

Godager, G. (2026). Allmennlegetjenestene. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 151–176). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180907>

7

Allmennlegetjenestene

Geir Godager

Allmennlegetjenestene er ofte første møtepunktet mellom befolkningen og helsetjenestene. I henhold til Borchgrevink (2019) er allmennmedisin «... en medisinsk spesialitet som omfatter den generelle, forebyggende og behandlende medisin i kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten)». Allmennlegetjenestene inkluderer fastlegeordningen, legevakt samt offentlig allmennmedisinsk legearbeid ved helsestasjon og skolehelsetjeneste, og tilsynslegearbeid ved sykehjem og andre institusjoner. Offentlig allmennmedisinsk legearbeid leveres gjerne av leger som utfører dette legearbeidet ved siden av privat praksis.

Fastlegeordningen utgjør hoveddelen av de allmennmedisinske tjenestene som leveres, og de aller fleste pasientkonsultasjoner leveres av allmennleger som har en fastlegeavtale. Fastlegen skal fungere som en primærhelsekontakt for pasientene, og er ofte det første kontaktpunktet når noen trenger medisinsk hjelp eller rådgivning. Dette innebærer både akutte situasjoner og langsiktig helseoppfølging, herunder forebyggende tiltak, kronisk sykdomsbehandling og helserelaterte livsstilsråd.

Fastleger i Norge har i dag ansvaret for å vurdere hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten, en oppgave som ofte omtales som «portvaktrollen». Henvisningsordninger finnes i mange land, men praktiseringen kan variere betydelig. Henvisningsvurderinger er komplekse og krever en balansert vurdering av pasientens medisinske tilstand, ressurstilgangen i spesialisthelsetjenesten samt økonomiske og organisatoriske hensyn. Ved siden av bred medisinsk kunnskap trenger fastlegen også forståelse for helsevesenets strukturer og ressurser for å kunne gi gode råd.

I dette kapittelet starter vi med en beskrivelse av etableringen av fastlegeordningen (7.1). Deretter løfter vi fram diskusjonen av legenes avlønningsordninger og diskuterer økonomiske insentiver generelt (7.2), for fastlegene (7.3) og kommunene (7.4). Videre i kapittelet diskuteres kapasitetsutfordringene i fastlegeordningen fra 2016, og hvordan disse utfordringene er forsøkt håndtert (7.5). Til slutt diskuteres hva som påvirker henvisninger til spesialisthelsetjenestene (7.6).

7.1 Innføring av fastlegeordningen – fra legemangel til pasientmangel

Fastlegeordningens organisering og finansiering ble utviklet som et svar på 1990-tallets utfordringer i allmennlegetjenesten. Relevante kilder med situasjonsbeskrivelser av primærhelsetjenesten fra 1990-tallet inkluderer St.meld. nr. 23 (1996–1997) og økonomievalueringen utført i forsøkskommunene (Iversen & Lurås, 1996). Beskrivelsene av allmennlegetjenesten fra tiden før fastlegereformen har fortsatt høy grad av aktualitet.

Regionale forskjeller i tilgjengelighet til allmennleger preget 1990-tallets allmennlegetjeneste. I usentrale kommuner var det stor utskiftning av leger, og bruken av korttidsvikarer hadde et betydelig omfang. I deler av Nord-Norge var det vanlig med hyppige bytter av allmennlege, og pasienter måtte ofte vente flere uker på konsultasjon. I Sør-Norge var situasjonen samtidig preget av langt bedre muligheter for kort ventetid på legetime, og pasientene hadde gjerne flere leger å velge mellom.

I St.meld. nr. 23 (1996–1997) beskrives problemene fra et pasientperspektiv, fra legenes perspektiv og fra myndighetenes perspektiv:

- *Pasientenes perspektiv:* Pasientene opplever at det er «vanskelig å slippe til». Det oppleves vanskelig å nå legen på telefon. Mange leger tar ikke imot nye pasienter, og ventetiden for timeavtale er for lang. Pasientene opplever ofte å få ny lege, og at legen har for lite tid.
- *Legenes perspektiv:* Allmennlegene opplever usikkerhet om hvem som er deres pasienter. Journalarkivene kan inneholde journaler fra flere tusen pasienter, men mange av journalene er for pasienter som bare har oppsøkt legekontoret for engangskonsultasjon. Det gis beskrivelser av legekontor som har ti ganger så mange journaler som antall pasienter som praksisen skulle dekke. Det beskrives som vanskelig å gjøre en god jobb når det er uklart hvilke pasienter som er enkelt-legens ansvar. Rollen som portvakt beskrives som utfordrende, såkalt «doktorshopping» er et kjent fenomen, og det er store variasjoner i legenes forskrivningspraksis.
- *Myndighetenes perspektiv:* Myndighetene opplever at det store mangfoldet i avlønnings- og tilknytningsformer for allmennlegene gjør det vanskelig for både statlige og kommunale myndigheter å få god nok

oversikt til å kunne lage gode planer for virksomheten. Det er vanskelig å styre, og dårlig kontroll over utgiftene til tjenesten. Det beskrives som nødvendig med flere leger som blir værende over tid.

I forkant av fastlegereformen i 2001 ble det gjennomført et forsøk i perioden 1993–1996 i kommunene Åsnes, Lillehammer, Trondheim og Tromsø. Etter forsøksperioden valgte kommunene å fortsette forsøksordningen fram til fastlegeordningen ble nasjonal.

Den nasjonale fastlegeordningen (FLO) ble innført fra 1. juni 2001. Fastlegereformen innebar to sentrale endringer: innføring av system med pasientlister og ny modell for betaling av privatpraktiserende allmennleger. Med pasientlister ble lege-pasienttilknytningen formalisert. Listesystemet skulle etablere bedre muligheter for kontinuerlig og personlig oppfølging av én allmennlege over tid. Målsetningen var at listesystemet skulle forbedre kontinuiteten og kvaliteten på behandlingen, blant annet ved å gi legen bedre innsikt i den enkeltes behandlingshistorikk.

Stykkprisbetaling basert på normaltariffen ble videreført i fastlegeordningen. Reformen innebar at ordningen med et fast årlig driftstilskudd til privatpraktiserende allmennleger ble avskaffet. Det faste driftstilskuddet i forskjellige klasser (se Tabell 7.1) ble erstattet av per capita-betaling, som innebærer at legen mottar en fast sats per person på listen.

I en del kommuner ble løsninger med kommunalt ansatte allmennleger videreført. Ifølge Godager mfl. (2005, side 33) var 18 % av legeårsværkene lønsmottakere i 1999 og 2000. Med fastlegereformen ble fastlønnandelen redusert til 13 %.

Figur 7.1

I januar 2001 ble innbyggerne invitert til å velge sin fastlege. De kunne angi de fastlegealternativene de foretrakk mest. Valget kunne gjøres via telefon, brev eller internett, og fristen for å melde inn sine ønsker var satt til 1. mars 2001.

Nå innføres fastlegeordningen

I denne brosjyren finner du svar på de vanligste spørsmålene om fastlegeordningen. Hvis du fortsatt lurer på noe, får du mer informasjon på internett: www.fastlegeordningen.dep.no. Du kan også ta kontakt med din kommune (du finner telefonnummeret på den vedlagte legeversikten).

Svarfrist: 1. mars

"Jeg vil ha fastlege – hva gjør jeg nå?"
Du har fire muligheter når du skal velge fastlege.
1. Du kan fylle ut svarskjemaet og sende det inn.
2. Du kan ringe til svarstelefonen: 800 31 111. Sørg for å ha fødselsnummeret ditt, pin-koden (tallkoden) fra svarskjemaet og legeversikten klar når du ringer.
3. Du kan bruke internett: www.fastlegeordningen.dep.no (Husk fødselsnummeret og pin-koden.) Svarstelefon og internett er også tilgjengelig på samisk/engelsk/urdu.
4. Hvis du ikke svarer, blir du tildelt en fastlege i nærheten av der du bor.
Hvis du vil ha brosjyren på nynorsk, samisk, engelsk eller urdu, kan du ringe informasjonstelefonen som står under punkt A på legeversikten.

"Hva er en fastlege?"
En fastlege er en allmennpraktiserende lege som har inngått avtale med kommunen om å delta i fastlegeordningen.

"Hvem gjelder ordningen for?"
Alle innbyggere som er registrert i Folkeregistret får tilbud om fastlege. De som er født før 1. mars 1985 får eget brev i posten og kan velge fastlege selv.

"Blir det dyrere å gå til en fastlege?"
Nei, legebetalen vil koste det samme som før.

"Blir det kortere ventetid for å få time hos legen?"
Et av hovedmålene med den nye ordningen er at det skal bli lettere å få time hos legen. En bestemt lege eller en gruppe leger får et spesielt ansvar for deg. Ordningen har vært prøvd i fire kommuner, og der har ventetiden blitt kortere.

"Hvordan velger jeg fastlege?"
Sammen med denne brosjyren har du fått et svarskjema, en oversikt over fastleger i ditt nærområde (legeversikt), en veiledning og en svarskode. I veiledningen står det hvordan du går fram for å velge en fastlege. Du kan bruke vedlagte svarskjema, internett eller svarstelefon.

"Hva er fastlegeordningen?"
Fastlegeordningen er en ny og bedre måte å organisere legetjenesten på. Den gir deg rett til å få en allmennpraktiserende lege som din fastlege. Alle fastleger får en liste med innbyggere. De som står på denne listen har fastlevert til å få time.

"Hvorfor innføres fastlegeordningen?"
Den nye ordningen har tre hovedmål:
- å skaffe alle som ønsker det tilgang til en fast allmennlege
- å skape trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til lege
- å skape bedre og mer langsiktige forhold mellom leger og pasienter.

"Når trer fastlegeordningen i kraft?"
Ordningen innføres fra 1. juni 2001. Hvis du ønsker en bestemt fastlege, må du svare innen 1. mars.

Hovedmodellen i fastlegeordningen ble privatpraktiserende næringsdrift, med en betalingsmodell som kombinerte den nasjonalt satte per capita-satsen med stykkprisbetalingen fra normaltariffen. Stykkprisbetalingen bestod av egenbetaling betalt av pasienter og refusjoner fra Rikstrygdeverket (senere Helfo). Inntektene fra per capita -betalingen skulle utgjøre omtrent 30 % av fastlegenes totale inntekt (Godager & Lurås, 2005; Godager mfl., 2005; Sandvik, 2006).

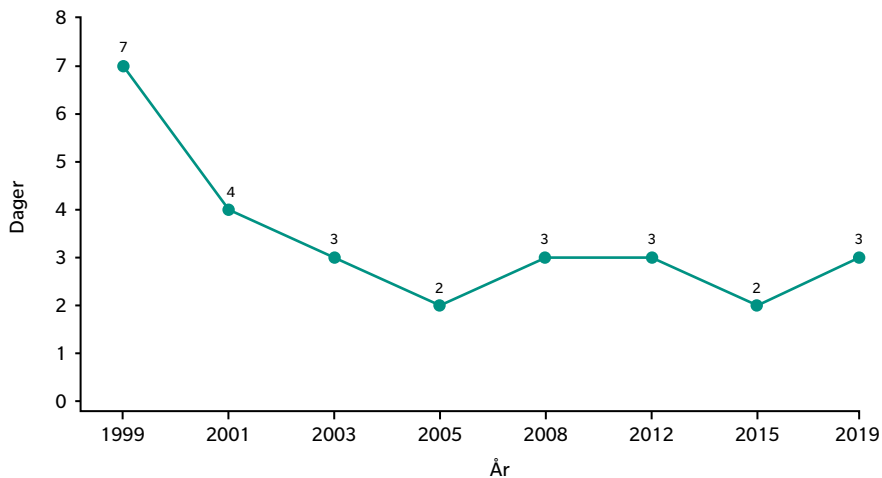
Per capita-betalingen oppmuntret legene til å ta listansvar. Samtidig oppmuntret ordningen kommunene til å lyse ut flere legehjemler enn før. Dersom kommunene lyktes i å tiltrekke seg leger ved å betale per capita-tilskudd, oppstod en situasjon der kommunens utgifter til allmennleger ble uavhengige av antallet allmennleger som praktiserer i kommunen. Denne kostnadsnøytraliteten for kommunene medførte at det ikke lenger var penger å spare på å være tilbakeholdne med å lyse ut nye legehjemler.

Innføring av fastlegeordning sammenfaller med en betydelig reduksjon i ventetid for time hos allmennlege. Med ventetid menes her tiden fra en pasient kontakter legekontolet til konsultasjonen finner sted. I Figur 7.2 beskrives hvordan ventetiden til konsultasjon med allmennlege har utviklet

seg over tid. Informasjonen om ventetid for perioden 1999–2015 er hentet fra Godager og Iversen (2016), mens beskrivelser for 2019 er fra Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (2023). Ventetidsinformasjonen ble samlet inn som en del av Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. Intervjuene i 2001 ble gjennomført i løpet av første halvår. Observasjonene fra 1999 og 2001 beskriver derfor situasjonen før innføringen av fastlegeordningen. Median ventetid ble redusert fra syv dager i 1999 til tre dager i 2003. Fra 2003 til 2019 har median ventetid for time hos fastlege holdt seg relativt stabil på 2–3 dager.

Figur 7.2

Median ventetid til time 1999–2019. Alle rådata er fra SSBs levekårsundersøkelser



Kilder: Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (2023), Godager og Iversen (2016)

7.2 Økonomiske incentiver

Fastlegereformen innebar avgjørende incentivendringer for leger og kommuner, noe som resulterte i betydelige endringer i den norske allmennlegetjenesten. Ved å kombinere per capita- og stykkprisbetaling har myndighetene to separate styringsverktøy med ulike mål: Per capita-betaling oppmuntrer

leger til å ha en fast pasientliste og ansvar for langsiktig medisinsk oppfølging, mens stykkprisbetaling motiverer legene til å være tilgjengelige når pasientene trenger konsultasjon.

Fastlegereformen synliggjorde en overskuddskapasitet i allmennlegetjenesten på nasjonalt nivå. Ved utgangen av 2001 var legenes samlede tilbud av listeansvar (summen av listetakene) 4,9 millioner listeplasser (Abelsen mfl., 2021). På samme tid var folkemengden 4,5 millioner.

Kontrasten til 1990-tallets legemangel var stor. Samtidig var endringene en forventet virkning av å innføre per capita-basert betaling. Før fastlegereformen beskrev Iversen og Lurås (1998) hvordan en situasjon med mangel på leger under et eksisterende betalingssystem kan snu og bli til overskuddskapasitet under et annet betalingssystem.

Tabell 7.1

Betaling av privatpraktiserende allmennleger i år 2000

Basistilskudd	
Basistilskudd for privatpraktiserende allmennleger i kommuner med forsøk med fastlegeordning (Lillehammer, Åsnes, Trondheim, Tromsø)	Basistilskudd for privatpraktiserende allmennleger i øvrige kommuner
Basistilskudd avhenger av sammensetning og antall personer på listen.	Basistilskudd avhenger av tildelt driftstilskuddsklasse:
Betaling per person på listen	Driftstilskuddsklasse 1: 236 300
De første 500 på listen: 363	Driftstilskuddsklasse 2: 332 200
Overskytende: 261	Driftstilskuddsklasse 3: 430 600
Studenter: 217	
Tillegg over 75 år: 60	Gjennomsnittlig basistilskudd i år 2000:
Tillegg spes. allm.med.: 114	400 132 kroner
Tillegg for utekontor: 60	
Gjennomsnittlig basistilskudd i år 2000: 587 692 kroner	
Gjennomsnittlig listelengde for fastleger i forsøkskommunene var 1596 personer i 1999.	
Takster fra normaltariff	
2ad Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	110
2cd Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner. For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	75
2dd Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist i allmennmedisin	45

Kilde: (Godager mfl., 2005, s. 40)

I Tabell 7.1 og Tabell 7.2 beskriver vi utviklingen i sentrale komponenter i betalingen av privatpraktiserende allmennleger før og etter innføringen av den nasjonale fastlegeordningen i 2001. Tabell 7.1 beskriver betalingsordningen i år 2000. Vi ser at legene i forsøkskommunene hadde pasientlister og per capita betaling, mens øvrige leger mottok et fast årlig driftstilskudd på mellom 236 000 kroner per år og 430 600 kroner per år. I år 2000 utgjorde konsultasjonstaksten 2ad 110 kroner, og den såkalte «tidstaksten» 2cd utgjorde 75 kroner. I tillegg mottok leger som var spesialister i allmennmedisin taksten 2dd per konsultasjon, og dette tillegget utgjorde 45 kroner.

Tabell 7.2

Betaling av privatpraktiserende allmennleger 2001–2024. Løpende priser i kroner

			År	
	2001	2019	2020	2023
Basistilskudd				
Per capita -sats			De første 1000 på listen: 577 overskytende: 499	Pasienttilpasset basistilskudd. Gjennomsnitt per listeperson: 844
	278	499	Gjennomsnitt per liste- person: 566	
Gjennomsnittlig listelengde (4.kvartal)	1 194	1 090	1 073	1 010
Gjennomsnittlig basistilskudd	331 932	543 910	607 318	852 440
Takster fra normaltariiff				
2ad Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	110	160	160	188
2cd Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner. For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	95	211	211	249
2dd Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist i allmennmedisin	51	99	99	116

*Kilde: Godager, mfl. (2005) og Tyrihjell mfl. (2024)

Tabell 7.2 beskriver utviklingen i betalingsordningen fra 2001 til 2023. I perioden 2001–2019 var per capita-satsen den samme, uavhengig av lengde og sammensetning av pasientlista. Per capita-satsen økte fra 278 per person på listen i 2001 til 499 i 2019.

I 2001 var konsultasjonstaksten (2ad) 110 kroner, mens den såkalte «tidstaksten» (2cd) var 95 kroner. Leger med spesialisering i allmennmedisin mottok i tillegg taksten 2dd per konsultasjon, og denne taksten var på 51 kroner. I 2019 hadde konsultasjonstaksten (2ad) økt til 160 kroner, tidstaksten (2cd) var 211 kroner, og tilleggset for spesialister i allmennmedisin (2dd) var 99 kroner per konsultasjon.

7.3 Analyse av insentivvirkninger for legene

I Tabell 7.3 beskriver vi hvordan tre ulike måter å betale allmennleger på gir ulike økonomiske insentiver. Vi beskriver tre betalingsordninger: (1) stykkprisbetaling kombinert med per capita-betaling, (2) stykkprisbetaling kombinert med fast driftstilskudd og (3) fast lønn. I Tabell 7.3 skiller vi også mellom to alternative måter å øke aktiviteten i allmennpraksis. I alternativ A) økes aktiviteten ved å levere flere konsultasjoner til eksisterende pasienter. I alternativ B) økes aktiviteten ved å ta inn en ny pasient og tilby konsultasjoner til denne pasienten.

Fra og med 2023 er den gjennomsnittlige per capita-satsen 844 kroner, og denne satsen brukes i eksempelet. I betalingsordningen modellen «per capita + stykkpris» blir inntekten større ved å inkludere en ekstra listeinnbygger og gi denne tre ekstra konsultasjoner (gir 1756 kroner i økt inntekt) enn ved å gi tre ekstra konsultasjoner til eksisterende listeinnbyggere (gir 912 kroner i økt inntekt). I modellen «driftstilskudd + stykkpris» er inntektsøkningen lik enten legen velger å inkludere en ekstra listeinnbygger med tre konsultasjoner eller gir tre ekstra konsultasjoner til eksisterende pasienter; i begge tilfeller øker inntekten med 912 kroner. Med fastlønn er allmennlegens inntekt uavhengig av aktiviteten.

Tabell 7.3*Økonomiske insentiver ved tre måter å betale allmennleger*

	Betalingsordning		
	Per capita + stykkpris	Driftstilskudd + stykkpris	Fastlønn
Marginalinntekt ved å levere 3 ekstra konsultasjoner som hver utløser takstene 2ad (188 kr) og 2dd (116 kr)			
...dersom konsultasjonene leveres til pasienter legen behandler fra før:	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 0 = 0$
...dersom konsultasjonene leveres til 1 ny pasient:	$844 + 3 \times [188 + 116] = 1\,756$	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 0 = 0$

Insentivmekanismene for «per capita + stykkpris», «driftstilskudd + stykkpris» og fastlønn er beskrevet i Iversen (2016), Godager mfl. (2021) og Pedersen mfl. (2022). Egenskapene som gjengis her, og oppsummeres i Tabell 7.7, har teoretisk forankring og støtte i empirisk litteratur.

Et særtrekk ved modeller som inkluderer per capita-betaling, er at de oppmuntrer til god tilgjengelighet i form av å bli inkludert på en fastleges liste for nye pasienter. Dette skyldes at det gir større inntekt å tilby få tjenester til mange pasienter enn mange tjenester til få pasienter. Modeller med stykkpris-betaling oppmuntrer til en annen form for tilgjengelighet. Når allmennleger kompenseres med større takstinntekter for å yte flere tjenester til pasientene, oppmuntrer betalingsmåten legene til å møte pasientenes behov for tjenester idet behovene oppstår. Insentivet til tjenestetilgjengelighet skiller begge stykkprisordningene fra ordningen med fastlønn. Et annet aspekt ved «per capita + stykkpris» og «driftstilskudd + stykkpris» er at de innebærer en viss usikkerhet for legene, fordi næringsdrift gir variasjon i inntekter og kostnader. Som vist i Tabell 7.7 gir fastlønn minst usikkerhet for legene.

7.4 Analyse av insentivvirkninger for kommunene

Kommunens ansvar for å betale fastlegene basistilskudd ble videreført da fastlegeordningen ble innført. I kommuner der allmennlegetjenestene leveres av privatpraktiserende fastleger som mottar per capita-betaling, blir kommunenes utgifter til allmennlegetjenester uavhengige av antallet fastleger i kommunen. Dette skyldes at summen av basistilskuddene til fastlegene blir bestemt av folketallet og kompensert av staten gjennom inntektssystemet for kommunene. Siden øvrige deler av fastlegenes inntekter kommer fra pasientbetaling og refusjoner fra folketrygden, blir ordningen med per capita-betaling av fastlegene en betalingsmodell som er utgiftsnøytral for kommunene. Begrepet utgiftsnøytral refererer her til at kommunenes utgifter til denne tjenesten forblir konstante, uavhengig av antallet praktiserende fastleger i kommunen.

Tabell 7.4

*Legene mottar **per capita-betaling**. Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10–11*

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha rekruttert lege nr. 11	Endring ved rekruttering av lege nr. 11
Per capita betaling	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill
Utgifter til kontor mm*	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Øvrige driftsutgifter*	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Sum kommunale utgifter til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill
Kommunens inntekter fra takster	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Netto utgift til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill

* Utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter dekkes av fastlegene selv som næringsdrivende og påvirker ikke kommunen

Dersom kommunen benytter fast lønn eller fast driftstilskudd for å betale allmennlegene, blir kommunens utgifter til allmennlegetjenesten større dersom kommunen velger å ansette en ekstra lege. Kommunen må dermed balansere fordelene ved å rekruttere en ekstra allmennlege mot behovet for kutt i andre kommunale tjenester.

Med bruk av eksempler vil vi nå illustrere hvordan insentivene for kommunene påvirkes av om allmennlegene mottar fastlønn, fast driftstilskudd eller per capita-betaling. Vi illustrerer insentivforskjellene ved hjelp av eksempler der utgangspunktet er en kommune som i dag har 10 allmennleger og vurderer å rekruttere allmennlege nummer 11.

I Tabell 7.4 beskriver vi utgiftsvirkningen for en kommune som bruker per capita-tilskudd til betaling av allmennlegene. I Tabell 7.5 beskriver vi utgiftsvirkningen for en kommune som bruker fastlønn til betaling av allmennlegene. Til slutt beskriver vi i Tabell 7.6 utgiftsvirkningen for en kommune som bruker driftstilskudd til betaling av allmennlegene.

I Tabell 7.4 ser vi at dersom allmennleger betales ved bruk av en statlig fastsatt per capita-sats, kan kommunen øke tallet på fastleger uten å redusere andre kommunale tjenester.

I eksempelet vil rekruttering av allmennlege nummer 11 ikke påvirke kommunens utgifter til allmennlegetjenester.

Tabell 7.5

*Legene mottar fastlønn. Kommunen mottar takstinntektene.
Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10 til 11*

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha ansatt lege nr. 11	Endring ved ansettelse av lege nr. 11
Lønn	1,5 mill	15 mill	16,5 mill	1,5 mill
Utgifter til kontor mm.	0,25 mill	2,5 mill	2,75 mill	0,25 mill
Øvrige driftsutgifter	0,25 mill	2,5 mill	2,75 mill	0,25 mill
Sum kommunale utgifter til fastlegeordning	2,0 mill	20 mill	22 mill	2 mill
Kommunens inntekter fra takster	1,16 mill	11,6 mill.	11,6 mill	0 mill
Netto utgift til fastlegeordning	0,84 mill	8,4 mill	10,4 mill	2 mill

I Tabell 7.5 ser vi hvordan valget av fastlønn for allmennleger kan påvirke kommunens økonomi. Når kommunen bruker fastlønn som betalingsmodell, vil ansettelse av flere fastleger føre til økte utgifter til allmennlegetjenester. Med en gitt budsjettramme betyr dette nødvendigvis at kommunen må kutte ned på andre tjenester for å dekke de økte utgiftene. Dette er en viktig forskjell mellom kommuner med selvstendig næringsdrivende fastleger som mottar per capitabetaling, og kommuner der fastleger er ansatt med fastlønn. I kommuner med ansatte fastleger vil økt kapasitet for allmennlegetjenester ha en alternativkostnad – for eksempel færre lærerstillinger i skolen.

I eksempelet fører ansettelse av allmennlege nummer 11 til at lønnsutgiftene øker med 1,5 millioner kroner, mens utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter øker med 0,5 millioner kroner. Samlet øker dermed kommunens utgifter til allmennlegetjenester med 2 millioner kroner. Ettersom disse utgiftene må dekkes fra kommunens rammebevilgning, vil økningen i antall allmennleger medføre at kommunen må redusere leveransen av andre kommunale tjenester.

Tabell 7.6

Legene mottar fast driftstilskudd. Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10–11

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha rekruttert lege nr. 11	Endring ved rekruttering av lege nr. 11
Driftstilskudd	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill
Utgifter til kontor mm.	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Øvrige driftsutgifter	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Sum kommu- nale utgifter til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill
Kommunens inntekter fra takster	0	0	0	0
Netto utgift til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill

Utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter dekkes av fastlegene selv som næringsdrivende og påvirker ikke kommunen.

I Tabell 7.6 ser vi at dersom kommunens betaling av allmennleger gjøres med bruk av et fast driftstilskudd, mens legen mottar egenbetaling og refusjon fra Helfo-takster og dekker sine egne driftskostnader, vil rekruttering av flere fastleger innebære å redusere andre kommunale tjenester. Fastleger har dermed en alternativkostnad i form av for eksempel færre lærere, siden hver ny fastlege øker kommunens utgifter tilsvarende størrelsen på driftstilskuddet. I eksemplet fører rekruttering av allmennlege nummer 11 til at utgiftene øker med 0,9 millioner kroner. Ettersom kommunens utgifter til allmennlegetjenester må dekkes fra kommunens rammebevilgning, vil økningen i antall allmennleger medføre at kommunen må redusere leveransen av andre kommunale tjenester.

I Tabell 7.7 oppsummeres virkningene av de tre ulike betalingsordningene: fastlønn, kombinasjonen av driftstilskudd og stykkpris, samt kombinasjonen av per capita-betaling og stykkpris. Hver av disse modellene skaper ulike insentiver som påvirker legenes og kommunenes beslutninger:

Fastlønn gir legen stor økonomisk sikkerhet og forutsigbarhet, men skaper få insentiver til høy aktivitet eller tilgjengelighet. Siden legens inntekt er uavhengig av hvor mange pasienter som behandles, eller hvor mange tjenester som ytes, gir denne modellen ingen direkte økonomiske insentiver til å øke aktiviteten eller utvide åpningstider. For kommunene er dette ikke en utgiftsnøytral modell, da hver ny legestilling medfører direkte økte kostnader.

Tabell 7.7

Sammenlikninger av egenskaper ved tre betalingsmåter slik betalingsmåtene beskrives i internasjonal litteratur om ulike metoder for betaling av allmennleger

	Fastlønn	Driftstilskudd + stykkpris	Per capita + stykkpris
Oppmuntrer til å yte mange tjenester per pasient	Nei	Ja	Nei
Oppmuntrer til stort samlet tjenestevolum	Nei	Ja	Ja
Oppmuntrer til tilgjengelighet i form av åpningstider	Nei	Ja	Ja
Oppmuntrer til tilgjengelighet for nye pasienter i form av åpen liste	Nei	Nei	Ja
Liten grad av usikkerhet for legen knyttet til arbeidstid og inntekt	Ja	Nei	Nei
Legens inntekt er uavhengig av pasientenes tjenestebehov	Ja	Nei	Nei
Utgiftsnøytral for kommunene	Nei	Nei	Ja

Driftstilskudd + stykkpris skaper sterke insentiver for høy aktivitet per pasient og god tilgjengelighet i form av åpningstider, siden legen tjener mer ved å levere flere tjenester. Modellen oppmuntrer imidlertid ikke til å ta inn nye pasienter, fordi driftstilskuddet er fast og uavhengig av antall pasienter. Legen bærer dessuten en betydelig økonomisk usikkerhet knyttet til pasientenes tjenestebehov. Som med fastlønn er modellen ikke utgiftsnøytral for kommunene, da hver ny legehjemmel øker kommunens utgifter tilsvarende driftstilskuddet.

Per capita + stykkpris er den eneste modellen som oppmuntrer til tilgjengelighet for nye pasienter gjennom åpne lister, fordi inntekten øker med antall pasienter på listen. Den stimulerer også til høyt samlet tjenestevolum og god tilgjengelighet i form av åpningstider, men ikke til å yte unødvendig mange tjenester per pasient. Som med driftstilskuddsmodellen bærer legen økonomisk usikkerhet knyttet til variasjon i tjenestebehov. Det som er unikt med denne modellen, er at den er utgiftsnøytral for kommunene: Kommunens utgifter bestemmes av innbyggertallet, ikke av antall fastleger.

Hovedmodellen i fastlegeordningen med per capita + stykkpris representerer dermed en balanse mellom legens insentiver til aktivitet og kommunens behov for utgiftskontroll. Samtidig oppmuntrer den til god tilgjengelighet for innbyggerne.

I Tabell 7.8 beskrives hvordan allmennleger betales i 24 europeiske land.¹ Vi ser at Norge, sammen med 7 andre land, har restriksjoner på å etablere seg i allmennpraksis. Dette innebærer reguleringer som begrenser hvor og hvordan leger kan etablere seg som allmennlege, for eksempel gjennom krav om avtale med kommune eller helsemyndigheter.

1 Vi merker oss at kildeinformasjonen er av eldre dato. I skrivende stund har OECD ikke publisert rapportene som presenterer resultatene fra spørreundersøkelsene om betaling og organisering som de gjennomførte i 2023.

Tabell 7.8*Betaling av allmennleger i Europa*

Land	Vanligste praksistype	Dominerende betalingsmåte	Etablerings-restriksjoner?
Belgia	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Danmark	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja
Finland	Offentlige legesentre	Lønn/Per Capita/Stykkprisbetaling	Nei
Frankrike	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Hellas	Privat praksis	Lønn	Nei
Island	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Irland	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Italia	Offentlige legesentre	Per Capita	Ja
Luxembourg	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Nederland	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Nei
Norge	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja
Polen	Privat praksis	Per Capita	Nei
Portugal	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Slovakia	Privat praksis	Per Capita	Nei
Spain	Offentlige legesentre	Lønn/Per Capita	Nei
Storbritannia	Privat praksis	Lønn/Per Capita/Stykkprisbetaling	Nei
Sverige	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Sveits	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Ja
Tsjekkia	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Nei
Tyskland	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Ja
Tyrkia	Offentlige legesentre	Stykkprisbetaling/Lønn	Ja
Ungarn	Privat praksis	Per Capita	Ja
Østerrike	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja

Kilde: Iversen (2016); Paris mfl. (2010)

Vi ser at privat praksis er den vanligste praksisformen i Norge og 16 andre land. Offentlig legesentre er den vanligste praksisformen i syv av landene. Når det gjelder avlønning, ser vi at det i ni av landene (inkludert Norge) er vanligst med en kombinasjon av ulike betalingsmåter til allmennleger. I syv av landene er den vanligste betalingsformen ren stykkprisbetaling, mens det i fire av landene brukes ren per capita-betaling til avlønning av hoveddelen

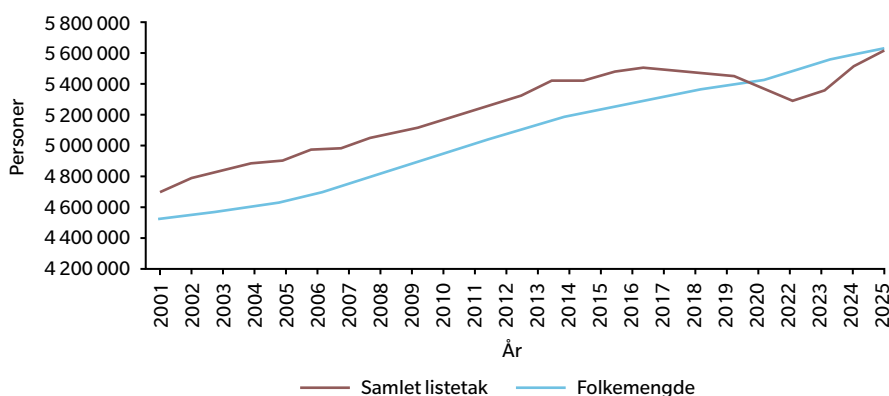
av allmennlegene. Tilsvarende ser vi at det i fire av landene brukes lønn til avlønning av hoveddelen av allmennlegene.

7.5 Kapasitetsproblemer og endringer i betalingen av fastlegene

I årene etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 var det overskuddskapasitet i allmennlegetjenesten, og det samlede tilbudet av listeplasser oversteg etterspørselen. Mange fastleger hadde åpne lister. I Figur 7.3 beskrives utviklingen av folkemengde og samlet listetak i fastlegeordningen 2001–2025.

Figur 7.3

Utviklingen av folkemengde og samlet listetak i fastlegeordningen 2001–2025



Kilde: Helsedirektoratet

Samlet listetak kan ses på som den tilbudte kapasiteten i fastlegeordningen, mens folkemengden er et godt mål på etterspørselen etter plass på fastlegeliste. De første årene etter fastlegereformen vokste kapasiteten i fastlegeordningen i takt med folkemengden. Deretter bremsset veksten, og i perioden 2016–2020 ble overskuddskapasiteten gradvis redusert. Som illustrert i Figur 7.3 vokste

det samlede listetaket frem til 2017. Etter dette avtok kapasiteten, samtidig som befolkningen fortsatte å øke. Dette resulterte til slutt i at den totale kapasiteten på nasjonalt nivå ble lavere enn antall innbyggere.

Flere faktorer kan ha bidratt til denne utviklingen. Eksempler på foreslåtte årsaker er økt arbeidsmengde per pasient, strengere krav til fastlegene i forbindelse med forskriftsendringer i 2012, endrede preferanser blant nyutdannede leger og en aldrende pasientpopulasjon med mer komplekse helseproblemer.

Konsekvensene av kapasitetsproblemene ble betydelige. I fjerde kvartal 2023 var mer enn 214 000 innbyggere plassert på fastlegelister som manglet fast lege. Ved utgangen av 2023 stod over 350 000 innbyggere på venteliste for å bytte fastlege, og om lag 45 % av innbyggerne i Norge bodde i en kommune der ingen fastleger hadde åpen liste (Tyrihjel mfl., 2024).

Innføring av knekkpunkt

Som et tiltak for å møte de økende kapasitetsutfordringene lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. På samme tid ble det innført et såkalt «knekkpunkt» i basistilskuddet. Knekkpunkt i basistilskuddet innebar at per capita-satsen ble differensiert etter listestørrelse: en høyere sats (577 kroner per person) for de første 1000 personene på listen og en lavere sats (499 kroner per person) for de påfølgende pasientene. Formålet med tiltaket var å gi fastlegene økonomiske insentiver til å redusere sine listelengder og dermed få mer tid til hver pasient.

Imidlertid fungerte ordningen med knekkpunkt også som en form for «omvendt overtidsbetaling», der marginalbetaling for listeansvar var lavere for fastleger med lange lister enn for fastleger med korte lister. Dette var motsatt av tradisjonelle overtidsordninger i arbeidslivet, der mer arbeid belønnes med høyere timebetaling. Effekten av knekkpunktmodellen på rekruttering til fastlegeyrket er vanskelig å isolere, men samlet listetak fortsatte å falle. Etter innføringen av knekkpunktmodellen fulgte en periode med rask nedgang i kapasiteten i fastlegeordningen (Figur 7.3).

Hurtigarbeidende ekspertutvalg

Kapasitetsproblemene i fastlegeordningen krevde ytterligere tiltak. I 2022 nedsatte regjeringen et hurtigarbeidende ekspertutvalg for allmennlegetjenesten.

Formålet med utvalget var å gi konkrete forslag til tiltak for at innbyggere skulle få en fastlege å gå til, og for å gjøre ordningen bærekraftig over tid. Ekspertutvalget fikk et bredt mandat som omfattet både organisering og finansiering av fastlegeordningen. Utvalget skulle også vurdere om det var oppgaver som kunne løses av annet personell under ledelse av fastlegen, eller om det var oppgaver som kunne flyttes ut av ordningen.

Økninger i basistilskudd og innføring av risikojustering

I samsvar med ekspertutvalgets anbefalinger kom vesentlige endringer i basistilskuddene allerede fra mai 2023. Knekkpunktmodellen ble avskaffet og erstattet med et *pasienttilpasset basistilskudd*. Det pasienttilpassede basistilskuddet representerte en betydelig endring i beregningene av basistilskuddene i fastlegeordningens hovedmodell for betaling av fastlegene. Mens basistilskuddet tidligere var likt per innbygger uavhengig av innbyggernes karakteristika, er pasienttilpasset basistilskudd *risikojustert*. Det vil si at beregningen av basistilskuddene tar hensyn til to sentrale faktorer:

- Forventet tjenestebehov blant innbyggerne på fastlegens liste,
- Geografiske forhold knyttet til innbyggernes bosted

Begrepet risikojustering benyttes om egenskaper ved forsikringsavtaler og betalingsavtaler, og risikojustering på helseområdet handler om å utforme avtaler som tar hensyn til at sykdomsrisiko og tjenestebehov varierer mellom ulike befolkningsgrupper.

En persons framtidige behov for fastlegetjenester er usikkert, og det er derfor vanskelig å forutsi tjenestebehov og kostnader på forhånd. Siden fastleger har et sørge-for-ansvar for egne listeinnbyggere, innebærer usikkerhet om pasienters tjenestebehov at usikkerhet om kostnader (i form av fastlegers arbeidstid) overføres til pasientenes fastlege via sørge-for-ansvaret.

I forbindelse med innføringen av det pasienttilpassede basistilskuddet ble det også gjennomført en vesentlig økning i de samlede bevilgningene til fastlegenes basistilskudd. Ifølge Tyrihjem mfl. (2024) økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 % i 2023. Økningen var differensiert geografisk, med størst økning i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå, hvor basistilskudd per innbygger økte med hele 52 %. I sentrale kommuner

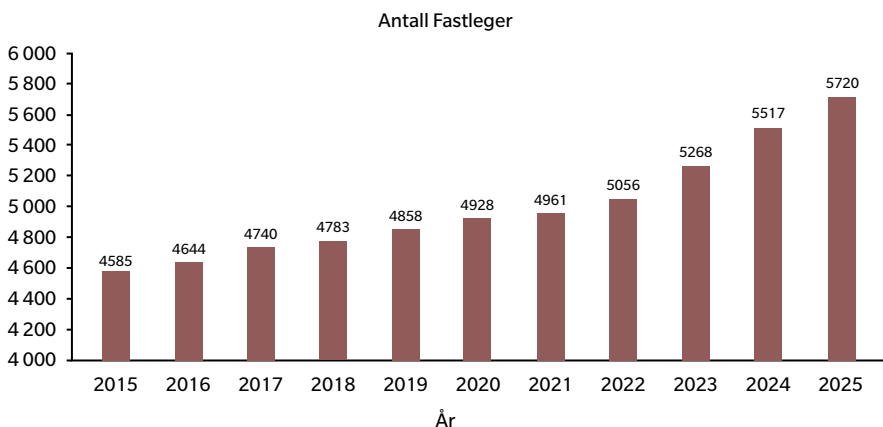
med høyt utdanningsnivå var økningen mindre, men fortsatt betydelig med 23 %.

Det gjennomsnittlige basistilskuddet per listeperson økte fra 566 kroner i 2020 til 844 kroner i 2023. For en fastlege med 1000 pasienter på listen innebar dette en økning i årlig basistilskudd fra om lag 566 000 kroner til 844 000 kroner, en økning på 278 000 kroner.

Etter innføringen av større basistilskudd med risikojustering begynte kapasiteten å vokse igjen. For første gang siden 2017 økte samlet listetak i 2023, og økningen i listetak i løpet av 2023 på mer enn 64 tusen listeplasser var den største siden 2014 (Tyrihjell mfl., 2024). Kapasitetsøkningen som kom i løpet av 2024 skulle vise seg å bli vesentlig større. I 2024 økte kapasiteten i fastlegeordningen med mer enn 152 tusen listeplasser (Tyrihjell mfl., 2024). I Figur 7.4 ser vi at veksten i antall fastleger tiltok fra og med 2023. Antallet fastleger har vanligvis økt med 1–2 % per år. Til sammenlikning var den relative økningen 4,2 % i 2023, 4,7 % i 2024 og 3,6 % i 2025. I henhold til Helsedirektoratets fastlegestatistikk var antall innbyggere plassert på fastlegelister uten fast lege redusert til 118 000 ved utgangen av 2025.

Figur 7.4

Antall fastleger per 31.12. for årene 2015–2025



Kilde: Helsedirektoratet

7.6 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Portvaktordningen, også kjent som portnerordning, er en viktig del av helsevesenet i mange land, inkludert Norge. I Norge trenger pasienter henvisning fra fastlegen for å få tilgang til offentlig finansiert behandling i spesialisthelsetjenesten. I en tid hvor pasientrettigheter og valgfrihet ofte blir vektlagt, kan det argumenteres for at en portvaktordning fremstår som utdatert, og at det er mer naturlig at pasientene selv avgjør når de har behov for spesialisthelsetjenester. Men er det så enkelt? I det følgende vil vi presentere noen eksempler som viser hvordan portvaktordningen faktisk kan ha betydelige fordeler.

Allmennleger, med sin medisinske utdanning, er i stand til å gjøre mer presise diagnostiske vurderinger enn personer uten denne faglige bakgrunnen. Dette gjør dem godt kvalifisert til å vurdere hvilket behandlingsnivå som er mest egnet for pasienten – om behandlingen bør fortsette i primærhelsetjenesten eller om det er behov for spesialisthelsetjeneste. Videre har allmennlegene kompetanse til å identifisere hvilken type spesialist som vil være mest passende for pasientens spesifikke helseproblemer. Dersom en pasient selv søker deler av spesialisthelsetjenesten som ikke er relevant for det aktuelle helseproblemet, kan det føre til forsinkelser i igangsettingen av adekvat behandling og øke kostnadene for samfunnet. Dermed kan portvaktordningen forbedre samfunnsøkonomisk effektivitet og sikre høyere kvalitet på helsetjenestene.

Diagnostisk presisjon og henvisningsrater

Et sentralt begrep for å forstå portvaktfunksjonen er «diagnostisk presisjon». Begrepet defineres av to komponenter:

- **Sensitivitet:** Sannsynligheten for at en person med behandlingsbehov blir vurdert til å ha dette behovet.
- **Spesifisitet:** Sannsynligheten for at en person uten behandlingsbehov blir vurdert til ikke å ha dette behovet.

Begge disse egenskapene påvirker henvisningsraten, som kan uttrykkes som:

$$r = ps_1 + (1-p)(1-s_2), \text{ der:}$$

- r er henvisningsraten
- p er prevalens (forekomst av behandlingsbehov)
- s_1 er sensitivitet
- s_2 er spesifisitet

Uttrykket viser at henvisningsraten kan være høy av tre ulike årsaker:

1. Høy prevalens, p .
2. Høy sensitivitet, s_1 .
3. Lav spesifisitet, s_2 .

Høy sensitivitet betyr at få pasienter opplever feilvurderinger der pasienter med reelt behandlingsbehov ikke blir henvist. Lav spesifisitet, derimot, innebærer at det blir mange unødvendige henvisninger. Siden henvisningsrater påvirkes av tre ulike faktorer, bør man være forsiktig med å bruke henvisninger som et mål for kvaliteten i primærhelsetjenesten.

Utfall ved portvaktbeslutninger

Når en henvisningsvurdering gjennomføres, kan resultatet bli ett av følgende utfall:

1. Sann positiv (A): Pasienten har behandlingsbehov og blir henvist.
2. Falsk positiv (B): Pasienten har ikke behandlingsbehov, men blir henvist.
3. Sann negativ (C): Pasienten har ikke behandlingsbehov og blir ikke henvist.
4. Falsk negativ (D): Pasienten har behandlingsbehov, men blir ikke henvist.

Hvert av de fire utfallene resulterer i et velferdsnivå for samfunnet. Korrekte beslutninger (A og C) gir større velferd enn ukorrekte beslutninger (B og D). Når det foreligger et behandlingsbehov er det ønskelig med organisering av helsetjenesten som øker sannsynligheten for utfall A der pasienter med behandlingsbehov får nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten, og reduserer sannsynligheten for utfall D. Når det *ikke* foreligger et behandlings-

behov er det ønskelig med organisering av helsetjenesten som øker sjansen for utfallet C, og reduserer sannsynligheten for utfallet B med unødvendige spesialisthelsetjenestebehandlinger.

Portvaktordninger kan altså begrunnes med at de bidrar til mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved en portvaktordning kommer fra økt sannsynlighet for korrekte vurderinger om hensiktsmessigheten av bruk av spesialisthelsetjenester når vurderingen gjøres av en allmennlege, sammenliknet med pasientens egenvurdering. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er ordninger med allmennlegen som portvakt til spesialisthelsetjenesten mer fordelaktige for samfunnet når:

- Kostnaden ved å gjennomføre henvisningsvurderinger er lavere.
- Fastleger har bedre diagnostisk presisjon enn sine pasienter.
- Velferdsgevinsten ved levering av nødvendige spesialisthelsetjenester er større.
- Kostnadene ved unødvendige henvisninger er større.

Det finnes også situasjoner hvor det kan være fordelaktig for samfunnet å ikke ha en portvaktordning. For eksempel er det ikke krav om henvisning for akutt behandling av livstruende traumer. I slike tilfeller er kostnaden ved å gjennomføre en henvisningsvurdering høy på grunn av forsinkelsene det medfører i behandlingen. Dessuten er pasienten selv ofte i stand til presist å vurdere behovet for spesialisthelsetjenester i akutte situasjoner.

Den diagnostiske presisjonen til leger antas også å være påvirkbar. Faktorer som antas å påvirke allmennlegenes diagnostiske presisjon, er tilgang til diagnostisk utstyr, legens kompetanse og erfaring, og kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Kontinuitet i lege-pasient-forholdet varierer geografisk, noe som kan bidra til geografisk variasjon i henvisningsrater.

Portvaktordninger i ulike land

Det er stor variasjon i hvordan portvaktordninger praktiseres i ulike land. Enkelte land har ingen portvaktordning. I disse landene kan pasientene oppsøke spesialister på eget initiativ. Andre land har ordninger der pasienter kan få redusert sin egenbetaling ved å skaffe seg henvisning. Norge og flere

andre land har streng portvaktordning der henvisning kreves for å motta elektive spesialisthelsetjenester.

I Europa har land som Norge, Nederland, Italia, Spania og England portvaktordninger der henvisning kreves i de fleste tilfeller. Land som Østerrike, Tyskland og Island har ikke portvaktordning, mens Danmark, Belgia, Frankrike og Sveits har systemer med redusert egenbetaling ved henvisning.

Tabell 7.9

Land med og uten krav til henvisning

Primærlegens portnerrolle	Land
Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Finland, Italia, Nederland, Norge, Spania, Storbritannia
Ingen portnerrolle	Østerrike, Tyskland, Island, Sverige
Redusert egenbetaling med henvisning	Belgia, Danmark, Frankrike, Sveits

Kilde: Godager og Iversen (2017)

7.7 Oppsummering

Allmennlegetjenestene, med fastlegeordningen som bærebjelke, spiller en avgjørende rolle i det norske helsevesenet. Da fastlegeordningen ble innført i 2001, representerte den et paradigmeskifte i organiseringen og finansieringen av primærhelsetjenesten. Overgangen fra faste driftstilskudd til per capita-betaling kombinert med stykkprisbetaling endret insentivstrukturen for både leger og kommuner. Dette bidro raskt til å snu situasjonen fra *legemangel* til *pasientmangel*.

De økonomiske insentivene har vist seg å være kraftfulle styringsverktøy. Per capita-betalingen motiverer fastlegene til å ta listeansvar for flere pasienter, mens stykkprisbetalingen gir insentiver for aktivitet og tilgjengelighet. Kombinasjonen gjør det mulig med lavere stykkpriser enn det som ville vært mulig dersom legene bare mottok stykkprisbetaling. For kommunene medførte fastlegeordningen at utgiftene til allmennlegetjenesten ble uavhengig av

tallet på allmennleger i kommunen. Dette gjorde det mer attraktivt å opprette nye fastlegestillinger. Samspillet mellom disse faktorene bidro til reduserte ventetider og bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

Etter hvert oppstod kapasitetsutfordringer og ny *legemangel*. Svaret på dette var å øke fastlegenes basistilskudd og å innføre et pasienttilpasset basistilskudd som innebar risikojustering fra 2023. Etter disse tiltakene har kapasitetsutviklingen snudd. Tallet på fastleger har økt sterkt i årene 2023–2025, og det har bidratt til at kapasiteten i fastlegeordningen, målt ved samlet listetak, har økt betydelig.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 7

1. Sammenlign effektene av per capita-betaling versus stykkprisbetaling for legenes atferd, og forklar hvorfor kombinasjonen av disse to betalingsformene ble valgt i den norske fastlegeordningen.
2. Beskriv kapasitetsutviklingen i fastlegeordningen fra 2001–2024 ved hjelp av figur 7.3. Hvilke faktorer bidro til overgangen fra overskuddskapasitet til kapasitetsmangel, og hvordan forsøkte myndighetene å løse problemene?
3. Forklar begrepene sensitivitet og spesifisitet, og analyser hvordan disse påvirker henvisningsraten. Diskuter de fire mulige utfallene ved portvaktbeslutninger og deres samfunnsøkonomiske konsekvenser.
4. Sammenlign de økonomiske konsekvensene for kommunene ved bruk av henholdsvis per capita-betaling, fastlønn og driftstilskudd til allmennlegene (tabellene 7.4–7.6). Hvorfor er per capita-modellen «utgiftsnøytral» for kommunene?
5. Evaluer innføringen av «knekkpunkt» i basistilskuddet i 2020 og de senere endringene med pasienttilpasset basistilskudd fra 2023. Hvilke effekter hadde disse tiltakene på kapasiteten i fastlegeordningen?
6. Diskuter fordeler og ulemper ved portvaktordningen sammenlignet med systemer uten henvisningskrav. Under hvilke omstendigheter kan det være samfunnsøkonomisk fordelaktig å ikke ha en portvaktordning?
7. Større oppgave: Kvantitativ analyse av kommuneøkonomi ved rekruttering av fastleger.

En gruppe kommuner i Yttersida fylke ønsker å øke antallet fastleger i sine respektive kommuner. De ønsker å analysere konsekvensene for kommunenes økonomi ved rekruttering av en ekstra fastlege.

Det er fire kommunetyper i Yttersida fylke (Tabell 7.10):

- To kommunestørrelser: småkommuner (6000 innbyggere, 5 fastleger) og mellomstore kommuner (12000 innbyggere, 10 fastleger)

- To ulike betalingsmodeller benyttes: ansatte fastleger (fastlønn) eller næringsdrivende fastleger (per capita + stykkpris)

Kommuner med næringsdrivende fastleger:

- Per capita -sats: 900 kroner per pasient per år
- Takstinntekter fra normaltariffen: 968 kroner per innbygger i gjennomsnitt
- Driftsutgifter: 500 000 kroner per lege per år (dekkes av fastlegene selv)

Kommuner med ansatte fastleger:

- Lønn: 1 500 000 kroner per lege per år
- Takstinntekter beholdes av kommunen: 968 kroner per innbygger
- Driftsutgifter: 500 000 kroner per lege per år (dekkes av kommunen)

For hver av kommunetypene A, B, C og D (se Tabell 7.10), regn ut:

- Kommunenets netto utgifter til fastlegeordningen med nåværende antall leger
- Gjennomsnittslagens inntekt med nåværende bemanning
- Kommunenets netto utgifter til fastlegeordningen etter rekruttering av én ekstra fastlege
- Gjennomsnittslagens inntekt etter rekruttering av én ekstra fastlege
- Endringen i kommunenets netto utgifter som følge av rekrutteringen
- Endringen i gjennomsnittslagens inntekt som følge av rekrutteringen

Tabell 7.10

To betalingsmåter og to kommunestørrelser gir fire forskjellige kommunetyper

	Mellomstore kommuner: 12 000 innbyggere og 10 fastleger	Småkommuner: 6 000 innbyggere og 5 fastleger
Ansatte fastleger med fast lønn	Kommunetype A	Kommunetype C
Næringsdrivende fastleger	Kommunetype B	Kommunetype D

Bruk Excel eller tilsvarende verktøy for beregningene, og sett opp resultatene i en samlet tabell.