger og anbefalingene i Legeforeningens «Gjør kloke valg»-kampanje.

Vi har også sammenlignet fastlønnede og næringsdrivende leger for de samme utfallsmålene. Næringsdrivende fastleger forskriver mer antibiotika, vanedannende legemidler, sykmeldinger, og henviser til flere MR-undersøkelser enn fastlønnede leger. Fastlønnede henviser oftere til offentlig psykisk helsevern, men vi finner ingen forskjell i henvisninger til offentlige sykehus og avtalespesialister. Disse funnene indikerer også at de økonomiske insentivene for næringsdrivende fastleger kan bidra til svakere portvokting på flere områder.

I tillegg har vurdert konklusjonene i en rapport fra 2022, skrevet av Helsedirektoratet i samarbeid med Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Rapporten estimerer kostnader ved fast ansettelse (fastlønn) i kommunehelsetjenesten, med konklusjon om at en overgang fra næringsdrift til fast ansettelse for alle fastleger vil koste mellom 2,3 og 8 milliarder kroner årlig. Vår vurdering er at disse utregningene er basert på feilaktige antakelser som overestimerer kostnadene. Rapporten tar ikke tilstrekkelig høyde for at fast ansatte fastleger i større grad utfører annet legearbeid eller at takster brukes ulikt av fastlønnede og næringsdrivende leger. I tillegg er det ikke tatt hensyn til indirekte kostnader. Ved å benytte listepasienter som mål på legens kapasitet, i stedet for selvrapportert arbeidsmengde eller takstbruk, estimerer vi et betydelig lavere årsverksbehov med tilhørende kostnader. Dersom man i tillegg tar høyde for mer kostnader knyttet til mer liberal portvokting blant næringsdrivende sammenlignet med fastlønnede leger, vil konklusjonen trolig bli motsatt. Våre funn tyder altså på at det kan være mer samfunnsøkonomisk lønnsomt med fastlønn enn med næringsdrift.

Executive summary (English)

This report examines whether the current remuneration scheme of general practitioners (GPs) supports their gatekeeping role. Our analysis focuses on GPs' earnings from fees to shed light on the role of financial incentives in the existing remuneration system. Specifically, we have investigated the relationship between GPs' earnings and their prescribing of antibiotics, addictive medications, as well as their referrals to MRI examinations, specialist health services, and sick leave certification.

There is considerable variation in self-employed GPs' earnings per hour during working hours. The main explanations for this variation are that doctors who earn the most have more and shorter consultations. Generally, there is a higher use of discretionary fees among the highest-earning self-employed GPs. Despite spending less time with each patient over the course of a year, they also charge more fees per patient. This includes fees one would expect to require a longer consultation duration, such as the fee for talk therapy and the fee for an extended consultation (time fee).

For self-employed GPs, we find a clear association between higher earnings and more frequent prescribing of antibiotics, addictive medications, sick leaves, as well as more frequent referrals to MRI examinations and contracted specialists. The exception is referrals to somatic and psychiatric hospitals, where we do not find similar associations. It appears that the incentives in the current remuneration system for self-employed GPs might contribute to weaker gatekeeping, moving in the opposite direction of public recommendations as well as the recommendations in the Medical Association's "Choose Wisely" campaign.

We have also compared salaried and self-employed GPs using the same outcome measures. Self-employed GPs prescribe more antibiotics, addictive medications, and sick leaves, and issue more referrals to MRI examinations than salaried doctors. Salaried doctors issue more referrals to public mental health services, while there is no difference in the rates of referrals to somatic hospitals or contracted specialists. These findings indicate that the financial incentives for self-employed GPs may contribute to weaker gatekeeping in several areas.

We have also reviewed another report from 2022, written by the Norwegian Directorate of Health in collaboration with Oslo Economics and the University of Oslo. The report addresses the costs of permanent employment (fixed salary) in the municipal health services, concluding that a transition from self-employment to permanent employment for all general practitioners (GPs) would cost between 2.3 and 8 billion NOK annually. Our assessment is that these calculations are based on incorrect assumptions that overestimate the costs. The report does not adequately account for the fact that salaried GPs to a greater extent are more involved in other medical work or that fees are used differently by salaried and self-employed doctors. Additionally, indirect costs have not been considered. By using the number of listed patients as a measure of a GP's capacity, rather than self-reported workload or fee utilization, we estimate a significantly lower full-time equivalent requirement and associated costs. Furthermore, if one accounts for the additional costs linked to more liberal gatekeeping among self-employed GPs compared to salaried ones, the conclusion could as likely be the opposite. Our findings indicated that it may, in fact, be more economically beneficial for society to have GPs on fixed salaries rather than self-employed.

1 Innledning

Analysene i denne rapporten er basert på problemstillinger fra det NFR-finansierte forskningsprosjektet «Fee-for-service funding of primary care: Adverse side effects for patients and society?»¹ om utilsiktede effekter av innsatsstyrt finansiering i fastlegeordningen.

Dagens finansieringsordning med basistilskudd og stykkprisfinansiering for næringsdrivende fastleger gir incentiver til lengre pasientlister, mange og korte konsultasjoner, og et høyt antall prosedyrer. Både næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte fastleger på fastlønn må bruke takstene som er beskrevet i normaltariffen. Forskjellen er at fastleger på fastlønn ikke har, eller har betydelig svakere, økonomiske incentiver fra stykkprisfinansiering fordi takstinntekten går til kommunen.

Det har vært vanlig å anta at en effekt av incentivene i normaltariffen er et økt antall leverte helsetjenester. En slik antakelse legger til grunn at fastlegene generelt påvirkes av incentiver. Selv om alle næringsdrivende fastleger i prinsippet er stilt overfor de samme økonomiske incentivene, vil de individuelt kunne respondere ulikt, og i ulik grad tilpasse praksisen sin etter dette. Pasientpopulasjonen, og hva slags helseproblemer og behov for helsetjenester disse har, vil også kunne påvirke inntektsgrunnlaget.

Med sine rundt 120 takster relevante for fastleger utgjør Normaltariffen et komplekst incentivsystem. I et slikt system kan det oppstå både sammensatte og motstridende incentiver. Kombinert med incentiver fra basistilskuddsordningen, er det vanskelig å forutsi hvordan finansieringsordningen totalt sett påvirker næringsdrivende fastlegers praksis. I dette prosjektet undersøker vi derfor dette empirisk for å gi et bedre kunnskapsgrunnlag for videre utvikling og forbedring av finansieringsordningen for fastlegene. Vi bruker registerdata til å undersøke hvordan de næringsdrivende fastlegenes inntjening henger sammen med utøvelsen av portvokteroppgaver.

Fastlegene er ment å fungere som portvoktere til en rekke helse- og velferdstjenester, inkludert sykmelding, antibiotika og vanedannende legemidler, samt henvisninger til bildeundersøkelser og spesialisthelsetjenesten. Dette er en sentral del av fastlegens rolle i helsesektoren og i samfunnet. En liberal portvokting på disse områdene medfører ikke bare kostnader for samfunnet, men også risiko for negative helseutfall for pasientene.

Vi bruker begrepene «liberal» og «restriktiv» portvokting for å beskrive hvorvidt legene forskriver mer eller mindre av de nevnte tjenestene. Begrepene er ment å beskrive legenes praksisstil i rollen som portvokter. Variasjoner mellom leger i forskrivningsrate kan reflektere legens praksisstil, men også påvirkes av pasientsammensetning på listen. Vi forsøker å fjerne noe av variasjonen som skyldes pasientsammensetning ved å justere for observerbare kjennetegn ved legenes pasientlister.

Grundig portvokting kan ta tid for legene, og fastlegene sier at det generelt tar lengre tid å si «nei» til en forespørsel enn å si «ja». Dette har vi studert i to kvalitative studier om portvokting generelt (1) og for sykefravær spesielt (2). Man kan derfor anta at det å incentivere fastlegene til å ha kortere konsultasjoner samtidig vil kunne medføre mer liberal portvokting.

¹ NFR prosjektnummer 303583

For flere av portvokteroppgavene som undersøkes i denne rapporten, finnes klare nasjonale retningslinjer som oppfordrer fastlegene til å utøve portvokterrollen på en restriktiv måte. I Regjeringens strategi mot antimikrobiell resistens legges det til grunn at Norge skal redusere forbruket av antibiotika generelt, og særlig bruken av bredspektret antibiotika, for å forebygge resistensutvikling (3). Prinsippene i kampanjer som «Gjør kloke valg»² legger også til grunn at «mer er ikke alltid bedre», og støtter opp om restriktiv portvokting i spørsmål om antibiotika, vanedannende medisiner og henvisninger (4). Det har vært nedfelt i IA-avtaler siden 2001 at Norge skal redusere sykefraværet, og fastlegen har som sykmelder selvsagt en sentral rolle i dette.

Portvokting til spesialisthelsetjenesten er også en viktig oppgave for fastlegene, selv om anbefalingene for en restriktiv henvisningspraksis er mindre tydelige enn for eksempel anbefalingene om restriktiv antibiotikaforskrivning. For henvisninger til spesialisthelsetjenesten, skiller vi mellom henvisninger til spesialisthelsetjeneste i offentlige helseforetak og henvisninger til avtalespesialister. Vi antar at alvorlige tilstander i større grad henvises til helseforetak enn til avtalespesialister, og at helseforetakene dessuten oftere avviser henvisninger av lav kvalitet, eller hvis den medisinske indikasjonen eller forventet nytteverdi av helsehjelpen vurderes å være svak. Fastlegens portvokterrolle kan derfor tenkes å være forskjellig for henvisninger til spesialisthelsetjenesten og avtalespesialister.

Ved å undersøke hvordan næringsdrivende fastlegers inntjening fra takster henger sammen med deres forskrivningsrate, mener vi at vi kan si noe om hvilken legepraksis som belønnes av dagens finansieringssystem. Dermed kan vi finne ut i hvilken retning de økonomiske insentivene i takstsystemet trekker når det gjelder portvokteroppgaver som forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, henvisning til MR, henvisning til spesialisthelsetjenesten og forskrivning av sykmelding.

For hver av disse portvokteroppgavene har vi også sammenlignet praksis for næringsdrivende og fastlønnede fastleger. I disse sammenligningene har vi justert for lege- og pasientkjennetegn, inkludert sentralitet. Dette er blant annet fordi fastlønn er vanligere i distriktene mens næringsdrift er vanligere i de store byene, og fordi det finnes betydelige gjennomsnittlige kjønns- og aldersforskjeller mellom næringsdrivende og fastlønnede leger.

I alle våre analyser inkluderer vi kun fastleger som er spesialister i allmennmedisin. Dette for å unngå problem med at det finnes flere ikke-spesialister blant fastlønnede, og fordi det på grunn av spesialisttillegget kan være vanskelig å direkte sammenligne inntjening mellom spesialister og ikke-spesialister blant næringsdrivende. En ulempe er at vi også fjerner en del av variasjonen som finnes mellom leger. Av den grunn har vi også utført alle analyser i denne rapporten for ikke-spesialister, og vi finner i all hovedsak de samme tendensene og resultatene som gjelder for spesialistene.

Alle analysene i denne rapporten er basert på registerdata, hvilket er nærmere redegjort for i metodedelene. En del av diskusjonene bygger også på en artikkel som p.t. er forhåndspublisert og åpent tilgjengelig (5).

² <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>

2 Metode

2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget består av registerdata fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Fastlegedatabasen (FLO), Forløpsdatabasen FD-Trygd (SSB), Norsk pasientregister (NPR), Legemiddelregisteret (LMR) og Statistisk Sentralbyrå (SSB). Observasjonsåret er 2021, med unntak av sykefraværsepisoder i FD-Trygd, hvor vi studerer sykefraværsepisoder som startet i 2018.

2.2 Populasjon

Populasjonen er definert ut fra både pasienter og fastleger. Pasienter blir inkludert om de var listet på en fastlegeliste med fast lege per 1. januar 2021 (og 1. januar 2018 for analyser av sykefravær). Fastleger er inkludert dersom de er registrert som eier av liste, er spesialist i allmennmedisin (før 2021), og har jobbet minst 100 arbeidsdager som fastlege i løpet av året. En arbeidsdag som fastlege er definert som en hverdag med minst fem fysiske pasientkonsultasjoner (2AD).

Avgrensningen til spesialister i allmennmedisin er gjort for å avgrense utvalget til erfarne fastleger. Det forenkler også sammenligningen av inntekt mellom leger, ettersom det finnes ulike takster for spesialister og ikke-spesialister.

2.3 Forklaringsvariabler

2.3.1 Næringsdrivende fastlegers takstinntekt per time

Næringsdrivende fastlegers takstinntekt per time beregnes ved å ta utgangspunkt i legens registrerte refusjonskrav mellom kl. 09:00 og 15:00. For hver legedag, finner vi starttidspunkt for første, nest siste og siste registrerte kontakt innenfor tidsintervallet. Summen av registrerte refusjonskrav fra den første til og med den nest siste kontakten utgjør legens takstinntekt den aktuelle dagen. Summen deles på antallet klokketimer legen jobbet i løpet av tidsintervallet. Antall klokketimer er definert som antall timer fra den første konsultasjonens starttidspunkt til den siste konsultasjonens starttidspunkt. Arbeidsdager hvor legen har jobbet mindre enn 3 timer er ikke inkludert. Videre beregnes årlig median takstinntekt per lege for alle inkluderte arbeidsdager.

Det kan være stor variasjon i hvor mange timer ulike leger arbeider per uke, og noen utfører også arbeid på kveldstid eller i helger. For å lettere kunne sammenligne inntjening mellom ulike leger, har vi valgt å kun se på fastlegens inntjening på dagtid når de faktisk er på jobb. Legens takstinntekt per time er for øvrig sterkt korrelert med legens årlige totale inntjening fra takster (Pearson's $R = 0.80$).

Takstinntekt per time påvirkes av en rekke ulike faktorer, herunder også hvordan næringsdrivende leger innretter sin praksis, og i hvilken grad denne er tilpasset de økonomiske insentivene som finnes i finansieringsordningen i Normaltariffen.

Vi har ikke beregnet takstinntekt for fastlønnede fastleger, da disse har svakere insentiver for å bruke takster, og en direkte sammenligning med næringsdrivende legers takstbruk dermed blir mindre hensiktsmessig.

2.3.2 Fastlegenes finansieringsmodell (fastlønn versus næringsdrift)

Fastlegens finansieringsmodell er en dikotom variabel hentet fra fastlegeregisteret og gir informasjon om fastlegen per 1. januar 2021 var fastlønnet eller næringsdrivende (med stykkprisfinansiering og basistilskudd). Vi har ikke informasjon om hvilke av de fastlønnede fastlegene som har inngått bonusavtaler med kommunen (at legen beholder en andel av takstene), eller hvilke av de næringsdrivende fastlegene som har en 8.2-avtale (der kommunen vanligvis beholder basistilskuddet mot at de stiller lokaler og personale til disposisjon for legen). Bonusavtaler blant fastlønnede vil kunne svekke de observerte forskjellene mellom fastlønnede og næringsdrivende, mens 8.2-avtaler ikke antas å påvirke våre resultater.

Det er kun 131 fastlønnede fastleger med utvalget. Dette kan utfordre representativiteten, men vi har ikke grunn til å tro at dette medfører systematiske skjevheter som har vesentlig betydning for resultatene. Grunnen til at det blir få fastlønnede med i utvalget, er fordi vi kun undersøker spesialister med minst 100 arbeidsdager. Dette gjør at fastlønnede, som generelt er yngre og arbeider mer med andre legeoppgaver, blir relativt (og absolutt) færre enn de næringsdrivende.

2.4 Utfallsvariabler

2.4.1 Antibiotikaforskrivning

Fra Legemiddelregisteret teller vi antall utleverte resepter fra fastlegens listepasienter på systemisk antibiotika (unntatt kremer/salver), og ekskludert antibiotika som vanligvis forskrives for urinveisinfeksjoner (bl.a. trimetoprim, pivmecillinam og nitrofurantoin). I analysene av bredspektret antibiotika, definerer vi all systemisk antibiotika som bredspekteret, med unntak av fenoksymetylpencillin. Datagrunnlaget inkluderer kun antibiotika som er hentet ut fra apotek, ubrukte resepter eller antibiotika brukt i institusjon er ikke med.

2.4.2 Vanedannende legemidler

Fra legemiddelregisteret teller vi antall utleverte definerte døgndoser (DDD) for legemidler definert som B-preparater (for eksempel opioider og beroligende medikamenter). Datagrunnlaget inkluderer kun antibiotika som er hentet ut fra apotek, ubrukte resepter eller antibiotika brukt i institusjon er ikke med.

2.4.3 MR-undersøkelser

Datagrunnlaget kommer fra KUHR og inneholder informasjon om gjennomførte refusjonsberettigede polikliniske MR-undersøkelser ved offentlige sykehus og private røntgeninstitutt med avtale. Vi teller unike undersøkelseskoder per enkeltregning. Vi har valgt

de ti MR-undersøkelsene med høyest forekomst i 2021,³ og basert på dette undersøker vi både antall MR-undersøkelser generelt og antall utførte MR-undersøkelser av kne spesielt.

Datagrunnlaget inneholder i liten grad informasjon om henviser eller hvilken helsetjeneste pasienten ble henvist fra (hhv. 94 % og 95 % av observasjonene mangler data om dette). Vi har fjernet observasjoner der vi kan identifisere at henvisende tjeneste *ikke* er fastlege/primærlege/legevaktslege.⁴ De utvalgte undersøkelsene utgjør totalt 71 % (n = 519 544) av alle MR-undersøkelser (n = 731 910), hvorav 75 % ble gjennomført ved private røntgeninstitutt.

Ved mottak av henvisning, kan radiologer både avvise henvisninger og endre modalitet på undersøkelsen. Vi har ikke informasjon om avviste henvisninger eller hvorvidt den gjennomførte undersøkelsen samsvarer med henvisningen. Tidligere undersøkelser indikerer at over 90 % av henvisninger til private røntgeninstitutt kommer fra fastleger eller eksterne spesialister, og at henvisninger i liten grad avvises (6).

2.4.4 Henvisninger til offentlige sykehus og psykisk helsevern

Datagrunnlaget kommer fra Norsk pasientregister (NPR) og er aktivitetsdata for innrapporterte episoder på sykehusnivå (polikliniske kontakter, dagbehandling og døgnbehandling) i 2021 fra somatiske sykehus, psykisk helsevern for voksne (PHV) og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Vi ekskluderer øyeblikkelig hjelp⁵ og henvisninger til fagområdet «Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp». Videre avgrenser vi datagrunnlaget til kun å gjelde polikliniske kontakter.

Vi definerer en henvisning som den første kontakten i en henvisningsperiode.⁶ Definert på denne måten med avgrensningene som gjelder over, omfatter dette 382 424 henvisninger til poliklinisk utredning eller behandling. Det er ikke mulig å identifisere henviser, men henvisende helsetjeneste kan identifiseres for 67 % (somatikk), 77 % (psykisk helsevern voksne) og 68 % (psykisk helsevern barn og unge) av disse observasjonene. Vi fjerner observasjoner hvor henvisende helsetjeneste *ikke* er «Fastlege/primærlege/legevaktslege»,⁷ og tilordner øvrige henvisninger til pasientenes fastlege.

³ MR caput, kne, skulder, lumbosakralkolumna, cervikalkolumna, bekken, bekken og deler av kolumna, hofter, ankelledd, og fot.

⁴ Dette gjelder utelukkende undersøkelser gjennomført ved offentlige sykehus og hvor henvisende helsetjeneste er registrert som Andre tjenester (65 %), Somatisk spesialisthelsetjeneste (34 %), eller Psykisk helsevern, Privatpraktiserende spesialister, Andre kommunale tjenester, Tverrfaglig spesialister rusbehandling, eller Legevakt (resterende 1 %).

⁵ Observasjonen hvor differansen mellom ansiennitetsdato og vurderingsdato for henvisningen er 0-1 dag, eller henvisningens vurdering er klassifisert som øyeblikkelig hjelp.

⁶ En henvisningsperiode kan inkludere mange episoder/kontakter. Vi teller kun den første kontakten, det vil si observasjonen med den tidligste mottaksdatoen innenfor unike forekomster av pasientID og henvisningsperiodeID.

⁷ Dette utgjør 60 766 observasjoner (16 %) av totalen, hvorav henvisende helsetjeneste er kategorisert som enten Andre tjenester (37 %), Somatisk spesialisthelsetjeneste (32 %), Andre kommunale tjenester (15 %), eller Privatpraktiserende spesialister, Psykisk helsevern, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Annen institusjon innen psykisk helsevern, Øvrig primærhelsetjeneste, Pasienten selv (resterende 16 %).

For henvisninger til sykehus, er fastlegenes henvisningsrate definert som antall henvisninger til sykehus per listepasient. For henvisninger til psykisk helsevern for voksne (barn og unge), er fastlegenes henvisningsrate definert som antall henvisninger av pasienter som er 18 år eller eldre (under 18 år), per pasient på lista som er 18 år eller eldre (under 18 år).

Datagrunnlaget inkluderer ikke informasjon om avviste henvisninger. Ifølge data fra NPR, var andelen avviste henvisninger i 2021 på 4 % for somatikk (n = 53 448), 24 % for PHV (n = 28 270) og 20 % for PHBU (n = 8585). Datagrunnlaget inkluderer heller ikke henvisninger for pasienter som enda ikke har vært til undersøkelse (pasienter på venteliste). Antallet henvisninger er derfor underestimert, og inkluderer kun pasienter som fikk komme til undersøkelse i løpet av samme kalenderår som de ble henvist. Det kan derfor være noe seleksjon i retning av mer alvorlige tilstander.

2.4.5 *Henvisninger til avtalespesialister*

Datagrunnlaget kommer fra KUHR og inneholder informasjon om henvisende lege og henvisningsdato for refusjonsberettiget aktivitet gjennomført av avtalespesialister i 2021.

Vi definerer henvisninger som unike forekomster av pasientID, henvisningsID, henvisningsdato og fagområde. Vi velger observasjoner med henvisningsdato i 2021 (30 %, n = 1 112 437 kontakter).⁸ Henvisende lege kan identifiseres for 78 % av disse henvisningene. Vi undersøker fastlegenes henvisningsrate for henvisninger der vi kan identifisere at listelegen er henvisende lege (n = 330 436).

Fastlegens henvisningsrate er definert som antallet henvisninger til avtalespesialister per listepasient.

Datagrunnlaget inkluderer ikke informasjon om avviste henvisninger. På samme måte som for henvisninger til sykehus, inkluderer dette datagrunnlaget heller ikke informasjon om pasienter som er henvist, men enda ikke er kommet til behandling.

2.4.6 *Sykefravær*

Vi undersøker to indikatorer for listepasientenes sykefravær:

- Antall sykepengedager (justert for gradering) per arbeidsføre listepasient
- Andel av sykepengedagene som er gradert

Datagrunnlaget fra FD-Trygd inkluderer i utgangspunktet sykefraværsepisoder hvor kostnadene for hele eller deler av sykefraværet er dekket av Folketrygden. Vi undersøker alle registrerte episoder av legemeldt sykefravær (uansett hvem som sykmelder) som startet i 2018. Vi definerer antall sykepengedager som antall kalenderdager fra en episode starter til og med den dagen episoden slutter (inkludert arbeidsgiverperioden). Antallet kalenderdager justeres for gradering innenfor hver episode.

⁸ Fagområdene «Utdanningskandidat» og «Utdanningskandidat psykolog» er ekskludert.

I analyser av sykefravær inkluderer vi kun arbeidsføre listepasienter, definert som pasienter mellom 25 og 67 år, med lønnsinntekt over eller lik 100 000 og som ikke er registrert som mottaker av uføretrygd i 2018.

Antall sykepengedager er beregnet separat for kvinnelige og mannlige pasienter på listen. Dette har vi gjort fordi kvinners sykefravær er vesentlig annerledes enn menns sykefravær. Videre har kvinnelige fastleger noen flere kvinnelige pasienter, samtidig som de tjener mindre enn mannlige leger.

2.5 Om tilordning av pasienters helsetjenestebruk til listelegen

I alle analyser, unntatt henvisninger til avtalespesialister, teller vi listepasientenes samlede helsetjenestebruk og sykefravær, og tilordner dette til pasientens fastlege. Det er flere årsaker til dette.

Den viktigste årsaken er at vi anser dette som riktig tilnærming når det gjelder forskrivning av antibiotika, vanedannende medisiner og sykefravær. Det kan for eksempel være slik at pasienter oftere oppsøker legevakt dersom fastlegen har lang ventetid. I slike tilfeller vil fastlegen kunne bli registrert med en kunstig lav forskrivningsrate. Siden vi er interessert i hvordan fastlegens økonomiske insentiver påvirker pasientenes forbruk, baserer vi oss på en «intention-to-treat»-tilnærming der pasientenes totale forbruk/fravær attribueres til fastlegen. Et annet argument for dette er at fastlegene er ment å ha en koordinerende rolle for sine pasienter, og må kunne ventes å redusere egen forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, sykefravær eller henvisninger til bildeundersøkelser dersom pasienten får dette andre steder.

Når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og i noen grad henvisninger til MR, forholder dette seg litt annerledes. Ideelt sett skulle vi ha kunnet utelukke henvisninger sendt av andre leger. I store deler av vårt datagrunnlag er det imidlertid ikke mulig å identifisere henviser. Vi inkluderer dermed altså sannsynligvis noen henvisninger som er forskrevet av andre leger eller annet helsepersonell. Vi har ekskludert observasjoner hvor vi kan identifisere at pasienten *ikke* er henvist av fastlegen, men det vil likevel finnes støy i data som i noen grad kan svekke de observerte sammenhengene. Vi har derimot ingen grunn til å anta at det foreligger systematiske skjevheter mellom næringsdrivende og fastlønnede leger i dette anliggende, så retningen på resultatene i sammenligning av finansieringsformene skal dermed ikke kunne påvirkes.

Vi har heller ikke mulighet til å sikkert si hvorvidt en forskrivning eller henvisning er sendt av vikar eller av fastlegen selv. Vi reduserer utfordringen med vikarer noe ved at vi i våre analyser kun inkluderer leger med minst 100 arbeidsdager i året. Fastleger med utstrakt bruk av vikar, for eksempel ved permisjon eller andre lange fravær, er altså ikke med i analysene.

2.6 Justeringsvariabler

I regresjonsanalyser av fastlegene, inkluderer vi følgende justeringsvariabler:

- Andel kvinner på pasientlista⁹
- Andel pasienter med grunnskole, ingen utdanning eller uoppgitt utdanning som høyeste fullførte utdanning
- Andel pasienter med universitetsutdanning som høyeste fullførte utdanning
- Andel pasienter med husholdningsinntekt per forbruksenhet (EU-skala) i laveste kvintil (personer med negativ inntekt er ekskludert)
- Andel pasienter som er 80 år eller eldre
- Andel pasienter som er 15 år eller yngre¹⁰
- Gjennomsnittlig sentralitet for pasientenes registrerte bostedskommune (SSBs sentralitetsindeks)
- Legens kjønn og alder

Andelene med ulike utdanningsnivåer er beregnet basert på alle listepasienter som er 30 år eller eldre. Andelen pasienter med husholdningsinntekt er basert på alle listepasienter som ikke er definert som studenter.¹¹

2.7 Analyser

For hvert utfallsmål har vi gjort to analyser på legenivå: sammenhengen mellom utfallene og takstinntekt per time for næringsdrivende leger (1) og finansieringsmodell (sammenligning av fastlønn og næringsdrift) (2). For analysene av takstinntekt per time presenterer vi et spredningsplot i kombinasjon med en ujustert lineær regresjonslinje og korrelasjonskoeffisient (Pearsons R). For sammenhengen mellom utfallene og finansieringsmodell gjennomfører vi også en lineær regresjonsanalyse, og presenter både ujusterte og justerte estimater og konfidensintervall.

I alle analysene har vi estimert tre modeller: ujustert (1), justert for listekjennetegn (2), samt justert for listekjennetegn og fastlegens kjønn og alder (3). Vi har valgt å fokusere på modell 2, hvor vi ikke justerer for fastlegens kjønn og alder. Det er fordi dette ikke er helt entydig om det er mest riktig å justere for fastlegens kjønn og alder eller ikke. Fastlegens kjønn og alder kan sees på som en konfunder som bør justeres vekk for å gjøre finansieringsformene mer sammenlignbare. Men det går også an å se det som en mediator: hvis for eksempel fastlønn fører til at flere kvinner blir rekruttert og kvinner har en annen portvokterpraksis, vil jo en justering for kjønn nulle ut den indirekte effekten av fastlønn. Derfor har vi valgt å oppgi alle modeller (Vedlegg A og B), men vi har valgt å fokusere på modell 2. I praksis er det lite forskjeller på modell 2 og 3.

⁹ Inkluderes ikke i analyser for sykefravær. Analyser for sykefravær kjøres separat for kvinnelige og mannlige pasienter.

¹⁰ Inkluderes kun for antibiotika.

¹¹ En student er definert som en person mellom 18 og 30 år med pågående universitetsutdanning det gjeldende året.

3 Beskrivelse av utvalget

Analysene omfatter alle personer som var registrert på en fastlegeliste med fastlege med spesialisering i allmennmedisin per 1. januar 2021 (2018 for sykefravær). Dette inkluderer 3 039 798 personer i 2021, og 3 027 426 personer i 2018. Det er relativt få fastlønnede i utvalget på grunn av kriteriet om spesialisering, dette må bli tatt hensyn til i tolkningen av resultatene.

I Tabell 3.1 beskrives utvalget ut fra lege- og listepasientkjennetegn. Kun spesialister i allmennmedisin inngår i utvalget. Blant annet på grunn av dette, er fastlønnede fastleger relativt få i antall. Fastleger som har fastlønn, er noe yngre og noe oftere kvinner. Pasientkjennetegn er påfallende like for fastleger som har næringsdrift versus fastlønn.

Tabell 3.1: Beskrivelse av utvalget

Variabel	2021		2018 (for sykefravær)	
	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn
Antall leger	2420	131	2336	135
Fastlegens alder	52	49	53	52
Fastlegens kjønn (mann)	59 %	51 %	62 %	61 %
Antall listepasienter	1208	838	1240	898
Gjennomsnittlig alder for pasientene	41	41	41	42
Andel kvinnelige pasienter	50 %	51 %	50 %	49 %
Andel pasienter > 80 år	5 %	6 %	5 %	6 %
Andel pasienter < 15 år	17 %	17 %	18 %	17 %
Andel pasienter med grunnskole som høyeste fullførte utdanning	19 %	21 %	20 %	23 %
Andel pasienter med universitetsutdanning	39 %	33 %	34 %	30 %
Andel pasienter i laveste inntektskvintil på lista	17 %	19 %	17 %	19 %
Gjennomsnittlig sentralitetsindeks for listeinnbyggerne (sentralitetsklasse)	838 (3)	701 (4)	836 (3)	674 (4)

Inntektsvariasjon er studert i et eget delprosjekt (Kraft et al., 2024b). Her gjengis noen hovedresultater fra dette prosjektet:

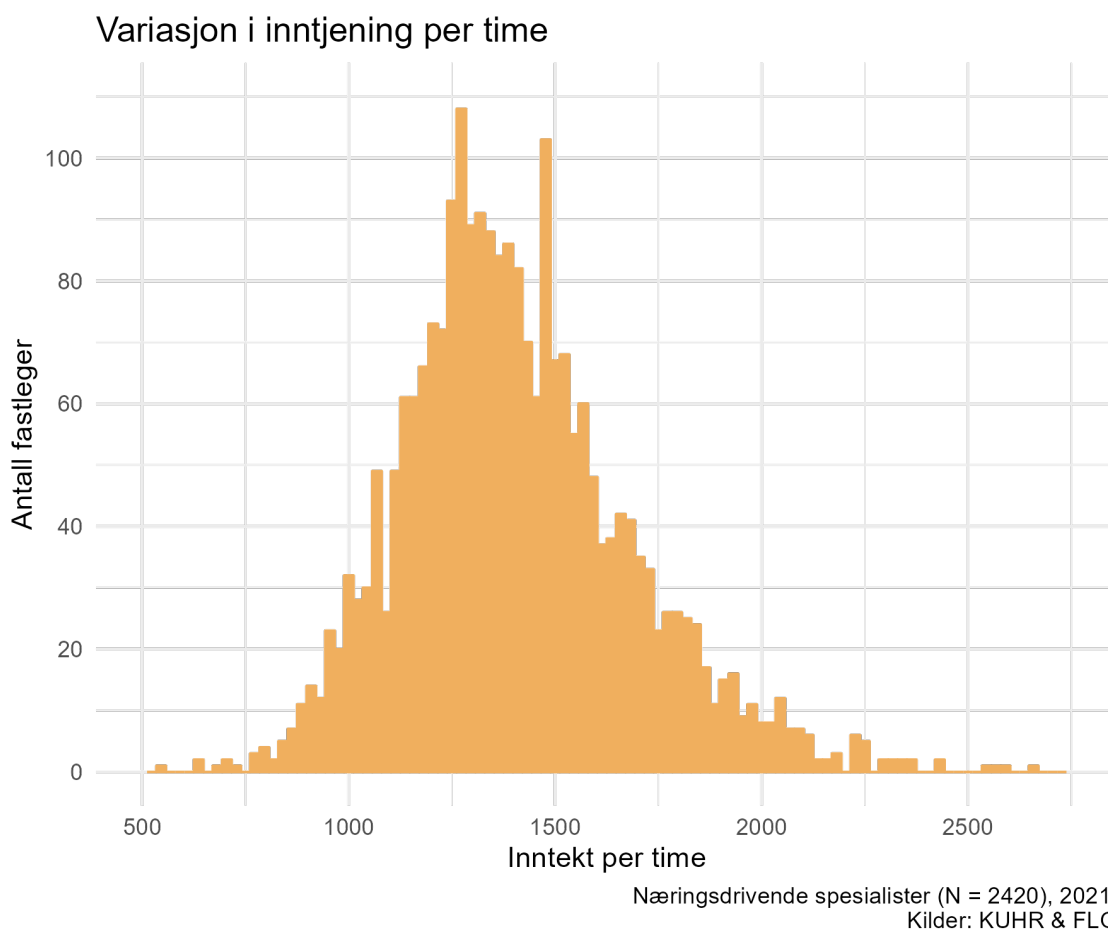
Delprosjektet har som formål å undersøke om fastleger med høy og lav inntjening også har ulik inntjening per listepasient, og i så fall identifisere de spesifikke takstene som bidrar til denne forskjellen. I tillegg ønsker vi å sammenligne praksisvariasjon mellom fastleger med høy og lav inntjening. Vi analyserer nasjonale registerdata fra 2021 for alle fastleger med minst 100 arbeidsdager (N=2546) og beregner årlig inntjening fra takster og honorarer. Fastleger med

høy inntjening (øvre kvartil) har 55 % flere listepasienter enn fastleger med lav inntjening (nedre kvartil), men de tjener likevel 40 % mer på takster for hver av sine pasienter.

Nesten halvparten av forskjellen i inntjening per pasient kan tilskrives at fastleger med høy inntjening har flere pasientkonsultasjoner. Likevel får pasientene til fastleger med høy inntekt (og flere konsultasjoner) færre minutter i konsultasjon per år (i gjennomsnitt 35 minutter mot 38 minutter), noe som skyldes at fastleger med høy inntekt bruker kortere tid på konsultasjonen (i gjennomsnitt 15 minutter mot 20 minutter).

Den resterende inntjeningsforskjellen skyldes høyere bruk av prosedyretakster blant høytlønte (gjennomsnittlig 5,6 versus 3,9 prosedyrer per pasient). Økt bruk av takster for forlenget konsultasjon (takst 2CD), legemiddelgjennomgang (2LD) og samtaleterapi (615) er noe av det som bidrar mest til denne forskjellen. Det kan fremstå noe overraskende at de høyest lønnede legene bruker mer av disse takstene per pasient samtidig som de i gjennomsnitt har kortere konsultasjoner.

Figur 3.1 viser variasjonen i inntjening per time for næringsdrivende spesialister.



Figur 3.1. Variasjon i inntjening per time.

4 Antibiotika

Utvikling av antibiotikaresistens er et alvorlig globalt problem som kan lede til økt dødelighet for tilstander som vi i dag kan behandle med antibiotika (Naghavi et al., 2024). Det er derfor svært viktig å redusere unødvendig bruk. Norge har jevnt redusert bruken i løpet av 2010-tallet, men utviklingen har snudd de siste årene (Helsedirektoratet, 2024). Unødvendig forskrivning av antibiotika har blant annet blitt forklart med høye forventninger fra pasienter, samt legers tidsbegrensinger (7).

Det finnes noe forskning på sammenhengen mellom finansieringsmodell og antibiotikaforskrivning. En studie fra Canada fant at stykkprisfinansierte allmennleger hadde høyere sannsynlighet for å skrive ut antibiotika sammenlignet med sine fastlønnede kollegaer (8). De fant også at jo høyere pasientvolum legen hadde, jo mer antibiotika forskrev legen per pasient. To andre studier finner også at kortere konsultasjonslengde gir en økt sannsynlighet for antibiotikaforskrivning generelt, samt for uhensiktsmessig antibiotikaforskrivning for pasienter med øvre luftveisinfeksjoner (9,10).

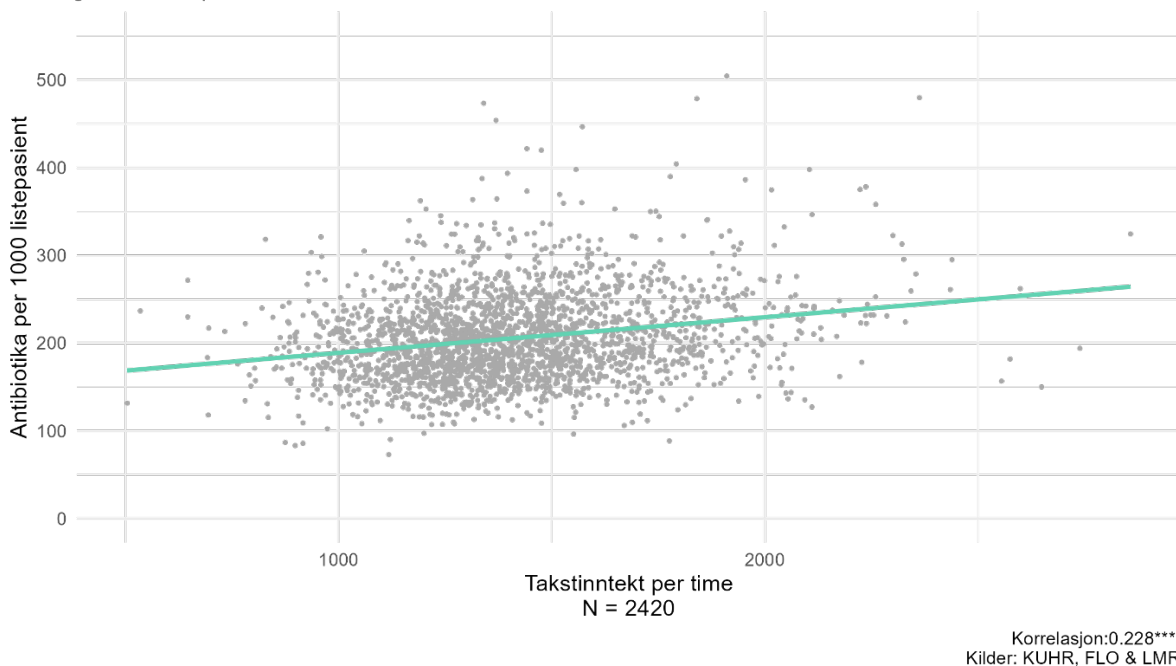
En norsk studie analyserte effekter av innføringen av fraværsregler for videregående elever, som innebar at elevene i større grad måtte oppsøke fastlegen for å dokumentere fravær (11). Etter innføringen økte raten av konsultasjoner i aldersgruppen med 30 %, og antibiotikaforskrivningen økte med 26 %. Dette antyder at økt hjelpesøking hos fastlegen – uavhengig av sykkelighet – i seg selv kan bidra til økt forskrivning. En annen norsk studie finner at fastleger med høy konsultasjonshyppighet oftere forskriver antibiotika til pasienter med akutt luftveisinfeksjon enn fastleger som har færre konsultasjoner (12).

4.1 Inntjening for næringsdrivende og generell antibiotikaforskrivning

For næringsdrivende fastleger finner vi en tydelig positiv assosiasjon mellom inntjening og forskrivning av antibiotika (Figur 4.1). Forskjellen mellom leger som har 1000 og 2000 kroner i takstinntekt per time utgjør 41 flere forskrivninger per år per 1000 listepasienter (21 % flere). Når vi justerer for kjennetegn ved pasientlisten og fastlegen opprettholdes sammenhengen, men er marginalt svakere (Vedlegg A).

Antibiotika og takstinntekt per time

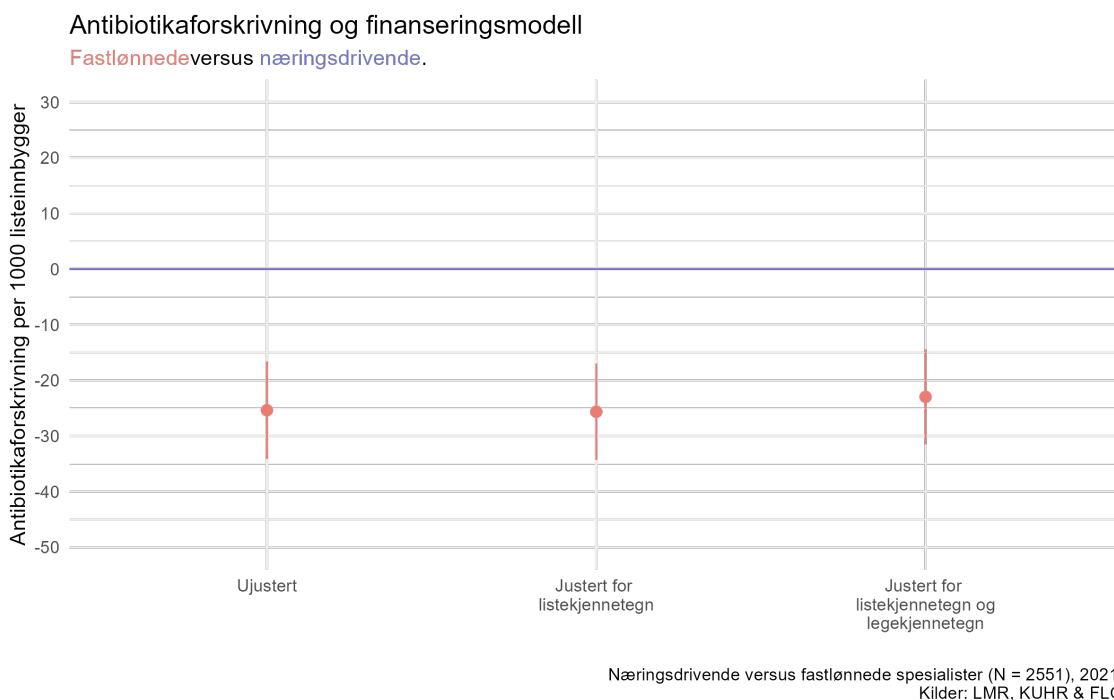
Næringsdrivende spesialister



Figur 4.1 Antibiotika per 1000 listepasient og takstinntekt per time

4.2 Fastlønnede versus næringsdrivende og generell antibiotikaforskrivning

Når vi sammenligner næringsdrivende leger med fastlønnede, finner vi at fastlønnede leger skriver ut ca. 25 færre resepter på antibiotika per 1000 listepasienter (Figur 4.2). Forskjellen er upåvirket av justering for kjennetegn ved pasientlisten og legen. Forskjellen på 25 resepter betyr at næringsdrivende fastleger forskriver 14 % mer enn fastlønnede.



Figur 4.2 Antibiotika per 1000 listepasient og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i forskrivning per 1000 listepasienter.

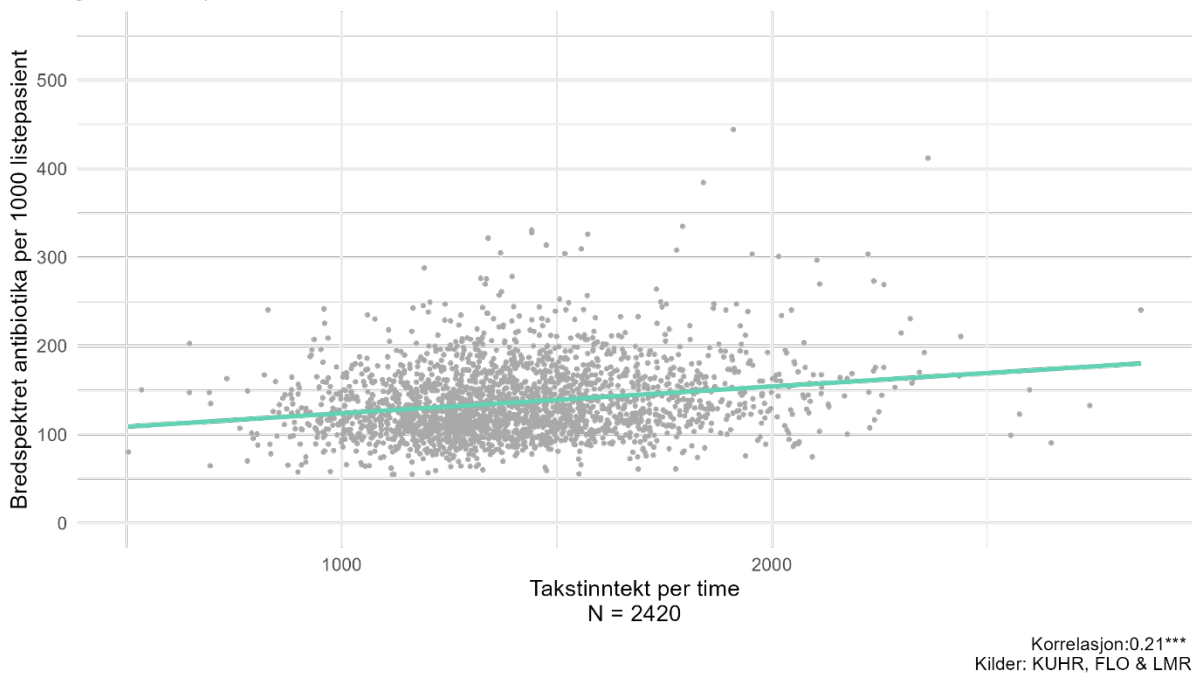
4.3 Inntjening for næringsdrivende og forskrivning av bredspektret antibiotika

Bredspektret antibiotika er særlig problematisk med tanke på resistensutvikling, og det er derfor også særlig viktig med portvokting for denne typen antibiotika.

For forskrivning av bredspektret antibiotika, finner vi også en positiv sammenheng mellom inntjening og antall forskrivninger per 1000 listepasienter for næringsdrivende fastleger (Figur 4.3). Vi estimerer en forskjell på 30 resepter per 1000 pasient mellom leger med 1000 og 2000 kroner i takstinntekt per time, noe som tilsvarer en forskjell på 24 %. Sammenhengen endrer seg ikke vesentlig når vi justerer for fastlege- og listekjennetegn (Vedlegg A).

Bredspektret antibiotika og takstinntekt per time

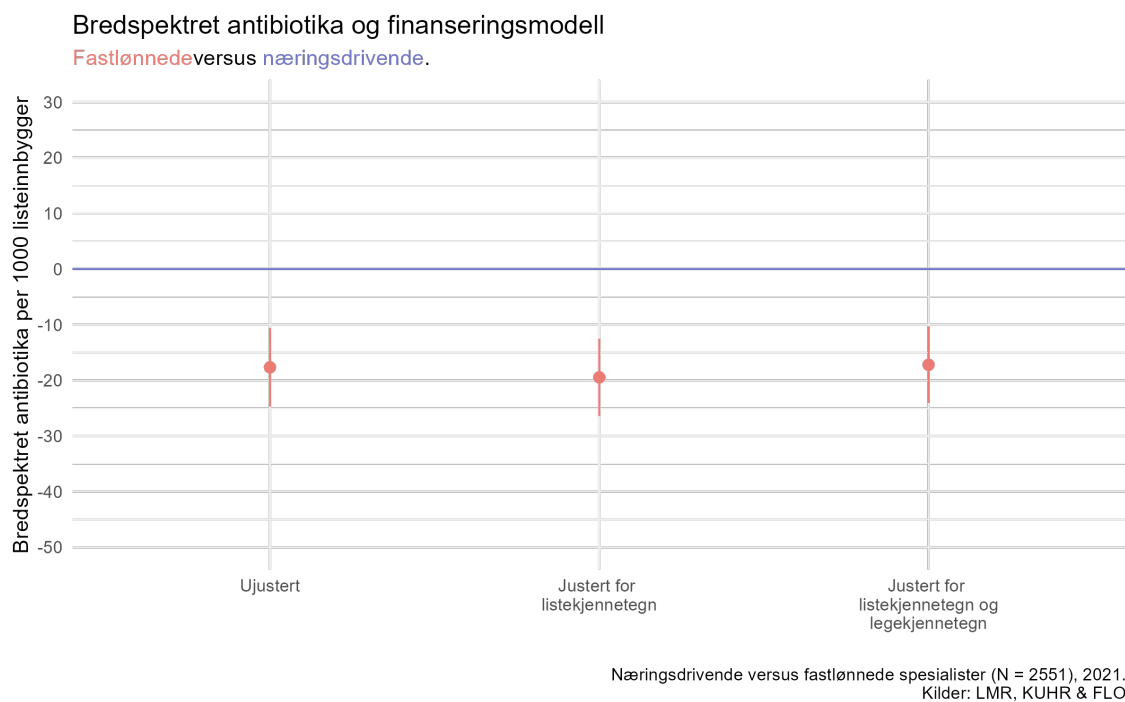
Næringsdrivende spesialister



Figur 4.3 Bredspektret antibiotika per 1000 listepasient og takstinntekt per time

4.4 Fastlønn versus næringsdrift og forskrivning av bredspektret antibiotika

Fastlønnede leger forskriver 18 færre resepter med bredspektret antibiotika per år per 1000 pasienter (Figur 4.4) sammenlignet med næringsdrivende fastleger. Når vi justerer for pasientkjennetegn, betyr det at næringsdrivende fastleger skriver ut 17 % mer bredspektret antibiotika enn fastlønnede fastleger. Fastlønnede leger skriver altså ut både mindre antibiotika generelt og mindre bredspektret antibiotika spesielt enn næringsdrivende fastleger. Forskjellen er ikke vesentlig påvirket av justering for kjennetegn ved legen eller pasientlisten (Vedlegg B).



Figur 4.4 Bredspektret antibiotika per 1000 listepasient og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i forskrivning per 1000 listepasienter.

5 Vanedannende legemidler

Det er fastlegen som har hovedansvaret for forskrivning av vanedannende legemidler for sine listepasienter (13), og fastlegene forskriver majoriteten av vanedannende legemidler for sine eldre pasienter (14). De har dermed en viktig rolle i å koordinere og begrense bruken av slike legemidler.

Det er den eldre delen av befolkningen som bruker mest vanedannende medisiner. Tall fra Helsedirektoratet viser at nesten 5 % av innbyggere over 65 år har fått utlevert flere enn 365 definerte døgndoser (DDD) fra en allmennlege (15). For personer i alderen 20-64 oppgir 23 % å ha brukt vanedannende smertestillende legemidler siste år (16).

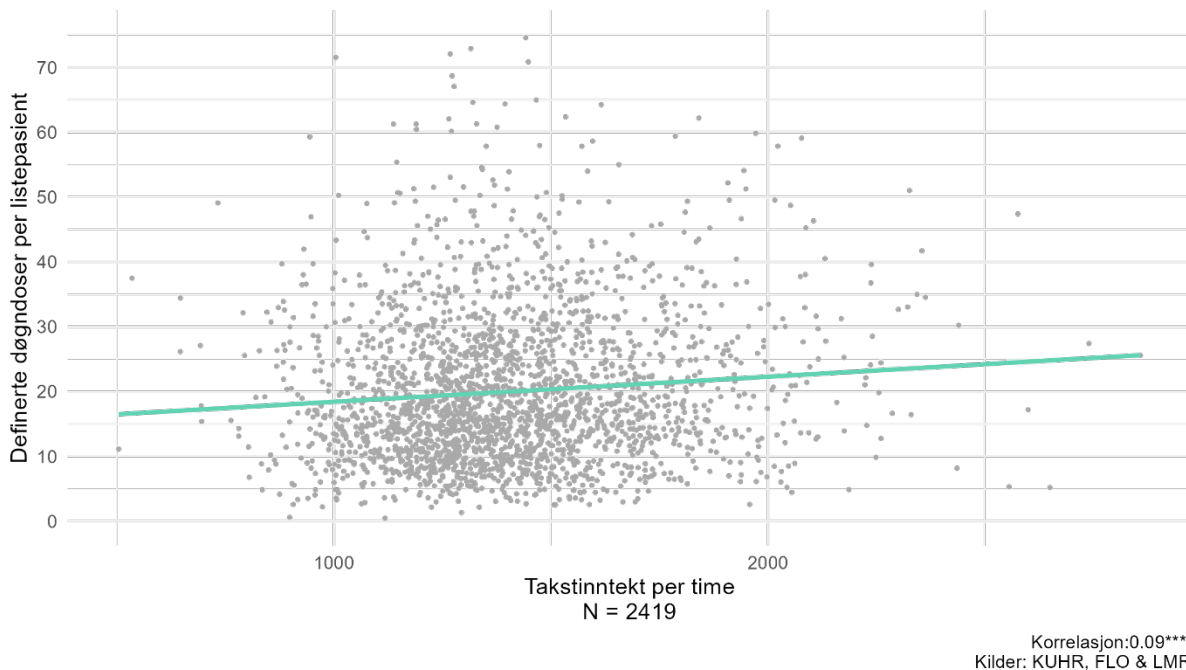
Det er lite forskning på sammenhengen mellom allmennlegers finansiering og forskrivning av vanedannende medisiner. Det finnes imidlertid noe forskning på sammenhengen mellom tidsbruk og forskrivning av vanedannende medisiner, med resultater i retning av at kortere konsultasjonstid er assosiert med noe høyere forskrivning av opioider og benzodiazepiner (9).

5.1 Inntjening for næringsdrivende og forskrivning av vanedannende legemidler

Vi finner en positiv sammenheng mellom inntjening og forskrivning av B-preparater for næringsdrivende fastleger (Figur 5.1). Forskjellen mellom leger som tjener 1000 og 2000 kroner per time er 3,7 ekstra døgndoser per pasient per år. For en fastlege med en liste på 1000 listepasienter utgjør dette 3700 ekstra døgndoser årlig, eller 20 % mer. Forskjellen er ikke vesentlig påvirket av justering for kjennetegn ved legen eller pasientlisten (Vedlegg A).

Vanedannende legemidler og takstinntekt per time

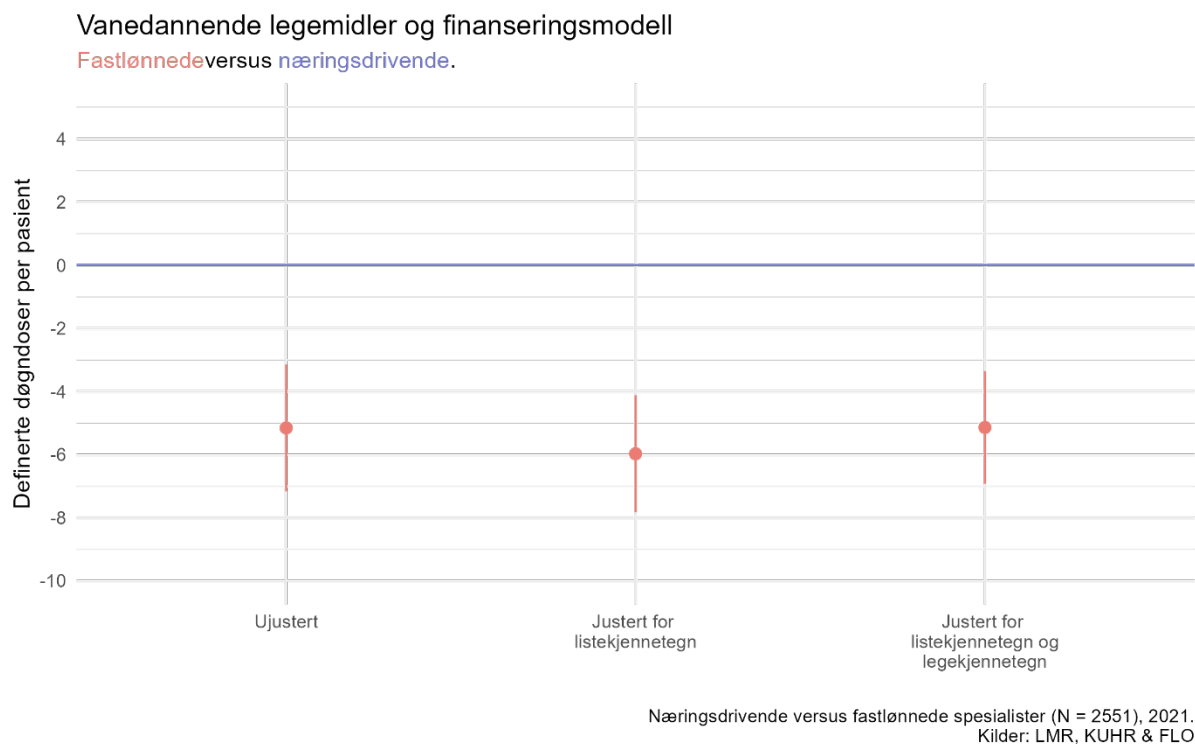
Næringsdrivende spesialister



Figur 5.1 Inntjening for næringsdrivende og forskrivning av vanedannende legemidler

5.2 Fastlønnede versus næringsdrivende og forskrivning av vanedannende legemidler

Når vi sammenligner fastlønnede og næringsdrivende fastleger, finner vi at fastlønnede forskriver betydelig færre døgndoser av vanedannende legemidler (Figur 5.2). Forskjellen er på omtrent 5 DDD per pasient per år, og er i det vesentlige relativt lik når vi justerer for kjennetegn ved pasientlista og fastlegen. Justert for listekjennetegn, finner vi at forskjellen er på 6 DDD per pasient per år, noe som tilsier at næringsdrivende forskriver 42 % mer enn fastlønnede.



Figur 5.2 Finansieringsmodell og forskrivning av vanedannende legemidler. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i forskrivning per 1000 listepasienter.

6 MR-undersøkelser

MR-undersøkelser er et verdifullt diagnostisk verktøy i helsetjenesten, og MR-kapasiteten er en begrenset ressurs. En MR-undersøkelse kan også være kostbar, ettersom både selve undersøkelsen og fortolkningen av bildene kan være tidkrevende. MR-undersøkelser kan gi en svært detaljert fremstilling av indre organer, og medfører på grunn av dette risiko for overdiagnostisering og medfølgende overbehandling. Det er derfor viktig at MR utføres på solid medisinsk indikasjon, og at mindre kostbare undersøkelsesmetoder velges i tilfeller der dette er tilstrekkelig.

Legeforeningens kampanje «gjør-kloke-valg» viser til at det sjelden er nødvendig å gjøre bildeundersøkelser (røntgen, CT eller MR) av smerter foran i kneet, fordi slike undersøkelser sjelden har behandlingsmessige konsekvenser. En spørreundersøkelse blant norske fastleger fant at fastlegene oppgav tidspress og pasientens ønske som noen av de viktigste årsakene til at legene henviste til bildeundersøkelser med tvilsom medisinsk nytteverdi (17). Ifølge Riksrevisjonen (2017), synes i tillegg private klinikker å vurdere henvisninger mindre strengt, og å utføre flere unødvendige undersøkelser enn de offentlige sykehusene.

Vurdering av henvisning til MR er en viktig portvokteroppgave for fastlegene. MR kne etterspørres ofte av pasienter, og vi antar derfor at denne portvokteroppgaven kan utfordres av de økonomiske insentivene i finansieringsordningen for næringsdrivende fastleger. Vi har derfor valgt å se på sammenhengen mellom fastlegenes inntjening og deres henvisning til MR generelt, og til MR kne spesielt. MR kne utgjør en vesentlig andel av det totale antallet MR-undersøkelser, og undersøkelsen kan i noen tilfeller dessuten anses å ha lav medisinsk nytteverdi. Videre gjør vi en sammenligning av undersøkelsesraten for pasienter til henholdsvis næringsdrivende og fastlønnede leger.

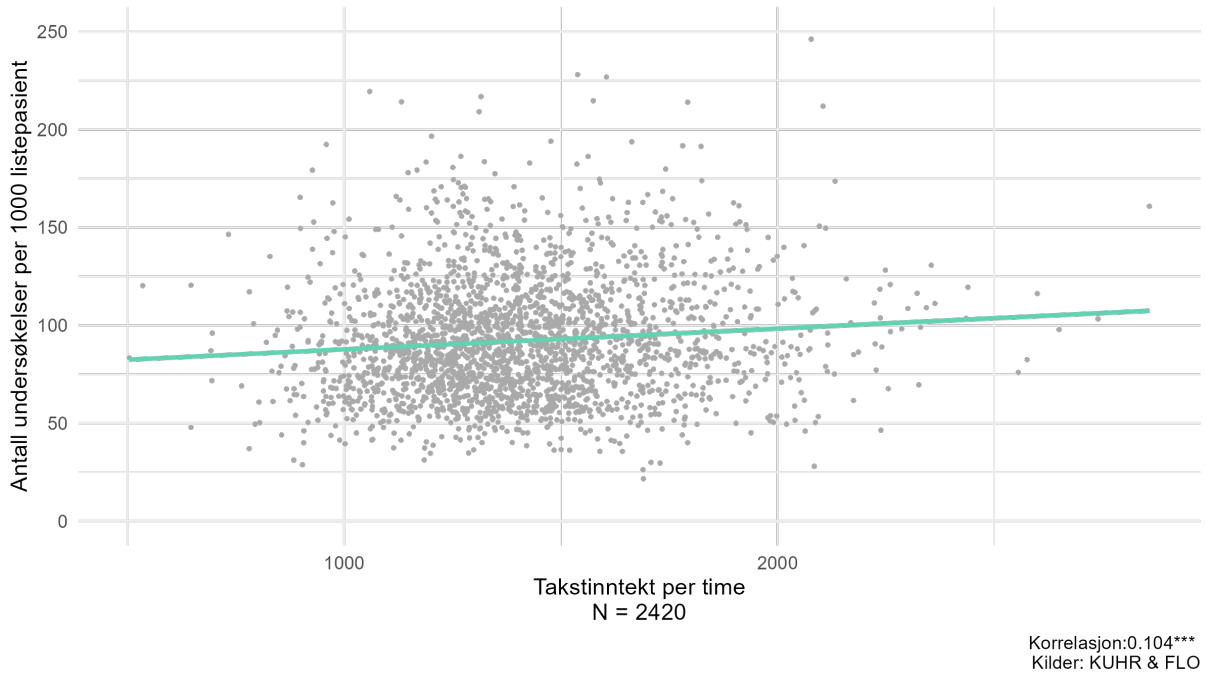
6.1 Inntjening for næringsdrivende og antall MR-undersøkelser

For næringsdrivende fastleger finner vi en positiv sammenheng mellom legens inntjening og antall utførte MR-undersøkelser blant deres pasienter. Jo høyere inntjening fra takster per time, jo flere MR-undersøkelser blir utført per pasient på legens liste. Dette gjelder både for MR-undersøkelser generelt (Figur 6.1a) og for MR-undersøkelser av kne (Figur 6.1b). Sammenlignet med en lege som har 1000 kroner i takstinntekt per time, gjennomfører en lege med 2000 kroner i takstinntekt per time i gjennomsnitt 11 (13 %) flere MR-undersøkelser totalt og 1,5 (10 %) flere MR-undersøkelser av kne per 1000 listepasienter per år.

Sammenhengene påvirkes i liten grad av justering for legepraksisens sentralitet eller andre kjennetegn ved pasientlista (Vedlegg A). Sentralitet er en viktig justering ettersom tilgangen på MR-maskiner kan være bedre i sentrale strøk.

MR-undersøkelser

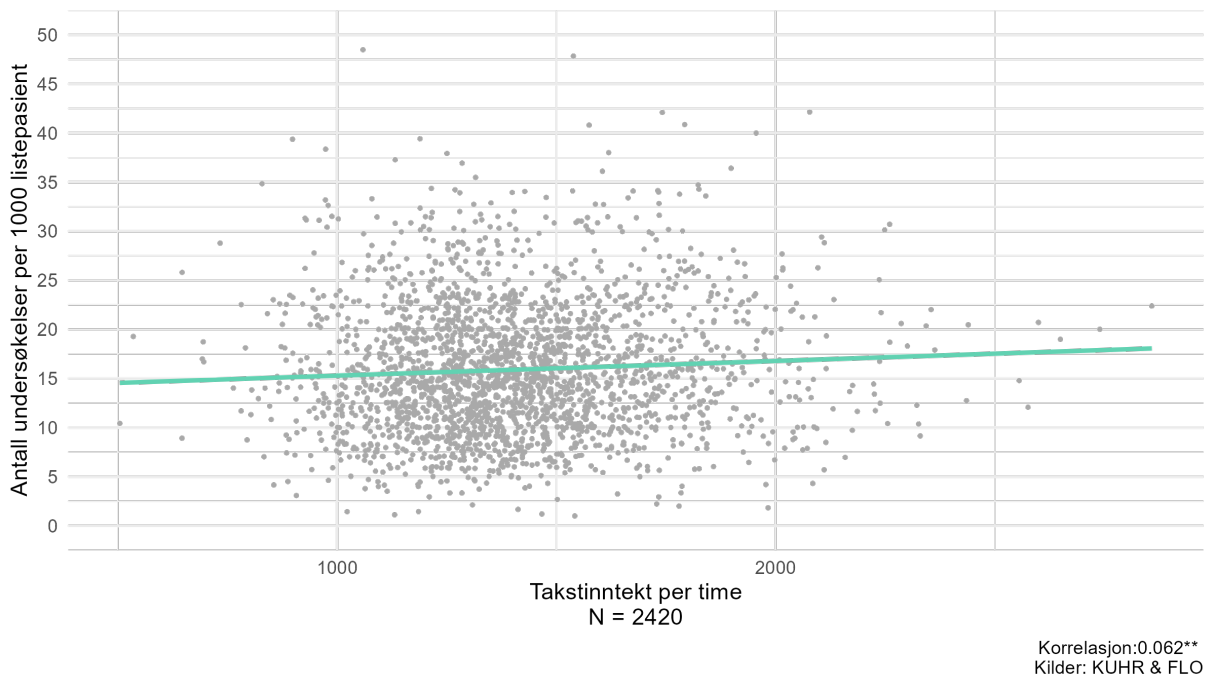
Næringsdrivende spesialister



Figur 6.1a MR-undersøkelser og takstinntekt per time

MR-undersøkelser av kne

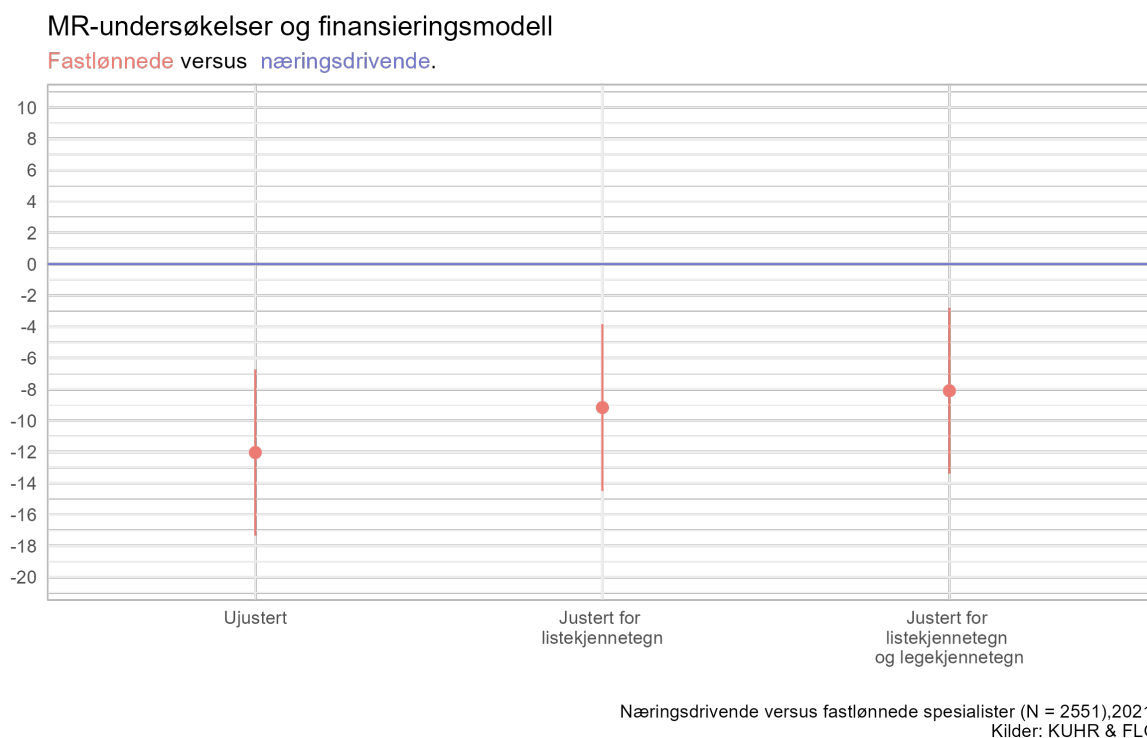
Næringsdrivende spesialister



Figur 6.1b MR-undersøkelser av kne og takstinntekt per time

6.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og MR-undersøkelser

Vi finner at fastlønnede fastleger har 9 (10 %) færre MR-undersøkelser per 1000 listepasient sammenlignet med næringsdrivende fastleger når vi justerer for listekjennetegn (Figur 6.2a).

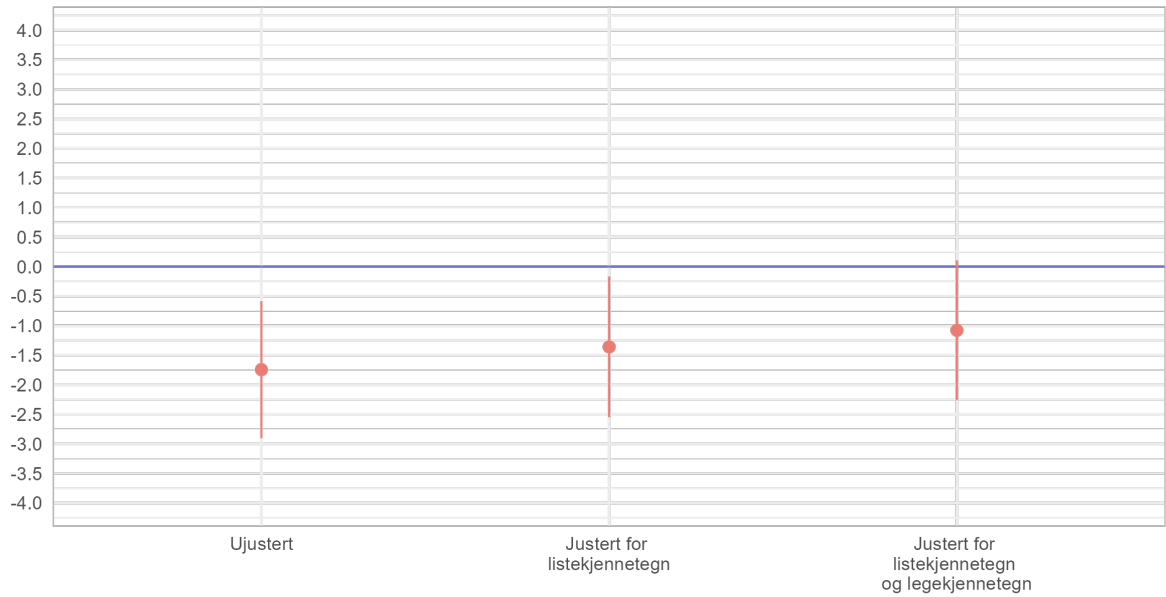


Figur 6.2a MR-undersøkelser og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall undersøkelser per 1000 listepasienter.

Fastlønnede fastleger har videre 1.4 (9 %) færre MR-undersøkelse av kne per 1000 listepasient sammenlignet med næringsdrivende fastleger når vi justerer for kjennetegn ved pasientlisten (Figur 6.2b).

MR-undersøkelser av kne og finansieringsmodell

Fastlønnede versus næringsdrivende.



Næringsdrivende versus fastlønnede spesialister (N = 2551), 2021.
Kilder: KUHR & FLO

Figur 6.2b MR-undersøkelser av kne og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall undersøkelser per tusen listepasienter.

7 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

En viktig del av fastlegens portvokterrolle er å bidra til å redusere kostnader og å dempe belastningen på spesialisthelsetjenesten. Utredning og behandling av pasienter bør skje i tråd med prinsippet om det beste effektive omsorgsnivået (BEON) (18). Dette innebærer både plikt til å henvise i tilfeller der pasienten vil ha størst nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten, og plikt til å si nei til å henvise dersom pasienten vil ha like stor eller større nytte av ingen behandling eller behandling hos fastlegen.

Mange faktorer kan ha betydning for legens beslutning om henvisning. Blant annet krever riktige vurderinger av pasientens nytte av utredning og behandling god diagnostisk presisjon (19). Det er grunn til å anta at det er variasjon mellom fastleger i grad av diagnostisk presisjon, som i seg selv kan føre til variasjon i henvisningsrater. I tillegg vil legens beslutning om henvisning kunne avhenge av gjeldende beste medisinske praksis, legens erfaring, aksept for usikkerhet, kapasitet, pasientens preferanser, tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, og økonomiske insentiver (20,21).

Insentivene i dagens finansieringsordning danner rammer for fastlegenes arbeid og kan påvirke henvisningspraksis på ulike måter. Flere mulige virkningsmekanismer har vært trukket fram:

Aktivitetsbasert finansiering kan i utgangspunktet bidra til at det lønner seg for legen å behandle pasienten selv fremfor å henvise (20,22). Samtidig kan andre insentiver redusere denne effekten. Dersom man som fastlege har nok pasienter, kan det også heller lønne seg å gjennomføre mange konsultasjoner fremfor å bruke tid på å selv behandle en pasient. Dermed kan økt henvisningsrate være lønnsomt også med aktivitetsbasert finansiering. I fokusgruppeintervju oppgir fastleger at det tar lengre tid å si nei til et ønske om henvisning, enn å si ja (1). En slik økt tidsbruk kan medføre at aktivitetsbasert finansiering gir økonomiske insentiver i retning av *flere* henvisninger. På samme måte kan et høyt basistilskudd bidra til økt antall henvisninger siden det gir legen insentiver til å ha mange listepasienter og formodentlig kortere konsultasjoner (22,23). Forskning på effekten av endringer i forholdet mellom basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering viser både at redusert andel basistilskudd øker (24,25) og reduserer (26) henvisninger til spesialisthelsetjenester, eller at det ikke er noen forskjeller mellom ordningene (27,28).

Konkurranse om pasienter, eller legens ønske om å tiltrekke seg flere pasienter under oppbygging av en pasientliste, kan føre til at legene i større grad vektlegger pasientens preferanser. Dette kan altså trekke i retning av *flere* henvisninger. Iversen & Ma (2011) finner for eksempel at leger som har færre pasienter enn ønskelig på lista, oftere henviser til radiologiske undersøkelser (23). Godager et al. (2015) finner imidlertid ikke støtte for at fastlegens kapasitet påvirker henvisningsraten til spesialisthelsetjenester. I fokusgruppeintervjuer beskriver fastleger at pasienter kommer til time med forventning om å bli henvist, og at legene gir etter for pasientens ønske også i tilfeller uten medisinsk indikasjon for henvisning (1). I en spørreundersøkelse gjennomført av Riksrevisjonen (2018), oppgir hver fjerde fastlege at de jevnlig henviser pasienter til sykehus selv om de ikke forventer medisinsk nytte av videre utredning eller behandling.

Til tross for at det finnes egne takster for å behandle en pasient, kan det likevel være mer lønnsomt å henvise for å kunne opprettholde et høyt antall konsultasjoner og et høyt antall pasienter på listen. Henvisning av pasienter kan også bidra til økt pasienttilfredshet, uavhengig av den medisinske nytten av utredning eller behandling. Avvisning av et pasientønske om henvisning kan tilsvarende bidra til dårligere pasienttilfredshet, med eventuelle kostnader for omdømme og eget arbeidsmiljø.

Det finnes altså motstridende insentiver på dette feltet. Hvordan totaleffekten av insentivene virker i praksis, er et empirisk spørsmål som vi forsøker å belyse ved å undersøke sammenhengen mellom henvisningsrate og næringsdrivende legenes inntekt fra takster.

For enkelte portvokteroppgaver, som for eksempel forskrivning av vanedannende medisiner eller sykmelding, finnes det eksplisitte anbefalinger i retning av en mer restriktiv praksis. Det finnes ingen klare anbefalinger for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og derfor er det også vanskeligere å vurdere hvilken henvisningsrate som er ønskelig. Vi ser for oss følgende mer eller mindre gode grunner til variasjon i fastlegers henvisningsrate:

1. *Alvorlighet* – Pasientens sykkelighet er åpenbart av betydning for nødvendigheten av henvisning. Grad av sykkelighet kan variere systematisk mellom fastlegers pasientlister, blant annet gjennom ulik demografisk sammensetning av listene.
2. *Grundighet* – Legens evne til å avdekke tilstander som bør undersøkes i spesialisthelsetjenesten. En slik egenskap hos legen vil anses som en god grunn til en høy henvisningsrate.
3. *Usikkerhet* – Legens manglende erfaring eller tiltro til egne ferdigheter. Dette kan være en akseptabel årsak til høy henvisningsrate, og bidraget fra dette vil antas å reduseres med antall år legen har arbeidet som fastlege.
4. *Profittorientering* – Legens grad av tilpasning til økonomiske insentiver. Et ønske om å opprettholde et høyt tempo i praksis, i den grad at det går ut over utøvelse av portvokterrollen, vil anses å være en uhensiktsmessig årsak til høy henvisningsrate.
5. *Unnlatenhet* – Legens tilbøyelighet til å henvise enklere problemstillinger som legen kunne eller burde ha håndtert selv. Dette vil antakelig i hovedsak dreie seg om mindre alvorlige sykdomstilfeller.
6. *Føyselighet* – Legens tilbøyelighet til å føye seg etter pasientens krav eller ønsker om henvisning, av hensyn til relasjonen til pasienten, ut fra et ønske om å gjøre godt for pasienten, eller ut fra omdømmehensyn.

De tre første kan altså være gode eller akseptable årsaker til høy henvisningsrate, mens de tre siste vil anses som uhensiktsmessige årsaker. Alvorlighet og usikkerhet kan vi delvis ta høyde for ved å justere for demografiske faktorer ved legen og legens liste, som kjønn, alder og sosioøkonomi.

Videre skiller vi mellom henvisninger til sykehus (offentlige helseforetak) og henvisninger til avtalespesialister. Riksrevisjonen har i sin undersøkelse av MR-henvisninger beskrevet at offentlige sykehus vurderer kriterier for undersøkelse strengere enn private aktører (6). Vi antar at de mest alvorlige sykdomstilfellene i større grad blir henvist sykehus, mens mindre alvorlige tilfeller oftere henvises til avtalespesialister. Hvis henvisningsårsaken i noen grad skulle skyldes unnlatenhet hos legen, vil vi altså anta at dette i større grad vil gi utslag i

henvisninger til avtalespesialister enn til sykehus. Ettersom det kan være regionale forskjeller i tilgang til avtalespesialister, har vi justert for sentralitet i disse analysene.

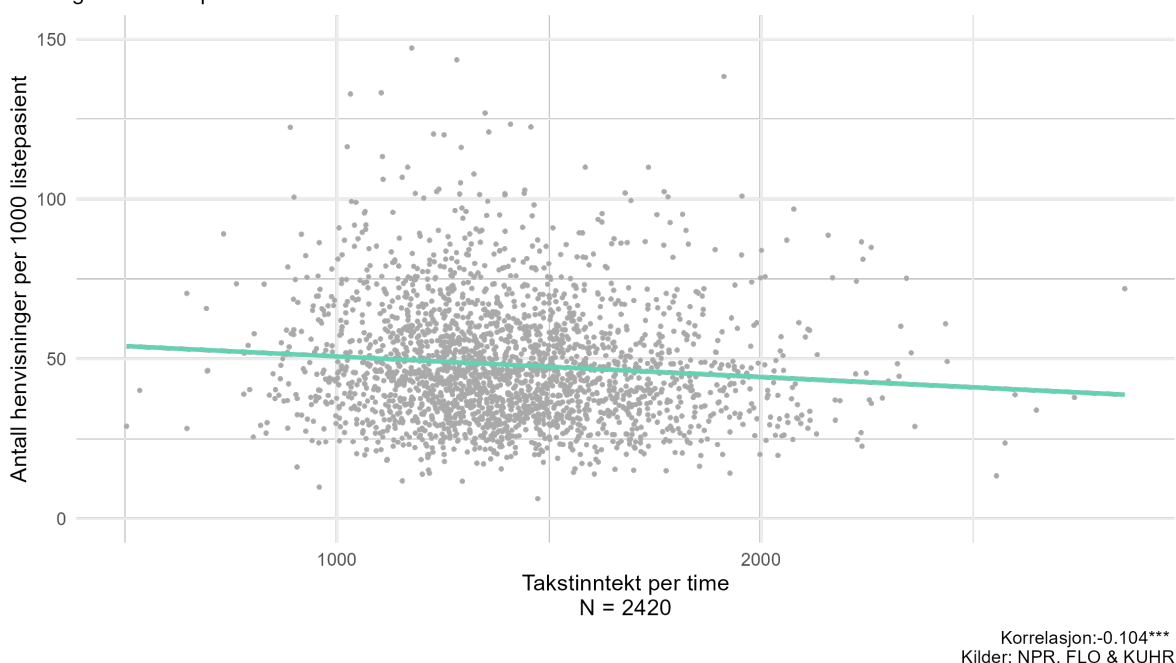
Henvisninger til sykehus har vi delt inn i kategoriene somatisk og psykisk helsevern. Det er i denne sammenheng verdt å merke at det finnes en egen takst (takst 616) for «særlig tidkrevende» henvisninger til psykisk helsevern. Denne taksten har vært relativt godt kompensert (den er i dag på NOK 357,-), og taksten kan derfor tenkes å påvirke henvisningsrate til psykisk helsevern. Det finnes ikke en tilsvarende takst for somatiske henvisninger. På grunn av denne taksten vil vi i utgangspunktet forvente at næringsdrivende legers henvisningsrate til psykiatrien vil kunne være relativt høyere enn de samme legenes henvisningsrate til somatisk behandling i helseforetak.

7.1 Inntjening for næringsdrivende og henvisninger til offentlige helseforetak, somatisk og psykisk helsevern

For næringsdrivende leger finner vi en negativ sammenheng mellom inntjening og henvisningsrate til somatiske undersøkelser ved offentlige helseforetak (Figur 7.1a). I ujustert modell, har en lege med 2000 kroner i takstinntekt per time 7 (14 %) færre henvisninger per 1000 listepasient sammenlignet med en lege med 1000 kr i takstinntekt per time. Sammenhengen er imidlertid ikke signifikant når vi justerer for listekjennetegn, men blir signifikant igjen ved justering for både liste- og legekjennetegn (Vedlegg A).

Henvisninger til sykehus, poliklinikk

Næringsdrivende spesialister

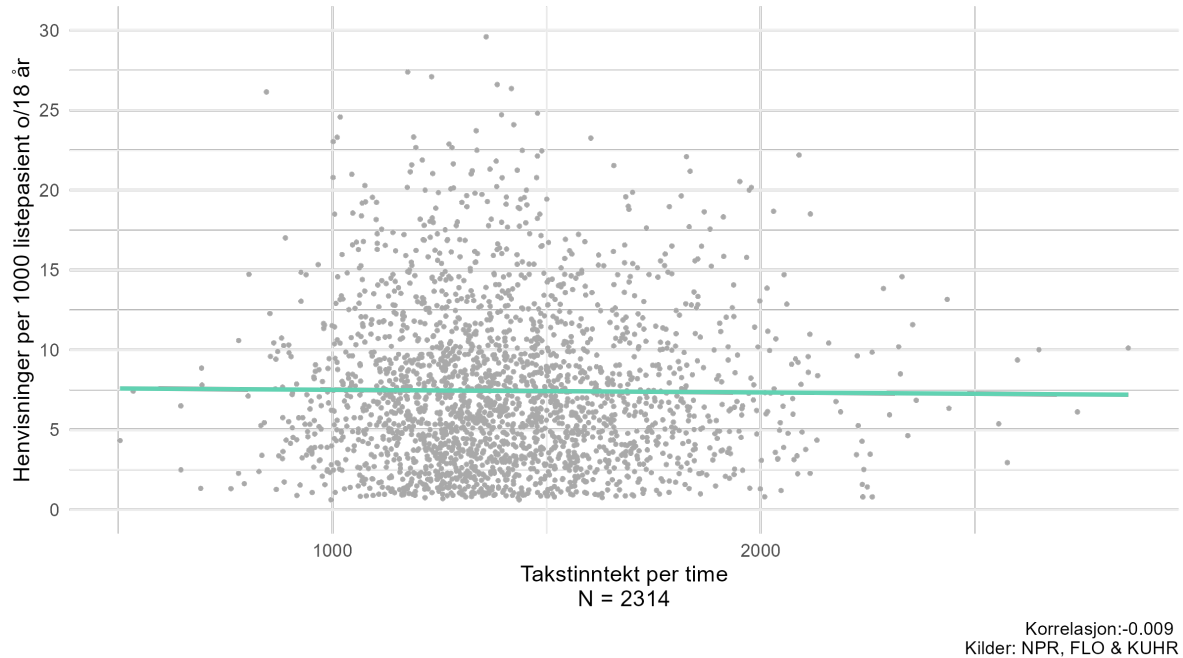


Figur 7.1a Henvisninger til offentlige sykehus og takstinntekt per time

For henvisninger til psykisk helsevern for voksne finner vi ingen signifikante sammenhenger mellom takstinntekt per time og henvisningsrate (Figur 7.1b). Sammenhengen forblir ikke-signifikant i justerte modeller (Vedlegg A).

Henvisninger til psykisk helsevern for voksne, poliklinikk

Næringsdrivende spesialister

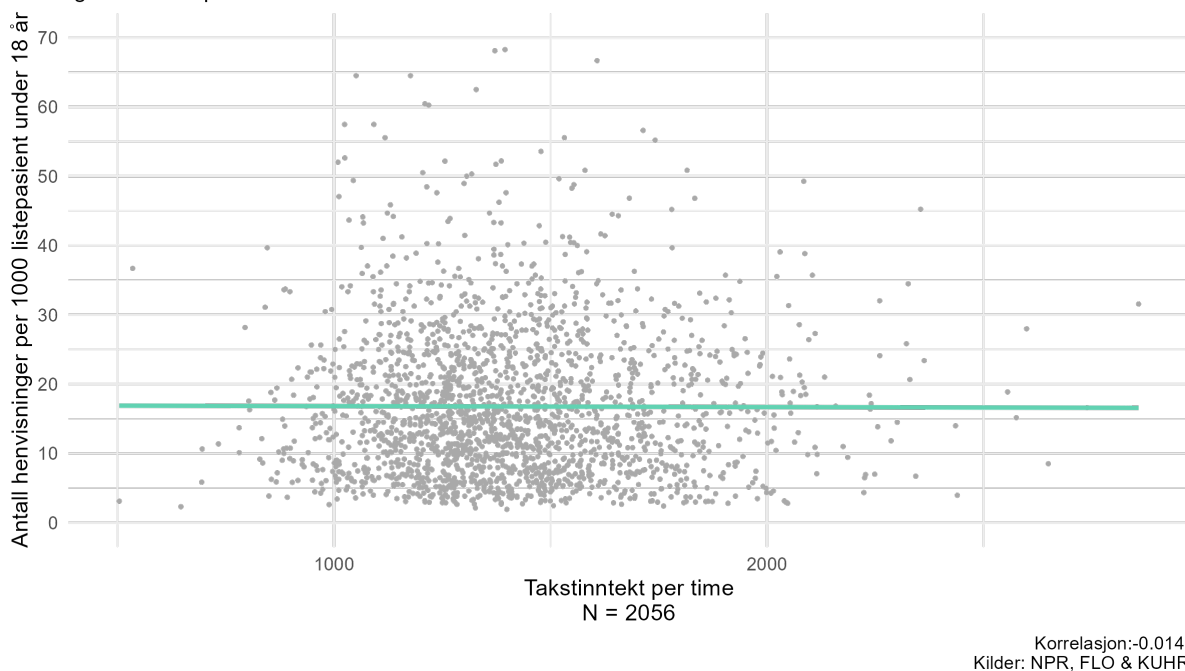


Figur 7.1b Henvisninger til psykisk helsevern for voksne og taksinntekt per time

Vi finner heller ingen signifikant sammenheng mellom takstinntekt per time og henvisningsrate til psykisk helsevern for barn og unge for næringsdrivende leger (Figur 7.2c).

Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge, poliklinikk

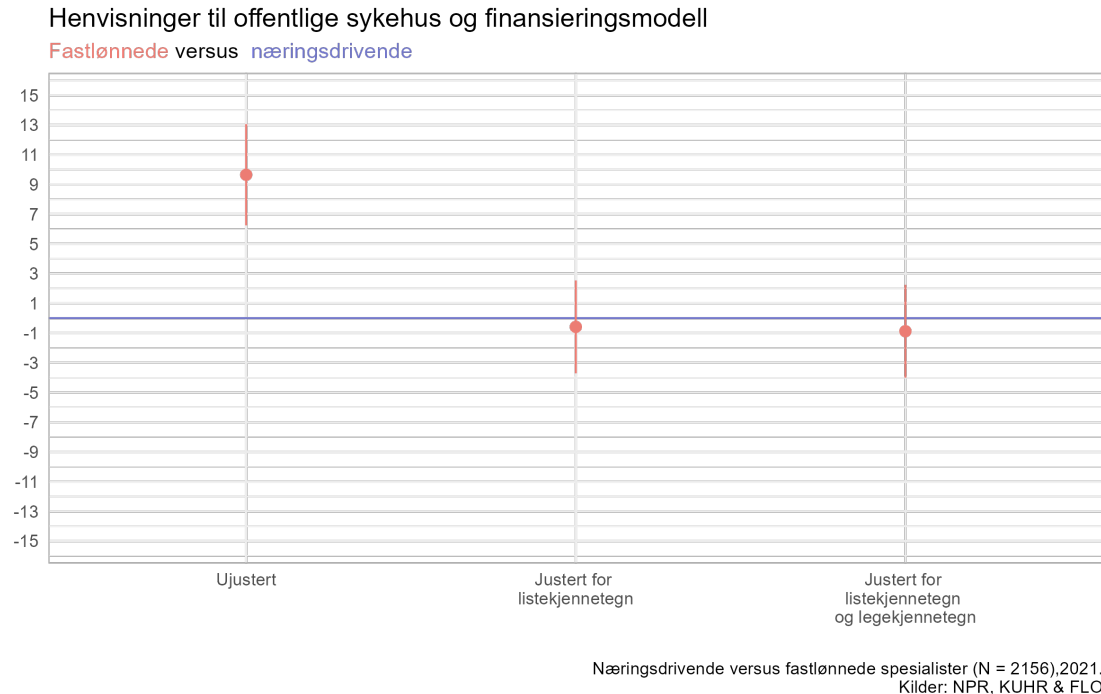
Næringsdrivende spesialister



Figur 7.1c Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge og takstinntekt per time.

7.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og henvisninger til offentlige helseforetak, somatikk og psykisk helsevern

Vi finner at fastlønnede leger har en høyere henvisningsrate til sykehus i ujusterte modeller. Forskjellen opphører imidlertid når vi justerer for listekjennetegn (Figur 7.2a og Vedlegg B).

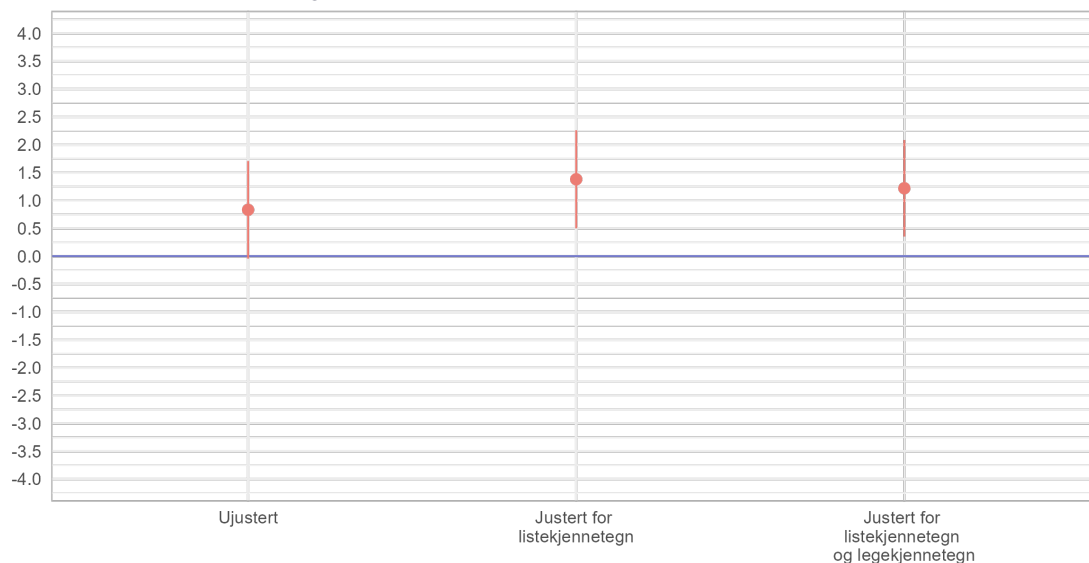


Figur 7.2a Henvisninger til offentlige sykehus og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall henvisninger per tusen listepasienter.

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne, har fastlønnede leger 1.4 (19 %) flere henvisninger per 1000 listepasient enn næringsdrivende når vi justerer for listekjennetegn (Figur 7.2b).

Henvisninger til psykisk helsevern for voksne og finansieringsmodell

Fastlønnede versus næringsdrivende



Næringsdrivende versus fastlønnede spesialister (N = 2441), 2021.

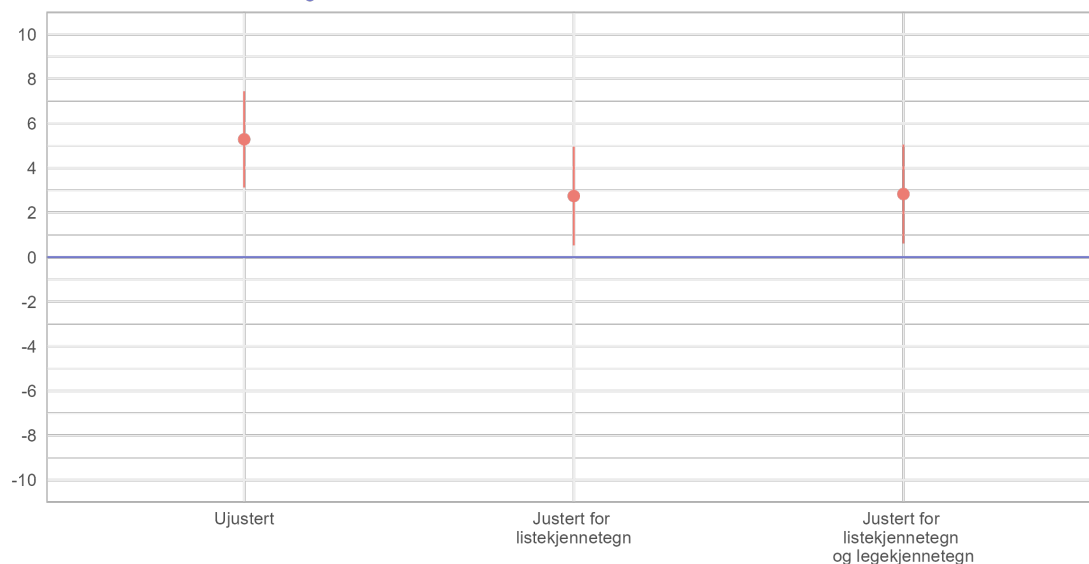
Kilder: NPR, KUHR & FLO

Figur 7.2b Henvisninger til psykisk helsevern for voksne og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall henvisninger per tusen listepasienter.

Vi finner tilsvarende assosiasjoner for barn og unge. Sammenlignet med næringsdrivende, har fastlønnede leger 2.7 (16 %) flere henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge når vi justerer for listekjennetegn (Figur 7.2c).

Henvisninger til psykisk helsevern for barn og finansieringsmodell

Fastlønnede versus næringsdrivende



Næringsdrivende versus fastlønnede spesialister (N = 2156), 2021.

Kilder: NPR, KUHR & FLO

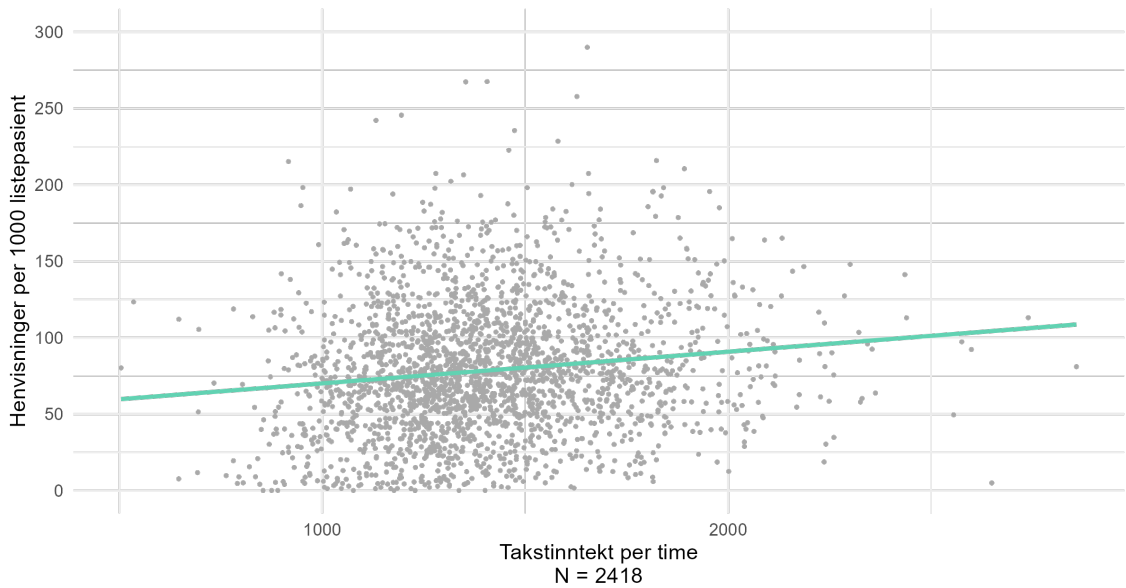
Figur 7.2c Henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall henvisninger per tusen listepasienter.

7.3 Inntjening for næringsdrivende og henvisning til private avtalespesialister

For henvisninger til avtalespesialister, finner vi en positiv sammenheng mellom takstinntekt per time og legens henvisningsrate til avtalespesialister (Figur 7.3). Dette er motsatt resultat av hva vi finner for henvisninger til somatiske sykehus. I ujustert modell, har en lege med 2000 kroner i takstinntekt per time 21 (30 %) flere henvisninger per 1000 listepasient sammenlignet med en lege med 1000 kr i takstinntekt per time. Retningen består, men assosiasjonen blir noe svakere, når vi justerer for både lege- og pasientkjenntegn i regresjonsanalyser (Vedlegg A).

Henvisninger til avtalespesialist

Næringsdrivende fastleger. Listelege er henviser.

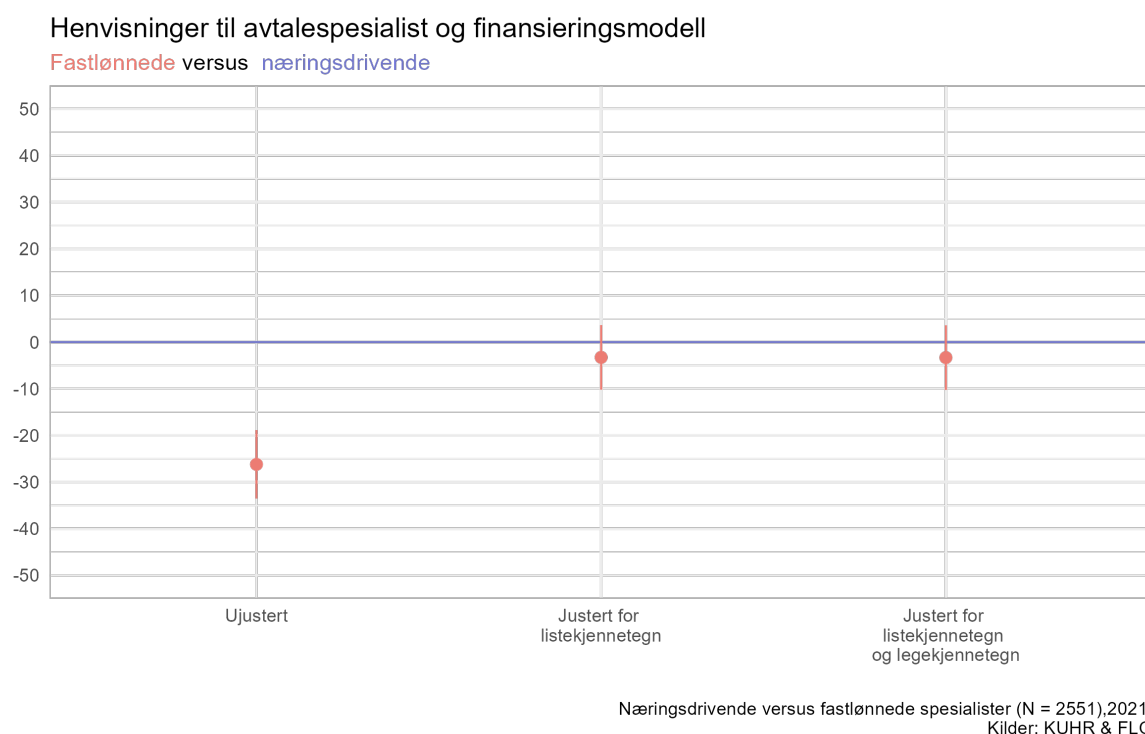


Korrelasjon: 0.138***
Kilder: KUHR & FLO

Figur 7.3 Henvisninger til avtalespesialist og takstinntekt per time

7.4 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og henvisninger til private avtalespesialister

Ved sammenligning av fastlønn og næringsdrift, ser det i utgangspunktet også ut til å være en forskjell i at næringsdrivende oftere henviser til avtalespesialist (Figur 7.4). Når vi justerer for kjennetegn ved fastlegelisten og legen, er det imidlertid ikke lenger signifikante forskjeller i henvisningsrate mellom næringsdrivende og fastlønnede leger (Figur 7.4 og Vedlegg B).



Figur 7.4 Henvisninger til avtalespesialist og finansieringsmodell. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall henvisninger per tusen listepasienter.

8 Sykefravær

Norge budsjetterte med 62 milliarder kroner til sykefravær i 2024 (29). Utgiftene til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd var budsjettert til omkring 170 milliarder kroner i 2024, og disse ytelsene følger ofte etter langtidssykefravær. Omtrent halvparten av arbeidstakere som er sykmeldt i et helt år går over til AAP, og omtrent halvparten av disse igjen går over til uføretrygd. Det er nesten ingen retur fra uføretrygd til arbeidslivet.

Ifølge OECD har Norge verdens høyeste sykefravær og helserelaterte ytelser, uansett om man måler det ved antall mennesker som rapporterer å motta ytelser i arbeidskraftundersøkelsen (AKU), eller som andel av BNP brukt på disse postene (30).

Fastlegene står for det meste av legemeldt sykefravær i Norge og er satt til å forvalte folketrygdloven som portvokter. Det kan være en rollekonflikt mellom å være samfunnets portvokter på den ene siden og pasientens advokat på den andre siden, og fastleger rapporterer at rollen som portvokter i spørsmål om sykefravær er utfordrende (2,31,32). Fastlegen er ment å si nei til pasientønsker om sykmelding som ikke er berettiget, samt å forsøke å gradere sykefravær der det er ønskelig.

To studier fra Norge finner at fastleger sykemelder pasienter i større grad når de er næringsdrivende enn når de er fastlønnet (33,34). Markussen og Røed finner i tillegg at fastlegene er mer liberale portvoktere jo mer konkurranse der utsatt for, altså om det finnes fastleger med åpne lister i samme region.

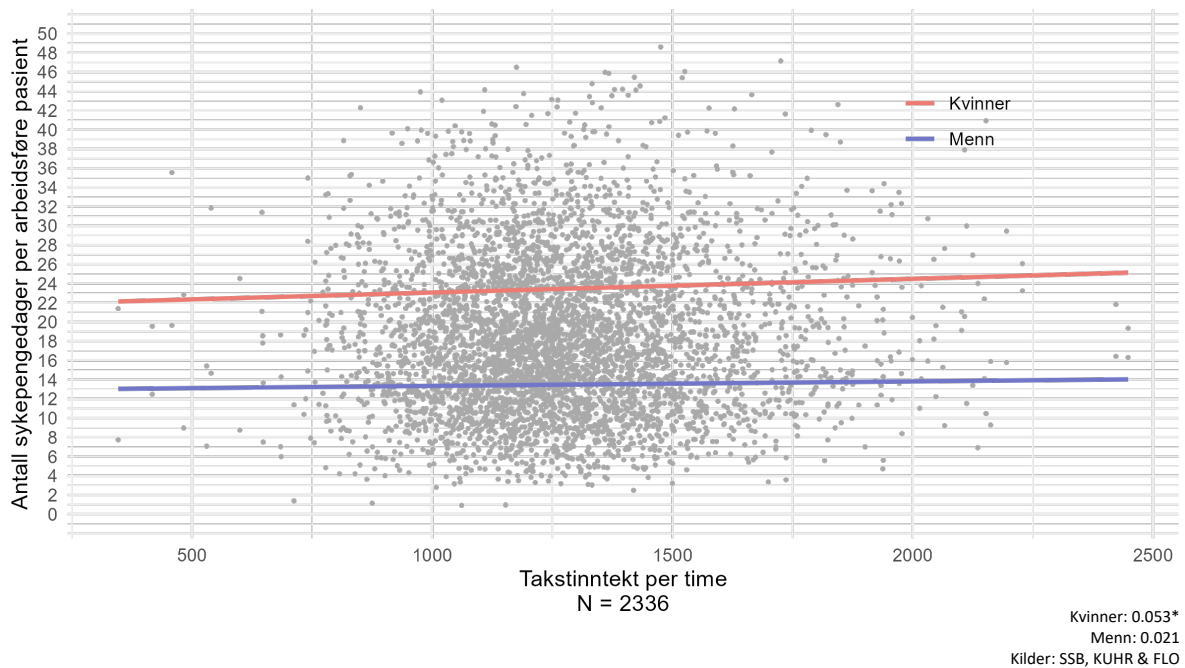
Vi undersøker to utfallsmål for fastlegenes pasienter i arbeidsfør alder, stratifisert på kjønn: sykefraværsvolum (antall dager justert for gradering)¹² og gradering av sykefravær (andel av sykepengedager som er gradert).

8.1 Inntjening for næringsdrivende fastleger og sykefraværsvolum, antall dager justert for gradering

For næringsdrivende leger finner vi en signifikant positiv sammenheng mellom inntjening og antall sykepengedager for kvinnelige pasienter. Forskjellen mellom leger med 1000 og 2000 kroner i takstinntekt per time utgjør cirka 1,5 ekstra sykepengedag per kvinnelige pasient per år, eller 7 % flere. Sammenhengen består når vi justerer for kjennetegn ved legens pasientliste (Vedlegg A). For mannlige pasienters sykefravær finner vi ingen sammenheng i ujustert modell. Sammenhengen blir imidlertid positiv og signifikant når vi justerer for kjennetegn ved listen.

¹² Det er tatt høyde for gradering av sykmeldinger, for eksempel er en dag med gradert sykmelding 50 % vektet til en halv dag.

Antall sykepengedager per arbeidsføre pasient og takstinntekt per time
Næringsdrivende spesialister



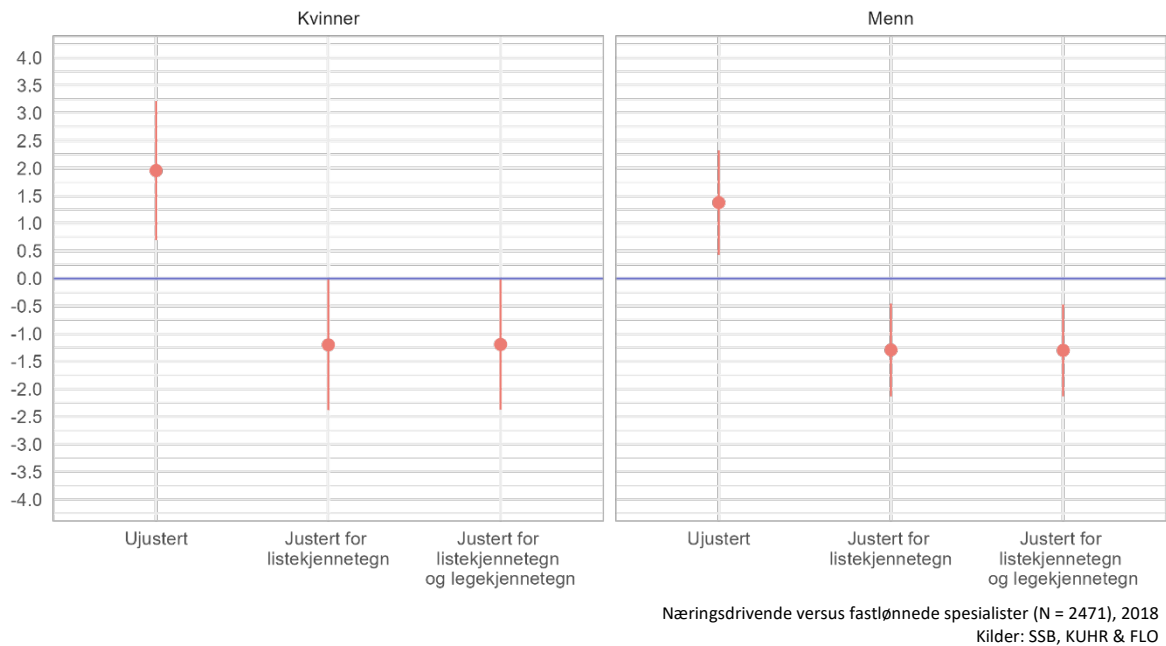
Figur 8.1a Antall sykepengedager per arbeidsføre pasient (justert for gradering) og takstinntekt per time, 2018

8.2 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og sykefraværsvolum, antall dager justert for gradering

Ved sammenligning av fastlønnede og næringsdrivende, har fastlønnede mer sykefravær på listen i ujusterte modeller, både for kvinner og menn. Når vi justerer for kjennetegn ved legenes pasientlister, snur sammenhengen. Fastlønnede har 1,2 færre sykepengedager per kvinnelig pasient og 1,3 færre sykepengedager per mannlige pasient (hhv. 5 % og 10 % færre sykepengedager) (Figur 8.2).

Sykepengedager og finansieringsmodell

Fastlønnede versus næringsdrivende. Stratifisert på kjønn.



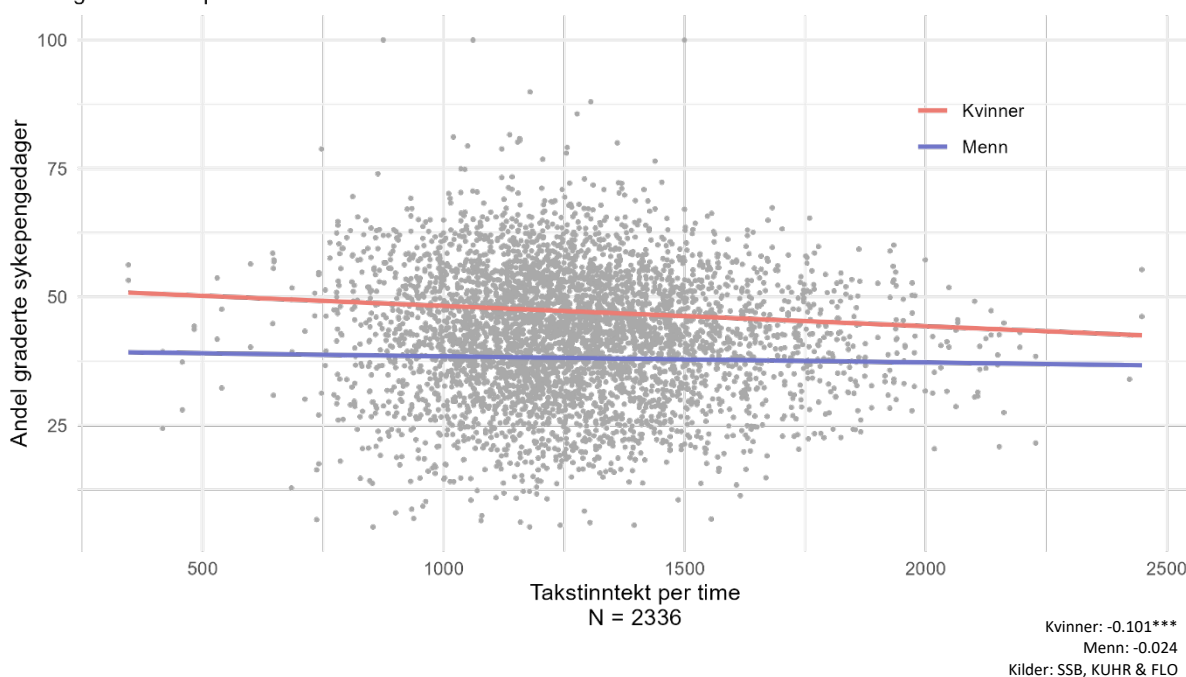
Figur 8.2 Antall sykepengedager per arbeidsføre pasient og finansieringsmodell, 2018. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i antall sykepengedager per 1000 arbeidsføre listepasient.

8.3 Inntjening for næringsdrivende fastleger og gradering av sykefravær

For kvinners sykefravær, finner vi en negativ sammenheng mellom takstinntekt per time og andel graderte sykepengedager (Figur 8.3). Forskjellen mellom leger med 1000 og 2000 kroner i takstinntekt per time utgjør en 8 % lavere graderingsandel. Sammenhengen består ved justering for kjennetegn ved legens pasientlister. Det er ingen slik sammenheng for menn, verken justert eller ujustert (Vedlegg A). Dette indikerer at fastleger som har høyere takstinntekt per time graderer mindre av kvinners sykefravær enn fastleger med lavere takstinntekt per time.

Andel av sykepengedager som er gradert og takstinntekt per time

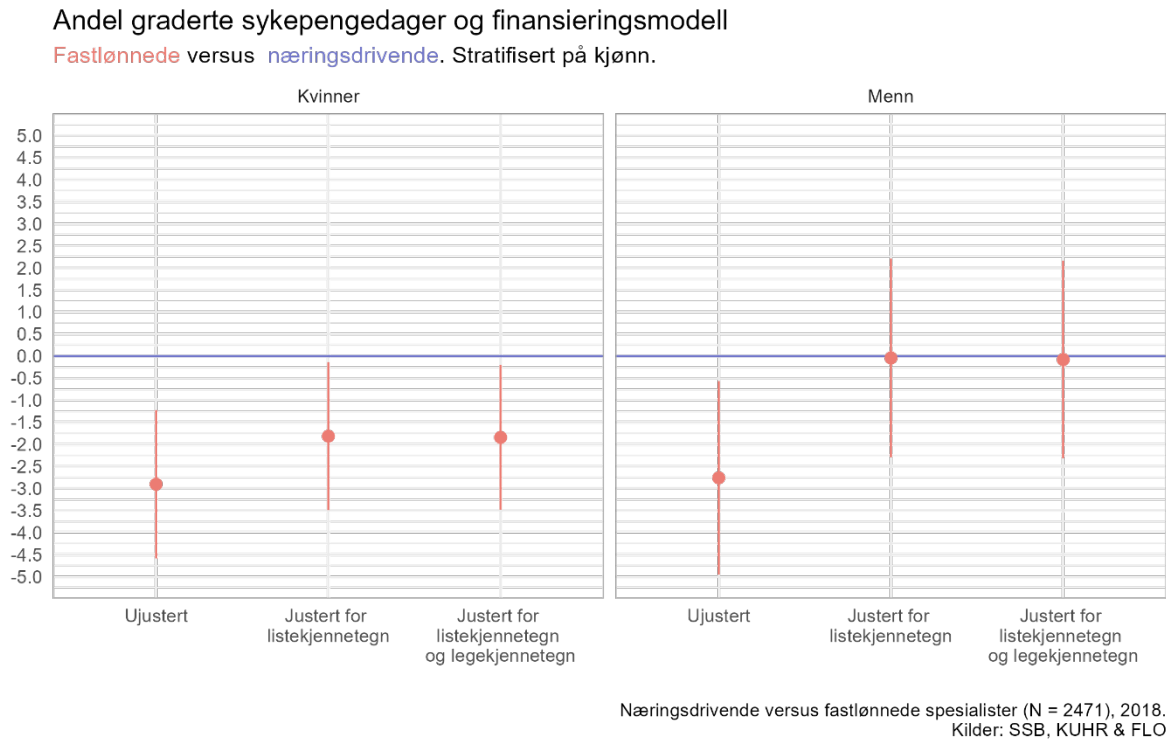
Næringsdrivende spesialister



Figur 8.3 Andel av sykepengedager som er gradert og takstinntekt per time, 2018

8.4 Fastlønnede versus næringsdrivende fastleger og andel gradert sykefravær

Når vi sammenligner næringsdrivende og fastlønnede, har fastlønnede lavere andel graderte sykepengedager i ujusterte modeller. For kvinners sykefravær, består sammenhengen når vi justerer for listekjennetegn, men dette gjelder ikke for menns sykefravær. Dette indikerer at næringsdrivende fastleger graderer mer av kvinners sykefravær, enn fastlønnede.



Figur 8.4 Andel av sykepengedager som er gradert og finansieringsmodell, 2018. Avstanden mellom linjen (næringsdrivende) og punktene (fastlønnede) viser differansen i andel sykepengedager som er gradert.

9 Vurdering av oppdrag om konsekvenser av fast ansettelse

Vi er blitt bedt om å kommentere på Helsedirektoratets «Oppdrag knyttet til rekruttering og arbeidsbelastning i allmennlegetjenesten. Deloppdrag 1: Fast ansettelse i kommunehelsetjenesten», datert 17. august 2022, heretter omtalt som «oppdraget om fast ansettelse» (35). Helsedirektoratet utførte oppdraget om fast ansettelse i tett samarbeid med Oslo Economics og Universitetet i Oslo. I oppdragsteksten ble Helsedirektoratet bedt om å «utrede konsekvenser av at en større andel av nye fastleger kommer inn i ordningen gjennom fast ansettelse». Det ble utredet konsekvenser for tre ulike scenarioer: (i) alle nye LIS3/ALIS-leger blir fast ansatt, (ii) fastleger under spesialisering blir fast ansatte og (iii) alle fastleger blir fast ansatte.

Rapporten konkluderer med at en overgang fra næringsdrift til fast ansettelse for alle fastleger, er estimert til å koste mellom 4,4 og 11,1 milliarder kroner det første året, med varige merkostnader på 2,3-8 milliarder kroner. Dette er basert på en beregning som estimerer et årsverksbehov på mellom 1,3 til 1,6 fast ansatte leger per næringsdrivende lege. Vi mener at denne beregningen av årsverksbehov bygger på enkelte antakelser det ikke er grunnlag for. I det følgende beskriver vi våre hovedinnvendinger til rapporten, før vi presenterer en alternativ måte å beregne legeårsverk på.

9.1 Kommentarer til rapporten

Vi har fem hovedinnvendinger til rapporten, nærmere presentert under. De fire første handler om hvordan årsverksbehovet ved overgang fra fastlønn til næringsdrift er beregnet. Vi mener rapporten ikke har tatt tilstrekkelig høyde for følgende forhold: (1) at fastlønnede utfører annet legearbeid ved siden av fastlegearbeid, (2) at takstbruk ikke er et tilstrekkelig godt mål på aktivitet generelt, og særlig for fast ansatte leger som har mindre insentiv til å føre takster, (3) at driftsform kan ha betydning for overforbruk av helsetjenester og (4) at antall gjennomførte konsultasjoner per år har svakheter som mål på kapasitet. Ut over dette peker vi på at rapporten ikke har inkludert indirekte kostnader og andre samfunnsmessige konsekvenser av finansieringsmodellene i sine kostnadsberegninger.

9.1.1 Fastlønnede fastleger har flere arbeidstimer med annet legearbeid

Beregningen av behovet for 1,3 til 1,6 fast ansatte per næringsdrivende lege er blant annet basert på resultater fra en spørreundersøkelse fra Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaksmedisin om fastlegers arbeidstid (36). For å skille pasientrettet arbeid på kurative dager fra annet legearbeid, ble respondentene bedt om å oppgi antall timer med pasientrettet arbeid per kurative dag. Næringsdrivende leger rapporterer et høyere antall timer med pasientrettet arbeid enn fast ansatte leger, i gjennomsnitt hhv. 9,6 og 7,6 timer.¹³ Med dette som utgangspunkt antar rapporten at næringsdrivende leger som blir fast ansatte vil redusere

¹³ Det er beheftet en del usikkerhet til disse tallene, både med tanke på at de er selvrapporterte, men også at tallet for fastlønnede er basert på 44 fastleger. Vi vil likevel anta at disse tallene er korrekte i den videre analysen.

antallet timer med pasientrettet arbeid per kurative dag fra 9,6 til 7,6 timer, og at man derfor vil trenge 1,26 leger for hver næringsdrivende lege som bytter til fastlønn.

Rapporten forsøker å ta høyde for forskjeller i annet legearbeid, men vi mener at rapporten ikke fullt ut fanger opp forskjellene i arbeidsmengde og aktivitet. I samme spørreundersøkelse, rapporterer de næringsdrivende og fastlønnede legene omtrent samme antall kurative arbeidsdager (næringsdrivende rapporterer 0,2 flere dager per uke).¹⁴ Forskjellene er imidlertid større i rapporteringen av tid brukt på annet legearbeid: Næringsdrivende og fastlønnede fastleger bruker i gjennomsnitt henholdsvis 39,5 og 29,7 timer på pasientrettet arbeid på fastlegekontoret, og i gjennomsnitt 4,8 og 15,9¹⁵ timer på legevakt.

Næringsdrivende bruker altså cirka 10 timer mer på pasientrettet arbeid på legekontoret, men 10 timer mindre på legevakt. Når alt annet arbeid også inkluderes i målet på arbeidstid, angir fastlønnede leger altså en noe *høyere* arbeidsmengde enn næringsdrivende (58 vs. 54 timer i uka).¹⁶ Det er åpenbare usikkerheter knyttet til selvrapportert arbeidstid, men når rapporten først baserer seg på slike data, tar den etter vårt inntrykk ikke tilstrekkelig høyde for at en betydelig del av forskjellen i antall timer pasientrettet arbeid ser ut til å forklares med at fastlønnede i større grad utfører andre legeoppgaver, slik som arbeid på legevakt, sykehjem- og helsestasjon.

9.1.2 Takstbruk har betydelige svakheter som mål på aktivitet ved sammenligning av fastlønn og næringsdrift

Analysen i rapporten baserer seg på funn i en forskningsartikkel som undersøker effekten av næringsdrift versus fastlønn på en rekke utfall (33). Artikkelen finner at fastleger takster 4,5 prosent mer per konsultasjon når de er næringsdrivende sammenlignet med når de er fastlønnnet. Dette tolkes som at næringsdrivende leverer flere helsetjenester per konsultasjon. Vi mener det er betydelige svakheter ved å bruke takstbruk som mål på medisinsk aktivitet i sammenligningen av næringsdrivende og fastlønnede leger.

Mange av takstene i normaltariffen er skjønnsbaserte, og det er i stor grad opp til legen selv å vurdere hvorvidt kriteriet for en takst er oppfylt. Næringsdrivende leger har et åpenbart sterkere økonomisk insentiv til å registrere takster, da dette direkte påvirker egen inntjening. For fastlønnede leger vil inntekter fra takstene i hovedsak gå til kommunen.¹⁷ Selv i tilfeller der legen har bonusordninger, vil insentivene virke svakere enn for næringsdrivende leger. Man må derfor anta at det finnes systematiske forskjeller i hvordan takster forstås og brukes avhengig av driftsform. Av den grunn må man være varsom med bruk av takster som mål på leverte medisinske tjenester i denne sammenheng. Dette er ikke tatt høyde for i rapporten.

¹⁴ Tabell 5 i Rebnord et al. (2018): Fastlønnede har 3,9, mens næringsdrivende har 4,1 kurative dager i uka. Regnet ut ved å dele kolonnen «Timer i uken til alt pasientrettet arbeid» på «Timer per kurativ dag til alt pasientrettet arbeid».

¹⁵ Tabell 15 i Rebnord et al. (2018): Tallene er regnet ut på følgende måte: «Timer legevakt i uken» ganger andelen som har legevakt for hver av gruppene. Tallene for tilstedevakt er 2,7 (7,8).

¹⁶ Tabell 15 i Rebnord et al. (2018).

¹⁷ Selv om noen fastlønnede leger også har bonusordninger basert på egen takstbruk

9.1.3 Aktivitetsbasert finansiering kan være en driver for overforbruk av helsetjenester

Rapporten legger til grunn at hvis dagens kapasitet i fastlegeordningen skal opprettholdes, må også antall prosedyrer (førte takster) og konsultasjoner opprettholdes. Aktivitetsbasert finansiering kan også gi incentiver til overbehandling. Bevisstheten rundt overbehandling og overforbruk av helsetjenester har økt de seneste årene, og flere peker på økonomiske incentiver som en viktig driver for overforbruk (37,38). Ved en fullstendig overgang til fastlønn, kan man anta at overforbruk som kunne tilskrives aktivitetsbasert finansiering også ville ha blitt redusert. Det er derfor liten grunn til å forutsette at aktivitetsnivået skal måtte forbli uendret, og en slik forutsetning vil kunne overestimere kostnadene ved overgang til fastlønn.

9.1.4 Antall utførte konsultasjoner er ikke et fullgodt mål på kapasitet

Rapporten bruker antall utførte konsultasjoner som mål på kapasitet i fastlegetenesten. En innvending mot dette, er at incentivenes innretning vil påvirke hvordan legene innretter sin praksis. Det er blant annet vist at næringsdrivende har flere konsultasjoner per pasient sammenlignet med fastlønnede, men at hver pasient får mindre tid hos legen årlig (5). Det er altså ikke åpenbart at flere konsultasjoner representerer et bedre tilbud til pasientene, og det er heller ikke åpenbart at mange korte konsultasjoner representerer bedre kapasitet enn færre konsultasjoner av lengre varighet. Slik rapporten beregner kapasitet, vil det altså fremstå som dobbelt så god kapasitet dersom én 20 minutters konsultasjon med to problemstillinger i stedet blir delt opp i to konsultasjoner á 10 minutter.

I tillegg er det i en del pasientkontakter opp til legens skjønn å vurdere hvorvidt det skal brukes takst for full konsultasjon eller en lavere takst for enkel pasientkontakt. Slike vurderinger kan påvirkes av økonomiske incentiver i retning av at næringsdrivende oftere bruker konsultasjonstaksten. Dette underbygges av at fastlønnede i betydelig større grad benytter takst for enkel pasientkontakt (5). Rapportens forutsetning om at antall konsultasjoner reflekterer økt kapasitet, uten hensyn til at det også kan reflektere ulik takstbruk eller hvorvidt pasienttiden blir fordelt over flere konsultasjoner, kan derfor bidra til at fastlønnede legers effektivitet undervurderes og at kostnadsforskjellene overestimeres.

9.1.5 Næringsdrift medfører økte indirekte kostnader

En av de viktigste innvendingene til rapporten er at den har utelatt indirekte kostnader ved næringsdrift. I våre analyser ser vi blant annet på portvokteroppgaver som sykmelding, henvisning til bildediagnostikk og forskrivning av antibiotika og avhengighetsskapende medisiner. Kostnader forbundet med dette ville kunne gi store utslag når en kostnadsforskjell mellom ulike finansieringsmodeller skal beregnes.

9.2 Alternativ tilnærming

Det finnes flere mulige tilnærminger for å vurdere samfunnsøkonomiske og personellmessige konsekvenser av å endre næringsdrivendes tilknytningsform til fast ansettelse (og fast lønn). Vi mener at antall listepasienter er bedre egnet som mål på fastlegeordningens kapasitet, enn legenes takstatferd. Det kan imidlertid være flere forhold som bidrar til at fastleger med ulike finansieringsmodeller har ulikt antall listepasienter. Tabell 9.1 viser forskjellene mellom næringsdrivende og fast ansatt fastleger. Vi prøver å hensynte flere av forskjellene i beregningen under.

Tabell 9.1: Beskrivelse av fastlegepopulasjonen og kjennetegn ved lista

	Næringsdrift	Fast ansettelse
Antall fastleger	3178	468
Antall listepasienter	1144	681
Antall kurative arbeidsdager ^a	165	113
Antall år som fastlege ^b	12	7.5
Fastlegens alder	50	43
Andelen menn	58 %	45 %
Listekjennetegn		
Alder	42	42
Andel over 80 år	5 %	6 %
Andel kvinner	50 %	50 %
Andel med lavere utdanning enn VGS	20 %	23 %
Andel i laveste inntektskvintil	17 %	20 %
Gjennomsnittlig sentralitet ^c	821	662

Tabellkommentarer: Tallene er gjennomsnitt i hver gruppe, med unntak av raden for antallet i hver gruppe og når det er oppgitt som andel. a: Vi finner en mye større forskjell i antall kurative arbeidsdager, dette diskuteres under styrker og svakheter avslutningsvis i kapitlet. b: Maksverdien på variabelen «antall år som fastlege» kan ikke være høyere enn antall år siden fastlegeordningens start i 2001. c: Gjennomsnittlig sentralitet er først beregnet ved å finne gjennomsnittlig sentralitetsindeks for fastlegenes listepasienter, for deretter å ta gjennomsnittet fastlegene med de ulike finansieringsformene.

9.2.1 Beregning av årsverksbehov

Vi har beregnet årsverksbehov ved å benytte registerdata fra KUHR og FLO. Beregningen inkluderer alle fastleger i 2021 som hadde flere enn 10 kurative arbeidsdager¹⁸, som var eier av en fastlegeliste og som ikke hadde vikar mer enn tre kalendermåneder (N = 3646) (tabell 9.1).

Fast ansatte fastleger har i gjennomsnitt rundt 463 færre listepasienter enn næringsdrivende (681 versus 1144). Hvis de næringsdrivende hadde blitt fast ansatt og hatt tilsvarende antall listepasienter, ville man i utgangspunktet derfor behøvd 1,68 leger per næringsdrivende lege som blir fast ansatt. Det er imidlertid lite sannsynlig at denne forskjellen kun kan tilskrives effekter av finansieringsform. Vi har derfor benyttet lineær regresjon til å justere for andre faktorer som kan ha betydning for legens listelengde (oppsummert i tabell 9.2).

Tabell 9.2: Oppsummering av regresjonsmodeller og årsverksbehov

	Justert for (kumulativt)	Koeffisient	Årsverksbehov per næringsdrivende lege
Modell 1	-	-465,3	1,68
Modell 2	Antall arbeidsdager	-283,2	1,33
Modell 3	Antall år som fastlege	-238,3	1,26
Modell 4	Gjennomsnittlig sentralitet	-101,5	1,10
Modell 5	Fastlegens kjønn, andel kvinner på lista, andel over 80 år, andel med lavere utdanning enn VGS, andel i laveste inntektskvintil	-95,1	1,09

Kurative arbeidsdager (Modell 2)

Arbeidstidsundersøkelser viser at det ikke er noen betydelig forskjell i hvor mange timer fast ansatte og næringsdrivende jobber (36,39), men at det er en stor forskjell i hvor mye tid de bruker på fastlegearbeid og annet legearbeid, slik som arbeid ved legevakt, helsestasjon eller sykehjem. For å ta hensyn til at fast ansatte oftere jobb er med andre legeoppgaver, har vi i modell 2 justert for antall kurative arbeidsdager. Denne justeringen reduserer forskjellen til 283 færre listepasienter og man ville trengt 1,33 leger per næringsdrivende lege.

Erfaring i fastlegeyrket (Modell 3)

Det er sannsynlig at erfaring har betydning for hvor mange listepasienter en fastlege har. Det er også stor forskjell i antall år næringsdrivende og fast ansatte har arbeidet som fastlege (12 versus 7.5 år, Tabell 9.1). For å ta hensyn til at forskjellen i listelengde mellom tilknytningsformene kan være et uttrykk for ulik erfaring, har vi i modell 3 justert for antall år arbeidet som fastlege (i tillegg til antall arbeidsdager). Dette reduserer forskjellen videre til 238 færre listepasienter, og et årsverksbehov på 1,26 leger per næringsdrivende lege.

Geografi (Modell 4)

Det er betydelig vanligere med fast ansettelse i mindre distriktskommuner, mens næringsdrift er vanligst i større byer (40). Om man er fastlege i en liten distriktskommune eller en stor by vil kunne ha betydning for hvor mange listepasienter man har ansvar for. Dette kan for eksempel

¹⁸ Definert som minst 5 2ad-konsultasjoner på en hverdag.

handle om ulik pasientsammensetning, men også hvor mange innbyggere som bor innen akseptabel reisetid. I modell 4 forsøker vi å ta hensyn til dette ved å justere for gjennomsnittlig sentralitet på lista. Dette reduserer forskjellen ytterligere til 102 færre listepasienter, og et årsverksbehov på 1,10 leger per næringsdrivende lege.

Andre forhold (Modell 5)

I modell 5 har vi videre justert for en rekke faktorer som kan tenkes å bidra til forskjellen mellom næringsdrivende og fast ansatte fastleger. Vi har inkludert fastlegens kjønn og en rekke andre listekjennetegn (se tabell 9.2). Dette estimerer at fast ansatte har 95 færre listepasienter enn næringsdrivende, hvilket ville gi et årsverksbehov på 1,09 leger per fastlegehjemmel som endres fra næringsdrift til fast ansettelse.

9.2.2 En annerledes konklusjon

Et årsverksbehov på 1,09 leger per fastlegehjemmel som konverteres til fast ansettelse er et betydelig lavere estimat enn både det høyeste (1,60) og det laveste (1,30) estimatet i rapporten om fast ansettelse. Dette vil gi et behov på 378 nye leger – mot rapportens beregnede 1 385 til 2 679 nye leger. Denne forskjellen reduserer de estimerte kostnadene med flere milliarder kroner.

I tillegg til dette, utelater rapportens beregninger indirekte kostnader ved næringsdrift og andre samfunnsmessige konsekvenser, slik som økt forskrivning av antibiotika, sykmelding og vanedannende legemidler. Selv om det kan være krevende å anslå nøyaktige kostnader av slike effekter, kan det potensielt utgjøre store beløp. For eksempel estimerer en studie fra Frisch-senteret at en full overgang fra næringsdrift til fast ansettelse vil kunne redusere sykefraværet med 3-4 % (34). Med dagens kostnader til sykefravær utgjør dette rundt 2 milliarder kroner spart. Hvis man inkluderer slike indirekte kostnader, kan det altså vise seg å være samfunnsøkonomisk lønnsomt med fast ansettelse. Denne kostnaden ved svakere portvokting for næringsdrivende fastleger er ikke hensyntatt i rapporten. For å komme fram til sikrere estimater bør dette utredes grundigere.

9.2.3 Styrker og svakheter

Våre beregninger benytter registerdata om alle fastleger innenfor utvalgskriteriene - den har dermed lite seleksjonsskjevhet i datagrunnlaget. Som mål på kapasitet tar vi utgangspunkt i antall listepasienter, som vi mener er et bedre mål på fastlegenes kapasitet enn antall konsultasjoner. En svakhet er at listestørrelse alene ikke fullt skiller mellom «lettere» og «tyngre» lister. For å redusere betydningen av dette, har vi justert for listekjennetegn i den siste regresjonsmodellen.

En annen svakhet ved sammenligninger av ulike finansieringsformer er at beregningene baserer seg på en forenklet antakelse om at ved endring av driftsform, vil de legene som i dag er næringsdrivende oppføre seg på samme måte som de som i dag er fast ansatte leger. Det er ikke gitt at dette vil være tilfelle. Det kan være store seleksjonseffekter i hvilke leger som velger å arbeide i de ulike ordningene og det kan hende legen har blitt vant til en arbeidsmåte som enten vil endres over tid, eller som legen vil fortsette med uavhengig av finansieringsform.

En stor forskjell på våre egne beregninger og rapporten om fast ansettelse, er hvor mange kurative dager som estimeres. Rapporten om fast ansettelse baserer seg på surveydata om fastlegers tidsbruk (36) som finner at næringsdrivende og fast ansatte arbeider henholdsvis 4,1 og 3,9 kurative dager i uka. I et arbeidsår med 46 arbeidsuker gir dette 189 og 179 kurative arbeidsdager (altså 5 % flere dager for næringsdrivende leger). I vår beregning er de samme tallene 165 og 113 (altså 46 % flere dager for næringsdrivende leger). Denne forskjellen er av avgjørende betydning for hvorfor beregningen av antall listepasienter per kurative dag blir ulike, og hvorfor konklusjonene blir annerledes. Dette bør undersøkes nærmere. Vi mener at registerdata gir de mest troverdige estimatene, både fordi registerdata gir et mer objektivt datagrunnlag, og fordi surveydata er heftet med seleksjonsskjevhet ved at deltakelse er frivillig og krever et aktivt engasjement fra legen.

10 Vurdering av rapport «Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten» (Oslo Economics, UiO, 2024)

Vi har også blitt bedt om å kommentere rapporten «Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III» fra 30. april 2024 (heretter referert til som «evalueringsrapporten»). Rapporten er skrevet av Oslo Economics og Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vi mener rapporten i all hovedsak inneholder opplysende og gjennomarbeidede analyser som er et godt kunnskapsgrunnlag for evaluering og utvikling av allmennlegetjenesten. Vi har enkelte bemerkninger:

Evalueringsrapporten løfter grundig fram flere sider ved fastlegeordningen, slik som finansiering, rekruttering og bemanning. Vi mener derimot at den i for liten grad analyserer betydningen for pasientene, gitt at et av målområdene for evalueringen er god kvalitet for innbyggerne. I den andre evalueringsrapporten ble pasienterfaringer inkludert, men den siste rapporten har ikke med dette. Rapporten sier også lite om de helsemessige konsekvensene utviklingen av fastlegeordningen har for pasientene. For eksempel, er det tidligere vist at det er en liten forskjell i hvor ofte pasienter med og uten fastlege har konsultasjon hos legen. (41) Hvordan dette ser ut i dag, eller om dette har en nevneverdig betydning for pasientenes helse er eksempler på kunnskap som kunne vært nyttig.

Flere steder i rapporten, deriblant i oppsummeringen på side 81 og 82, nevnes det at utviklingen mot flere kommunale fastlegestillinger kan bidra til redusert listelengde. Vi mener å ha moderert det antatte bidraget av finansieringsmodell i det foregående kapittelet (kapittel 9) i vår rapport ved å vise at også andre momenter spiller inn. Redusert listelengde kan delvis forstås som en naturlig effekt av nyrekruttering (leger med kortere erfaring har kortere lister), en generasjonseffekt (nye generasjoner leger ønsker seg kortere lister) og en kjønnseffekt (kvinnelige leger ønsker kortere lister). Tar man høyde for disse forholdene, i tillegg til det at fastlønnede leger utfører mer annet legearbeid, ser det ut til at kommunale stillinger i seg selv kun i liten grad kan sies å bidra til reduserte listelengder.

I kapittel 3 av evalueringsrapporten diskuteres rekruttering. Vi savner her et kjønnsperspektiv i diskusjonen. Det har foregått en underrekruttering av kvinnelige leger til fastlegeordningen. Kvinner har i flere år vært i vesentlig flertall blant norske medisinstudenter, med en kvinneandel på cirka 70%. Likevel er bare rundt halvparten av fastleger under 40 år kvinner. Det er allerede en forskjell i inntjening fra takster (kvinnelige leger tjener cirka 6 % mindre enn mannlige leger per arbeidstime på dagtid fra takster). Det økte basistilskuddet per pasient og fjerningen av knekkpunktet har bidratt til ytterligere kjønnsforskjeller i inntjening, da mannlige leger også har lengre lister enn kvinnelige leger.

I kapittel 3 presenteres det heller ikke noe om preferansene til mulige kandidater som kan rekrutteres, slik som medisinstudenter og LIS1-leger. Dette mener vi er en svakhet. Dette har riktignok blitt gjennomført i den første delrapporten, men det hadde styrket rapporten om disse dataene hadde vært oppdatert.

I kapittel 5.2.2 i evalueringsrapporten diskuteres legenes preferanser for ulike driftsformer. Rapporten skriver at flertallet foretrekker næringsdrift, men vi vil bemerke at dette baserer seg

på en spørreundersøkelse utført blant etablerte fastleger. Det oppgis ikke hva medisinstudenters eller LIS1-legers preferanser er for ulike driftsformer, noe som hadde gitt et mer helhetlig bilde. I spørreundersøkelsen blant medisinstudenter og LIS1-leger fra den første delrapporten er det en noe større andel som oppgir preferanse for kommunal ansettelse (42).

11 Diskusjon

Det ligger til fastlegens samfunnsoppdrag å praktisere restriktiv portvokting, det vil si blant annet å begrense unødvendig forskrivning av antibiotika og vanedannende legemidler, sykmelding og henvisninger.

Vi finner gjennomgående at næringsdrivende fastleger som praktiserer restriktiv portvokting på disse områdene, tjener mindre enn sine kollegaer som praktiserer mer liberal portvokting. Det eneste unntaket er henvisning til spesialisthelsetjeneste i offentlige helseforetak. Henvisninger til spesialisthelsetjeneste i offentlige helseforetak omfatter antakelig mer alvorlige tilstander enn de som blir henvist til avtalespesialister. For avtalespesialister finner vi det samme mønsteret som for de andre portvokteroppgavene, at inntekt er positivt assosiert med mer liberal portvokting.

Våre analyser er ikke egnet til å si noe sikkert om hvilke mekanismer sammenhengen mellom inntekt og portvokting virker gjennom. En mulig mekanisme kan være at restriktiv portvokting tar mer tid enn liberal portvokting. Kortere konsultasjoner er assosiert med både høyere takstinntekt og med mer liberal portvokting. I våre kvalitative studier beskriver fastlegene at restriktiv portvokting tar mer tid enn liberal portvokting, altså at det tar kortere tid å si «ja» enn å si «nei» til en forespørsel om antibiotika, B-preparater, sykmelding eller en henvisning (1,2). Dermed kan restriktiv portvokting bli mindre lønnsomt for næringsdrivende fastleger. De beskriver også at restriktiv portvokting utfordrer relasjonen til pasienten, som ytterligere gir et ikke-økonomisk insentiv til liberal portvokting. En annen mulig mekanisme kan være at både legen og pasienten har forventninger om at en konsultasjon skal resultere i en behandling eller et tiltak. Et økt antall konsultasjoner vil dermed i seg selv kunne bidra til et økt antall forskrivninger og henvisninger.

Fastlønnede fastleger har ikke de samme økonomiske insentivene, eventuelt har de slike insentiver i mindre grad hvis de har avtale med kommunen om aktivitetsbasert bonus. Når det gjelder antibiotikaforskrivning, vanedannende legemidler, MR-undersøkelser, tyder resultatene våre på at fastlønnede praktiserer mer restriktiv portvokting. For henvisninger til somatiske undersøkelser og avtalespesialister, derimot, er ikke forskjellene like tydelige. Fastlønnede henviser imidlertid mer til voksen- og barne- og ungdomspsykiatri. For sykefravær, varierer konklusjonene etter hvilket utfallsmål for sykefravær som er studert. Fastlønnede har færre sykepengedager per pasient, men graderer også mindre.

Våre analyseresultater har styrker og svakheter. Registerdata er anvendt for hele den norske populasjonen, noe som gir høy grad av reliabilitet i data. Vi kan likevel ikke utelukke at uobserverbare bakenforliggende variabler har en betydning for sammenhengene. Sammenhengene kan skyldes systematiske ulikheter i legenes pasientlister, som kan påvirke både behovet for disse tjenestene og fastlegens inntekt. Vi har derfor justert for en rekke kjennetegn ved legen selv og legens pasientliste for å fange opp noe av denne variasjonen. Vi kan heller ikke sikkert slå fast at en endring av finansieringsform nødvendigvis vil medføre at legene endrer sin praksis på alle områdene nevnt i denne rapporten. Det er mulig at leger med ulike faglige preferanser rekrutteres i ulik grad til henholdsvis fastlønn og næringsdrift, og at det forklarer noen av de observerte sammenhengene.

Helsedirektoratets rapport om fast ansettelse av fastleger konkluderte med at en fullstendig overgang til fast ansettelse vil koste mellom 2,3 og 8 milliarder kroner årlig. Vi har flere innvendinger til dette kostnadsestimatet og vi mener det handler om forutsetningene i beregningene og utelatelse av indirekte kostnader. Konklusjonen kan tenkes å være motsatt, altså at det er mer kostbart med næringsdrift enn fastlønn for samfunnet, når man tar hensyn til svakere portvokting for næringsdrivende fastleger.

Merkostnader som følge av liberal portvokting kan være betydelige for områder som sykmelding og henvisning til MR, og noe mer komplisert å beregne for antibiotikaresistens og avhengighet av vanedannende legemidler. Ved sammenligning av ulike finansieringsformer, bør også mulige folkehelseulempes og kostnader som følge av liberal portvokting vurderes.

Referanser

1. Kraft KB, Hoff EH, Nylenna M, Moe CF, Mykletun A, Østby K. Time is money: general practitioners' reflections on the fee-for-service system. *BMC Health Serv Res.* 15. april 2024;24(1):472.
2. Hoff EH, Kraft KB, Moe CF, Nylenna M, Østby KA, Mykletun A. The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health.* 12. februar 2024;24(1):439.
3. Regjeringen. Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024-2033 [Internett]. 2024 [sitert 6. januar 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7ae8eacec9cc4af085b5c113a98a0eb0/no/pdfs/strategi-antimikrobiell-resistens.pdf>
4. Legeforeningen. Kloke valg [Internett]. 2025 [sitert 31. mars 2025]. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>
5. Kraft KB, Grøslund M, Hoff EH, Mykletun A, Østby KA. General Practitioners' Earnings and Practice Variation in a Fee-for-Service System: A Descriptive Registry Study [Internett]. Preprints.; 2024 [sitert 5. november 2024]. Tilgjengelig på: <https://www.preprints.org/manuscript/202411.0321/v1>
6. Riksrevisjonen. Undersøkelse av bruken av poliklinisk bildediagnostikk. 2017. Report No.: Administrativ rapport nr. 1 (2016-2017).
7. Hyun D. Pew. 2017 [sitert 13. juni 2023]. Why Doctors Prescribe Antibiotics—Even When They Shouldn't. Tilgjengelig på: <http://pew.org/2txE32H>
8. Hutchinson JM, Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *Canadian Medical Association.* 1999;160(7):1013–7.
9. Neprash HT, Mulcahy JF, Cross DA, Gaugler JE, Golberstein E, Ganguli I. Association of Primary Care Visit Length With Potentially Inappropriate Prescribing. *JAMA Health Forum.* 10. mars 2023;4(3):e230052.
10. Linder JA, Singer DE, Stafford RS. Association between antibiotic prescribing and visit duration in adults with upper respiratory tract infections. *Clinical Therapeutics.* 1. september 2003;25(9):2419–30.
11. Bakken IJL, Wensaas KA, Furu K, Grøneng GM, Stoltenberg C, Øverland S, mfl. General practice consultations and use of prescription drugs after changes to school absence policy. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett]. 23. august 2017 [sitert 22. oktober 2024]; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/en/2017/09/originalartikkel/general-practice-consultations-and-use-prescription-drugs-after-changes>
12. Gjelstad S, Straand J, Dalen I, Fetveit A, Strom H, Lindbaek M. Do general practitioners' consultation rates influence their prescribing patterns of antibiotics for acute respiratory tract infections? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 1. oktober 2011;66(10):2425–33.

13. Helsebiblioteket [Internett]. [sitert 16. desember 2024]. Vanedannende legemidler - nasjonal veileder. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/vanedannende-legemidler>
14. Kann IC, Lundqvist C, Lurås H. Prescription of Addictive and Non-Addictive Drugs to Home-Dwelling Elderly. *Drugs Aging*. juni 2014;31(6):453–9.
15. Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 16. desember 2024]. Vanedannende legemidler til eldre fra allmennlege. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/vanedannende-legemidler-til-eldre-fra-allmennlege>
16. Moan IS, Halkjelsvik T, Bye EK. Bruk av alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler blant sysselsatte i Norge (2013-2022). Folkehelseinstituttet; 2024.
17. Kjelle E, Andersen ER, Brandsæter IØ, Hofmann BM. Norwegian general practitioners' and radiologists' perspectives on the referral, justification, and unnecessary imaging—a survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2024;0(0):1–8.
18. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Regjeringen; 2023 apr.
19. Godager G, Iversen T. Fastlegen som portvakt. *Tidsskriftet Michael*. 2017;(14, Supplement 19):43–59.
20. Godager G, Iversen T, Ma C to A. Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal of Health Economics*. 1. januar 2015;39:159–70.
21. Johnsen TM, Norberg BL, Krogh FH, Vonen HD, Getz LO, Austad B. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. *BMC Prim Care*. 27. august 2022;23(1):216.
22. Allard M, Jelovac I, Léger PT. Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms. *Journal of Health Economics*. september 2011;30(5):880–93.
23. Iversen T, Ma C to A. Market conditions and general practitioners' referrals. *Int J Health Care Finance Econ*. desember 2011;11(4):245–65.
24. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, mfl. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ*. 30. juni 1990;300(6741):1698–701.
25. Liddy C, Singh J, Kelly R, Dahrouge S, Taljaard M, Younger J. What is the impact of primary care model type on specialist referral rates? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 3. februar 2014;15(1):22.
26. Kralj B, Kantarevic J. Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*. 2013;46(1):208–38.
27. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy*. 2003;64(3):415–23.

28. Sørensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health policy*. 2003;66(1):73–93.
29. Regjeringen. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2023 [sitert 6. januar 2025]. Statsbudsjettet 2024: Statens inntekter og utgifter. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2024/statsbudsjettet-2024-statens-inntekter-og-utgifter/id2996213/>
30. OECD. OECD. 2024 [sitert 6. januar 2025]. OECD Economic Surveys: Norway 2024. Tilgjengelig på: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-norway-2024_cb13475f-en.html
31. Carlsen B, Nyborg K. The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers. Memorandum 07/2009. Department of Economics, University of Oslo, Oslo. 2009;
32. Nilsen S, Malterud K, Werner EL, Maeland S, Magnussen LH. GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scand J Prim Health Care*. mars 2015;33(1):40–6.
33. Brekke KR, Holmås TH, Monstad K, Straume OR. How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service [Internett]. SNF Working Paper NO 03/18; 2018. Tilgjengelig på: <https://www.semanticscholar.org/paper/How-does-the-type-of-remuneration-affect-physician-Brekke-Holm%C3%A5s/5486f87e64d5c5f02a2ec58b9a96a82bc03aa258>
34. Markussen S, Røed K. The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics*. september 2017;55:244–61.
35. Helsedirektoratet. Oppdrag knyttet til rekruttering og arbeidsbelastning i allmennlegetjenesten. Deloppdrag 1: Fast ansettelse i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2022.
36. Rebnord I, Eikeland O, Hunskaar S, Morken T. Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, Uni Research Helse; 2018.
37. Emanuel EJ. The Perfect Storm of Overutilization. *JAMA*. 18. juni 2008;299(23):2789.
38. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 28. mai 2012;344(may28 4):e3502–e3502.
39. EY & Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. 2019.
40. Tyrihjel J, Godager G, Pedersen K, Værnø S, Gundersen M, Nyen J, mfl. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport 3 [Internett]. Oslo; 2024 [sitert 4. september 2024]. Report No.: 3. Tilgjengelig på: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/05/HPA-evalueringsrapport-III-2024-%E2%80%93-oppdagert.pdf>
41. Delalic L, Grøslund M, Gjefsen HM. Kontinuitet i lege-pasientforholdet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2023.

42. Pedersen K, Godager G, Rognlien H, Tyrihjel J, Værnø S, Iversen T, mfl. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport 1 [Evaluation of the action plan for the general practitioner service 2020-2024: Evaluation report 1]. Oslo; 2022. Report No.: 1.

Vedlegg A: Regresjonstabell: koeffisienter for inntekt per time på ulike utfall

Utfallsmål	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Antibiotika	0.041*** (0.004)	0.039*** (0.003)	0.038*** (0.003)
Bredspektret antibiotika	0.030*** (0.003)	0.030*** (0.003)	0.029*** (0.003)
Vanedannende legemidler	0.0037*** (0.0008)	0.0027*** (0.0008)	0.0029*** (0.0007)
MR-undersøkelser	0.0113*** (0.0022)	0.0092*** (0.0022)	0.0092*** (0.0022)
MR kne	0.0015*** (0.00048)	0.0010*** (0.00049)	0.0011** (0.00049)
Henvisning til sykehus (somatikk)	-0.0070*** (0.0014)	-0.0017 (0.0012)	-0.0021* (0.0012)
Henvisning til psykisk helsevern voksne	-0.00017 (0.00036)	-0.00024 (0.00036)	-0.00059* (0.00036)
Henvisning til psykisk helsevern barn	-0.00051 (0.00082)	0.00032 (0.00082)	0.00014 (0.00083)
Henvisning avtalespesialister	0.021*** (0.003)	0.011*** (0.003)	0.011*** (0.003)
Sykepengedager – Kvinner	0.00152** (0.00060)	0.00240*** (0.00054)	0.00212*** (0.00054)
Sykepengedager – Menn	0.00047 (0.00045)	0.00100*** (0.00039)	0.00144*** (0.00039)
Andel graderte sykepengedager – Kvinner	-0.00394*** (0.00080)	-0.00298*** (0.00077)	-0.00235*** (0.00076)
Andel graderte sykepengedager – Menn	-0.00120 (0.00104)	-0.00122 (0.00104)	-0.00086 (0.00104)

Tabellnote: Lineær regresjon. Koeffisienter for takstinntekt per time og standardfeil i parentes. Koeffisienten representerer en kronet økning i takstinntekt per time. Antibiotika og bredspektret antibiotika skal forstås som antall antibiotikaforskrivninger eller bredspektrede forskrivninger per 1000 listepasient. Vanedannende legemidler er oppgitt i antall definerte døgndoser per pasient. *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01. Se kapittel 2 for informasjon om justeringsvariabler i de ulike modellene: ujustert (Modell 1), justert for listekjennetegn (Modell 2) og justert for listekjennetegn og legens kjønn og alder.

Vedlegg B: Regresjonstabell over koeffisienter for finansieringsmodell (fastlønnet) på ulike utfall

Utfallsmål	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Antibiotika	-25.363*** (4.469)	-25.637*** (4.412)	-22.968*** (4.363)
Bredspektret antibiotika	-17.654*** (3.603)	-19.463*** (3.419)	-17.195*** (3.503)
Vanedannende legemidler	-5.156*** (1.024)	-5.976*** (0.945)	-5.141*** (0.911)
MR-undersøkelser	-12.036*** (2.708)	-9.163*** (2.718)	-8.091*** (2.702)
MR kne	-1.743*** (0.592)	-1.358** (0.608)	-1.077* (0.603)
Henvvisning til sykehus	9.650*** (1.737)	-0.587 (1.594)	-0.878 (1.594)
Henvvisning til psykisk helsevern voksne	0.831* (0.447)	1.380*** (0.449)	1.218*** (0.442)
Henvvisning til psykisk helsevern barn	5.285*** (1.102)	2.743** (1.130)	2.833** (1.132)
Henvvisning avtalespesialister	-26.198*** (3.745)	-3.277 (3.529)	-3.323 (3.534)
Sykepengedager – Kvinner	1.956*** (0.643)	-1.201** (0.603)	-1.194** (0.601)
Sykepengedager – Menn	1.375*** (0.482)	-1.293*** (0.429)	-1.301*** (0.424)
Andel graderte sykepengedager – Kvinner	-2.905*** (0.858)	-1.816** (0.855)	-1.844** (0.838)
Andel graderte sykepengedager – Menn	-2.760** (1.118)	-0.043 (1.148)	-0.078 (1.142)

Tabellnote: Lineær regresjon. Koeffisienter for finansieringsmodell (fastlønnet) og standardfeil i parentes. Koeffisienten representerer forskjellen mellom fastlønn sammenlignet med næringsdrift. Antibiotika og bredspektret antibiotika skal forstås som antall antibiotikaforskrivninger eller bredspektrede forskrivninger per 1000 listepasient. Vanedannende legemidler er oppgitt i antall definerte døgndoser per pasient. *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01. Se kapittel 2 for informasjon om justeringsvariabler i de ulike modellene: ujustert (Modell 1), justert for listekjennetegn (Modell 2) og justert for listekjennetegn og legens kjønn og alder.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
April 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no