

En vurdering av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen

Rapport fra arbeidsgruppe med deltagere fra KS, Den norske legeforening, Oslo kommune og
Helsedirektoratet

Oslo, 1.9.2019

Innholdsfortegnelse

1	Oppdraget og forståelsen av dette	3
1.1	Bakgrunn for arbeidsgruppen.....	3
1.2	Sammensetning av arbeidsgruppen	3
1.3	Relasjon til øvrige utredningstiltak og aktiviteter.....	4
1.4	Oppdragsforståelse og innretning av rapporten	4
2	Finansieringsmodeller og betalingsordninger.....	6
2.1	Finansieringsmodell – hva forstår vi med det?.....	6
2.2	Generelt om ulike betalingsformer	7
2.3	Nærmere om rammefinansiering	8
2.4	Nærmere om aktivitetsbasert finansiering (ABF)	10
2.5	Særskilte tilskuddsordninger	15
2.6	Begrunnelse for blandingsmodeller. Enkelhet som mothensyn.....	15
3	Nåsituasjon.....	17
3.1	Bakgrunn for fastlegeordningen	17
3.2	Organisering og avtaleverk	19
3.3	Hovedelementer i gjeldende finansieringsmodell.....	20
3.4	Andre finansieringskomponenter	23
3.5	Beskrivelse av forhandlingssystemet.....	25
3.6	Relevant statistikk og fremskrivninger	27
3.7	Utvalgte, pågående utviklingstiltak	31
4	Utviklingstrekk og utfordringer	33
4.1	Rekruttere og beholde fastleger.....	33
4.2	Helhetlige og brukerorienterte tjenestetilbud	44
4.3	Kommunalt ansvar og ledelse av legetjenesten	47
4.4	Tjenesteutvikling og nye tjenesteformer/arbeidsmåter	49
5	Modeller og øvrige endringsforslag	52
5.1	Innledning	52
5.2	Modelluavhengige tiltak	53
5.3	Modell 1 – Knekkpunkt	57
5.4	Modell 2 – Risikojustering av per capita-tilskuddet	71
5.5	Modell 3 – Kommunal rammefinansiering	75
	Vedlegg 1 – Mandat	77
	Vedlegg 2 – Protokoll 1.10.2018	79

1 OPPDRAGET OG FORSTÅELEN AV DETTE

1.1 Bakgrunn for arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen ble besluttet opprettet våren 2018 av partene i trepartssamarbeidet for fastlegeordningen: Helse- og omsorgsdepartementet, Den norske legeforening og KS/Oslo kommune. Partene formulerte et mandat for gruppens arbeid (Vedlegg 1). Bakgrunnen for utredningen er bl.a. de utfordringene man ser med rekruttering til ordningen og økningen i oppgaver fastlegene opplever, som gjør at mange fastleger opplever utfordringer med dagens rammebetingelser.

1.2 Sammensetning av arbeidsgruppen

Deltagerne ble oppnevnt av respektive organisasjoner. Det ble åpnet for supplement av ny deltager fra KS og Legeforeningen underveis i prosessen. Møteformen har vært dialogbasert, og medvirkning og bidrag fra alle deltagerne i gruppen har blitt tilstrebet.

Deltagere i gruppen har vært:

Anne Tøndevold	KS
Hege Torvbråten	KS
Martin Fjordholm	KS
Rune Soleng	KS
Sigrid Askum	KS
Hanne Riise-Hanssen	Legeforeningen
Nils Kristian Klev	Legeforeningen
Petter Brelin	Legeforeningen
Pål Alm-Kruse	Legeforeningen
Tom Ole Øren	Legeforeningen
Vemund Vikfjord	Legeforeningen
Cathrine Dahl	Oslo kommune
Fredrik A.S.R. Hanssen	Helsedirektoratet
Knut Berglund	Helsedirektoratet
Kristine Dahle Bryde-Erichsen	Helsedirektoratet
Ole Jørgen Grannes	Helsedirektoratet

1.3 Relasjon til øvrige utredningstiltak og aktiviteter

Arbeidsgruppens funksjon og utredningsarbeid må sees i relasjon til øvrige tiltak og aktiviteter knyttet til fastlegeordningen, iverksatt gjennom trepartssamarbeidet eller på utsiden av dette. Herunder nevnes blant annet:

- Evaluering av fastlegeordningen (rapport ferdig 1.9.2019)
- Arbeidsgruppe – Utdanningsstillinger (rapport ferdig 1.11.2018)
- Arbeidsgruppe – Fastlegenes oppgaver og oppgaveendringer over tid (rapport ferdig primo mars 2019)
- Arbeidsgruppe kvalitet og innovasjon i allmennlegetjenesten (rapport ferdig oktober 2019)
- Årlige takstforhandlinger mai/juni 2019

Det vises også til protokoll mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen av 1. oktober 2018 som gir visse premisser for det videre arbeidet med å styrke fastlegeordningen. Se vedlegg 2.

Det bemerkes at evalueringen først foreligger når arbeidsgruppen har avsluttet sitt arbeid, og at dette har vært en delvis begrensning for gruppens arbeid. Dette har medført økt tidsbruk på problemanalyse, på bekostning av tiden til vurdering av alternative finansieringsmodeller.

1.4 Oppdragsforståelse og innretning av rapporten

1.4.1 Overordnet sammendrag av mandatet

Arbeidsgruppen ble bedt om, med utgangspunkt i dagens modell, å skissere 3-4 alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Modellene må ivareta både finansiering av fastlegevirksomhetene og kommunenes sørge-for ansvar. Utredningen skal synliggjøre fordeler og ulemper ved modellene, herunder hvordan innretning av finansieringen kan påvirke følgende forhold:

- rekruttering og stabilisering
- kvalitetsarbeid
- tjenesteutvikling i arbeidsdeling og arbeidsformer
- krav til kompetanse og spesialistutdanning
- samhandling med andre kommunale tjenester
- samhandling med spesialisthelsetjenesten
- digitalisering og utvikling av nye tjenesteformer

Frist for oppdraget: 1.9.2019.

1.4.2 Målbeskrivelse for arbeidsgruppen

Det konkrete målet med arbeidet er en rapport med utredning av 3-4 alternativer til dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen.

Arbeidet er ment å ha ulike effekter, og det må skilles mellom 1) effekter av endringer i finansieringsordningene og 2) de direkte effektene av arbeidsgruppens virke.

1) Ønskede effekter av mulige fremtidige endringer i finansieringsordningene er reflektert gjennom de hensyn som er gitt i mandatet, og videre gjennom vurderingene som er gitt av de ulike modellene senere i rapporten.

2) Hovedeffekten av gruppens arbeid er å bidra til at aktørene i trepartssamarbeidet kan gjøre gode vurderinger av hvilke endringer i finansieringssystemet for fastlegeordningen som kan være nødvendige eller hensiktsmessige å jobbe videre med. Rapporten inngår således sammen med resultat av evalueringen og øvrig utredningsarbeid i kunnskapsgrunnlaget for ulike endringer relatert til fastlegeordningen de kommende år. Rapporten er imidlertid ikke ment å være et endelig beslutningsgrunnlag i seg selv, og inneholder således ikke konkrete anbefalinger om beslutninger.

Det overordnede samfunns målet som gruppens arbeid inngår i, kan formuleres som "Opprettholdelse og videreutvikling av et godt allmenmedisinsk tjenestetilbud til befolkningen, som et viktig ledd i en helhetlig helsetjeneste."

1.4.3 Omfang og avgrensninger

Mandatet gir rom for ulike tilnærminger til hva utredningen bør inneholde, hvor dypt den bør gå, samt hvilket mulighetsrom man kan se for seg når det gjelder ikke-finansielle endringer relatert til fastlegeordningen. Mandatet inneholder elementer og formuleringer som kan peke i retning av en orientering mot små justeringer innenfor rammen av dagens finansieringssystem og organisering. Utfordringsbildet reflektert i mandatet og flere av hensynene som er vektlagt kan imidlertid også gi grunnlag for å drøfte modeller som i større grad forutsetter eller hensyntar noen mulige systemmessige endringer for fastlegeordningen. Gruppens tilnærming til dette har vært å være mest mulig konkrete i vurderingen av hvilke finansieringsmodeller og -endringer som kan være aktuelle, og som ledd i vurderingen av de enkelte modellene ta stilling til hvorvidt forutsetningene for disse i tilstrekkelig grad ligger innenfor mandatets rammer.

Finansieringsmodeller er ett av flere virkemidler for å løse utfordringene i fastlegeordningen. Enhver finansieringsmodell gir enkelte muligheter, men har også sine klare begrensninger. I denne rapporten ser vi på alternative finansieringsmodeller, men det er også andre tiltak som vil kunne ha effekt på utviklingen i fastlegeordningen. De ulike utfordringene blir nærmere omtalt i kapittel 4 og det henvises gjennom rapporten til andre tiltak enn finansieringsmodeller, men det går ikke nærmere inn på disse da det ligger utenfor oppdraget i denne rapporten.

2 FINANSIERINGSMODELLER OG BETALINGSORDNINGER

Formålet med dette kapittelet er å gi en generell omtale av teoretiske effekter av de ulike typer betalingsordninger. Omtalen er ikke spesifikt knyttet til dagens eller fremtidens modell for fastlegeordningen.

2.1 Finansieringsmodell – hva forstår vi med det?

En finansieringsmodell kan betraktes som en beskrivelse av et system for *fordeling av penger* og eventuelt andre ressurser fra én eller flere *betalende parter* til én eller flere *utførende parter*, knyttet til et sett av tjenester eller ansvar som skal ivaretas.

Tabellen nedenunder viser at en finansieringsmodell kan beskrives med mange ulike elementer. Listen er ikke uttømmende, men peker på noen hovedelementer.

Element	Forklaring	Eksempler
Partsforhold	Hvem er betalende part eller parter? Hvem er utfører? Fordeles og refordes pengene flere ganger på ulike nivå?	Staten, kommunen eller pasienten som betaler. Den enkelte lege som personlig betalingsmottager, vs. et foretak. Kommunen som mellomledd, vs. direkte betaling fra staten til fastlegevirksomhetene.
Fordelingen mellom ulike betalingsformer	Én gjennomgående betalingsmåte? Eller flere betalingsformer som del av helheten (blandingsmodell)? Hva er den prosentvise fordelingen mellom de ulike komponentene	Ren rammefinansiering vs. blanding ramme og aktivitetsbasert finansiering. Omfang av tilleggs-komponenter så som utjevningstilskudd.
Innretning av den enkelte betalingsmåte	Hva er innretningen av og egenskapene til de ulike betalingsformene? Hva er hensynene bak de ulike valgene?	Faste tilskudd vs kapitalasjon. Ulike former for risikojustering. Detaljeringsgrad av aktivitets- og resultatbasert finansiering.

Element	Forklaring	Eksempler
Oppgjørssystem	Hvordan overføres midlene i praksis? Hvilke aktørers konti er involvert? Hvordan periodiseres utbetalingene? Hvilke informasjons- og datastrømmer inngår for å understøtte oppgjøret?	Betaling årlig, månedlig eller sporadisk? A konto og årsavregning vs utbetalinger basert på krav. Behandlerkravmelding, KUHR, Fastlegeregistrets og KPRs roller. Helfo som oppgjørssentral, vs. direkte oppgjør mellom partene.
Regulering	Hvordan er betalingene regelfestet? Hvordan gjennomføres endringer og prisjusteringer?	Lov og forskrift vs. avtaler. Beslutninger i folkevalgte organer vs. forhandlinger mellom partene.
Kontrollmekanismer	Hvilke mekanismer inngår for å sikre at utbetalingene blir i tråd med forutsetningene?	Balansegang mellom tillit og kontroll. Ulike betalingsformer medfører forskjellig type risiko som må håndteres hver for seg.

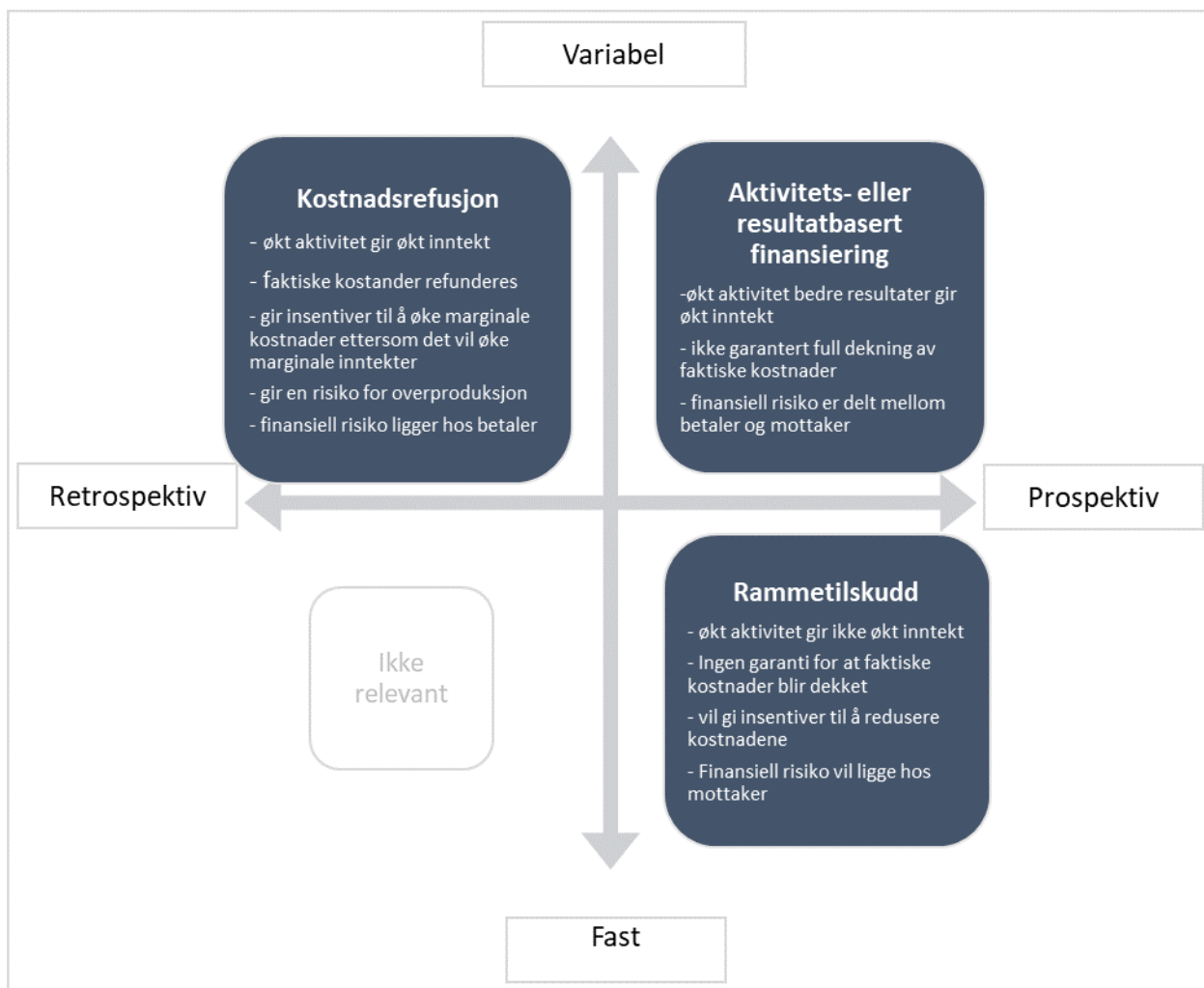
Den gjeldende finansieringsmodellen for fastlegeordningen er beskrevet i kapittel 3. Før den beskrivelsen gis, presenteres noen generelle betraktninger om ulike betalingsmåter og egenskaper ved disse. Dette er viktig både for å forstå dagens modell, og for drøftingen av aktuelle endringer.

2.2 Generelt om ulike betalingsformer

I denne utredningen vil begrepet betalingsform- eller ordning beskrive hvordan *en del av den samlede finansieringen* finner sted til utfører av helsetjenestene (fastlegene/deres virksomheter) fra aktørene som finansierer tjenestene (stat, kommune, pasienter). Nøkkelspørsmålet for den enkelte betalingsform er hvordan og på hvilket grunnlag utbetalingenes størrelse beregnes og avgjøres.

Overordnet kan betalingsordningene deles inn etter om de er retrospektive eller prospektive, og om de er faste eller variable (Jegers et al.1). Dette er illustrert i Figur 1 nedenunder. En ordning er fast når betalingen ikke endrer seg etter aktivitet eller resultater. Med en variabel ordning vil betalingens størrelse være avhengig av aktivitet og/eller resultater oppnådd i den perioden betalingen gjelder for.

¹ Jegers et al. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy. 2002 Jun;60(3):255-73.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965334>



Figur 1 Inndeling av betalingsordninger

Faste betalingsordninger vil alltid være prospektive, men for variable betalingsordninger kan man skille mellom prospektive og retrospektive ordninger. Ved retrospektive ordninger dekkes de faktiske kostnadene hos tilbyder etter at aktiviteten er utført, f.eks. ved ren kostnadsrefusjon eller ved at prisene justeres tilbakevirkende når kostnadene blir kjent. Ved prospektive ordninger vil prisene eller rammene være fastsatt før aktiviteten er utført. Det er dermed ingen garanti for at bevilgningen eller satsene vil tilsvare de faktiske kostnadene for tjenesten.

2.3 Nærmere om rammefinansiering

Rammefinansiering eller -tilskudd innebærer at hele eller deler av den samlede finansieringsrammen for en periode er forhåndsbestemt (prospektiv og fast). Utbetalingen er uavhengig av aktivitet eller resultat i perioden betalingen gjelder for.

"Fastlønn" benyttes av og til som en beskrivelse av en form for rammefinansiering. Det er imidlertid en noe upresis begrepsbruk. Grunnen er at "fastlønn" samtidig impliserer en bestemt organisasjonsform der legene er ansatt. For å holde diskusjon av finansieringsmodeller og organisering adskilt fra hverandre, benyttes ikke begrepet

"fastlønn" videre i dette dokumentet med mindre det er i kontekst av lønnsmodeller i ansattelsesforhold.

Fordeler og ulemper ved rammefinansiering må vurderes på to nivå:

1. Hva er fordelene og ulempene ved å tildele midler gjennom forhåndsfastsettelse av bestemte rammer, generelt?
2. Hva er fordelene og ulempene ved de ulike måtene utmålingen/beregningen av betalingens størrelse kan gjøres på, herunder hvordan samlet finansiering fordeles mellom ulike aktører?

På nivå 1 er relevante *fordeler*:

- God kostnadskontroll for den som betaler innen hvert budsjettår
- Forutsigbarhet og inntektssikkerhet for utfører
- Prioriteringsnøytralitet (liten grad av økonomisk påvirkning på hvilke pasienter som mottar behandling og hvilken type behandling de mottar) og gir ikke insentiver til overbehandling
- Insentiver til kostnadsreduksjon ved at gevinsten ved besparelser beholdes av utfører
- Utgjør ikke hinder for innovasjon og nye tjenesteformer fordi betalingene ikke er knyttet til bestemte arbeidsmåter eller handlinger
- Nøytral med hensyn til valg mellom forebyggende aktiviteter og tiltak overfor innbyggere med etablerte symptomer eller sykdom

Tilsvarende *ulemper* på nivå 1:

- Økonomisk risiko bæres i hovedsak av utfører (risiko for mangelfull kostnadsdekning ved økt aktivitet utover forutsetningene)
- Risiko for lavere tjenestevolum da økt innsats ikke premieres, med redusert kapasitet og økte ventelister som resultat
- Risiko for seleksjon og at tjenester skyves over til andre tjenesteytere (flere henvisninger o.l.) fordi tidkrevende behandling ikke premieres. Forflytning av tjenester vil f.eks. kunne gi økte kostnader i spesialisthelsetjenesten eller i andre deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Gir ikke særskilte økonomiske insentiver for å fremme bestemte tjenester.
- Innebærer ingen mekanisme for styring av aktivitet, oppgaveendringer og ressursutnyttelse (fravær av dette gjennom finansieringsordningen må erstattes av andre mekanismer)
- Bidrar ikke til styringsinformasjon om aktiviteten i fastlegeordningen.

På nivå 2 er balansen mellom fordeler og ulemper avhengig av de konkrete faktorene som bringes inn i beregningen av rammetilskuddenes størrelse. I tabellen nedenunder gjengis noen hovedmomenter knyttet til utvalgte metoder.

Beregningsmetode	Fordeler	Ulemper
Fast økonomisk tilskudd per lege	<ul style="list-style-type: none"> • Enkelhet, krever lite data • Sikrer alle utførere en viss grad av kostnadsdekning 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gi skjevfordeling sett opp mot underliggende behov. • Mangelfulle insentiver til å ivareta mange innbyggere
Per capita	<ul style="list-style-type: none"> • Enkelhet, krever moderat databehandling • Stimulerer til å ha ansvar for mange innbyggere 	<ul style="list-style-type: none"> • Insentiver til seleksjon av innbyggere som er friske eller med små tjenestebehov
Per capita med risikjustering	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulerer til å ha ansvar for mange innbyggere, også personer med omfattende tjenestebehov 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt beregningsmessig kompleksitet • Større databehov • Gir ikke trygghet for faktisk styrket tjenesteomfang til de innbyggerne som det gis høyere per capita-tilskudd for
Kvalitetsjustering	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gi oppmerksomhet og fremme kvalitet på de områder som beregningsmodellen omfatter 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gi selektivt kvalitetsfokus med mindre oppmerksomhet til kvalitetsaspekter ikke omfattet av beregningsmodellen • Mangelfulle insentiver til å ivareta mange innbyggere • Økt beregningsmessig kompleksitet • Økte databehov

2.4 Nærmere om aktivitetsbasert finansiering (ABF)

I det følgende legges en vid definisjon av aktivitetsbasert finansiering til grunn, slik at også det nåværende takstsystemet betraktes som en slik ordning. For en nærmere omtale av dagens takstsystem, se kap 3. Kjernen i en aktivitetsbasert finansieringsmodell er at økonomiske overføringer fra én part til en annen er basert på:

- Informasjon om hvilke tjenester som ytes overfor den enkelte pasient
- En kategorisering av ulike typer tjenester²
- Forhåndssette priser for de ulike tjenestekategoriene³

2.4.1 Fordeler og ulemper med aktivitetsbasert finansiering

I dette avsnittet gis en oversikt over fordeler og ulemper med aktivitetsbasert finansiering ut fra generelle betraktninger. Noe av hensikten er å få frem at det er et bredt spekter av hensyn, med mange mulige avveininger for og mot.

Aktivitetsbasert finansiering favner mange ulike finansieringsløsninger. Ulike innretninger vil gi ulike fordeler og ulemper. Innretningen av den aktivitetsbaserte finansieringen vil være avgjørende for hvor vellykket den er og hvor stor måloppnåelsen blir. En modell med betaling for detaljerte deltjenester ("fee-for-service") har andre funksjoner og virkninger enn mer forløpsorienterte modeller ("bundled payments for episodes of care").

Følgende momenter er relevante fordeler ved aktivitetsbasert finansiering:

- Tjenesteytere opprettholder og/eller øker tjenesteomfanget
 - Tilgjengelighet øker for brukerne og ventetider reduseres
 - Tjenesteyter stimuleres til å øke tjenestetilbudet da nye ferdigheter/utstyr gir økte inntekter
- Transparens
 - Oversikt og innsikt i hvordan tildelte ressurser benyttes, herunder at de benyttes til det tiltenkte formålet (helsehjelp innenfor fastlegenes ansvarsfelt)
- Styringsinformasjon
 - Koblingen av informasjon om tjenesteinnholdet og finansiering styrker kvaliteten på dataregistreringer
 - Økt verdi av styringsinformasjon både for tjenesteytere, kommuner og nasjonale myndigheter
- Incentiver til kostnadseffektiv drift (gjelder kun med en viss grad av "bundling")
 - Kostnadsreduksjoner beholdes i utgangspunktet av virksomheten
 - Betalende part får sin del av gevinsten *over tid* (gjennom gradvis reduksjon av priser eller unngåelse av prisøkning)

² Jo mer detaljerte og oppsplittede tjenestekategoriene er, desto nærmere står man en modell for kostnadsrefusjon eller "fee-for-service". Med videre kategorier som dekker større spekter av tjenester, og som kan strekke seg over lengre tidsrom, vil modellen trekke i retning av DRG-lignende eller forløpsbaserte systemer.

³ Prisene kan enten være beregnet med utgangspunkt i kostnadsanalyser, eller fastsatt på annen måte, f.eks. gjennom forhandlinger mellom partene.

- Effektiv ressursallokering
 - Flexibilitet: Kan danne grunnlag for at virksomheten som faktisk yter tjenesten mottar økonomiske ytelse for dette, uavhengig av hvem som har listeansvar for pasienten
 - Dynamikk: Utbetalingene varierer med ressursinnsats og underliggende behov for tjenester
- Gir mulighet for kompensasjon for nye oppgaver/oppgiveøkning som tilkommer for tjenesteyter

Følgende momenter er relevante ulemper ved aktivitetsbasert finansiering:

- Overforbruk og feilbehandling
 - Kan stimulere til høy aktivitet som kan overstige pasientenes faktiske behov
 - Risiko for at innretning av refusjonskategoriene ikke er tilstrekkelig oppdatert og detaljert slik at systemet kan oppfattes å være i strid med faglige anbefalinger
- Utilsiktede prioriteringsvirkninger
 - Risiko for at innretning av refusjonskategoriene gir dreining av behandlingstilbudet mot pasienter og aktiviteter som gir best inntekt sett opp mot ressursinnsats
 - Fare for mindre oppmerksomhet til innbyggere som ikke selv oppsøker tjenesteyter
- Kan sementere bestemte arbeids- og driftsformer og derigjennom være til hinder for forbedring og effektivisering⁴
- Kan medføre svekket kostnadskontroll for den betalende part
- For høy kompleksitet i kodings- og refusjonsregler utfordrer etterlevelse og kontroll, og kan samtidig medføre at enkelte aktører får lavere refusjoner enn berettiget.
- Vedlikehold og videreutvikling av en aktivitetsbasert finansieringsmodell medfører administrasjonskostnader. Kostnadene øker med kompleksitet og detaljeringsgrad.

⁴ Utfordringen er at refusjonskategoriene vanligvis defineres med utgangspunkt i kjente og vanlige måter å yte tjenester på. Når nye måter å behandle eller følge opp pasientene på oppstår, vil forsinkelse i oppdatering av refusjonskategoriene kunne være til hinder for å ta nye metoder i bruk. Eksempler på tiltak for å ivareta behovene gjenfinnes i resultatet fra takstforhandlingene 2019, knyttet til videokonsultasjoner og samhandling.

2.4.2 Ulike ABF-varianter har ulike styrker og svakheter

Som nevnt i forrige avsnitt, kan aktivitetsbasert finansiering innrettes på ulike måter. Ulike effekter oppstår avhengig av hvilken innretning som velges.

Det underliggende prinsippet for all aktivitetsbasert finansiering er likt, betaling for en tjeneste i en eller annen forstand, mens det variable er hvor bredt perspektiv man har på definisjon og avgrensning av tjenestene. Graden av detaljering og spesifisitet av tjenestene er avgjørende for hvilke effekter finansieringsmåten har.

EU-prosjektet *Project integrate* har i sin rapport "Financial models for Care Integration" undersøkt finansielle virkemidler til å understøtte integrerte helse- og omsorgstjenester⁵. De har i den forbindelse beskrevet ulike hovedvarianter av aktivitetsbasert finansiering og deres egenskaper. I følgende tabell er noen av hovedpoengene gjengitt, supplert med noen tilleggsmomenter på de to nederste radene:

	Detaljert betaling for deltjenester ("fee-for-service")	Samlet betaling per hendelse (f.eks. innleggelse eller annen kontakt)	Forløpsorientert betaling (dekker alle relaterte tjenester over et gitt tidsrom) ("bundled payments for episodes of care")
Stimulans til aktivitet	Høy	Moderat	Lav
Forbruksrelatert risiko	Overforbruk	Høy forekomst av kontakter, men risiko for lavere forekomst av relevante deltjenester innen hver kontakt	Underforbruk og lavere tilgjengelighet av tjenester innen samme forløp
Kostnadskontroll for betaler	Forutsetter detaljerte kontrolltiltak		Mer forutsigbar da kostnadene i større grad er relatert til antall pasienter, som i mindre grad er en påvirkbar størrelse
Samlet økonomisk risiko	Størst for aktøren som betaler		Størst for utfører av tjenestene
Rom for styring av aktiviteten	Mulighet for detaljert styring og stimulans til gitte aktiviteter	Noe påvirkningsmulighet	Begrenset rom for å påvirke innretningen av tjenestetilbudet innen et forløp

⁵ Jorid Kalseth, Frida Kasteng, Liesbeth Borgermans, 2015. Project Integrate – D8.1 Financial Models for Care Integration. <http://www.projectintegrate.eu.com/integrated-care/resource/articles/financial-models-for-care-integration>

			gjennom betalingsordningen; likevel anledning til å stille f.eks. prosesskrav.
Fleksibilitet i måten tjenestene kan ytes på	Utfører er bundet av de gitte refusjonskategoriene	Utfører har økt fleksibilitet innen hver kontakt, men likevel bundet til gjennomføring av de kontaktformer systemet dekker	Utfører har høy grad av frihet m.h.t. hvordan tjenestene innen forløpet ytes.

Tabellen illustrerer hvordan ulike varianter av aktivitetsbasert finansiering utviser styrker og svakheter av forskjellige typer. Den tabellariske fremstillingen kamuflerer at det i realiteten er snakk om et kontinuum av ulike innretninger. Dette kontinuumet fortsetter over mot populasjonsrettede betalingsmodeller (per capita-finansiering med risikojustering for helsetilstand)⁶.

2.4.3 Pasientbetaling, egenandeler og skjermingsordninger

Pasientbetaling og egenandeler er nært beslektede begreper, og dekker for de fleste praktiske formål det samme innholdet: Pasientens egenbetaling for mottatte tjenester⁷. Det mest spesielle med pasientbetaling sett opp mot øvrige aktivitetsbaserte ordninger ligger i selve partsforholdet; at det er pasienten og ikke en offentlig aktør eller annen tredjepart som betaler. Utover dette skiller ikke pasientbetalingsordningene seg modellmessig vesentlig fra øvrig aktivitetsbasert finansiering.

Skjermingsordninger innebærer at staten ved Folketrygden i gitte tilfeller trer inn som betaler i pasientens sted. Dette rokker imidlertid ikke ved beregningsmåten for den aktivitetsbaserte finansieringen, og utfører skal motta samme betaling uavhengig av om skjermingsordningen gjelder eller ikke. Skjermingsordningene belyses eller drøftes ikke nærmere i dette dokumentet da det ligger utenfor gruppens mandat.

⁶ Forståelsen av dette momentet lettes med et eksempel med utgangspunkt i KOLS-pasienter. I en forløpsorientert ABF-modell med høy grad av bundling, forutsettes alle KOLS-relaterte tjenester i løpet av budsjettåret dekket av én og samme betalingssats. I en tilstrekkelig finmasket per capita-modell med risikojustering for helsetilstand, er det naturlig at KOLS-pasienter vektes spesifikt med utgangspunkt i forventet tjenestebehov i løpet av året. Betalingssatsen og vekten i de to modellene forventes å konvergere mot hverandre. Figur 1

⁷ Vanlig begrep i engelskspråklig litteratur: Out-of-pocket-payments

2.5 Særskilte tilskuddsordninger

Alle offentlige finansieringsordninger med fordeling av midler over statsbudsjettet er å regne som *tilskudd*. Således er både de takstbaserte refusjonene og den per capita-baserte rammefinansieringen i dagens modell tilskuddsordninger. Disse ordningene gjelder mer eller mindre likt for alle aktører, og er dermed *generelle*.

De særskilte tilskuddsordningene står i kontrast til de generelle tilskuddsordningene ved at de

- som oftest ikke er ment å treffe alle aktører og har bestemte målgrupper som del av formålet;
- hyppig er basert på søknad og skjønnsmessige kriterier;
- oftere enn ellers innebærer et element av kostnadsrefusjon;
- utgjør som regel en liten del av samlet finansiering.

De særskilte tilskuddene skiller seg utover dette ikke nevneverdig fra de generelle tilskuddene, og lar seg på samme måte klassifisere etter systematikken i Figur 1. For eksempler på særskilte tilskudd, se omtale i avsnitt 3.4.2.

2.6 Begrunnelse for blandingsmodeller. Enkelhet som mothensyn

I Norge er det lang tradisjon for bruk av blandede finansieringsmodeller i helsetjenesten. I noen tilfeller er dette en naturlig følge av at flere ulike betalere er involvert. Men det skyldes også at finansieringsordninger har ulike egenskaper, og at ved å kombinere flere typer ordninger oppnås en sammensetning av virkemidler som bedre støtter opp om ønsket måloppnåelse enn om én finansieringsmåte ble benyttet alene. I OECD-rapporten «Better Ways to Pay for Health Care»⁸ formuleres dette slik:

"Blending payment methods and adapting traditional modes of payment include combining different payment mechanism and adjusting for population characteristics in payment methods. They have worked well to attach specific health policy objectives to delivery, or to balance the negative and positive incentives of different payment mechanisms. These approaches encourage a greater focus on quality and to discourage skimming of care and "cherry-picking""

En svensk offentlig utredning fra 2017⁹ har i sin oppsummering tatt med følgende relaterte problematisering:

⁸ OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>

⁹ Jakten på den perfekte ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? SOU 2017:56 <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201756/>

"Styrning genom ersättningsmodeller får inte alltid de avsedda effekterna. Ibland försöker man hantera de negativa sidoeffekterna som uppstår genom att introducera nya komponenter i modellen. Detta leder i sin tur till ökad detaljeringsgrad och större komplexitet i modellen. Det har visat sig svårt att justera ersättningsmodellen så att den ensam svarar upp till alla mål, och parerar alla sidoeffekter, som uppstått längs vägen. Det finns med andra ord ingen perfekt ersättningsprincip eller ersättningsmodell som kan svara upp mot alla önskemål."

De ovenstående betraktningene og erfaringene kan sammenfattes til:

- Blandingsmodeller er hensiktsmessige for å balansere styrker og svakheter ved enkeltordningene.
- Man må likefullt være tilbakeholdne med å etablere for komplekse modeller, både grunnet de administrative kostnadene dette innebærer, og fordi det alltid vil være uønskede sideeffekter som oppstår uten at alle opprinnelige mål oppnås.

3 NÅSITUASJON

3.1 Bakgrunn for fastlegeordningen

Fastlegeordningen i Norge ble innført i 2001, etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993–1996. Ordningen ble hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, jfr § 4-1. Det ble vedtatt en forskrift for fastlegeordningen som la de ytre rammene for ordningen, men den nærmere regulering av ordningen ble overlatt til Legeforeningen og KS/Oslo kommune ved etableringen av rammeavtalene (ASA 4310 og Rammeavtale mellom Oslo kommune og Legeforeningen) og inngåelse av individuelle fastlegevtaler.

Forut for fastlegeordningen ble allmennlegetjenestene i kommunen løst på ulike måter. I tillegg til tidligere distriktsleger var det kommunalt ansatte leger og privatpraktiserende leger med og uten driftsavtale. Mange forskjellige driftsformer og manglende normering medførte store forskjeller når det gjaldt tilgjengelighet og kvalitet, og også i pasientenes egenbetaling. Legemangel og rekrutteringsutfordringer preget perioden frem til fastlegereformen. I Ot.prp 99 (1998-99) heter det:

"Det er i dag store problemer med rekruttering til og stabilitet i primærlegetjenesten. Mangelfull legedekning rammer i første rekke distriktene i Norge. En undersøkelse viser at kommuner i Nordland med under 4 000 innbyggere hadde mer enn 1/3 av de faste legestillingene ubesatt i 1998. Bruk av 10 - 20 korttidsvikarer i løpet av året er ikke uvanlig i disse kommunene. [.....]"

Og videre:

"Én konsekvens av legemangelen i kommunene er dårlig tilgjengelighet til allmennlegetjenester for befolkningen. En annen er at kommunene får problemer med å dekke behovet for ressurser til det offentlige legearbeidet. En tredje er stor slitasje på den stabile «stammen» av primærleger. Dette bidrar til at enda flere erfarne leger søker seg bort fra primærlegetjenesten. Usikkerheten om hva fastlegeordningen innebærer, bidrar til at unge leger stiller seg avventende til å søke primærlegetjenesten. Nyrekrutteringen skjer i all hovedsak til sykehus. Vi står således overfor utfordringer i primærlegetjenesten som må løses av flere parter i fellesskap"

Målet med fastlegeordningen var å bedre tilgjengeligheten til leger over hele landet og å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsket det skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Den skulle gi større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold og en mer rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet (Ot.prp 99 (1998-99)).

Sentrale elementer ved ordningen på innføringstidspunktet var

- Befolkningens rett til fastlege og til å bytte fastlege

- Kommunens plikt til å tilby innbyggerne fast lege. Kunne innfris ved å inngå fastlegeavtaler med et nødvendig antall allmennleger.
- Legens listeansvar; legen har plikt til å tilby og prioritere allmennlegetjenester til innbyggerne på listen
- God tilgjengelighet, kontinuitet og kvalitet
- Næringsdrift som hovedmodell Ot.prp 99 (1998-99) pkt 4.4
- Tredjepartsfinansiering; ordningen skulle i hovedsak være kostnadsnøytral for kommunen for å sikre lik rett på helsetjenester over hele landet
- Kombinasjon av basis- og aktivitetsbasertfinansiering, sikkerhet for inntekt i tillegg til incitament for å sikre høy og målrettet aktivitet
- Avtalesamarbeid; Staten, KS og Legeforeningen sammen ansvaret for rammevilkårene og utvikling av ordningen.

Ved innføringen av fastlegeordningen ble de økonomiske konsekvensene for kommunene omtalt i Ot.prp. nr 99 (1998-99) kapittel 9.8.3:

«Privat praksis med per capita-tilskudd vil være hovedmodellen i fastlegeordningen. Kommunens utgifter vil da gå fra å være avhengig av antall legestillinger/hjemler, til å bli avhengig av antall innbyggere i kommunen.»

«For kommunen vil systemet innebære god budsjettkontroll med forutsigbare utgifter. Størrelsen på per capita-tilskuddet skal avtales i sentrale forhandlinger i 2000. Disse forhandlingene vil avklare størrelsen på kommunenes kostnader til fastlegeordningen.» (Representerer prinsipp om kostnadsnøytralitet for kommunene.)

Fastlegeordningen ble ytterligere formalisert i 2011 med lovfesting av innbyggernes rett til fastlege (endring av pasient- og brukerrettighetsloven) og tydeliggjøring av kommunenes ansvar for fastlegeordningen (ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov). I innstillingen til sistnevnte fra helse- og omsorgskomiteen (Innst. 422 S (2010–2011)) ble regjeringens intensjon blant annet gjengitt som følger:

"De overordnede rammebetingelsene for fastlegeordningen skal ligge fast, men ordningen skal utvikles på en del områder som er viktige i samhandlingsreformen. Stat og kommune skal få bedre styringsmuligheter for å sikre god kvalitet slik at innsatsen er i tråd med nasjonale og lokale prioriteringer. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Målet er at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til listepasientene og i større grad deltar i annet allmennlegearbeid. Fastlegeforskriften skal revideres. Det skal innføres nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med rapporteringskrav."

I komiteens merknader ble blant annet følgende sagt om finansieringsordningen:

"Flertallet merker seg at det ikke foreslås endringer i finansieringsordningen med per capita-tilskuddet og honorar nå, men at dette skal gjennomgås i forbindelse med arbeidet med forskriften. Flertallet mener at listelengde bør gjennomgås samtidig."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har merket seg motstanden fra høringsinstanser mot å endre finansieringssystemet for fastlegene fra en stykkpris på 70 prosent til en stykkpris på 50 prosent. Disse medlemmer ser at en reduksjon i per capita-tilskuddet kan komme i strid med samhandlingsreformens målsettinger og føre til utilsiktede virkninger."

Revisjon av fastlegeforskriften i etterkant av lovendringene innebar blant annet presisering av kommunenes overordnede ansvar for gjennomføring av fastlegeordningen, samt nye krav til fastlegenes ivaretagelse av listeansvaret. Det ble ikke foreslått endringer i finansieringsmodellen relatert til endringene i fastlegeforskriften.

3.2 Organisering og avtaleverk

Kommunene har et "sørge for"-ansvar for at innbyggerne i kommunen har et forsvarlig og godt allmenntilbud. Det følger av helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen kan yte tjenestene selv, eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Ordningen er for øvrig regulert i forskrift om fastlegeordningen og rammeavtalene mellom Legeforeningen og henholdsvis KS og Oslo kommune. I tillegg kommer statsavtalen som regulerer de økonomiske rammevilkår for både fastlegeordningen og avtalespesialistordningen. Statsavtalen er inngått mellom Legeforeningen, Helse og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende leger basert på lokale behov. Den enkelte lege inngår avtale med kommunen om å tilby allmenntilbudet til innbyggerne på listen, og partene blir etter denne avtalen forpliktet til å følge det regelverk og de sentrale avtaler som regulerer rettigheter og plikter i fastlegeordningen.

De næringsdrivende legene er oftest organisert i gruppepraksiser med flere fastleger samlet i ett legekantor. Virksomhetene er ulikt organisert, men en vanlig måte å organisere driften på er å etablere driftsselskap som ivaretar kontordrift, ansettelse av støttepersonell m.v. Den enkelte lege er individuelt ansvarlig overfor kommune og stat m.h.t. avtaler og økonomisk oppgjør.

Det var allerede ved innføringen av fastlegeordningen klart at hovedmodellen med ren næringsdrift ikke ville fungere over alt i landet. Det ble lagt til grunn at kommunen noen steder ville måtte tilby fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak for å sikre legedekningen, se Ot.prp 99 (1998-99) kap 9.4 til 9.7.

Hovedalternativene til ren næringsdrift etter hovedmodellen er:

- Næringsdrift, men med subsidiering/tilleggsfinansiering fra kommunen ("8.2-avtale")
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn med aktivitetsavhengig bonusavtale
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn

Flertallet av fastleger er næringsdrivende, med eller uten 8.2-avtaler. Eksakt omfang av ulike driftsformer er ikke kjent for landet som helhet. Fastlegestatistikk fra Helsedirektoratet viser

at 86,6 prosent av fastlegene er selvstendig næringsdrivende, mens 13,4 prosent er fastlønnnet¹⁰. Denne statistikken sier imidlertid ingenting om forekomst av tilleggsfinansiering av næringsdrivende fra kommunen eller bruk av bonusavtaler overfor fastleger som er ansatt i en kommune.

Tall fra KS bidrar til en nyansering¹¹. 42 % av landets kommuner har bare næringsdrivende leger (175 kommuner, inkludert næringsdrivende med 8.2-avtaler), mens 23 % av kommunene har bare fastlønnede leger (94 kommuner). 35 % av kommunene (144 kommuner) har en kombinasjon, med hovedtyngde på næringsdrift (i snitt er ca. 15 % av legene fastlønte i disse kommunene). Gjennomsnittlig innbyggertall i kommunene med kun fastlønn er 2000. Ettersom det særlig er de mindre kommunene som har ansatte fastleger, er det prosentvise omfanget av befolkningen som har en fastlege med fastlønnsavtale begrenset, om lag 8,7 % på nasjonalt nivå.

I Nordland, Troms og Finnmark er alternativ organisering det vanligste, mens ren næringsdrift i tråd med hovedmodellen forekommer sjeldnere¹².

3.3 Hovedelementer i gjeldende finansieringsmodell

3.3.1 Overordnet fremstilling

Dagens finansieringsmodell består av flere betalingsordninger og er således en blandingsmodell. Betalene i dagens system er staten, pasientene og kommunene, fordelt på de ulike ordningene. Helfo innehar viktige roller i gjennomføring av økonomisk oppgjør, informasjonsutveksling og kontroll. De enkelte ordningene gjelder likt fra statens side uavhengig av om fastlegefunksjonene er ivaretatt gjennom privat næringsdrift etter avtale med kommunen, eller om det er kommunen selv som drifter fastlegevirksomhetene.

For mottaker av betalingen, dvs den som leverer tjenestene, innebærer dagens system en bundet økonomi med forholdsvis lite fleksibilitet ut over det som ligger innebygget i modellen.

3.3.2 Økonomisk oversikt og overslag

Tabellen nedenunder gir en fremstilling av hovedelementene i dagens finansiering av fastlegeordningen. Tallene gjelder 2018, der ikke annet er angitt. I de etterfølgende avsnittene omtales kortfattet hva de ulike postene representerer.

¹⁰ Uttrekk fra Fastlegeregisteret august 2019. Offentliggjort statistikk per 31.12.2018 tilsa 15,2 %, men det er usikkerhet om korrekthet av det sistnevnte tallet.

¹¹ Helfos basistilskuddsrapport, samt rapportering fra kommunene.

¹² Birgith Abelsen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Den nasjonale helseøkonomikonferansen 28.5.2019. "Fastlegeordningen i Nord-Norge".
http://ekstern.filer.uib.no/svf/Helse%C3%B8konomikonferansen%202019/Abelsen_Fastlegeordningen%20i%20Nord-Norge.pdf

Finansieringselement	Beløp i 2018	Andel av total finansiering
Per capitatilskudd fra kommunene*	2 492 000 000	23,9 %
Utjamningstilskudd**	143 000 000	1,4 %
Egenandeler betalt av pasientene	1 954 000 000	18,7 %
Egenandeler betalt av folketrygden pga frikort	827 000 000	7,9 %
Egenandeler betalt av folketrygden pga andre fritaksgrunner	426 000 000	4,1 %
Ordinære takstrefusjoner fra folketrygden, ekskl L-takster	3 760 000 000	36,0 %
L-takstene fra NAV	302 000 000	2,9 %
Egenbetaling fra pasient som ikke teller med i frikort	159 000 000	1,5 %
Tilleggsfinansiering fra kommunene***	439 000 000	3,6 %
Betaling for andre erklæringer, attester mv. betalt av pasient, forsikringselskap mv.	[Tall foreligger ikke]	[Tall foreligger ikke]
Sum	10 502 000 000	

* Utrekning: Gjennomsnittlig antall innbyggere på fastlegelistene i 2018, multiplisert med gjennomsnittlig per capita-tilskudd i 2018 (kr 451 per år i første halvår, og kr 486 i andre halvår).

** I tillegg til per capita-tilskuddet, gis utjamningstilskudd. Gjelder kommuner med mindre enn 5000 innbyggere og der gjennomsnittlig listelengde hos fastlegene er mindre enn 1200. Kilde: FLO, utregning fra januar 2018, som gjelder 2017. Beløpet er oppjustert med 5 %, tilsvarende økningen i per capita-utbetalinger.

*** Kilde: KS sin FoU-rapport (fra mai 2018) *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*. Rapporten sier tallet er usikkert. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/kommunene-subsidierer-fastlegeordningen/>. Videre har IPSOS gjennomført en tilsvarende undersøkelse i juni 2019 og estimerer at den kommunale tilleggsfinansieringen er økt til 439 millioner kroner i 2018.

Oversikten viser at om lag 25 % av den totale finansieringen på makronivå kommer fra per capitatilskudd (inkl utjamningstilskudd). Dette varierer imidlertid mellom fastlegene ut fra flere ulike faktorer.

3.3.3 Per capita-tilskudd

Kommunene betaler fastlegene gjennom et per capita-tilskudd hvor fastlegene får en fast sum per pasient på listen (kr 499 per år per 1.7.2019). Dette ble innført med fastlegeordningen og erstattet det tidligere faste driftstilskuddet. Kommunene har full

kostnadsdekning for disse utbetalingene gjennom inntektssystemet fra staten, og er således et mellomledd i per capita-finansieringen. Kommunene mottar datagrunnlag for utbetalingene til fastlegene gjennom månedlig oppdaterte sammenstillinger av Fastlegeregisteret fra Helfo.

Dagens ordning innebærer at kommunene får overført midler gjennom rammetilskuddet fra staten basert på antall innbyggere i kommunen. Dette skal dekke basistilskudd og utjamningstilskudd. Pasientflyt over kommunegrensene håndteres gjennom gjesteinnbyggeroppgjøret slik at fordelingen mellom kommuner i utgangspunktet er et nullsumspill.

3.3.4 Takstbaserte refusjoner fra folketrygden (Betaling for enkelttjenester/"Fee-for-service")

Staten betaler for tjenestene gjennom en takstbasert finansiering, hvor takstene forhandles ex ante og utbetales etter at tjenesten er utført og registrert. Forhandlingene foregår hver vår mellom Legeforeningen og staten ved HOD, KS, og RHF-ene, se punkt 3.5. Takstene fremkommer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, og er formelt sett det beløpet folketrygden gir i stønad til den enkelte pasient i forbindelse med behandling eller undersøkelse. Gjennom direkteoppgjørsordningen hjemlet i folketrygdloven § 22-2, mottar imidlertid legene refusjonene direkte. Stønadene kommer fra folketrygden med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 om legehjelp. Bestemmelsen legger rammer for hvilke aktiviteter som kan utløse stønad (undersøkelse og behandling hos lege).

Det er en forutsetningen for å kunne bruke takstsystemet at legen har fastlegeavtale med kommunen, jfr forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.

3.3.5 Egenandeler (Betaling for enkelttjenester/"Fee-for-service")

Pasientene betaler egenandeler for utførte tjenester. Stortinget fastsetter prosentvis økning i egenandelene i.f.m. behandling av statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet avgjør hvordan økningen skal fordeles på de forskjellige egenandelene i forbindelse med takstforhandlingene. Folketrygden trer inn som betalende part på vegne av pasienten i.h.t. gjeldende skjermingsordninger. Finansieringsteknisk sett er det intet skille mellom de aktuelle egenandelene og øvrige takstutbetalinger, utover forskjellene i betalingsansvar.

3.3.6 Tilskudd til fellesformål

Som ledd i forhandlingene om statsavtalen gjøres det årlige avsetninger til fellesformål som er angitt i statsavtalen punkt 4.3. Avsetningene innebærer en øremerking av midler fra rammen til spesifikke formål.

3.3.7 Utjamningstilskudd

I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det, i tillegg til basistilskuddet, gis et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i

kommunen er lavere enn 1 200 personer. Hensikten er å kompensere for dårlig næringsgrunnlag for de selvstendig næringsdrivende legene i disse kommunene.

Utjamningstilskuddet er ikke øremerkede midler fra staten, men er finansiert gjennom det ordinære inntektssystemet. Dette innebærer at den enkelte kommunes utbetaling av utjamningstilskudd ikke er knyttet opp til de faktiske overføringene fra staten.

Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde. Utjamningstilskuddets innretning medfører at det blir kostbart for kommunen å øke antall fastleger i tilfeller der vilkår for utjamningstilskudd er oppfylt, mens den enkelte fastlege vil få økt inntjening. I dag vil utjamningstilskuddet per lege i en kommune med 2 000 innbyggere være om lag 100 000 kroner dersom kommunen har to leger, om lag 266 000 kroner dersom kommunen har tre leger og om lag 350 000 kroner dersom kommunen har fire leger.

En kommunesammenslåing kan innebære at vilkårene for utjamningstilskudd ikke lenger er oppfylt eller at tilskuddet blir redusert, uten at næringsgrunnlaget for legene blir bedre. Bosetting og geografiske forhold endres ikke umiddelbart ved en kommunesammenslåing. I sin rådgivning overfor kommunene sier KS at det bør ses på hva det innebærer for den enkelte lege at utjamningstilskuddet bortfaller. Ut fra dette bør det vurderes å iverksette eventuelle subsidieringstiltak. Eksempelvis kan et beløp tilsvarende utjamningstilskuddet fortsatt utbetales til legen, eventuelt i en overgangsperiode. Det bør vurderes om utbetalingen av tilskuddet skal være betinget av at forholdene ved legens praksis ikke endrer seg. Det vil si at tilskuddet bortfaller eller reduseres ved for eksempel flytting av praksis eller sammenslåing med annen gruppepraksis. Eventuell videreføring av utjamningstilskuddet reguleres i egen økonomisk avtale med den enkelte lege.

3.3.8 Godtgjørelse fra NAV – "L-takster" (Betaling for enkelttjenester/"Fee-for-service")

Dette er en stykkprisbetalingsmodell for merarbeid knyttet til sykmeldte og andre arbeidsrelaterte funksjoner fastlegene ivaretar overfor NAV. Satsene reguleres i et vedlegg til folketrygdloven § 21-4. Satsene endres ensidig av Staten, etter dialog med Legeforeningen.

3.4 Andre finansieringskomponenter

3.4.1 Kommunenes tilleggsfinansiering

Kommunenes kostnader til fastlegeordningen påvirkes i de tilfeller den organisatoriske hovedmodellen med ren næringsdrift (uten 8.2-avtale) fravikes. Hovedformene for alternativ organisering er:

- Kommunene kan ansette fastleger på fastlønn, evt. supplert med bonusordninger. Kommunene mottar da den aktivitetsbaserte komponenten i betalingssystemet fra staten og pasientene, og beholder per capita-tilskuddet.
- Kommunene kan subsidiere de selvstendig næringsdrivende fastlegene gjennom f.eks.:

- Gunstige avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende
- Avtaler om disponering av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell

Kostnader til innleie av vikarer fra vikarbyrå e.l. er eksempler på andre merkostnader kommunene kan ha.

Praksis i dag er at kommunenes merkostnader dekkes gjennom kommunenes frie inntekter.

Variasjon i kommunenes kostnadsnivå

Det er store forskjeller blant annet på innbyggertall, antall fastleger og kostnadsnivå mellom kommunene. Dette har betydning for næringsgrunnlaget til den enkelte fastlege.

Ipsos har i mai 2018, på oppdrag fra KS, utgitt rapporten «Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen»¹³. Rapporten anslår at omtrent 7 av 10 kommuner tilleggsfinansierer fastlegeordningen utover den ordinære hovedmodellen (næring). Total tilleggsfinansiering fra kommunene estimeres til 378 millioner kroner i 2017. IPSOS har gjennomført en tilsvarende undersøkelse i juni 2019 og estimerer at den kommunale tilleggsfinansieringen er økt til 439 millioner kroner i 2018.

I utgangspunktet trenger det ikke koste noe mer for kommunen å ansette en fastlege framfor å inngå avtale med en næringsdrivende lege. Ved fastlønsdrift tilfaller basistilskudd, refusjoner og egenandeler kommunen, mens kommunen betaler for legens lønn og driftskostnader ved legekantoret. I teorien kunne inntektene tenkes å dekke kostnadene.

I praksis er imidlertid ikke kommunenes inntekter nok til å dekke kostnadene, slik at fastlønsdrift er en kostnad for kommunene. Ved å koble data fra PAI-registeret, Fastlege_registeret og KUHR kan kommunenes merkostnad ved fastlønsdrift beregnes. Resultatene viser at kommunenes inntekter fra basistilskudd, refusjoner og egenandeler omtrent dekker kostnadene til legenes lønn, inkludert sosiale kostnader. Da er det imidlertid ikke noe igjen til å dekke driftskostnader, og fastlønsdrift blir dermed en merkostnad for kommunene. Kostnaden er av størrelsesordenen 300 millioner, for øvrig i øvre del av konfidensintervallet i IPSOS sin undersøkelse. Merkostnaden per innbygger er størst i de minste kommunene. Kostnadene reflekterer at fastlønsdrift er mest utbredt der det er vanskelig å rekruttere fastleger.

3.4.2 Rekrutteringstilskudd

Helsedirektoratet forvalter et rekrutteringstilskudd¹⁴ på vegne av staten på vel 74 millioner kroner i 2019. Formålet er tredelt:

¹³ https://www.ks.no/contentassets/11090ac4bb2445c88e049c469f13b7e6/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen_310518.pdf

¹⁴ Rekruttering av fastleger og stabilitet blant leger i kommuner som har rekrutteringsvansker.

- 1) Etableringstilskudd ved inngåelse av fastlegeavtale i kommuner hvor det kan dokumenteres rekrutteringsutfordringer. Midlene kan benyttes som inntektsgaranti ved få eller ingen innbyggere på listen ved oppstart av praksis, konvertering av privat praksis eller ved overtagelse av opparbeidet praksis. Det kan tildeles inntil 300 000 kroner per stilling.
- 2) ALIS-avtale (tidligere kalt utdanningsstillinger) i de tilfeller rekruttering til fastlegeavtale med spesialiseringsløp betinger særlig tilrettelegging utover det som er forskriftsfestet. Utgifter for å oppfylle forskriftsfestede krav til veiledning dekkes over et annet regelverk. ALIS-avtaler kan inngås med fastleger både i selvstendig næring og med fast lønn.
- 3) Utover dette kan kommunene søke om tilskudd til andre tiltak som kan bidra til stabilitet blant allmennleger i kommuner som har utfordringer med å rekruttere. Det settes ingen beløpsgrense for hvor mye det kan søkes om til slike tiltak.

3.4.3 Tilskudd til ALIS Næringsdrivende

Det ble under normaltarifforhandlingene våren 2019 avtalt at det etableres et tilskudd på 60 millioner kroner til ALIS-avtaler for næringdrivende leger i rekrutteringssvake kommuner. Dette kommer i tillegg til ovennevnte ordning, og det forutsettes også her at kommunen bidrar med 20 % finansiering. Kommunen kan søke om midler som skal gå til særlig tilrettelegging, herunder kompensasjon av legens utgifter knyttet til spesialiseringen. Midlene er tilgjengelig for utdanningsaktiviteter i avtaleåret 2019/2020.

3.5 Beskrivelse av forhandlingsystemet

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Legeforeningen på den andre har årlige forhandlinger om statsavtalen herunder fastsettelse av per capita- og driftstilskudd samt honorar og refusjoner for fastleger og avtalespesialister. På statens side deltar også Finansdepartementet og Helsedirektoratet. I tillegg blir partene enig om avsetninger til ulike fond.

Forhandlingene har til formål å fastsette hvor mye henholdsvis per capitatilskudd og honorar-/refusjonstakster skal økes med i forhold til det foregående avtaleåret. Det forhandles om en prosentsats (økningen), som gjerne omtales som "rammen" på oppgjøret. Rammen består av to komponenter, en inntektskomponent og en kostnadskomponent. Endringene i disse to komponentene utgjør til sammen den samlede økning av rammen. Denne delen av forhandlingene har preg av et lønnsoppgjør. I etterkant av rammeforhandlingene fordeles den nærmere fordeling av rammen (i form av konkrete beløp) på ulike honorar-/refusjonstakster.

Statsavtalen inngås med virkning fra 1. juli det enkelte år, slik at en avtaleperiode går fra 1. juli til 30. juni det påfølgende år. De avtalte endringer og justeringer i takstene blir tatt inn og vedtatt i "Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege".

Forut for forhandlingene sender Legeforeningen inn krav til rammeutvikling samt krav om endringer i takster og nye takster. Endringene i takster kan både være endring i tekst, endring i honorar eller utvidelse av takstens bruksområde. Det har også vært fjernet takster, slått sammen takster og tatt prosedyrer ut i egne takster. I et oppgjør er det vanligvis om lag 20-40 endringer i honorarer, 3-10 endringer i tekst og 0-4 nye takster. Legeforeningens forslag til endringer er basert på en prosess i de respektive yrkesforeningene til allmennlegene, samfunnsmedisinerne og avtalespesialistene, noe som sikrer innspill fra de som daglig bruker takstene.

Endring av ramme og takster avtales for helsehjelp som skal gis frem i tid. I forbindelse med oppgjørene gjennomføres det derfor en takstbruksundersøkelse (TBU) som viser utviklingen i frekvens for enkelttakster, og som gir grunnlag for en vurdering av eventuell vekst utover det som ble avtalt i forrige oppgjør. I vurderingen tas blant annet hensyn til nye leger som kommer inn i ordningen, befolkningsutvikling og endring i antall spesialister i allmenntid medisin. Partene gjennomfører også en Inntekts- og kostnadsundersøkelse (IKU) med jevne mellomrom. I denne måles endringer i inntekter og kostnader opp mot forhandlingsresultatene i perioden. Til sammen gir disse to undersøkelsene muligheter til å følge kostnadsutviklingen i ordningen. Takstene gir også informasjon om aktivitet og hvor ofte ulike prosedyrer utføres.

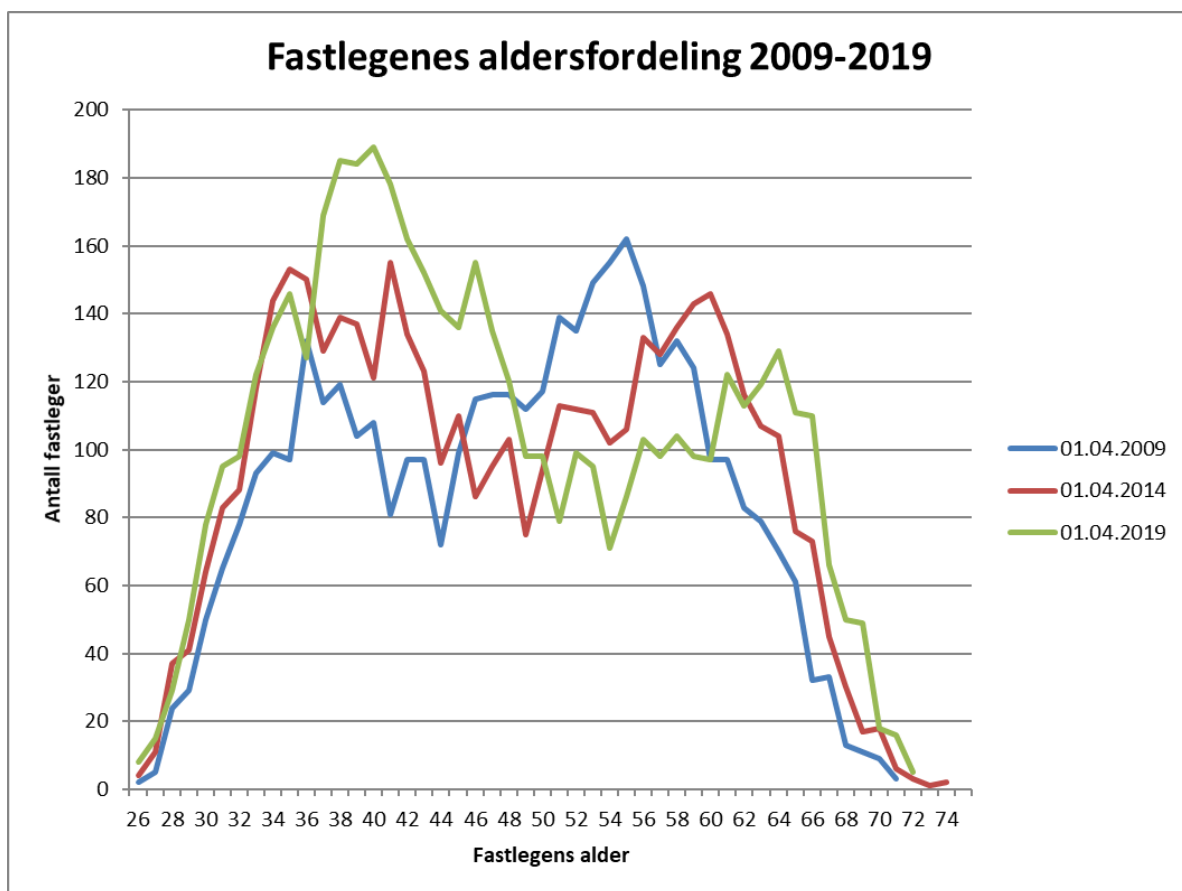
Forhandlingsordningen medfører involvering av de som bruker taktssystemet, og bidrar til at takstene fastsettes med medisinskfaglig og praksisnær kompetanse.

3.6 Relevant statistikk og fremskrivninger

3.6.1 Demografi fastleger

Da fastlegeordningen ble innført i 2001, var 59 prosent av fastlegene mellom 40 og 54 år. 17 prosent var mellom 55 og 66 år. Figur 2 og Figur 3 nedenfor viser at det har kommet mange unge leger inn i fastlegeordningen, men samtidig er det relativt mange fastleger som nærmer seg pensjonsalder. Gjennomsnittsalderen for fastlegene økte fra 46,0 år i 2001 til 48,3 år i 2012, men har deretter sunket til 47,5 år i 2018.¹⁵

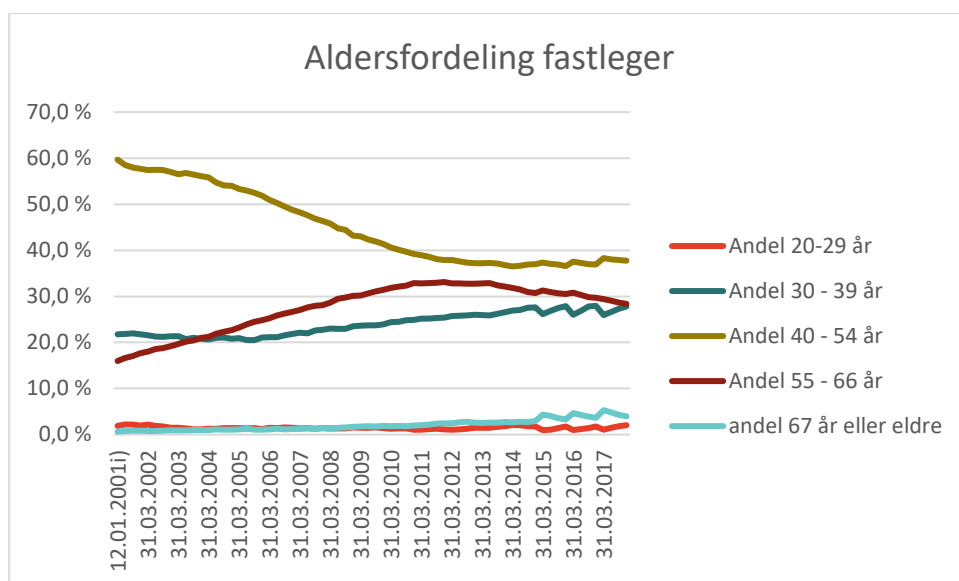
Figur 2: Fastlegenes aldersfordeling 2009 – 2019



Kilde: HelseDirektoratets fastlegeregister

¹⁵ <https://helseDirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2018>

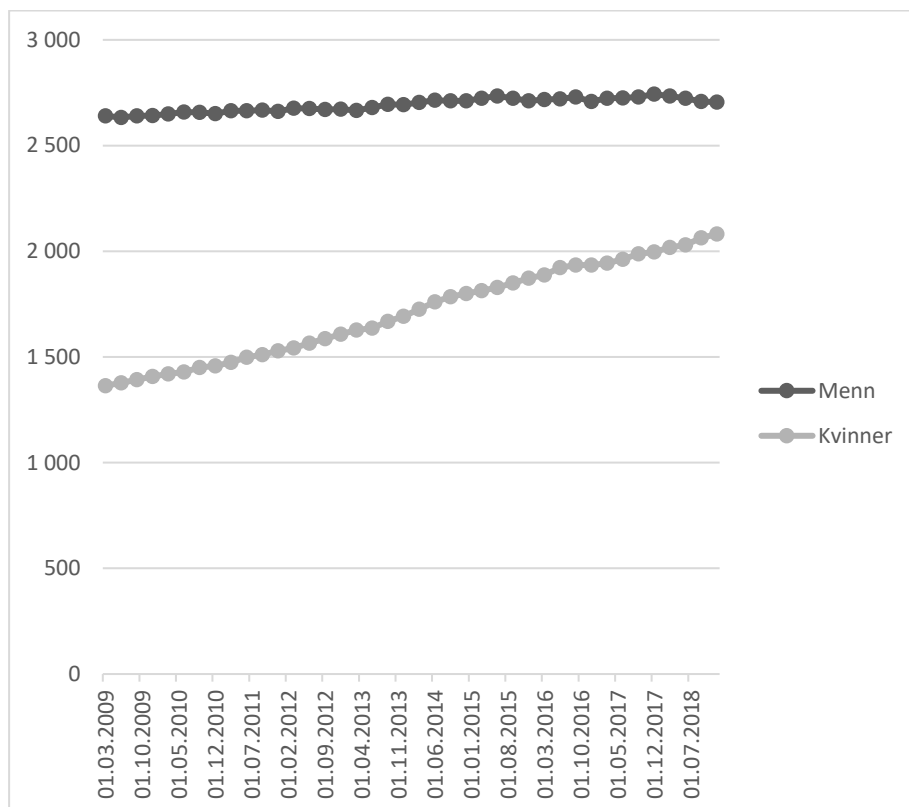
Figur 3: Fastlegenes aldersfordeling alternativt fremstilt



Kilde: Helseidirektoratets fastlegeregister

Figur 4 illustrerer at det i perioden 2009 til 2018 har vært en økning av antall fastleger i Norge. Denne utviklingen har i all hovedsak kommet gjennom nettoøkning av kvinnelige fastleger, mens antall mannlige fastleger har vært stabilt. Kvinneandelen blant fastlegene har i perioden således steget fra 34,1 % til 43,5 %.

Figur 4 - Utvikling i antall fastleger 2009-2018 fordelt på kjønn



Kilde: Helseidirektoratets fastlegeregister

3.6.2 Behov for allmennleger i kommunene frem mot 2030

På oppdrag fra trepartssamarbeidet ble det i juni 2018 nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skulle utrede ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering av leger i allmenntidmedisin. Modellene skulle ta for seg både fastlønn og næringsdrift. Den partssammensatte arbeidsgruppen leverte første del 1. juli 2018 med forslag om tre ulike modeller som hadde mange felles kostnads- og inntektselementer:

- Modell 1: ALIS næringsdrivende fastlege
- Modell 2: ALIS fast lønn – kommunalt ansatt fastlege
- Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen

Den partssammensatte arbeidsgruppen leverte andre del av utredningen 1. november 2018 med flere ulike scenarioer for behov av allmennleger frem mot 2030. For å dekke avgang, men inkludert at alle som jobber i legetjenesten i kommunen skal være spesialist, eller under spesialisering anslås behovet til 300 fastleger i året. Dersom man i tillegg dekker befolkningsveksten forventet frem mot 2030 er antallet 350 fastleger i året. Dersom man ønsker å normalisere arbeidstid til 40 timer i uken utenom legevakt, så vil behovet være 460 fastleger i året. Dersom man vil normalisere arbeidstiden til 40 timer i uken inkludert legevakt vil behovet være 540 fastleger i året. Alle beregninger er med utgangspunkt som om fastlegene har samme organisering, arbeidsoppgaver og mengde som i dag. Arbeidsgruppen la til grunn en beregnet kostnad per kandidat (allmennlege i spesialisering) til 208 800 kroner per år, dersom man legger til grunn kostnadselementene individuell veiledning, supervisjon, gruppeveiledning og administrasjon.

Årlig behov for tilføring av fastleger i kommunen

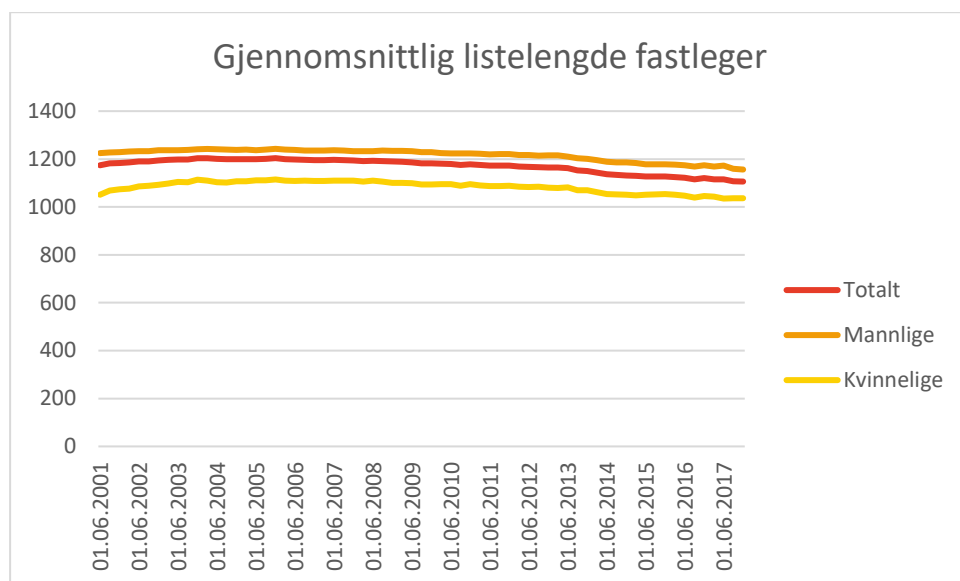
	Antall nye fastleger
Opprettholde dagens nivå	300
Befolkningsvekst medregnet økt sykdomsbyrde	350
Normalisering av arbeidstid (uten legevakt)	460
Normalisering av arbeidstid (med legevakt)	540

3.6.3 Utvikling og variasjon i listelengde

Styringsdata for fastlegeordningen fra Helsedirektoratet¹⁶, viser at gjennomsnittlig listelengde har gått ned fra 1184 i 2001 til 1097 i 2018. Listelengde går ned for både

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2018>

mannlige og kvinnelige fastleger. Per 31.12.2018 var gjennomsnittlig listelengde 1 152 innbyggere for mannlige fastleger og 1 026 innbyggere for kvinnelige fastleger.

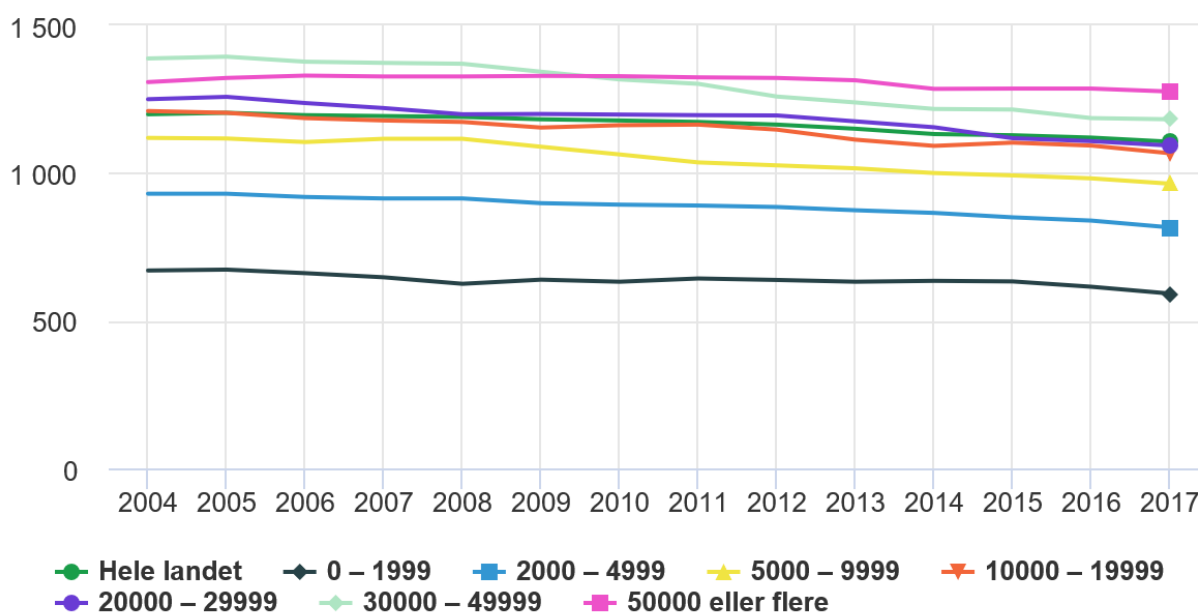


Figur 5 Gjennomsnittlig listelengde 2001-2017

Kilde: Helsedirektoratets fastlegeregister

Funnene gjenfinnes i SSBs analyser av gjennomsnittlig listelengde for hele landet 2004-2017. Analysene er basert på tall fra KOSTRA og fastlegeregisteret. SSB har sortert gjennomsnittlig listelengde etter kommunesentralitet og kommunestørrelse. Gjennomsnittlig listelengde varierer med kommunens størrelse. Figur 6 under viser hvordan kommunene med minst innbyggere også har kortere gjennomsnittlig listelengde.

Figur 6: Gjennomsnittlig listelengde etter kommunestørrelse. 2004 - 2017.



*Kilde: SSB, *Fastlegen får stadig kortere pasientlister* ¹⁷

SSBs rapport viser også at gjennomsnittlig listelengde varierer med kommunenes sentralitet, definert som *kommunenes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det er funksjoner av høy orden*.

3.7 Utvalgte, pågående utviklingstiltak

3.7.1 Primærhelseteam

Det pågår forsøk med primærhelseteam ledet av Helsedirektoratet. Forsøket startet 1.4.2018 og skal pågå i tre år. Det omfatter 13 praksiser med totalt ca 80 fastleger. Nye måter å organisere og finansiere fastlegevirksomhet testes ut.

Det prøves ut to ulike finansieringsmodeller – honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Honorarmodellen har betydelige likhetstrekk med dagens finansiering av fastlegene. Det nye er at sykepleier kan utløse takster selvstendig for en del av sine arbeidsoppgaver. Driftstilskuddsmodellen avviker betydelig fra dagens finansiering. Hoveddelen av praksisenes inntekter kommer fra et driftstilskudd som utmåles ut fra kjennetegn ved listeinnbyggerne (særlig kjønn og alder), men også fra kvalitetselementer. Kun 20 prosent av praksisenes inntekter kommer fra aktivitetsbasert finansiering. Antall takster er redusert betydelig sammenliknet med den ordinære stønadsforskriften.

¹⁷ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fastlegene-far-stadig-kortere-pasientlister>

3.7.2 Tilskuddsordning til næringsdrivende fastleger for særlig arbeidskrevende lister

Det ble som ledd i forhandlingene om Statsavtalen for perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2020 besluttet å opprette en ny tilskuddsordning rettet mot næringsdrivende fastleger med særlig arbeidskrevende lister. Tilskuddets innretning vil utgjøre en tilleggskomponent til rammefinansieringen, i form av et risikjustert tilskudd rettet mot et utvalg av fastlegene. Forhandlingsprotokollens ordlyd er gjengitt nedenunder:

"For avtaleåret avsettes det 50 mill. kroner til en tilskuddsordning til næringsdrivende fastleger for særlig arbeidskrevende lister. Tilskuddet skal være administrativt enkelt og baseres på objektive og signifikante kriterier, f.eks. alder og kjønn. Det er også aktuelt å vurdere historiske takstdata. I forbindelse med opprettelsen av tilskuddet nedsettes det en partssammensatt arbeidsgruppe som skal ta stilling til konkret modell innen 31.12.2019. Dersom utbetaling skal knyttes til terminer skal tilskuddsordningen skje med virkning fra 1. juli. Tilskuddet er rammestyr. Utbetalt tilskudd til den enkelte lege skal ikke overstige 50 000 kroner. Tilskuddet skal evalueres etter første driftsår. Midlene til dette tilskuddet kommer i tillegg til den økonomiske rammen i protokollens punkt 1."

4 UTVIKLINGSTREKK OG UTFORDRINGER

I dette kapittelet gjennomgås ulike utviklingstrekk og utfordringer som vurderes å være av særlig betydning for videreutviklingen av finansieringsordningene. Utvalget er gjort med utgangspunkt i mandatet og de hovedutfordringene arbeidsgruppen ser for fastlegeordningen og videreutviklingen av denne. Hovedhensikten med denne gjennomgangen er å besvare følgende:

- Hvilke av utfordringene kan endret finansieringsmodell bidra til å løse, og hva må i hovedsak løses gjennom andre virkemidler?
- Hvis endret finansieringsmodell kan være del av løsningen på problemet, i hvilken retning bør i så fall finansieringsordningene dreies?

4.1 Rekruttere og beholde fastleger

Kommunenes evne til å rekruttere og beholde leger som fastleger og i øvrige allmenntilleggs funksjoner er avgjørende for opprettholdelse av et godt helsetjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet i hele landet. Flere kommuner rapporterer om problemer med å rekruttere næringsdrivende fastleger¹⁸. Dette gjelder ikke bare i mindre distriktskommuner, men også i økende grad større kommuner i sentrale strøk.

Helsedirektoratets statistikk basert på Fastlegeregisteret er ikke konklusiv m.h.t. problemomfanget og utviklingen av dette over tid, men noe av den samme tendensen antydes også her¹⁹:

"Trenden med reduksjon av antall lister uten fast tilknyttet lege har stoppet opp og økt markert i 2016/ 2017/ 2018, etter å ha vært nede i 50. Ved utgangen av 4. kvartal 2018 er 100 lister uten fast tilknyttet lege. 2,0 prosent av listene står nå uten fast tilknyttet lege, og det er til sammen 55 042 innbyggere som er tilknyttet disse listene. Listene/ hjemlene er normalt betjent av kort tids vikarer."

¹⁸ Kilder: 1) Uformelle rapportering fra enkeltkommuner til KS, meddelt fra KS' representanter i arbeidsgruppen. 2) Legeforeningens spørreundersøkelse rettet mot landets kommuner i 2019, som gjentagelse av VGs kartlegging i 2017 (<https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>) 3) Fastlegeregisteret; økt vikarbruk

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2018>

I det følgende gis en enkel analyse av forhold som er av betydning for rekruttering og kontinuitet av fastleger, etterfulgt av en vurdering av finansieringsordningenes betydning på dette området sett opp mot andre virkemidler.

4.1.1 Økt oppgavemengde og endrede oppgaver for fastlegene

Samlet oppgavemengde sett opp mot gjenytelsene er en viktig faktor som påvirker både om nye leger ønsker å gå inn i fastlegerollen, og hvorvidt etablerte fastleger velger å fortsette sin virksomhet. De siste årene har det vært betydelig offentlig oppmerksomhet omkring nivået av og utviklingen av oppgavemengde for fastlegene, og flere undersøkelser og utredninger^{20 21 22} har forsøkt å komme til bunns i spørsmål så som:

- Har det vært en utvikling i tidsbruk og oppgavemengde?
- Hva består oppgaveendringene av?
- Har endringer i oppgavemengde blitt kompensert gjennom inntektsutviklingen?

Noen av hovedkonklusjonene er:

- Fastlegenes arbeidstid har økt
- For fastlegene som drev enkeltpersonforetak har inntektene og kostnadene holdt seg relativt stabile fra 2014 til 2017²³.
- Det er summen av mange ulike faktorer som har økt fastlegenes arbeidsbelastning, herunder:
 - Pasientene har mer sammensatt og komplisert sykdom
 - Økt volum på pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er tilstede
 - Konsultasjonene er blitt mer tidkrevende å gjennomføre og inneholder flere problemstillinger enn tidligere
 - Økt mengde for- og etterarbeid, noe som ofte blir gjort på kveldstid og i helger

²⁰ Undersøkelsen "Fastlegers tidsbruk", 2018. Utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fastlegers-tidsbruk/id2592992/>

²¹ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>

²² Rapport fra partssammensatt gruppe 1.3.2019: "Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018". Gruppen hadde representanter fra staten (Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet), KS, de regionale helseforetakene og Den norske legeförening

²³ SSBs inntekts og kostnadsundersøkelse "Fastlegens inntekter og kostnader" publisert i april 2019. SSB skriver på side 10 i rapporten: "For fastlegene som drev enkeltpersonforetak har inntektene og kostnadene holdt seg relativt stabile fra 2014 til 2017. Inntektene har økt litt mer enn kostnadene, og det gjennomsnittlige driftsresultatet har økt med om lag 40 000 kroner eller i underkant av 4 prosent i løpet av perioden. Dersom vi justerer med konsumprisindeksen for å ta høyde for prisutviklingen, ser vi at fastlegene i tabell 3.1 i gjennomsnitt har opplevd en realnedgang i driftsresultatet på 4 prosent fra 2014 til 2017"

- Fastlegene bruker mer tid på samhandling og dialog med annet helsepersonell/spesialisthelsetjenesten
- Det har ikke blitt etablert enighet om hvorvidt og i hvilken grad oppgaveendringen er kompensert gjennom inntektsutviklingen (jf. fotnote 22).

Det første sentrale spørsmålet er hvorvidt endringer i finansieringsmodell kan bidra til å løse utfordringer knyttet til endringer i oppgavemengde. Oppgaveoverføring og lange arbeidsdager løses ikke gjennom endringer i finansieringsmodell alene. Det må et bredere sett virkemidler til. Eksempler på mulige tiltak som kan være aktuelle:

- Fordele arbeidet på flere leger (øke antall hjemler, eller legge til rette for endret organisering slik at flere leger samarbeider om en større listepopulasjon) slik at antall pasienter pr lege går ned
- Tilføre mer støttepersonell/annet helsepersonell til fastlegevirksomhetene
- Effektivisering gjennom omorganisering og restrukturering av dagens fastlegevirksomheter (i retning av større private fastlegevirksomheter eller kommunalt drevne virksomheter)
- Effektivisering gjennom bedre bruk av digitale og andre nye arbeidsformer (for om mulig å oppnå omfordeling av tidsbruk *fra* lettere pasienter med høyt innslag av administrative tjenestebehov *til* pasienter med omfattende medisinske tjenestebehov)
- Overføring av oppgaver til andre aktører (f.eks. attester)

Endringer i finansieringsmodellen vil likevel kunne vise seg nødvendig som en følge av ovenstående tiltak, f.eks. fordi:

- Tilførsel av flere leger/fastlegelister vil/kan ha konsekvenser for fordeling av midler gjennom per capita-tilskuddet.
- Økt bruk av støttepersonell/annet helsepersonell bør understøttes bedre enn i dagens innretning av den aktivitetsbaserte finansieringen. En av flere mulige løsninger kan være å åpne for at flere takster kan benyttes av støttepersonell.
- Overgang til digitale og andre nye arbeidsformer til erstatning for ordinære konsultasjoner aktualiserer behovet for fortsatte endringer av dagens takstsystem slik at ikke betalingsordningene oppleves som hinder. Dette gjelder også endringer i innretningen av pasientenes egenandeler.

4.1.2 Endrede preferanser hos fremtidige og etablerte fastleger?

Det kan være et spørsmål om rekrutteringsproblemer i fastlegeordningen kan ha sammenheng med endring av preferanser for betalingsordninger og tilknytningsform blant fremtidige og etablerte fastleger i Norge. Det foreligger imidlertid p.t. ikke undersøkelser som gir et heldekkende og oppdatert bilde av situasjonen.

Abelsen og Olsen undersøkte i 2015 medisinstudenters preferanse for betalingssystemer, og hvilken betydning kjønn og personlighetstrekk har på preferansene²⁴. Flertallet foretrakk alternativer til det som er dagens hovedmodell for finansiering og organisering.

En undersøkelse blant fastleger i Norge, som samlet inn data i 2009 og 2012 gjennom strukturerte elektroniske spørreundersøkelser om fastlegers preferanser for privat næringsdrift vs. fast ansettelse²⁵ fant endrede preferanser blant fastlegene hvor en avtakende andel foretrakk privat næringsdrift fremfor fast ansettelse. Fra 2009 til 2012 var det en reduksjon fra 52 % til 36 %. Fast ansettelse var foretrukket blant unge fastleger, fastleger som jobbet i små kommuner, hadde flere pasienter på listen enn de ønsket, jobbet flere timer per uke enn de ønsket, som hadde relativt lav inntekt og få pasienter på listen. Det kan i liten grad trekkes slutninger om endringer i den statlige finansieringsmodellen basert på slike preferanseundersøkelser alene.

Det er nærliggende å anta at de ulike rammebetingelsene som gjelder for de to tilknytningsformene har betydning for utfallet av undersøkelsen, herunder ulikhet i sosiale rettigheter, arbeidstid og økt oppgavemengde, og opplevelsen av for lite økonomisk handlingsrom i næringdrift.

I de videre vurderingene er det viktig å opprettholde et klart skille mellom to spørsmålsstillinger:

- Legers preferanser i ulike karriere- og livsfaser for arbeid som fastleger gjennom privat næringsdrift eller gjennom faste ansettelsesforhold
- Vurderinger av hvordan fastlegetjenestene bør være finansiert fra statens side, gitt ulike organisasjonsmodeller

Det førstnevnte spørsmålet er et viktig element i vurderinger av fremtidig organisering av fastlegeordningen, men ligger utenfor mandatet å gå inn på i denne utredningen. Det legges til grunn at den igangsatte evalueringen av fastlegeordningen vurderer dette spørsmålet nærmere. I utredningen her er det i stedet siste punktet som er hovedspørsmålet, og gitt usikkerheten som foreligger må vurderingene ta høyde for ulike måter å organisere tjenestene på lokalt.

4.1.3 Sosiale rettigheter

Det er forskjeller i sosiale rettigheter og tilhørende sikringsordninger for næringsdrivende leger og ansatte leger. Det er all grunn til å tro at slike forskjeller virker som et rekrutteringshinder til næringsdrivende fastlegevirksomhet, og kan påvirke valget mellom det og ansettelse i kommunen eller sykehus. Det er rimelig å anta at usikkerhet knyttet til økonomisk

²⁴ Abelsen and Olsen. *Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits*. Human Resources for Health (2015) 13:69 <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-015-0060-0>

²⁵ Holte et al. *General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?* BMC Health Services Research (2015) 15:119

sikring ved arbeidsavbrudd og i.f.m. pensjon kan virke negativt på både rekruttering og stabilisering av næringsdrivende leger.

Det er viktig å skille mellom a) *retten til fravær* og b) *de økonomiske ytelsene* knyttet til fraværet. Selvstendig næringsdrivende fastlegers rett til fravær reguleres i rammeavtalene mellom Legeforeningen og KS/Oslo kommune (ASA 4310 og Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen) og tilsvarer i hovedsak fraværsrettighetene til leger som er arbeidstakere (fastlønte), men det er ulikheter i rettighetene til økonomisk kompensasjon.

Det er begrensninger i ytelsene som tilbys fra folketrygden til næringsdrivende leger. For sykepenger utbetales kun 75 % av sykepengegrunnet, og de mottar ikke stønad de første 16 dagene (det som for ansatte er arbeidsgiverperioden).

For det annet vil ikke næringsdrivende leger omfattes av det sosiale sikkerhetsnett som tariffestede rettigheter gir ansatte leger. For offentlig ansatte leger innbetaler arbeidsgiver en årlig sum til pensjon. I tillegg har ansatte leger tariffestede ordninger for ytelser ved egen sykdom, egne barns sykdom, foreldrepermisjon mv.

Næringsdrivende leger må derfor som utgangspunkt selv finansiere eventuelle tilleggssytelser ut over de rettigheter de har i folketrygden, det gjelder både avbruddssytelser (sykepenger etc) og pensjon. Finansieringsgrunnet er da den enkeltes næringsinntekt.

Næringsdrivende leger har imidlertid noe dekning gjennom Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)²⁶. SOP er en stiftelse som ble etablert i 1965 som et sikkerhetsnett for leger. Målgruppen for ytelsene er privatpraktiserende leger. I utgangspunktet er alle leger medlemmer, uavhengig av medlemskap i Legeforeningen. Rettigheten og vilkårene for de ulike ytelsene er regulert i vedtekter, og SOP ledes av et styre som består av fem personer med representanter fra Arbeids- og sosialdepartementet og Legeforeningen. Ordningen finansieres ved tilskudd fra folketrygden som avsettes i normaltarifforhandlingene til fellesformål i samsvar med bestemmelsene i Statsavtalen.

Fastleger har rettigheter i SOP ved avbrudd fra praksis og avbruddssytelsene gjelder alle næringsdrivende leger og omfatter sykehjelp, fødselsstønad, adopsjonsstønad og pleiepenger/opplæringspenger. Avbruddssytelsene skal bidra til å kompensere tapt praksisinntekt samt løpende driftsutgifter under fraværet fra praksisen. Legeforeningen har inngått en avtale med Storebrand om en sykeavbruddsforsikring som et tillegg til ytelsene fra NAV og SOP.

Næringsdrivende medlemmer autorisert før 1.1.1993 har alderspensjonsrettigheter i SOP. Medlemmer autorisert senere har ikke rett på alderspensjon i SOP. Begrunnelsen for dette er at det ikke er gitt tilskudd til pensjonskapitalen i SOP etter 1992. Ordningen ble etter hvert lagt om slik at pensjonsytelsene ble avgrenset til å gjelde de legene som hadde innbetalt til ordningen. Legeforeningen har for å bøte på dette inngått avtale med Storebrand om en skattemessig gunstig tjenstepensjonsordning for privatpraktiserende leger.

²⁶ <https://www.sop.no>

Pensjonsrettigheter som er oppspart gjennom denne ordningen holdes utenfor ved beregning av pensjoner fra SOP.

Til tross for forskjellene er det samtidig viktig å slå fast at det både for næringsdrivende og ansatte fastleger finnes ordninger som gir både rettigheter til fravær og økonomisk kompensasjon ved fravær. Forskjellene i innretning og enkelhet kan likevel medføre at graden av oversikt, trygghet og sikkerhet oppleves større i et ansettelsesforhold. Utfordringen denne asymmetrien skaper kan vurderes løst med ulike virkemidler, ikke bare rent økonomiske.

- Organisatorisk:
 - Legge til rette for at særlig leger i en rekrutterings-/og spesialiseringsfase kan være ansatt i en fastlegevirksomhet (privat eller kommunal) fremfor å være selvstendig næringsdrivende
 - Legge til rette for enkle administrative verktøy som gjør det enklere å orientere seg om rettigheter og å inngå nødvendige avtaler
- Pedagogisk: God informasjon om hva som kreves av den næringsdrivende for å sikre egne rettigheter:
 - Hvilke rettigheter SOP gir
 - Hvordan de sikrer seg økonomisk knyttet til fravær og pensjon utover de muligheter SOP gir
 - Synliggjøre det økonomiske premisset at deler av kompensasjonen av næringsdrivende leger skjer gjennom tilskuddet til SOP
 - Synliggjøre at det er en forutsetning for næringsdrift at deler av næringsinntekten avsettes til økonomisk sikring ved arbeidsavbrudd, så langt den næringsdrivende selv ønsker.
- Økonomisk:
 - Bedre økonomien og endre innretningen av SOP for å forenkle og øke sikringsgraden for næringsdrivende leger
 - Vurdere ulike kollektive ordninger, herunder spørsmålet om medlemskap i offentlige tjenestepensjonsordninger.

4.1.4 Etablering av nye lister ("Null-lister")

Det knytter seg spesielle problemstillinger til situasjoner der nye fastleger skal rekrutteres til nye næringshjemler der antall innbyggere på listen er null eller svært lavt. Kommunen kan opprette nye fastlegeavtaler ved behov. Den nye fastlegen vil starte opp uten pasienter på sin liste. Den inntektsmessige utfordringen for den næringsdrivende legen er da todelt:

- Fravær av eller begrenset per capita-tilskudd
- Lavt innbyggertall eller negativ vekstrate tilsier lite automatisk tilfang av pasienter, hvilket påvirker potensialet for egenandelsinntekt/takstrefusjoner.

Den økonomiske utfordringen forsterkes i mange tilfeller ved at det ofte er investeringsbehov i oppstartsfasen, enten ved etablering av ny praksis eller overtakelse av eksisterende praksis.

For å sikre tilstrekkelig næringsgrunnlag er det en del kommuner som inngår avtale med legen om økonomisk støtte i en periode, inntil legen har opparbeidet seg et tilstrekkelig antall pasienter på listen. Kommunen kan også oppfordre de øvrige legene i kommunen til å redusere sitt listetak, slik at den nye legen kan overta pasienter. Dette kan imidlertid ikke kommunen pålegge legene å gjøre. Det forutsettes at det opprettes nye hjemler i områder med behov for økt antall fastleger, men hvor lang tid det vil ta for den enkelte fastlege å opparbeide seg en listelengde som gir tilstrekkelig næringsgrunnlag vil likevel variere og avhenge av flere forhold.

Problemstillingen som diskuteres her blir særlig aktuell dersom det som ledd i en nasjonal satsing vedtas å øke antall fastleger. Dette må da enten løses gjennom en styrt overføring av innbyggere fra eksisterende til nye lister eller gjennom en passiv prosess for refordeling av innbyggere. I begge tilfeller vil dette ha økonomiske konsekvenser for fastleger som skal avgi innbyggere, og det kan være aktuelt med justeringer av finansieringsmodellen for å ivareta de ulike hensyn som gjør seg gjeldende og gjøre nyetablering enklere.

4.1.5 Overtagelse/kjøp av praksis

Inntreden i fastlegevirksomhet som næringsdrivende innebærer i de fleste tilfeller at en ny lege må kjøpe en praksis av en fastlege som slutter. Kjøpskostnaden og overtagelsesprosessen utgjør en potensiell barriere for rekruttering av fastleger. Det er derfor viktig å utforske hvordan dagens system fungerer og hva som eventuelt kan justeres for å understøtte rekruttering.

Fastlegeordningens næringsdriftsmodell innebærer at kommunen inngår avtale med lege om rett til å drive fastlegevirksomhet. Kommunen tildeler legen en fastlegehjemmel, og for å kunne ivareta de plikter hjemmelen gir etableres det en virksomhet som drifter tjenesten. Legen kan enten drive alene (solopraksis), eller i et fellesskap med andre fastleger (gruppepraksis). Som næringsdrivende lege er man derfor ansvarlig for en bedrift med en rekke krav til kvalitet, arbeidsmiljø, internkontroll etc, og drift av legekantoret krever en rekke investeringer i lokaler, inventar, medisinsk utstyr, IKT og hjelpepersonell.

Rammeavtalen for fastlegeordningen mellom KS og Legeforeningen (ASA 4310) og rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen regulerer fastlegens rett til å selge praksisen sin ved oppsigelse av fastlegeavtalen. Denne rettigheten er knyttet til at legen er næringsdrivende og selv finansierer driften av legekantoret. Det er ikke hjemmelen eller pasientlisten som selges, men den praksisen (virksomheten) legen driver. Retten til å selge praksisen er et incitament for fastlegene til å utvikle en praksis av god kvalitet og å investere i gode systemer og utstyr. Dette er igjen en verdi som kjøper nyter godt av ved at vedkommende slipper å etablere virksomheten fra bunn av. Retten til å selge, og plikten til å kjøpe, er hjemlet i rammeavtalene, men selve overdragelsen er privatrettslig og kommunen uvedkommende.

Med bakgrunn i at dette er et særskilt regulert område, f.eks ved at det er kommunen som tildeler hjemmelen og dermed bestemmer hvem kjøper er, har Legeforeningen utarbeidet retningslinjer for overdragelsen som er ment å ivareta både selgers og kjøpers interesser. Prisen fastsettes ved forhandlinger, etter at hjemmel er tildelt, og i retningslinjene angis det hvilke momenter som er relevante i verdsettelsen. Det skilles mellom materielle verdier som inventar og utstyr, og opparbeidet praksis. Verdien av materielle verdier skjer etter takst med mindre partene avtaler annet.

Overdragelsesbetingelsene avtales mellom den fratredende og tiltredende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen. Dersom legene ikke blir enige om overdragelsesbeløpet skal prisen fastsettes av en nasjonal nemnd som er oppnevnt av Legeforeningen.

Verdien av opparbeidet praksis beregnes blant annet ut fra følgende kriterier:

- kontinuitet
- type praksis (gruppe- eller solo)
- kontorrutiner
- opplært personell
- attraktivitet/ beliggenhet
- driftsresultat
- pasientgrunnlag (herunder stabilitet og vekst i pasientgrunnet)
- samarbeidsavtaler
- systemer i praksisen (f.eks. journalsystem)
- husleieavtaler og andre leieavtaler

Kjøper og selger må bli enig om prisen innen 5 uker. Etter det fastsettes vederlaget i nemnd. Dette er avgjørende for å sikre at det ikke trekker ut i tid før ny fastlege er på plass i hjemmelen. Nemnden er oppnevnt av, men uavhengig av Legeforeningen, og er en voldgift. Det betyr at begge leger er forpliktet å medvirke og at avgjørelsen er endelig. Legeforeningen har innhentet opplysninger om salgssummer av en del fastlegepraksiser fra 2002-2019. Oversikten tyder på at veldrevne fastlegepraksiser i byer selges til i overkant av 1 million kroner. Spennet i pris er fra 50 000 kroner til 1,6 millioner kroner²⁷.

Kommunene opplever at rekrutteringsutfordringene stadig har forverret seg. I dag har både kommuner i sentrale strøk og i distriktene vanskeligheter med å rekruttere²⁸. Mange kommuner rapporterer om at søkere trekker seg framfor å kjøpe praksiser. For å kunne overholde sitt sørge-for ansvar må kommunen vanligvis sette inn vikarer i påvente av at en ny lege er på plass. Det ender i flere tilfeller med at kommunen må dekke det tapet legen påføres ved ikke å kunne overdra praksisen sin til en ny lege.

²⁷ Omsetningsmeldinger innsamlet av Legeforeningen. Innmeldingen er basert på frivillighet, og oversikten er dermed ikke komplett. <https://beta.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekontor/fastlege/overdragelse-av-praksis/>

²⁸ Uformelle innspill til KS fra ulike kommuner

Gjennomgangen ovenfor illustrerer at utskifting av næringsdrivende fastleger medfører transaksjonskostnader og risiko, både for fastlegene og for kommunene. Med høy stabilitet og liten grad av utskiftninger er transaksjonskostnadene lave. Ved høy utskiftingsrate øker de samlede administrative kostnadene, samtidig som risikoen for tapssituasjoner oppstår (når en selgende fastlege ikke får samme pris som ved eget tidligere kjøp og investeringer i praksisen). Stabilitet i rammevilkår, det vil si forutsigbar regulering og bærekraftig økonomi, er avgjørende for at overdragelsesordningen skal kunne fungere. I en situasjon der det er flere forhold ved næringsdrift som anses for usikkert eller inattraktivt, vil kjøpskostnaden og overtagelsesprosessen utgjøre en potensiell barriere for rekruttering av fastleger. Dette kan svekke fleksibiliteten som både kommuner og fastleger er avhengige av: Kommunene, fordi det hemmer rekruttering og utskifting av fastleger; legene fordi det forvansker utprøving av fastlegevirksomhet som karrierevei.

Håndtering av ovennevnte utfordringer krever i hovedsak andre virkemidler enn endringer i finansieringsmodellen for fastlegevirksomhet. Følgende er eksempler på prinsipielt mulige grep:

- Ulike organisatoriske endringer som gir rom for større fleksibilitet i hvordan fastlegene er tilknyttet en virksomhet, og ulike løsninger for inntreden og samarbeid, f.eks. slik at nye fastleger ikke er tvunget til å kjøpe seg inn i virksomheten fra dag én
- Organisatoriske endringer som innebærer at kommunene i større grad overtar driftsansvaret for praksisene, eventuelt i partnerskap med fastlegene, slik at behov for kjøp og salg av praksis reduseres.

Ovennevnte krever ytterligere utredning.

4.1.6 Geografiske ulikheter

Utfordringer knyttet til rekruttering og å holde på fastleger varierer ut fra kommunestørrelse og sentralitet. Det er variasjoner blant annet knyttet til avtalelengde, driftsform og listelengde. Noe av variasjonen er fremstilt i kapittel 2.

Hovedmodellen for fastlegeordningen har siden innføringen vært næringsdrift. Kommunene har imidlertid også hatt adgang til å ansette fastleger. Det har vært særlig utbredt i små kommuner. De siste årene har det vært en økning både i antall ansatte fastleger og antall 8.2 avtaler.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har i rapporten "Fastlegetjenesten i Nord-Norge"²⁹ sett på Nord-Norge isolert og sortert listelengde etter kommunenes sentralitet, hvilket i stor grad korrelerer med kommunestørrelse. Tabellen nedenunder viser en større variasjon i Nord-Norge enn når hele landet vurderes under ett.

²⁹ Margrete Gaski og Birgit Abelsen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2018. *Fastlegetjenesten i Nord-Norge*. <https://www.nsdmm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>

Tabell 1 Gjennomsnittlig listelengde etter sentralitet. Nord-Norge

Sentralitet	Antall lister	Gjennomsnittlig listelengde	median	min	max	Total listelengde
Minst sentrale (nivå 6)	157	587	599	0	1 200	92 131
Nest minst sentrale (nivå 5)	148	790	766	155	1 625	116 963
Mellomsentrale (nivå 4)	134	919	900	153	2 195	123 145
Mellomsentrale (nivå 3)	119	1 118	1 148	214	2 150	132 994
Totalt	558	834	833	0	2 195	465 233

Det er flere årsaker til at listelengden varierer mellom kommuner. De to hovedforklaringene er:

- I små kommuner kan ikke leger rekrutteres til fastlegevirksomhet alene, men må også utføre annet allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Dette reduserer kapasiteten til å ivareta like mange innbyggere som leger som har fastlegevirksomhet som eneste funksjon.
- Kommuner med få innbyggere må likevel ha nok leger til å ivareta legevakt, hvilket gjør at mulig antall innbyggere per lege blir begrenset.

NSDM har i nevnte rapport også vist hvordan driftsformene som er i bruk fordeler seg etter kommunens sentralitet i Nord-Norge. De finner at i de mellomsentrale kommunene er det en stor andel private næringsdriftsavtaler, men med høyt innslag av tilleggsfinansiering (8.2-avtaler). Andelen fastlønnsavtaler økte med redusert sentralitet. I de minst sentrale kommunene var de fleste fastlegeavtalene basert på fast lønn.

Variasjoner i næringsgrunnlag vil påvirke både rekruttering og muligheten til å holde på fastleger i kommunen. Næringsgrunnlaget i kommunen vil påvirke nødvendigheten av å tilby fastlønn for å rekruttere og påvirke behovet for tilleggsfinansiering fra kommunen, utover dagens hovedmodell. Den økte økonomiske risikoen knyttet til fast lønn og annen tilleggsfinansiering for kommunene er beskrevet i avsnitt 3.4.1.

Fremstillingen viser at det er store forskjeller i landet m.h.t hva fastlegerollen innebærer av tilleggsfunksjoner og hvilke hensyn kommunene må ta når de skal rekruttere leger til fastlegevirksomhet og andre legeoppgaver i kommunen. Også på dette feltet kan man i noen grad se for seg organisatoriske løsninger, f.eks. basert på interkommunalt samarbeid og medisinsk avstandsoppfølging, som kan bidra til å løse noen av utfordringene. Samtidig kan det synes aktuelt å vurdere nærmere innretningen av dagens utjamningstilskudd og om det trengs andre økonomiske virkemidler overfor små kommuner utover justeringene som finner sted gjennom inntektssystemet.

4.1.7 Hvilke av utfordringene kan endringer i finansieringsordningene bidra til å løse?

I gjennomgangen i de foregående avsnittene er det pekt på noen delutfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering, samt pekt på noen av de problemstillingene der endringer i finansieringsmodellen kan tenkes å spille en rolle. Dette oppsummeres som følger:

- Preferansespørsmålet (ansettelse versus næringsdrift) er primært et organisatorisk spørsmål i forholdet mellom kommunen og fastlegevirksomhetene.
- Utfordringene som følger av økt oppgavemengde krever primært diskusjon av hvor mange fastleger som trengs, samt av hvordan ulike former for omorganisering og effektivisering kan bidra til å avhjelpe situasjonen. Sekundært til dette er ulike endringer i finansieringsordningene relevante for å kunne understøtte de endringene som ønskes gjennomført, herunder:
 - Hvordan håndtere omfordelingskonsekvensene for per capitatilskuddet av at samlet innbyggermengde potensielt skal fordeles på flere leger?
 - Hvordan innrette samlet finansiering slik at den understøtter kostnadseffektiv drift (f.eks gjennom større virksomheter, ansettelse av leger i spesialisering i private virksomheter, økt bruk av annet helsepersonell)?
 - Hvordan innrette samlet finansiering, og særlig den aktivitetsbaserte komponenten, slik at den understøtter ny teknologi og nye kontaktformer som kan gi en effektiv oppfølging av den delen av pasientpopulasjonen dette er egnet for?
 - Hvordan innrette finansieringen slik at oppgaveoverføring og nye oppgaver finansieres
- Det er forskjeller i mekanismene for å sikre henholdsvis ansatte og næringsdrivende fastleger økonomisk i.f.m. arbeidsavbrudd og pensjon. Dette utgjør et rekrutteringsmessig hinder som blant annet bør håndteres gjennom tydeliggjøring og forenkling av de eksisterende ordningene (SOP, samt kollektive og individuelle forsikringsavtaler). Av økonomiske virkemidler, må det eventuelt vurderes hvordan de kollektive ordningene for næringsdrivende kan justeres (SOP eller alternativer til dette).
- Usikkerhetene som følger av kjøp og salg av praksiser, og de barrierer dette kan skape for nyrekruttering, kan i liten grad løses gjennom endring av finansieringsmodell alene. Endringer som gir kjøper større grad av sikkerhet for fremtidige inntekter kan være av betydning, men ikke nødvendigvis nok.

- Gjennomgangen illustrerer geografiske forskjeller m.h.t. hva slags oppgavesammensetning leger har i kommunene, samt forskjeller i hvilke hensyn kommunene må ta for å rekruttere og beholde leger som fastleger og i andre funksjoner. Implikasjoner:
 - Finansieringsmodellen for fastlegefunksjonene må sees i sammenheng med finansieringsgrunnlaget for øvrige allmennt medisinske og samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene.
 - For kommunene er det viktig at den statlige finansieringen også understøtter kommunene i de tilfeller nåværende hovedmodell for organisering av fastlegeordningen er utilstrekkelig.
 - Det er aktuelt å vurdere endret innretning av dagens utjamningstilskudd.

4.2 Helhetlige og brukerorienterte tjenestetilbud

4.2.1 Demografisk utvikling

SSB sitt hovedalternativ i befolkningsfremskrivningene er at folkemengden i Norge runder 6 millioner i 2040. En fordeling av fremskrevet folkemengde i 2040 på kommunene viser store variasjoner, hvor endringen i folkemengde varierer mellom en nedgang på 42 prosent til en økning på 69 prosent.

I tillegg til økt folkemengde i Norge anslår SSB en økt forventet levealder ved fødsel i Norge. I 2017 var forventet levealder ved fødsel 84,3 for kvinner og 80,9 for menn. SSB sitt fremskrevne hovedalternativ er vist i Tabell 2 under.

Tabell 2: Forventet levealder ved fødsel

Forventet levealder ved fødsel		
	Kvinner	Menn
2020	84,7	81,6
2040	87,8	85,4
2060	90,3	88,4

Økt forventet levealder fører trolig til at folk lever lengre med sykdom og har mer sammensatte behov. Dette tilsier behov for økt fokus på primær- og sekundærforebygging, men også på endrede tjenestemodeller for å sikre kostnadseffektiv oppfølging av aktuelle pasientgrupper. Utfordringsbildet er ulikt fordelt mellom kommunene.

4.2.2 Proaktiv og populasjonsbasert tilnærming

Det er et økt fokus på forebygging gjennom en proaktiv og populasjonsbasert tilnærming. Primærhelsetjenestemeldingen fra 2015³⁰ skisserer et mål om at folkehelsearbeidet og de

³⁰ Meld. St. 26 (2014-2015)

forebyggende tjenestene skal styrkes i kommunene. Det forutsettes at tjenesten har et aktivt forhold til den populasjonen de har ansvar for. Tjenesten skal også ha et mål om å nå personer som i for liten grad etterspør tjenestene selv. Kommunen skal rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelses kan forhindres. For å sikre denne pasientorienterte tjenesten må samfunnsoppdraget i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp.

En mer proaktiv og populasjonsbasert tilnærming er ment å gi innbyggerne en bedret helsetilstand og redusere framtidig behov for mer omfattende helse- og omsorgstjenester. Dette vil kunne føre til en mer effektiv bruk av ressursene samlet. For å oppnå dette kreves en mer sammenhengende og bedre kordinert helsetjeneste.

4.2.3 Samarbeid og oppgavedeling innad i kommunen

Inntil for 60-70 år siden bestod primærhelsetjenesten mange steder bare av en distriktslege og en sykepleier og/eller jordmor. Etterpå har tradisjonen vært at kommunene har organisert hver ny tjeneste som har kommet til som separate tjenester – helsestasjon, sykehjem, hjemmetjenester, mv. Det fortsatte også slik med samhandlingsreformen. Kommunene ble pålagt nye oppgaver og de fleste steder blir dette organisert som nye tjenester atskilt fysisk og organisatorisk fra eksisterende tjenester – intermediæravdelinger, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og frisklivssentraler, ofte interkommunalt med enda svakere tilknytning til kommunens øvrige tjenester^{31,32}. Dette bidro også til mer fragmenterte pasientforløp i primærhelsetjenesten, som mest rammet eldre og innbyggere med multisykdom som er mest sårbar for forflyttinger og skifte av personell. Årsaken var både føringer fra staten, samt en finansiering som gjorde det lønnsomt å satse på institusjonstilbud.

Målet nå er å snu noe av den ovennevnte utviklingen, med mer integrerte tjenestetilbud innad i kommunen. Fastlegene har allerede utstrakt kontakt med kommunehelsetjenesten da disse ofte initierer tjenester fra og rådgir de andre aktørene i kommunehelsetjenesten. Likevel krever det en fortsatt utvikling med mer utstrakt samarbeid med andre kommunale aktører, slik at tverrfaglig tilnærming og en mest mulig effektiv oppgavedeling kan oppnås.

4.2.4 Samarbeid og oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Etter innføring av samhandlingsreformen er liggetiden på sykehus blitt redusert og flere oppgaver er overført til kommunene. Kommunene selv rapporterer at pasienter skrives ut sykere enn tidligere, at det er en økning i antall eldre med multisykdom og at det er flere

³¹ Grimsmo A, Løhre A. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten. 2014;43(4):14-7

³² Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning. 2013;8:148-55

forflyttinger av pasientene. Omkring 90 % av innbyggerne som skrives ut med behov for pleie- og omsorgstjenester har multisykdom (i gjennomsnitt 3-4 behandlingstrengende kroniske sykdommer). Dette indikerer et behov for god dialog, godt samarbeid og god oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene. I dag er det store variasjoner i hvordan det samarbeides om planarbeid, strategiske valg og gjennomføring av konkrete tiltak. I tillegg er det variasjon i hvor godt den direkte dialogen mellom fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten fungerer om den enkelte pasient. Fra og med 1. juli 2019 er det innført en takst for kommunikasjon mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten. Denne kan bedre dialogen mellom nivåene. Det er viktig å styrke planarbeidet og forenkle og videreutvikle samarbeidsavtalene.

De regionale helseforetakenes utviklingsplaner innebærer forventninger om en fortsatt utvikling med forskyvning av tjenestetilbudet fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk oppfølging, og fra ordinær konsultasjonsbasert oppfølging til kombinasjoner av avstandsoppfølging og veiledet egenomsorg. Slik utvikling forventes også å få konsekvenser for fastlegene og deres oppfølging av pasientene. Som ledd i utviklingen er det også relevant å se for seg at flere konkrete oppgaver/prosedyrer forventes utført i kommunal regi eller av fastlegene. For å understøtte en slik utvikling, er det hensiktsmessig å ha mekanismer som sikrer at allokering av ressurser følger oppgavedelingen over tid. Forutsetningene for oppgavedeling og -overføring varierer imidlertid fra kommune til kommune, og også mellom de enkelte fastleger, hvilket tilsier behov for fleksible løsninger.

4.2.5 Hvilke av utfordringene kan endringer i finansieringsordningene bidra til å løse?

Utfordringene og målene beskrevet her er mange, og et bredt sett av virkemidler er nødvendige for å håndtere disse. Endringer i finansieringsordningene alene kan ikke løse problemene, men kan være en del av den samlede pakken av løsninger.

De viktigste ikke-økonomiske virkemidlene ansees å være

- Endrede organisasjonsmodeller (f.eks. utprøving av primærhelseteam eller endret tilknytningsform mellom leger og kommune)
- Digitale løsninger for å understøtte informasjonsdeling og koordinering (jf. visjonen Én innbygger - én journal)
- Vektlegging av helhetlig kommunal ledelse av helse- og omsorgstjenesten, herunder med økt anvendelse av lokal styringsinformasjon og styrking av kvalitetsarbeidet
- Sterkere styring av oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at denne begrenses og man vurderer bedre hva som er mulig å gjennomføre med begrensede ressurser lokalt versus sentraliserte ressurser i sykehus (ut fra en vurdering av samlede ressurser).

De viktigste implikasjonene for finansieringsordningene vurderes å være (jf. gjennomgangen av ulike betalingsordninger i kapittel 2):

- Kontinuerlig utvikling av den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen vil være avgjørende for å fange opp nye tjenesteformer, primærforebygging og økt ressursbruk knyttet til blant annet eldre med kroniske lidelser og sammensatte

behov. Et alternativ til endringer i den aktivitetsbaserte finansieringsmodellen er dreining i retning av mer rammefinansiering (f.eks. gjennom risikobasert kapitaljon).

- Oppgaveforskyvning og fleksibilitet i oppgavedelingen mellom spesialisthelse-tjenesten og fastlegene kan være et argument for å opprettholde og videreutvikle den aktivitetsbaserte finansieringen av fastlegevirksomhetene, særlig rettet mot de deltjenestene/prosedyrene som ligger i gråsonen mellom nivåene og som det er ønsket at fastlegene skal bidra til å løse. Helseforetakene har i dag anledning til å inngå avtaler om at kommunale aktører (inkludert fastleger) utfører spesialisthelse-tjenester for helseforetakets regning, uten bortfall av innsatsstyrt finansiering (ISF)³³. Dette gir foretak, kommuner og fastleger anledning til å finne gode løsninger for å samarbeide om oppgaveløsningen lokalt i de tilfeller det ikke er aktuelt med oppgaveoverføringer som skal gjelde allment.

4.3 Kommunalt ansvar og ledelse av legetjenesten

4.3.1 Ansvarsforhold og samarbeid om ledelse og styring

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegeordningen. For å kunne oppfylle sitt ansvar er det nødvendig at kommunen bruker sitt handlingsrom til å lede tjenesten innenfor de juridiske og økonomiske rammebetingelsene som foreligger.

Hovedmodellen for fastlegeordningen er næringsdrift og dette innebærer en annen måte å lede tjenesten på enn for andre tjenesteområder som utøves av arbeidstakere. Legeforeningen og KS/Oslo kommune har inngått avtaler som regulerer forholdene for næringsdrivende leger (ASA 4310 Rammeavtalen og Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen). Avtalene har bestemmelser om samarbeidsarenaer, og at kommunen og legene i samarbeid skal utvikle en plan for legetjenesten. Kommunen og legene har et felles ansvar for å avklare forventningene til legetjenestene og etablere en felles forståelse av hverandres roller. Dette er en forutsetning for at kommunen skal kunne utøve god ledelse.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og dette forutsetter et godt samarbeid med legene om kvaliteten i tjenesten. Kravene til ledelse av legetjenestene er økende, blant annet knyttet til oppfølging av nye kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ny spesialistforskrift.

KS og Legeforeningen har i samarbeid utarbeidet tre anbefalinger for ledelse av legetjenesten:

³³ Gjennom slik avtaleinngåelse er det åpnet for at de regionale helseforetakene beholder innsatsstyrt finansiering for aktiviteten, så fremt det er snakk om definerte spesialisthelsetjenester og aktiviteten rapporteres til Norsk pasientregister, uavhengig av hvem som utfører tjenestene. Det vil i slike tilfeller fortsatt være spesialisthelsetjenestens ansvar å dekke kommunens og fastlegenes kostnader knyttet til gjennomføring av tjenestene.

1. Kommunenes helseledelse og legene bør sammen ha en prosess hvor de etablerer og oppdaterer en plan for legetjenesten.
2. Kommunenes helseledelse og legene bør samarbeide om hensiktsmessig bruk av lokale aktivitets- og kvalitetsdata som forbedrings- og ledelsesverktøy.
3. De økonomiske forholdene i samarbeidet mellom kommunene og fastlegene bør være klarlagt i forkant av plan- og systemarbeidet.

Dagens finansieringsmodell innebærer ikke øremerking av midler til ledelse, planlegging m.v. for kommunene eller fastlegevirksomhetene. Prioritering av og ressursbruk til denne typen aktiviteter varierer mellom kommuner og virksomheter.

4.3.2 Kostnadsforskjeller ved ulike organiseringsformer

Dagens finansieringsordning vurderes av kommunene ikke å gi tilstrekkelig fleksibilitet. Slik fastlegeordningen er finansiert i dag har det økonomiske konsekvenser for kommunen å velge en annen tilknytningsform enn næringsdrift, jf. gjennomgangen i 3.4.1. Stadig flere kommuner ser seg nødt til å ansette leger fordi de ikke får rekruttert til næringsdrift. Det viser seg også at mange kommuner må inngå økonomiske avtaler som innebærer subsidiering av næringsdrivende fastlegepraksiser.

4.3.3 Hvilke av målene og utfordringene kan endringer i finansieringsordningene bidra til å løse?

Styrings- og ledelsesmessige utfordringer og forbedringsområder må først og fremst løses gjennom organisatoriske virkemidler, herunder:

- Aktiv implementering og etterlevelse av de prinsipper for samarbeid som er avtalt sentralt og lokalt
- Tilstrekkelig prioritering av arbeid med fastlegeordningen og samarbeid med fastlegene i kommunens ledelse
- Tilstrekkelig prioritering av ledelse i den enkelte fastlegevirksomhet, herunder for å kunne være en kompetent samarbeidspart for kommunen

Det er prinsipielt mulig å innrette spesifikke tilskudd for å stimulere til bestemte organisatoriske løsninger og samarbeidsadferd. Det vurderes imidlertid ikke hensiktsmessig for formålet her.

I tillegg er det viktig med tilstrekkelig styringsinformasjon av god kvalitet for å kunne understøtte god ledelse og videreutvikling av tjenestetilbudet, både internt i fastlegepraksisene og for kommunen. Opprettholdelse og videreutvikling av aktivitets- og kvalitetsbaserte finansieringsordninger vil kunne understøtte dette behovet, fordi kvaliteten på og aktualiteten av styringsinformasjonen vanligvis forbedres når deler av finansieringen er relatert til dataene som registreres og rapporteres. Denne typen fordel av aktivitets- og kvalitetsbasert finansiering inntreffer selv med liten finansieringsandel.

Spørsmålene knyttet til økonomiske konsekvenser for kommunene ved ulike organisasjonsformer, reiser en annen type og mer overordnede spørsmål om forholdet mellom staten og kommunene:

- Hvor stor grad av økonomisk nøytralitet skal gjelde for kommunene knyttet til gjennomføringen av fastlegeordningen og opprettholdelse av fastlegetilbudet?
- I hvilken grad er det i tråd med forutsetningene at kommunene må benytte noe av sine frie inntekter for å håndtere merkostnader?

Disse spørsmålene vurderes i hovedsak å ligge utenfor arbeidsgruppens mandat å ta stilling til, og at de heller må vurderes nærmere i kontekst av det generelle inntektssystemet for kommunene, herunder de løsningsene systemet inneholder for å ivareta små kommuner. Det vises også til de særskilte tilskuddsordningene som er etablert for å støtte bl.a. kommuner med rekrutteringsutfordringer. I tråd med tidligere drøfting ansees det likevel relevant å vurdere innretningen av utjamningstilskuddet nærmere.

4.4 Tjenesteutvikling og nye tjenesteformer/arbeidsmåter

Det er viktig at finansieringsordningene ikke ligger til hinder for ønsket tjenesteutvikling og innovasjon. Det er etablert en egen arbeidsgruppe i regi av trepartssamarbeidet som utreder ulike forhold knyttet til kvalitet og innovasjon, med leveranse 15.10.2019. Det legges til grunn at rapporten fra den gruppen står sentralt i å beskrive og definere utfordringsbildet og ønsket utvikling. Konklusjoner fra den prosessen kan ikke inngå i grunnlaget for vurderingene i dokumentet her, og en noe mer overordnet tilnærming må derfor velges.

4.4.1 Nye måter å jobbe på gjennom bruk av teknologi

Ny teknologi gir mulighet til å jobbe på nye måter. Det kan blant annet være gjennom videokonsultasjoner, medisinsk avstandsoppfølging, e-konsultasjon eller andre former for asynkron oppfølging. Det er forventet en utvikling innen medisinsk avstandsoppfølging, både innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er da snakk om blant annet; a) utstyr som innbyggerne anskaffer selv for å følge opp egen helse og velvære, der opplysninger helt eller delvis deles med helsetjenesten, b) utstyr som tjenesten låner ut til pasienter for å diagnostisere, behandling og følge opp pasienter på avstand, c) teknisk utstyr som tjenestene selv bruker for å diagnostisere, monitorere og behandle pasienter, og d) nettbasert behandling og oppfølging, herunder e-konsultasjon.

En takstbasert finansieringsordning gir insentiv til økt aktivitet og en effektivisering på områdene som omfattes av takstene, men det er en risiko for at aktiviteten vris vekk fra områder som ikke er omfattet av en takst. Det er også en risiko for at nye måter å jobbe på gjennom teknologi ikke omfattes av takstsystemet. Samtidig gir takstsystemet mulighet til å stimulere legene til å ta i bruk ny teknologi på en måte som rammefinansiering ikke kan. De siste årene har blant annet takstsystemet blitt benyttet til å fasilitere innføringen av nasjonalt helsenett og e-resept.

Dagens innretning av den aktivitetsbaserte finansieringen, samt systemet for fastsettelse av takster med årlige forhandlinger kan være til hinder for utvikling av nye måter å følge opp pasienten gitt at de nye arbeidsmåtene ikke er dekket av takstsystemet. Jo raskere den teknologiske utviklingshastigheten er, desto mer krevende er det å vedlikeholde et finmasket takstsystem som skal kunne ta høyde for alle de ulike arbeidsformene. En løsning på dette kan være at partene i større grad endrer takstene ved behov gjennom året, noe som også har vært gjort ved enkelte tilfeller tidligere. En slik løsning forutsetter en mer aktiv forvaltningsmodell for den aktivitetsbaserte finansieringen.

4.4.2 Nye måter å jobbe på ved endret organisering og bruk av personell som ikke er leger

Økt bruk av annet helsepersonell enn leger for å løse oppgavene som inngår i fastlegefunksjonen kan være hensiktsmessig av ulike grunner:

- For å fremme tverrfaglig tilnærming for pasienter der det er hensiktsmessig
- For å kunne redusere arbeidsomfanget for den enkelte lege.

En slik utvikling medfører et nytt perspektiv på hva en fastlegevirksomhet er, hva slags typer personell og kompetanse som naturlig inngår i virksomheten, og hva slags ledelse som behøves av faglig og administrativ art.

Dagens takstsystem er orientert mot den enkelte lege, både som forutsatt utfører og som kravstiller og mottager av midler fra folketrygden eller den enkelte pasient. Ansatt hjelpepersonell kan utføre enkelte oppgaver på delegasjon fra fastlegen – og slikt personell er typisk helsesekretær, sykepleier eller jordmor. Hjelpepersonellet kan da utløse takster for et begrenset antall prosedyrer som legen krever inn. Overgang til teambaserte modeller for tjenesteyting, krever at dette systemet utvides eller eventuelt legges om.

Det legges til grunn at teambasert tjenesteyting ikke er det rette for alle pasienter; for de fleste av innbyggerne er en tilnærming som i dag med legen som utfører og kontaktperson tilstrekkelig. For pasienter med sammensatte behov vurderes det imidlertid ofte å være hensiktsmessig med en tverrfaglig og teambasert tilnærming, og det er da av vesentlig betydning at betalingsmodellen reflekterer de ønskede arbeidsformene.

Noen av disse prinsippene prøves ut i piloten med primærhelsteteam (PHT). Denne vil belyse flere sider ved dette og i bedre bilde av praktiske konsekvenser. Konklusjonen fra piloten foreligger ikke ennå.

4.4.3 Hvilke av utfordringene kan endringer i finansieringsordningene bidra til å løse?

Det vurderes at endringer i finansieringsmodellen er av vesentlig betydning for å støtte opp om nye måter å jobbe med pasient-/innbyggerpopulasjonen på. Et godt incentiv til hensiktsmessig fornyelse og endring oppnås ved å sikre at nye måter å levere samme (eller bedre) tjenesteinnhold på ikke gir lavere inntekter til virksomheten enn den tradisjonelle gjennom-

føringsmåten³⁴. M.a.o. er det snakk om å etablere en inntektsmessig nøytralitet som gir utøverne fleksibilitet i måten å organisere tjenestene på, både m.h.t. bruk av utstyr, personell, lokaler og kommunikasjonsteknologi. Når inntekten er den samme uavhengig av hvordan tjenestene ytes, oppstår et insentiv i retning av den mest kostnadseffektive gjennomføringsmåten.

Hovedforutsetningen for ovenstående prinsipp er at tjenesteinnholdet og verdien dette skaper for pasientene er tilstrekkelig likt. Prinsippet bygger i stor grad på tillit mellom de som betaler og de som utfører, med ulike mulige mekanismer for å ivareta kontrollmessige behov.

Prinsippet kan ivaretas gjennom ulike betalingsmodeller. Ren kostnadsrefusjon og "fee-for-service"-modeller ivaretar prinsippet i minst grad. Ren rammefinansiering er det ekstremtilfellet som gir tjenesteytere størst frihetsgrader til å innføre kostnadseffektive metoder uten hensyn til at måten tjenestene gjennomføres på kan påvirke inntektene i negativ retning. Ulike varianter av aktivitetsbasert finansiering gir økte insentiver til kostnadseffektive driftsformer etter hvor helhetlig aktivitetsbegrep som legges til grunn (høyere grad av "bundling").

³⁴ I utviklingsarbeidet for finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten er dette et sentralt prinsipp, og omtales som "lik finansiering for likt tjenesteinnhold".

5 MODELLER OG ØVRIGE ENDRINGSFORSLAG

5.1 Innledning

Dette kapittelet omhandler to hovedelementer:

- En beskrivelse av modeller som på ulike måter representerer endringer fra dagens finansieringsmåte (avsnitt 5.3-5.5)
- Tiltak og vurderinger som i stor grad gjelder uavhengig av hvilke modellmessige endringer som velges, herunder i tilfelle dagens modell videreføres (avsnitt 5.2).

Innholdet i kapittelet er ikke uttømmende for hvilke endringer som er tenkelige eller prinsipielt mulige. Vurderingene og utvalget av mulige endringer som drøftes er gjort med utgangspunkt i drøftingene i foregående kapitler, samt arbeidsgruppens ulike perspektiver på hvilke endringer som kan være egnede for å håndtere utfordringene.

En viktig erfaring fra arbeidet er at vurdering av endringskonsekvenser er en kompleks øvelse. Jo flere modellendringer som introduseres samtidig, desto vanskeligere er det å overskue hvilke virkninger endringene har og hvilke effekter som følger av hvilke justeringer. Vi har derfor valgt å presentere noen modeller med i utgangspunktet avgrensede endringer. Selv da er det høy kompleksitet i omfordelingseffekter og insentivvirkninger av endringene. Hverken de kvantitative eller kvalitative vurderingene er uttømmende, men tar sikte på å få frem hovedpoenger som er vesentlige å ivareta i videre arbeid.

De modellene som vies mest oppmerksomhet dreier seg om nye måter å fordele rammetilskuddet på, henholdsvis gjennom introduksjon av knekkpunkt og risikjustering av per capita-tilskuddet. Særlig knyttet til førstnevnte er det vurdert ulike varianter under ulike forutsetninger, blant annet knyttet til rammefinansieringsandelens størrelse. Den siste modellen, med ren rammefinansiering av kommunene, er den som beveger seg lengst vekk fra dagens organisering og finansieringsmodell for fastlegeordningen. Vi har valgt å ta med en slik modell for å gi en overordnet beskrivelse av hva slik omlegging innebærer.

De modelluavhengige tiltakene og vurderingene reflekterer behov for justeringer og endringer på ulike områder med utgangspunkt i dagens finansieringsmodell, samt enkelte betraktninger om videre prosess i endringsarbeidet. Vi har funnet det mest hensiktsmessig å fremstille disse momentene isolert, fremfor å bake dem inn i samlede modellforslag. Begrunnelsen for dette er både at det dreier seg om tiltak som er relevante på tvers av hvordan rammefinansieringen fordeles, samt at det reduserer kompleksiteten i analysen av hvilke effekter hovedendringene i modellen har.

Innholdet i kapittelet utgjør ikke et ferdig beslutningsgrunnlag m.h.t. valg mellom modeller, men illustrerer kompleksiteten i hvilket mulighetsrom som foreligger og hvilke tiltenkte og uønskede effekter som kan oppstå.

Det preiseres at de tallmessige analysene som presenteres er å regne som foreløpige anslag. Utgangspunktet for analysene er informasjon om fastlegelistene fra fastlegeregisteret, og de korresponderende fastlegenes tastinntekter i.h.t. data fra KUHR. Utvalgene som er gjort (blant annet for å justere for vikarlister), samt forutsetningene som legges inn (f.eks. på hvilken måte takstinntekter korrelerer med listelengde) er av betydning for utfallet av analysene.

5.2 Modelluavhengige tiltak

5.2.1 Endringer vedrørende aktivitetsbasert finansiering

Innretning av den aktivitetsbaserte finansieringen

- Fortsatt utvikling av aktivitetsbasert finansiering (ABF) er nødvendig for å understøtte utvikling i måten tjenestene ytes på, økt innsats overfor innbyggere med sammensatte medisinske behov, m.v.
- Jo høyere ABF-andel som videreføres, desto større krav stilles til beregningsmodellen og innretningen av refusjonskategoriene slik at disse understøtter ønsket tjenesteutvikling.
- I videreutviklingsarbeidet kan det jobbes aktivt med å prøve ut elementer av aktivitetsbasert finansiering som ikke er rendyrket stykkprisfinansiering, men som i noen grad anvender forløpsorienterte mål på fastlegenes aktivitet.
- Dagens innretning av takstsystemet er legeorientert og kan utgjøre et økonomisk hinder for integrering av andre profesjoner i fastlegevirksomhetene tjenesteyting. For å stimulere til kvalitet og kostnadseffektiv drift i fastlegevirksomhetene, er det nødvendig å sikre at den aktivitetsbaserte finansieringen ikke utgjør noen barriere mot hensiktsmessige måter å organisere seg på. Det er derfor nødvendig å utvikle regelverk og øvrig system rundt dette finansieringselementet i en retning slik at betalingen for utførte tjenester blir mest mulig lik, gitt at tjenesteinnholdet er likeverdig, uavhengig av hvilke personelltyper fastlegen benytter for praktisk utførelse.
- Tilsvarende ansees det hensiktsmessig å fortsette utviklingsarbeidet slik at ikke betalingsordningene fremstår som hinder for bruk av kommunikasjonsteknologi og nye måter å yte tjenester på, jf. f.eks. pågående arbeid for å understøtte e-konsultasjoner m.v.

Ny samarbeidsmodell for vedlikehold og videreutvikling av aktivitetsbasert finansiering

- En noe mer aktiv forvaltningsmodell for den aktivitetsbaserte finansieringen ansees hensiktsmessig.
- Desto høyere ABF-andel som videreføres, desto større krav stilles til aktivt vedlikehold og videreutvikling av modellen.
- Det kan vurderes å gi Helsedirektoratet en mer aktiv rolle i forvaltningen. Dette kan f.eks. finne sted som samarbeid med øvrige parter utenom og som en del av forberedelser og forarbeid til forhandlinger.
- Administrative konsekvenser for Helsedirektoratet må avklares nærmere, da dette innebærer endret ressursbruk og eventuelt noe forskyvning av kapasitet fra f.eks. forvaltning av innsatsstyrt finansiering av sykehusene.
- Mer samordnet forvaltning av aktivitetsbasert finansiering for spesialisthelsetjeneste og fastleger vil kunne gi positive effekter også m.t.p. spørsmål knyttet til samhandling og oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene.

5.2.2 Andel rammetilskudd og ABF

Størrelsesforholdet mellom ramme- og aktivitetsbasert finansiering er et sentralt spørsmål. I kapittel 2 er det forsøkt å gi en balansert fremstilling av fordeler og ulemper med de ulike finansieringsmåtene. Heller ikke dette gir imidlertid et entydig svar på hva som er det rette blandingsforholdet. Vurdering av endringer fra dagens fordeling må bero på en helhetlig vurdering av hvilke hensyn som ønskes vektlagt, f.eks. hvordan man vurderer verdien av rammefinansieringens inntektstforutsigbarhet for tjenesteyter opp mot den aktivitetsbaserte finansieringens stimulans til å yte tjenester til innbyggerne.

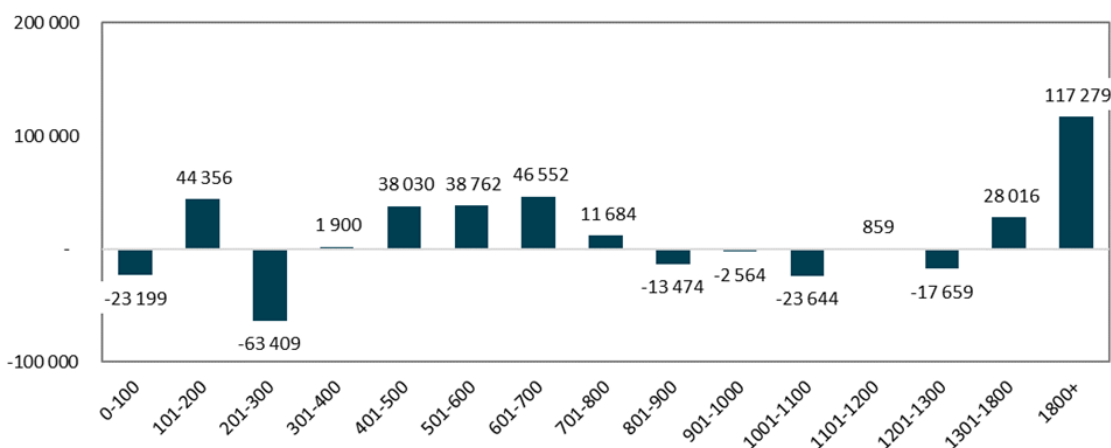
En fullstendig analyse av hva endringer i rammefinansieringsandel kan medføre er ikke utført. En enkel analyse for å illustrere at også slike endringer har komplekse virkninger er gjengitt nedenunder.

Tallgrunnlaget er fra 2018. Utvalget består av leger som hadde liste i hele 2018, og som ikke hadde vikar i løpet av året. Leger som hadde vikar for eksempel 1 dag i uka eller i 2 måneder av året, eller som var innehaver av listen kun i deler av 2018 er ikke med i utvalget. Av tekniske grunner er det en forutsetning at legene i utvalget også var fastlege i august 2019.

Under fremstilles de overordnede fordelingsvirkningene av en økning i andelen basistilskudd til 50 %, uten øvrige endringer i finansieringsordningen. Dette fremkommer ved å øke satsen for per capita-tilskuddet flatt til 950 kroner, og redusere taksthonorarene tilsvarende. Det ligger inne en forutsetning om uendret totaløkonomi.

Overordnede fordelingsvirkninger – 50 % basistilskudd				
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper
Kvinner	+23.500	Spesialist	-8.000	Under 40 år -8.300
				40-49 år -12.300
Menn	-14.800	Andre	+19.800	50-59 år +800
				Over 60 år +19.600

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



En sentral fordelingsvirkning av en isolert økning i andelen basistilskudd (og en tilhørende reduksjon i ABF) er inntektsnedgangen for noen av fastlegene med korte lister. Vi vet at en betydelig andel av disse er fastleger i etableringsfasen på vei til å bygge seg opp en liste som utgjør et fullt kurativt fastlegeårsverk, og at de i en slik fase hyppig behandler pasienter som er på andre fastlegers liste. Dagens høye ABF-andel ivaretar da behovet for ressursallokering til den legen som faktisk utfører tjenestene. Dersom andelen rammefinansiering økes, faller større del av inntekten i stedet på fastlegen som har innbyggerne på sin liste. Dette illustrerer at en endring i forholdet mellom rammefinansiering og ABF kan forutsette mottiltak for å håndtere fordelingsvirkningene.

5.2.3 Garantiordning/grunntilskudd som del av rammefinansieringen

Et generelt tilskudd per fastlege som garanti for inntekt tilsvarende per capita-tilskudd for et visst antall innbyggere (f.eks. 400) vurderes som et aktuelt tiltak for å øke den økonomiske tryggheten for fastleger med oppbygging av 0-lister. Dette kan særlig være relevant dersom det vurderes å øke antall fastleger. Det er få fastleger som har færre enn 400 innbyggere på sin liste. Et grunntilskudd tilsvarende 400 innbyggere vil kunne være viktig for den enkelte fastlege, men vil påvirke totaløkonomien i fastlegeordningen i svært begrenset grad. En øvre grense for utgiftene vil være 16 mill kroner per år. Dersom det gis grunntilskudd tilsvarende 500 innbyggere, vil maksimale utgifter være 30 mill kroner.

En slik endring kan gjennomføres uavhengig av om man viderefører dagens kapasjonsmodell med flate satser, vurderer knekkpunkt, eller innfører risikjustering av kapasjonen.

Endringen kan også gjennomføres uavhengig av forholdet mellom rammetilskudd og ABF, men kan være viktigere desto høyere rammetilskuddsandelen settes.

Forhold som må vurderes nærmere:

- En garantiordning kan vurderes gjort tidsavgrenset for å sikre at den treffer fastleger under etablering og oppbygning av nye lister. Alternativt bør det vurderes andre kontrollmekanismer for å hindre at fastleger som av andre frivillige årsaker har svært korte lister utløser fullt tilskudd.
- En ordning med grunntilskudd vil uten mottiltak bli dyrere for kommuner som har leger med korte lister. Dette vil typisk gjelde mindre og lite sentrale kommuner. For å motvirke de utilsiktede skjevhetene kan en mulighet være å øremerke midlene som overføres fra staten.
- Tiltaket kan understøtte en prosess med etablering av flere nye fastlegelister og rekruttering til disse, men i mindre grad til etablerte lister der det allerede er rekrutteringsutfordringer, f.eks. i mindre og lite sentrale kommuner. Videreføring av særskilte tiltak for å ivareta de mest rekrutteringssvake kommunene er dermed viktig.

5.2.4 Tiltak knyttet til sosiale sikringsordninger

I avsnitt 4.1.3 har vi drøftet ulikheter i sosiale rettigheter og sikringsordninger mellom kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fastleger, og at dette kan være medvirkende til å begrense rekruttering til næringsdrift. Tiltakene beskrevet i avsnitt 4.1.3 vurderes relevante å jobbe videre med.

5.2.5 Endret innretning av utjamningstilskuddet

Det vises til omtale i avsnitt 3.3.7. Dagens utjamningstilskudd har et viktig formål som det fremstår viktig å videreføre blant annet for å styrke driftsgrunlaget i kommuner der det ikke er mulig å organisere tjenestene på en slik måte at hver fastlege har mange innbyggere på listen. Det vurderes imidlertid at treffsikkerheten av dagens utjamningstilskudd er mangelfull, og at dette bør gjennomgås nærmere.

5.2.6 Ved tilføring av nye midler – Hvordan bør disse fordeles?

En viktig forutsetning ved eventuell endring av samlet finansieringsmodell er hvorvidt totalrammen vurderes endret eller ikke. Som gjennomgangen i avsnitt 5.3 og 5.4 senere viser, kan det være begrensninger i hvilke positive effekter man kan oppnå med ren omfordeling av midler sett opp mot hvilke uønskede virkninger dette gir.

Ved eventuell tilførsel av nye midler, er det relevant å vurdere hvilken grad av målretting som ønskes, og eventuelt mot hvilke grupper, før det tas stilling til hvilken finansieringsmekanisme/betalingsmåte som bør benyttes. Eksempler på mulige grupper for målretting som kan gi forskjellige svar m.h.t. finansieringsmåte:

- Rekrutteringssvake kommuner
- Nye hjemler og nyetablerte fastleger under spesialisering
- Fastleger med arbeidskrevende lister

5.2.7 Kvalitetsbasert finansiering

Ulike varianter av kvalitets- og resultatbasert finansiering har blitt diskutert og vurdert som ledd i gruppens arbeid. Dette omfatter både modeller der formålet er understøttelse av

- kvalitet på klinisk nivå i fastlegevirksomhetene
- konsepter som i større grad retter seg mot kommunene og deres systemmessige ansvar for å sørge for et godt tjenestetilbud til befolkningen

Vi har imidlertid valgt ikke å gå videre med utforskning av slike nå. Overordnede betraktninger knyttet til kvalitetsbasert finansiering er:

- Interessant videreutviklingstiltak på sikt, men vurderes ikke aktuelt på kort sikt.
- Kan ikke være bærende element i finansieringsmodellen, men kan være et supplement for å gi kvalitetsarbeid oppmerksomhet og stimulere til måloppnåelse på områder der øvrige finansieringskomponenter kommer til kort.
- Vesentlig at nytt nasjonalt kvalitetssystem med tilhørende indikatorer utredes og etableres først.

5.2.8 Gradvis innføring og overgangsordninger

Gjennomgangen av de ulike endringsalternativene og tilhørende analyser viser at det er høy sannsynlighet for utilsiktede virkninger av de fleste endringer. Gradvis innføring av endringer og overgangsordninger bør derfor vurderes når endringer skal iverksettes.

5.3 Modell 1 – Knekkpunkt

Hovedformålet med beskrivelsene nedenfor er å illustrere virkninger av ulike former for knekkpunkt i per capita-finansieringen.

5.3.1 Skjematisk modellbeskrivelse

I det følgende beskrives to hovedvarianter av knekkpunktsmodeller:

- a. En modell med ett knekkpunkt på 1000 listeinnbyggere.
- b. En modell med to knekkpunkt, ett på 500 listeinnbyggere og ett på 1000 listeinnbyggere.

Hver av disse to hovedvariantene kan kombineres med en av følgende forutsetninger:

- i. Totaløkonomien holdes uendret.
- ii. Totaløkonomien økes med 1 milliard kroner.

De resulterende undervarianter kan kombineres med en av følgende forutsetninger:

- x. Dagens fordeling mellom rammetilskudd og aktivitetsbasert finansiering videreføres.
- y. Andelen rammetilskudd økes til ca. 50 % og takstene reduseres tilsvarende.

I tabellen på neste side oppsummeres alle modellvariantene, 1aix til og med 1biyy. I hver av de gråskraverte cellene er det satt opp eksempler på satser for de ulike trinnene på basistilskuddet. Disse beløpene er satt slik at de oppfyller følgende kriterier:

- Krav til hva totaløkonomien skal være (dvs. enten uendret eller økes med 1 mrd kr)
- Krav til basistilskuddets andel av den totale finansieringen (relevant i y-variantene)
- Krav til knekkpunktens normerende effekt, det vil si at fastleger med listelengde under det normerende knekkpunktet får incentiv til å øke listelengden, mens fastleger med listelengde over det normerende knekkpunktet får incentiv til å redusere listelengden.³⁵
- Krav til at satsen for basistilskuddet etter det normerende knekkpunktet ikke skal være for lav, og i alle fall større enn 0 kr.

Når alle disse kriteriene skal oppfylles er mulighetsrommet for å variere satsene ganske begrenset. Så selv om kronebeløpene i eksemplene i en viss forstand er vilkårlige, fanger de et viktig poeng: Det er svært begrenset hvor mye høyere man kan sette satsen for basistilskuddet før det normerende knekkpunktet i situasjonene hvor totaløkonomien i fastlegeordningen skal være uendret. Dette gjelder både i variantene hvor takstene er uendret og i variantene hvor basistilskuddet økes til ca. 50 %. For at en knekkpunktsmodell skal gi økonomiske incentiver av en viss størrelsesorden er det ikke tilstrekkelig med en omfordeling mellom grupper av fastleger. Økt totaløkonomi vil gi rom for større differensialer i satsene i knekkpunktsmodellen, og dermed vil modellen få større rekrutterende og stabiliserende virkning.

³⁵ Dette er tilfelle når forventet merinntekt per innbygger (altså basistilskudd pluss forventede inntekter fra den aktivitetsbaserte finansieringen) er høyere enn status quo før det normerende knekkpunktet, og når forventet merinntekt per innbygger er lavere enn status quo etter det normerende knekkpunktet.

	a. Modell med ett knekkpunkt		b. Modell med to knekkpunkter	
	i. Uendret totaløkonomi	ii. 1 milliard kroner ekstra	i. Uendret totaløkonomi	ii. 1 milliard kroner ekstra
x. Takstene holdes uendret	0-1000: 550 kr 1001+: 110 kr	0-1000: 740 kr 1001+: 290 kr	0-500: 580 kr 501-1000: 520 kr 1001+: 100 kr	0-500: 780 kr 501-1000: 690 kr 1001+: 300 kr
y. Basis-tilskuddet økes til ca. 50 %	0-1000: 1050 kr 1001+: 380 kr	0-1000: 1180 kr 1001+: 420 kr	0-500: 1050 kr 501-1000: 1000 kr 1001+: 480 kr	0-500: 1210 kr 501-1000: 1100 kr 1001+: 510 kr

5.3.2 Kvalitative virkninger

Fastleger som i dag har listelengde under det normerende knekkpunktet på 1000 får et økonomisk incentiv til å øke listelengden opp mot 1000. Disse fastlegene får en større inntektsøkning for å øke listelengden sammenlignet med dagens situasjon, på grunn av den nye, relativt høye marginalsatsen på basistilskuddet. Fastleger som i dag har en listelengde over 1000 vil være tjent med å redusere listelengden ned mot 1000. For disse fastlegene vil den nye, relativt lave marginalsatsen på basistilskuddet gjøre at de siste pasientene på listen som i utgangspunktet (dagens situasjon) svarte seg økonomisk å ha på listen, ikke lenger gir økonomi som motsvarer kostnadene. Disse resonnementene er utdypet i boksen på de neste sidene, og er fundamentet for den normerende effekten i en knekkpunktsmodell – det vil si bevegelsen i listelengder i retning av det normerende knekkpunktet.

Størrelsesorden på de kvalitative effektene bestemmes av differensen mellom dagens basistilskudd og satsen for basistilskuddet under knekkpunktet. Jo større denne differensen er, desto større blir virkningen av de økonomiske incentivene for å normere listelengden. Eksempelsatsene i tabellen på forrige side viser at en ren omfordeling innenfor dagens økonomi gir begrenset rom for å variere satsene på knekkpunktene, herunder en betydelig økning av den første satsen fra dagens nivå.

Dette er altså de teoretiske effektene innføringen av en knekkpunktsmodell vil få på listelengden. Samtidig fins det faktorer som kan moderere noen av effektene eller gjøre at fastlegers tilpasning til ny optimal listelengde tar lengre tid.

- **Inntektseffekt:** For fastleger med korte lister (under 1000 listeinnbyggere) kan en såkalt inntektseffekt føre til at de ønsker å beholde eller gå ned på en allerede kort liste, selv om de økonomiske incentivene i modellene taler for en økning i listelengden. Grunnen er at for disse fastlegene vil innføring av en knekkpunktsmodell føre til at de får utbetalt et større per capita-beløp per pasient på listen. Det vil isolert sett

føre til høyere inntekt. Det er rimelig å forvente at personer som får høyere inntekt vil ønske å oppnå et høyere velferdsnivå i form av økt kjøp av varer og tjenester, men også i form av økt fritid. For at fastlegen skal få mer fritid må den gå ned i arbeidsmengde (ikke opp, slik utledningen ovenfor tilsier). Inntektseffekten tilsier isolert sett altså lavere arbeidsmengde og dermed lavere listelengde (i den grad listelengden dikterer arbeidsmengden for fastlegen). Dette kan bidra til å begrense økningen i listelengde opp mot det normerende knekkpunktet for fastleger med korte lister. Teoretisk er det også mulig at inntektseffekten for en enkelt fastlege er så sterk at den ønsker å redusere listelengden når inntekten øker. Hvorvidt dette vil bli tilfelle er et empirisk spørsmål, som taler for utprøving av en eventuelle knekkpunktsmodell for å måle og evaluere slike mulige, utilsiktede virkninger. For lengre lister som kan oppleve inntektsnedgang vil det være en inntektseffekt som isolert sett trekker i motsatt retning, det vil si økning i listelengde. Ved økning av totaløkonomien i ordningen derimot vil inntektseffekten trekke i retning av kortere lister, i den grad inntektsøkningen tilkommer legene som i dag er i ordningen.

- **Friksjon i økning av listelengde:** Når en fastlege øker listetaket for å få flere innbyggere på listen, vil det kunne ta tid før de nye plassene på listen fylles opp. Det kan eksempelvis skyldes at det ikke fins grunnlag for økt listelengde i en liten kommune, eller at det har blitt opprettet for mange fastlegehjemler samtidig.
- **Tapsaversjon:** For fastleger med lange lister (over 1000 listeinnbyggere) vil en knekkpunktsmodell gi incentiv til å gå ned på listelengde. Listereduksjon vil for øvrig bety at fastlegene velger å gå ned i bruttoinntekt. Dersom fastlegene er tapsaverse, det vil si er motvillige til å gå ned i inntekt av grunner som ligger utenfor avveiningen mellom merinntekt og merkostnad, kan listenedgangen begrenses eller nøytraliseres helt. En slikt utfall vil sannsynligvis gjøre seg mer gjeldende på kort sikt enn på lang sikt, siden en gradvis reduksjon i listelengden over en periode på flere år ikke vil føre til merkbar inntektsnedgang for en fastlege.
- **Friksjon i reduksjon av listelengde:** Fastleger som ønsker å gå ned i listelengde må søke kommunen om dette. Kommunen kan avslå en slik søknad, for eksempel av hensyn til at innbyggerne ikke kan fordeles på andre fastleger. Denne friksjonen gjør at fastleger ikke uten videre kan gå ned i listelengde dersom de ønsker.

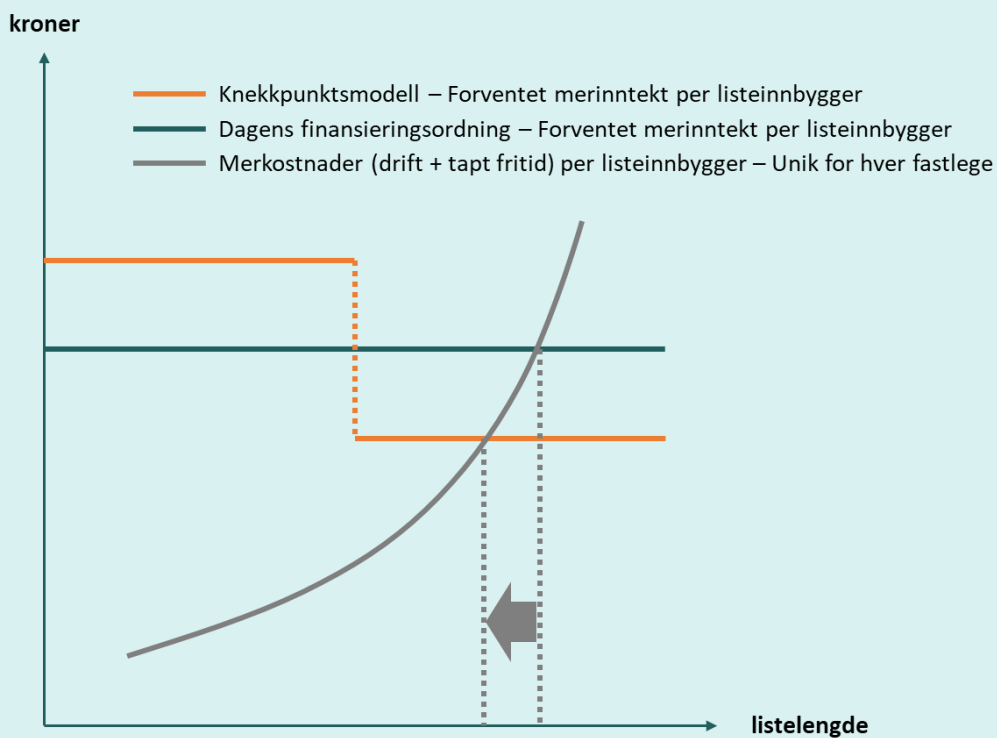
INCENTIVER TIL ENDRING AV LISTELENGDE I KNEKKPUNKTSMODELLER

En inngang til å forstå de kvalitative virkningene på fastlegers listelengder er følgende: Fastlegen velger listelengden som en avveining mellom merinntekt (i form av økt rammetilskudd og ABF) og merkostnadene (i form av tapt fritid og høyere utgifter i driften av fastlegepraksisen) ved å øke listelengden. Det vil være optimalt for en fastlege å øke listelengden så lenge den forventede merinntekten for den neste listeinnbyggeren er høyere enn merkostnadene denne vil medføre. Dette prinsippet fører til at det er optimalt for en fastlege å tilpasse seg med den listelengden som gir merinntekten lik merkostnader for den siste listeinnbyggeren.¹

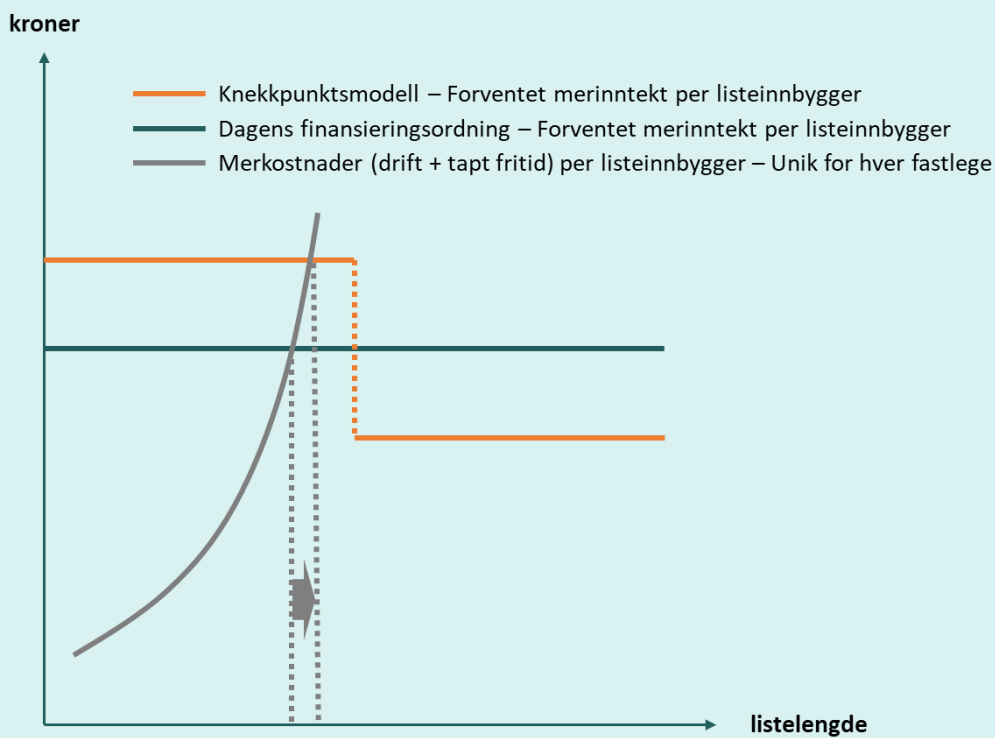
- **Merinntekt per listeinnbygger:** Beløpet denne pasienten utløser i økt rammetilskudd + beløpet denne pasienten forventes å utløse i takstrefusjoner og egenandelsinntekter over en gitt periode.
 - I utgangspunktet kan ikke fastlegen vite noe om hvilke personer som tilkommer listen når listetaket økes. Derfor er det en rimelig antakelse at de nye listeinnbyggerne på fastlegens liste er "gjennomsnittlige" for den norske befolkningen, med hensyn til hvor mye takster og egenandeler de vil komme til å utløse over en periode.
- **Merkostnader per listeinnbygger:**
 - For det første er flere innbyggere på listen forbundet med *lengre forventet arbeidstid for fastleger*, fordi over en viss periode vil en listeinnbygger ha behov for helsetjenester hos fastlegen sin. Lengre arbeidstid betyr mindre fritid. Dette tapet av fritid som følge av økt arbeidstid kan i prinsippet tallfestes til fastlegens verdsetting av denne tiden i kroner. Fastlegen vil kun være villig til å godta tap av fritid (gjennom økt listelengde) dersom det motsvares av et tilstrekkelig økt inntekt.
 - For det andre vil flere innbyggere på listen innebære *høyere driftskostnader til fastlegepraksisen*. Disse kostnadene omfatter blant annet lønnskostnader til helsesekretær, medisinsk-teknisk utstyr og medisinsk forbruksmateriell. Disse kostnadene vil ikke nødvendigvis øke for hver nye listeinnbygger, men heller trinnvis – altså vil driftsutgiftene komme på et høyere nivå når antall innbyggere blir tilstrekkelig stort. Det viktige er uansett at driftskostnadene aldri vil gå ned med økt listelengde – de vil enten være konstante eller øke når fastlegen får en ekstra innbygger på listen.

1. I illustrasjonene på neste side tilsvare det situasjonen hvor den grå linjen skjærer den grønne/oransje linjen. Til venstre for dette skjæringspunktet er merinntekten per innbygger høyere enn merkostnadene.

Scenario 1 – reduksjon i listelengde



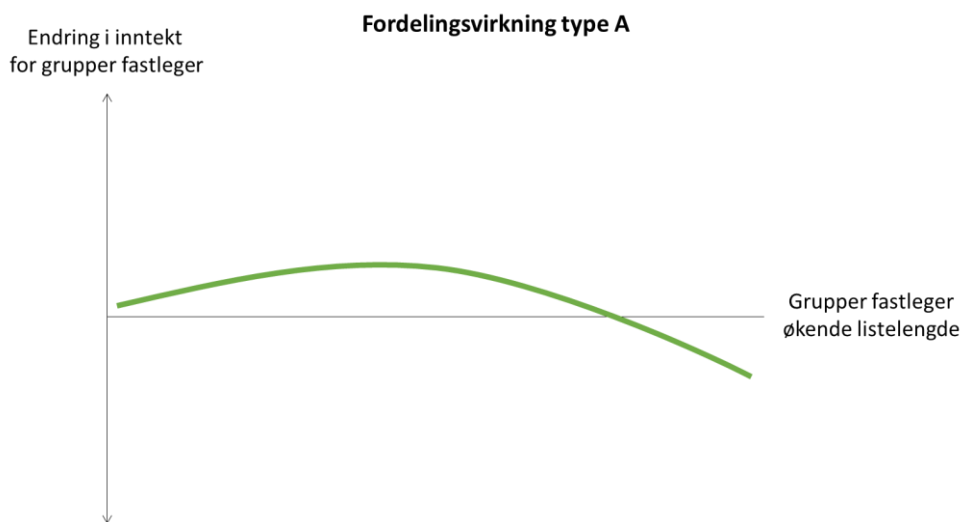
Scenario 2 – økning i listelengde



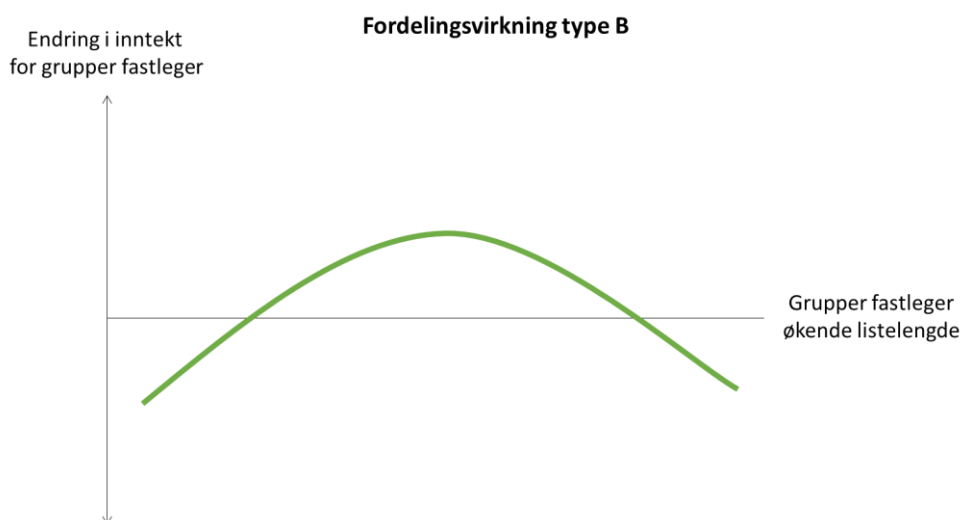
5.3.3 Overordnede fordelingsvirkninger

Fordelingsvirkningene mellom de ulike gruppene avhenger av hvilken variant av knekkpunktmodellen som betraktes. Det kan overordnet skilles mellom tre typer fordelingsvirkninger, kalt A, B og C. Det tydeligste fellestrekket er erkjennelsen at inntektsøkningen blir høyest for fastleger med lister rundt det normerende knekkpunktet. En form for garantiordning vil riktignok løfte inntektsendringen for de korteste listene og kan snu dette bildet. En annen virkning som gjør seg gjeldende i typene A og B, er en ganske betydelig omfordeling fra fastleger med de lengste listene (mer enn 1800 listeinnbyggere). Disse kan oppleve en inntektsreduksjon på inntil 300.000 kroner i enkelte av modellvariantene.

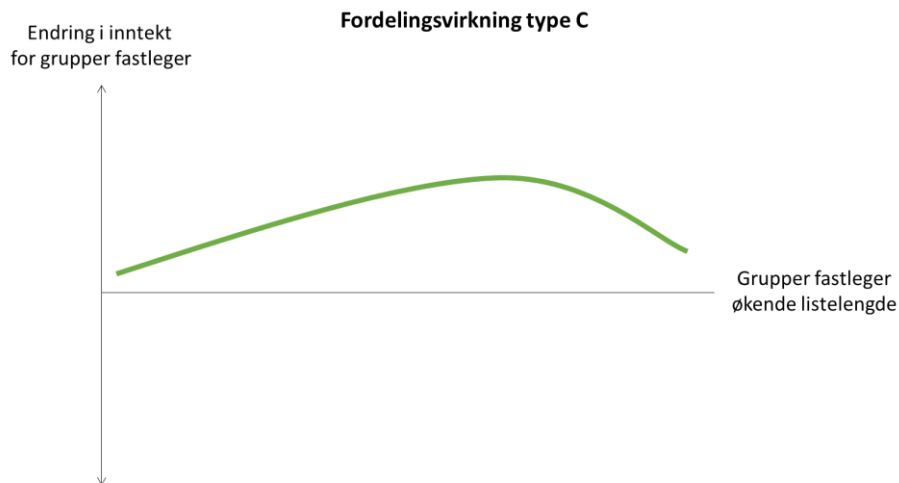
- A. **1aix, 1bix:** Økt inntekt for grupper fastleger med korte og mellomlange lister (listelengder opp til 1200 innbyggere); inntektsøkningen er høyest for lister rundt knekkpunktet (1000 listeinnbyggere). Betydelig reduksjon i inntekt for de lengste listene.



- B. **1aiy, 1aiiy, 1biy, 1biiy:** De korteste listene får sin inntekt redusert. De lengste listene får sin inntekt redusert eller knapt økt. De mellomste listene får sin inntekt økt; økningen er høyest for lister rundt knekkpunktet (1000 listeinnbyggere).



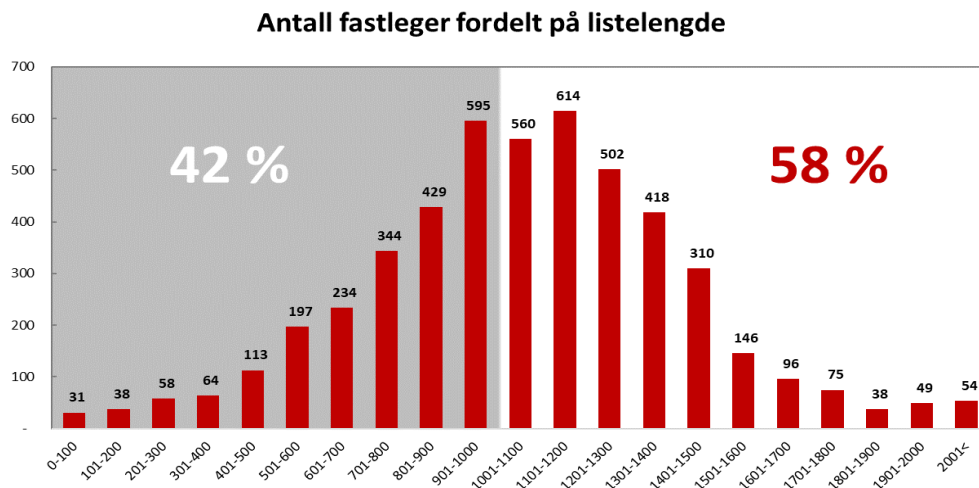
- C. **1aiix, 1biix:** Økt inntekt for alle grupper fastleger. Økningen er størst rundt for lister knekkpunktet (1000 listeinnbyggere).



Fordelingsvirkninger for de enkelte varianter av knekkpunktsmodeller

I det følgende presenteres fordelingsvirkningene for ulike grupper av fastleger. Tabellen viser endringene fordelt på kjønn, spesialisering og aldersgrupper, mens søylediagrammene viser endringene fordelt på grupperte listelengder. Beløpene er gjennomsnittlige endringer i bruttoinntekt per fastlege innad i gruppene.³⁶ Hvordan det slår ut for den enkelte fastlege vil avhenge av dennes faktiske listelengde og tjenesteomfang, samt forhold som geografi og kommunestørrelse.

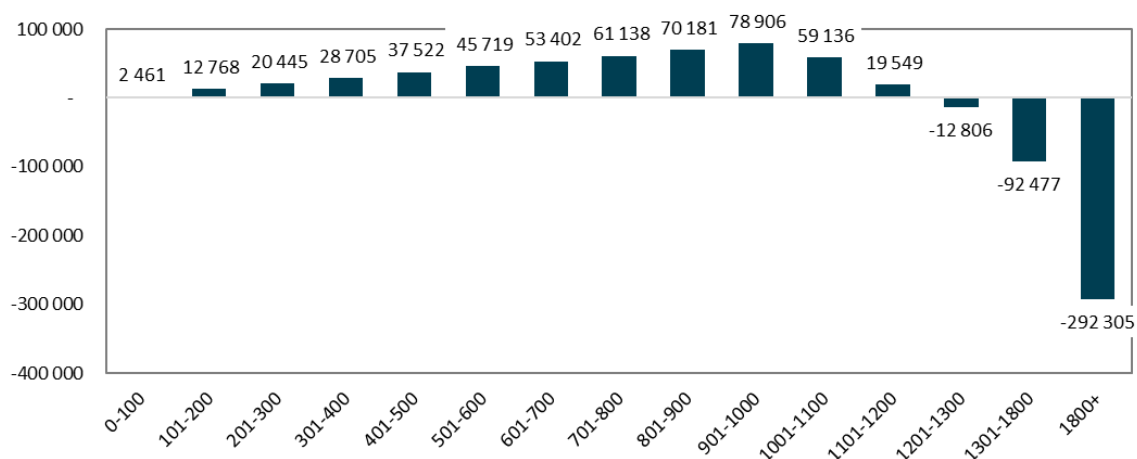
Følgende diagram viser antall lister innenfor de ulike kategoriene av listelengder.



³⁶ Beregningene er basert på nyeste offentlig tilgjengelige data for fastlegeordningen, som er for 2018.

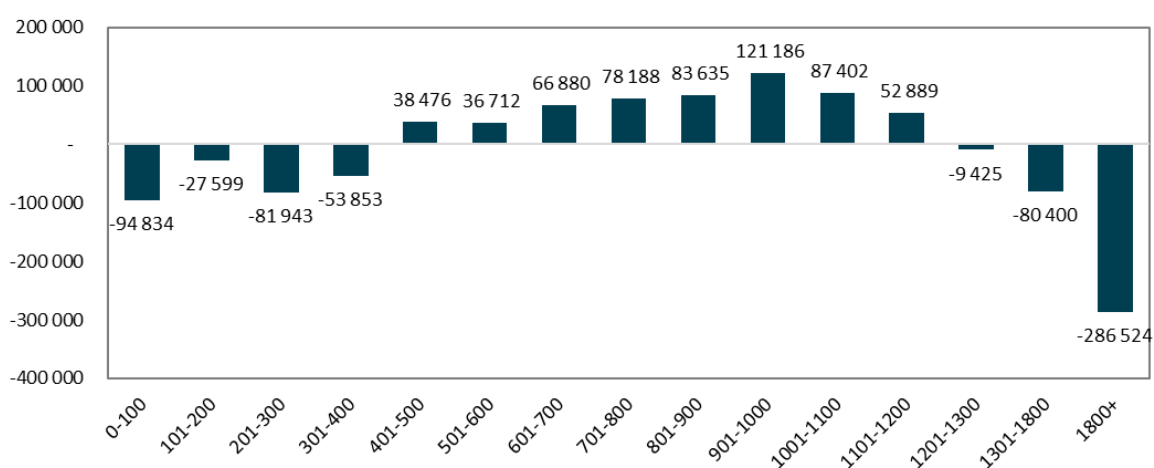
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1aix					
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper	
Kvinner	+17.100	Spesialist	-12.300	Under 40 år	+32.400
				40-49 år	+5.000
Menn	-18.400	Andre	+16.600	50-59 år	-25.400
				Over 60 år	-24.100

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



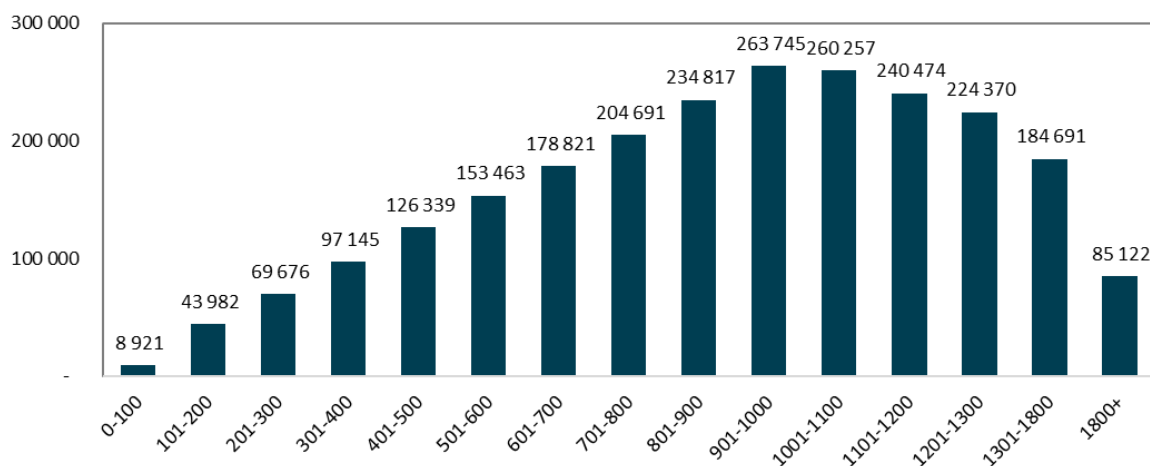
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1aiy					
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper	
Kvinner	+55.600	Spesialist	-20.800	Under 40 år	+48.900
				40-49 år	+2.900
Menn	-35.100	Andre	+51.600	50-59 år	-30.900
				Over 60 år	-11.100

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



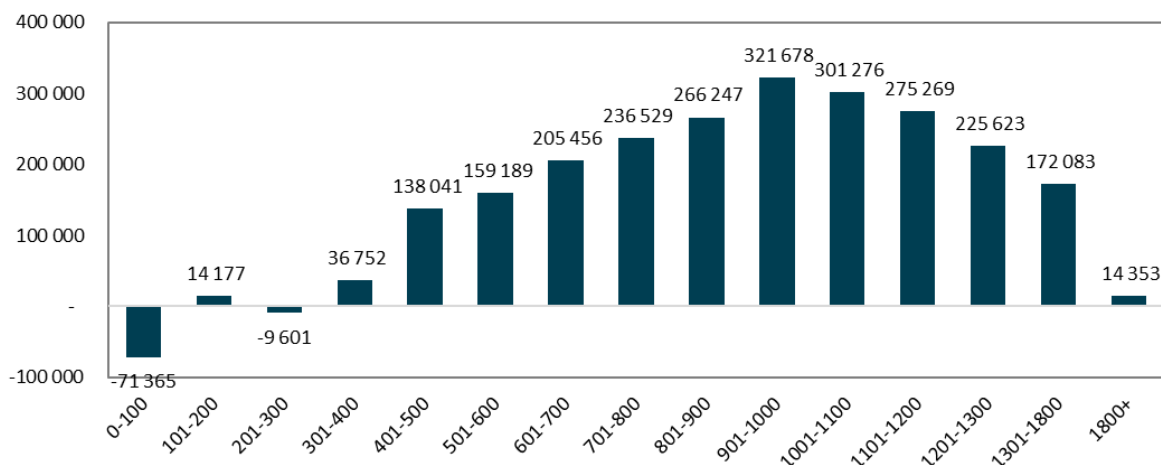
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1aix		
Kjønn	Spesialisering	Aldersgrupper
Kvinner +218.000	Spesialist +212.000	Under 40 år +217.000
		40-49 år +217.000
Menn +207.000	Andre +209.000	50-59 år +205.000
		Over 60 år +205.000

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



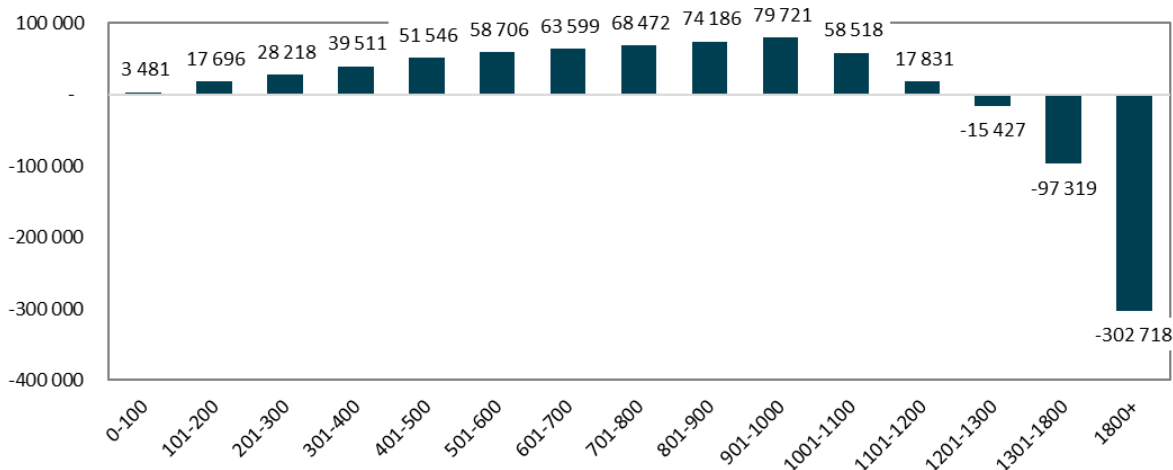
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1aiiy		
Kjønn	Spesialisering	Aldersgrupper
Kvinner +254.200	Spesialist +201.800	Under 40 år +238.500
		40-49 år +216.300
Menn +187.400	Andre +241.700	50-59 år +193.300
		Over 60 år +209.600

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



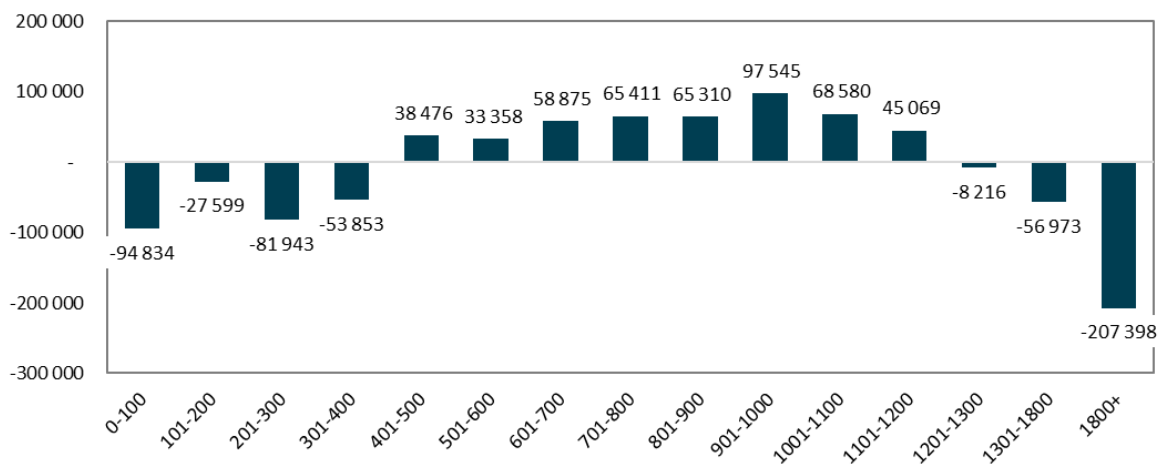
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1bix					
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper	
Kvinner	+18.000	Spesialist	-14.000	Under 40 år	+34.500
				40-49 år	+5.000
Menn	-19.000	Andre	+18.000	50-59 år	-27.000
				Over 60 år	-25.000

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



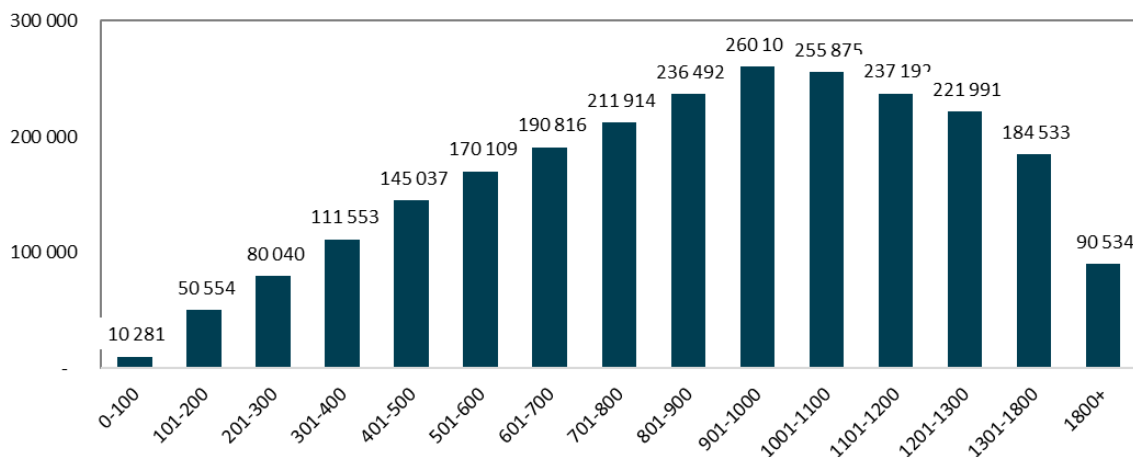
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1biy					
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper	
Kvinner	+50.000	Spesialist	-18.900	Under 40 år	+39.700
				40-49 år	+200
Menn	-31.500	Andre	+46.800	50-59 år	-25.500
				Over 60 år	-6.100

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



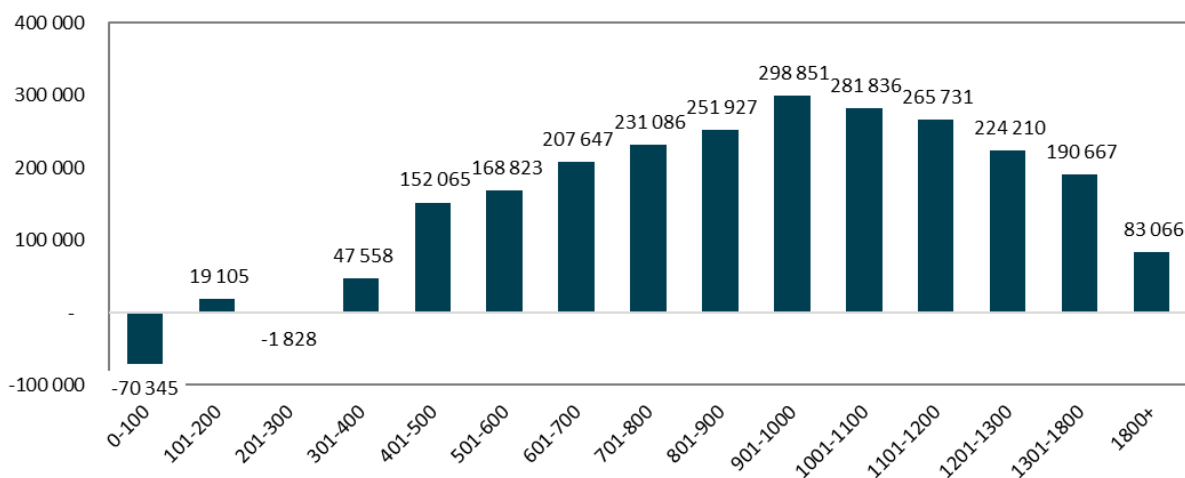
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1biix		
Kjønn	Spesialisering	Aldersgrupper
Kvinner +219.000	Spesialist +212.000	Under 40 år +218.000
		40-49 år +217.000
Menn +207.000	Andre +211.000	50-59 år +205.000
		Over 60 år +206.000

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1biy		
Kjønn	Spesialisering	Aldersgrupper
Kvinner +249.500	Spesialist +202.700	Under 40 år +231.500
		40-49 år +213.500
Menn +190.000	Andre +238.600	50-59 år +197.300
		Over 60 år +213.300

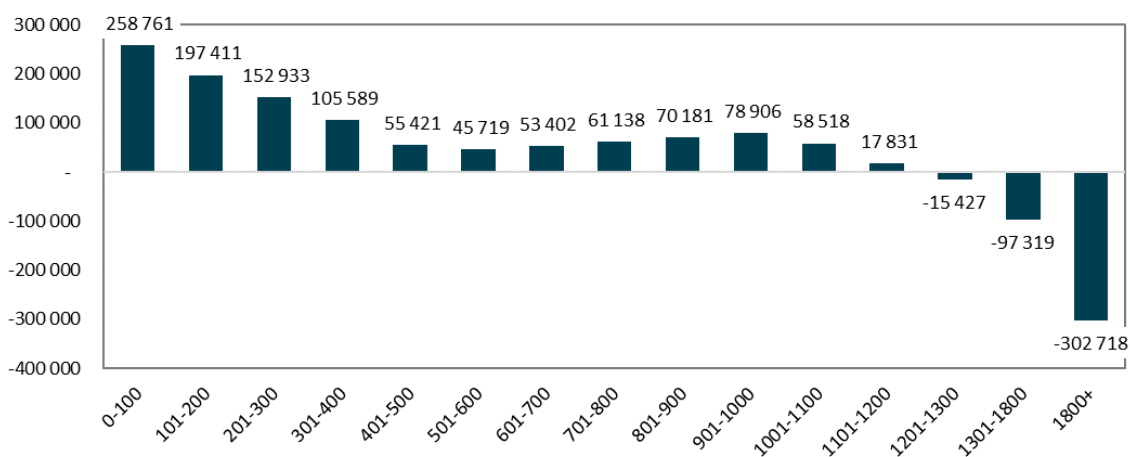
Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



Samtlige av knekkpunktsmodellvariantene kan kombineres med en garantiordning som sikrer fastleger et basistilskudd tilsvarende 500 pasienter på listen, jf. avsnitt 5.2.3. Under fremstilles to eksempler på dette, ett hvor fordelingen mellom rammetilskudd og ABF er som i dag, og ett hvor andelen rammetilskudd økes til ca. 50 %.

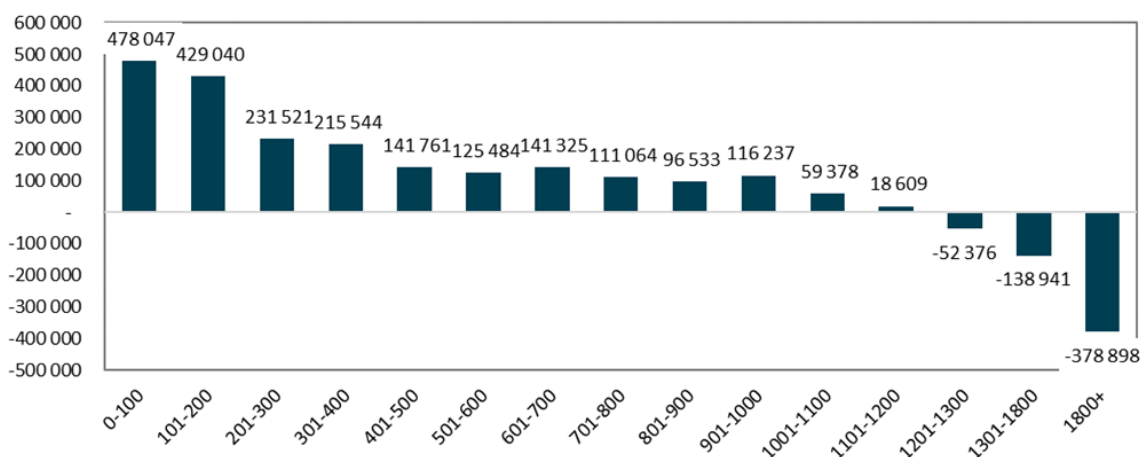
Overordnede fordelingsvirkninger – modell 1aix med garantiordning					
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper	
Kvinner	+18.300	Spesialist	-14.500	Under 40 år	+37.700
				40-49 år	+4.900
Menn	-18.200	Andre	+21.800	50-59 år	-26.300
				Over 60 år	-25.000

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



Overordnede fordelingsvirkninger – modell aiy med garantiordning				
Kjønn		Spesialisering		Aldersgrupper
Kvinner	+55.500	Spesialist	-23.800	Under 40 år +55.800
				40-49 år +1.200
Menn	-35.100	Andre	+59.000	50-59 år -32.500
				Over 60 år -12.800

Endring i bruttoinntekt for grupper av fastleger



5.3.4 Forutsetninger og administrative konsekvenser

De rent administrative konsekvensene av å innføre en knekkpunktjustering av per capita-tilskuddet vurderes i utgangspunktet å være av begrenset omfang. Det forutsettes imidlertid en noe mer raffinert beregningsmåte, og tilhørende endringer i systemene Helfo forvalter for å gi kommuner og fastleger informasjon om per capita-inntekter for ulike deler av listepopulasjonen. Dette kan gi økt kompleksitet også for kommunene, hvilket kan gjøre det aktuelt å vurdere endring slik at det er Helfo som står for utbetaling av per capita-tilskuddet direkte til legene. Ettersom det er Helfo som har oversikt over den enkelte leges listelengde til enhver tid, vil dette sannsynligvis være et enklere system å administrere. Et system med Helfo som betalingsformidler kan implementeres uavhengig av om man velger kommunen som finansieringsansvarlig (som i dag) eller overfører finansieringsansvaret til staten.

Den foreslåtte modellene vil kunne medføre noen utilsiktede skjevheter dersom innretningen på de statlige overføringene til kommunene ikke endres. En knekkpunktmodell blir dyrere for kommuner som har leger med korte lister. Dette vil typisk gjelde mindre og lite sentrale kommuner. For å motvirke de utilsiktede skjevhetene kan en mulighet være å øremerke midlene som overføres fra staten. Gjesteinnbyggeroppgjør mellom kommuner vil også påvirkes, og må vurderes nærmere.

5.3.5 Avsluttende betraktninger

- Gjennomgangen og analysene viser at virkningene av en tilsynelatende enkel knekkpunktjustering av per capita-tilskuddet er komplekse, og at til tross for nøye overveielser av innretning kan det oppstå utilsiktede omfordelingsvirkninger.
- Knekkpunkt vurderes å ha en sterkt normgivende effekt på listelengde. Det kan dermed være et effektivt virkemiddel dersom målet er å stimulere til nedkorting av listelengde, men dårligere egnet dersom det er ønskelig å bevare kapasiteten hos fastleger med lange lister.
- Det er ikke mulig å si med sikkerhet hva som skjer med listestørrelsene. Likevel er det trolig at den samlede, kortsiktige effekten for fastlegedekningen vil være at antall listeplasser (ledige og besatte) hos dagens fastlegervil gå noe ned. Tapsaversjon hos enkelte leger vil kunne delvis motvirke en slik nedgang. Bedre økonomi på korte lister og reduksjon i arbeidstiden som følge av nedgang i listestørrelse, kan bidra til å bedre rekrutteringen. Dersom man som følge av endret finansieringsmodell eller andre tiltak lykkes med å få flere leger inn i ordningen, vil kapasitetutfordringene reduseres.
- Simuleringene som er utført tilsier at det er krevende å oppnå ønskede virkninger gjennom introduksjon av en knekkpunktmodell med mindre man samtidig tilfører nye midler; hvis ikke vil de negative omfordelingsvirkningene oppveie de positive effektene som forsøkes oppnådd gjennom å fordele mer til fastleger med kortere lister.
- Det vil være dyrere å ha fastleger på korte lister sammenlignet med å ha færre leger med lengre lister, hvilket kan påvirke kommunene på en uheldig måte, med mindre mottiltak iverksettes.

5.4 Modell 2 – Risikojustering av per capita-tilskuddet

Formålet med modellen er å beskrive virkninger av å risikjustere per capita-tilskuddet basert på egenskaper ved listeinnbyggerne. En versjon av dette testes i forsøk med primærhelseteam med driftstilskuddsmodellen, hvor hoveddelen av finansieringen er et tilskudd basert på antall listeinnbyggere, der tilskuddet per innbygger er vektet ut fra kjennetegn ved innbyggerne som sier noe om deres behov for tjenester. Parameterene som benyttes p.t. er alder og kjønn, levekår ved levekårsindeks og reiseavstand. Det er mulig å benytte en tilsvarende innretning for finansiering av fastleger med de samme og/eller andre parametere.

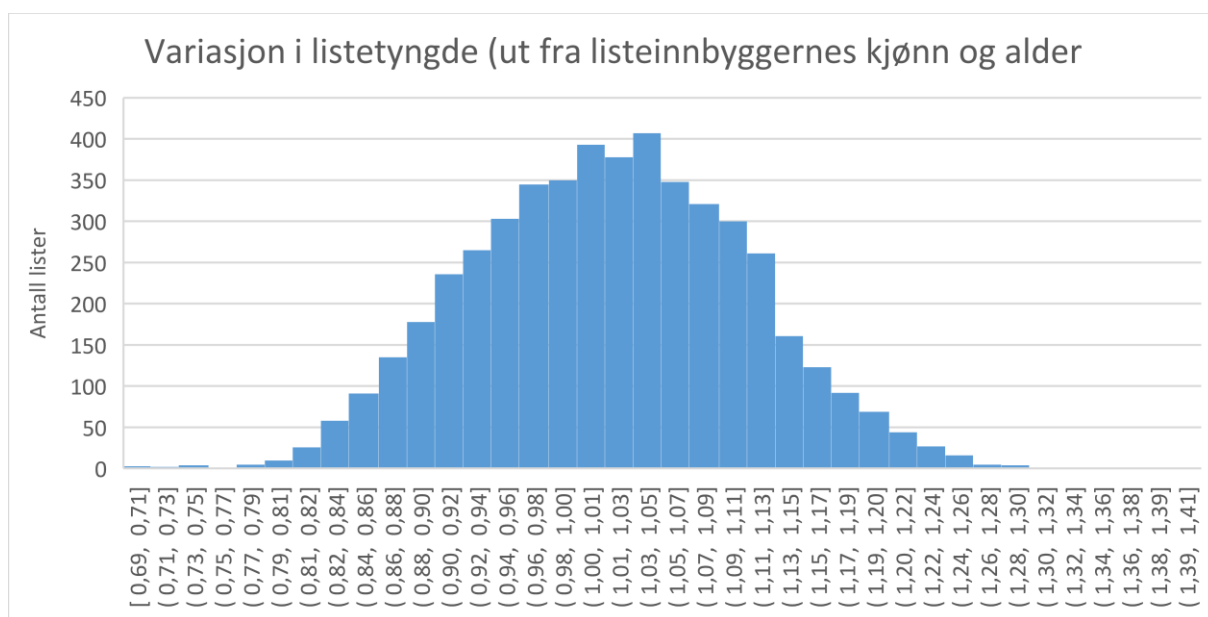
5.4.1 Skjematisk modellbeskrivelse

- Hovedendringen i modellen er at per capita-tilskuddet risikjusteres.

- Risikojustering innebærer at basistilskuddet justeres opp dersom sammensetningen av listen er slik at det forventes å kreve mye arbeid å ivareta innbyggerne på listen, og ned dersom listen forventes å kreve mindre arbeid.
- Det forventede arbeidet med å ivareta en innbygger på listen avhenger av innbyggerens egenskaper.

En enkel implementasjon av ovenstående er prøvd ut for å simulere hvilke virkninger en slik modell kan gi. Modellen er utarbeidet som følger:

- Informasjon om listeinnbyggernes alder og kjønn er kombinert med vektet hentet fra finansieringsordningen for primærhelseteam. Vektene er utarbeidet i 2017, på grunnlag av data fra KUHR om hvilken aktivitet som er utløst per innbygger per år – gruppert ut fra innbyggers alder og kjønn. Vektene baserer seg i hovedsak på analyser, men det er i noen grad også brukt faglig skjønn ut fra formålet med primærhelseteam og viktige målgrupper for teamet. Vektene er derfor ikke nødvendigvis direkte overførbare til alle fastleger.
- Datamaterialet om alders- og kjønnsammensetning på den enkelte liste er hentet fra Helsedirektoratets fastlegeregister. Materialet omfatter alle innbyggere på alle fastlegers lister i august 2019.
- Dette er gjort slik at hver innbygger på listen er gitt en vekt, varierende fra 0,14 for kvinner på 0 år til 2,5 for menn over 90 år. En liste bestående av en kvinne på 0 år og en mann på 92, vil da få en vektet lengde på $0,14+2,5=2,64$. Gjennomsnittsinnsbyggeren har vekt 1, så eksempellisten er tyngre enn gjennomsnittet. Basistilskuddet til legen ville i dette tilfellet justeres med faktoren $2,64/2=1,32$.



Figur 7: Antall lister per korreksjonsfaktor. En faktor på 1 innebærer at en listes basistilskudd ikke endres av risikojustering, en faktor på 1,1 at basistilskuddet øker med 10 prosent.

5.4.2 Kvalitative virkninger

- Risikojustering av per capitatilskuddet vil gi utfører (fastlegen) økonomisk kompensasjon for merarbeid knyttet til innbyggere på listen som krever mer tid og ressurser fra fastlegen.
- På den annen side vil legen få denne kompensasjonen uavhengig av om legen faktisk utfører flere tjenester for de innbyggerne som det gis høyere per capitatilskudd for.
- Det kan være et spørsmål om risikojustering er tilstrekkelig treffsikkert på enkeltlistenivå. Innenfor primærhelseteam utmåles tilskuddet ut fra gjennomsnittsberegninger på nasjonalt nivå om hvor mye fastlegetjenester personer i ulike kjønns- og alderskategorier forbruker. Enkeltindivider på listene vil kunne variere mye fra den kategorien innbyggeren er plassert i. Risikojustering slik den er utformet for primærhelseteam inneholder ikke justering for den enkelte listeinnbyggers faktiske helsetilstand. Jo høyere andel per capitatilskudd, jo mer sårbar er modellen for ikke å fange opp faktisk arbeidsbelastning.
- Risikojustering gir insentiv til å ta ansvar for innbyggere med høyere ressursbehov enn gjennomsnittet.

5.4.3 Overordnede fordelingsvirkninger – gitt uendret andel rammetilskudd

Risikojustering overfører midler fra leger med "lette" lister til leger med "tunge" lister. Dersom man viderefører dagens blandingsforhold mellom rammetilskudd og aktivitetsbasert finansiering, vil ikke risikojustering av tilskuddet gi store utslag på gruppenivå. Spesialistene i allmenntillegnet går i gjennomsnitt mindre enn 1000 kroner opp i tilskudd per år, ikke-spesialister drøyt 1000 kroner ned. Kvinnelige fastleger går omtrent 6000 kroner ned i inntekt, mannlige fastleger omtrent 4000 kr opp. Leger med lister over 1800 innbyggere går i snitt omtrent 8000 kroner ned i tilskudd. Også de korteste listene går ned i tilskudd, mens de midlere listene får økt sitt tilskudd. Leger under 50 år får omtrent 10 000 kroner mindre i tilskudd, mens leger over 50 får omtrent 25 000 kroner mer per år. Kronebeløpene framkommer dersom risikojustering innføres uten noen av de andre forslagene som er vurdert, og vil endres noe dersom det samtidig gjøres andre endringer i basistilskuddet.

Dette viser trolig at de aller korteste listene (under 500 innbyggere) ikke er korte fordi det er tunge lister, men av andre grunner. Dette kan for eksempel være få innbyggere i kommunen eller at det er nye lister. De lengste listene er lettere enn andre, og blant de midlere listene er mange tunge. Konsekvensene for kvinner og menn skyldes at de mannlige fastlegene har flere pasienter over 80 år. Uten disse ville de kvinnelige legene tjent og de mannlige tapt på risikojusteringen. Dette har trolig sammenheng med at de kvinnelige fastlegene i gjennomsnitt er yngre og har yngre lister. At alder er det justeringskriteriet som slår mest ut på gruppenivå, vises også ved at utslagene for ulike aldersgrupper blant legene er sterke.

På enkeltlistenivå er forskjellene større. De individuelle korreksjonsfaktorene varierer mellom 0,68 og 1,39, altså en endring i basistilskuddet på 30-40 prosent. Omtrent 70 prosent av listene får endret basistilskuddet med 10 prosent eller mindre. Figur 7 ovenfor viser variasjonen i hvilken faktor listene korrigeres med. Man kan enkelt endre utslagene ved for eksempel å la bare deler av basistilskuddet risikojusteres.

5.4.4 Overordnede fordelingsvirkninger dersom tilskuddsandelen økes til 50 %

Dersom tilskuddsandelen økes til 50 % av fastlegenes inntjening endres fordelingsvirkningene. Fastleger som har høy andel takstfinansiering vil i utgangspunktet tape på en reduksjon av andel takstfinansiering.

Hvis man går opp til 50 % tilskudd, er det ikke nødvendigvis naturlig at utjamningstilskuddet økes tilsvarende. Vi har derfor i utregningen forutsatt uendret utjamningstilskudd.

Med risikojustering av et tilskudd som utgjør 50 % av fastlegenes inntjening vil kvinnelige fastleger komme bedre ut sammenliknet med i dag og sammenliknet med modellen ovenfor med videreføring av dagens blandingsforhold mellom tilskudd og aktivitetsbasert finansiering.

Spesialistene i utvalget vil få om lag 5-10 000 mindre i inntjening og ikke-spesialister vil få 15-20 000 i økt inntjening.

Også i en 50/50-modell vil korte lister få redusert inntjening, mens lister over om lag 1100 innbyggere vil få økt inntjening.

Resultatene må tolkes med forsiktighet. Beregningene er foretatt på grunnlag av data om fastleger som ikke hadde vikar i 2018, og som også hadde liste i august 2018. Dette utgjør i underkant av 3000 leger.

5.4.5 Økning av totaløkonomien for ordningen

Dersom risikojustering innføres ut fra dagens totalramme vil det føre til en omfordeling av midler, det betyr i praksis at noen vil få mindre inntjening enn i dag.

Dersom man tilfører ekstra midler til totaløkonomien for fastlegeordningen kan det være aktuelt å legge dette inn i midlene som risikojusteres. De ekstra midlene vil da kunne tilføres de som har mer arbeidskrevende lister (lister med innbyggere som har større behov for fastlegetjenester) enn gjennomsnittet. Det betyr at ingen får dårligere inntjening enn i dag.

5.4.6 Forutsetninger og administrative konsekvenser

En utvikling i retning av risikojustering av per capita-tilskuddet forutsetter videre modellutforming. Betraktninger knyttet til dette:

- I arbeidet nå er det kun gjort en enkel analyse med utgangspunkt i alder og kjønn. I videre arbeid er det naturlig å vurdere noe mer raffinerte modeller som f.eks. tar innover seg data som reflekterer helsetilstand basert på etablerte helseregistre. Utprøvede internasjonale modeller for prediksjon av tjenestebehov bør vurderes i denne sammenheng, herunder
 - ACG (Johns Hopkins)
 - AGM (Catalonia)
 - Enklere modeller basert på Charlson comorbidity index e.l.
- Andre parametere som kan vurderes inntatt i modellen er sosiøkonomiske faktorer, samt graden av nærhet til spesialisthelsetjenester

- Videre arbeid bør relateres til det pågående forsøket med primærhelseteam og ny tilskuddsordning for næringsdrivende med særlig arbeidskrevende lister.
- Viktig at balansegangen mellom enkelhet og kompleksitet ivaretas.

Modellen med risikojustering av per capita-tilskuddet vil på samme måte som en knekkpunktmodell, slå skjevt ut for kommunene med mindre dette håndteres i fordelingen av midler fra staten til kommunene.

5.4.7 Avsluttende betraktninger

- I likhet med knekkpunktmodeller, kan risikojustering av per capita-tilskuddet gi utilsiktede fordelings effekter. God modellutvikling og videre simulering og utprøving er derfor hensiktsmessig.
- Ren omfordeling av eksisterende rammetilskudd gir små effekter i de foreløpige analysene. Dette kan indikere at rammetilskuddsandelene må justeres som forutsetning for å oppnå ønskede virkninger.
- Aktivitetsbasert finansiering er en alternativ metode for å ivareta risikojustering i den samlede finansieringen. Forskjellen ligger i hvilke data man benytter, og om finansieringen fastsettes i forkant av eller i etterkant av at pasientbehandling og andre aktiviteter finner sted. Begge metoder medfører fordeler og ulemper, og valget må bero på om man primært ønsker å fremheve rammefinansieringens eller den aktivitetsbaserte finansieringens egenskaper, samt hva som fremstår enklest gjennomførbart.

5.5 Modell 3 – Kommunal rammefinansiering

Hovedformålet med modellen er å illustrere effekter av overføre det offentlige finansieringsansvaret til kommunene.

5.5.1 Skjematisk modellbeskrivelse

- Den økonomiske rammen for fastlegeordningen overføres i sin helhet til kommunene.
- Staten finansierer kommunene gjennom det ordinære inntektssystemet, herunder med innbakte mekanismer for behovsjustering.
- Kommunen har både sørge-for ansvaret og finansieringsansvaret for ordningen.
- Kommunen organiserer tjenesten enten ved å ansette fastleger eller ved å kjøpe fastlegetjenester fra næringsdrivende leger/private fastlegevirksomheter.

5.5.2 Kvalitative virkninger

For staten:

- For staten vil dette innebære forutsigbare utgifter og redusert økonomisk risiko.

For kommunene:

- Økt økonomisk risiko
- Samtidig mulighet til å prioritere ressursbruk slik som for andre tjenesteområder

- Økt rom for og insentiver til styring av fastlegeordningen

For fastlegene:

- Effekten for fastlegene vil være avhengig av hvilken tilknytningsform kommunen velger.
- Ved fastlønn kan en bonusordning gi tilsvarende insentiver som dagens system med basistilskudd og takster.

For innbyggerne:

- Mulighet for større variasjon i tjenestetilbudet på tvers av kommuner

5.5.3 Overordnede fordelingsvirkninger

- Kan ikke beregnes detaljert

5.5.4 Forutsetninger og administrative konsekvenser

- Modellen innebærer vesentlige organisatoriske endringer fra dagens situasjon
- Forutsetter omfattende endringer i både fastlegeforskrift, avtaleverk og administrative systemer
- Forutsett et trolig system med offentlige anskaffelser dersom privat næringsdrift skal videreføres.

VEDLEGG 1 – MANDAT

[Mandat gitt juni 2018]

KS/Oslo kommune, Legeforeningen og HOD (Trepertssamarbeidet for fastlegeordningen) har besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Bakgrunnen for utredningen er de utfordringene man ser med rekruttering til ordningen og økningen i oppgaver fastlegene opplever, som gjør at mange fastleger opplever utfordringer med dagens rammebetingelser. Dette er et sentralt tema i den evalueringen som det nå jobbes med, som skal ferdigstilles medio 2019.

Større endringer i dagens finansieringsmodell må ta utgangspunkt i resultatene av evalueringen. Endringer må bidra til å bevare det gode i dagens ordning, samtidig som de legger til rette for endringer i innhold og arbeidsformer i tråd med utviklingen i befolkningens behov, fag, teknologi og helse- og omsorgstjenesten forøvrig. Hensynet til rekruttering og stabilitet må vektlegges, samt nye forskriftskrav om spesialisering og kvalitetsarbeid. Nye modeller for finansiering må derfor ta utgangspunkt i dagens utfordringer, men må ha som mål å tilrette-legge for tjenesteutvikling og innovasjon i fastlegeordningen slik at resultatet er en modernisert fastlegeordning av høy kvalitet som bidrar til bærekraft i helse- og omsorgstjenesten.

Det vises i denne sammenheng til regjeringsplattformen. Der fremgår det blant annet at regjeringen vil digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. Det vises også til pågående arbeid med å prøve ut nye arbeidsformer, organisering av og finansiering i fastlegeordningen, dvs. piloten med primærhelseteam, ny pilot med avstandsoppfølging og anskaffelse av elektroniske verktøy for praksisprofil og risikostatifisering. Det vises videre til regjeringens mål om å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon kan gjennomføres, samt målet om å inkludere flere yrkesgrupper i primærhelseteamene.

Organisering av arbeidet:

Helsedirektoratet vil representere HOD i arbeidet og får ansvar for å drifte og lede utredningsprosjektet. Helsedirektoratet skal nedsette og lede en arbeidsgruppe med representanter fra KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helsedirektoratet. Ehelsedirektoratet bør involveres. Helsedirektoratet rapporterer til HOD ved PTA som har det løpende oppfølgings-ansvaret for arbeidet.

På regelmessig basis rapporterer HOD på status og fremdrift i arbeidsgruppens arbeid til trepartssamarbeidet.

Frist for utredningen er 1.9.2019.

Mandat for arbeidsgruppen:

I dagens finansieringsmodell er ansvaret delt mellom kommunen, som har sørge-for ansvar for fastlegeordningen (basistilskudd, utjamningstilskudd og evt praksiskompensasjon ved frikjøp), folketrygden (refusjoner) og pasientene (egenandeler). Mange kommuner bidrar i tillegg med egenfinansiering av fastlegene utover den ordinære finansieringen av fastlege-ordningen. Arbeidsgruppen skal drøfte hvordan finansieringsansvaret bør/kan fordeles mellom aktørene gitt målene om styrket rekruttering og stabilitet, kvalitet og innovasjon i tjenesten, likeverdige tjenester og gjeldende ansvarsfordeling og ansvarsprinsipper. Det legges til grunn at det skal videreføres egenandeler på om lag samme nivå som i dag. Det legges også til grunn at kommunenes sørge-for ansvar videreføres. Det må i arbeidet tas hensyn til de store forskjellene mellom kommuner, noe som begrunner behovet for at kommunene må og skal kunne agere ut fra lokale behov. Partene ønsker god samhandling mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet med dette arbeidet er å vurdere hvordan finansieringsmodellene kan bidra til bedre ledelse og kvalitet i tjenestene, tjenesteutvikling og innovasjon, god rekruttering, stabilisering og støtte opp om helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.

Arbeidsgruppen skal bygge på forskningsbasert kunnskap om effekten av ulike finansierings-modeller og se hen til listelengde i land det er naturlig å sammenlikne seg med. Ved modeller der per capita-tilskudd inngår, skal det vurderes vektning og knekkpunkt.

Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i dagens finansieringsmodell og skissere 3-4 alternative finansieringsmodeller, som ivaretar både finansiering av fastlegevirksomhetene og kommunenes sørge-for ansvar. Den skal synliggjøre fordeler og ulemper ved disse, herunder hvordan innretning av finansieringen kan påvirke kvalitetsarbeid, tjenesteutvikling i arbeids-delning og arbeidsformer, rekruttering og stabilisering, krav til kompetanse og spesialistutdan-ning, samhandling med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten, samt digitalisering og innovasjon. Arbeidsgruppen må også se nærmere på hvordan arbeids-belastning, faglige nettverk og sosiale rettigheter ivaretas i de ulike finansieringsmodellene. Arbeidsgruppen skal videre utrede hvordan hvilke konsekvenser ulike finansieringsmodeller for fastlegeordningen har for finansiering og organisering av legevakt. Det er ønskelig å finne riktig balanse mellom insentiver til høy tilgjengelighet gjennom ulike typer tjenester, rask og effektiv pasientbehandling og insentiver for å sikre en mer proaktiv og populasjonsbasert tilnærming og tett oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og dem med sammen-satte behov.

Arbeidsgruppen skal også vurdere hvordan innretningen av finansieringen kan bidra til at pasienter som kunne gått til sin fastlege, gjør det, og i minst mulig grad oppsøker legevakt eller andre tilbud/tjenester.

Arbeidsgruppen må gjøre en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av de modellene de vurderer. Det forutsettes ikke en vurdering av totale økonomiske konsekvenser av hver modell, da arbeidet i første omgang handler om å beskrive modeller, som vil kunne tilpasses ulike økonomiske rammer.

VEDLEGG 2 – PROTOKOLL

1.10.2018

Protokoll mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeförening

Forhandlinger mellom staten, KS og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske legeförening på den andre side om revisjon av avtalen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2018 - 30. juni 2019 endte uten enighet mellom partene. Staten fastsatte derfor økonomien i fastlegeordningen i tråd med siste tilbud. Dette innebar at per capita-tilskuddet (listetilskuddet) ble økt med 100 mill. kroner som en delvis kompensasjon i form av kostnadsdekning for konkrete myndighetspålegg av varig karakter som ikke tidligere er kompensert. I tillegg ble det lagt inn en inntektsvekst tilsvarende 2, 8 pst. i 2018. Listetilskuddet økte således med 35 kroner (7,8 pst.) til 486 kroner

Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten virker i tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Myndighetstiltak i forbindelse med samhandlingsreformen, som betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, la til rette for endringer i oppgavedelingen mellom omsorgsnivåene. Dette, samt nye nasjonale faglige retningslinjer, er eksempler på myndighetstiltak som har medført at fastlegene har fått mer arbeid per pasient. Partene viser til økt tidsbruk knyttet til at pasientene har mer sammensatt og komplisert sykdom og til økt volum på pasientrelaterte oppgaver uten at pasienten er tilstede. Slike oppgaver har medført en kostnadsøkning for en gitt listelengde. Partene mener det har skjedd en økning i arbeidstid for den enkelte fastlege.

For å beholde dagens fastleger, samt legge til rette for økt rekruttering av fastleger, er partene enige om at det er behov for å kartlegge omfanget av oppgaver av varig karakter som ikke tidligere er kompensert. Partene vil derfor nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe for å beskrive hvilke oppgaver dette gjelder. Arbeidet skal ferdigstilles innen 1.3.2019.

Med utgangspunkt i dette arbeidet vil regjeringen, basert på samarbeidet mellom partene, vurdere tiltak for å rekruttere flere fastleger og ev. andre tiltak for å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene. Dersom denne prosessen også fører til at listelengde reduseres, vil regjeringen tilføre ordningen ressurser.

Partene vil se dette arbeidet i sammenheng med evalueringen av fastlegeordningen og arbeidet med å utvikle en handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Denne protokollen innebærer at Legeföreningen slutter seg til statsavtalen som ble inngått 29. juni 2018.

Oslo 1.10.2018


Helse- og omsorgsdepartementet


Den norske legeförening