

Driftsformer i fastlege i kommuner med under

■ BIRGIT ABELSEN • MARGRETE GASKI • HELEN BRANDSTORP • NSDM, Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Hvordan varierer driftsformene i fastlegeordningen (FLO) med kommunens befolkningsstørrelse og sentralitet? Dette var et av spørsmålene Nasjonalt senter for distriktsmedisin stilte i sin deskriptive kartlegging av hvordan fastlegeordningen fungerer i distriktskommuner (1).

Hovedskillet i driftsformer i FLO går mellom avtaler basert på privat næringsdrift og avtaler basert på fast lønn. Privat næringsdrift omtales som hovedmodellen for drift i FLO (jfr. fastlegeforskriften og annet sentralt avtaleverk). Fastlegeavtaler som ikke er i henhold til hovedmodellen, kan være en indikasjon på at kommunen har utfordringer med å rekruttere og stabilisere leger til FLO med de vilkår hovedmodellen stiller. Avtaler som avviker fra hovedmodellen vil i mange tilfeller innebære økte kostnader for kommunen. I et slikt perspektiv finner vi det interessant å kartlegge hvilke ulike driftsformer som praktiseres. Vi har imidlertid ikke undersøkt hvilke typer gevinster kommunene får eller ønsker å realisere ved å inngå de ulike avtaletypene.

Datamateriale og metoder

Spørsmålet besvares med data fra en spørreundersøkelse rettet mot kommuner med under 20 000 innbyggere som kartla driftsformer i kommunenes fastlegeavtaler pr. 1.1.2015. Undersøkelsen omfatter svar fra 359 av de 374 kommunene i landet med under 20 000 innbyggere (96 prosent) og anses med dette å gi et representativt øyeblikksbilde.

I mangel av noen spesifikk definisjon på hva distriktene er, har vi satt grensen for inklusjon i denne studien ved kommuner med 20 000 innbyggere. Denne avgrensningen inkluderer alle såkalte distrikts-



ILLUSTRASJON: COLLOURBOX

kommuner, men samtidig også en del såkalte sentrale kommuner. Sentralitet handler i denne sammenhengen om avstand til tettsted av en viss befolkningsstørrelse og omfanget av funksjoner og tjenester tettstedet har å by på (for eksempel sykehus og utdanningstilbud). I sentrale kommuner er det under 75 minutters reisetid til et tettsted med over 50 000 innbyggere og et bredt spekter av funksjoner og tjenester, mens de minst sentrale kommunene har mer enn 45 minutters reisetid til et tettsted med mer enn 5000 innbyggere og få funksjoner og tjenester.

Pr. 1.1.2015 var det 1911 fastlegehjemler/stillinger i kommunene som deltok i vår undersøkelse. Dette tilsvarte 41,6 prosent

av alle fastlegelister i Norge¹ (4). Vi har analysert spørsmålet om driftsform ved hjelp av et kakediagram og krysstabeller. Videre har vi brukt kji-kvadrat test for å finne ut om det er statistisk signifikant sammenheng mellom driftsform og henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Gamma er beregnet som et mål på styrken i disse sammenhengene. Gamma-verdiene er i neste omgang sammenliknet for å avgjøre hva som i sterkest grad påvirker driftsform; – kommunestørrelse eller sentralitet.

Før vi presenterer resultatene våre, vil vi gi en del bakgrunnsinformasjon om de mulige driftsformene i FLO.

¹ Pr. 31.12.2014

ordningen

20 000 innbyggere

Privat næringsdrift

Hovedmodellen

Hovedmodellen i FLO innebærer at fastlegen inngår en individuell avtale med kommunen om privat næringsdrift for å ivareta individrettet kurativt legearbeid for en definert listepopulasjon, kombinert med en kommunal deltidsstilling på inntil 7,5 timer for å gjøre andre allmennlegeoppgaver. Andre allmennlegeoppgaver kan omfatte allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver.

Kommunen står fritt til å vurdere hvor stort omfang andre allmennlegeoppgaver skal ha. Befolkningssammensetningen legger visse rammer for innsatsen, men fordi det ikke stilles noe minstekrav til tjenestens innhold og omfang, er den kommunale variasjonen stor (2). En utvalgsundersøkelse blant fastleger gjennomført av Godager og Lurås (2), viste at 90 prosent av fastlegene deltok i det forfatterne omtaler som offentlig legearbeid i 2002. De arbeidet i gjennomsnitt 5,5 timer pr. uke for kommunen, men variasjonen i arbeidstid var stor. Blant fastlegene i undersøkelsen, var det 17,3 prosent som hadde en kommunal deltidsstilling på mer enn 7,5 timer pr. uke.

Kommunen kan kreve at legen setter listetaket til minimum 1500 innbyggere for fulltidspraksis og minimum 500 innbyggere for deltidspraksis. Fastlegene kan kreve kortere liste for å gjøre andre allmennlegeoppgaver for kommunen og har rett til listereduksjon i enkelte andre tilfeller.

En fastlege som driver etter hovedmodellen, får sin inntekt fra et årlig basistilskudd (per capita-tilskudd) som kommunene betaler pr. innbygger på legens liste, fra statlige trygderefusjoner, fra pasienters egenandeler og fra den eventuelle kommunale deltidsstillingen. For den kommunale deltidsstillingen får fastlegen praksiskompensasjon for hver time de er fraværende fra egen praksis for å ivareta andre allmennlegeoppgaver. De får i tillegg fast lønn for de timene de jobber. De kan alternativt få honorar for den kommunale deltidsstillingen. Honorar for legevakt kommer i tillegg.

Varianter av næringsdrift

Det er mulig for kommunen å inngå avtale med næringsdrivende fastleger om andre allmennlegeoppgaver i kommunen ut over 7,5 timer.

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for 1200 personer og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er dermed et likt beløp for alle fastleger i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

I en del kommuner foregår det et praktisk/økonomisk samarbeid om næringsdriftsavtalene ved at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell mot at fastlegene betaler et månedlig eller årlig beløp for dette. I enkelte kommuner praktiseres eksempelvis en såkalt «null-løsning» hvor de næringsdrivende fastlegene «betaler» for lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og hjelpepersonell ved å gi avkall på basistilskuddet og eventuelt også utjamningstilskuddet. I realiteten innebærer disse ordningene en subsidiering av legenes praksis fra kommunenes side, selv om bestemmelsene i sentrale avtaler tilsier at legen skal betale kostnadene fullt ut (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer²).

Omfanget av de ulike variantene av næringsdriftsavtaler har man lite systematisert kunnskap om. I en utvalgsundersøkelse som ble gjennomført av Halvorsen og medarbeidere i 2009 blant alle landets fastleger (3), svarte 75 prosent av respondentene at de drev ren privat næringsdrift (hovedmodellen), mens 18 prosent drev privat næringsdrift med en kommunal leieavtale (for lokaler, utstyr og/eller personell). De resterende hadde en form for fastlønsavtale. Om lag 40 prosent av landets fastleger deltok i undersøkelsen.

Kommunalt tilsatt

Kommunen og fastlegen kan avtale at fastlegen skal ansettes i kommunen og få fast lønn. En fastlønsstilling omfatter vanligvis både listetilknyttet, individrettet kurativt legearbeid og andre allmennlegeoppgaver. Kommunen bestemmer i hovedsak innholdet i fastlønsstillingen, herunder hvor mye av fastlegens arbeidstid som skal gå med til å gjøre andre allmennlegeoppgaver.

Den fastlønnede legen får sin inntekt fra kommunen. Trygderefusjoner og egenandeler for pasientbehandling som den fastlønnede legen utfører, betales til kommunen. Honorar for erklæringer som pasienten selv ber om, eller som utarbeides for trygdeetaten, forsikringsselskaper, politiet mv. og gjøres i den kommunale arbeidstiden, skal også tilfalle kommunen.

I henhold til sentralt avtaleverk skal lønnsnivået til fastleger på fastlønn fastsettes lokalt i den enkelte kommune. Lønnen reguleres da ved årlige lokale lønnsforhandlinger hvor det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet og kommunens totale situasjon. Det kan avtales både generelle og individuelle tillegg. Ved lønnsfastsettelsen skal det bl.a. tas hensyn til stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, innsats, resultatoppnåelse og kommunens behov for å rekruttere og beholde arbeidstakere.

Varianter av fastlønn

I enkelte kommuner praktiseres en bonusordning ved at fastlønnede fastleger får hele eller deler av trygderefusjoner og pasientbetalinger fra eget arbeid med egne listeinnbyggere. Hovedtariffavtalen (kap. 3.6) åpner for slike bonusordninger som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

KS har erfart at en del kommuner inngår avtaler med fastleger på fast lønn som avviker fra sentralt avtaleverk (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommenta-

¹ http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/tariff-lov-og-avtaleverk/internetinfo_220216.pdf
Lastet ned 04.08.2016.

rer²). Disse handler for eksempel om at tilsetningsavtalene har klausuler om lønnsregulering knyttet til endringer i normaltariffen for leger, 44 ukers årsverk som om legen var selvstendig næringsdrivende og omfattende permisjonsrettigheter som for eksempel «Nord-Norge-vilkår».

Styringsdata for FLO viser at 4,4 prosent av landets fastlegepraksiser hadde fastlønn ved utgangen av 2014 (4). Men omfanget av de ulike variantene av fastlønsavtaler har man ikke særlig mye systematisert kunnskap om. Helseinspektorens oversikt viser en jevn nedgang i andel fastlegepraksiser med fastlønn, fra 10,5 prosent ved utgangen av 2001 (2). Halvorsen og medarbeideres utvalgsundersøkelse på nasjonalt nivå blant landets fastleger (3) som også er referert over (kap. 1.3.1), viste at 4 prosent hadde fast lønn med bonusordning (tillegg), mens 3 prosent kun hadde fast lønn. Resultatene fra de nevnte studiene spriker altså i sine beskrivelser av andelen fastlegepraksiser med fastlønn.

Resultater

I fortsettelsen konsentrerer vi oss om våre resultater. I figuren og de to tabellene skiller vi mellom følgende driftsformer:

- **PRIVATPRAKSIS I:** Hovedmodellen (legen holder selv lokaler, utstyr og hjelpepersonell) kombinert med kommunal fastlønsstilling inntil 7,5 timer pr. uke.
- **PRIVATPRAKSIS II:** Hovedmodellen kombinert med fastlønsstilling utover 7,5 timer pr. uke.
- **PRIVATPRAKSIS III:** Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med

kommunal fastlønsstilling inntil 7,5 timer pr. uke.

- **PRIVATPRAKSIS IV:** Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønsstilling utover 7,5 timer pr. uke.
- **FAST LØNN MED TILLEGG:** Tillegget utgjør en viss andel av egeninntjent pasientbetaling og/eller HELFO-refusjon.
- **FAST LØNN**

Under halvparten av fastlegeavtalene basert på hovedmodellen

Figuren viser hvordan de 1911 fastlegehjemlene/-stillingene som inngikk i vår undersøkelse, var fordelt på ulike driftsformer. Majoriteten var basert på privat næringsdrift (78,7 prosent). Men under halvparten (44,8 prosent) var i henhold til hovedmodellen i FLO med ren privat næringsdrift (Privatpraksis I eller II), mens en tredel (33,9 prosent) var private næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (Privatpraksis III eller IV). En av fem (20,1 prosent) hadde en driftsform basert på fast lønn.

Figuren viser at en del fastleger (17,3 prosent) hadde private næringsdriftavtaler med kommunale fastlønsstillinger på mer enn 7,5 timer pr. uke. Andelen med slike avtaler i vår undersøkelse, var nøyaktig lik den Godager og Lurås fant i sin undersøkelse fra 2002 (2). Andelen med fastlønsstillinger på mer enn 7,5 timer pr. uke, var høyere blant næringsdrivende fastleger med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (10 prosent), enn blant de med en ren privat næringsdriftsavtale (7,3 prosent).

For 22 (35,5 prosent) av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledig, var det ikke spesifisert noen driftsform. Det ble for noen av disse oppgitt at driftsformen var fleksibel og kunne tilpasses preferansene til en ny fastlege.

Våre data viser at i drøyt halvparten av kommunene (54,5 prosent) hadde alle fastlegene samme driftsform, mens det i resten av kommunene (45,5 prosent) var ulike driftsformer blant fastlegene.

Driftsform sterkere assosiert med kommunestørrelse enn med sentralitet

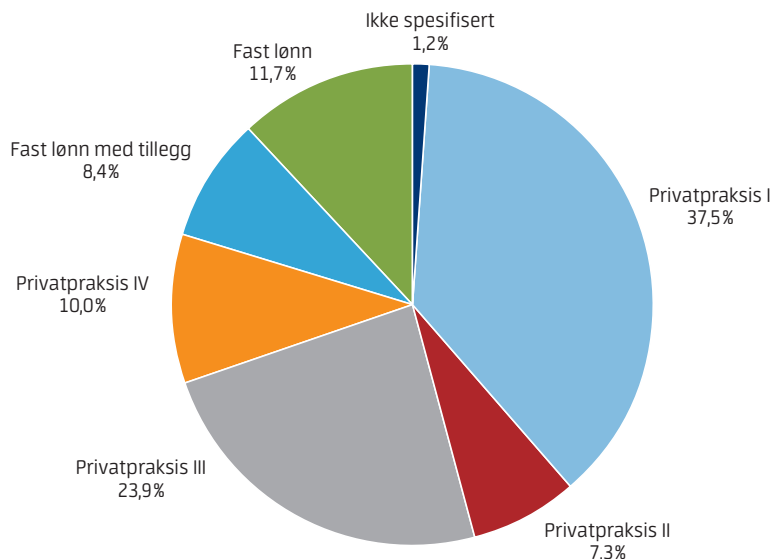
Tabell 1 viser at driftsform varierte signifikant med innbyggertallet i kommunen. Tabellen viser at andelen av legenes inntekt som er aktivitetsbasert øker med økt kommunestørrelse. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i de minste kommunene, med under 2000 innbyggere (69,2 prosent), mens privat næringsdrift i henhold til hovedmodellen var mest vanlig i de største kommunene (66,1 prosent), med over 10 000 innbyggere.

Tabell 2 viser hvordan driftsform varierende signifikant med kommunens sentralitet. Jo mer sentral kommune, jo større var innslaget av privat næringsdrift. Jo mindre sentral kommune, jo større var innslaget av driftsmodeller basert på fast lønn.

Kommunestørrelse var i større grad enn sentralitet assosiert med driftsform³. Dette har trolig i første rekke sammenheng med at de økonomiske insentivene i næringsdriftsavtaler er dårlig tilpasset kommuner med lavt innbyggertall.

Det er med andre ord ikke overraskende at vi finner et stort innslag av avtaler basert på fast lønn i de minste kommunene. Dette har sammenheng med at det kan være vanskelig å organisere legetjenesten med lange nok lister for et rimelig økonomisk utkomme for fastleger med privat næringsdrift i små kommuner. Spesielt kan store avstander til andre tjenesteytere bidra til at fastlegene i større grad må håndtere oppgaver som ikke er dekket av Normaltariffen da de ikke er vanlig fastlegeoppgaver (f.eks. medikamentsalg på stedet uten apotek). En legevaktordning der vaktene deles på flere leger for at den skal fremstå som en akseptabel ordning, kan også øke antall leger som skal dele på det samlede basistilskuddet. Det er altså disse spesielle arbeidsbetingelsene (høy) fast lønn kompenseres for. Sammenlignet med privat næringsdrift innebærer fast lønn trolig som regel kommunal subsidiering, lik den vi finner i kommuner med subsidierte leieavtaler, men

FIGUR. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015 (n=1911).



³ $\Gamma_{\text{kommunestørrelse}} = 10,6291 > \Gamma_{\text{sentralitet}} = 10,5241$

DRIFTSFORM	ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN				TOTALT
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9999	10 000-19 999	
Privatpraksis I	0,7	6,7	31,0	66,1	37,5
Privatpraksis II	3,8	7,8	9,3	6,0	7,3
Privatpraksis III	11,3	29,2	31,6	17,0	23,9
Privatpraksis IV	10,5	19,8	11,4	3,4	10,0
Fast lønn med tillegg	24,8	15,1	4,2	5,0	8,4
Fast lønn	44,4	19,8	10,3	2,5	11,7
Ikke spesifisert ¹	4,5	1,6	2,2	0,0	1,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	133	435	580	763	1 911
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,629					

¹ På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

TABELL 1. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

DRIFTSFORM	KOMMUNENES SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
Privatpraksis I	6,4	28,9	37,0	63,8	37,5
Privatpraksis II	3,7	4,8	7,0	10,9	7,3
Privatpraksis III	34,7	33,3	32,4	8,6	23,9
Privatpraksis IV	16,7	10,0	9,8	5,3	10,0
Fast lønn med tillegg	17,6	6,2	5,5	3,9	8,4
Fast lønn	20,7	15,1	8,0	5,5	11,7
Ikke spesifisert ¹	0,2	1,7	0,3	2,0	1,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	545	291	327	748	1 911
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,524					

¹ På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

TABELL 2. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet. Tall i prosent.

i en litt annen form. Valg av driftsform har trolig også sammenheng med rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer, men dette vet vi lite om. Det har heller ikke vært gjenstand for nærmere undersøkelse her.

Økt kommunalt bidrag?

I hovedmodellen for drift i FLO skal det i prinsippet ikke være noen kostnader med FLO utover basistilskuddet for kommunenes innbyggere. Vår undersøkelsen viser imidlertid at under halvparten (44,8 prosent) av fastlegeavtalene i de undersøkte kommunene var basert på hovedmodellen. For majoriteten av fastlegeavtalene kan det dermed være grunn til å anta at kommunen finansierte fastlegjetjenesten med mer enn basistilskuddet pr. innbygger. Vi har imidlertid ikke god nok informasjon fra vår undersøkelse til å kunne fastslå dette med sikkerhet og heller ikke data som kan si noe om finansieringsomfanget.

I de undersøkte kommunene var 33,9 pro-

sent av fastlegeavtalene basert på privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell. I følge KS innebærer slik leieavtale vanligvis kommunal subsidiering (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer). Avtaler basert på fast lønn utgjorde 20,1 prosent av avtalene. Dette alternativet kan også innebære kommunal subsidiering dersom den faste lønna overstiger basistilskuddet sammen med den andelen som tilfaller kommunen av legens inntjening i form av trygderefusjon og pasientbetaling. Vår antagelse er at den ofte gjør det, men vi har ikke undersøkt dette mer spesifikt her.

Flere rene fastlønnsavtaler i våre tall

Hvis vi bare regner med de som har fast lønn uten tillegg i vår undersøkelse, og regner om til antall avtaler, kommer vi til 223 avtaler. Dette antallet er noe høyere enn antallet som er rapportert å gjelde på landsbasis pr. 31.12.2014 og som framkommer i

Helsedirektoratets styringsdatarapport (4). I følge disse tallene hadde 201 fastlegepraksiser (4,2 prosent av det totale antall fastlegepraksiser i landet) fast lønn. Det er vanskelig å ha noen klar formening om hva denne ulikheten i antall mellom vår undersøkelse og Helsedirektoratets tall skyldes. Vi har ingen indikasjoner som tilsier at våre informanter har gitt oss unøyaktige opplysninger. Vi har heller ingen klar grunn til å tvile på påliteligheten Helsedirektoratets tall utover at vi kjenner til at det kan gå ganske lang tid fra endringer skjer til kommuner sender inn oppdateringer til fastlegeregisteret. Det kan være slike forsinkelser som er årsak til den ulikheten vi har observert. Tallene tyder ellers på at det var få avtaler med fast lønn i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Det er videre verd å merke seg at Helsedirektoratets tall om fast lønn ikke synes å inkludere fastlønnsavtaler med tillegg.

Konklusjon

Vår gjennomgang av ulike driftsavtaler i FLO i kommuner med under 20 000 innbyggere viser et mangfold av avtaler inngått mellom kommuner og leger. Det var også i mange tilfeller et internt mangfold i kommunen i driftsavtalene som var inngått. Ettersom arbeidsforholdene for fastleger varierer i ulike kommuner med hensyn til mulig inntjening, arbeidsoppgaver, vaktbelastning med mer, kan det tenkes at denne variasjonen er et uttrykk for en nødvendig tilpasning til og fleksibilitet i ordningen. De økonomiske aspektene ved dette, og i hvilken grad fleksibel driftsform og internvariasjon i driftsformer er et godt svar på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i FLO, bør undersøkes nærmere.

REFERANSER

1. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
2. Godager GC, Lurås H. I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet? HERO-rapport 2005: 6. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
3. Halvorsen, P., S. Steinert, I. Aaraas, Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012. 30: p. 229–233.
4. Gaardsrud, P., Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2014. 2015. Oslo: Helsedirektoratet.

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO
 ■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO
 ■ HELEN.BRANDSTORP@UIT.NO