
Slik bør fastlegeordningen finansieres

KRONIKK

JAN EMIL KRISTOFFERSEN

jan.emil.kristoffersen@legeforeningen.no

Jan Emil Kristoffersen er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, master i helseadministrasjon og seksjonssjef i Den norske legeforening. Han er tidligere fastlege og helsebyråkrat. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er ansatt i Den norske legeforening og var fra 2005 til 2009 leder av Allmennlegeforeningen og medlem av Legeforeningens sentralstyre.

Allmennmedisinen er i dyp krise – enda en gang. Etter femti år med kapasitets- og finansieringskriser innenfor allmennlegetjenesten er det imidlertid mye å lære av både erfaring og forskning på området.

Rekrutteringen til allmennmedisin sviktet på både 70-, 80-, og 90-tallet, og flere store reformer har bare forbigående evnet å stabilisere allmennlegetjenesten. Ved hver krise har den da rådende finansieringsmodell blitt problematisert, mens underfinansiering er det åpenbare historiske fellestrekket.

Før fastlegeordningen, på 70-tallet, var det manglende rekruttering til allmennlegevirksomhet i utkantene, koblet med bekymring for overetablering av leger i større byer. Det ble derfor fra 1984 gjennom lov om helsetjenesten i kommunene tillagt den enkelte kommune å beslutte hvor mange allmennleger man hadde behov for.

Driftstilskuddsmodellen ble innført, som et virkemiddel for etableringskontroll og bedre geografisk legefördeling. Driftstilskuddet ble bestemt å skulle utgjøre 40 % av totaløkonomien i allmennpraksis og ble fullfinansiert ved kutt i stykkpristakstene i normaltariffen gjennom et diktat fra Helse- og sosialdepartementet (Jan Otto Syvertsen, leder av Alment praktiserende lægers forening 1980–83, personlig meddelelse).

Mange kommuner valgte nå å styre sin legetjeneste ved å tilby ansettelse som allmennlege, og mange unge leger ønsket fast lønn. Det ble skapt en bølge av optimisme og fremtidstro, og legene strømmet til.

Det ble imidlertid en beskjeden økning i totalt antall allmennlegeårsverk i kommunene, på ca. 10 % (1) frem mot 1990, og mange allmennleger erfarte at kommunene manglet både evne og vilje til å finansiere en legetjeneste i rask utvikling både medisinskfaglig og IKT-messig. De optimistiske forventningene fra tidlig 80-tall ble ikke innfridd. Dette førte allmennlegetjenesten inn i en ny alvorlig krise på 90-tallet.

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble etablert i 2001 etter pilotforsøk i fire kommuner i årene 1993–97. Hovedmodellen for fastlegevirksomhet ble næringsdrift ut fra en forståelse av at dette gav best tilgjengelighet og kontinuitet i lege–pasient-relasjonen. De dårlige erfaringene med kommunalt ansatte fastleger på 80- og 90-tallet veide tungt. I 1990 var 42 % av allmennlegene ansatt i kommunene. Det ble etter hvert tiltagende vanskelig å rekruttere til fastlønnspraksis også i sentrale strøk, og i flere store bykommuner med offentlig drevet allmennlegetjeneste var det lange helsekøer og nært sammenbrudd i primærhelsetjenesten utover 90-tallet. Mange kommuner konverterte fastlønn til driftsavtaler. I 1999 var andelen fastlønnede allmennleger falt til 21 %, og ytterligere 500 allmennleger valgte å gå over fra ansettelse til næringsdrift innen fastlegeordningen trådte i kraft 1.6.2001 (2, s. 77).

«Verken innsatsstyrt finansiering eller rammefinansiering er i seg selv egnet for å stimulere til innovasjon i et offentlig helsesystem innenfor satte budsjettammer»

Ved innføring av fastlegeordningen ble basistilskuddet gjort om til et per capita-honorar. I fastlegeforsøket i perioden 1993–97 var det 50 % per capita-honorar. Erfaringer i forsøket var at dette ble et for sterkt incentiv til å ha lange pasientlister, og at leger med mange arbeidskrevende pasienter (spesielt kvinnelige leger) – kom dårlig ut av et så høyt per capita-honorar. Stortinget bestemte derfor at per capita-honoraret skulle settes til 30 % (3). Fastlegeordningen slik den ble organisert, skapte en ny bølge av optimisme og fremtidstro, og legene strømmet nok en gang til.

Valg av finansieringsmodell

Finansiering av allmennlegetjenester i et prioriteringsperspektiv var samtidig undergitt en gjennomgang i NOU 1997: 18, *Prioritering på ny – gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (4). I kapittel 10.3.3 står følgende:

«Ved basistilskudd vil derimot den eventuelle forskjell i basistilskudd ikke oppveie for at en pasient med kroniske plager påfører legen langt større kostnader, enn han som kommer innom en gang i året. Det er derfor ingen økonomiske insitamenter til å yte god service til arbeidskrevende kroniske pasienter. Dersom de blir misfornøyde og vil skifte lege, innebærer det en økonomisk gevinst for legen vedkommende kommer fra. I denne avlønningsordningen er det derfor en risiko for at arbeidskrevende pasienter blir kasterbatter i systemet.»

Det som er beskrevet som basistilskudd i denne NOU-en, er rammefinansiering av næringsdrift i legepraksis. I en finansieringsmodell med nær 100 % kapitalasjon (rammetilskudd) vil legen ha få eller ingen muligheter til å styrke virksomhetens økonomi gjennom økt aktivitet, mens aktivitetskutt, nedbemanning og reduksjon i tjenesterepertoar blir gjenstående virkemidler for dette. Pasienter med store behov vil være mer økonomisk byrdefulle fordi økt ressursinnsats i liten eller ingen grad finansieres (5).

En finansieringsmodell med høy grad av kapitalasjon er derfor ikke tilstrekkelig balansert. Den understøtter verken utsatte gruppers tjenestebehov eller behovet for god tilgjengelighet, som også ivaretar i hovedsak friske innbyggers behov. Den flytter økonomisk risiko for både sykkelighet og utvikling i medisinske behandlingsmuligheter fra staten til fastlegen – eller til kommunen der fastlegen er arbeidstaker. Det er derfor en påregnelig følge at både investeringer, aktivitet og tilgjengelighet vil avta.

Dette er det støtte for i nyere internasjonal forskning.

Kunnskapsoppsummeringer viser at kvalitets- eller verdibasert finansiering og lav grad av innsatsstyrt finansiering ikke gir merverdi i verken spesialist- eller primærhelsetjenesten (6–8). Spesielt oppnår man ikke bedre kvalitet eller målretting mot svake grupper.

Risikovekting har vært fremhevet som en måte å justere kapitalasjon opp mot en estimert arbeidsbyrde i en gitt fastlegeliste. Per i dag finnes det ikke verktøy som vil gi tilstrekkelig presisjon for et slikt formål, og kapitalasjonsmodellens grunnleggende svakheter avhjelpest uansett ikke selv med en treffsikker modell for risikovekting.

Aktivitetsbasert finansiering har iboende svakheter, særlig knyttet til risiko for overdiagnostikk og overbehandling. Helsetjenesten kan da innta en mer servil rolle overfor pasientene, som i sin tur kan endre adferd i retning av kunder og forbrukere. En klassisk utfordring med aktivitetsbasert finansiering er at utvikling av regelverket har en viss treghet og derfor ikke alltid legger til rette for rask innføring av nye metoder.

Ved en høygradig eller rendyrket rammefinansiering er det andre uønskede forhold som inntreffer. Redusert aktivitet, lavere innovasjonskraft og helsekøer er blant dem. Verken innsatsstyrt finansiering eller rammefinansiering er i seg selv egnet for å stimulere til innovasjon i et offentlig helsesystem innenfor satte budsjettammer.

Erfaringene med fastlønn kontra stykkpris i norsk allmennmedisin trekker entydig i retning av at næringsdrivende allmennleger er mer stabile over tid og har høyere aktivitet og bedre tilgjengelighet enn ansatte allmennleger (9–11).

Samtidig vet vi at høy grad av kontinuitet i fastlege–pasient-relasjonen medfører bedre helse, flere leveår og lavere samlede kostnader i helsetjenesten (12).

«Aktivitetsbasert finansiering er i stor grad ønsket også av leger som ikke vil være næringsdrivende»

Det er derfor to spørsmål som alltid må stilles om finansiering av fastlegeordningen: 1) Hvilken finansierings- og driftsmodell understøtter best at ordningen tilbyr høy grad av relasjonell kontinuitet og tilgjengelighet til innbyggers valgte lege? 2) Hvilken kvalitet og kapasitet og hvilke andre organisatoriske grep i fastlegeordningen vil bidra til at innbyggerne lever lenger og er friskere, men bruker spesialisthelsetjenesten og kommunale pleie- og omsorgstjenester mindre i løpet av den enkeltes livsløp?

En nylig publisert norsk studie utgått fra Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin og Universitetet i Bergen (13) viser at økende relasjonell kontinuitet mellom fastlege og pasient er assosiert med færre sykehusinnleggelses, mindre bruk av legevakt og en redusert dødelighet som fortsatte å reduseres i 15 år med kontinuitet i lege–pasient-relasjonen.

En norsk helseøkonomisk studie fra 2018 (14) sammenlignet både tjenesteproduksjon og pasientutkomme ved fastlønn kontra stykkprisavtale. Forskerne brukte nasjonale takstbruksdata for fastleger (Helfos KUHR-database (kontroll og utbetaling av helserefusjoner)) og Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2009–13. For å redusere seleksjonsskjevheter og adaptasjon til fastlønn eller stykkpris undersøkte man bare data for vikarer i fastlegepraksis. Man fant at stykkpris førte til 26 % flere konsultasjoner enn fastlønn, 6,5 % flere tjenester per konsultasjon og lengre konsultasjoner. Ved stykkprisrefusjon fant man også flere avtalte kontroller og flere sykmeldinger, men færre henvisninger til spesialist. Det viktigste funnet i studien var at pasienter som ble fulgt opp av en fastlegevikar på stykkprisavtale, hadde 19 % lavere risiko for å bli lagt inn akutt på sykehus den første uken etter en fastlegekonsultasjon. Forfatterne antar at dette er et uttrykk for underdiagnostikk og underbehandling i en fastlønnsmodell. Det er all grunn til å tro at de samme negative effekter vil observeres i en modell med næringsdrift og høy grad av kapitalasjon.

Helsedirektoratet har fra 2018 ledet et pilotforsøk med sykepleiere ansatt på fastlegekontorer med to ulike finansieringsmodeller: høy eller lav andel stykkprisfinansiering. Sluttevalueringen av pilotundersøkelsen (15) viste at lav andel stykkprisfinansiering (15 %) førte til langt færre konsultasjoner og sykebesøk, til tross for at alternativet med lav stykkprisandel totalt sett er dyrere for samfunnet.

Halvorsen og medarbeidere viste i sine undersøkelser fra 2009 og 2012 (16) at det var et fall i andel fastleger som ønsket å være næringsdrivende, fra 78 % til 65 %. Legeforeningen gjentok de samme spørsmålene til fastlegene i 2018 og fant minimale endringer fra 2012. Det mest slående var imidlertid at bare 9,8 % ønsket fastlønn uten økonomiske aktivitetsincentiver, og at mens tre av fire fastleger ønsket å være ansatt under spesialisering, ønsket nær ni av ti allikevel

at inntekten var aktivitetsavhengig, også under spesialistutdanning. Aktivitetsbasert finansiering er altså i stor grad ønsket også av leger som ikke vil være næringsdrivende.

Hva nå?

Til tross for at omfattende forskning har vist at en langvarig relasjon til en fast allmennlege gir bedre helse og lavere samfunnsmessige kostnader, har helsemyndighetene over mange år tillatt fastlegeordningen å forvitne.

Fastlegeordningen er derfor nå i en dyp krise, hvor underkapasitet og finansieringssetterslep er rotårsakene. Både total finansieringsramme og riktig finansieringsmodell er sentrale virkemidler for å snu denne negative spiralen. Krisen løses ikke ved etablering av ulike søknadsbaserte støtteordninger og pilotforsøk, og samfunnet har ikke råd til at forsøk på innføring av dokumentert uegnede og upopulære finansieringsmodeller svekker innsatsen for å redde fastlegeordningen.

Det er nødvendig å skape trygge innganger til spesialistutdanning i allmennmedisin. Samtidig må finansiering og driftsmodell for ferdige spesialister understøtte høy relasjonell kontinuitet og tilgjengelighet til innbyggers valgte lege. En tilstrekkelig finansiert næringsdriftsmodell med høy andel aktivitetsbasert finansiering gir åpenbart best måloppnåelse, og har vært populær blant fastleger. Det bør derfor fortsatt være hovedmodellen.

Nok en gang må det skapes forutsigbarhet og ny optimisme rundt finansiering av fastlegeordningen, slik at flere leger igjen strømmer til det flotte faget som allmennmedisin er. Derfor må innsatsen nå være fokusert på en sterk og forutsigbar nasjonal modell for allmennleger i spesialisering og en styrking av både normaltariff, per capita-honorar og sykehjelps- og pensjonsordninger for næringsdrivende leger. Det haster.

REFERENCES

1. Meld. St. 36 (1989–90). Røynsler med lova om helsetenesta i kommunene.
2. Berg OT. Fra politikk til økonomikk. Tidsskriftets skriftserie. Oslo: Den norske legeforening, 2005.
3. Ot. prp. nr. 99 (1998–99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
4. NOU 1997: 18. Prioritering på ny, gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste.
5. Ahmed K, Hashim S, Khankhara M et al. What drives general practitioners in the UK to improve the quality of care? A systematic literature review. *BMJ Open Qual* 2021; 10: e001127. [PubMed][CrossRef]

6. Mosqueira AG, Rosenthal M, Barnett ML. The Association Between Primary Care Physician Compensation and Patterns of Care Delivery, 2012–2015. *Inquiry* 2019; 56: 46958019854965. [PubMed][CrossRef]
7. Mathes T, Pieper D, Morche J et al. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7: CD011156. [PubMed]
8. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 9: CD008451. [PubMed][CrossRef]
9. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2006. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf> Lest 28.4.2022.
10. Wium P. Oslo-modellen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108 (29B): 2605–8. [PubMed]
11. Brekke D. Allmennpraksis i offentlig regi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108 (29B): 2598–601. [PubMed]
12. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502. [PubMed][CrossRef]
13. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022; 72: e84–90. [PubMed][CrossRef]
14. Brenne KR, Holmås TH, Monstad K et al. How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service. Konkurransetilsynets rapport nr 6/2018. <https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport-nr-6-2018-How-does-the-type-of-remuneration-affect-physician-behaviour-Fixed-salary-versus-fee-for-service.pdf> Lest 28.4.2022.
15. Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV). Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2022. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dd649daf411d4618bf1da2foaeb2c8e8/evaluering-pht-sluttrapport.pdf> Lest 28.4.2022.
16. Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 229–33. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. juni 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0110
Mottatt 7.2.2022, første revisjon innsendt 23.3.2022, godkjent 28.4.2022.

