

RAPPORT

# FASTLEGEORDNINGEN I KRISE – HVA SIER TALLENE



**MENON-PUBLIKASJON NR. 83/2018**

Av Marcus Gjems Theie, Lars Halvard Lind, Lars Martin Haugland og Erland Skogli



## Forord

Denne rapporten er resultatet av en utredning Menon Economics har gjennomført på oppdrag fra Den Norske Legeforening. Utredningen ble gjennomført i tidsrommet juni til oktober 2018.

Vi vil gjerne takke Den Norske Legeforening, for faglige innspill og kommentarer underveis i prosessen.

Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten

Oktober 2018

Erland Skogli  
Prosjektleder  
Menon Economics

## Sammendrag

I denne rapporten presenterer vi resultater fra en analyse der vi har gjennomgått data og rapporter for å vurdere fastlegeordningen generelt og fastlegenes arbeidssituasjon spesielt.

Fastlegene har lenge uttalt at deres arbeidssituasjon har blitt mer krevende. Vår hypotese er at fastlegene har opplevd en økning i arbeidspress på grunn av gradvis større utfordringer knyttet til fastlegeordningen. De siste årene har man overført større oppgaver og ansvar for behandling til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, der fastlegene har en sentral rolle. Dermed møter fastlegene en større og mer kompleks pasientgruppe. Samtidig er det tegn til at man ikke har fulgt opp med tilsvarende styrking av kommunale tjenester.

Vår analyse av eksisterende data bekrefter i stor grad denne hypotesen: Vi finner tydelige tegn til at arbeidsbelastningen til fastlegene har økt. Dette skyldes at en gjennomsnittlig konsultasjon med pasienter inneholder mer komplekse og krevende arbeidsoppgaver for fastlegene enn tidligere. En SSB-studie gjennomført tidligere i år slår fast at omfanget av hver konsultasjon har økt med 22,4 prosent i gjennomsnitt siden 2010. Selv om antall konsultasjoner per fastlege faktisk har blitt litt redusert i perioden, har økningen i omfanget av konsultasjonene vært mye høyere, slik at den totale arbeidsbelastningen dermed har økt.

Økt arbeidsbelastning betyr lengre dager: Gjennomsnittlig arbeidstid for en fastlege er 55,6 timer per uke ifølge Tidsbruksundersøkelsen fra januar i år. Dette tilsvarer en stillingsbrøk på 150 prosent relativt til et normalukesverk på 37,5 timer. Ni av ti fastleger rapporterer at de har en stillingsbrøk som overgår 100 prosent. Dette er vesentlig høyere enn i andre sammenliknbare yrker. For eksempel er advokaters gjennomsnittlige arbeidstid per uke 41,5 timer igjennomsnitt.

Dersom man innfører krav om at fastlegenes arbeidstid skal justeres ned til et mer «normalt» nivå på 45 timer, noe som fortsatt innebærer en stillingsbrøk på 120 prosent, er det behov for å øke antall fastleger med om lag 25 prosent, det vil si over 1000 årsverk, fra dagens nivå.

Enkle framskrivinger av situasjonen for fastlegene viser at problemene vil forsterkes i årene fremover. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn kan vi forvente et behov på mellom 30 og 100 prosent flere fastlegeårsverk frem mot 2040.

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1. Rapportens oppbygning	4
1.2. Mandat og avgrensinger	5
<b>2. UTVIKLINGEN I FASTLEGES ARBEIDSBELASTNING</b>	<b>6</b>
2.1. Konsultasjonsfrekvensen har økt	7
2.2. Mer kompliserte og krevende konsultasjoner har ført til økt arbeidsomfang for fastlegene	9
2.3. Fastlegenes arbeidstid er svært høy	12
2.4. Ingen grunn til å tro at problemet vil avta i fremtiden	15
2.5. Samfunnets betaling for fastlegenes tjenester	17
<b>3. DRØFTING OG KONKLUSJON</b>	<b>22</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>23</b>
Vedlegg 1: Begrepsavklaring	23
Vedlegg 2: Kort om fastlegeordningen	24
Vedlegg 3: Metodiske utfordringer og potensielle kilder til målefeil i analysen	26

# 1. Innledning

Fastlegene har lenge uttalt at deres arbeidssituasjon har blitt mer krevende. Fastleger vurderer å slutte, samtidig som stadig flere kommuner sliter med å rekruttere fastleger. En rekke medieuttalelser og det såkalte «trønderopprøret» viser at fastlegenes frustrasjon er stigende.

Det er et uttalt ønske at en stadig større del av behandlingen i helsevesenet skal håndteres utenfor spesialisthelsetjenesten. En overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene er med andre ord ønskelig. Dette var ett av hovedmålene med Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er en slik politikk gunstig dersom dette reduserer de totale helsekostnadene uten å påvirke kvaliteten i tjenestene. Behandling i spesialisthelsetjenesten er relativt dyrt, og ved å flytte ansvar for behandling til kommunene, der det er mulig, vil man både spare ressurser og redusere presset i spesialisthelsetjenesten. En slik politikk øker imidlertid omfanget av oppgavene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, der fastlegene har en sentral rolle. Dersom man skal lykkes med denne reformen er det derfor viktig at man følger opp og sikrer at de kommunale tjenestene styrkes på en slik måte at man evner å møte økt ansvar på en forsvarlig måte.

Vår hypotese er at fastlegene har opplevd en økning i arbeidspress på grunn av gradvis større utfordringer med fastlegeordningen som følge av denne oppgaveforskyvningen. Fastlegene møter en større og mer kompleks pasientgruppe. Samtidig er det tegn til at man ikke har fulgt opp reformene med en styrking av kommunale tjenester.

I denne rapporten vurderer vi nærmere utviklingen i oppgaveomfang og sammensetning for fastlegene de senere årene. Vi finner tydelige tegn til at arbeidsbelastningen til fastlegene har økt. Dette skyldes at en gjennomsnittlig konsultasjon med pasienter inneholder mer komplekse og krevende arbeidsoppgaver for fastlegene enn tidligere.

## 1.1. Rapportens oppbygning

Vi har gjennomgått offentlig tilgjengelig statistikk og andre typer data som kan kaste lys over hypotesen over.

I kapittel 2 har vi sett på hvordan fastlegenes arbeidsbelastning har utviklet seg siden ordningen startet. Her har vi sett på størrelser som arbeidstid og utvikling i antall konsultasjoner. I tillegg ser vi på hvordan kompleksiteten i de oppgavene fastlegene utfører har endret seg over perioden som følge av overført ansvar og andre sentrale faktorer. Resultatene fra denne analysen presenteres i kapittel 2 der vi også forsøker å si noe om hvordan behovet for fastleger vil utvikle seg i årene fremover.

Til slutt i kapittel 2 ser vi på hva vi som samfunn betaler for fastlegenes tjenester. En viktig dimensjon ved debatten rundt fastlegenes situasjon er å vekte arbeidsbelastningen opp mot hvilken kompensasjon fastlegene har mottatt. Ved å studere hvordan fastlegenes inntektskilder har endret seg i nivå og omfang kan man vurdere om fastlegenes arbeidsbelastning står i stil til den kompensasjon de mottar.

Kapittel 3 drøfter og konkluderer kort basert på funnene i analysen

Rapporten har også vedlegg der vi kort beskriver fastlegeordningens organisering og funksjon. Vi redegjør også for sentrale begreper og beskriver metodiske utfordringer. Vedleggene ligger bakerst i rapporten.

## 1.2. Mandat og avgrensinger

Vårt mandat har vært å undersøke om fastlegenes egenrapporterte opplevelse av sin arbeidshverdag reflekteres i offentlig tilgjengelig statistikk. Det ligger utenfor mandatet og hensikten med denne rapporten å vurdere hvorvidt fastlegeordningen er i en krisesituasjon, eller hvor alvorlig en eventuell krise er.

I rapporten tar vi organiseringen av fastlegeordningen som gitt, vi vurderer ikke alternative måter å organisere fastlegenes samfunnsansvar.

Analysen som presenteres er av deskriptiv karakter. Målet har vært å finne datakilder som kan bekrefte/avkrefte fastlegenes selvopplevde arbeidspress. Det ligger utenfor mandatet vårt å foreslå tiltak eller reformer som kan forbedre situasjonen.

## 2. Utviklingen i fastlegenes arbeidsbelastning

Vi finner tydelige tegn til at arbeidsbelastningen til fastlegene har økt. Dette skyldes at en gjennomsnittlig konsultasjon innebærer mer komplekse og krevende arbeidsoppgaver for fastlegene enn tidligere, til tross for en reduksjon i antall konsultasjoner per fastlege og en gjennomsnittlig reduksjon i fastlegenes listelengde. En SSB-studie gjennomført tidligere år slår fast at omfanget av hver konsultasjon har økt med 22,4 prosent i gjennomsnitt siden 2010.

**Økt arbeidsbelastning gir seg utslag i høy arbeidstid.** Ni av ti fastleger jobber ukentlig mer enn en normalarbeidsuke på 37,5 timer – gjennomsnittlig arbeidstid per uke er 55,6 timer. Dette tilsvarer en stillingsbrøk på 150 prosent og er høyere enn det vi observerer blant sammenliknbare yrker. Dersom vi innfører krav om at fastlegenes arbeidstid skal justeres ned til et mer «normalt» nivå på 45 timer – som fortsatt innebærer en stillingsbrøk på 120 prosent – er det behov for å øke antall fastleger med om lag 25 prosent fra dagens nivå.

**Enkle framskrivninger av situasjonen for fastlegene illustrerer at problemet ser ut til å forsterkes i årene fremover. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn kan vi forvente et behov på mellom 30 prosent flere fastlegeårsverk og opptil over dobbelt så mange fastlegeårsverk frem mot 2040.**

I dette kapitlet drøfter vi hvordan arbeidsbelastningen til Norges fastleger har utviklet seg de siste årene samt hvilke drivere som ligger bak denne utviklingen. Begrepet «arbeidsbelastning» er relativt bredt, og det er derfor behov for konkretisering. Når vi snakker om arbeidsbelastningen til fastlegene definerer vi denne som summen av følgende forhold:

- i.* Antall oppgaver legen må utføre i løpet av en arbeidsuke
- ii.* Oppgavenes omfang og kompleksitet

Alt annet likt vil en økning i antall oppgaver medføre økt arbeidsbelastning. På samme måte vil en økning i arbeidsoppgavenes omfang og/eller kompleksitet også medføre økt arbeidsbelastning for et gitt antall arbeidsoppgaver. Reduseres antall arbeidsoppgaver, men omfanget av dem har økt tilstrekkelig mye, kan fortsatt arbeidsbelastningen ha økt.

Arbeidsbelastning kan være vanskelig å måle direkte. Vi er derfor nødt til å vurdere flere indikatorer som kan bidra til å kaste lys over hvordan utviklingen har vært. I de følgende kapitlene vil vi se på tre sentrale indikatorer:

- 1) Utvikling i antall konsultasjoner. Dette er et mål på punkt *i* over. Vi ser på dette i kapittel 2.1.
- 2) Hvordan innholdet i konsultasjonene har utviklet seg over tid. Dette er et mål på punkt *ii* over som kan måles ved å analysere takstbruken til fastlegene over tid. Dette gjøres i kapittel 2.2.
- 3) Fastlegenes arbeidstid. Arbeidstiden er mer et mål på konsekvensen av arbeidsbelastning, og ikke et mål på arbeidsbelastning direkte. Slik vi ser det er en unormalt høy arbeidstid et tegn på høy arbeidsbelastning, enten ved høyt antall oppgaver (*i*), eller ved høyt omfang for hver arbeidsopp,
- 4) gave (*ii*). Dette drøftes i kapittel 2.3.

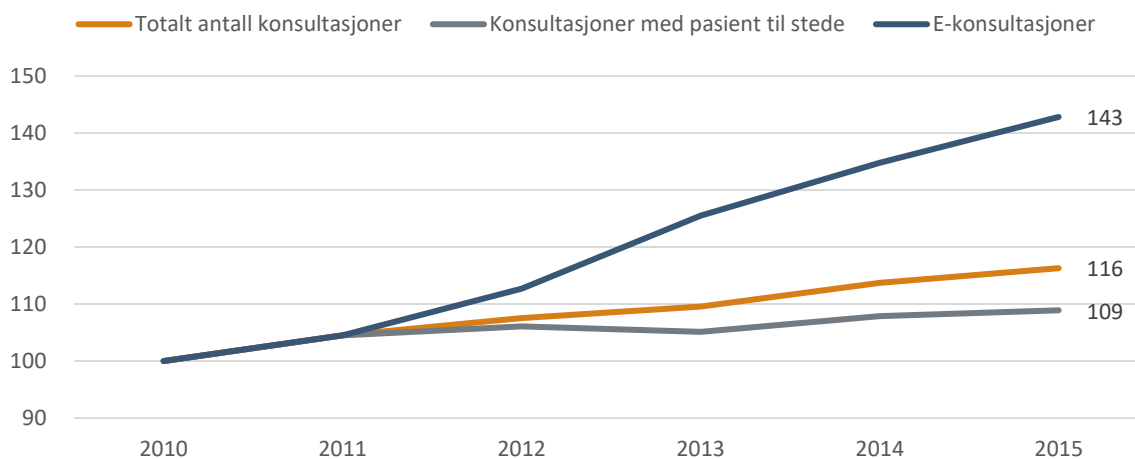
## 2.1. Konsultasjonsfrekvensen har økt

Som nevnt over kan vi kvantifisere økt arbeidsbelastning ved å studere hvorvidt antall konsultasjoner per fastlege har økt. En økt konsultasjonsrate per fastlege betyr at fastlegen gjennomfører flere arbeidsoppgaver enn tidligere, noe som peker i retning av økt arbeidsbelastning i tråd med punkt *i* over.<sup>1</sup>

I analysen tolker vi en konsultasjon som hver enkelt kontakt mellom pasient og fastlege – gitt at kontakten innebærer medisinsk vurdering. Mesteparten av det pasientrettede arbeidet som utføres på legekantoret er fysisk kontakt med pasienter. Pasientkontakten kan imidlertid også utføres ved hjelp av e-post, telefon eller andre kommunikasjonsmedier. På lik linje med konsultasjoner innebærer dette at det at fastlegen har dialog med pasienter per e-post, brev eller telefon vil gjelde som pasientrettet arbeid, og vi regner derfor dette som pasientrettet arbeid. Dette refereres til som en e-konsultasjon.<sup>2</sup> For en nærmere utdyping rundt konsultasjonsbegrepet slik vi benytter dette i analysen, se vedlegg.

Antall konsultasjoner er vist i Figur 2-1 under. Figuren viser indeksert utvikling i antall konsultasjoner for ulike typer konsultasjoner fra 2010 som er første tilgjengelige år med data. Samlet har konsultasjonene økt med 16 prosent over perioden (oransje linje). Vi ser videre at det har vært en økning på om lag 10 prosent i det vi tenker på som «vanlige» konsultasjoner – altså konsultasjoner med pasient til stede. I tillegg ser vi at det har vært en markant økning i e-konsultasjoner. Det er viktig å presisere at økningen i e-konsultasjoner ikke reflekterer et problem i seg selv. Økningen i e-konsultasjoner reflekterer snarere en ønsket utvikling: Ved å innføre bedre systemer for e-konsultasjoner har fastlegene effektivisert driften og sikret at man evner å ta imot flere konsultasjoner totalt sett. Økningen i e-konsultasjoner kan derfor tolkes som et nødvendig effektiviseringstiltak i fastlegekontorene. Den samlede utviklingen er imidlertid tydelig: Antallet konsultasjoner totalt sett har økt betydelig over perioden (totalt 16 prosent).

Figur 2-1: Antall konsultasjoner for landet samlet, indeksert (2010=100). Kilde: Helsedirektoratet



Figur 2-1 gir et mål på det totale antall arbeidsoppgaver som må løses av alle landets fastleger. For å si noe om hvordan antallet arbeidsoppgaver har økt må dette imidlertid ses opp mot antallet aktive fastleger.

<sup>1</sup> Dette forutsetter at produktiviteten til fastlegene er uendret over tidsperioden vi analyserer.

<sup>2</sup> Normaltariffen for fastleger og legevakt 2018-2019, s. 20.

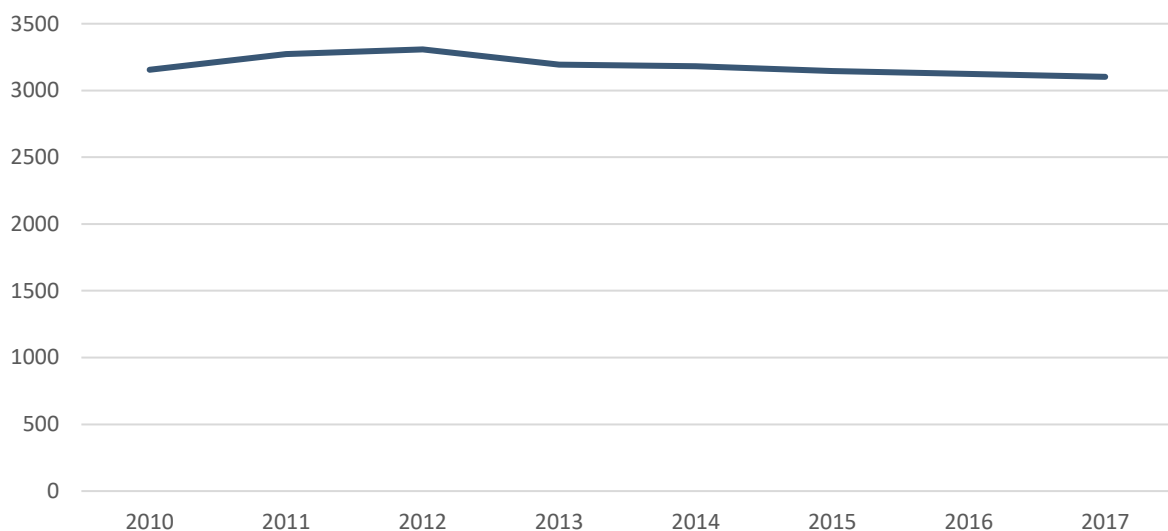


Ved utgangen av 2017 var det 4740 fastleger i Norge ifølge tall fra Helsedirektoratet<sup>3</sup>. Av disse var det i gjennomsnitt 5,3 prosent fastlønnede over den siste femårsperioden (2012 – 2017). Dette er i overensstemmelse med tallene i Legeforeningens medlemsregister, hvor det er registrert 4747 fastleger i hovedstilling, hvorav 4,1 prosent på fastlønn.

Ettersom enkelte av fastlegene jobber i deltidsstillinger er det imidlertid fruktbart å vurdere antall fastlegeårsverk – det vil si hvor mange årsverk landets fastleger fyller til sammen. Ifølge SSB var det 3 735 årsverk som ble fylt av næringsdrivende fastleger i 2017<sup>4</sup>. I tillegg var det om lag 814 øvrige årsverk som faller inn under diagnostisering, behandling og re-/habilitering i kommunene. Disse ble utført av kommunalt ansatte leger (429) og turnusleger (385). Det kommer imidlertid ikke tydelig frem i SSB sin statistikk hvor mange av disse årsverkene som kan knyttes til fastlegestillinger utenom de næringsdrivende. Det er imidlertid grunn til å tro at enkelte av disse fyller roller som fastleger i kommunene.

Figur 2-2 viser antall konsultasjoner per fastlegeårsverk. Som vi ser har antall konsultasjoner *per fastlege* hatt en moderat nedgang fra 2010 til 2017. Det er imidlertid viktig å presisere at det kan være store forskjeller fra lege til lege.

**Figur 2-2: Konsultasjoner per fastlegeårsverk på nasjonalt nivå, for alle pasientaldersgrupper. Kilde: SSB Tabell 11996 (fastlegeårsverk) og Tabell 10141 (konsultasjoner)<sup>5</sup>.**



### 2.1.1. Fastlegenes listelengde

I likhet med antall konsultasjoner er listelengde også et uttrykk for fastlegenes arbeidsmengde – jo flere som er på listen, jo flere potensielle konsultasjoner. Listelengde er imidlertid et mer indirekte mål, ettersom pasienter

<sup>3</sup> Se Tabell 2 i følgende datasett:

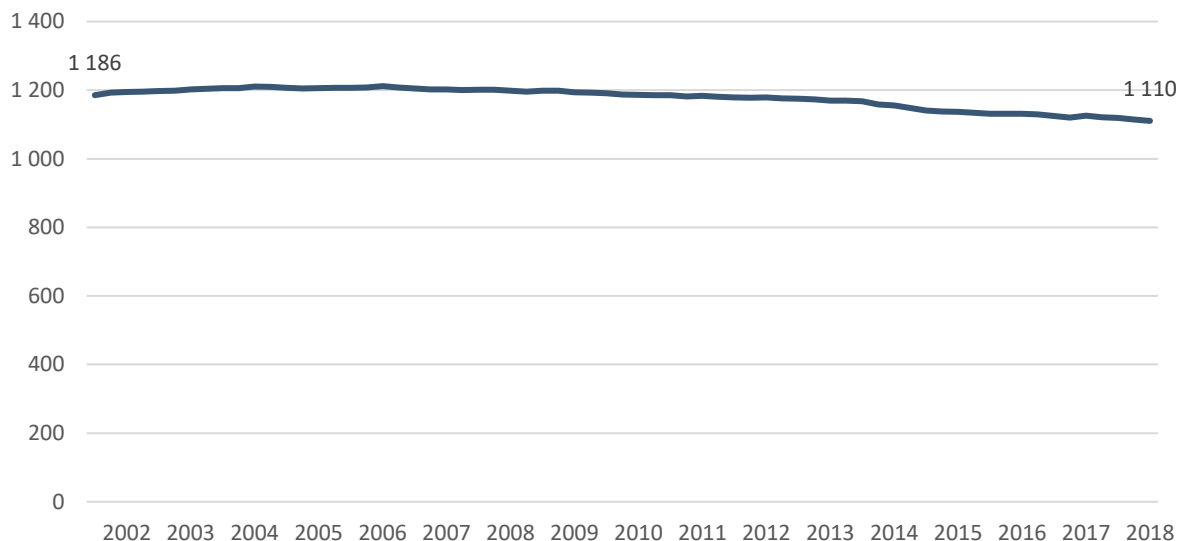
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/Fastlegestatistikk%202017/Ta%20bellgrunnlag%20for%20fastlegestatistikken%202017.xls>

<sup>4</sup> SSB Tabell 11996. Tallet gjelder næringsdrivende fastleger innen Diagnose, behandling, re-/habilitering. SSB definerer her et årsverk som en fulltidsstilling med 37,5 timers arbeidsuke.

<sup>5</sup> Ettersom SSB-statistikken ikke skiller mellom konsultasjoner hos fastleger etter avtaleform har vi benyttet det totale anslaget på 4550 fastlegeårsverk i beregningen.

har ulike behov for fastlegenes tjenester. Ved å beregne gjennomsnittlig listelengde for landets fastleger, finner vi følgende utvikling:

**Figur 2-3: Gjennomsnittlig listelengde for landets fastleger. Kilde: Helsedirektoratet**



Vi observerer en svak økning fra 2001 til 2004-2005, og deretter en svak reduksjon på omtrent 100 pasienter per liste i gjennomsnitt. Utviklingen i listelengden betyr at tilveksten av fastleger har holdt tritt med befolkningsveksten. Bildet speiler forholdet i Figur 2-2, der vi så at antall konsultasjoner per fastlege også har vært svakt fallende over perioden.

## 2.2. Mer kompliserte og krevende konsultasjoner har ført til økt arbeidsomfang for fastlegene

Så langt har vi kun sett på utviklingen i antall arbeidsoppgaver for fastlegene, målt ved antall konsultasjoner per fastlege. Vi ser tydelig at antall arbeidsoppgaver for fastlegene i landet totalt sett har økt (Figur 2-1), men tilveksten av nye fastleger har sikret at man har evnet å møte den ekstra arbeidsmengden slik at arbeidsoppgavene per fastlege, målt ved konsultasjoner, har blitt noe redusert over perioden.

Dette betyr imidlertid ikke at fastlegenes arbeidsbelastning har blitt redusert. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet påvirkes arbeidsbelastningen både av antallet oppgaver som løses, og av omfanget av oppgavene. Ved å studere hvordan innholdet i konsultasjonene har endret seg over tid, kan vi finne ut om konsultasjonene har økt i omfang eller ikke.

For å kvantifisere omfanget kan man benytte informasjon om hvilke takster som rapporteres for hver enkelt konsultasjon – altså takstbruk per konsultasjon. Hvis det er slik at samlet takstbruk øker mer enn konsultasjonene over en gitt tidsperiode, kan det bety at den enkelte konsultasjon har flere arbeidsoppgaver forbundet ved seg.

For å si noe om dette trenger vi detaljert informasjon om hver enkelt konsultasjon til norske fastleger over tid. Disse dataene eksisterer i Helsedirektoratets KUHR-database. Dataene er imidlertid personsensitive og er ikke offentlig tilgjengelig. Argumentasjonen i dette delkapitlet bygger derfor på en analyse utført av Texmon (2018)

<sup>6</sup>. Texmon (2018) ser på hvordan takstbruken per konsultasjon hos landets fastleger har utviklet seg i tidsrommet 2010-2017.

Det er viktig å merke seg at større takstbruk per konsultasjon ikke nødvendigvis er ensbetydende med økt arbeidsbelastning. Dette er fordi enkelte takster har blitt introdusert underveis i tidsperioden vi analyserer, og disse kan være av en karakter som reduserer omfanget til tidligere brukte takster. Eksempelvis vil takster som beskriver e-resept eller digital kommunikasjon med pasient redusere arbeidsbelastningen relativt til før denne teknologien var tilgjengelig. Samtidig har man innført nye takster slik at antall takster som utløses kan være høyere enn før. For å ta høyde for dette vektet Texmon (2018) summen av takster med taksternes priser. Ved å gi størst vekt til de takstene som er høyest prissatt, vil disse få relativt størst betydning når vi beregner summen av antall takster. Dette gjør at takstene med høyest kroneverdi også er takstene som belaster fastlegen mest. Takstene som beskriver e-resept og digital kommunikasjon vil få relativt lav betydning fordi de er prissatt relativt lavt.

### 2.2.1. Omfanget av hver konsultasjon har økt med 22,4 prosent siden 2010

Texmon (2018) undersøker om takstbruken har økt i perioden 2010 og 2017 ved å beregne summen av antall takster brukt og samtidig vekte takstene med høyest kroneverdi. Ved deretter å sette dette i forhold til summen av antall konsultasjoner foretatt i 2010 og 2017, kan man vurdere om takstbruken har økt mer enn konsultasjonsbruken. Ved å vekte takstene med høyest kroneverdi høyest, får de mest omfattende takstene størst betydning i dette forholdstallet.

Dersom forholdstallet har økt mellom 2010 og 2017, betyr dette at kompleksiteten og derav arbeidsbelastningen per konsultasjon har økt.

Texmon (2018) finner nettopp at forholdstallet har økt. Det viser seg at mer komplekse takster per konsultasjon har økt med 22,4 prosent fra 2010 til 2017. Dette bekrefter dermed at *arbeidsomfanget* per konsultasjon har økt.

#### Fastlegenes regnskaper peker i samme retning

En alternativ tilnærming til å vurdere arbeidsbelastningen per konsultasjon er å benytte fastlegenes regnskaper. *Legeregnskap* publiserte tidligere i år en inntekts- og kostnadsundersøkelse blant landets fastleger, gjennomført på bakgrunn av godkjente regnskap fra et utvalg på 316 fastlegekontorer<sup>7</sup>. Utvalgte hovedtall fra denne undersøkelsen er vist i Tabell 2-1 under. Tallene viser at fastlegenes omsetning (driftsinntekter) økte med knappe 17 prosent fra 2012 til 2016. Det fremgår også av tabellen at salgsinntektene i perioden falt, mens inntektene fra basistilskuddet og refusjonene har økt med nær 27 prosent i perioden.

Tabell 2-1: Utvikling i fastlegenes inntekter. Kilde: Legeregnskap (2018)

	Endring i prosent 2012-2016
Omsetning (driftsinntekter)	16,6
- Salgsinntekter	-6,8

<sup>6</sup> Artikkelen er tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>

<sup>7</sup> Inntekts- og kostnadsundersøkelse for driftsåret 2016 (IKU 2016) – Landets fastleger, Legeregnskap (2018)

<b>- Basistilskudd og refusjoner</b>	<b>26,8</b>
<b>Økning i Basistilskudd</b>	<b>10,5</b>
<b>Økning i De tre største takstene (2cd, 2ad, 2dd, vektet)</b>	<b>9,4</b>

Dersom vi legger til grunn at fastlegene har hatt om lag samme antall personer på sine lister, og utført de samme oppgavene, slik at man har utløst de samme takstene i samme omfang over perioden, ville økningen i omsetningen fra basistilskuddet og refusjonene reflektert endringen i basistilskuddet og endringen i de viktigste takstene, som begge har ligget rundt 10 prosent. Vi ser imidlertid at veksten i fastlegenes inntekter fra basistilskudd og refusjoner har vært vesentlig høyere enn dette (26,8 prosent).

Dette gir to muligheter: enten har fastlegene nå flere personer på sine lister, slik at inntektene fra basistilskudd har økt mer enn selve basistilskuddet per listeinnbygger, eller så har antallet utløste takster økt. Fra kapittel 2.1.1. vet vi at listelengden ikke har økt, snarere har den blitt noe redusert de siste årene. Dermed må endringen i fastlegenes inntjening fra basistilskudd og refusjoner skyldes at pasientene på listene i snitt utløser flere takster enn før – og dermed at det har blitt mer å gjøre per pasient. Dette peker dermed i samme retning som de andre kildene diskutert over – omfanget av fastlegenes oppgaver har økt.

### 2.2.2. Hva er årsakene til at arbeidsomfanget har økt?

Omfanget til hver av arbeidsoppgavene som fastlegen utfører, særlig innenfor pasientrettet arbeid, kan sies å være styrt utenfor fastlegens kontroll. Det offentlige som «franchisegiver» kan pålegge fastlegen å løse mer komplekse behov hos sine pasienter. Dette kan bety økt arbeidsbelastning, både som følge av økt antall arbeidsoppgaver og økt omfang av eksisterende arbeidsoppgaver.

Slik vi ser det, er det en rekke forhold som peker i retning av økt grad av påtvunget arbeidsbelastning for landets fastleger de senere årene. Det har i stor grad vært en villet politikk å overføre mer ansvar og behandling fra spesialisthelsetjenesten og over i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – dette var et av hovedmålene med Samhandlingsreformen. Dette legger press på fastlegene ettersom fastlegene er førstelinjetjenester i det kommunale helsetilbudet. Texmon (2018) finner at takstene for økt medgått konsultasjonstid og samhandling med andre helsetjenester har økt relativt mye – 46 prosent fra 2010 til 2017. Dette er et tegn på at fastlegene har fått flere arbeidsoppgaver per konsultasjon og økte krav til samhandling med andre helsetjenester. Oppgavene som har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen har i hovedsak vært ressurskrevende og omfattende arbeidsoppgaver.

Ved siden av Samhandlingsreformen har det også vært andre drivere som har bidratt til å øke presset på fastlegene. En grundig gjennomgang av disse er utenfor omfanget av denne analysen. Vi finner det allikevel relevant å liste opp tre hoveddrivere som har bidratt til dette. Listen her hentet fra Christiansen og Sandvik (2017).<sup>8</sup>

- 1) **Demografisk utvikling:** Flere eldre enn tilvekst av unge, der den eldre befolkning har typisk relativt mer krevende behov for fastlegen å tilfredsstille. Omfanget av hver arbeidsoppgave er derfor økende.
- 2) **Medisinsk utvikling:** Medisinske fremskritt medfører blant annet at man lever lenger med dødelige sykdommer, at sykdommer som før var dødelige i større grad er å anse som kroniske. Det bidrar samtidig til å øke befolkningens behov for en rekke tjenester der fastlegen spiller en sentral rolle i behandling,

<sup>8</sup> Listen trekkes også frem av Texmon (2018) som faktorer som har bidratt til å påvirke fastlegenes arbeidssituasjon.

rådgivning og/eller henvising. Sentrale trekk ved den medisinske utviklingen som isolert sett har bidratt til økt ansvar og arbeidsmengde for fastlegene er:

- a. Flere kronisk syke
  - b. Mer avansert utredning og behandling
  - c. Mer oppfølging og kontroll
  - d. Mer forebyggende helsearbeid
- 3) **Politiske reformer (overføring av ansvar og oppgaver som ofte ender i økt arbeidsbelastning).** Ved siden av samhandlingsreformen har det de siste årene vært gjennomført en rekke andre reformer og tiltakspakker som har bidratt til å øke fastlegenes ansvarsområde og arbeidsmengde:
- a. Samhandlingsreformen
  - b. Fastlegeforskrift
  - c. Akuttmedisinforskrift
  - d. Førerkortforskrift
  - e. Fraværsgrense videregående skole
  - f. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

### 2.3. Fastlegenes arbeidstid er svært høy

Så langt har vi sett at fastlegenes arbeidsbelastning har økt. Kilden til dette er ikke en økning i antall konsultasjoner, eller arbeidsoppgaver, per fastlege. Det viser seg imidlertid at en gjennomsnittskonsultasjon utløser flere komplekse takster enn tidligere.

Denne analysen baserer seg på bokført statistikk over antall fastleger, antall konsultasjoner og hvilke takster konsultasjonene utløser. Foreløpig har vi ikke sett på fastlegenes faktiske arbeidshverdag. Dersom det er slik at fastlegene har økt sin arbeidsbelastning bør dette reflekteres i fastlegenes arbeidshverdag.

Som nevnt innledningsvis i kapitlet er arbeidstid et tydelig symptom på økt arbeidsbelastning. Både en økning i antall oppgaver og/eller en økning i oppgavenes omfang eller kompleksitet vil kunne slå ut i økt arbeidstid og dermed arbeidsbelastning. I dette delkapitlet studerer vi derfor hvor mange timer fastlegene arbeider per uke.

Analysene som gjøres i dette kapitlet er i stor grad basert på tidsbruksundersøkelsen. Tidsbruksundersøkelsen er en omfattende undersøkelse som ble sendt ut til alle landets fastleger i januar 2018. Undersøkelsen tar sikte på å kartlegge tidsbruken til fastlegene. Undersøkelsen ble utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), Uni Research Helse på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Totalt 1 954 fastleger svarte på undersøkelsen – en svarprosent på 41 prosent.

Tidsbruksundersøkelsen er omfattende. I det følgende vil vi trekke frem de funnene som er mest relevante for vår analyse. For en mer grundig oversikt vises det til hovedrapporten fra studien<sup>9</sup>.

#### 2.3.1. I gjennomsnitt jobber fastlegene 150 prosent relativt til en normal arbeidsuke

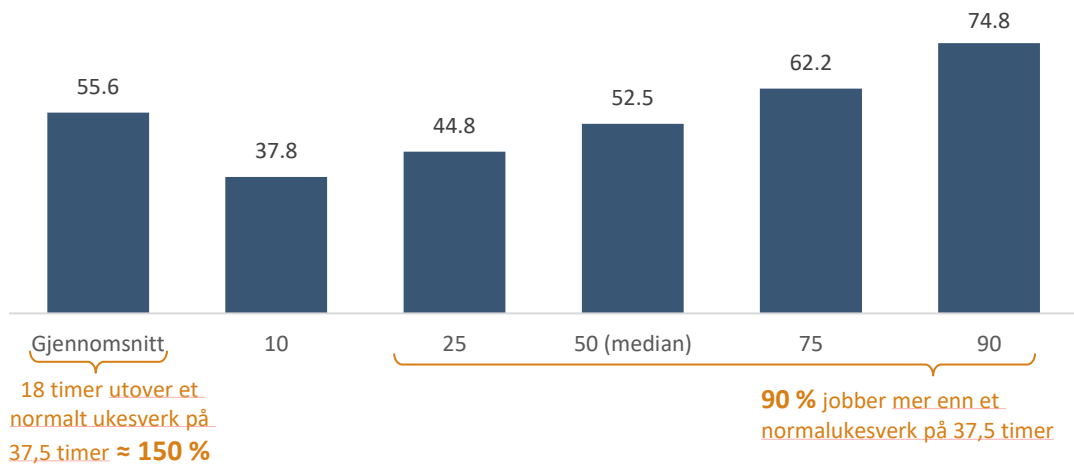
I tidsbruksundersøkelsen for 2018 fremgår det tydelig at fastlegenes arbeidstid er på et urovekkende høyt nivå. Vi ser av Figur 2-4 at 90 prosent av de som besvarte undersøkelsen jobber mer enn et normalukesverk på 37,5 timer, og at snittarbeidstiden ligger på 55,6 timer per uke. Relativt til en normalarbeidsuke på 37,5 timer er dette 18 timer i overtid per uke. Dette tilsvarer en stillingsprosent på 150.

---

<sup>9</sup> Tilgjengelig på:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers\\_tidsbruk\\_180306.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf)

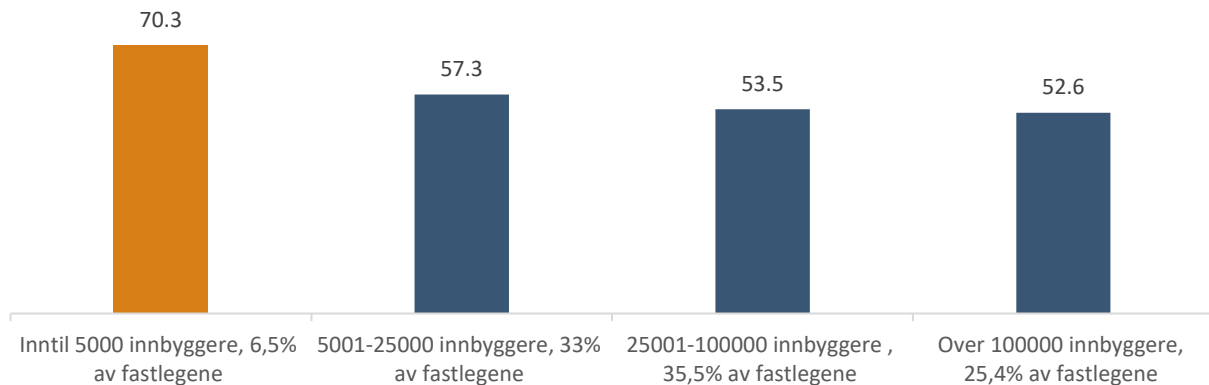
Figur 2-4: Arbeidstimer per uke. Kilde: Tidsbruksundersøkelsen (2018)



### Fastlegene i mindre befolkede kommuner jobber mest

Figur 2-5 viser gjennomsnittlig arbeidstid for fastleger fordelt på kommuner av ulik størrelse. Som figuren viser skiller tallene seg ut for de minste kommunene. I kommuner med 5000 innbyggere eller færre ser vi at den gjennomsnittlige arbeidstiden er på 70 timer. Dette tilsvarer en stillingsbrøk på 188 prosent relativt til et normalt ukesverk på 37,5 timer.

Figur 2-5: Gjennomsnittsarbeidstimer per uke, etter kommunistørrelse. Kilde: Tidsbruksundersøkelsen (2018)



### 2.3.2. Tre fjerdedeler av fastlegene jobber i helgen

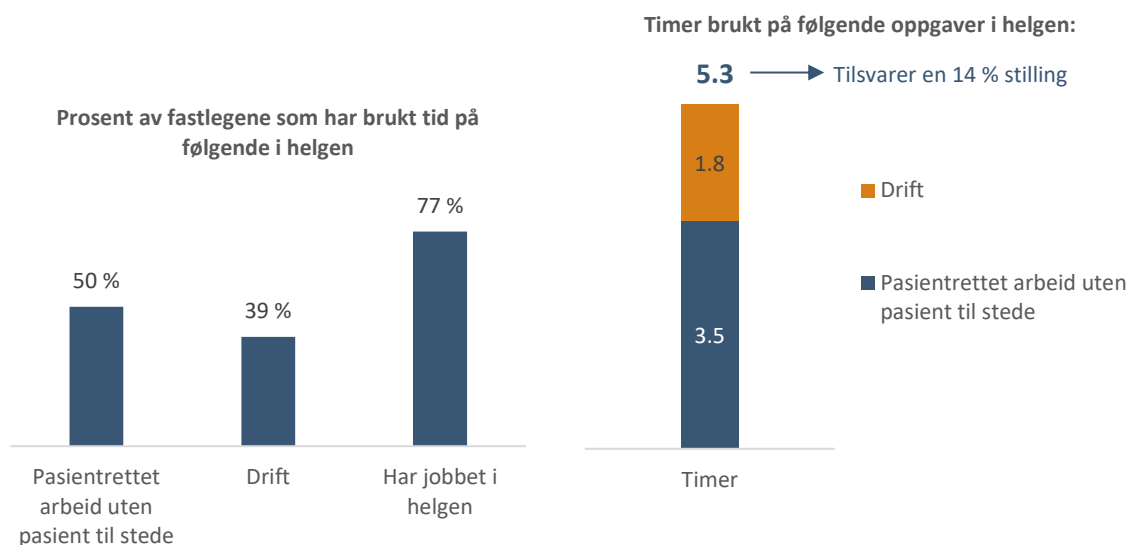
Figur 2-6 viser fastlegenes arbeidssituasjon i helgen. Som stolpediagrammet til venstre viser jobber over tre fjerdedeler (77 prosent) av fastlegene i helgen. Mye av helgearbeidet kan imidlertid ikke sies å være en konsekvens av økt arbeidsbelastning. Mye av tiden brukes til oppgaver som inngår i arbeidet, som hjemmevakt, legevakt, bakvakt etc. Det er imidlertid to arbeidsoppgaver som er spesielt interessante i vår kontekst:

- Pasientarbeid uten pasient til stede. At fastlegene må benytte helgen på pasientarbeid uten pasient til stede vitner om at det er forefallende arbeid knyttet til konsultasjoner som har vært utført tidligere i uken. Dette kan for eksempel innebære journalføring, henvisninger, arbeid med resepter og/eller svar på e-konsultasjoner. I prinsippet burde fastlegene ha tilstrekkelig med tid til dette arbeidet i løpet av en normalarbeidsuke.

- Drift. At mye av driftsoppgavene løses i helgen vitner om at arbeidsuken fylles opp med konsultasjoner.

Totalt ser vi at halvparten av legene benytter helgen til å jobbe med pasientrettet arbeid uten pasient til stede, og at fire av ti benytter helgen til å utføre driftsoppgaver. Ser vi på grafen til høyre i Figur 2-6 ser vi at det i gjennomsnitt går med hhv. 3,5 og 1,8 timer til disse arbeidsoppgavene for de som har oppgitt at de benytter helgen på dette. Til sammen blir dette 5,3 timer. Dette betyr at fastlegene i gjennomsnitt jobber en 14 prosent stilling knyttet til disse oppgavene i helgen, målt opp mot et normalukesverk der 100 prosent er 37,5 timer.

Figur 2-6: Fastlegenes rapporterte tidsbruk i helgen, fordelt på ulike oppgaver. Kilde: Tidsbruksundersøkelsen (2018)



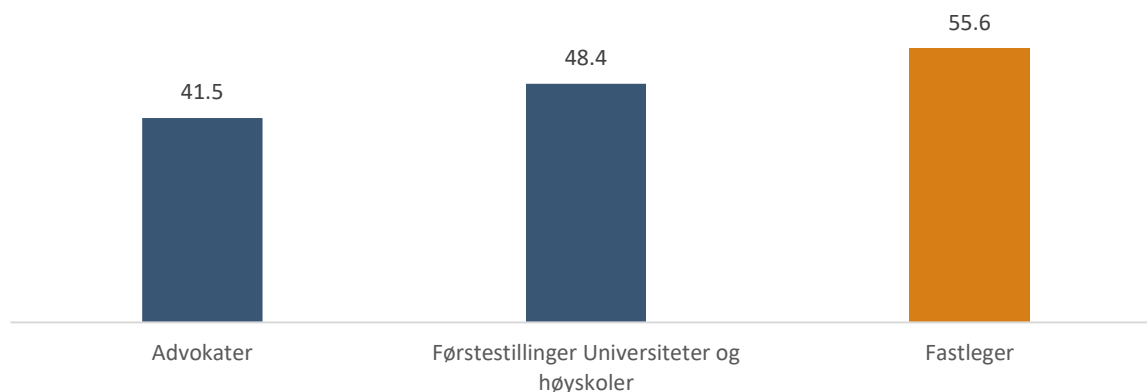
### 2.3.3. Fastlegene jobber lengre uker enn sammenliknbare yrkesgrupper

Så lang har vi drøftet fastlegenes arbeidstid relativt til et normalt ukesverk på 37,5 timer. Det er imidlertid også relevant å vurdere arbeidstiden opp mot faktisk arbeidstid i andre, sammenliknbare yrker. Dessverre er det lite statistikk tilgjengelig på faktisk gjennomsnittlig arbeidstid på bransjenivå. Det finnes imidlertid enkelte bransjer der man har gjennomført tilsvarende undersøkelser som Tidsbruksundersøkelsen.

Figur 2-7 viser gjennomsnittlig antall arbeidstimer per uke for advokater og for universitets- og høyskoleansatte. Disse yrkene er sammenliknbare med fastlegene ettersom begge yrker krever høy utdanning og er relativt arbeidsintensive. I tillegg er advokatbransjen i likhet med fastlegene organisert som privat næringsdrift.

Som figuren viser jobber fastlegene i gjennomsnitt langt lengre uker enn både de universitets- og høyskoleansatte og advokatene. En gjennomsnittsuke for fastlegene er om lag et dagsverk lengre enn for de universitets- og høyskoleansatte og to dagsverk lengre enn for advokatene. Det er imidlertid viktig å presisere at dette er gjennomsnittsbetraktninger.

Figur 2-7: Gjennomsnittlig antall arbeidstimer per uke. Kilde: Advokatforeningens bransjeundersøkelse (2016), NIFU (2018) og Tidsbruksundersøkelsen (2018)



## 2.4. Ingen grunn til å tro at problemet vil avta i fremtiden

Så langt har vi sett på den historiske utviklingen og hvordan arbeidsbelastningen har utviklet seg for fastlegene. I dette delkapittelet vender vi blikket fremover og forsøker å si noe om hvordan behovet for fastleger er ventet å utvikle seg.

Å spå fremtiden er utfordrende. Svært mange forhold vil kunne påvirke hvordan arbeidsbelastningen for fastleger blir i årene fremover. Å gjøre en grundig analyse av dynamikkene som vil påvirke dette fremover har vært utenfor scope i denne analysen. Framskrivningene som presenteres her må derfor betraktes som illustrasjoner av mulige utviklingstrekk, basert på den innsikten vi har fra analysen så langt, fremfor presise estimater. Resultatene bør tolkes med forsiktighet

Slik vi ser det er følgende forhold sentrale for å kunne si noe om hvordan behovet for fastlegetjenester vil bli i årene fremover:

- *Forventninger om økt konsultasjonsfrekvens.* Dette påvirkes av en rekke forhold. For det første vil en større befolkning innebære en større «kundemasse» for fastlegene, og en relativt eldre befolkning vil trolig føre til økt konsultasjonsfrekvens. For det andre vil medisinske fremskritt føre med seg et økt behov for fastlegetjenester, slik vi beskrev i kapittel 2.2.2
- *Konsultasjonenes kompleksitet.* Som vi også påpekte i kapittel 2.2.2 er det et ønske å overføre ansvar og behandling fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil innebære økt press på de kommunale tjenestene, der fastlegene har en nøkkelrolle. En naturlig konsekvens er at fastlegenes arbeidsoppgaver blir mer komplekse.

Dermed er det naturlig å forvente at arbeidspresset vil fortsette å øke. Som vi også har sett har fastlegene en svært krevende arbeidshverdag. Høyt og økende arbeidspres gir utslag i lange dager og helgejobb. Ni av ti fastleger jobber mer enn en normalarbeidsuke på 37,5 timer – og gjennomsnittsuken er 55,6 timer lang. Slik vi ser det bør det være en ambisjon å få redusert dette.

For å forsøke å anslå behovet for fastleger i årene fremover har vi konstruert fire scenarier som legger ulike forutsetninger til grunn.



I det første scenariet legger vi til grunn at konsultasjonsfrekvensen per fastlege må reduseres over tid. Dette er ment å illustrere hvordan behovet for fastleger vil øke dersom vi fortsatt skal ha en overføring av oppgaver og ansvar til som vil legge press på fastlegene.

I det andre scenariet legger vi til grunn at dette ikke blir tilfellet og at behovet låses på dagens nivå – slik at antall konsultasjoner per fastlege blir konstant i årene fremover. Dette innebærer et behov for færre fastleger relativt til det første scenariet.

For scenariene legger vi til grunn at arbeidsmengden i dag har nådd et maksimumspunkt. Det vil si at vi legger til grunn at økt behov for fastlegetjenester ikke kan slå ut i økt arbeidstid. Med andre ord betrakter vi 55,6-timers uke som et maks. nivå for hva man kan forvente at fastlegene i gjennomsnitt kan jobbe. For begge scenariene legger vi imidlertid også opp til et tilleggsscenario av mer normativ karakter der vi illustrerer hvordan behovet for fastleger vil påvirkes dersom vi krever at fastlegenes arbeidsuke i gjennomsnitt reduseres fra 55,6 timer til 45 timer – altså en reduksjon på om lag 10 timer i uken. men fortsatt betydelig overtid relativt til et normalukesverk. Årsaken til at vi har valgt 45 timer kommer av vi ser at dette er et normalt nivå for tilsvarende yrkesgrupper som advokater og ansatte ved universiteter og høyskoler (se Figur 2-7). En 45 timers arbeidsdag innebærer et ekstra dagsverk i uken, eller en 120 prosents stilling relativt til et normalukesverk på 37,5 timer.

Dermed vurderer vi fire scenarier:

**Scenario 1a:** Vi får en fortsatt overføring av oppgaver og ansvar som bidrar til å øke kompleksiteten i fastlegenes arbeidsoppgaver ytterligere slik at antallet konsultasjoner per fastlege er nødt til å falle dersom fastlegene ikke skal måtte øke arbeidstiden ytterligere. Fastlegenes arbeidstid forblir uendret på 55,6 timer.

**Scenario 1b:** Dette scenariet har samme grunnleggende forutsetning som scenario 1a, men her legger vi tillegg inn et krav om at fastlegene maksimalt kan arbeide 45 timer per uke. Det betyr at behovet for fastleger øker dersom hele befolkningen fortsatt skal ha en fastlege å gå til.

**Scenario 2a:** I dette scenariet holdes konsultasjonsfrekvensen per fastlege konstant.

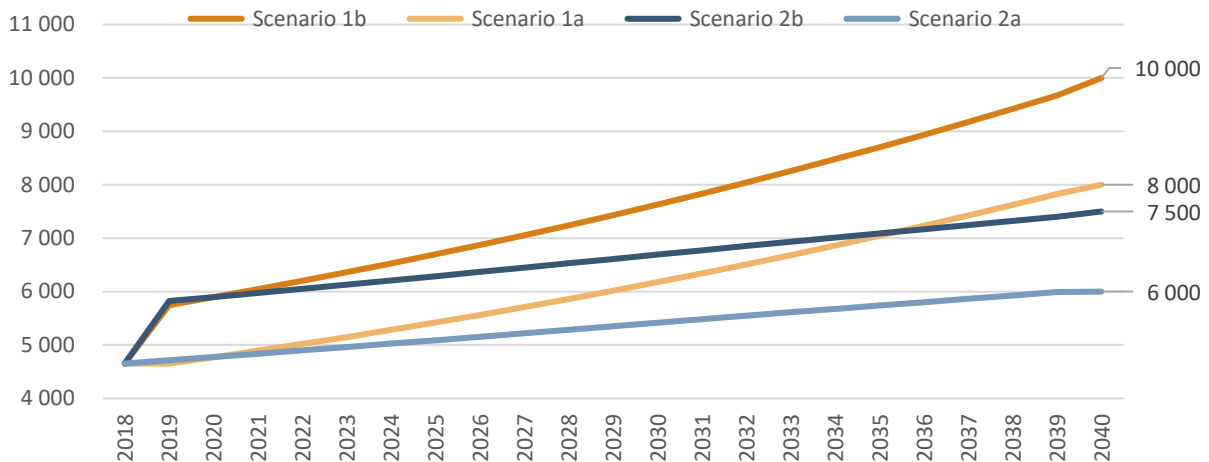
**Scenario 2b:** Dette scenariet har samme grunnleggende forutsetning som scenario 2a, men i likhet med 1b legger vi her inn et krav om at fastlegene maksimalt kan arbeide 45 timer per uke.

I alle scenariene legger vi til grunn at hele befolkningen skal ha tilgang til en fastlege. Ved å fastlegenes forventede arbeidskapasitet opp mot befolkningens forventede størrelse, slik denne er fremskrevet av SSB, kan vi beregne hvor mange fastleger det er behov for i hvert enkelt scenario. Alle beregningene er gjort i fastlegeårsverk og framskrivingene går til 2040.

Resultatet av framskrivingene er presentert i Figur 2-8. 2018 er tatt med som et referansepunkt. Som vi ser er det et stort spenn knyttet til forventningene om hvordan behovet vil bli, basert på hvilke forutsetninger man legger til grunn. Scenariet som gir lavest økning i behov er scenario 2a, der vi forutsetter konstant antall konsultasjoner per fastlege, samt at fastlegene jobber like lange uker som i dag. Dette gir et behov på 6 000 fastlegeårsverk, en økning på om lag 30 prosent fra dagens nivå. Vi ser at behovet øker drastisk når vi legger til kravet om at fastlegene skal arbeide maksimalt 45 timer i uken i gjennomsnitt (scenario 2b). I dette scenariet øker behovet for fastlegeårsverk i 2040 med 1 500 relativt til scenario 2a.

Scenariet som gir det høyeste anslaget på behovet er 1b, der vi legger til grunn en maks arbeidstid per uke på 45 timer, samt at antallet konsultasjoner per fastlege må falle som følge av mer komplekse oppgaver og overføring av ansvar. I dette scenariet er behovet om lag 10 000 årsverk i 2040 – mer enn en dobling fra dagens nivå.

**Figur 2-8: Fremskrevet behov for fastlegeårsverk fram til 2040 for fire ulike scenarier. Framskrivningene er basert på SSBs framskrivinger av befolkningen (middelscenariet MMMM), samt SSBs tall på antall konsultasjoner (tabell 09535).**



Dermed ser vi at vi potensielt står overfor en fremtid det blir stort behov for fastleger – spesielt dersom vi legger til grunn at fastlegens gjennomsnittsuke er høy. Beregningene viser at dersom vi legger til grunn at fastlegene skal arbeide 45 timers uker innebærer dette at vi allerede i dag er om lag 1000 fastlegeårsverk i underskudd. Med andre ord mangler vi om lag en femtedel av de fastlegeårsverkene som trengs for å sikre at hele befolkningen har plass på en fastlegeliste dersom vi stiller krav til at fastlegenes arbeidstid skal ned til et mer «normalt» nivå på 45 timer i uken i gjennomsnitt.

## 2.5. Samfunnets betaling for fastlegenes tjenester

I dette delkapittelet ser vi nærmere på den økonomiske utviklingen i fastlegeordningen. Vi ser på hvordan utviklingen i de offentlig satte prisene på tjenestene fastlegene leverer – basistilskuddet og refusjonstakstene – har utviklet seg siden ordningens oppstart. Over har vi sett at arbeidsbelastningen har økt som følge av at fastlegene utfører mer komplekse og krevende oppgaver enn tidligere.

Fra et bedriftsøkonomisk ståsted vil responsen på en slik utvikling medføre økt pris på tjenestene som tilbys. Fastlegene står naturlig nok ikke fritt til å sette disse prisene selv, ettersom de blir bestemt i forhandlinger med staten. Det er derfor interessant å drøfte i hvilken grad endringen i prisene på fastlegenes tjenester reflekterer endringene i arbeidsbelastning vi avdekket i kapittel 2. Vi ser derfor nærmere på hvordan de sentrale finansieringskildene har utviklet seg i forhold til økonomien som helhet så vel som til prisene på andre lignende tjenester.

Det er ingen enhetlige kilder som beskriver denne kostnadsutviklingen samlet over tid, men overordnede tall fra SSB som angir offentlige utgifter til legetjenester i sin helhet (inkludert legevakt mv.) viser at veksten har vært sterk de siste 15 årene.<sup>10</sup> Gradvis oppgaveoverføring til fastlegeordningen, blant annet i forbindelse med

<sup>10</sup> Se tabell 10725 på SSB.no. Det fremkommer at utviklingen i offentlige utgifter til «Legetjenester mv.» har steget vesentlig mer enn andre de offentlige helseutgiftene totalt de siste 15 årene.

samhandlingsreformen, i tillegg til strukturelle endringer i behovet (økende andel eldre befolkning og et mer komplekst sykdomsbilde) for legetjenester er her sentrale årsaker, slik vi drøftet i kapittel 2.2.2.

Aggregerte tall over kostnadene av fastlegeordningen i sin helhet over tid gir i liten grad anledning til å vurdere utviklingen i fastlegenes inntekt over tid, sammenlignet med økonomien for øvrig. I det videre har vi derfor sett nærmere på utviklingen i basistilskuddet og veksten i de tre mest brukte fastlegetakstene. Målet er å vurdere hvorvidt vi som samfunn betaler mer eller mindre for fastlegetjenester nå, enn hva vi gjorde ved opprettelsen av ordningen, for 17 år siden. Dette drøftes i kapittel 3.1. I kapittel 3.2 ser vi nærmere på hvordan prisen på de tjenestene vi betaler for hos fastlegene har utviklet seg sett opp mot prisen på tjenestene i sammenlignbare bransjer.

### 2.5.1. Kompensasjonssystemet for næringsdrivende fastleger

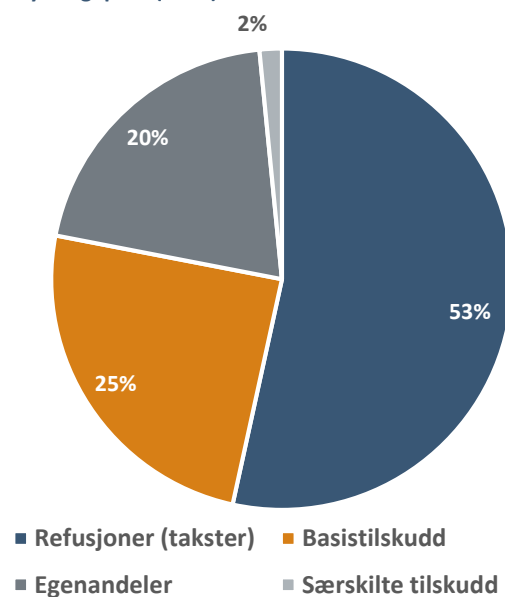
Næringsdrivende fastlegers kompensasjonssystem består av to komponenter. Den ene komponenten gir opphav til variabel inntekt for fastlegene, mens den andre gir opphav til konstant inntekt for fastlegene. Det er antall pasienter på legenes lister («kundemassen») som påvirker både den variable og konstante komponenten. Komponentene som gir opphav til konstant inntekt for fastlegen er kalt basistilskuddet og er en overføring fra det offentlige til fastlegen per innbygger på listen i inneværende måned. Det følger derfor at nivået på basistilskuddet bestemmes etter hvor mange innbyggere fastlegen har på sin liste.

Komponenten som gir opphav til variabel inntekt for fastlegen er todelt. Nivået på den variable inntekten bestemmes etter hvor ofte pasientene etterspør tjenester fra fastlegen sin i form av konsultasjoner – altså hvor ofte vi går til legen. Prisen som må betales for gjennomført konsultasjon dekkes delvis av pasienten og delvis av det offentlige. Pasienten betaler en egenandel for gjennomført konsultasjon, mens det resterende betales av det offentlige etter et refusjonskrav som fastlegen fastsetter.

Figur 2-9 viser hvordan fastlegenes inntekter fordelte seg på de ulike inntektskildene i 2017. Anslaget for total kostnadene tilknyttet fastlegeordningen for 2017 er om lag 9,6 mrd. kroner (Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos, 2018). Som vi ser står basistilskuddet for om lag én fjerdedel, mens de øvrige tre fjerdedelene er aktivitetsbasert.

Nivået på egenandelen og refusjonskravet er bestemt av hvilke og hvor mange arbeidsoppgaver som har blitt gjennomført under konsultasjonen. Alle arbeidsoppgaver en fastlege kan utføre under en konsultasjon har spesifikke takster knyttet til seg. Ettersom fastlegen utfører arbeidsoppgaver av ulik kompleksitet og tidsomfang, har hver enkelt takst en spesifikk pris. På denne måten kan fastlegen få betalt for det arbeidet som faktisk er utført under konsultasjonen. Den variable komponenten bestemmes derfor av etterspørselen etter konsultasjoner fra pasientene på fastlegens lister, og de fastsatte prisene som arbeidsoppgavene koster å gjennomføre under konsultasjonene (takstene).

Figur 2-9: Finansieringen av fastlegeordningen i 2017, fordelt etter finansieringskilde. Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos (2018)



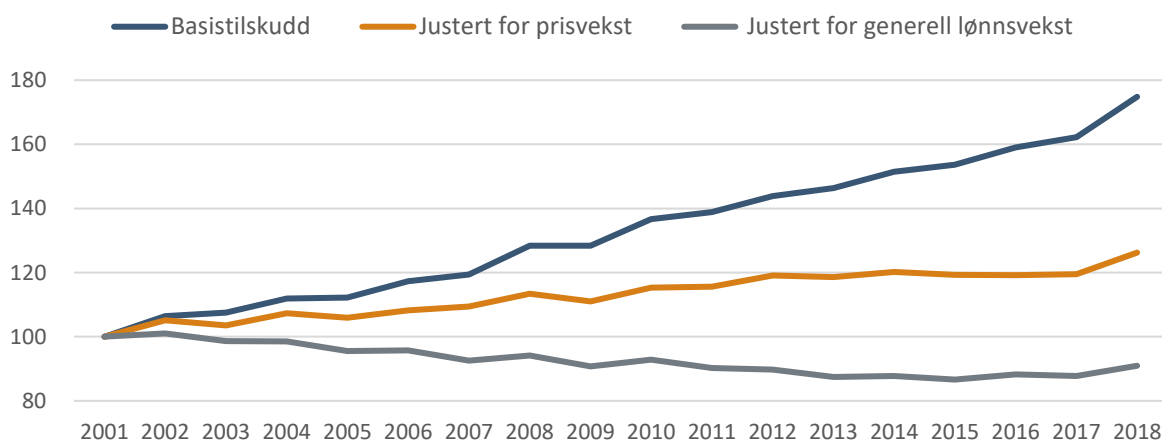
## 2.5.2. Vi betaler relativt sett mindre for fastlegetjenester nå enn vi gjorde da ordningen ble opprettet

Basistilskuddet er den årlige summen en fastlege får per innbygger legen har på sin pasientliste. Basistilskuddet er således en driftsstøtte som gis helt uavhengig av om og hvor mye den enkelte listeinnbygger oppsøker sin fastlege. Basistilskuddet ble i 2001 fastsatt til 278 kroner, og har blitt oppjustert nesten hvert år siden den gang. Utviklingen i basistilskuddet er vist i Figur 2-10.

I 2018 er basistilskuddet på 486 kroner. Dette er en vekst fra 2001 på om lag 75 prosent, som tilsvarer i overkant av tre prosent i året i gjennomsnitt. Dette er vist ved den blå kurven i figuren.

Som det fremkommer av Figur 2-10 har utviklingen verdien av basistilskuddet steget sammenlignet med inflasjonen, målt ved konsumprisindeksen, fra 2001 til 2017. Dette er illustrert ved den oransje kurven som viser en prisjustert vekst i fastlegenes basistilskudd på 26 prosent siden 2001. Basistilskuddet er en del av betalingen for legetjenester gjennom fastlegeordningen. Konsumprisindeksen er produktet av prisutviklingen på en rekke varer og tjenester som konsumeres i Norge. Produktivitetsvekst i produksjonen av varer og tjenester opp gjennom 2000-tallet har isolert sett gitt seg utslag i lavere priser. I motsetning til innen vareproduksjon har det vært begrenset med produktivitetsvekst i produksjonen av legetjenester. Dette er en svært arbeidskraftintensiv virksomhet. Det er eksempelvis vanskelig å tenke seg at det i dag tar vesentlig kortere tid å diagnostisere influensa, henviser til undersøkelser i spesialisthelsetjenesten eller veilede pasienter om helse enn det gjorde i 2001. At basistilskuddet har steget mer enn konsumprisindeksen gjennom de siste 17 årene er således naturlig og gjenkjennelig fra prisutviklingen på andre arbeidskraftintensive tjenester.

Figur 2-10: Utvikling i kronebeløpet på fastlegenes basistilskudd samt justering for hhv. inflasjon og generell lønnsvekst. Kilde: SSB og Godager (2018)<sup>11</sup>.



Av Figur 2-10 fremkommer det videre at basistilskuddet har falt med om lag ti prosent relativt til den generelle lønnsveksten i Norge. Dette er illustrert ved den grå grafen som viser utviklingen i basistilskuddet relativt til generell lønnsvekst i norsk økonomi.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> <http://folk.uio.no/geircgo/fastlege/normaltariff.html>

<sup>12</sup> Generell lønnsvekst er beregnet basert på SSB nasjonalregnskap, Tabell: 09174 (<https://www.ssb.no/statbank/table/09174/>). Vi har beregnet generell lønnsvekst ved å beregne utvikling i samlet nominell lønn per år per årsverkekivalent (lønnstakere og selvstendige).

Basistilskuddet utgjorde om lag 25 prosent av finansieringen av fastlegeordningen i 2017. Den klart største finansieringskilden er takstrefusjoner, som utgjør over halvparten av ordningens finansiering. Det er mer krevende å si noe om den relative utviklingen i refusjonstakstene gjennom de siste 17 årene enn hva som er tilfellet med basistilskuddet. Dette har tre årsaker.

- For det første er det svært mange takster. Vi har ikke oversikt over utviklingen i alle takstene, fra 2001 og frem til i dag.
- For det andre varierer bruken av ulike takster fra år til år, som en følge av at pasientenes behandlingsbehov så vel som fastlegenes oppgaver ender seg over tid. Uten en fullstendig oversikt over alle fastlegers refusjoner over hele perioden lar det seg ikke gjøre å gjennomføre en fullstendig vektning av takstene, og således finne en nøyaktig verdiutvikling i av takstene.
- For det tredje har det vært revideringer i enkelte taksters innhold over perioden. Endringer i enkelttaksters verdi, som følge av endret innhold i takstene, kan ikke enkelt justeres for.

De tre hyppigst brukte takstene blant fastleger i 2016 utgjorde i overkant av 46 prosent av de samlede refusjonsutbetalingene – altså om lag én fjerdedel av fastlegenes samlede inntekter (se Figur 2-9)<sup>13</sup>. Disse takstene er:

1. 2cd – Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min. per påbegynt 15 min.
2. 2ad – Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege
3. 2dd – Tillegg for allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmenntilleggsordningen i Norge i løpet av siste 5 år

Figur 2-11 viser utviklingen for disse tre takstene. I figuren er takstene indeksert til år 2001 og vektet etter størrelse på takstene<sup>14</sup>. Den vektete utviklingen i takstene gir en indikasjon på den overordnede utviklingen til den aktivitetsbaserte delen av fastlegenes inntekt ettersom de tre takstene står for om lag halvparten av de takstbaserte inntektene – vi antar med andre ord at disse tre takstene er representative for den totale takstbaserte inntekten til fastlegene. Som det fremkommer av Figur 2-11 er bildet i stor grad sammenfallende med utviklingen og tolkningen i Figur 2-10 over.

De tre mest anvendte takstene i har steget med 84 prosent fra 2001 til 2018. De tre takstene har ulik grad blitt vesentlig oppjustert gjennom perioden. 2cd-taksten har eksempelvis steget 66 prosentpoeng mer enn 2ad, fra 2001 til 2018. Samlet sett har det vektete gjennomsnittet av de tre mest anvendte refusjonstakstene hatt en vekst som er om lag 5 prosent lavere enn den generelle lønnsutviklingen<sup>15</sup>.

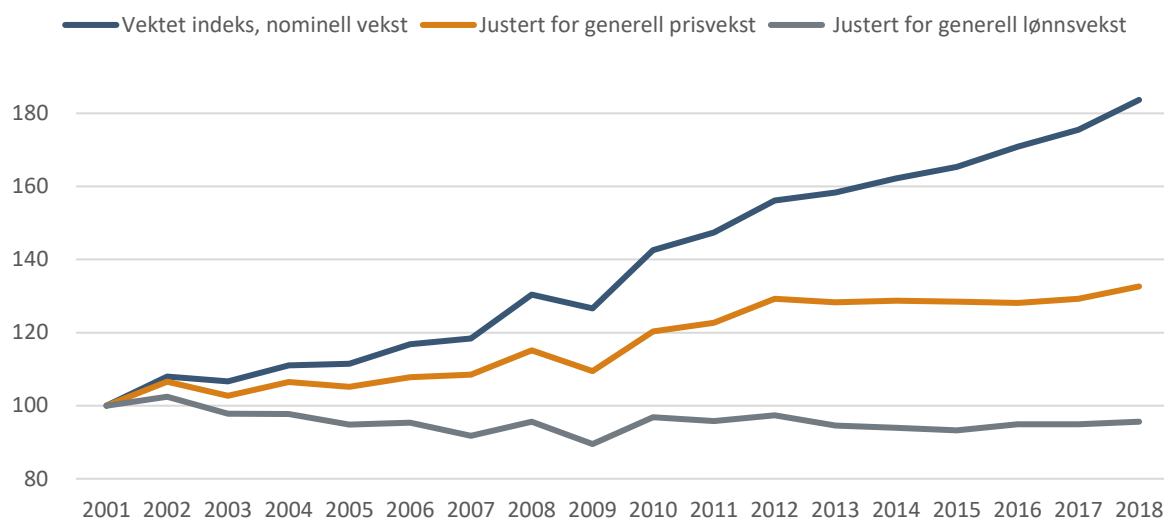
---

<sup>13</sup> Totalt utgjør takstrefusjonene 53 prosent av fastlegenes inntekter i 2017 ifølge analysen til Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse. Ettersom takstene 2cd, 2ad og 2dd utgjør 46 prosent av dette betyr det at de utgjør 24,4 prosent av totalinntektene.

<sup>14</sup> Dette er gjort av forenklingshensyn, da det blir vanskelig å fremstille separate grafer for hver av takstene. Dette betyr at veksten til den viktigste taksten teller mest.

<sup>15</sup> I motsetning til hva som er resultatet med den tilsvarende metoden på basistilskuddet må vekstestimatene for refusjonstakstene tolkes med en viss varsomhet. Dette som følge av at vi her kun tar utgangspunkt i enkelte takster, samt at innholdet og bruken av disse takstene kan ha endret seg opp gjennom de 17 årene fra 2001.

Figur 2-11: Vektet utvikling i kronebeløpet til de tre hyppigst anvendte takstene i fastlegeordningen (2cd, 2ad og 2dd), samt justering for hhv. inflasjon og generell lønnsvekst. Kilde: SSB og Godager (2018)<sup>16</sup>.



Basistilskuddet og refusjoner utgjør hoveddelen av finansieringen av fastlegeordningen – til sammen over tre fjerdedeler (se Figur 2-9). Dette utgjør dermed også det sentrale grunnlaget for fastlegekontorenes driftsresultater og fastlegenes lønn.

Utviklingen i nivåene på basistilskuddet og de tre mest anvendte takstene i 2016 de siste 17 årene indikerer at prisen på fastlegenes tjenester har utviklet seg noe svakere enn lønnsveksten i økonomien, målt ved generell lønnsvekst.

Tolkningen av dette er at en gjennomsnittlig sysselsatt i Norge betaler en mindre andel av sin bruttolønn for fastlegetjenester enn hva arbeidstageren gjorde i 2001. Med dette kan vi konkludere at fastlegenes basistilskudd, en sentral kilde til legenes inntekt, har steget mindre enn gjennomsnittslønnen i norsk økonomi, målt ved generell lønnsvekst.

<sup>16</sup> <http://folk.uio.no/geircqo/fastlege/normaltariff.html>

### 3. Drøfting og konklusjon

Funnene i vår analyse viser at fastlegenes arbeidspress har økt. Først og fremst har det vært en økning i den totale mengden arbeidsoppgaver, målt som konsultasjoner. Analysen viser at årsaken bak den økte arbeidsbelastningen er at hver enkelt konsultasjon har blitt mer krevende å gjennomføre. Demografisk utvikling, medisinske fremskritt og ikke minst overføring av oppgaver og ansvar som følge av reformer og tiltak har ført til at arbeidsomfanget for hver enkelt konsultasjon har økt. Til tross for at hver enkelt fastlegene i gjennomsnitt møter færre antall konsultasjoner har kompleksiteten i oppgavene økt slik at den totale arbeidsbelastningen har også økt. Dette kan vi se ved å studere takstbruken per konsultasjon: en gjennomsnittlig konsultasjon utløser flere og mer kompliserte takster i dag enn i 2010 (Texmon, 2018).

Enkle framskrivinger av situasjonen for fastlegene illustrerer at problemet ser ut til å forsterkes i årene fremover. Avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn kan vi forvente et behov på mellom 30 prosent flere fastlegeårsverk og over dobbelt så mange fastlegeårsverk frem mot 2040.

Dersom vi ikke evner å sikre at dette behovet dekkes vil dette kunne få alvorlige konsekvenser. Økt arbeidsbelastning må gi utslag på en eller annen måte. Så langt ser dette ut til og har gitt utslag i høy arbeidstid for fastlegene.

Omfanget av arbeidsoppgavene som fastlegen utfører, særlig innenfor pasientrettet arbeid, kan sies å være styrt utenfor fastlegens kontroll. For eksempel kan det offentlige pålegge fastlegen økt ansvar for å løse mer komplekse behov hos sine pasienter. Dette betyr at økt arbeidsbelastning, som følge av økt omfang av eksisterende arbeidsoppgaver, i stor grad er pålagt fastlegen. Dersom trenden med økt arbeidspress fortsetter vil trolig fastlegene ikke ha annet valg enn å redusere sine pasientlister slik at behovet for fastleger vil øke.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Begrepsavklaring

### Arbeidsbelastning

Begrepet «arbeidsbelastning» er relativt bredt og det er derfor behov for konkretisering. Når vi snakker om arbeidsbelastningen til fastlegene definerer vi denne som summen av følgende forhold:

- (i) Antall oppgaver legen må utføre i løpet av en arbeidsuke
- (ii) Oppgavenes omfang og kompleksitet

Alt annet likt vil en økning i antall oppgaver medføre økt arbeidsbelastning. På samme måte vil en økning i arbeidsoppgavenes omfang og/eller kompleksitet også medføre økt arbeidsbelastning for et gitt antall arbeidsoppgaver. Reduseres antall arbeidsoppgaver, men omfanget av dem har økt tilstrekkelig mye, kan fortsatt arbeidsbelastning ha økt.

### Konsultasjoner

Fastlegenes arbeidsdag består av to typer arbeid: pasientrettet, samt driftsrettet. Driftsarbeidet innbefatter all type arbeid som dreier seg om drift av legekantoret, mens pasientrettet arbeid innbefatter all type arbeid som inkluderer kontakt med pasienter, enten de er fysisk tilstede eller ikke. Dette refereres gjerne til som konsultasjoner. I denne rapporten tolker vi en konsultasjon som hver enkelt kontakt mellom pasient og fastlege – gitt at kontakten innebærer medisinsk vurdering. Mesteparten av det pasientrettede arbeidet som utføres på legekantoret er fysisk kontakt med pasienter – altså «vanlige» konsultasjoner. Pasientkontakten kan imidlertid også utføres ved hjelp av e-post, telefon eller andre kommunikasjonsmedier. På lik linje med konsultasjoner innebærer dette at det at fastlegen har dialog med pasienter per e-post, brev eller telefon vil gjelde som pasientrettet arbeid, og vi regner derfor dette som pasientrettet arbeid. Dette refereres til som en e-konsultasjon.<sup>17</sup>

Hver enkelt konsultasjon består av en rekke ulike arbeidsoppgaver. Hver enkelt arbeidsoppgave har ulikt omfang og karakter fra pasient til pasient, samtidig som noen pasienter krever mange forskjellige arbeidsoppgaver. Dette betyr at konsultasjonene ofte tar ulik tid å gjennomføre. Fastlegene har likevel et referansepunkt for «gjennomsnittlig konsultasjon» å forholde seg til når de vurderer tidsomfanget av konsultasjonen. I dag ligger referansepunktet for «gjennomsnittlig konsultasjon» på 20 minutter.<sup>18</sup> Konsultasjoner som krever lengre tid enn 20 minutter vil da være et tegn på mer komplekse/arbeidsbelastende konsultasjoner enn gjennomsnittet og vice versa. Det er også viktig å trekke frem at det nødvendigvis ikke er et 1:1-forhold mellom tid brukt på konsultasjonen og konsultasjonens kompleksitet. Det kan være tilfeller hvor konsultasjonen ikke tar alt for lang tid, men at tilhørende arbeidsoppgaver er relativt komplekse og belastende for fastlegen. Journalføring i etterkant av dialog med pasienten medregnes som en arbeidsoppgave tilhørende konsultasjonen.

---

<sup>17</sup> Normaltariffen for fastleger og legevakt 2018-2019, s. 20.

<sup>18</sup> Normaltariffen for fastleger og legevakt 2018-2019, s. 21.



## Vedlegg 2: Kort om fastlegeordningen

### Fastlegenes rolle i helsevesenet

I korte trekk har det offentlige helsevesenet ansvar for all type helse relatert diagnostisering, behandling og rehabilitering av norske innbyggere. Dette innebærer et svært bredt spenn av helse relaterte oppgaver som skal løses, og det har derfor vært nødvendig å dele oppgaveløsningen inn i to nivåer etter omfang og ressursbehov, men også etter hvilken type hjelp/assistanse pasienten etterspør. Det førende for inndelingen er hvilket behov pasienten har og det følger at de relativt minst komplekse behovene løses lokalt i den enkelte kommune, mens de mest komplekse løses på sentralt nivå. Det norske helsevesenet er derfor delt inn primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kjernen i primærhelsetjenesten er allmennlegene. Pasientenes primære kontakt med helsevesenet skjer gjennom en allmennlege som dermed tolkes som førstelinjeforsvaret i det norske helsevesenet. Ettersom oppgaveløsningen er desentralisert til hver enkelt kommune, er også ansvaret for gjennomføringen av oppgaveløsningen forankret lokalt i den enkelte kommune. Allmennlegene har ansvar for å henvise pasienter videre til spesialisthelsetjenesten hvis pasientenes behov tilsier dette – enten til andre aktører i det kommunale helse- og omsorgsvesenet, eller til spesialisthelsetjenesten.

### Fastlegeordningen – fast allmennlege til alle

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og formålet med fastlegeordningen er at den skal sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.<sup>19</sup> Dette løses i dag ved at kommunen inngår individuelle avtaler med leger om inngåelse av fastlegeavtaler, der fastlegene arbeider som selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtalene innebærer blant annet at den enkelte fastlege må forholde seg til en spesifikk fastlegeliste med oversikt over hvilke innbyggere som sogner til nettopp han/hun. Listene har i dag et tak på 2500 innbyggere, og det er opp til den enkelte fastlege å bestemme sin listelengde, men med forbehold om at den enkelte pasient står fritt til å skifte fastlege når han/hun måtte ønske det<sup>20</sup>.

Fastlegene står i prinsippet fritt til å bestemme egen listelengde. En eventuell reduksjon skjer ved tilfeldig uttrekk fra listen. Det er den enkelte kommune sitt ansvar å organisere egen fastlegeordning. I praksis betyr dette at kommunen skal sørge for at det deltar et tilstrekkelig antall leger i fastlegeordningen til enhver tid. Ansvaret for at alle innbyggere som ønsker det har tilgang på en fastlege, ligger derfor hos kommunen og ikke hos fastlegen.

Den enkelte fastlege er ansvarlig å oppfylle listeansvaret spesifisert i fastlegeavtalen. Listeansvaret for den enkelte fastlege fastsetter at legen har ansvar for å diagnostisere, behandle og/eller rehabiliterer alle pasientene på sin liste innen allmennlegeområdene somatisk, psykisk helse og rus. For pasienter med behov utover dette, enten fordi de er for å komplekse å løse eller de krever for mye ressurser, står fastlegen ansvarlig for henvisning til spesialisthelsetjenesten eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre legger listeansvaret plikt på fastlegen til å delta i den kommunale legevaktjenesten.

Fastlegen har også mulighet til å delta i andre allmennlegetjenester i kommunen, som for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler, men dette inngår ikke i listeansvaret til fastlegen.

---

<sup>19</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene: «<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>».

<sup>20</sup> Pasientene kan maks bytte fastlege to ganger per kalenderår.

## Organiseringen av fastlegeordningen

Kommunene kan ansatte fastleger ved bruk av to typer avtaleformer. Hovedavtaleformen innebærer at kommunen ansetter fastleger på «franchise-kontrakt» der den enkelte fastlege inngår individuell avtale med kommunen som selvstendig næringsdrivende fastlege. Her vil kommunen opptre som «franchisegiver» og fastlegen som «franchisetaker». Kommunen som «franchisegiver» tildeler ansvar for drift av ordningen til selvstendig næringsdrivende leger («franchisetaker»), hvor den enkelte lege står ansvarlig for egne utgifter og inntekter, mens kommunen står ansvarlig for at ordningen blir gjennomført i sin helhet. Staten står som garantist for at ordningen blir finansiert.

Fastlegene i privat praksis «eier» sine lister med innbyggere som sogner til deres praksis. Når en fastlege ønsker å fratre sitt virke, vil han/hun kunne selge sin liste med innbyggere til nye leger som ønsker å etablere seg som fastlege.

Næringsdrivende fastleger bærer risikoen for hvilken inntjening legen klarer å opparbeide seg. Dette er fordi fastlegen driver en privat praksis på oppdrag fra kommunen, hvor praksisens inntjening er bestemt av størrelsen på dens «kundemasse», altså pasientene på fastlegens lister, og hvor hyppig denne «kundemassen» kjøper tjenester fra fastlegen, altså pasientenes konsultasjoner.<sup>21</sup>

Den andre avtaleformen innebærer at fastlegene blir ansatt kommunalt med fast lønn som kompensasjon for sitt virke. Fastlønnsavtaleformen er forpliktende både for legen og kommunen, og kommunen inngår ikke individuell avtale med den enkelte fastlege under denne avtaleformen. For fastleger som har inngått fastlønnsavtale med kommunen er hovedforskjellen at risikoen for fastlegens inntjening bæres av kommunen. Dette er fordi fastlegen mottar fast lønn uavhengig av antall pasienter («kundemassen») og hvor ofte disse kjøper tjenester fra fastlegen. Innholdet i virket til fastlegen er likt, uavhengig om det har blitt inngått fastlønnsavtale eller «franchise-avtale».

Kommunene står i prinsippet fritt til å velge om de ønsker å organisere sin fastlegeordning ved bruk av enten «franchise-avtaler» eller fastlønnsavtaler eller en miks av de to. Fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk om fastlegereformen bestemmer derimot at privat praksis («franchisemodell») skal være hovedmodellen. Kommuner som vil endre avtaleform fra franchise til fastlønn risikerer å måtte dekke det tapet som legen får ved ikke å kunne overdra privatpraksisen til ny lege. I dag er det slik at for de aller fleste kommuner, så er fastlegeordningen organisert med klar overvekt av fastleger på «franchise-kontrakt». Vi vil heretter henvise til fastleger som har inngått «franchise-kontrakter» som selvstendig næringsdrivende eller kun næringsdrivende fastleger, og fastleger som har inngått fastlønnsavtaler som kommunalt ansatte fastleger.

---

<sup>21</sup> Se delkapittel 2.5.1 for en inngående beskrivelse av selvstendig næringsdrivendes fastleger sine inntektskilder. Fastlegens «kundemasse» henviser til innbyggerne fastlegen har på sin liste, og disse etterspør tjenester fra fastlegen i form av konsultasjoner.

### Vedlegg 3: Metodiske utfordringer og potensielle kilder til målefeil i analysen

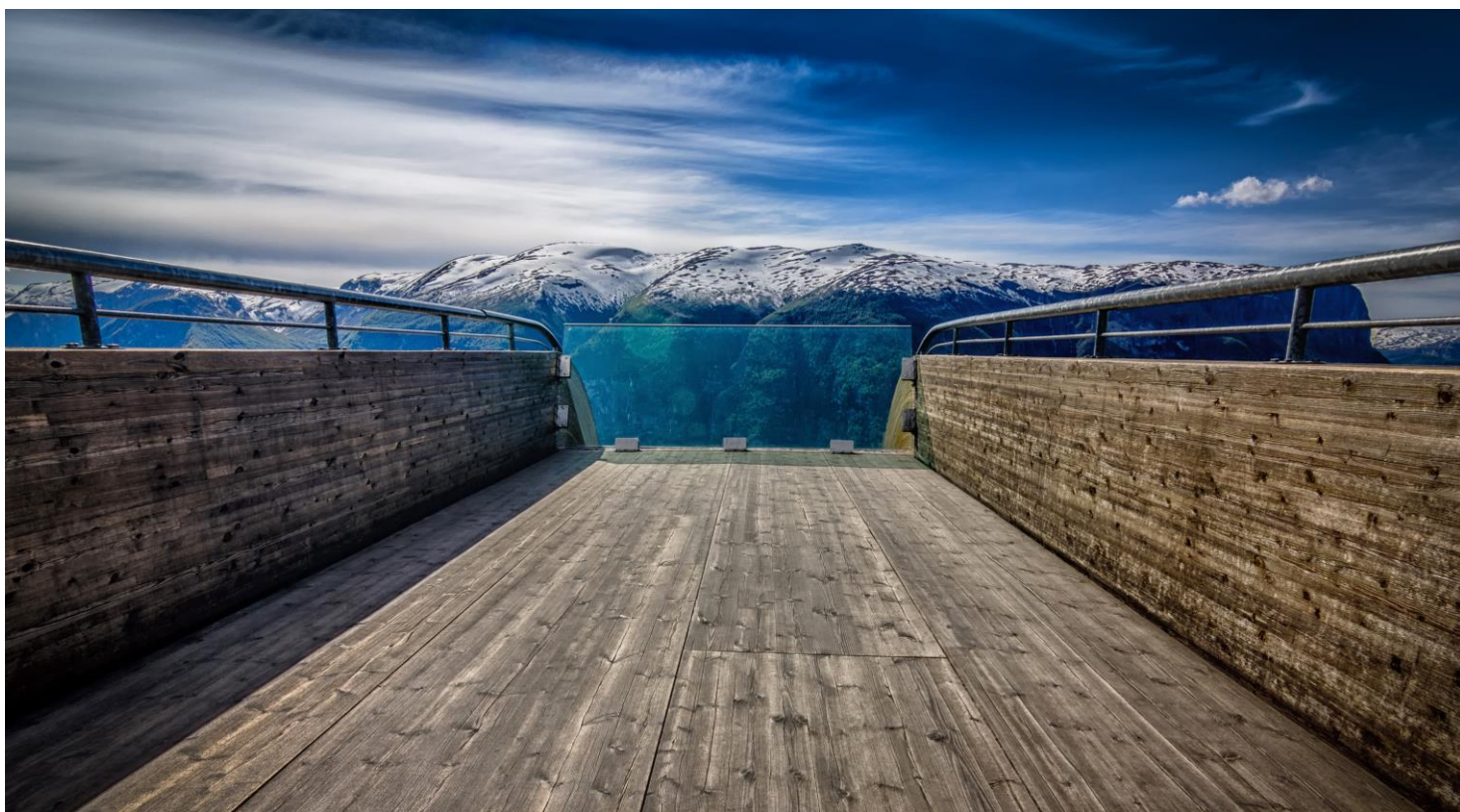
Når vi ønsker å bruke rapportert arbeidstid som metode for å belyse arbeidsbelastning, er det viktig å ha i mente at denne informasjonen er innhentet fra spørreundersøkelser. Generelt er det flere utfordringer knyttet til bruk av spørreundersøkelser som metode for å belyse arbeidstid og (frivillig/påtvunget) arbeidsbelastning. For det første kan det være slik at de som har valgt å svare på undersøkelsen har bevisst selektert seg til å svare fordi de har en agenda de ønsker å få frem. På fagspråket kalles dette «selection bias». For det andre kan spørsmålene være stilt på en slik måte at de leder respondenten til å svare visse ting som han/hun ikke ville svart hvis spørsmålet hadde hatt nøytral ladning. For det tredje kan det være uklarthet blant respondentenes forståelse av hva det spørres om, noe som kan gi upresise svar. For det fjerde, så kan spørreundersøkelsen stille kvantitative spørsmål som respondenten synes det er vanskelig å gi et korrekt anslag på. For det femte, så har mennesker en tendens til å oppgi en ting og så gjøre noe helt annet, enten fordi vi har en agenda eller fordi vi opptrer inkonsistent. Vi må derfor være forsiktige når vi tolker resultatene til en spørreundersøkelse.

Kanskje enda mer forsiktig må vi være når vi sammenligner spørreundersøkelser. Dette er fordi undersøkelsene kan ha ulikt utvalg av respondenter og stille forskjellige spørsmål som det regelrett ikke er mulig å sammenligne. Likevel kan sammenligning gi gode indikasjoner på en underliggende trend, men vi må være forsiktige med å konkludere bastant.

En annen viktig målefeil det er viktig å være klar over når vi ønsker å analysere utviklingen i fastlegenes arbeidsbelastning, er at innholdet i takstene, derav arbeidsoppgavene som takstene representerer, kan ha endret seg over vår analyseperiode. Det betyr at vi sammenligner takstbruk på forskjellige tidspunkt med potensielt svært ulikt innhold. Hvis det er tilfellet, kan vi ikke sammenligne takstkoder på forskjellige tidspunkt. Dette er et generelt problem vi må ha i mente, men etter vår oppfatning så har ikke takstene endret seg nevneverdig over årene 2001-2018.

Gitt diskusjonen på slutten av forrige underkapittel, er det viktig å være klar over at det generelt er vanskelig å si om økt arbeidsbelastning er frivillig eller påtvunget fastlegen.

Den siste mulige målefeilen vi må være klar over, er at en rekke nye takster kan ha blitt innført underveis i vår analyseperiode. Vi sammenligner derfor ikke identisk utvalg, og det kan gi oss utfordringer i å sammenligne takstbruk før/etter. Ettersom vi ønsker å belyse endring i arbeidsbelastning kan vi løse dette ved å vekte høyest de takstene med størst kroneverdi. Da får de mest omfattende taksene størst innflytelse, og vi unngår å konkludere med feilslutningen «økt takstbruk relativt til konsultasjonsbruk er ekvivalent med økt arbeidsbelastning».



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside [www.menon.no](http://www.menon.no).

+47 909 90 102 | [post@menon.no](mailto:post@menon.no) | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | [menon.no](http://menon.no)