

FASTLEGEREFORMEN

En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning
og tjenestetilbud

Jostein Grytten^{1,2}, Irene Skau^{1,2}, Rune J. Sørensen¹,
Olaf G. Aasland^{2,3}

¹ Handelshøyskolen BI

² Universitetet i Oslo

³ Legeforeningens forskningsinstitutt

Forskningsrapport 11/2003

Handelshøyskolen BI

Institutt for offentlige stryingsformer

Jostein Grytten, Irene Skau, Rune J. Sørensen, Olaf G. Aasland:
*Fastlegereformen - En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning
og tjenestetilbud*

© Jostein Grytten, Irene Skau, Rune J. Sørensen, Olaf G. Aasland
2003

Forskningsrapport 11/2003
ISSN: 0803-2610

Handelshøyskolen BI
P.b. 580
1302 Sandvika
Telefon: 67 55 70 00

Trykk: Nordberg Hurtigtrykk

Rapporten kan bestilles fra:

Norli, avd. Sandvika
Telefon: 67 55 74 51
Fax: 67 55 74 50
Mail: bi.sandvika@norli.no

Sammen drag

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001, og rapporten belyser effekter av reformen. Analysene bygger på to omfattende spørreundersøkelser blant allmennleger. Den første ble gjennomført før reformen i 1998, og den andre etter reformen høsten 2002. Enkelte problemstillinger er også belyst ved bruk av registerdata om legenes tjenesteproduksjon innhentet av Rikstrygdeverket (Legeregningsskontrollen). Dette gjør det mulig å studere reformens betydning for den faktiske tjenesteproduksjon samt legenes egen vurdering av arbeidsbelastningen.

De fleste fastlegene er tilfredse med fastlegereformen. 35 % av legene er mer fornøyde med arbeidssituasjonen i dag enn før fastlegeordningen ble innført. Spesielt yngre leger og tidligere fastlønnsleger er mer tilfredse. 60 % av fastlegene er fornøyde med antallet listepasienter, mens 21 % ønsker flere pasienter og 19 % ønsker færre. Etter innføringen av reformen har det skjedd en omfordeling av listepasienter mellom fastlegene, noe som har ført til at flere fastleger er blitt tilfredse med antall pasienter.

I perioden fra 1998 til 2002 har kurativ arbeidstid per lege blitt redusert, mens antallet pasientkontakter per tidsenhet har økt. Andelen leger som mener de bruker passe tid per pasient har steget. Det har vært en svak økning i antall henvisninger til 2. linjetjenesten. Uavhengig av reformen har alle leger en svak økning i antall konsultasjoner/kontakter (trendeffekt). Analyser tyder på at denne trendeffekten er sterk sammenlignet med reformeffekten (effekten av listepasientsystemet og endring i finansieringssystemet).

Antall pasienter på fastlegens lister har vært et kontroversielt spørsmål. Forskjeller i listelengde har ikke nevneverdig effekt på legenes innpassing av pasienter med behov for akutt hjelp eller for tidsbruk per pasient. Et sentralt mål med reformen er å bedre tilgjengeligheten og tilbudet for pasienter med stort behov for helsetjenester. Mange fastlegene har ansvar for de samme pasientene som før reformen, og for legene har reformen hatt liten betydning. Den eventuelle gevinst ved fastlegeordningen er at personer med stort behov for helsetjenester nå har fått en fast lege.

I tidligere forskning har det administrativt fastsatte "listetaket" blitt tolket som det antall pasienter fastlegen ønsker. Differansen mellom det maksimale antall listepasienter og faktisk antall pasienter har blitt tolket som mangel på eller overskudd av pasienter. Dette målet fanger ikke opp hvor tilfreds legen er med antall pasienter og arbeidsbelastningen. Våre data viser at fastlegene er mer tilfredse med antallet listepasienter enn forskjellen mellom listetak og faktisk listelengde skulle tilsi. Mens 55 % av fastlegene har færre pasienter enn listetaket, oppgir bare 21 % at de ønsker flere pasienter.

Overgangen fra ansettelse med fast lønn til fastlegekontrakter gir incentiver til økt tjenesteproduksjon. Så langt er denne effekten meget svak. Tidligere fastlønnsleger rapporterer en liten økning i antall konsultasjoner/andre

kontakter etter reformen. Likevel har tidligere fastlønnede leger vesentlig lavere tjenesteproduksjonen til de tidligere driftsavtaleleger. Forklaringen er trolig at tidligere fastlønnsleger valgte dette for å få kortere arbeidstid og mindre pasientpågang. Reformen har imidlertid virket i kort tid, og det er mulig at incentiveeffekten blir sterkere etter hvert. Den svake effekten av finansieringssystemet betyr at en eventuell bedret tilgjengelighet først og fremst skyldes høyere legedekning og en trendmessig økning i tjenesteproduksjonen per lege.

Hvis fastleger tildeles for mange listepasienter kan det medføre svekket tilgjengelighet (rasjonering). Hvis legene får for få faste pasienter og dermed for få pasientinitierte konsultasjoner kan de øke sine inntekter ved å øke antall reinnkallelser og omfanget av diagnose og behandling per konsultasjon. Slik inntektskompenserende atferd omtales som tilbudsinduksjon. Analysene viser at fastlegene verken induserer eller rasjonerer konsultasjonene. Dette er i tråd med vår tidligere forskning fra norsk allmennlegetjeneste og praktisk talt all internasjonal forskning de siste 10-15 årene.

Rapporten inngår i Norges Forskningsråds evaluering av Fastlegeordningen. Rune J. Sørensen (Handelshøyskolen BI) og Jostein Grytten (Universitetet i Oslo/BI) har ledet prosjektet. Irene Skau har hatt ansvaret for tilrettelegging og analyse av data, og har gitt vesentlige bidrag til rapporten. Spørreundersøkelsene er gjennomført i samarbeid med Olaf Aasland ved Legeforeningens forskningsinstitutt. Vi vil benytte anledningen til å takke Fredrik Carlsen for verdifulle kommentarer underveis.

Abstract

The regular medical practitioner scheme was introduced on 1 June 2001. This report describes the effects of the scheme. The analyses are based on two comprehensive questionnaire surveys of general medical practitioners. The first survey was carried out in 1998 before the introduction of the scheme, and the second survey was carried out in 2002 after the introduction of the scheme. Some issues are also examined by using data from the National Insurance Administration's register on physicians' service production. This has made it possible to study the effect that the regular medical practitioner reform has had on actual service production and physicians' own evaluation of the amount of work they have.

Most regular medical practitioners are satisfied with the reform. Thirty-five per cent of them are more satisfied with their present work situation than their work situation before the reform. In particular, young physicians and physicians who previously had a fixed salary are more satisfied. Sixty per cent of regular medical practitioners are satisfied with the length of their patient list, while 21 % wish to have more patients and 19 % wish to have fewer patients. After the introduction of the scheme, a re-allocation of patients between medical practitioners has taken place, and this has led to more medical practitioners being satisfied with the number of patients on their list.

During the period 1998 to 2002 clinical time per medical practitioner has been reduced, while the number of patient contacts per unit of time has increased. The proportion of medical practitioners who believe that they spend sufficient time with each patient has increased. There has been a slight increase in the number of referrals to specialist health services. Independent of the reform, all medical practitioners have had a slight increase in the number of consultations/patient contacts (trend effect). The analyses indicate that this trend effect is strong compared with the reform effect (the effect of the patient list system and the change in the system of remuneration).

The length of the regular general practitioners' patient lists has been a controversial issue. The difference in length of the lists has no appreciable effect on how the practitioners fit in emergency patients or the time spent with each patient. A main aim of the reform has been to improve accessibility and to improve services for patients with a high level of need for health services. Many regular medical practitioners have responsibility for the same patients that they had responsibility for before the reform, and the reform has had little consequence for them. One advantage with the reform is that people with a high level of need for health services now have a regular medical practitioner.

In previous research, the administratively determined "list ceiling" has been interpreted as the number of patients that the medical practitioners wish to have. The difference between the maximum number of patients on the list and the actual number of patients on the list has been interpreted as a deficit or an

excess of patients. This measure does not identify how satisfied the medical practitioners are with the number of patients or the amount of work. Our data show that the regular medical practitioners are more satisfied with the number of patients on their lists than the difference between the list ceiling and the actual length of the list would indicate. While 55 % of regular medical practitioners have fewer patients than the list ceiling, only 21 % of them say that they wish to have more patients.

The transition from being appointed with a fixed salary to having a regular general practitioner contract provides an incentive for increased service production. Former fixed salary physicians report a slight increase in the number of consultations and other contacts after the reform. However, former fixed salary practitioners have substantially lower service production than former contract physicians. The probable explanation is that former fixed salary physicians chose this form of remuneration in order to have shorter working hours and fewer patients. However, the reform was introduced a short time ago, and it is possible that the incentive effect will become stronger with time. The weak effect of the financing system means that any improved accessibility is primarily the result of improved coverage of physicians and a trend for an increase in service production per physician.

If regular medical practitioners are allocated too many patients on their list, this can lead to poorer accessibility (rationing). If the medical practitioners get too few patients and therefore have too few patient-initiated consultations, they can increase their income by increasing the number of recalls and the number of diagnoses and treatments per consultation. Such income-compensating behaviour is described as supplier inducement. The analyses show that regular medical practitioners neither induce nor ration consultations. This is in agreement with our previous research on Norwegian primary physician services and with almost all international research over the last 10-15 years.

This report is part of the Research Council of Norway's evaluation of the regular medical practitioner reform. Rune J. Sørensen (Norwegian School of Economics and Business Administration) and Jostein Grytten (Oslo University and the Norwegian School of Economics and Business Administration) have led the project. Irene Skau has been responsible for preparation and analysis of the data, and has made a substantial contribution to the report. The questionnaire survey was carried out in cooperation with Olaf Aasland (Research Institute of the Norwegian Medical Association). We wish to take this opportunity to thank Fredrik Carlsen for valuable comments underway.

Innhold

Sammendrag
Summary

1. Innledning	9
2. Presentasjon av datamaterialet	10
2.1 Allmennlegeundersøkelsen 1998	10
2.1.1 Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosent	10
2.2 Allmennlegeundersøkelsen 2002	10
2.2.1 Nærmere om spørreskjemaet	10
2.2.2 Gjennomføring av undersøkelsen, svarprosent og representativitet	11
2.3 Data fra trygdeetatens legeregningskontroll	13
3. Listelengde og legenes arbeidssituasjon	15
3.1 Innledning	15
3.2 Resultater	15
3.2.1 Faktisk listelengde	15
3.2.2 Ønsket listelengde	16
3.2.3 Listetak og tilfredshet med pasientmengden	18
3.2.4 Omfordeling av pasienter innenfor samme kommune	19
3.2.5 Legedekning og arbeidsbelastning	20
3.2.6 Tid per pasient	21
3.2.7 Akuttpasienter og legevakt	22
3.2.8 Legenes generelle tilfredshet i praksis	24
3.2.9 Innsikt i pasientenes behov og effektivitet i behandlingen	27
3.3 Diskusjon	29
3.4 Konklusjon	32
4. Endringer i legenes tjenesteproduksjon	33
4.1 Innledning	33
4.1.1 Effekter av listepasientsystemet	33
4.1.2 Effekter av kontrakter	33
4.1.3 Generelle effekter	34
4.2 Tjenesteproduksjonen før og etter reformen	35
4.2.1 Konsultasjoner	35
4.2.2 Andre kontakter	40
4.2.3 Henvisninger	40
4.2.4 Arbeidstid	42

4.2.5 Offentlig legearbeid	42
4.2.6 Tid i konsultasjonen	44
4.3 Tidligere kontraktsform og tjenesteproduksjon	46
4.4 Diskusjon	48
4.5 Konklusjon	50
5. Listelengde, rasjonering og indusering	51
5.1 Innledning	51
5.2 Resultater	55
5.2.1 Rasjonering eller indusering av konsultasjoner	55
5.2.2 Rasjonering eller indusering av laboratorieprøver og refusjoner	61
5.3 Diskusjon	66
5.4 Konklusjon	68
6. Oppsummering	69
Referanser	73

1. Innledning

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Det overordnede formålet med reformen er å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Pasientene skal tilbys bedre tilgjengelighet og økt trygghet, i første rekke ved at de gis lovfestet rett til å være tilknyttet en fast allmennlege. Gjennom økt kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient forventes det at legen gjør en bedre jobb for pasientene, både når det gjelder diagnose, behandling, henvisninger til spesialist/sykehus, oppfølging og kontroll. Virkemiddelet for å få dette til er innføringen av listepasientsystemet i kombinasjon med en per capita finansiering av allmennlegetjenesten. Et viktig spørsmål er om alle forventningene knyttet til innføringen av ordningen blir innfridd. I denne rapporten vil vi gi noen svar. Vi konsentrerer oss om tre problemstillinger:

I den første problemstillingen belyser vi allmennlegenes arbeidsbelastning med utgangspunkt i deres faktiske og ønskede listelengde. I mediebildet blir det noen ganger hevdet at fastlegene mangler pasienter, andre ganger at fastlegene har for lange lister (1-6). Våre analyser gir et mer nyansert bilde. Flertallet av legene er tilfreds med sin listelengde. Noen leger fikk litt for mange pasienter ved innføringen av fastlegereformen, mens andre leger fikk for få. Over tid skjer det imidlertid en tilpasning slik at fastlegene får det pasientantallet de måtte ønske seg.

I den andre problemstillingen studerer vi legenes faktiske tjenesteproduksjon *før* og *etter* fastlegereformen. Problemstillingen berører så vel befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, som fastlegenes effektivitet. Hovedinntrykket fra våre analyser er at det er små endringer. En mulig tolkning er at de økonomiske incentivene som er knyttet til reformen bare vil kunne observeres på lang sikt; dvs. det har gått for kort tid til å forvente noen endring i tjenesteproduksjonen allerede nå.

Den tredje problemstillingen belyser betydningen av fastlegenes listelengde på den faktiske tjenesteproduksjonen. For lange lister kan medføre rasjonering av tjenesteproduksjonen, med derpå følgende lange ventetider for behandling. For korte lister kan medføre tilbudsinduksjon. Legen kompenserer da en mangel på listepasienter med økt tjenesteproduksjon per konsultasjon for å skaffe seg ekstra inntekt. Både rasjonering og indusering er to potensielle svakheter med et finansieringssystem basert på per capita avlønning i kombinasjon med stykkprisavlønning. Vi tester for både rasjonering og indusering, men finner ikke støtte til noen av hypotesene.

I neste kapittel beskriver vi våre data. I de tre påfølgende kapitler belyses problemstillingene hver for seg. Avslutningsvis bindes kapitlene sammen med en kort oppsummering.

2. Presentasjon av datamaterialet

Rapporten bygger på datamateriale hentet fra tre kilder: to omfattende spørreskjemaundersøkelser blant norske allmennleger og data fra trykdeetatens legeregningskontroll. En kort beskrivelse av datamaterialet er gitt nedenfor.

2.1 Allmennlegeundersøkelsen 1998

Undersøkelsen ble gjennomført i november/desember 1998 som et samarbeidsprosjekt mellom Handelshøyskolen BI og Legeforeningens forskningsinstitutt. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge arbeidsbelastning, praksisprofiler og holdninger blant allmennlegene for å få en bedre forståelse av deres prioritinger i lys av pasientpågang, arbeidsforhold og økonomiske rammebetingelser.

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om trekk ved legene og deres praksis, om legenes syn på finansiering og organisering av allmennlegetjenesten og om legenes tjenesteproduksjon målt gjennom opplysninger om antall pasientkontakter/konsultasjoner, tidsbruk for konsultasjoner og telefonkontakter, laboratorieprøver, henvisninger og pasientsammensetning. Spørreskjema, datamateriale og resultater fra undersøkelsen er beskrevet i en egen rapport (7).

2.1.1 Gjennomføring av undersøkelsen og svarprosent

Undersøkelsens målgruppe var leger som arbeidet i allmennpraksis og det ble sendt ut noe ulike spørreskjemaer til henholdsvis privatpraktiserende allmennleger, allmennleger med fast lønn og fastleger i de fire kommunene som deltok i Fastlegeforsøket. Trekking av utvalg, administrering og gjennomføring av selve undersøkelsen ble foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt. 2 491 allmennleger ble trukket ut til å delta. I alt 1 639 besvarte spørreskjemaet, noe som gir en svarprosent på 66 %. Representativiteten i materialet er god (7).

2.2 Allmennlegeundersøkelsen 2002

Høsten 2002 ble det gjennomført en ny omfattende spørreskjemaundersøkelse blant norske allmennleger. Spørreundersøkelsen er et samarbeidsprosjekt mellom Handelshøyskolen BI, Universitetet i Oslo og Legeforeningens forskningsinstitutt. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge allmennlegenes arbeidssituasjon etter at Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001.

2.2.1 Nærmere om spørreskjemaet

Spørreskjemaet som ble benyttet i 2002-undersøkelsen inneholdt spørsmål om pasientkontakter og arbeidstid, henvisninger og praksisforhold. Disse spørsmålene tilsvarer i hovedsak spørsmålene stilt i allmennlegeundersøkelsen fra 1998. Til sammen gir disse undersøkelsene muligheter for å sammenligne

aspekter av allmennlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegeordningen. I tillegg inneholdt spørreskjemaet en bolk som omhandler allmennlegenes situasjon etter fastlegereformen. Denne bolken inneholdt spørsmål om listelengde, listetak, ønske om flere/færre pasienter på listen, pasientsammensetning og tilfredshet i praksis og med situasjonen som allmennlege etter innføringen av fastlegeordningen. Legene ble også bedt om å vurdere tidsbruk per pasient og eventuell endring i kvalitet og effektivitet i allmennlegetjenesten etter innføringen av fastlegeordningen.

2.2.2 Gjennomføring av undersøkelsen, svarprosent og representativitet

Også denne gang var målgruppen for undersøkelsen leger i allmennpraksis. Administrering og gjennomføring av undersøkelsen ble foretatt av Legeforeningens forskningsinstitutt. Spørreskjema ble sendt ut til i alt 3 355 fastleger. 67 skjema ble returnert uåpnet. 2 306 fastleger har besvart skjemaet. Dette gir en svarprosent på 70 prosent, noe vi vurderer som meget bra for denne typen undersøkelse.

For å sjekke representativiteten på våre data har vi sammenlignet trekk ved fastlegene i vårt materiale med Rikstrygdeverkets styringsdata for fastlegeordningen per 30. september 2002 (8). Disse dataene omfatter alle fastlegeavtalene (ekskl. lister uten lege). Vi har valgt å bruke data ved utgangen av tredje kvartal 2002 fordi dette tidspunktet sammenfaller best med tidspunktet for spørreskjemaundersøkelsen. Tabell 2.1 viser materialets representativitet sett i forhold til listelengde, legenes kjønn, alder, spesialistkompetanse, deltakelse i legevakt og demografiske forhold. Data om andel spesialister i allmennmedisin er hentet fra Legeforeningens legestatistikk (9). Inndelingen i usentrale/sentrale kommuner er gjort med utgangspunkt i Statistisk Sentralbyrås kommuneklassifisering, der kommunene deles inn i 4 ulike sentralitetsnivå basert på folketall og avstander til tettsteder på ulike nivå (10). Usentrale kommuner tilsvarer de ”minst sentrale” og ”mindre sentrale” kommunene (klasse 0 og 1) og sentrale kommuner ”sentrale kommuner” og ”særlig sentrale kommuner” (klasse 2 og 3).

Alders- og kjønnssammensetningen blant legene i vårt materiale er i samsvar med fordelingen blant alle allmennlegene med fastlegeavtale. Den gjennomsnittlige listelengden blant fastlegene samlet, målt ved antall fastlegeavtaler/antall innbyggere på listene, er noe lavere enn gjennomsnittlig listelengde for legene i vårt materiale. Leger med korte lister/deltidspraksis synes derfor å være noe underrepresentert. Andelen spesialister i allmennmedisin er også noe høyere blant legene som deltok i spørreundersøkelsen sammenlignet med hele fastlegepopulasjonen, mens andelen leger som deltar i legevakt er noe lavere i vårt materiale. Når det gjelder demografiske forhold, viser tabellen at det er liten forskjell på fordelingen av leger etter landsdeler. Leger som arbeider i sentrale kommuner og kommuner med mer enn 20000 innbyggere er noe sterkere representert i dataene fra spørreskjemaundersøkelsen enn blant alle allmennlegene med fastlegeavtale.

Tabell 2.1 Representativitet i forhold til listelengde, kjønn, alder, Spesialistkompetanse og kommunekarakteristika. Allmennlegeundersøkelsen 2002.

	Allmennlegeundersøkelsen 2002	Styringsdata per 30.09.02 ¹⁾
Gjennomsnittlig listelengde:		
Menn + kvinner	1281	1190 ²⁾
Menn	1335	1232
Kvinner	1148	1088
Andel kvinnelige fastleger	29,5	29,4
Andel fastleger i alderen:		
20-29 år	1,7	1,7
30-39 år	20,0	21,2
40-54 år	58,1	57,4
55-66 år	19,1	18,8
67-74 år	0,8	0,9
Andel spesialister i allmennmedisin	65,5	55,8 ³⁾
Deltakelse i legevakt	70,0	78,7
Andel fastleger i landsdel:		
Østlandet/Sørlandet	57,5	55,1
Vestlandet/Trøndelag	31,6	33,6
Nord-Norge	10,9	11,4
Andel fastleger i:		
Usentrale kommuner	19,9	23,8
Sentrale kommuner	80,1	76,2
Andel fastleger i kommuner med:		
<2 000 innbyggere	1,4	3,8
2 000-5 000 innbyggere	11,4	12,1
5 000-10 000 innbyggere	12,3	14,4
10 000-20 000 innbyggere	18,9	17,7
>20 000 innbyggere	56,0	51,9

¹⁾ Omfatter antall fastleger (ekskl lister uten lege) per 30. september 2002

²⁾ Tilsvarende antall fastlegeavtaler/antall innbyggere på listene

³⁾ Data hentet fra Legeforeningens legestatistikk (9)

2.3 Data fra trygdeetatens legeregningskontroll

Hovedtyngden av analysene i denne rapporten bygger på de to spørreundersøkelsene blant allmennlegene. For å supplere disse analysene har vi imidlertid også benyttet oss av data fra trygdeetatens legeregningskontroll. Det aktuelle materialet omfatter pasientkontakter som er foretatt i oktober og november 2001, det vil si 4 - 5 måneder etter at fastlegeordningen ble innført. Dataene inneholder opplysninger fra legenes regningskort til trygdekontoret og er på pasientkontaktnivå. Datamaterialet omfatter pasientdata som alder, kjønn og diagnose (ICPC) og refusjonsdata basert på takstbruk som er refusjonsberettiget i henhold til Normaltariffen. I tillegg gir materialet opplysninger om legens alder, kjønn og arbeidskommune, samt om vedkommende er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Pasientkontakter foretatt i ordinær praksis skilles fra legevaktkontakter. Pasientkontakter for hver lege er summert opp til en legedatafil der legen er enhet. Datamaterialet er tilrettelagt slik at det for hver lege er inkludert ett månedsoppgjør, det vil si pasientkontakter for en måned. Dataene fra høsten 2001 omfatter 1637 allmennleger. Til sammen er om lag 820 000 pasientkontakter registrert, - herav 434 000 konsultasjoner¹.

I tillegg til dataene fra selve legeregningskontrollen, har vi via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) koblet på data fra fastlege-databasen. Dette gjelder opplysninger om legens listelengde, listetak, endringer på listen (tilgang/avgang) og alders- og kjønnssammensetningen på listen². Tabell 2.2 gir en oversikt over datamaterialet fra Legeregningskontrollen høsten 2001.

¹ Vi har arbeidet med data fra trygdeetatens legeregningskontroll fra 1995 og har utført omfattende analyser på dette datamaterialet (for eksempler se 11-15).

² Takk til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste for uttak og kobling av data fra Fastlegedatabasen. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her.

Tabell 2.2 Oversikt over datamaterialet hentet fra trygdeetatens legeregningskontroll høsten 2001.

	Legeregningskontrollen høsten 2001
Antall leger/månedsoppgjør	1 637
Antall pasientkontakter	819 897
Antall konsultasjoner	433 925
Antall kommuner representert	184
Gjennomsnittlig listelengde:	
Menn + kvinner	1 259
Menn	1 316
Kvinner	1 117
Andel kvinnelige fastleger	28,5
Andel fastleger i alderen:	
20-29 år	1,1
30-39 år	19,1
40-54 år	61,2
55-66 år	18
67-74 år	0,6
Andel spesialister i allmenntidmedisin	66,8

3. Listelengde og legenes arbeidssituasjon

3.1 Innledning

Fastlegereformen innebærer et listepasientsystem, der legen får ansvaret for en avgrenset pasientpopulasjon. Legene må selv etter forhandlinger med kommunene sette et listetak som i prinsippet uttrykker det maksimale antallet pasienter allmennlegen ønsker i sin praksis. Etter at reformen ble innført har det vært motstridende tilbakemeldinger på om fastlegene har fått det antallet pasienter de ønsket seg. I noen sammenhenger blir det hevdet at fastlegen mangler pasienter (1-3). Såpass mange som tre av fire fastleger har for få pasienter (3). For lite pasienter gir lavere inntekter, og det hevdes at fastlegene kompenserer inntektstapet ved å gi mer behandling til hver enkelt pasient (3-6). I andre sammenhenger blir det hevdet at fastlegene har for lange pasientlister (16-18). Lange lister kan gi høy arbeidsbelastning per lege, med lang ventetid for behandling og for liten tid til hver enkelt pasient (19). Avisoppslag forteller om utbrente leger på grunn av høy arbeidsbelastning som følge av fastlegeordningen (16).

Ut fra mediebildet etter reformen, er det derfor ikke lett å sortere ut hvordan fastlegenes arbeidssituasjon faktisk fortoner seg. Vår beskrivelse baserer seg på opplysninger fra legene selv om listelengde og deres egen-vurdering av arbeidssituasjonen. Fokuset i dette kapittelet er å fange opp legenes egen oppfatning av hvorvidt de har nok listepasienter eller ikke, hvorvidt de mener at de får nok tid til sine pasienter og om de har for stor arbeidsbelastning med akutt-pasienter og legevakt. Vi presenterer også data som sier noe om deres generelle tilfredshet med fastlegeordningen.

3.2 Resultater

3.2.1 Faktisk listelengde

Fastlegene kan ha lister på inntil 2 500 pasienter. Kommunene kan pålegge legene inntil 1 500 pasienter ved fulltids kurativ virksomhet (20). Under forhandlingene om fastlegeordningen var det enighet mellom partene om at det først og fremst var pasientenes behov vurdert opp mot den enkelte leges arbeidskapasitet som skulle styre listetakene.

Datamaterialet fra spørreundersøkelsen blant fastlegene høsten 2002 viser at hver fastlege i gjennomsnitt har 1 281 pasienter på sin liste (Tabell 3.1). 18 % av legene har lister med over 1600 pasienter. Av disse er det bare 4 % som har mer enn 2 000 pasienter. Mannlige fastleger og leger over 50 år har flest listepasienter. Fastleger som tidligere hadde kommunal avtale om driftstilskudd har i gjennomsnitt om lag 300 flere listepasienter enn tidligere fastlønnsleger. Leger som deltok i fastlegeforsøket har flest listepasienter (i gjennomsnitt 1 525).

Tabell 3.1 Faktisk listelengde – antall listepasienter.

	<u>Legens kjønn</u>			<u>Legens alder</u>			<u>Tidligere kontraktsform</u>			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35-50 år	>=50 år	Fastlønn	Avtale om drifts- tilskudd	Uten avtale	Lege i Fastlege- forsøket
Gjennomsnittlig listelengde:	1 281	1 148	1 335	1 130	1 283	1 319	1 027	1 335	1 260	1 525
Andel leger med listelengde (%):										
< 800 pasienter	9	15	7	17	9	8	25	6	13	1
800-1199 pasienter	32	39	29	40	32	29	42	30	30	17
1200-1599 pasienter	41	37	42	36	40	42	29	44	39	39
1600-1999 pasienter	14	7	17	6	15	16	3	16	13	34
>= 2000 pasienter	4	2	5	1	4	5	1	4	5	9
(N)	2237	648	1585	235	1123	865	276	1539	149	77

3.2.2 Ønsket listelengde

I undersøkelsen ble fastlegene spurt om de var fornøyde med det nåværende antallet listepasienter eller om de ønsket seg flere eller færre pasienter. Vel ett år etter at reformen ble innført oppgir 60 % av fastlegene at de er fornøyde med antallet listepasienter (Tabell 3.2). 21 % av fastlegene ønsket seg flere pasienter, mens 19 % ønsket seg færre pasienter. Det er en svak tendens til at mannlige fastleger og yngre leger ønsker seg flere pasienter. Tidligere fastlønsleger er mest tilfredse med antallet listepasienter de har fått, mens de tidligere privatpraktiserende allmennlegene uten kommunal avtale er minst tilfredse. 34 % av legene som tidligere var avtaleløse, ønsker seg flere pasienter.

Tabell 3.2 Ønske om flere/færre listepasienter. Andeler leger i prosent.

	<u>Legens kjønn</u>			<u>Legens alder</u>			<u>Tidligere kontraktsform</u>			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35-50 år	>=50 år	Fastlønn	Avtale om drifts- tilskudd	Uten avtale	Lege i Fastlegeforsøket
Tilfreds med antall pasienter	60	63	59	56	62	59	69	60	55	58
Ønsker flere pasienter	21	18	23	30	22	19	22	19	34	7
Ønsker færre pasienter	19	19	18	14	16	22	9	21	11	35
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(N)	2239	650	1585	238	1123	864	273	1519	147	76

Ønsket listelengde har sammenheng med den faktiske listelengden (Tabell 3.3). Leger som ønsker seg flere pasienter, har i gjennomsnitt 1 120 listepasienter. Og omvendt, leger som ønsker seg færre pasienter, har i gjennomsnitt 1 441 listepasienter. Fastleger som oppgir at de mangler pasienter, ønsker seg i gjennomsnitt 256 flere pasienter. Fastleger som har for mange pasienter, ønsker seg i snitt 229 færre pasienter.

Tabell 3.3 Ønske om flere/færre listepasienter og gjennomsnittlig listelengde. Gjennomsnitt. Standardavvik i parentes.

Ønske om flere/færre pasienter	Listelengde	Ønsket antall flere/færre pasienter
Jeg er tilfreds med antall pasienter	1 287 (388)	
Jeg ønsker meg flere pasienter	1 120 (324)	256 (197)
Jeg ønsker meg færre pasienter	1 441 (324)	229 (188)

3.2.3 Listetak og tilfredshet med pasientmengden

Oppnåelse av listetaket er ikke nødvendigvis en forutsetning for å være tilfreds med listelengden. La oss se på Tabell 3.4 som viser antallet leger som var tilfreds med pasientmengden høsten 2002, men som ikke fikk det antallet pasienter de satte som sitt listetak da reformen ble innført i 2001. I vårt utvalg utgjorde dette 566 fastleger (dvs. 25 % av fastlegene i materialet). Tabell 3.4 viser to interessante resultater.

For det første har det skjedd en omfordeling av pasienter mellom fastlegene i tiden etter at reformen ble innført. Leger som ved innføringen av reformen hadde for få/mange pasienter, fikk flere/færre pasienter etter hvert. For hele 78 % av fastlegene som i dag er tilfredse med pasientmengden, er listelengden endret; dvs. at det på litt over ett år har vært en omfordeling av pasienter mellom fastlegene³.

For det andre er leger som ved innføringen av reformen fikk for få/mange pasienter i forhold til listetaket, likevel tilfredse med arbeidsbelastningen selv om antall listepasienter ikke har endret seg etter at reformen ble innført. For 22 % av legene er listestørrelsen uendret; dvs. at legene er tilfredse selv om listelengden ikke tilsvarte listetaket de satte da fastlegereformen ble innført.

I hvilken grad fastleger mangler pasienter eller ikke, avhenger også av hvor lenge legene har vært i praksisen. 24 % av legene som ønsker seg flere pasienter har vært mindre enn 2 år i nåværende praksis. Tilsvarende har 64 % av legene som ønsker seg færre pasienter arbeidet mer enn 10 år i praksisen. Resultatet illustrerer at mangel på listepasienter i hvert fall delvis er et overgangsfenomen for den enkelte fastlege.

Tabell 3.4 Endring i tilfredshet med pasientmengde og endring i listelengde. Leger som fikk færre/flere pasienter enn listetaket da Fastlegeordningen ble innført, men som er tilfredse med pasientmengden høsten 2002.

Endring i listelengden siden innføringen av FLO	Antall leger	Prosent
Listelengden er endret (legen har fått flere/færre pasienter)	440	78
Listelengden er uendret	126	22
I alt	566	100

³ 58 % av fastlegene fikk flere listepasienter, mens 20 % fikk færre.

3.2.4 Omfordeling av pasienter innenfor samme kommune

På bakgrunn av gjennomsnittstallene over hvor mange flere eller færre pasienter fastlegene ønsker seg, synes det ikke å være noen mangel, eller overskudd på pasienter på nasjonalt nivå (Tabell 3.3). De to gjennomsnittene er omlag like store. En interessant problemstilling er derfor om pasientene kan omfordeles mellom fastleger innenfor samme kommune⁴. Dersom fastlegene i en kommune samlet sett ønsker seg flere pasienter enn det er innbyggere, kan ønskene bare oppfylles ved å redusere antallet fastlegehjemler. Motsatt, dersom fastlegene i en kommune samlet sett ønsker seg færre pasienter enn det er innbyggere, kan ønskene bare oppfylles ved å øke antallet fastlegehjemler.

Listepasientene kan omfordeles mellom fastlegene innenfor samme kommune dersom ønskene om flere pasienter, tilsvarer ønskene om færre pasienter på kommunenivå. Resultatene i Tabell 3.5 gir oss en pekepinn med utgangspunkt i vårt materiale.

Vi har gruppert kommunene ut fra fastlegenes samlede ønsker om listelengde; dvs. opplysningene er aggregert over alle leger innenfor samme kommune. Et godt stykke på vei kan fastlegenes ønskede listelengde oppnås ved å omfordele pasienter internt mellom legene i kommunene. I 32 % av kommunene er fastlegene allerede tilfredse med antallet listepasienter. I 29 % av kommunene er det mindre enn 250 listepasienter som skal omfordeles for at legene skal få sine ønsker oppfylt. I 7 kommuner er det en pasientmangel som er større enn 1 500 pasienter. I disse kommunene er det for mange fastleger i forhold til det antallet listepasienter disse fastlegene ønsker. Her kan det være aktuelt å redusere antallet fastlegehjemler. I 2 kommuner er det et pasientoverskudd som er større enn 1 500 pasienter. Her vil en aktuell politikk være å øke antallet fastlegehjemler.

⁴ Dette forutsetter selvsagt at de legene som har for få pasienter faktisk ønskes av pasientene. Det kan ikke utelukkes at noen leger har for få pasienter fordi de ikke har blitt valgt av tilstrekkelig mange nok pasienter i kommunen. I så fall kan en intern omfordeling av pasienter innen kommunen bli vanskelig.

Tabell 3.5 Ønske om flere/færre listepasienter på kommunenivå.

Samlet ønske om flere/færre pasienter blant legene i kommunen	Antall kommuner i utvalget	Andel kommuner i utvalget	Antall leger i utvalget	Andel leger i utvalget
> 2500 flere pasienter	4	1 %	396	18 %
1500-2500 flere pasienter	3	1 %	164	7 %
500-1500 flere pasienter	23	7 %	169	8 %
250-500 flere pasienter	29	9 %	143	6 %
Inntil 250 flere pasienter	50	15 %	281	13 %
Tilfreds med antall pasienter	105	32 %	214	10 %
Inntil 250 færre pasienter	47	14 %	340	15 %
250-500 færre pasienter	32	10 %	191	9 %
500-1500 færre pasienter	32	10 %	237	11 %
1500-2500 færre pasienter	1	0 %	23	1 %
> 2500 færre pasienter	1	0 %	76	3 %
Samlet i utvalget	327	100 %	2 234	100 %

3.2.5 Legedekning og arbeidsbelastning

Også i spørreundersøkelsen blant allmennlegene høsten 1998 innhentet vi opplysninger om hvorvidt allmennlegene mente de hadde en passe mengde pasienter i praksisen. I 1998 var 68 % av allmennlegene tilfredse med pasientantallet (Tabell 3.6). Bare 4 % ønsket seg flere pasienter, mens 28 % ønsket seg færre pasienter. Med andre ord, før reformen var høy arbeidsbelastning et større problem enn pasientmangel. Denne endringen i legenes egenrapportering av arbeidsbelastningen skyldes trolig at det har vært en klar vekst i antall legeårsværk fra 1998 til i dag. I perioden 1998 til 2001 var det en økning på over 400 legeårsværk i kommunehelsetjenesten. I 1998 var det 7,8 legeårsværk per 10 000 innbyggere. Det tilsvarende tallet ved utgangen av 2001 var 8,5 (21).

Tabell 3.6 Tilfredshet med antall pasienter.

	Allmennlegeundersøkelsen 1998		Allmennlegeundersøkelsen 2002			
	Antall leger	Prosent	Ved innføringen av FLO ¹⁾		Høsten 2002	
Antall leger			Prosent	Antall leger	Prosent	
Jeg er tilfreds med antall pasienter	1 055	68	1067	48	1 348	60
Jeg ønsker meg flere pasienter	69	4	834	38	475	21
Jeg ønsker meg færre pasienter	433	28	323	15	413	19
I alt	1 557	100	2 224	100	2 236	100

¹⁾ Legene ble i Allmennlegeundersøkelsen 2002 spurt om de fikk om lag det antallet pasienter de satte som sitt listetak seg ved innføringen av Fastlegeordningen

3.2.6 Tid per pasient

Et viktig kvalitetsaspekt i allmennpraksis er at legene har tilstrekkelig med tid til sine pasienter. Nesten 50 % av fastlegene mente at de hadde tilstrekkelig med tid til hver enkelt pasient (Tabell 3.7). 35 % kunne ha ønsket seg noe mer tid, mens bare 11 % oppgav at de kan redusere tiden per pasient litt.

I utgangspunktet kan man tenke seg at leger med lange lister ønsker seg mer tid per pasient. Vi finner ikke en slik sammenheng (Tabell 3.7). For eksempel kunne 30 % av fastlegene med lister i størrelsesordenen 800-1199 pasienter ønske seg noe mer tid per pasient. Tilsvarende tall for leger med lister over 2 000 pasienter er 31 %. Fastleger med korte lister synes å bruke noe mer tid per pasient enn de ønsker. 15 % av fastlegene med mindre enn 800 pasienter kan tenke seg å redusere tiden per pasient noe. Ved tolkningen av resultatene må det imidlertid tas høyde for at de er basert på fastlegenes egne vurderinger, og ikke nødvendigvis gjenspeiler hva som faktisk er tilfelle for den enkelte pasient.

Tabell 3.7 Fastlegenes vurdering av tid brukt på hver enkelt pasient. Andel leger i prosent.

	Alle leger	Listelengde				
		< 800 pasienter	800-1199 pasienter	1200-1599 pasienter	1600-1999 pasienter	>= 2000 pasienter
Tiden jeg bruker per pasient er passe	49	57	52	45	48	62
Jeg kunne ha ønsket meg noe mer tid per pasient	35	23	30	41	40	31
Jeg kunne ha ønsket meg vesentlig mer tid per pasient	4	3	5	3	4	2
Jeg kunne ha ønsket meg å redusere tiden per pasient noe	11	15	12	11	7	4
Jeg kunne ha ønsket meg å redusere tiden per pasient vesentlig	1	2	1	0	1	1
(N)	2266	213	709	904	315	86

3.2.7 Akuttpasienter og legevakt

En problemstilling som har vært reist i media er hvorvidt fastlegene greier å innpasse akuttpasienter i sin daglige praksis. Det har vært hevdet at dette kan være spesielt vanskelig for leger med lange lister. Disse legene vil kunne ha mye av arbeidsdagen fylt opp med pasienter som ikke har behov for akutt hjelp, noe som gir mindre rom og tid til akuttbehandling (17-19). I en praksis med lange lister vil det trolig også være flere akuttkonsultasjoner sammenlignet med i en praksis med korte lister.

I Tabell 3.8 presenterer vi fastlegenes egne vurderinger. Svarene er gitt på en skala fra 1-5 og vi har gruppert svarene i tre kategorier: Ikke vanskelig (=1-2), nøytral (=3) og vanskelig (=4-5). 65 % av fastlegene oppgav at det ikke er vanskelig å innpasse pasienter som trenger akutt hjelp blant pasienter med forhåndsavtalte timer. Det er faktisk slik at leger med lange lister (> 1 600 pasienter) finner det lettere å innpasse akuttpasienter sammenlignet med leger med korte lister (< 800 pasienter). En forklaring kan være at leger med lange lister jobber lengre dager og hel uke, noe som gir muligheter til å finne time for akuttpasienter. De har trolig også utviklet praksisrutiner og praksisorganisering som gjør det lettere å håndtere akuttpasienter. Fastleger med korte lister jobber

trolig mer deltid i praksisen, og har derfor mindre muligheter til å innpasse akutt hjelp innenfor den relativt korte tiden de er i praksisen.

Fastlegene ble også spurt om hvorvidt arbeidsbelastningen under legevakt er endret etter innføringen av fastlegeordningen. 53 % av legene rapporterte at det ikke er noen endring, mens 33 % rapporterer at arbeidsbelastningen har blitt mindre (Tabell 3.9). Det er bare 14 % av allmennlegene som oppgir at arbeidsbelastningen har blitt større. Det er liten forskjell ut fra legens kjønn og alder. Det er en svak tendens til fastlønnslegene har fått litt mindre arbeidsbelastning⁵.

Tabell 3.8 I hvilken grad opplever du det vanskelig å innpasse pasienter fra egen liste som trenger akutt hjelp? Alle svar er gitt på en skala fra 1-5 der 1=Ikke vanskelig og 5=Svært vanskelig. Prosentfordeling og gjennomsnittsscore.

	<u>Listelengde</u>					
	Alle leger	< 800 pasienter	800-1199 pasienter	1200-1599 pasienter	1600-1999 pasienter	>= 2000 pasienter
Gjennomsnittsscore	2,22	2,16	2,26	2,28	2,12	1,80
Ikke vanskelig (1+2)	65	64	62	64	70	81
"Nøytral" (3)	20	23	22	19	17	14
Vanskelig (4+5)	15	13	16	17	13	5
(N)	2271	214	709	907	315	85

⁵ Det er også en svak tendens til at fastleger i Oslo opplever at arbeidsbelastningen under legevakt har økt og at det er vanskeligere å innpasse pasienter fra egen liste som trenger akutt hjelp, sammenlignet med hva fastleger fra resten av landet rapporterer.

Tabell 3.9 I hvilken grad mener du arbeidsbelastningen under legevakt er endret etter innføringen av FLO? Andel leger i prosent.

	<u>Legens kjønn</u>			<u>Legens alder</u>			<u>Tidligere kontraktsform</u>			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35-50 år	>=50 år	Fastlønn	Avtale om drifts-tilskudd	Uten avtale	Lege i Fastlegeforsøket
Det er ingen vesentlig endring	53	55	53	53	53	54	58	53	47	64
Arbeidsbelastningen har blitt større	14	14	14	9	14	16	8	13	32	11
Arbeidsbelastningen har blitt mindre	33	31	33	38	33	30	34	34	21	25
(N)	1594	439	1154	95	919	470	227	1073	93	36

3.2.8 Legens generelle tilfredshet i praksis

Tabell 3.10 viser fastlegenes tilfredshet i nåværende praksis målt på en skala fra 1-5. Vi har gruppert svarene i tre kategorier: Lite tilfreds (=1-2), nøytral (=3) og tilfreds (=4-5). Godt over halvparten av fastlegene er tilfredse (score 4-5). Det er bare små forskjeller ut fra legenes alder og kjønn. Det er imidlertid en tendens til at tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket er mer tilfredse enn leger som hadde andre kontraktsformer før fastlegeordningen ble innført. Tilfredshet er i liten grad påvirket av listelengde (Tabell 3.11).

Legene ble også stilt et spørsmål som gikk mer spesifikt på hvordan de vurderte sin arbeidssituasjon nå, i forhold til før fastlegeordningen ble innført (Tabell 3.10). 44 % av legene oppgir at de ikke opplever noen vesentlig endring. 35 % er mer fornøyd, mens 21 % er mindre fornøyd. Igjen er det liten forskjell ut fra legenes kjønn og alder. Tidligere fastlønnsleger og leger i fastlegeforsøket er imidlertid mer fornøyd enn de leger som hadde andre kontraktsformer. Arbeidssituasjonen vurderes heller ikke særlig forskjellig ut fra legenes listelengde.

Tabell 3.10 Tilfredshet i praksis. Andel leger i prosent og gjennomsnittsscore for tilfredshet i nåværende praksis.

	<u>Legens kjønn</u>			<u>Legens alder</u>			<u>Tidligere kontraktsform</u>			
	Alle leger	Kvinner	Menn	< 35 år	35-50 år	>=50 år	Fastlønn	Avtale om drifts-tilskudd	Uten avtale	Lege i Fastlegeforsøket
Tilfredshet i nåværende praksis ¹⁾										
Gjennomsnitt	3,54	3,50	3,56	3,74	3,57	3,46	3,69	3,50	3,52	3,79
Lite tilfreds (1+2)	16	16	16	9	15	18	12	17	18	11
"Nøytral" (3)	25	27	25	24	25	27	23	26	28	23
Tilfreds (4+5)	59	57	59	67	60	55	65	57	54	66
(N)	2270	666	1599	245	1135	873	273	1536	149	77
Vurdering av situasjonen i forhold til før FLO ble innført										
Mer fornøyd	35	34	36	46	39	28	52	31	34	45
Mindre fornøyd	21	22	20	7	18	27	11	22	32	10
Ingen vesentlig endring	44	44	44	47	43	45	37	47	34	45
(N)	2202	626	1571	184	1127	877	263	1528	147	76

¹⁾ Alle svar er gitt på en skala fra 1-5 der 1=Lite tilfreds og 5=Svært tilfreds

Tabell 3.11 Tilfredshet i praksis. Andel leger i prosent og gjennomsnittsscore for tilfredshet i nåværende praksis.

	Alle leger	<u>Listelengde</u>				
		< 800 pasienter	800-1199 pasienter	1200-1599 pasienter	1600-1999 pasienter	>= 2000 pasienter
Tilfredshet i nåværende praksis ¹⁾						
Gjennomsnittsscore	3,54	3,54	3,52	3,50	3,62	3,81
Lite tilfreds (1+2)	16	17	15	17	16	11
"Nøytral" (3)	25	23	26	27	21	23
Tilfreds (4+5)	59	60	59	56	63	66
(N)	2270	213	709	905	316	85
Vurdering av situasjonen i forhold til før FLO ble innført						
Mer fornøyd	35	39	36	34	33	33
Mindre fornøyd	21	19	22	22	19	15
Ingen vesentlig endring	44	42	42	44	48	52
(N)	2202	203	667	880	313	87

¹⁾ Alle svar er gitt på en skala fra 1-5 der 1=Lite tilfreds og 5=Svært tilfreds

3.2.9 Innsikt i pasientenes behov og effektivitet i behandlingen

Et av de viktigste formålene med fastlegereformen er å bedre kvaliteten og effektiviteten i allmennlegetjenesten ved at pasientene blir tilknyttet en fast lege. Bedre kjennskap til pasientene skal kunne gi en sikrere diagnose og et bedre behandlingstilbud. I spørreundersøkelsen fra høsten 2002 spurte vi fastlegene i hvilken grad de mente disse målsettingene ble oppfylt i deres praksis.

Om lag halvparten av fastlegene mente at listepasientsystemet verken gav bedre innsikt i pasientenes medisinske behov eller at den medisinske behandlingen ble mer effektiv (Tabell 3.12). Det var liten forskjell ut fra hvorvidt det gjaldt kronisk eller ikke-kronisk syke pasienter. For kronisk syke pasienter mente 43 % av fastlegene at de hadde fått bedre innsikt i deres medisinske behov, og at behandlingen ble mer effektiv. Tilsvarende tall for ikke-kronisk syke pasienter var 34 %.

Litt over 70 % av pasientene hadde fast allmennlege før fastlegeordningen ble innført (22). Vi finner stor forskjell på fastlegenes vurdering ut fra hvor stor andel av listepasientene som var faste pasienter i praksisen før fastlegeordningen ble innført. Leger som hadde få av sine listepasienter som faste pasienter i praksisen før reformen, oppgir at de fikk bedre innsikt i pasientenes medisinske behov og at selve behandlingen ble mer effektiv ved innføringen av listepasientsystemet. Dette gjelder i noe større grad for kronisk syke pasienter enn for andre pasientgrupper. For kronisk syke pasienter oppgir for eksempel hele 71 % av legene i praksiser der mindre enn 50 % av listepasientene var faste før fastlegeordningen ble innført, at innsikten i pasientens medisinske behov og effektiviteten i behandlingen har blitt bedre. Til sammenligning mener 29 % av legene i praksiser hvor mer enn 90 % av pasientene var faste, at innsikten og effektiviteten er forbedret.

Resultatene i Tabell 3.12 viser at legene mener det er lettere å gjøre en bedre medisinsk jobb når praksisen har en høy andel faste pasienter. Dette understreker betydningen av at pasientene har en fast lege å forholde seg til. På den annen side må resultatet også sees i lys av at det er basert på fastlegenes egne vurderinger og derfor ikke nødvendigvis er representative for hva som faktisk er tilfelle for den enkelte pasient. Til dette trengs det data på pasientniv

Tabell 3.12 Fastlegenes vurdering av kvalitet og effektivitet. Andel leger i prosent.

	Alle leger	Andel listepasienter som var faste pasienter før FLO			
		<50%	50-74 %	75-89%	>=90%
Ikke-kronisk syke listepasienter					
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir mer effektiv	34	60	38	32	23
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov, men den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	14	18	16	16	11
Jeg har ikke fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	52	22	46	52	66
I alt	100	100	100	100	100
Kronisk syke listepasienter					
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir mer effektiv	43	71	53	41	29
Jeg har fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov, men den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	12	16	12	14	10
Jeg har ikke fått bedre innsikt i pasientens medisinske behov og den medisinske behandlingen blir ikke mer effektiv	45	13	35	45	61
I alt	100	100	100	100	100

3.3 Diskusjon

I følge våre resultater er det ikke for mange fastleger i Norge samlet sett. Rett nok mangler ca. 20 % av fastlegene pasienter, men dette oppveies av at en tilsvarende prosentandel av legene ønsker færre pasienter. Dette resultatet er i samsvar med resultatet fra en studie av Carlsen basert på intervjuer av 81 fastleger i Oslo og Hordaland (23). I denne studien rapporterte 67 % av fastlegene at deres liste var passe lang. 16 % rapporterte at listen var for kort, og 16 % mente listen var for lang.

Våre resultater viser også at det bare i løpet av ett år etter at reformen ble innført, har skjedd en betydelig omfordeling av listepasienter mellom fastlegene. En høy andel av de legene som ikke fikk et antall listepasienter som tilsvarte listetaket, har nå tilpasset listelengden. Noen fastleger har fått flere pasienter, noen færre; sluttgevinsten av omfordelingen er en økning i andelen fastleger som er tilfreds med sin listelengde. Det er også grunn til å anta at en videre omfordeling av pasienter vil skje fremover, ikke minst siden det for mange fastleger ikke blir nødvendig å flytte praksisen til en ny kommune for å få den listelengden man ønsker. Våre analyser tyder på at en omfordeling av pasienter et godt stykke på vei kan skje innenfor den enkelte kommune.

Rikstrygdeverket har oversikt over den enkelte fastleges listelengde og det maksimale antallet pasienter legen ønsket seg (= listetaket) ved innføringen av reformen. Iversen og Lurås (2003) har beregnet differansen mellom faktisk listelengde og det maksimale antallet listepasienter, og finner at 75 % av fastlegene opplevde mangel på pasienter ca. et halvt år etter reformen (3). De hevder at en forventet legemangel før fastlegereformen ble innført nå er blitt til et legeoverskudd i allmennlegetjenesten. De forklarer dette med at per capita tilskuddet oppmuntrer legene til å ønske seg lange pasientlister fordi dette kan gi høy arbeidsfri inntekt.

Iversen og Lurås bruker data fra Rikstrygdeverket for å trekke slutninger om arbeidsmarkedet for fastlegene. Vi mener det er problematisk. Disse dataene er primært innsamlet til administrative formål, for blant annet å kunne fordele pasienter til fastlegene. Det er ikke opplagt at forskjellen mellom faktisk listelengde og listetaket uttrykker fastlegenes reelle pasientmangel. Dette skyldes blant annet at Rikstrygdeverkets data ikke fanger opp legenes *subjektive* vurdering av differansen mellom listetaket og det faktiske antallet pasienter legene har fått. I november 2002 da allmennlegeundersøkelsen ble utført, var det 55 % av allmennlegene som hadde færre pasienter enn listetaket. På spørsmålet som fanger opp fastlegenes subjektive vurdering av om de har passe antall listepasienter i praksisen, svarer bare 21 % at de kan tenke seg flere pasienter (Tabell 3.2). Fastlegene vurderer altså antallet listepasienter som vesentlig gunstigere enn hva som fremkommer ved beregninger basert på det innrapporterte listetaket og legens faktiske listelengde.

Noe av problemet er trolig knyttet til hvordan Rikstrygdeverkets variabel som måler listetaket, skal tolkes. I forhold til det å vurdere fastlegenes

arbeidsbelastning ønsker vi at variabelen skal være et uttrykk for legenes *underliggende* ønske om antallet listepasienter. Rikstrygdeverkets data er ikke et pålitelig mål på dette.

En årsak er at det kunne være vanskelig ved etableringen av reformen å vite eksakt hva som var riktig listelengde for den enkelte lege. På grunn av *usikkerhet* rundt dette, kunne listetaket bli satt enten for lavt eller for høyt. I ettertid kan det imidlertid ha vist seg at arbeidsmengden ble passe, selv om det faktiske antallet pasienter ble lavere enn listetaket. I allmennlegeundersøkelsen spurte vi fastlegene om betydningen av å få færre listepasienter enn det de hadde innrapportert som listetak ved etableringen av reformen. Nesten 60 % av legene som hadde fått færre pasienter enn listetaket, rapporterte at det ikke hadde hatt noen betydning fordi arbeidsmengden var stor nok på de listepasientene de faktisk fikk.

Det er heller ikke urimelig å anta at fastlegene foretok rene *strategiske* valg da de bestemte seg for listetaket. For eksempel vil en lege som arbeider i en kommune hvor det er overskudd på leger kunne innrapportere et listetak som er høyere enn det antall pasienter legen egentlig ønsker seg. Han gjør dette fordi det er høy sannsynlighet for at han ikke får tildelt så mange pasienter som han har innrapportert. Men han vil likevel kunne få flere pasienter enn om han hadde innrapportert et listetak som samsvarte med hans underliggende ønske. Det har vært hevdet at en slik strategisk innrapportering av listetak delvis skjedde ved innføringen av fastlegeordningen i Oslo (24). Fordi det var forventninger om at fastlegene kunne få fylt opp bare 80 % av listetaket, rapporterte de også inn et listetak som var høyere enn deres underliggende ønske (24). En fastlege som arbeider i en kommune med et underskudd på leger vil kunne innrapportere et listetak som er lavere enn hva de egentlig ønsker. Dette kan være en måte å begrense pasienttilgangen og arbeidsbelastningen i praksis på.

Våre data gir også støtte til at fastlegene foretok *strategiske* valg ved innrapporteringen av sitt listetak til Rikstrygdeverket da fastlegereformen ble innført. I allmennlegeundersøkelsen spurte vi fastlegene om de satte listetaket sitt høyere eller lavere enn det antallet pasienter de egentlig ønsket seg. 18 % svarte at de satte listetaket høyere, mens 12 % svarte at de satte listetaket lavere. 70 % av fastlegene svarte at de innrapporterte et listetak som samsvarte med deres underliggende ønske.

Flere studier peker på at listelengde er viktig for kvaliteten i allmennpraksis (for oversikt se 25). Et viktig kvalitetsaspekt er knyttet til samhandlingen mellom pasienten og legen i selve konsultasjonen, og at legen får tilstrekkelig med tid både til diagnose og behandling. Våre resultater viser at listelengden ikke påvirker fastlegenes egne vurderinger av tiden de bruker på hver enkelt pasient. Resultatet må imidlertid tolkes med forsiktighet. En nærmere analyse av sammenhengen mellom listelengde og kvalitet krever også data om den faktiske tidsbruken i konsultasjonen.

Listelengde synes heller ikke å ha særlig betydning for innpassing av akuttpasienter i praksisen. Dette kan selvsagt ha med praksisorganiseringen å gjøre; leger med lange lister har trolig en praksisform som gjør at de også har tid til å se pasienter med akutt behov for hjelp. For eksempel kan de ha mer hjelpepersonell og en effektiv logistikk som gjør at pasientgjennomstrømningen går raskt. Men det kan også ha å gjøre med hvor mye tid fastlegene i gjennomsnitt har per pasient. Anta for eksempel at fastlegene opplever at de har rimelig med tid til pasientene med forhåndsavtalte timer. Ca. 50 % av fastlegene rapporterer da også at tiden de bruker per pasient er passe, mens bare 4 % ønsker vesentlig mer tid (Tabell 3.7). I perioder med stor pågang av akuttpasienter kan det være mulig å redusere tiden per konsultasjon noe for de mer rutinepregede pasientkontaktene, og dermed gi plass til pasienter som trenger akutt hjelp. Dette er imidlertid ikke så lett om gjennomsnittstiden per konsultasjon er kort.

Tidligere fastlønnsleger og leger som arbeidet i de tidligere forsøkskommunene er de legegruppene som i størst grad har økt sin tilfredshet som allmennlege i forhold til før fastlegereformen ble innført. For de tidligere fastlønnslegene kan en forklaring være at de har fått en god inntektsøkning som et resultat av det nye avlønningssystemet. Fastlegene som arbeidet i forsøkskommunene kan være mer fornøyde siden de har fått redusert arbeidsbelastning. I vår allmennlegeundersøkelse fra 1998 var gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i forsøkskommunene 1 680 listepasienter. Antall listepasienter for de tidligere fastlegene i forsøkskommunene er i undersøkelsen fra 2002 redusert til 1 531. De tidligere allmennlegene med og uten kommunal avtale er de som er minst fornøyde med arbeidssituasjonen i forhold til før reformen ble innført. Disse legene har kanskje ikke opplevd at inntektsøkningen har stått i forhold til det utvidete og forpliktende ansvaret for pasientene som ligger i fastlegereformen. Dette gjelder trolig spesielt for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene som var avtaleløse. Det er også denne gruppen av fastleger som er minst tilfreds etter at fastlegeordningen ble innført.

En målsetting med fastlegereformen var å gi pasienter med stort behov for helsetjenester, som eldre, kronisk syke og funksjonshemmede en bedre helsetjeneste. Data på pasientnivå er best egnet for å belyse i hvilken grad dette faktisk har skjedd. Vi kan likevel få en indikasjon ved å spørre fastlegene selv. Et klart mønster er at legene mener at fastlegeordningen har hatt liten betydning dersom legene etter reformen fikk mange av sine gamle pasienter som sine listepasienter. Gevinsten er derfor knyttet til at *flere* innbyggere med stort behov for helsetjenester har fått en fast lege å forholde seg til som et resultat av selve listepasientssystemet. Dersom disse pasientene også hadde god tilgjengelighet til allmennlegen før reformen, forventes ikke nødvendigvis særlig endring etter reformen. Her blir det interessant å få evalueringer med pasientdata. Våre resultater tyder imidlertid på små endringer for pasienter med stort behov som hadde fast lege før reformen.

3.4 Konklusjon

Våre resultater viser at det er tilstrekkelig med fastleger i Norge samlet sett. 60 % av fastlegene er fornøyde med listelengden. Det er like mange leger som har for få pasienter som for mange pasienter, noe som tyder på at arbeidsmarkedet vil være i balanse med en omfordeling av pasienter mellom de som ønsker flere og de som ønsker færre pasienter. Om lag halvparten av fastlegene mener de har tilstrekkelig tid til hver pasient, mens drøyt 1 av 3 kunne ha ønsket seg noe mer tid. De fleste fastleger mener det er relativt lett å innpasse akutt pasienter i praksisen. Generelt sett er de fleste legene tilfredse med fastlegeordningen, - bare få leger er mindre fornøyde med sin arbeidssituasjon i dag i forhold til før fastlegeordningen ble innført.

Om lag halvparten av fastlegene mener at listpasientsystemet verken har gitt bedre innsikt i pasientenes medisinske behov eller at den medisinske behandlingen er blitt mer effektiv. Legenes vurdering avhenger imidlertid av andelen listepasienter som også var faste pasienter hos legen før fastlegeordningen ble innført. Leger som har få av de samme pasientene på listen før og etter innføringen av ordningen, mener i større grad at effektiviteten og innsikten er blitt bedre etter innføringen av reformen, noe som understreker betydningen av at pasientene har en fast lege å forholde seg til.

Forholdet mellom listetak og listelengde, slik det framkommer i Rikstrykdeverkets database, har vært benyttet for å beskrive arbeidsmarkedet for fastlegene og deres atferd. Vi mener det er problematisk å benytte denne type data på en slik måte. Forskjellen mellom listetak og faktisk listelengde fanger ikke uten videre opp legens subjektive vurdering av pasientmengden og det er dermed ikke opplagt at differansen uttrykker fastlegens reelle pasientmangel/-overskudd. Dette illustreres ved at 55 % av legene i allmennlegeundersøkelsen hadde færre pasienter enn listetaket, mens bare 21 % oppgir at de ønsker seg flere pasienter på listen.

4. Endringer i legenes tjenesteproduksjon

4.1. Innledning

Hvordan fastlegereformen påvirker allmennlegenes tjenesteproduksjon er et nøkkelspørsmål i fastlegeordningen. Problemstillingen berører så vel befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, som fastlegenes effektivitet som et resultat av reformen. Om effektiviteten har økt ved at hver lege har flere konsultasjoner, vil tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten ha blitt forbedret, gitt uendret legedekning. Problemstillingen om hvordan fastlegereformen påvirker allmennlegenes tjenesteproduksjon berører også både pasientenes og legenes atferd. Vi velger å skille mellom effekter av listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender som har påvirket allmennlegetjenesten, uavhengig av innføringen av fastlegereformen.

4.1.1 Effekter av listepasientsystemet

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

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

4.1.2 Effekter av kontrakter

Den rene økonomiske forståelsen av reformen er knyttet til incentivene i selve finansieringssystemet. Hovedtyngden av finansieringen er stykkprisrefusjoner som utgjør ca 70 % av fastlegenes inntekter. Per capita komponenten utgjør ca 30 % av inntekten (20). Virkningen av de rene økonomiske incentivene vil variere, avhengig av hvilken kontraktsform legene hadde før reformen. Størst effekt forventes for de tidligere fastlønnslegene. Disse legene har beveget seg

fra en ikke-incentiv basert til en incentiv basert avlønningsform. Vi forventer at disse legene vil øke sin tjenesteproduksjon. Dette fordi den økte arbeidsinnsatsen som ligger i økt produksjon gir belønning i form av økte inntekter. For de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale forventes mindre endringer i tjenesteproduksjonen etter reformen. Disse legene mottok også før reformen hovedtyngden av sine inntekter fra stykkprisrefusjoner.

Den rene incentiveeffekten kan imidlertid svekkes av en seleksjonseffekt. Før reformen hadde legene muligheter til å velge kontraktstype, - det var preferansemessig seleksjon av leger til ulike avtaleforhold. For eksempel valgte noen av de tidligere fastlønnslegene denne kontraktsformen fordi de prioriterte fritid fremfor høy inntekt (7,26). Mange fastlønnsleger arbeidet også i småkommuner med lite pasienttilstrømming sammenlignet med privatpraktiserende allmennleger med kommunal avtale.

Vi vil studere virkningen av endringer i finansieringssystem, avhengig av tidligere kontraktsform. I lys av vår tidligere forskning forventer vi at tidligere fastlønnsleger øker sin tjenesteproduksjon, men at den ikke øker til et nivå som tilsvarer nivået til de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med eller uten kommunal avtale (20-21). Dette skyldes at tidligere fastlønnsleger i mindre grad lar seg motivere av økonomiske incentiver, sammenlignet med allmennleger som arbeidet under andre kontraktsformer. Tidligere fastlønnsleger vil derfor selv etter reformen ha lavere tjenesteproduksjon enn hva som forventes ut fra endringen i selve finansieringssystemet.

4.1.3 Generelle effekter

Samtidig med innføringen av reformen har det vært andre endringer i helsetjenesten som også forventes å ha påvirket tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten. Flere forhold er av betydning. Allmennlegedekningen har økt med om lag 400 legeårsværk fra 1998 til 2001 (21). Men også legesøkningen i befolkningen har økt⁶. Dersom legedekningen ikke øker i et tilsvarende forhold som etterspørselen, kan likevel tjenesteproduksjonen per lege øke. Spesialist- og sykehustilbudet har også blitt bedre forut og etter at reformen trådte i kraft. Dette kan ha gjort det lettere å henvise pasienter, noe som isolert sett forventes å ha redusert arbeidsbelastningen for fastlegene. Alternativt kan legene nå ha fått bedre tid til å se pasienter som tidligere ikke fikk time, noe som kan gi uendret tjenesteproduksjon per lege over tid.

⁶ I samme tidsperiode har befolkningen økt med 82 287 innbyggere (middelfolkemengde) (27).

4. 2. Tjenesteproduksjonen før og etter reformen

I dette avsnittet vil vi beskrive endringer over tid i allmennlegenes tjenesteproduksjon. Vi skiller mellom konsultasjoner/kontakter, henvisninger til spesialist, arbeidstid, tid brukt til offentlig legearbeid og pasientkontakter per time.

I Tabell 4.1 viser vi nivået på noen nøkkelvariabler som beskriver allmennlegenes produksjon på grunnlag av allmennlegeundersøkelsene i 1998 og 2002. Dette er en ren deskriptiv fremstilling. Siden vi ikke har et ekte panel av leger, er ikke alle leger som var med i undersøkelsen i 1998, med i 2002. Utvalgene kan derfor være litt forskjellige ved de to tidspunktene. Dette har vi tatt høyde for i resultatene som presenteres i Tabellene 4.2 - 4.5. Der har vi inkludert flere kontrollvariabler som er knyttet til egenskaper ved legen, praksisen og tid brukt på ikke-kurative aktiviteter. Dette er alle størrelser som påvirker antall konsultasjoner/kontakter og kurativ arbeidstid per lege. Sammenligningene over tid blir mer pålitelige når det kontrolleres for disse observerbare forskjellene mellom legene og praksisene i de to utvalgene.

I Tabellene 4.2 - 4.5 har vi inkludert en dummyvariabel for hvilket år undersøkelsene ble gjort. Variabelen fanger opp endringer i tjenesteproduksjonen fra 1998 til 2002. Variabelen uttrykker den samlede effekten av listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender i befolkningen og helsetjenesten som har påvirket tjenesteproduksjonen.

4. 2. 1 Konsultasjoner

Et hovedtrekk er at antall konsultasjoner per lege har økt (Tabell 4.1). Tidligere fastlønnsleger har hatt en økning i produksjonen fra 2 341 konsultasjoner per år i 1998 til 2 657 konsultasjoner i 2002. Økningen for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale ser ut til å være mer moderat, en økning på i underkant av 100 konsultasjoner per år.

Resultatene i Tabell 4.1 forsterkes etter å ha kontrollert for forskjeller mellom utvalgene. De tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale har nå en økning i antall konsultasjoner på 308 fra 1998 til 2002 (Tabell 4.2). Økningen for de tidligere fastlønnslegene er 505 konsultasjoner. De tidligere privatpraktiserende allmennlegene uten kommunal avtale har hatt størst økning i antall konsultasjoner; en økning på 548 konsultasjoner per år.

I analysene som presenteres i Tabell 4.2 er det ikke mulig å sortere ut hvilke forklaringer som ligger bak den observerte økningen i antall konsultasjoner. For eksempel kan økningen være en effekt av listepasientsystemet; fastlegene føler et større ansvar for sine pasienter og innkaller derfor hyppigere til kontroller. På den annen side kan det være en trend i befolkningen i retning av større legesøkning over tid. Dataene fra allmenn-

legeundersøkelsene som er innsamlet på to tidspunkter, er ikke i stand til å fange opp denne trendeffekten.

For å kunne fange opp trendeffekten kreves data over antall konsultasjoner per lege over et lengre tidsrom før og etter reformen. Vi har data fra legerenningkontrollen tilbake i tid til 1996 og frem til høsten 2001, det vil si et halvt år etter at reformen trådte i kraft. Bare et fåtall leger er representert hvert år over hele denne perioden. Det er imidlertid relativt mange leger som er representert for to parvise år. Vi har derfor beregnet endringene i antall konsultasjoner per måned for de samme legene fra ett år til et annet. Resultatene er presentert i Figur 4.1.

Et hovedtrekk er at det var en økning i antall konsultasjoner per lege fra 1998 og frem til 2000, dvs. i årene før reformen ble innført. Tallene i legerenningkontrollen er på månedsbasis. Vi vet ikke hvor mange uker disse legene arbeider per år, men vi gjør en grov tilnærming og multipliserer tallene i Figur 4.1 med 10 arbeids måneder. For perioden 1998-2000 (før reformen) blir det samlet sett en økning på ca. 150 konsultasjoner per lege. Dette er om lag halvparten av endringen i antall konsultasjoner vi observerte for hele perioden 1998 til 2002 i allmennlegeundersøkelsene når det gjelder driftsavtaleleger (Tabell 4.2). Vi velger å tolke dette som at det i den perioden fastlegereformen ble innført, har vært en generell trend i retning av økt tjenesteproduksjon per lege. Det er umulig å si eksakt hvor mye av økningen i tjenesteproduksjonen som kan tilskrives trendeffekten i forhold til reformeffekten (effekten fra listepasientsystemet og finansieringsordningen). Men analysene av legerenningkontrollen tyder på at trendeffekten er sterk sammenlignet med reformeffekten.

Tabell 4.1 Produksjon og arbeidstid i praksis. Andeler i prosent.

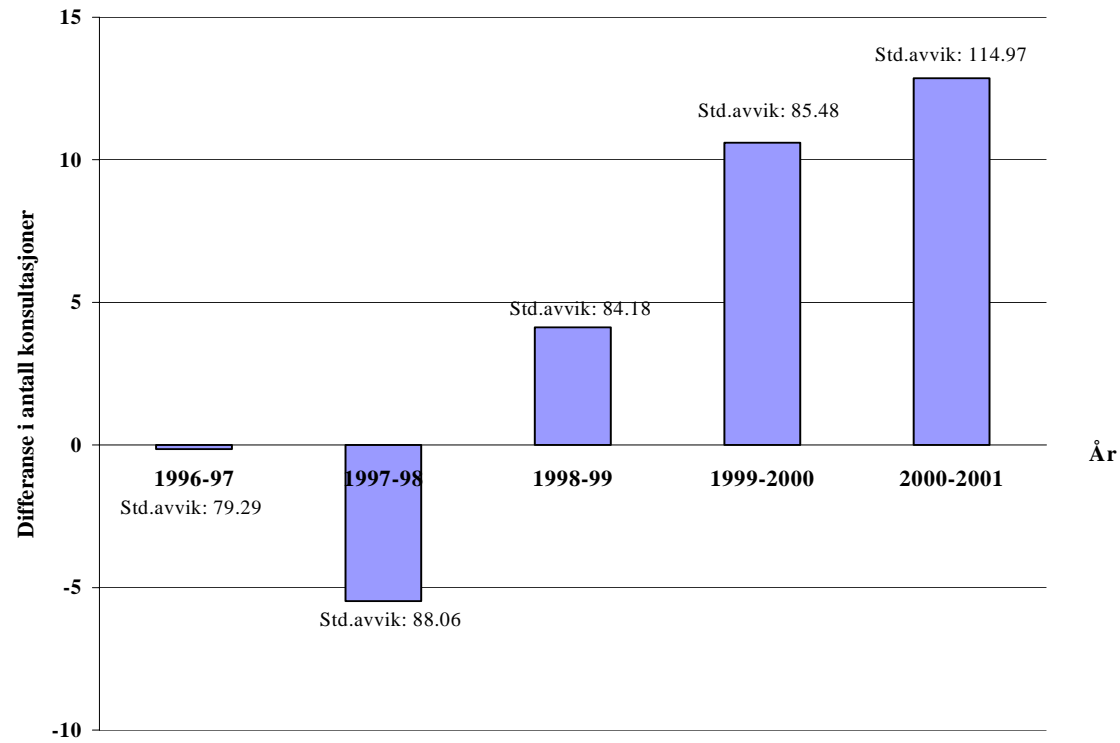
	Fastlønn		Driftsavtale		Uten driftsavtale		Fastlegeforsøket	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Antall konsultasjoner per år	2 341	2 657	3 689	3 782	3 232	3 715	3 588	3 833
Antall andre pasientkontakter per år	1 457	1 993	2 796	2 765	2 168	2 221	1 821	2 074
Andel pasienter henvist til poliklinikk/sykehus per uke	8,4	9,2	6,5	7,8	5,4	7,3	6,7	7,1
Andel pasienter henvist til spesialist per uke	7,1	8,3	6,3	7,9	7,6	9,2	6,2	7,7
Andel henvist til røntgen per uke	8,2	8,9	8,4	9,5	9,5	10,3	6,7	7,8
Antall kurative arbeidsuker per år	39,2	40,8	42,5	46,1	41,7	42,7	42,5	42,0
Antall kurative timer per uke	26,4	25,0	33,4	28,7	31,08	29,4	34,7	29,2
Antall kurative timer per år	1 053	1 035	1 436	1 248	1 330	1 249	1 481	1 233
Antall timer i offentlig legearbeid per uke	6,6	6,1	5,0	4,7	1,1	3,7	4,8	4,4
Antall legevakter per måned	4,5	3,4	2,4	1,9	0,6	1,5	2,1	1,1
Andel leger der mer enn 50% av konsultasjonene varer over 20 minutter	23,0	14,5	10,4	10,3	24,1	13,2	11,7	5,1
Antall pasientkontakter per time	4,1	5,3	4,9	5,9	4,4	5,1	4,0	5,0
(N)	300	297	1 125	1 566	137	152	77	78

Tabell 4.2 Antall konsultasjoner og antall andre pasientkontakter. Endring 1998-2002 etter legenes tidligere kontraktsform. Utvalgene for 1998 og 2002 slått sammen til ett datasett.

Variabler	Antall konsultasjoner				Antall andre pasientkontakter			
	Fastlønn	Drifts-avtale	Uten avtale	Fastlege-forsøket	Fastlønn	Drifts-avtale	Uten avtale	Fastlege-forsøket
Konstant	3295 *	4205 *	2707 *	2145 *	1407 *	2341 *	1000	1399
Dummy for år (=1 hvis 2002)	505 *	308 *	548 *	170	657 *	104	-68,5	129
Legens kjønn (=1 hvis mann)	68,8	649 *	801 *	614 *	-113	418 *	726 *	57,4
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	128	179	-26,0	-96,8	399	223	758	97,3
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	76,7	-74,8	-176	-751	533 *	-83,3	722	155
Spesialist i allmenntillegene (=1 hvis spesialist)	50,9	148	522 *	183	-153	-131	-39,1	-145
Antall år i nåværende praksis	-2,61	16,0 *	22,0	56,9 *	24,6	48,4 *	41,3 *	14,8
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-135	-330 *	591 *	-168	-29,0	-112	185	155
Lege med >60 min. telefon- konsultasjoner per dag	206	342 *	447	-1180 *	890 *	1463 *	1177 *	-255
Timer i offentlig legetillegene per uke	-6,93	-40,2 *	-0,35	-57,9	-0,45	-38,8 *	43,6	-18,3
Legevakter per måned	-18,0	8,22	-39,9	8,41	54,0 *	79,7 *	154	-25,3
Legeårsverk per 10 000 innbyggere	-102 *	-133 *	-94,6	123	-58,9	-67,8 *	-83,1	31,4
R ²	0,08	0,11	0,17	0,25	0,09	0,11	0,15	0,04
(N)	444	2244	232	132	442	2227	232	130

* p<=0.05

Figur 4.1 Endringer i antall konsultasjoner per måned per lege for parvise år. Data fra Legeregningskontrollen 1996-2001.



4. 2. 2 Andre kontakter

I allmennlegeundersøkelsene fra 1998 og 2002 ble legene også bedt om å registrere såkalte andre pasientkontakter. Andre pasientkontakter omfatter telefonkontakter og fremmøtekontakter. De deskriptive resultatene i Tabell 4.1 viser at enkle pasientkontakter har økt for de tidligere fastlønnslegene. Det har nesten ikke vært endring i de enkle pasientkontaktene for tidligere privatpraktiserende allmennleger med og uten kommunal avtale.

Resultatene i Tabell 4.1. bekreftes også etter å ha kontrollert for forskjeller mellom utvalgene i Tabell 4.2. De tidligere fastlønnslegene har hatt en økning i andre pasientkontakter på 657. Vi velger imidlertid å tolke denne økningen med varsomhet. Disse kontakttypene utløser takster i henhold til Normaltariffen og er således alminnelig kjent for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale. Takstene kan imidlertid ha vært mindre kjent blant fastlønnslegene i 1998, siden deres inntektskilde i ordinær arbeidstid da var fastlønn fra kommunen. Det kan derfor ikke utelukkes at det har vært en underrapportering av disse kontaktene hos fastlønnslegene i 1998. Endringen i andre kontakter fra 1998 til 2002 for de tidligere fastlønnslegene kan derfor være mindre enn hva som fremkommer i Tabell 4.2.

4. 2. 3 Henvisninger

Vi skiller mellom henvisninger til poliklinikk/sykehus, privat spesialist og til privat røntgeninstitut. For alle de tidligere kontraktsformene har prosentandelen pasienter som er henvist til disse tjenestene økt (Tabell 4.1 og 4.3). Økningen er imidlertid svak. Det er størst økning i andelen henvisninger til private spesialister og til sykehus/poliklinikk. Omregnet til årsbasis utgjør imidlertid dette kun 11 flere henvisninger for en tidligere fastlønnslege og 15 flere henvisninger for en lege som tidligere hadde avtale om kommunalt driftstilskudd⁷.

Det er uklart i hvilken grad økningen i andelen henvisninger skyldes en trendeffekt eller en reformeffekt. Økningen i andelen henvisninger kan skyldes bedre kapasitet i sykehus og spesialisthelsetjenesten (trendeffekten). Men det kan også være en virkning av selve reformen; legene føler nå større ansvar for pasientene og henviser derfor pasientene oftere for behandling og utredning. Vi har ikke data som kan hjelpe oss til å skille disse effektene fra hverandre.

⁷ Endringstallene på årsbasis er beregnet ut fra antall konsultasjoner for de ulike legegruppene i 1998 (Tabell 4.1), andel pasienter henvist til sykehus/poliklinikk (Tabell 4.1) og endring i henvisninger (Tabell 4.3, dummy for år).

Tabell 4.3 Andel pasienter som er henvist til sykehus/poliklinikk, annen spesialist og røntgen. Endring 1998-2002 etter legenes tidligere kontraktsform. Utvalgene for 1998 og 2002 slått sammen til ett datasett.

Variabler	<u>Andel pasienter henvist til sykehus/poliklinikk</u>				<u>Andel pasienter henvist til annen spesialist</u>				<u>Andel pasienter henvist til røntgen</u>			
	Fastlønn	Drifts-avtale	Uten avtale	Fastlege-forsøket	Fastlønn	Drifts-avtale	Uten avtale	Fastlege-forsøket	Fastlønn	Drifts-avtale	Uten avtale	Fastlege-forsøket
Konstant	7,57 *	6,66 *	9,03 *	2,11	9,72 *	9,22 *	10,60 *	5,94	10,2 *	10,55 *	13,13 *	1,11
Dummy for år (=1 hvis 2002)	0,94	1,33 *	1,62 *	-0,02	2,11 *	1,78 *	1,76 *	0,66	0,98	0,87 *	1,17	-0,02
Legens kjønn (=1 hvis mann)	-0,12	-0,78 *	-0,20	1,23	-0,92	-0,61 *	-1,39 *	-0,57	-1,31 *	-0,70 *	0,58	-0,73
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	-0,07	-0,95	-0,24	3,75 *	-0,16	0,64	2,75 *	2,68	0,20	-0,54	0,87	4,73 *
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-1,41	-1,05	-0,77	2,65	-1,23	-0,01	-0,34	4,93	-0,54	-0,39	-0,82	5,47 *
Spesialist i allmenntillegemiddell	-0,44	-0,58 *	-1,06	-2,54 *	-1,06	-0,95 *	-0,54	-2,39	-0,85	-0,61 *	-0,04	-3,42 *
Antall år i nåværende praksis	-0,04	-0,01	0,02	-0,02	-0,01	-0,04 *	-0,02	-0,14 *	-0,03	0,004	-0,05	-0,02
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	0,46	0,07	-2,20 *	1,84	0,004	0,12	-1,55	0,73	0,66	0,04	-3,25 *	3,18 *
Lege med >60 min. telefon-konsultasjoner per dag	0,66	0,22	0,71	0,53	0,85	-0,32	0,82	0,74	-0,12	-0,51	0,71	2,31
Timer i offentlig legearbeid per uke	-0,01	-0,001	0,12	0,15	-0,009	-0,03	-0,04	0,03	-0,08	-0,02	0,04	0,10
Legevakter per måned	0,19 *	0,27 *	-0,18	-0,60 *	0,003	-0,18 *	-0,13	-0,43	-0,09	-0,02	-0,50	-0,71 *
Legeårsverk per 10 000 innbyggere	0,06	0,15	-0,13	0,24	-0,18	-0,16	-0,29	0,17	-0,05	-0,06	-0,16	0,37
R ²	0,04	0,05	0,07	0,10	0,06	0,06	0,13	0,09	0,05	0,01	0,05	0,16
(N)	463	2277	244	127	440	2217	244	124	461	2261	244	127

* p<=0,05

4. 2. 4 Arbeidstid

Det har vært en nedgang på 149 kurative arbeidstimer per år for de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale (Tabell 4.4). Resultatene i Tabell 4.4 viser også at det ikke har vært noen endring i den kurative arbeidstiden for fastlønnslegene. Dette samsvarer med resultatene fra den deskriptive analysen i Tabell 4.1. Allmennlegene som deltok i fastlegeforsøket har redusert sin arbeidstid i kurativ virksomhet mest (267 timer per år).

4. 2. 5 Offentlig legearbeid

Ut fra resultatene i Tabell 4.1 synes det som om de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale bruker litt mindre tid til offentlig legearbeid i 2002 sammenlignet med i 1998. I 1998 rapporterte disse legene at de brukte 5,0 timer til offentlig legearbeid per uke, noe som var redusert til 4,7 timer i 2002. Forskjellen på 0,3 timer fra Tabell 4.1 forsvinner imidlertid når vi kontrollerer for at utvalgene er forskjellige fra hverandre (Tabell 4.4).

Tidligere fastlønnsleger bruker 1,15 time mindre på offentlig legearbeid per uke i 2002 sammenlignet med i 1998 (Tabell 4. 4). Selv om de tidligere fastlønnslegene nå i gjennomsnitt utfører litt mindre offentlig legearbeid, trenger ikke dette å bety at det samlede tilbudet av denne type legearbeid er blitt redusert over fire års perioden. Fra 1998 til 2002 har det vært en økning i antall legeårsverk i allmennlegetjenesten på om lag 400 (21). I følge allmennlegeundersøkelse fra 2002 bruker hver lege (uavhengig av tidligere kontraktsform) i gjennomsnitt 4,8 timer per uke på offentlig legearbeid. Økningen i antall legeårsverk kan dermed ha gitt en økning i offentlig legearbeid på 1920 timer per uke, noe som overgår effekten av reduksjonen i offentlig legearbeid utført av tidligere fastlønnsleger⁸.

⁸ Reduksjonen i offentlig legearbeid blant tidligere fastlønnsleger er beregnet til 774 timer per uke. Økningen i offentlig legearbeid blant leger som tidligere var privatpraktiserende uten avtale er tilsvarende beregnet til 722 timer per uke. Beregningene er gjort med utgangspunkt i utførte legeårsverk 1998 (21) og endringer i timer i offentlig legearbeid (Tabell 4.4, dummy for år).

Tabell 4.4 Antall kurative timer per år, antall timer i offentlig legearbeid per uke og antall legevakter per måned. Endring 1998-2002 etter legenes tidligere kontraktsform. Utvalgene for 1998 og 2002 slått sammen til ett datasett.

Variabler	Antall kurative timer per år				Antall timer i offentlig legearbeid per uke				Antall legevakter per måned			
	Fastlønn	Drifts- avtale	Uten avtale	Fastlege- forsøket	Fastlønn	Drifts- avtale	Uten avtale	Fastlege- forsøket	Fastlønn	Drifts- avtale	Uten avtale	Fastlege- forsøket
Konstant	1297 *	1470 *	913 *	1419 *	6,92 *	4,28 *	2,86 *	5,57	0,80	0,29	-1,38 *	-0,64
Dummy for år (=1 hvis 2002)	-35,7	-149 *	-58,6	-267 *	-1,15 *	-0,21	2,56 *	0,39	-1,77 *	-0,62 *	0,29	-0,86
Legens kjønn (=1 hvis mann)	57,1	122 *	254 *	59,0	-0,09	0,19	0,67	0,30	0,72 *	0,81 *	0,44 *	1,48 *
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	14,9	8,87	-12,2	-59,2	-0,10	-0,41	-1,73 *	-1,46	0,18	-0,12	-0,78 *	1,54 *
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	7,75	8,73	16,6	-99,7	-0,16	-0,06	-1,37	-1,45	-0,44	-0,69 *	-0,37	0,66
Spesialist i allmennmedisin (=1 hvis spesialist)	63,9	64,3 *	76,0	26,2	0,31	-0,21	-0,35	1,34	-0,78	-0,20 *	0,07	-1,23 *
Antall år i nåværende praksis	-3,89	6,14 *	4,79	14,2 *	-0,01	-0,08 *	0,03	-0,01	0,02	-0,04 *	-0,02	-0,05 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-73,9	-74,0 *	133	-113	-1,22	1,18 *	-0,16	2,06 *	-0,19	0,18	0,42	0,20
Lege med >60 min. telefon- konsultasjoner per dag	80,8	170 *	146	-359	0,40	-0,31	0,25	-1,21	0,77	0,14	0,37	0,44
Timer i offentlig legearbeid per uke	-12,0 *	-15,7 *	-10,9	-15,8					0,03	0,06 *	0,15 *	0,07
Legevakter per måned	-4,15	11,0 *	0,84	-1,53	0,05	0,23 *	0,62 *	0,27				
Legeårsverk per 10 000 innbyggere	-11,5	-22,6 *	9,64	10,1	0,12	0,06	-0,15	-0,42	0,39 *	0,25 *	0,24 *	0,21
R ²	0,04	0,12	0,10	0,21	0,02	0,08	0,29	0,11	0,10	0,15	0,28	0,31
(N)	453	2295	239	136	497	2391	253	141	497	2391	253	141

* p<=0.05

4.2.6 Tid i konsultasjonen

Tiden legen bruker i pasientkonsultasjonen er et uttrykk for kvalitet i allmennlegetjenesten. Flere studier viser en klar sammenheng mellom lange konsultasjoner og pasienttilfredshet og kvalitet (for oversikt se 25). Vi har opplysninger om andelen konsultasjoner som varte over 20 minutter i en vanlig arbeidsuke. For tidligere fastlønnsleger har denne andelen blitt redusert fra 1998 til 2002 (Tabell 4.1). I 1998 oppga 23 % av fastlønnslegene at mer enn 50 % av konsultasjonene varte over 20 minutter. I 2002 hadde denne prosentdelen falt til 14,5. For tidligere driftsavtaleleger det ingen forskjell fra 1998 fra 2002.

Resultatene i Tabell 4.1 viser også at det har vært en markant reduksjon i prosentandelen konsultasjoner som varte over 20 minutter for både de tidligere privatpraktiserende allmennlegene uten kommunal avtale, og for legene som deltok i fastlegeforsøket. Denne reduksjonen blir imidlertid ikke bekreftet i Tabell 4.5. Når vi kontrollerer for at utvalgene er forskjellige i 1998 og i 2002, er det ikke lenger forskjell i prosentandelen konsultasjoner som varte over 20 minutter for disse to legegruppene.

I Tabell 4.1 har vi også beregnet det gjennomsnittlige antallet pasientkontakter per time. For alle de tidligere kontraktsformene har antallet pasientkontakter per time økt. Økningen har vært størst for de tidligere fastlønnslegene. I 2002 hadde de 1,50 flere pasientkontakter per time sammenlignet med i 1998 (Tabell 4.5). Den tilsvarende økningen for de tidligere driftsavtalelegene var 1,23.

Tabell 4.5 Pasientkontakter per time og andel konsultasjoner over 20 minutter. Endring 1998-2002 etter legenes tidligere kontraktsform. Utvalgene for 1998 og 2002 slått sammen til ett datasett.

Variabler	Vanlig regresjon Pasientkontakter per time				Ordinal logistisk regresjon ¹⁾ Konsultasjoner over 20 minutter			
	Fastlønn	Drifts- avtale	Uten avtale	Fastlege- forsøket	Fastlønn	Drifts- avtale	Uten avtale	Fastlege- forsøket
Konstant	2,98 *	5,89 *	4,33 *	2,77				
Konstant 1 (>50% konsultasjoner over 20 minutter)					-1,35 *	-2,49 *	-2,96 *	-3,95
Konstant 2 (21-50% konsultasjoner over 20 minutter)					1,25 *	0,46	-0,13	-0,55
Dummy for år (=1 hvis 2002)	1,50 *	1,23 *	0,70	0,85	-0,35	-0,29 *	-0,05	-0,23
Legens kjønn (=1 hvis mann)	-0,28	0,73 *	0,49	0,41	0,06	-0,35 *	0,07	0,49
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	0,25	0,08	0,01	0,64	-0,14	-0,02	1,44 *	0,96
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-0,08	-0,09	-0,22	1,38	-0,04	0,28	1,83 *	1,26
Spesialist i allmenntillegemedisin (=1 hvis spesialist)	-0,46	-0,28	0,02	-0,15	-0,27	-0,46 *	-0,43	-0,75
Antall år i nåværende praksis	0,04	-0,01	0,001	-0,05	-0,02	-0,02 *	-0,05 *	-0,003
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	0,06	-0,38	0,50	0,35	-0,87 *	0,05	-0,73 *	0,47
Lege med >60 min. telefonkonsultasjoner per dag	1,55	0,64	0,14	0,44	0,52	0,28	0,50	1,90
Timer i offentlig legearbeid per uke	0,08	-0,02	0,07	-0,03	0,02	-0,02 *	0,004	-0,05
Legevakter per måned	0,08	0,05	-0,02	0,01	0,01	-0,03	-0,05	-0,05
Legeårsverk per 10 000 innbyggere	-0,01	-0,14	-0,10	0,08	0,09 *	0,15 *	0,11	0,06
R ²	0,04	0,02	0,03	0,10				
Concordant (N)	483	2326	246	136	0,59	0,59	0,65	0,62
					498	2381	252	142

* p<=0,05

4.3 Tidligere kontraktsform og tjenesteproduksjon

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

En eventuell effekt av listepasientsystemet rammet alle legene likt i det reformen ble innført. Vi antar også at generelle "trend effekter" vil ramme alle legene likt. Disse to effektene blir dermed "rensket ut" når vi studerer endringer i tjenesteproduksjonen over tid mellom leger som hadde ulike kontraktsformer før reformen. Dette gjør oss i stand til å isolere effekten av kontraktsform.

I 1998 hadde de tidligere fastlønnslegene 2 341 konsultasjoner og de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale 3 689 konsultasjoner (Tabell 4.1). Dette tilsvarer en forskjell på 1 348 konsultasjoner. Denne forskjellen reduseres til 889 konsultasjoner etter at vi har kontrollert for karakteristika ved allmennlegene, praksisen og pasientpopulasjonen (Tabell 4.6). Denne forskjellen representerer den maksimale effekten av finansieringssystemet før reformen.

I 2002 hadde de tidligere fastlønnslegene 2 657 konsultasjoner mens de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale hadde 3 782 konsultasjoner (Tabell 4.1). Forskjellen er nå redusert til 1 125 konsultasjoner. Etter kontroll for karakteristika ved allmennlegene, praksisen og pasientpopulasjonen er forskjellen redusert til 708 (Tabell 4.6).

Seleksjonseffekten kan leses direkte ut av Tabell 4.6. Den representerer forskjellen i antall konsultasjoner mellom tidligere fastlønnsleger og tidligere driftsavtaleleger i 2002, det vil si 708 konsultasjoner. I 2002 var finansieringssystemet det samme for de to tidligere kontraktstypene. Men selv om legene står ovenfor de samme incentiver er det altså betydelige forskjeller i tjenesteproduksjonen. Dette understreker at legene har forskjellige typer preferanser, og at ikke alle leger har like sterke preferanser for arbeid og inntekt.

Ut fra Tabell 4.6 kan vi imidlertid også se at stykkprisfinansieringen har medført en svak økning i tjenesteproduksjonen for de tidligere fastlønnslegene. I 1998 hadde tidligere fastlønnsleger 889 færre konsultasjoner per år sammenlignet med driftsavtalelegene. I 2002 er denne forskjellen redusert til 708. Differansen på 181 konsultasjoner representerer selve incentiveeffekten av reformen. Sammenlignet med seleksjonseffekten er imidlertid incentiveeffekten liten.

Parallelt med at forskjellen i antall konsultasjoner/andre kontakter er blitt litt redusert mellom de tidligere legetypene, er også forskjellen i kurativ arbeidstid blitt redusert. En forskjell på 206 timer i 1998 er i 2002 blitt til 107 timer (Tabell 4.6). Det sistnevnte timeantallet representerer seleksjonseffekten av reformen - det at tidligere fastlønnsleger har sterkere preferanser for kortere arbeidstid enn de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale.

Tabell 4.6 Effekter av kontrakter på antall konsultasjoner, antall andre pasientkontakter, antall kurative timer og pasientkontakter per time. Omfatter tidligere fastlønnsleger og leger med driftsavtale. Tverrsnittsanalyse for hvert av årene 1998 og 2002.

Variabler	Antall konsultasjoner		Antall andre pasientkontakter		Kurative timer		Pasientkontakter per time	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Konstant	3100 *	4071 *	976 *	2302 *	1138 *	1329 *	5,05 *	5,55 *
Lege med driftsavtale	889 *	708 *	883 *	395 *	206 *	107 *	0,59	0,72
Legens kjønn (=1 hvis mann)	534 *	531 *	310 *	333 *	115 *	109 *	0,64 *	0,41
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	158	44,4	500 *	89	6,15	-31,3	0,63	-0,18
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-73,6	-153	343	-171	37,8	-41,1	0,28	-0,29
Spesialist i allmenntmedisin (=1 hvis spesialist)	140	125	-152	-129	66,0	60,9 *	-0,16	-0,38
Antall år i nåværende praksis	18,8 *	12,5 *	46,5 *	45,5 *	7,91 *	3,87 *	-0,0001	-0,001
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-261 *	-382 *	-207	-52,9	-54,1	-94,7 *	-0,74 *	-0,06
Lege med >60 min. telefon-konsultasjoner per dag	519 *	166	1456 *	1303 *	196 *	119 *	0,41	1,10 *
Timer i offentlig legearbeid per uke	-36,5 *	-30,6 *	-34,6 *	-23,9	-15,3 *	-13,6 *	-0,03	0,04
Legevakter per måned	-14,6	17,0	52,5 *	88,5 *	1,02	10,3 *	0,05	0,08
Legeårsverk per 10 000 innbyggere	-98,8 *	-134,7 *	-13,8	-87,0 *	-8,79	-24,6 *	-0,13	-0,06
R ²	0,21	0,17	0,18	0,11	0,15	0,10	0,03	0,01
(N)	1019	1670	1017	1653	1046	1703	1099	1711

* p<=0.05

¹⁾ Referansekategori: Fastlønnslege

4.4 Diskusjon

I dette kapitlet har vi reist spørsmålet om allmennlegene har økt sin tjenesteproduksjon som følge av fastlegeordningen. Vi skiller mellom effekter av listepasientsystemet, finansieringsordningen og generelle trender som har påvirket allmennelegetjenesten, uavhengig av innføringen av fastlegereformen.

Vi observerer en svak incentiveffekt av reformen; tidligere fastlønnsleger viser en svak økning i antall konsultasjoner/andre kontakter som et resultat av at de nå har fått stykkprisbaserte kontrakter. Etter reformen er likevel nivået på deres tjenesteproduksjon godt under nivået som de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale har. To år etter reformen er seleksjonseffekten dominerende. Tidligere fastlønnsleger har ikke like sterke preferanser for høy inntekt som de tidligere driftsavtalelegene. Dette svekker den potensielle effektivitetsgevinsten som ligger i endringen av finansieringssystemet. På den annen side, finansieringssystemet har virket i kort tid. Den langsiktige effekten kan være sterkere, noe som også vår tidligere forskning tyder på. Over tid kan legenes preferanser endre seg, slik at seleksjonseffekten svekkes og incentiveffekten styrkes. Det er derfor ønskelig med en ny datainnsamling om noen år for å teste denne hypotesen.

De tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale viser også en svak økning i tjenesteproduksjonen fra 1998 til 2002. Denne økningen er imidlertid ikke større enn hva som kan tilskrives en generell trend, - uavhengig av reformen er det for alle leger en svak økning i antall konsultasjoner/kontakter. Dersom innføringen av listepasientsystemet har en selvstendig effekt, hadde vi forventet å finne at de tidligere driftsavtalelegene hadde økt sin tjenesteproduksjon mer enn hva den generelle trenden tilsier (Figur 4.1). Denne oppfatningen støttes også av resultatene fra en nylig publisert studie av Sandvik (28). Hans studie omfattet 235 spesialister i allmennmedisin i januar 2001 (like før reformen), og i juni 2002 (like etter reformen). I denne perioden var antall konsultasjoner per lege nesten uendret. I 2001 hadde hver lege i gjennomsnitt 84 konsultasjoner per uke, tilsvarende tall i 2002 var 82 konsultasjoner.

For både de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med kommunal avtale og de tidligere fastlønnslegene, har andelen henvisninger økt fra 1998 til 2002. Økningen er imidlertid svært liten. Det er ikke opplagt hvordan dette kan forklares, en nærliggende tolkning er likevel at henvisningene har økt som et resultat av litt bedre kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

I perioden 1998-2001 har det vært en økning i antall legeårsverk i allmennelegetjenesten fra 3466 årsverk til 3859 årsverk. Dette tilsvarer en økning i legetettheten fra 7,8 til 8,5 årsverk per 10 000 innbyggere (21). Denne økningen i legeårsverk skyldes delvis innføringen av fastlegereformen - man ønsket å forsikre seg om at så mange som mulig av fastlegehjemlene ble besatt. Våre analyser viser at endringen av finansieringssystemet som følge av

reformen så langt bare har hatt en moderat effekt på den *enkelte leges* totale tjenesteproduksjon. Det er således nærliggende å konkludere at i den grad tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten har økt som et resultat av reformen⁹, så skyldes det først og fremst økningen i legeårsverk. På kort sikt ser det derfor ut som om offentlig politikk i form av det å øke utdanningskapasiteten av allmennleger og å opprette tilstrekkelige fastlegehjemler, kan ha større betydning for tilgjengelighet enn endringen av selve finansieringssystemet¹⁰.

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

Redusert arbeidstid i kurativ virksomhet trenger imidlertid ikke bety at allmennlegenes totale arbeidstid i praksis har blitt redusert. Fastlegeordningen innebærer en klar adresse for oppfølging og informasjon for andre instanser i blant annet pleie- og omsorgstjenesten og trygdeetaten. Dette kan ha ført til økt krav om attester og opplysninger som nok kan "stjele" tid fra kurativ virksomhet. Leger som tidligere var ansatt og som nå driver egen praksis bruker trolig også noe mer tid til administrasjon. Det kan ikke utelukkes at fastlegene har lagt om praksishverdagen slik at den inneholder noe mindre tid til pasientkontakt, men at den totale arbeidstiden er tilnærmet uendret. Samtidig kan listepasientsystemet ha medført at pasientterspørselen rettet mot den enkelte lege har økt. For eksempel kan relativt friske pasienter innkalles og/eller møte opp til regelmessige kontroller, selv om dette har liten eller ingen helsemessig betydning. Dette kan forklare at de tidligere driftsavtalelegene nå har flere konsultasjoner/kontakter per tidsenhet enn de hadde før reformen. Uheldigvis har vi ikke opplysninger om allmennlegenes totale arbeidstid fra allmennlegeundersøkelsen i 1998.

Gitt at arbeidstiden har blitt litt redusert og at antallet pasientkontakter per tidsenhet har økt svakt; hvordan har dette påvirket kvaliteten på allmennlegetjenesten? Et fullgodt svar krever data om pasientenes vurdering av legekontakten før og etter reformen. Aller helst ville det også vært ønskelig med data på kvaliteten på det faktiske medisinske tilbudet. Slike data finnes ikke. I allmennlegeundersøkelsene i 1998 og 2002 spurte vi imidlertid legene selv om de syntes tiden de brukte per pasient var passe. Trenden er relativt tydelig: det

⁹ Dette kan testes ved bruk av survey data på pasient/innbyggernivå før og etter reformen.

¹⁰ Reformen kan imidlertid ha medført en jevnere geografisk fordeling av allmennlegene. I så fall vil tilgjengeligheten ha blitt forbedret i kommuner som før reformen hadde dårlig legedekning. Dette vil i så fall være en effekt som kan tilskrives reformen. For å belyse problemstillingen kreves det data over endringer i legeårsverk før reformen og fra en noe lengre periode etter reformen.

har vært en økning i andelen leger som i 2002 rapporterte at tiden de brukte per pasient var passe (Tabell 4.7). Ut fra allmennlegenes egen vurdering ser det derfor ikke ut som om reformen har medført en kvalitetsforringelse. Bedre kjennskap til pasientene gjør legene i stand til å tilpasse tidsbruken ut fra den enkelte pasients behov, altså en mer riktig bruk av tid.

Tabell 4.7 Fastlegenes vurdering av tid brukt på hver enkelt pasient. Omfatter kun tidligere driftsavtaleleger. Andel leger i prosent.

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

4.5 Konklusjon

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

5. Listelengde, rasjonering og indusering

5.1. Innledning

Bedre tilgjengelighet til allmennlegen var en av de viktigste begrunnelsene for fastlegereformen¹¹. I debatten rundt tilgjengelighet har størrelsen på fastlegenes liste stått sentralt. I kapittel 3 beskrev vi hvordan legene *selv opplevde* sin arbeidsbelastning, og om de ønsket flere listepasienter eller ikke. Så langt finnes det ingen dokumentasjon på hva listelengde betyr for den *faktiske* tjenesteproduksjonen. Både for lange og for korte lister kan være problematisk.

Lange lister kan medføre rasjonering og et dårligere medisinsk tilbud til pasientene. Legene kan ha et motiv til å sikre seg lange lister for å øke sin per capita inntekt. Listelengden kan da bli så lang at det blir urimelige lange ventetider for forespørsler/konsultasjoner etc. Konsultasjonstiden kan også bli for kort, noe som vil svekke kvaliteten i allmennpraksis (for oversikt se 25). Leger vil spesielt ha et incentiv til å ha lange lister dersom per capita tilskuddet utgjør en høy andel av deres inntekter. I fastlegereformen er per capita andelen ment å utgjøre bare ca 30 % av legenes inntekter (20). En såpass lav andel svekker imidlertid incentivene legene har til ensidig å fokusere på lange lister på bekostning av å kunne gi pasientene et medisinsk tilbud uten rasjonering.

Korte lister kan også være et problem. Leger med korte lister kan kompensere manglende inntekter ved å øke refusjonene per konsultasjon. Legene har muligheter til å gjøre dette fordi de er bedre informert om pasientens helsetilstand enn pasientene selv eller myndighetene. I faglitteraturen betegnes dette som tilbudsinduksjon, og har vært ansett som en effektiv måte for legene å sikre seg en stabil og god inntekt på (for oversikt se 31-32). Forhold som bestemmer hvorvidt indusering kan forekomme eller ikke vil være grad av konkurranse, type finansieringssystem, legenes preferanser for inntekt og deres etikk. Det finnes en omfattende internasjonal litteratur om tilbudsinduksjon. Den rådende oppfatningen på 1970- og 1980-tallet var at legene induserte etterspørselen etter sine tjenester (for oversikt se 31-32). Fra slutten av 1980-tallet ble imidlertid bildet mer nyansert, først og fremst fordi metodene for å studere indusering ble vesentlig forbedret. Studier fra de siste 10 årene finner få holdepunkter for induksjon (for eksempler se 13, 33-35). Vi har selv gjort omfattende studier av tilbudsinduksjon i den norske allmennlege-

¹¹ Det er imidlertid verdt å merke seg at tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten ikke var spesielt dårlig før reformen (29-30). For eksempel viser analyser av Helseundersøkelsen at forbruket av allmennlegetjenester er styrt av sykkelighet og medisinske behov, og ikke av legedekning og individuelle ressurser som inntekt og utdanningsnivå.

tjenesten før fastlegereformen trådte i kraft. Vi har heller ikke funnet støtte til induseringshypotesen (12-13, 35-38).

En analyse av sammenhengen mellom listelengde og legenes tjenesteproduksjon kan si noe om fastlegereformen har ledet til dårligere tilgjengelighet og/eller medført indusering. I analysene vil vi skille mellom effekter på *konsultasjoner* og effekter på *refusjoner per konsultasjon*. Gitt at det ikke er rasjonering, forventer vi at antall konsultasjoner per lege øker proporsjonalt med listelengden; dvs. at tilgjengeligheten for den enkelte pasient er uavhengig av listelengde (Figur 5.1). Dette svarer til en elastisitet på 1. Antall konsultasjoner per listepasient vil da være uavhengig av listelengden.

En elastisitet lavere enn 1 kan både tolkes som rasjonering og induksjon. Hvis vi for eksempel observerer at en reduksjon i listelengden på 1 % bare fører til 0,8 % færre konsultasjoner, kan forklaringen være induksjon. Legen kutter mindre ned på tilbudet enn reduksjonen i listepasientantallet tilsier. Men, en elastisitet på 0,8 kan også skyldes rasjonering. En økning i listelengde på 1 % fører bare til at antall konsultasjoner øker med 0,8 %.

Det er selvsagt mest sannsynlig at vi har induksjon når listelengden er særlig kort, og at vi har rasjonering når den er lang. En mulig hypotese er derfor at vi har en ikke-lineær sammenheng som illustrert i figuren.

Det er lite sannsynlig at det vil forekomme rasjonering med hensyn på *refusjoner per konsultasjon*. Å redusere den ønskede eller faktiske behandlingen er ikke i tråd med medisinsk etikk og profesjonelle normer. I møtet med den enkelte pasient er det lite trolig at legen vil kutte ned på behandlingen. Tidskostnadene ved mye av behandlingen er ofte også lave, spesielt for prøvetaking. I det pasienten er innenfor døren hos legen er det kun marginale tidsgevinster ved å rasjonere på disse tjenestene. Pasienten har også klare rettigheter, og bare for å unngå klager vil legene neppe redusere på nødvendig behandling. Derfor er det grunn til å forvente at det ikke er noen sammenheng mellom listelengde og refusjoner per konsultasjon.

I prinsippet kan vi derfor tenke oss tre regimer for *konsultasjoner* (Figur 5.1): En optimal listelengde hvor det verken er rasjonering eller indusering. For leger med korte lister kan vi tenke oss et regime med indusering, og for leger med lange lister kan vi tenke oss et regime med rasjonering. For *refusjoner per konsultasjon* tenker vi oss to regimer; en optimal listelengde hvor det verken er rasjonering eller indusering, og et regime hvor det er indusering.

I en diskusjon omkring induksjon og rasjonering er det relevant å diskutere Iversen og Lurås sin studie av fastlegene i fastlegeforsøket (39-40). De finner at om lag 65 % av fastlegene i forsøkskommunene hadde færre pasienter på sin liste enn de opprinnelig ønsket. De mener videre å finne at disse legene kompenserte for pasientmangelen ved å øke tjenesteproduksjonen per listepasient i form av flere gjeninnkallinger av pasientene og/eller ved å øke refusjonene per listepasient. Studien omfatter 105 fastleger. Iversen og Lurås

hevder at fastlegene gjør mer på pasientene fordi de har for lite å gjøre, og ikke fordi pasientene er sykere. Forskerne argumenterer derfor for at disse pengene burde brukes på andre måter, for eksempel innenfor psykiatri eller eldreomsorg (3-4).

Iversen og Lurås argumenterer for at et svært høyt antall av fastlegene i forsøkskommunene har for få listepasienter. Deres data kommer fra Rikstrykdeverket sin database over fastlegenes listetak og listelengde. Vi har diskutert bruken av disse dataene i kapittel 3, og konkluderte med at de i liten grad uttrykker fastlegenes *reelle* pasientknapphet. For eksempel er det i følge Iversen og Lurås en stor pasientmangel blant fastlegene i forsøkskommunene. Problemet i disse kommunene har imidlertid vært at fastlegene har hatt for høy arbeidsbelastning, heller enn for liten belastning (41-42). I en studie fra de fire forsøkskommunene i 1995 rapporterte hele 42 % av de mannlige fastlegene at arbeidsbelastningen var for stor. Tilsvarende tall for de kvinnelige fastlegene var 53 %. Bare 6 % av de mannlige fastlegene rapporterte om for liten arbeidsbelastning, ingen av de kvinnelige legene mente arbeidsbelastningen var for liten. I en annen studie rapporterer 41 % av fastlegene i Trondheim om for lange lister i 1999 (38). Selv i 2002, 9 år etter at fastlegeforsøket ble startet, rapporter fastlegene i forsøkskommunene om for høy arbeidsbelastning (Tabell 3.2). I allmennlegeundersøkelsen fra 2002 oppgir for eksempel 36 % av fastlegene i disse kommunene at de hadde for mange listepasienter (Tabell 3.2). Bare 6 % av fastlegene i forsøkskommunene ønsket flere pasienter. Dette er helt forskjellige tall enn de 65 % som Iversen og Lurås opererer med. Vi synes det er vanskelig å forholde seg til Iversen og Lurås sine funn så lenge fordelingen på variabelen som måler pasientknapphet samsvarer så dårlig med hvordan fastlegene *selv* opplever sin mangel på pasienter.

Vi kan imidlertid etterprøve funnet til Iversen og Lurås i allmennlegeundersøkelsen fra 2002, men da på bakgrunn av hvordan fastlegene *selv* opplever sin arbeidsbelastning. Vi spurte samtlige fastleger om de hadde for mange eller for få listepasienter (se kapittel 3). Vi vil derfor også presentere analyser for å belyse betydningen av pasientknapphet på fastlegenes tjenesteproduksjon.

Det gjenstår et metodologisk problem, nemlig hva er årsak-virkning retningen mellom listelengde og tjenesteproduksjon? Vi ønsker å studere listelengdens betydning for tjenesteproduksjonen. Men det er også grunn til å tro at listelengde er bestemt av forventet tjenestebehov hos pasientene; dvs. listelengden er tilpasset pasientenes sykkelighet. Det forventes da at antall konsultasjoner bestemmer listelengden. Vi kan derfor komme til å observere at leger med korte lister har relativt mange konsultasjoner per listepasient (mye sykkelighet), mens leger med lange lister har forholdsvis få konsultasjoner per pasient (lite sykkelighet). Dermed vil den estimerte elastisiteten for listelengde på konsultasjoner per lege bli lavere enn 1, noe som kan tyde på rasjonering

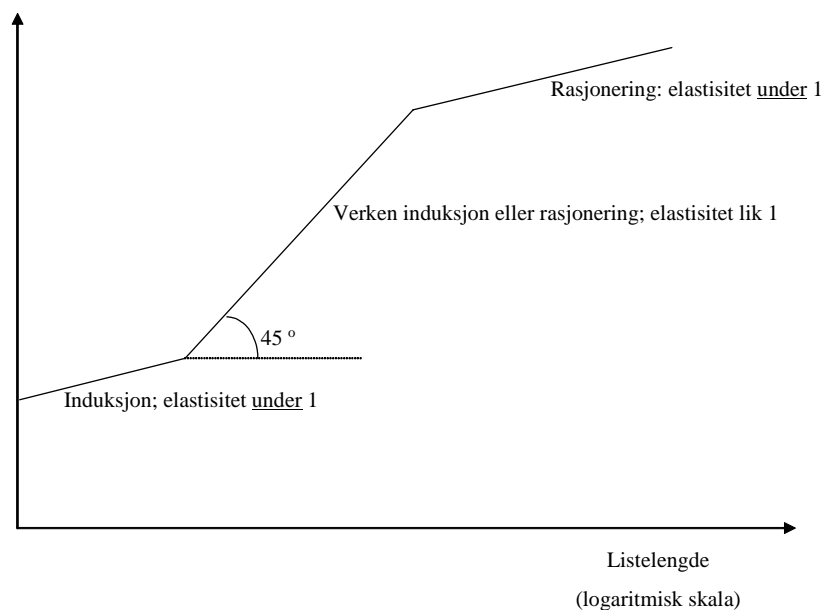
eller induksjon, dersom vi ikke tar hensyn til virkningen sykkelighet har på listelengden.

Den potensielle endogeniteten ved listelengde blir håndtert ved 2SLS-estimering og bruk av instrumentvariabler. I *første* trinn estimeres en modell med listelengde som avhengig variabel, og et sett av instrumentvariable som er høyt korrelert med listelengde, men ikke med residualleddet i den primære regresjonen. Vi benytter kommunens frie inntekter, folketall og demografiske kjennetegn som instrumenter. Dette er faktorer som definerer rammene for kommunens beslutning om antall fastleger i kommunen. Vi bruker *ikke* legedekningen i kommunen som instrument fordi denne kan være endogen – påvirket av sykkeligheten i kommunen. I *andre* trinn brukes predikert listelengde som uavhengig (og eksogen) variabel i regresjonen hvor vi analyserer legenes konsultasjoner og refusjonsinntekter per konsultasjon¹².

¹² I bivariat regresjonsanalyse benyttes tradisjonelt minste kvadraters metode (OLS) for å estimere en modell $Y = \alpha + \beta X + \varepsilon$. En forutsetning for bruk av metoden er at de uavhengige variablene (X) ikke er korrelert med residualleddet (ε). Slik korrelasjon kan skyldes at uavhengig variabel (X) også er en endogen variabel i modellen, dvs. at X påvirkes av avhengig variabel Y .

En løsning på dette problemet er å benytte to-trinns-regresjon (2SLS) og instrumentvariabler. En instrumentvariabel Z forutsettes å være korrelert med X , men ikke med residualen ε . Metoden består i at man i første trinn estimerer en regresjonsmodell ved OLS med X som avhengig variabel og Z som uavhengig variabel, og så estimerer de predikerte verdiene til X ut fra denne modellen. I andre trinn erstatter man X -variabelen med X -predikert i en ny OLS-estimering med Y som avhengig variabel.

Figur 5.1 Effekt av listelengde på fastlegens konsultasjoner



5.2. Resultater

Nedenfor presenterer vi resultater både fra vanlig regresjonsanalyse og fra analyser hvor vi har brukt instrumenter for listelengde. Vi presenterer resultater fra analyser både fra allmennlegeundersøkelsen i 2002 og fra legerenningkontrollen høsten 2001. Vi får konsistente resultater på tvers av datasettene, noe som støtter holdbarheten av våre funn.

5.2.1 Rasjonering eller indusering av konsultasjoner

I Tabell 5.1 viser vi effekten av listelengde på antall konsultasjoner per lege. Analysene er utførte på data fra allmennlegeundersøkelsen 2002. I den vanlige regresjonsanalysen er elastisiteten $0,823^{13}$, noe som kan tyde på at fastlegene enten induserer eller rasjonerer konsultasjoner. Når vi bruker instrumentvariabler for listelengde øker elastisiteten til $0,939^{14}$, dvs. det er et tilnærmet proporsjonalt forhold mellom listelengde og antall konsultasjoner per lege. At elastisiteten øker ved bruk av instrumenter, støtter vår antagelse om at fastlegene også tar hensyn til egenskaper ved pasientpopulasjonen når

¹³ Konfidensintervallet er (0,77 - 0,88); dvs. at det ikke inkluderer 1.

¹⁴ Konfidensintervallet er (0,76 - 1,12); dvs. at det inkluderer 1.

listelengden bestemmes. Dette virker rimelig fordi uobserverbar sykkelighet har en negativ effekt på listelengde og en positiv effekt på konsultasjoner. Våre resultater gir grunn til å konkludere at fastlegene verken induserer eller rasjonerer konsultasjonene.

I de to siste kolonnene i Tabell 5.1 har vi inkludert to nye variabler. Den ene variabelen angir hvorvidt fastlegene rapporterer at de har for mye å gjøre, den andre variabelen angir hvorvidt fastlegene rapporterer å ha for lite å gjøre. I følge resultatene i kapittel 3 oppgir ca 20 % av fastlegene at de kunne ønske seg flere listepasienter (Tabell 3.2). I regresjonen hvor listelengde er estimert uten instrumentvariabler (vanlig regresjonsanalyse), er det en positiv, men svak effekt av det å ha for lite å gjøre på antall konsultasjoner per lege. Tolket bokstavelig betyr det at leger som oppgir å ha for lite å gjøre kompenserer ved å utføre 6 % flere konsultasjoner enn fastleger som oppgir at de har en passe mengde listepasienter. I praksis utgjør dette svært få konsultasjoner i forhold til det totale antallet konsultasjoner hver av disse legene har¹⁵.

Resultatet svekkes ytterligere ved å studere regresjonen hvor instrumentert listelengde inngår som kontrollvariabel (Tabell 5.1 - siste kolonne). Der er det en negativ og svak effekt av det å ha for lite å gjøre på antallet konsultasjoner per lege (regresjonskoeffisienten = -0,063). De legene som oppgir at de kunne ønske seg flere pasienter har færre konsultasjoner, sammenlignet med de fastlegene som oppgir at de har passe med pasienter. Resultatet fra denne regresjonen virker rimelig, ikke minst i lys av at vi ovenfor har argumentert for at listelengden bør instrumenteres. De legene som rapporterer at de har for mye å gjøre, har også flere konsultasjoner (regresjonskoeffisient = 0,074). Dette er også et rimelig resultat¹⁶.

¹⁵ 21 % av fastlegene rapporterer at de kunne ønske seg flere listepasienter. Disse legene har i gjennomsnitt 3 414 konsultasjoner per år; 6 % tilsvarende ca 200 konsultasjoner "for mye".

¹⁶ En forklaring til disse resultatene er som følger: I den vanlige regresjonen uten instrumentvariabler (Tabell 5.1 - kolonne 3) fanger variablene listelengde og for mye/lite å gjøre opp både etterspørsels- og tilbudsideffekter. Listelengden fanger opp mye av etterspørselseffekten (regresjonskoeffisienten < 1), mens for lite å gjøre mest fanger opp tilbudsideffekten (positiv regresjonskoeffisient). Legene rapporterer at de har for lite å gjøre, og de kompenserer ved å gjøre litt mer på hver enkelt pasient. Når vi instrumenterer listelengde (Tabell 5.1 - kolonne 4), fanges hele tilbudsideffekten opp ved den predikerte listelengden. For lite å gjøre variabelen reflekterer nå bare etterspørselseffekten (negativ regresjonskoeffisient). Legene rapporterer at de har for lite å gjøre, noe som er reelt siden de også rapporterer færre konsultasjoner sammenlignet med de legene som har passe å gjøre. Resultatet kan tolkes som at legene tilpasser seg etterspørselen – de kompenserer ikke en pasientmangel ved å øke antallet konsultasjoner.

Tabell 5.1 Effekter av listelengde på antall konsultasjoner. Data fra Allmennlegeundersøkelsen 2002. Vanlig regresjon og 2SLS med instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	Uten for mye/for lite å gjøre		Med for mye/for lite å gjøre	
	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾
Konstant	2,079 *	1,098	1,930 *	1,162
Listelengde	0,823 *	0,939 *	0,844 *	0,932 *
For mye å gjøre (=1 hvis legen ønsker færre pasienter)			-0,017	0,074 *
For lite å gjøre (=1 hvis legen ønsker flere pasienter)			0,062 *	-0,063 *
Pasientsammensetning:				
26-50% av listepasientene er kvinner=1	0,014	0,063	0,012	0,060
51-75% av listepasientene er kvinner=1	0,023	0,086	0,025	0,079
>75% av listepasientene er kvinner=1	0,048	0,117	0,051	0,107
21-50% av listepasientene er >60 år =1	0,021	0,041	0,024	0,035
>50% av listepasientene er >60 år=1	0,070 *	0,060	0,073 *	0,054
Legekaraktistika:				
Legens kjønn (=1 hvis mann)	0,078 *	0,197 *	0,072 *	0,202 *
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	0,062	0,112 *	0,063	0,110 *
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	0,038	0,072	0,043	0,064
Spesialist i allmenntilleggsmedisin (=1 hvis spesialist)	0,054 *	0,108 *	0,056 *	0,101 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-0,051	-0,111 *	-0,046	-0,114 *
R ²	0,338	0,130	0,341	0,135
(N)	2080	2075	2080	2075

* p<=0.05

¹⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

I Tabell 5.2 presenterer vi en annen test på induseringshypotesen. Analysene er fortsatt utført på data fra allmennlegeundersøkelsen 2002. Den avhengige variabelen er antallet legeinitierte konsultasjoner per fastlege. Dersom legene induserer, vil vi forvente å finne at leger med korte lister gjeninnkaller sine pasienter mer enn leger som har lange lister. Dette finner vi ikke. Resultatene med hensyn til effekten av listelengde på antallet legeinitierte konsultasjoner er helt i samsvar med den effekten vi fant av listelengde i Tabell 5.1: elastisiteten stiger ved bruk av instrumentvariabler for listelengde. En elastisitet på 0,985¹⁷ tolker vi som at antall gjeninnkallinger per listepasient er uavhengig av om listen er kort eller lang.

Vi har også inkludert variablene som fanger opp hvorvidt fastlegene har for mye eller for lite å gjøre i Tabell 5.2. De legene som rapporterte å ha for lite pasienter, gjør også færre gjeninnkallinger sammenlignet med de legene som rapporterte å ha passe med listepasienter (Tabell 5.2 - fjerde kolonne: regresjonskoeffisient -0,126). Dette er også et resultat som svekker induseringshypotesen. Dersom legene som rapporterer å ha for få pasienter virkelig induserte, ville vi forventet å finne en induseringseffekt på legeinitierte konsultasjoner. Funnet støtter også våre resultater i Tabell 5.1 (siste kolonne): i regresjonen hvor listelengde var instrumentert fant vi at de legene som rapporterte at de kunne ønske seg noen flere pasienter også hadde færre konsultasjoner sammenlignet med de legene som rapporterte om et passe antall listepasienter.

I Tabell 5.3 har vi analysert dataene fra Legeregningskontrollen for høsten 2001. Avhengig variabel er antall konsultasjoner per lege. Når listelengde er instrumentert er elastisiteten 0,972¹⁸. Denne elastisiteten er nesten identisk med den vi fant i Tabell 5.1 hvor analysene ble utført på datamaterialet fra allmennlegeundersøkelsen 2002. Vi får to nesten identiske resultater fra to forskjellige datamaterialer - dette styrker vår konklusjon om at fastlegene verken induserer eller rasjonerer på konsultasjonene.

¹⁷ Konfidensintervallet er (0,68 - 1,29); dvs. at det inkluderer 1.

¹⁸ Konfidensintervallet er (0,67 - 1,27); dvs. at det inkluderer 1.

Tabell 5.2 Effekter av listelengde på antall legeinitierte konsultasjoner. Data fra Allmennlegeundersøkelsen 2002. Vanlig regresjon og 2SLS med instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	Uten for mye/for lite å gjøre		Med for mye / for lite å gjøre	
	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾
Konstant	-2,303 *	-4,478 *	-2,206 *	-4,421 *
Listelengde	0,703 *	0,988 *	0,690 *	0,985 *
For mye å gjøre (=1 hvis legen ønsker færre pasienter)			0,038	0,111 *
For lite å gjøre (=1 hvis legen ønsker flere pasienter)			-0,017	-0,126 *
Pasientsammensetning:				
26-50% av listepasientene er kvinner=1	0,024	0,067	0,024	0,065
51-75% av listepasientene er kvinner=1	0,072	0,123	0,071	0,115
>75% av listepasientene er kvinner=1	0,008	0,069	0,004	0,049
21-50% av listepasientene er >60 år =1	0,157 *	0,183 *	0,155 *	0,174 *
>50% av listepasientene er >60 år=1	0,419 *	0,414 *	0,415 *	0,406 *
Legekarakteristika:				
Legens kjønn (=1 hvis mann)	0,166 *	0,270 *	0,170 *	0,279 *
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	0,054	0,088	0,054	0,083
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	0,067	0,087	0,066	0,072
Spesialist i allmenntmedisin (=1 hvis spesialist)	0,149 *	0,189 *	0,147 *	0,176 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-0,076	-0,119 *	-0,078	-0,125 *
R ²	0,193	0,126	0,194	0,134
(N)	2109	2104	2109	2104

* p<=0,05

¹⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

Tabell 5.3 Effekter av listelengde på antall konsultasjoner. Data fra trygdetatens legeregningsskontroll høsten 2001. Vanlig regresjon og 2SLS med instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾
Konstant	0,034	-0,052
Listelengde	0,811 *	0,972 *
Pasientsammensetning:		
Andel kvinnelige listepasienter	0,178 *	0,562 *
Andel listepasienter 7-20 år	0,086	0,256 *
Andel listepasienter 21-30 år	0,107 *	0,091
Andel listepasienter 31-40 år	0,007	0,149
Andel listepasienter 41-50 år	-0,243 *	-0,272 *
Andel listepasienter 51-60 år	-0,009	0,093
Andel listepasienter 61-70 år	0,236 *	0,240 *
Andel listepasienter 71-80 år	-0,001	0,059
Andel listepasienter over 80 år	-0,040	-0,026
Legekarakteristika:		
Legens kjønn (=1 hvis mann)	0,205 *	0,424 *
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	-0,025	0,001
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-0,022	-0,041
Spesialist i allmennmedisin (=1 hvis	0,142 *	0,165 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-0,043	-0,106 *
R ²	0,361	0,197
(N)	1547	1547

* p<=0.05

¹⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

5.2.2 Rasjonering eller indusering av laboratorieprøver og refusjoner

I Tabell 5.4 studerer vi effekten av listelengde på antall laboratorieprøver per konsultasjon per fastlege¹⁹. Datamaterialet er fra allmennlegeundersøkelsen 2002. Vi finner en svak positiv effekt av listelengde på antall prøver per konsultasjon. Dette tyder på at fastleger med lange lister tar litt flere prøver sammenlignet med leger med korte lister. Størrelsene på regresjonskoeffisientene er omtrent de samme både ved vanlig regresjon og når listelengden er instrumentert. I analysen med instrumenter er imidlertid ikke koeffisienten statistisk signifikant på konvensjonelt nivå ($p < 0,05$). I tilfelle indusering hadde vi forventet et negativt fortegn på regresjonskoeffisienten. Resultatet svekker induseringshypotesen - leger med korte lister tar ikke flere prøver per konsultasjon for å øke sin inntekt.

I den grad man ønsker å tillegge den positive effekten av listelengde noen betydning, reflekterer den sannsynligvis forskjeller i praksisprofiler. Leger med lange lister har trolig mer utstyr, og driver mer avansert diagnostikk og behandling sammenlignet med leger med korte lister. Dette kan skyldes at de har arbeidet lengst i kommunen og derfor har flest kronikere på sine lister. Det kan være lønnsomt å investere i kostbart og avansert utstyr for prøvetaking dersom man har mange pasienter i praksisen.

I analysene i Tabell 5.4 har vi også inkludert hvorvidt legene rapporterer om de har for få listepasienter eller ikke. Regresjonskoeffisientene er negative og lave i tallverdi. Funnet støtter ikke induseringshypotesen; fastleger som oppgir at de har for lite pasienter kompenserer ikke ved å ta flere prøver per konsultasjon. Det er faktisk omvendt; disse legene tar færre prøver per konsultasjon.

En innvending mot analysene i Tabell 5.4 er at de bare omfatter prøvetaking. Leger med korte lister kan kompensere ved for eksempel å bruke tidstaksten oftere, eller ved å utføre forskjellige typer behandlinger oftere. Vi har derfor robusttestet resultatene i Tabell 5.4 med analyser fra data fra Legeregningsskontrollen høsten 2001 (Tabell 5.5). Den avhengige variabelen er nå refusjoner per konsultasjon per lege. Dette er trygderefusjoner som fastlegene får for prøvetaking, bruk av tidstaksten og spesifikke prosedyrer. Når listelengde er instrumentert, er regresjonskoeffisienten 0,217. Denne effekten av listelengde er omtrent helt lik tilsvarende effekt fra regresjonene som er baserte på data fra allmennlegeundersøkelsen 2002 (Tabell 5.4). Igjen, det at vi får to nesten identiske resultater fra to forskjellige datamaterialer styrker vår konklusjon om at fastlegene ikke induserer på prøvetaking eller på refusjoner.

Avslutningsvis utfører vi en test som går mer direkte på kvalitet, nemlig bruk av tidstaksten. Bruker leger med lange lister tidstaksten mindre enn leger med korte lister? Om så er tilfelle, kan dette tolkes som en kvalitetsforringelse i

¹⁹ Takk til Professor Steinar Hunskår som hjalp oss med å utforme spørsmål om bruk av laborieutstyr og laborieprøver i fastlegenes praksis.

den grad tidstaksten brukes ved konsultasjoner for pasienter med store behov. I allmennlegeundersøkelsen har vi informasjon om hvor stor andel av konsultasjonene i en vanlig arbeidsuke som varte mer enn 20 minutter. Svarene ble gruppert i følgende kategorier: 0-20 %, 21-50 % og > 50 %.

Vi utførte en logistisk regresjonsanalyse for å studere effekten av listelengde på andelen konsultasjoner over 20 minutter (Tabell 5.6). Dersom det er rasjonering eller indusering, vil vi forvente å finne en oddskoeffisient som er forskjellig fra 1²⁰. Når listelengde er instrumentert, er regresjonskoeffisienten -0,467 (Tabell 5.6). Dette tilsvarer en oddskoeffisient på 0,63, med et nedre og et øvre konfidensintervall på henholdsvis -1,34 og 0,40; dvs. oddskoeffisienten omslutter 1. Konfidensintervallet er vidt, noe som trolig skyldes mye tilfeldige målefeil i den avhengige variabelen. Likevel, resultatet gir ikke støtte til at det er rasjonering eller indusering av konsultasjoner som varer over 20 minutter. Vi utførte også en tilsvarende analyse av bruk av tidstaksten på data fra lege-regningskontrollen 2001. Resultatene samsvarer med det vi har presentert på basis av data fra allmennlegeundersøkelsen 2002; antall tidstakster per konsultasjon er uavhengig av legens listelengde.

²⁰ Oddskoeffisienten er antilogarithmen til regresjonskoeffisienten fra den logistiske regresjonsanalysen.

Tabell 5.4 Effekter av listelengde på antall laboratorieprøver per konsultasjon. Data fra Allmennlegeundersøkelsen 2002. Vanlig regresjon og 2SLS med instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	Uten for mye/for lite å gjøre		Med for mye/for lite å gjøre	
	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾
Konstant	-2,667 *	-2,600 *	-2,756 *	-2,697 *
Listelengde	0,229 *	0,209	0,244 *	0,225
For mye å gjøre (=1 hvis legen ønsker færre pasienter)			-0,080 *	-0,052
For lite å gjøre (=1 hvis legen ønsker flere pasienter)			-0,016	-0,049
Pasientsammensetning:				
26-50% av listepasientene er kvinner=1	-0,080	-0,063	-0,078	-0,061
51-75% av listepasientene er kvinner=1	-0,046	-0,024	-0,043	-0,023
>75% av listepasientene er kvinner=1	-0,031	-0,009	-0,026	-0,008
21-50% av listepasientene er >60 år=1	0,142 *	0,145 *	0,147 *	0,147 *
>50% av listepasientene er >60 år=1	0,254 *	0,246 *	0,261 *	0,249 *
Legekaraktistika:				
Legens kjønn (=1 hvis mann)	-0,037	-0,007	-0,040	-0,006
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	0,054	0,073	0,050	0,069
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	0,180 *	0,194 *	0,180 *	0,190 *
Spesialist i allmennmedisin (=1 hvis spesialist)	0,032	0,047	0,035	0,473
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	0,031	0,009	0,032	0,008
Praksisen har enkelt laboratorieutstyr=1	0,440 *	0,457 *	0,433 *	0,457 *
Praksisen har middels avansert	0,688 *	0,720 *	0,682 *	0,72 *
Praksisen har avansert	0,988 *	1,034 *	0,985 *	1,035 *
R ²	0,110	0,100	0,112	0,102
(N)	2075	2071	2075	2071

* p<=0.05

¹⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

Tabell 5.5 Effekter av listelengde på refusjon per konsultasjon.
Data fra trykdetatens legeregningsskontroll høsten 2001.
Vanlig regresjon og 2SLS med instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	OLS	2SLS med instrumenter ¹⁾
Konstant	5,504 *	3,689 *
Listelengde	-0,031	0,217 *
Pasientsammensetning:		
Andel kvinnelige listepasienter	0,258 *	0,237 *
Andel listepasienter 7-20 år	-0,024	-0,030
Andel listepasienter 21-30 år	0,120 *	0,120 *
Andel listepasienter 31-40 år	0,128 *	0,114 *
Andel listepasienter 41-50 år	0,202 *	0,195 *
Andel listepasienter 51-60 år	0,123 *	0,122 *
Andel listepasienter 61-70 år	-0,092 *	-0,097 *
Andel listepasienter 71-80 år	0,049	0,047
Andel listepasienter over 80 år	-0,032	-0,023
Legekaraktetistika:		
Legens kjønn (=1 hvis mann)	0,158 *	0,145 *
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	0,034	0,033
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-0,034	-0,033
Spesialist i allmenmedisin (=1 hvis spesialist)	0,432 *	0,427 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	0,044 *	0,047 *
R ²	0,348	0,332
(N)	1547	1547

* p<=0.05

¹⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

Tabell 5.6 Effekter av listelengde på andelen konsultasjoner over 20 minutter. Data fra Allmennlegeundersøkelsen 2002. Logistisk regresjon med og uten instrumenter. Kontinuerlige variabler på logaritme form.

Variabler	Uten for mye/for lite å gjøre ¹⁾		Med for mye/for lite å gjøre ¹⁾	
	Uten instrumenter	Med instrumenter ²⁾	Uten instrumenter	Med instrumenter ²⁾
Konstant 1 (>50% konsultasjoner >20 minutter)	6,595 *	1,002	7,540 *	1,182
Konstant 2 (21-50% konsultasjoner >20 minutter)	9,594 *	3,921	10,552 *	4,103
Listelengde	-1,273 *	-0,438	-1,404 *	-0,467
For mye å gjøre (=1 hvis legen ønsker færre pasienter)			0,318 *	0,139
For lite å gjøre (=1 hvis legen ønsker flere pasienter)			-0,152	0,055
Pasientsammensetning:				
26-50% av listepasientene er kvinner=1	0,130	0,015	0,118	0,007
51-75% av listepasientene er kvinner=1	0,406	0,241	0,384	0,234
>75% av listepasientene er kvinner=1	0,782 *	0,577	0,745 *	0,569
21-50% av listepasientene er >60 år =1	0,371 *	0,385 *	0,344 *	0,376 *
>50% av listepasientene er >60 år=1	0,743 *	0,792 *	0,713 *	0,781 *
Legekarakteristika:				
Legens kjønn (=1 hvis mann)	0,0005	-0,193	0,035	-0,192
Legens alder 1 (=1 hvis 35-50 år)	-0,028	-0,099	-0,024	-0,093
Legens alder 2 (=1 hvis >=50 år)	-0,085	-0,133	-0,099	-0,131
Spesialist i allmenntilleggsmedisin (=1 hvis spesialist)	-0,484 *	-0,563 *	-0,501 *	-0,569 *
Praksistype (=1 hvis gruppepraksis)	-0,002	0,093	-0,023	0,093
(N)	2187	2182	2187	2182

* p<=0.05

¹⁾ Logitkoeffisienter og Wald Chi-Square test

²⁾ Instrumenter: kommunal inntekt per innbygger, antall innbyggere i kommunen, andel kvinner i kommunen, andel innbyggere yngre enn 7 år og andel innbyggere eldre enn 80 år.

5.3 Diskusjon

Ved innføringen av fastlegeordningen var det relativt mye diskusjon om lengden på legenes lister, nærmere bestemt hvorvidt lange lister gir en kvalitativt dårlig allmennlegetjeneste. I denne studien har vi belyst ett aspekt ved kvalitet, nemlig tilgjengelighet. Våre analyser tyder på at pasientenes tilgjengelighet til allmennlegetjenesten er uavhengig av listelengden.

Funnet krever minst to kommentarer: For det første kan en forklaring være selve finansieringssystemet. Per capita andelen utgjør en relativt liten andel av fastlegenes inntekter i Norge. Dette gir legene et incentiv til å ha korte lister, noe som er forenelig med å ivareta hensynet til tilgjengelighet. For det andre, selv om den gjennomsnittlige listelengden er relativt kort, er det stor variasjon i listelengden mellom fastlegene (Tabell 3.1). Likevel, selv leger som har lange lister ser ikke ut til å rasjonere med konsultasjonene. En nærliggende forklaring er at dette har å gjøre med praksisorganiseringen. Leger med lange lister har trolig effektive rutiner for pasienthåndtering og pasientgjennomstrømning. Effektiv praksisdrift blir da et viktig virkemiddel for å sikre pasientenes tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

En potensiell ulempe med det norske finansieringssystemet kan være den høye stykkprisandelen. Dette kan anspore legene til tilbudsinduksjon ved å foreta for mange gjeninnkallinger, og/eller ved å ta for mange behandlinger/prøver. Det er rimelig å anta at tilbøyeligheten til å indusere er størst for de legene som rapporterer å ha for få listepasienter. Vi testet for indusering på flere måter. Først, ved å anvende flere ulike mål på tjenesteproduksjonen (konsultasjoner, gjeninnkallinger, laboratorieprøver per konsultasjon og refusjoner per konsultasjon). Deretter, ved å utføre analysene på to uavhengige datasett (surveyundersøkelse til allmennlegene og registerdata fra Rikstrygdeverket over fastlegenes faktisk tjenesteproduksjon). Vi oppnådde konsistente resultater ved alle kjøringene - ingen av funnene kunne bekrefte induseringshypotesen. En forklaring kan være at de legene som har korte lister, har valgt dette selv. Da har de heller ikke noe behov for å indusere. En annen forklaring kan være at legene er styrt av profesjonsetiske og medisinske normer, og at de ikke lar hensynet til "egen grådighet" være bestemmende for tjenesteproduksjonen. Funnet støtter opp under vår tidligere forskning fra allmennlegetjenesten i Norge og annen internasjonal forskning fra de siste 10-15 årene (12-13, 33-38).

Våre funn støtter ikke opp under resultatene til Iversen og Lurås (39-40). En nærliggende forklaring er at vi har brukt data om fastlegenes selvopplevde pasientmangel. Iversen og Lurås har brukt registerdata som primært er innsamlet til administrative formål, og ikke nødvendigvis til forskningsformål. Vi mener at de administrative dataene ikke er egnet til å belyse problemstillingen om indusering, siden dataene ikke reflekterer legenes reelle pasientmangel (for en mer utfyllende diskusjon se kapittel 3).

Ett av våre fokus i dette kapittelet har vært å studere sammenhengen mellom listelengde og tilgjengelighet. Tilgjengelighet er imidlertid ikke det eneste aspektet ved kvalitet som er viktig når man skal vurdere effekten av listelengde. I litteraturen har det også vært mye fokus på sammenhengen mellom listelengde og tiden pasienten får på legekontoret (for oversikt se 25). Erfaringene fra allmennlegetjenesten i England har vært at listepasientsystemet der har medført svært korte konsultasjoner per pasient (43-44). Gjennomsnittstiden per konsultasjon er ca 8 minutter. I Norge er gjennomsnittstiden per konsultasjon mye lengre, ca 20 minutter (45). Studier viser at det er en klar positiv sammenheng mellom lange konsultasjoner og pasienttilfredshet (for oversikt se 25). Lange konsultasjoner kan blant annet øke pasientenes egenmestring i forhold til sykdom, noe som gir nyttige helsegevinster.

Erfaringene fra England kan ikke uten videre overføres til den norske allmennlegetjenesten. Den gjennomsnittlige listelengden i England er vesentlig høyere enn i Norge²¹. Dette skyldes blant annet at svært mye av allmennlegetjenesten i England er finansiert ved nesten 100 % per capita avlønning. Dette gir allmennlegene sterke incentiver til å ha lange lister. I Norge er per capita andelen lav i forhold til i England. Gjennomsnittstiden per konsultasjon er også over dobbelt så lang. Den negative sammenhengen mellom listelengde og tid per konsultasjon er derfor trolig svakere blant norske fastleger sammenlignet med de britiske fastlegene.

På den annen side er det likevel naturlig å forvente at også de norske fastlegene som har lange lister, bruker kortere tid per konsultasjon enn fastlegene med korte lister²². Et viktig spørsmål for fastlegeevalueringen er imidlertid i hvilken grad dette går utover det medisinske tilbudet og pasientenes tilfredshet med konsultasjonen. Bruk av tidstaksten ser ikke ut til å ha

²¹ I England er øvre tillatte listelengde per lege 3 500 (46). I Norge anbefales det at listelengden ikke overstiger 1 500 pasienter ved fulltids kurativ virksomhet (20). Det er vanskelig å finne tall som viser den faktiske listestørrelsen per lege i England. Dette kan delvis skyldes at det er mange felleslister på praksisnivå. Felleslister har blitt mer vanlig etter som såkalte ” GP fundholding” praksiser har økt. En studie viser imidlertid at i et utvalg av praksiser var den faktiske listelengden ca. 1700 pasienter (47).

²² Det er ikke mulig med våre data å estimere sammenhengen mellom listelengde og tid per konsultasjon. I legeregningskontrollen 2001 er det ikke informasjon om fastlegenes arbeidstid. I allmennlegeundersøkelsen 2002 har vi informasjon om arbeidstid i kurativ virksomhet. Men vi har ikke fordelingen av denne tiden på konsultasjoner, fremmøtekontakter og telefonkontakter. Det er derfor vanskelig å lage et presist mål på tiden som brukes per konsultasjon.

sammenheng med listelengde (Tabell 5.6). Vi skal imidlertid være forsiktige med å tillegge dette funnet for stor betydning. I den grad man ønsker å trekke konklusjoner om sammenhengen mellom listelengde, tid per konsultasjon og kvaliteten på det medisinske tilbudet er det ønskelig med mer utfyllende data om pasientene og deres sykdomstilstand. De mest egnede data vil være detaljerte data på pasientnivå som kan kobles opp mot data på legenivå. Opplysninger om pasientene (for eksempel ulike mål på tilfredshet, og medisinsk behov), kan da kobles mot opplysninger om legene og praksisene (for eksempel tid per konsultasjon og listelengde).

5.4 Konklusjon

Det er tydelig variasjon i listelengden blant norske fastleger. Denne variasjonen påvirker imidlertid ikke tilgjengeligheten til fastlegene. Fastleger med korte lister, eller som mangler pasienter, foretar heller ikke flere gjeninnkallinger eller prøver/behandlinger for å øke sin inntekt. Det kan ikke utelukkes at fastleger med lange lister bruker noe kortere tid per konsultasjon. I hvilken grad dette påvirker den medisinske kvaliteten og pasientenes tilfredshet med allmennlegetjenesten gjenstår å se.

6. Oppsummering

Fastlegereformen ble innført 1. juni 2001. Reformens overordnede formål er å forbedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Denne rapporten analyserer problemstillinger i tilknytning til fastlegeordningen. Vi har belyst allmennlegenes selvopplevde arbeidsbelastning med utgangspunkt i faktisk og ønsket listelengde, legenes faktiske tjenesteproduksjon før og etter reformen og betydningen av fastlegenes listelengde på tjenesteproduksjonen.

Problemstillingene er i hovedsak belyst ved data fra en omfattende spørreundersøkelse blant mer enn 2000 fastleger høsten 2002. Koblet mot en tilsvarende undersøkelse foretatt i 1998, gir dette materialet muligheter for å sammenligne aspekter ved allmennlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegereformen. I tillegg er data fra trygdeetatens legeregningsskontroll høsten 2001 benyttet.

Etter innføringen av reformen har det vært mange motstridende meldinger på hvordan fastlegenes arbeidssituasjon faktisk fortoner seg. På bakgrunn av dette er det viktig å kunne benytte opplysninger fra legene selv når det gjelder listelengde og egenvurdering av arbeidssituasjonen. Generelt sett er de fleste fastlegene tilfredse med fastlegeordningen. Tidligere fastlønnsleger og leger som arbeider i de tidligere forsøkskommunene har i størst grad økt sin tilfredshet som allmennlege sammenlignet med før fastlegeordningen ble innført. 60 % av fastlegene er fornøyde med antallet listepasienter. Det er verdt å merke seg at oppnåelse av listetaket *ikke* er noen forutsetning for å være tilfreds med listelengden.

Resultatene tyder ikke på at det er for mange fastleger i Norge samlet sett. Det er like mange fastleger som har for få pasienter, som for mange pasienter. I løpet av ett år etter innføringen av reformen har det skjedd en omfordeling av listepasienter mellom fastlegene, noe som har ført til en økning i andelen fastleger som er tilfredse med pasientmengden i praksis.

Flere studier peker på betydningen av listelengde for kvalitet i allmennpraksis. Samhandling mellom lege og pasient og tilstrekkelig med tid i selve konsultasjonen er viktige kvalitetsaspekt. Våre resultater viser at listelengden ikke påvirker fastlegenes egne vurderinger av tidsbruken per pasient. Listelengde ser heller ikke ut til å ha særlig betydning for legenes vurdering av å kunne innpasse pasienter med behov for akutt hjelp i den daglige praksisen. Dette kan ha sammenheng med legenes praksisorganisering.

En målsetting med fastlegereformen var å gi pasienter med stort behov for helsetjenester et bedre helsetilbud. Et klart mønster er at legene mener fastlegeordningen har hatt liten betydning dersom legene fikk mange av sine gamle pasienter som sine listepasienter. Gevinsten av fastlegeordningen er derfor knyttet til at *flere* innbyggere med stort behov for helsetjenester, og som tidligere ikke hadde en fast lege, nå har fått en fast lege å forholde seg til.

Differansen mellom listetak og listelengde gir ikke et godt uttrykk for fastlegenes faktiske versus ønskede arbeidsmengde. Denne differansen fanger ikke nødvendigvis opp legens subjektive vurdering av antall listepasienter, og vil dermed ikke uten videre være et mål på fastlegens reelle pasientmangel eller pasientoverskudd. Resultater fra allmennlegeundersøkelsen tyder nettopp på at fastlegene vurderer antallet listepasienter som vesentlig gunstigere enn hva som fremkommer ved å se på forskjellen mellom innrapportert listetak og faktisk listelengde. Dette kan blant annet skyldes usikkerhet rundt hva som ville være rett listetak for den enkelte lege ved innføringen av reformen, og strategiske valg fra legens side med hensyn til fastsettelse av listetaket.

Et nøkkelspørsmål i evalueringen av fastlegeordningen er hvordan fastlegereformen påvirker allmennlegenes tjenesteproduksjon. Denne problemstillingen berører både befolkningens tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, fastlegenes effektivitet og pasientenes og legenes atferd. I vår tilnærming har vi skilt mellom effekter av selve listepasientsystemet, av finansieringsordningen og av generelle trender som har påvirket allmennlegetjenesten uavhengig av fastlegeordningen.

Vi har observert en svak *incentiveeffekt* av reformen. Tidligere fastlønnsleger viser en svak økning i antall konsultasjoner/andre kontakter som resultat av overgang til stykkprisbaserte kontrakter. Før fastlegereformen var allmennlegene *selektert* inn i ulike kontraktstyper, blant annet på grunnlag av deres preferanser for arbeid versus fritid. Siden de tidligere fastlønnslegene i liten grad har endret sin avveining mellom arbeid og fritid, er deres tjenesteproduksjon lavere enn hos de tidligere privatpraktiserende allmennlegene med driftsavtale. To år etter innføringen av reformen er med andre ord *seleksjonseffekten* dominerende, noe som svekker den potensielle effektivitetsgevinsten som ligger i endringen av finansieringssystemet. Finansieringssystemet har imidlertid virket i kort tid, og vår tidligere forskning tyder på at den langsiktige effekten kan være sterkere.

Uavhengig av reformen er det for alle leger en svak økning i antall konsultasjoner/kontakter. Det er ikke mulig å fastslå eksakt hvor stor trendeffekten er i forhold til reformeffekten (effekten av listepasientsystemet og endring i finansieringssystemet). Analyser av data fra trygdeetatens legerregningskontroll tyder imidlertid på at trendeffekten er sterk sammenlignet med reformeffekten.

Det har de siste årene vært en økning i antall legeårsverk i allmennlegetjenesten, noe som delvis kan tilskrives fastlegeordningen og ønsket om å besette flest mulig av fastlegehjemlene. Siden våre analyser viser at endringen av finansieringssystem så langt har hatt en moderat effekt på den enkelte leges totale tjenesteproduksjon, er det nærliggende å konkludere med at en eventuell

økt tilgjengelighet etter reformen først og fremst skyldes økningen i legeårsverk.

Data fra allmennlegeundersøkelsene viser at det har vært en svak økning i antall henvisninger videre til 2. linjetjenesten. Dette kan være et resultat av noe bedre kapasitet i spesialisthelsetjenesten (trendeffekt), men kan også være en virkning av selve reformen ved at legene føler større ansvar for pasientene og derfor oftere henviser videre for behandling og utredning.

Flere studier har vist en klar sammenheng mellom tid per konsultasjon og pasienttilfredshet og opplevd kvalitet. Våre analyser viser at den kurative arbeidstiden per lege er blitt redusert og at antallet pasientkontakter per tidsenhet har økt. For å belyse hvordan dette har påvirket kvaliteten i allmennlegetjenesten burde vi hatt tilgang på data om pasientenes vurdering av legekontakten og data om kvalitet på det faktiske medisinske tilbudet. Siden slike data ikke er tilgjengelige har vi benyttet legenes egne vurderinger av tiden de bruker per pasient. Vi finner en relativt tydelig trend. Fra 1998 til 2002 har andelen leger som mener de bruker passe tid per pasient økt. Ut fra allmennlegenes egne vurderinger ser det derfor ikke ut som om fastlegereformen har ført til noen kvalitetsforringelse.

Et viktig spørsmål ved innføringen av fastlegeordningen var ivaretagelsen av det offentlige legearbeidet i kommunene. Våre data viser at hver lege jobber noe mindre med offentlig legearbeid etter innføringen av fastlegereformen. Samlet sett har det imidlertid ikke vært noen nedgang i antall timer brukt til offentlig legearbeid, - det har snarere vært en liten økning. Dette skyldes en økning i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten samtidig som fastleger som tidligere var privatpraktiserende uten avtale, nå utfører mer offentlig legearbeid.

Bedre tilgjengelighet til allmennlegen var en av de viktigste begrunnelsene for innføringen av fastlegeordningen. I diskusjonen rundt tilgjengelighet har fastlegenes listelengde stått sentralt. Lange lister kan føre til rasjonering og et dårligere medisinsk tilbud til pasientene. Leger med korte lister kan kompensere manglende inntekter ved å øke refusjonene per listepasient (tilbudsinduksjon). Vi analyserer sammenhengen mellom listelengde og legens tjenesteproduksjon for å identifisere eventuell rasjonering eller indusering. Analyser viser at fastlegene verken induserer eller rasjonerer konsultasjonene. Vi finner ingen effekt av listelengde på antall legeinitierte konsultasjoner, noe vi ville ha forventet ved indusering. Analysene av antall laboratorieprøver per konsultasjon, refusjoner per konsultasjon og bruk av tidstaksten gir også grunnlag for å forkaste hypotesen om indusering.

Pasientenes tilgjengelighet til allmennlegetjenesten er uavhengig av legens listelengde. En årsak kan være at per capita tilskuddet utgjør en relativt liten andel av fastlegenes inntekter. Dette gir legene incentiver til å ha korte lister, noe som ivaretar hensynet til tilgjengelighet. Selv leger med lange lister

rasjonerer ikke konsultasjonene. Her kan praksisorganisering ha stor betydning. Leger som har påtatt seg ansvaret for lange lister har trolig effektive rutiner for pasienthåndtering og pasientgjennomstrømning. Effektiv praksisdrift blir dermed et viktig virkemiddel for å sikre tilgjengelighet for pasientene.

En lav andel per capita inntekter tilsier høye stykkprisinntekter, noe som kan anspore til tilbudsinduksjon. Særlig gjelder det leger som rapporterer å ha for få listepasienter. Etter å ha testet for indusering vi ingen funn som støtter denne hypotesen. En mulig forklaring kan være at leger med korte lister har valgt dette selv, og de har ikke behov for ytterlig inntjening. En annen forklaring kan være at legene er styrt av profesjonsetiske og medisinske normer og mindre av en økonomisk tankegang. Funnet støtter opp under vår tidligere forskning fra norsk allmennlegetjeneste og også annen internasjonal forskning de siste 10-15 årene.

Referanser

1. Eliassen H. Leger ønsker flere pasienter. Aftenposten 15. mai 2002.
2. Bjørnstad S. Også fastleger mangler pasienter. Aftenposten 2. november 2002.
3. Lurås H, Iversen T. Legemangelen som ble til pasientmangel: variasjoner i listeønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen. Økonomisk Forum 2002; nr 8: 26-31.
4. Kornberg K. Leger håver inn på telefonbehandling. Dagsavisen 6.11.2002.
5. Iversen T. The effect of patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. Working Paper 2003:1. Oslo, Universitetet i Oslo: Senter for helseadministrasjon.
6. Hyvang J. Leger overbehandler for å tjene mer penger. Dagsavisen 26.7.2003.
7. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland O. Kontraktvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport nr 10/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI, 1999.
8. Rikstrygdeverket. Styringsdata for fastlegeordningen per 30. september 2002. http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=trygdeetaten=tall_mrog_mrfakta&path_sub=styringsdata_2002 (avlest 17.2.2003).
9. Den norske lægeforening. Yrkesaktive leger <70 år i Norge fordelt på stilling per 10.12.2002. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=1457> (avlest 19.2.2003)
10. Statistisk sentralbyrå. Standard for kommuneklassifisering. NOS C 192. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1994.
11. Skau I. Folketrygdens refusjoner til allmennlegehjelp. En beskrivelse av kontaktmønster, takstbruk og trygderefusjoner. Rapport 1/1998. Sandvika: Handelshøyskolen BI, 1998.
12. Sørensen R, Grytten J. Competition and supplier induced demand in a health care system with fixed fees. Health Economics 1999; 8: 497-508.
13. Grytten J, Carlsen F, Skau I. The income effect and supplier induced demand. Evidence from primary physician services in Norway. Applied Economics 2001; 33: 1455-67.

14. Grytten J, Skau I. Hva forklarer økningen i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten? Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002; 122: 1492-6.
15. Grytten J, Sørensen R. Practice variation and physician-specific effects. Journal of Health Economics 2003; 22: 403-18.
16. Olsen K. Utbrente fastleger skifter jobb. Aftenposten 5. juli 2002.
17. Aftenposten. Fastleger tjener grovt på lange lister. <http://www.aftenposten.no/forbruker/helse/article.jhtml?articleID=397995> (avlest 25.03.03).
18. Holterman S, Egeberg K. Fastlegen kan tjene 750 000 før han har sett en eneste pasient. Dagbladet. 12. september 2002.
19. Holterman S. Taper penger på å bruke tid på pasienten. Dagbladet. 12. September 2002.
20. Sosial- og helsedepartementet. Ot prp nr 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
21. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetenesta. Legar, fysioterapeutar og førebyggjande tenester 2001. Auka ressursar i kommunehelsetenesta. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko> (Avlest 25.03.03)
22. Finnvold JE, Paulsen B. Før innføring av fastlegeordningen. Brukervurderinger av allmennlegetjenesten i et veiskille. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 2002.
23. Carlsen B. Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2003; 123: 1322-4.
24. Fosseng HP. Misnøye med listene i Oslo. Tidsskrift for Den norske lægeforening, Nettredaksjonen 9.5.2001; <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=3257> (avlest 28.3.03)
25. Hasvold T. Listestørrelse og kvalitet i fastlegeordningen. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2000; 120: 786-7.
26. Sørensen R, Grytten J, Skau I. Kontraktsvalg og tjenesteproduksjon i allmennlegetjenesten. Tidsskrift for samfunnsforskning 2003; 44: 147-168.
27. Statistisk sentralbyrå. Folkemengd og folketilvekst. Statistisk Årbok 2003. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/t-020110-047.html> (avlest 26.8.2003).

28. Sandvik H. Fastlegeordningen - forventninger og erfaringer. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2003; 123:1319-21.
29. Grytten J, Rongen G, Sørensen R. Can a public health care system achieve equity? Medical Care 1995; 33: 938-51.
30. Sørensen R, Rongen G, Grytten J. Local government decision-making and access to primary physician services in Norway. International Journal of Health Services 1987; 27: 697-20.
31. Feldman R, Sloan F. Competition among physicians, revisited. I: Greenberg W (ed.) Competition in the health care sector: Ten years later. London: Duke University Press, 1998, pp. 17-39.
32. Rice T, Labelle RJ. Do physicians induce demand for medical services? Journal of Health Politics, Policy and Law 1989; 14: 587-600.
33. Stano M. An analysis of the evidence on competition in the physician services markets. Journal of Health Economics 1985; 4: 197-211.
34. Dranove D, Wehner P. Physician-induced demand for childbirths. Journal of Health Economics 1994; 13: 61-73.
35. Carlsen F, Grytten J. More physicians: Improved availability or induced demand? Health Economics 1998; 7: 495-508.
36. Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. Journal of Health Economics 2001; 20: 379-93.
37. Carlsen F, Grytten J. Consumer satisfaction and supplier induced demand. Journal of Health Economics 2000; 19: 731-53.
38. Carlsen F, Grytten J, Skau I. Financial incentives and the supply of laboratory tests. The European Journal of Health Economics 2003; in press.
39. Iversen T, Lurås H. The impact of economic motives on the provision of health services in general practice. Working Paper 1998:1. Universitetet i Oslo: Senter for helseadministrasjon.
40. Iversen T, Lurås H. Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. Journal of Economic Behavior & Organization 2000; 43: 447-70.
41. Skogsholm A, Hasvold T. Er fastlegesystemet mer krevende for kvinnelige enn for mannlige leger? Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1999; 119: 3417-20.

42. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2000; 120: 788-91.
43. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. British Medical Journal 1999; 319: 738-43.
44. Knight R. The importance of list size and consultation length as factors in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 1987; 37: 19-22.
45. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis i 1993. Norske legers praksisprofil. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1997; 117: 1489-92.
46. Groenewegen PP, van der Zee J, van Haften R. Remunerating General Practitioners in Western Europe. Aldershot: Avebury, 1991, p119.
47. Baker, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. British Journal of General Practice 1996; 46: 601-05.