



Bente Astad og Ann Lisbet Brathaug

Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 1999

Evaluering av fastlegeordningen -
førd data om kommunenes utgifter

Notater

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1. Sammendrag | 3 |
| 2. Innledning | 5 |
| 3. Kommuneutvalg og datakvalitet | 6 |
| 3.1. <i>Kjennetegn ved kommunene</i> | 6 |
| 3.2. <i>Datakvalitet</i> | 6 |
| 4. Organisering av legetjenesten i kommunene..... | 8 |
| 4.1. <i>Organisering i kommunene for innføring av fastlegeordningen.....</i> | 8 |
| 4.2. <i>Organisering av fastlegeordningen - FLO</i> | 9 |
| 5. Kommunale utgifter til primærlegetjenesten..... | 10 |
| 5.1. <i>Kommunenes brutto utgifter</i> | 10 |
| 5.1.1. <i>Brutto utgifter per innbygger.....</i> | 10 |
| 5.1.2. <i>Brutto utgifter per legeårsverk.....</i> | 11 |
| 5.1.3. <i>Forsøkskommunenes utgifter</i> | 11 |
| 5.2. <i>Kommunens utgifter etter utgiftstype.....</i> | 12 |
| 5.2.1. <i>Fordeling av utgiftene etter type utgift</i> | 13 |
| 5.2.2. <i>Forsøkskommunene - fastlegeordningen.....</i> | 14 |
| 5.3. <i>Nærmere om utgiftstypene</i> | 15 |
| 5.3.1. <i>Kommunenes lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuslege.....</i> | 15 |
| 5.3.2. <i>Driftstilskudd til privatpraktiserende leger.....</i> | 17 |
| 5.3.3. <i>Lønnskostnad knyttet til privatpraktiserende leger.....</i> | 18 |
| 5.3.4. <i>Driftsutgifter til legevakt</i> | 19 |
| 5.3.5. <i>Utgifter til drift mm av legesentre</i> | 21 |
| 5.3.6. <i>Andre utgifter til primærlegetjenesten.....</i> | 22 |
| 6. Samfunnsmedisinske legeoppgaver i kommunene..... | 23 |
| 7. Kurativ virksomhet og allmennt medisinske offentlige legeoppgaver | 25 |
| 8. Kommunenes inntekter fra primærlegetjenesten..... | 26 |
| 8.1. <i>Totale inntekter i kommunene.....</i> | 26 |
| 9. Kommunenes netto utgifter til primærlegetjenesten..... | 27 |
| 10. Offentlige utgifter til primærlegetjenesten | 28 |
| Vedlegg | |
| 1. <i>Tabeller.....</i> | 30 |
| 2. <i>Dokumentasjonsrapport fra utvalgsundersøkelsen.....</i> | 35 |
| <i>De sist utgitte publikasjonene i serien Notater</i> | |

1. Sammendrag

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet har Statistisk sentralbyrå utført en spørreundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten i 1999. Spørreskjema gikk ut til 250 representative kommuner, og det kom inn svar fra 145. Undersøkelsen er et ledd i evalueringen og oppfølgingen av Fastlegereformen og skal gjentas etter at reformen er innført.

Små kommuner har høyere utgifter enn store

Tallene for 1999 viser at små kommuner har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner. På bakgrunn av tallene fra utvalgskommunene, ble landets gjennomsnittlige brutto utgifter til primærlegetjenesten anslått til 567 kroner per innbygger i 1999. De aller minste kommunene hadde til sammenligning utgifter på nærmere 1 800 kroner per innbygger. Utgiften, regnet per innbygger, faller gradvis med økende antall innbyggere, men dog slik at det viser seg å være et markert skille på kommunen med over og under 10 000 innbyggere. I kommuner med over 10 000 innbyggere varierte gjennomsnittlige utgifter fra 474 kroner per innbygger i de minste kommunene til 418 kroner i de største i 1999.

Det samme mønsteret som for brutto utgifter, finner man igjen når man ser på kommunenes netto utgifter. Nettoutgiftene er definert som brutto utgifter fratrukket inntekter som kommunene har i forbindelse med primærlegetjenesten. Netto utgifter viser en noe jevnere fordeling i de ulike kommunene enn brutto utgifter gjør, selv om de mindre kommunene fortsatt har vesentlig høyere utgifter per innbygger enn de større. Kommunenes gjennomsnittlige netto utgifter per innbygger er beregnet til nærmere 460 kroner i 1999.

Hovedtyngden av kommunenes inntekter kom fra fastlønnstilskuddet fra staten. I snitt utgjorde dette om lag halvparten av inntektene i de fleste kommunene. Den andre store inntektskilden er egenbetalinger fra pasientene, men også inntekter fra utleie av lokaler til leger o.l. kan ha relativ stor betydning i enkelte kommuner. For øvrig framgår det av tallene at forholdet mellom pasientbetalinger og fastlønnstilskudd fra staten på landsbasis var 30-70. Dette landsgjennomsnittet påvirkes av at de store kommunene nesten ikke har pasientbetalinger. Ser man derfor bort fra de store kommunene, var forholdet pasientbetalinger og fastlegetilskudd 40-60.

Mindre variasjon i utgifter per legeårsverk

Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten må ses i sammenheng med organisering av tjenesten og kommunenes legedekning. Det er de minste kommunene som har den høyeste legedekningen, regnet som antall leger per 10 000 innbyggere. Netto utgifter regnet per legeårsverk (unntatt leger uten driftsavtale som ikke belaster kommunale budsjetter), varierte i langt mindre grad mellom kommunene enn utgiftene regnet per innbygger. De minste kommunene hadde i 1999 netto utgifter per legeårsverk som var 38 prosent over gjennomsnittet for landet, mens de største kommunene hadde utgifter som var 12 prosent under snittet. På landsbasis er netto utgifter per legeårsverk beregnet til om lag 575 000 kroner i 1999.

Små kommuner: høye kostnader til fast ansatte leger

I små kommuner er det lønnsutgifter til fastlønnede leger og utgifter til drift av legesentre som utgjør den største utgiftsposten. I mellomstore og store kommuner er det derimot driftstilskudd og lønnskostnader til privatpraktiserende leger som dominerer. Man kan ellers merke seg at i de fleste kommuner går om lag to tredeler av utgiftene knyttet til fastlønnede leger til kurativ virksomhet. Unntaket er kommuner med mellom 20 000 og 30 000 innbyggere der om lag en tredel går til kurativ virksomhet.

Liten variasjon i driftsutgiftene regnet per innbygger

Selv om driftstilskuddet i til privatpraktiserende leger dominerer de større kommunenes utgifter til primærlegetjenesten, er tilskuddet, regnet per innbygger, på samme nivå i disse kommunene som i de mindre. Beregningene som er gjort, viser at for de kommuner som betaler ut slike tilskudd, varierer

tilskuddet per innbygger fra vel 200 kroner til i underkant av 240 kroner. Forsøkskommunene i fastlegeordningen avviker fra dette med klart høyere utgifter.

Relativt like utgifter til kurativ virksomhet i kommunene

Totale utgifter til kurativ virksomhet, definert som lønnsutgifter til fast ansatte i kurativ virksomhet pluss driftstilskudd til avtaleleger, er beregnet til 262 kroner per innbygger i 1999. Det tilsvarer om lag halvparten av kommunenes brutto utgifter til primærlegetjenesten. Med unntak av i forsøkskommunene og i de aller minste kommunene, varierte utgiften mellom 235 og 260 kroner per innbygger. Utgiften til kurativ virksomhet i de tre forsøkskommunene i utvalget, varierte til sammenligning fra 353 kroner til 383 kroner per innbygger.

Interkommunal legevakt

Godt over halvparten av kommunene i utvalget rapporterer at de har interkommunal legevakt. En del av kommunene har det i kombinasjon med hjemmevakt/beredskapsvakt eller i kombinasjon med andre ordninger som at man har avtale om legevakt med allmennlegen. Hjemmevakt/beredskapsvakt er mest vanlig i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere. Vel halvparten av disse kommunene opplyser at de har slike ordninger. Dette er med på å forklare at de har høye kostnader til beredskapsgodtgjørelse sammenlignet med andre kommuner. En grunn til at små kommuner samlet sett har høye utgifter til drift av legevakt, er at disse kommunene må ha relativt sett flere leger enn andre for å få dekket opp legevakt-turnusen. I gjennomsnitt var kostnaden til drift av legevakt for de aller minste kommunene 335 kroner per innbygger.

Mellom 3 og 4 prosent av utgiftene går til samfunnsmedisinske legeoppgaver

Av kommunenes brutto utgifter til primærlegetjenesten, går i gjennomsnitt 3,5 prosent til samfunnsmedisinske legeoppgaver. Denne andelen varierer relativt lite mellom kommunene og lå mellom 3,1 og 4,1 prosent i 1999. Oslo har samme andel utgifter til samfunnsmedisin som gjennomsnittet. Av undersøkelsen framgår det at samfunnsmedisinske oppgaver enten utføres av en fastlønnet lege eller av en privatpraktiserende, og at det er sjelden at kommuner får utført slike oppgaver av både fastlønnet og privatpraktiserende lege. I den grad det forekommer, er det hovedsakelig et fenomen i de største kommunene.

Kommunene finansierer nærmere 60 prosent av utgiftene til primærlegetjenesten

I tillegg til at kommunene har utgifter til primærlegetjenesten, har det offentlige også utgifter via Folketrygden og via statens fastlønnstilskudd. Folketrygden betaler deler av pasientens kostnader til legebesøk, og dette utbetales til legene i form av refusjoner. Tall fra Rikstrygdeverket viser at Folketrygdens refusjoner var 308 kroner per innbygger på landsbasis i 1999. Dette er et landstall estimert på bakgrunn av tall for utvalgskommunene (faktiske tall viser 314 kroner per innbygger). I de fleste kommunene utgjorde refusjonene til allmennlegene mellom 280 og 310 kroner per innbygger, eller bortimot 40 prosent av totale offentlige utgifter til primærlegetjenesten. Kommunene finansierte i gjennomsnittsnitt 56 prosent av utgiftene til primærlegetjenesten i 1999, mens statens fastlønnstilskudd finansierte 6 prosent av utgiftene.

2. Innledning

Ved behandling av St.meld.nr. 23 (1996-97) *Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*, ga et flertall i Stortinget sin tilslutning til forslaget om at fastlegeordningen skal innføres i Norge. Forslaget ble vedtatt, og ordningen trer i kraft 1. juni 2001.

I forbindelse med innføring av Fastlegereformen har Sosial- og helsedepartementet lagt opp til en omfattende evaluering og oppfølging av reformen over en 3-5 års periode. SSB har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomført en spørreundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. I tillegg til denne undersøkelsen som er gjennomført i forkant av reformen, vil det også bli gjennomført to undersøkelser etter at reformen er innført. Den første av disse er planlagt utført i begynnelsen av 2003 og skal omfatte data for året 2002.

Våren 2000 ble det sendt ut spørreskjema til et representativt utvalg på 250 kommuner. Utvalget ble trukket slik at de største byene samt et tilstrekkelig antall kommuner med over 5000 innbyggere og med færre enn 5000 ble inkludert. De fire kommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes som har hatt forsøk med fastlegeordning, ble også inkludert. Da det ble satt sluttstrek i slutten av november 2000, var det kommet inn svar fra 146 av disse kommunene. Ett skjemaet måtte forkastes, slik at totalt 145 svar ble benyttet. Det tilsvarer en svarprosent på 58.

I spørreskjemaet ble kommunene bedt om å rapportere utgifter og inntekter for primærlegertjenesten for regnskapsåret 1999. Dette notatet gir en framstilling av disse utgiftene og inntektene sammen med en oversikt over hvordan utgiftene er sammensatt. Utgiftene til samfunnsmedisinske og kurative legeoppgaver vies spesiell oppmerksomhet. Diskusjonen av utgiftene og inntektene knyttes i hovedsak opp mot kommunestørrelse fordi det er denne grupperingen som ser ut til å forklare de største forskjellene. Tabeller som viser utgiftene mv. etter sentralitet finnes i et eget tabellvedlegg.

For å få en oversikt over alle offentlige utgifter til primærlegetjenesten, har vi inkludert tall over refusjoner til allmennleger i de kommunene som er med i utvalget. Disse tallene er innhentet av Rikstrygdeverket for utvalgs kommunene for året 2000, men er omregnet til 1999-tall for å kunne sammenlignes med utgiftstallene kommunene har rapportert. Denne omregningen er utført av Statistisk sentralbyrå.

3. Kommuneutvalg og datakvalitet

3.1. Kjennetegn ved kommunene

Det er valgt å dele kommunene inn i følgende størrelsesgrupper:

Antall innbyggere:

- 0 - 1 999
- 2 000 - 4 999
- 5 000 - 9 999
- 10 000 - 19 999
- 20 000 - 29 999
- 30 000 - 49 999
- 50 000 +

Forsøkskommunene Åsnes, Lillehammer og Trondheim vises for seg. Tromsø er også forsøkskommune, men har ikke svart på undersøkelsen. I tabellene vises de store kommunene (50 000 +) med og uten Oslo.

Undersøkelsen omfattet et representativt utvalg av kommunene. Det er liten forskjell mellom bruttoutvalget på 250 kommuner og de 145 kommunene som deltok i undersøkelsen med hensyn til legedekning og kommunestørrelse. De små (under 10 000 innbyggere) og de største kommunene (30 000 +) har en viss underrepresentasjon, mens det er en overvekt i svarinnngang fra de middels folkerike kommunene, jf. dokumentasjonsrapport fra utvalgsundersøkelsen.

Tabell 1 viser fordelingen av de 145 kommunene etter befolkningsstørrelse sammenlignet med kommuner i Norge totalt. Det man må merke seg, er at siden Oslo er med i undersøkelsen, vil kommuner med flere enn 50 000 innbyggere veie tyngre i undersøkelsen enn deres relative andel av befolkningen skulle tilsi. Vi ser av tabell 1, at befolkningen i de største kommunene utgjør nærmere 44 prosent i utvalget mot 31 prosent i landet som helhet. For å korrigere for denne skeivheten, er totale utgifter/inntekter per innbygger veid med de ulike gruppernes relative andel av befolkningen. Utgiftene og inntektene totalt per innbygger kan dermed tolkes som estimater på gjennomsnittstall for landet.

Tabell 1 Kommunenes andel av befolkningen

| <i>Befolkning</i> | <i>Antall kommuner i nettoutvalget</i> | <i>Andel av befolkningen (prosent)</i> | <i>Norge totalt</i> | <i>Andel av befolkningen (prosent)</i> |
|--------------------|--|--|---------------------|--|
| Totalt | 145 | 100,0 | 435 | 100,0 |
| 0 - 1 999 | 25 | 1,6 | 95 | 2,8 |
| 2 000 - 4 999 | 50 | 8,7 | 151 | 11,3 |
| 5 000 - 9 999 | 36 | 13,0 | 89 | 14,11 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 13,3 | 58 | 18,5 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 11,3 | 18 | 9,8 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 8,3 | 14 | 12,3 |
| 50 000 + | 4 | 43,7 | 10 | 31,3 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 17,0 | 9 | 20,0 |

3.2. Datakvalitet

Kvaliteten på dataene i utvalget kan variere noe. Tallene for totale utgifter og inntekter i kommunene ser ut til å være av rimelig god kvalitet. Når tallene derimot brytes ned på ulike områder, blir

kvaliteten mer varierende og ikke alle kommunene klarer å foreta denne oppsplittingen tilfredsstillende. Dette gir seg utslag i at heravposter for eksempel ikke summerer seg opp til totalen. I tillegg er det noen kommuner som ikke fordeler utgiftene overhode. I analysene som gjøres i rapporten, tas det hensyn til slike problemer. Dette vil være kommentert under de enkelte kapitlene, og det vil framgå hvor mange kommuner som er med i grunnlaget for den enkelte tabell.

Det må ellers understrekes at det er en relativ stor variasjon i både utgifter og inntekter innenfor de ulike kommunegruppene. Når det gjelder de 25 kommunene i utvalget som har mindre enn 2 000 innbyggere, har halvparten av kommunene utgifter som avviker mindre enn 10 prosent fra gruppegjennomsnittet per innbygger. De laveste utgiftene per innbygger som observeres for disse små kommunene, er høyere enn det estimerte landsgjennomsnittet per innbygger.

For kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere, observerer vi lavere utgifter per innbygger enn landsgjennomsnittet i 11 av de 50 kommunene, mens 4 kommuner har høyere per-capita utgifter enn gjennomsnittet i de aller minste kommunene.

Kommuner mellom 5 000 og 10 000 innbyggere har utgifter per innbygger som ligger 19 prosent over landsgjennomsnittet. Man kan merke seg at halvparten av de 36 kommunene i utvalget har per-capita utgifter som ligger like under eller på dette landsgjennomsnittet.

Når det gjelder kommuner med mindre enn 20 000 innbyggere, er det 1 kommune som trekker snittet noe oppover. Hvis denne kommunene holdes utenfor beregningene, ville utgiftene per innbygger for gruppen vært 7 prosent lavere enn det som vises i tabell 3.

Når det gjelder kommuner med flere enn 20 000 innbyggere finner man mindre variasjon i tallene. Kun i 1 av de 17 kommunene dette dreier seg om, hadde utgifter som oversteg det beregnede landsgjennomsnittet.

4. Organisering av legetjenesten i kommunene

4.1. Organisering i kommunene før innføring av fastlegeordningen

Primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar. Norge består av 435 kommuner med ulik næringsstruktur, befolkningsstørrelse og sentralitet. Dette bidrar til forskjeller i hvordan kommunene organiserer legetjenesten. Med organisering menes her den tilknytningsformen den enkelte lege har med kommunen. Det er fire mulige tilknytninger legene kan ha til kommunen eller bydelen.

Fastlønnede leger

19 prosent av legeårsverkene i kommunehelsetjenesten i 1999 ble utført av fastlønnede leger (Kilde: SSB Kommunehelsetjenesten 1999). Legen er da tilsatt, helt eller delvis, i en stilling som kommunen har utlyst som kommunelege. Arbeidsoppgavene fastsettes gjennom kommunale instruksjoner. Legen mottar fast lønn, og kommunen har ansvar for praksisens driftsutgifter. Egenbetaling fra pasientene tilfaller kommunen. Folketrygden gir tilskudd til fastlønte legestillinger i kommunene. Fastlønnstilskuddet gis i stedet for stykkprisrefusjoner fra Folketrygden.

Leger med driftsavtale

De fleste legene i kommunehelsetjenesten er privatpraktiserende og har kommunal driftsavtale. Legen får et driftstilskudd fra kommunen avhengig av driftsklasse. Legenes bruk av hjelpepersonale er det viktigste kriteriet for plassering i driftsklasse. Grunnlaget for legenes inntekt er driftstilskuddet, refusjoner fra folketrygden og pasientenes egenandeler. Leger som kombinerer fastlønn deltidsstilling og deltids avtalepraksis ble tom 1999 regnet som privatpraktiserende leger i den offisielle statistikken fra Statistisk sentralbyrå.

Leger uten avtale med kommunen

Det finnes også leger som driver privat praksis uten å ha avtale med kommunen. Legens inntekt er da basert på refusjon fra trygdekontoret og egenbetaling fra pasienten. Leger som har etablert seg etter 10.10.92 får ikke utbetalt trygderefusjon og finansieres fullt ut gjennom egenbetaling fra pasientene.

Turnusleger

I mange kommuner utgjør turnusleger en viktig del av tilbudet. Turnusleger er medisinske kandidater som avtjener obligatorisk tjeneste i allmennpraksis for å oppnå rett til autorisasjon.

Tabell 2 viser organiseringen av legetjenesten i de 145 kommunene i utvalget. For sammenligningens skyld er tilsvarende tall for landet som helhet gjengitt i tabellvedlegget. Det vil framgå at utvalget er representativt med hensyn til legedekning.

I de minste av de 145 kommunene i utvalget er fastlønnede lege den vanligste tilknytningsformen. Relativt sett er legedekningen høyest i de minste kommunene. I kommunene med inntil 2 000 innbyggere var vel 7 av 10 legeårsverk fastlønnede i 1999. Det er også en høyere andel turnusleger i disse kommunene enn i mellomstore og store kommuner.

Lege med kommunal driftsavtale er i hovedsak den vanligste tilknytningsformen i kommuner med mer enn 5 000 innbyggere. Om lag 3 av 4 legeårsverk, og i noen kommuner også flere årsverk, er basert på driftsavtale.

Tabell 2 Organisering av legetjenesten i utvalgte kommunene. Årsverk per 10 000 innbyggere etter avtaleform, 1999

| Kommune størrelse | Leger med driftsavtale | Leger med fastlønn | Turnusleger | Leger uten avtale | Totalt |
|--------------------|------------------------|--------------------|-------------|-------------------|--------|
| Totalt (utvalget) | 5,8 | 1,3 | 0,4 | 1,0 | 8,5 |
| 0 - 1 999 | 1,1 | 11,4 | 3,0 | 0,1 | 15,6 |
| 2 000 - 4 999 | 4,8 | 3,7 | 1,6 | 0,0 | 10,1 |
| 5 000 - 9 999 | 6,5 | 1,6 | 0,7 | 0,1 | 8,9 |
| 10 000 - 19 999 | 6,2 | 0,6 | 0,4 | 0,1 | 7,3 |
| 20 000 - 29 999 | 6,4 | 0,8 | 0,2 | 0,1 | 7,5 |
| 30 000 - 49 999 | 5,6 | 0,7 | 0,2 | 0,9 | 7,3 |
| 50 000 + | 5,8 | 0,7 | 0,1 | 1,9 | 8,6 |
| 50 000 + eks. Oslo | 5,8 | 0,4 | 0,1 | 0,7 | 7,5 |
| Oslo | 5,5 | 0,9 | 0,2 | 2,7 | 9,4 |
| Åsnes | 7,5 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 9,3 |
| Lillehammer | 7,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 7,3 |
| Trondheim | 6,4 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 6,7 |

Kilde: Kommunehelsetjenesten 1999, Statistisk sentralbyrå

Oslo har en legedekning som er noe over gjennomsnittet, og nærmere 60 prosent av årsverkene har driftsavtale med kommunen. I tillegg ser "leger uten driftsavtale" i hovedsak ut til å være et Oslo-fenomen. I Oslo driver nærmere 3 av 10 leger (årsverk) privatpraksis uten å ha avtale med kommunen, mens dette i kommuner med inntil 30 000 innbyggere knapt eksisterer. I kommuner med mer enn 30 000 innbyggere (utenom Oslo) er det om lag 1 av 10 legeårsverk som ikke har driftsavtale. Når det gjelder tallene for Oslo er det grunn til å påpeke at man antar en viss underreportering av leger uten noen form for avtale, rett og slett fordi det er vanskelig for kommunen som oppgavegiver, å ha full oversikt over disse legene.

4.2. Organisering av fastlegeordningen - FLO

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene inngår fastlegeavtale med leger som selvstendig næringsdrivende. Fast ansatte leger kan gå over fra å være kommunalt ansatte til å bli selvstendige, men kan også fortsette som fastlønnede leger. Fastlegen påtar seg listansvar for et nærmere avtalt antall personer. Listen skal normalt ikke overstige 2500 eller inneholde færre enn 500. Legen vil motta et per-capita tilskudd, dvs. et tilskudd for hver person som står oppført på lista. I tillegg vil legen motta ytelser for utført arbeid i form av egenandel fra pasienten og refusjon fra folketrygden. I små kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere og med få innbyggere per lege (mindre enn 1 200 i gjennomsnitt per lege), vil det bli gitt et utjamningstilskudd for å bedre driftsgrunnlaget for legen.

Kommunen kan stille vilkår om at fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid som lege ved helsestasjon, skolehelsetjenesten, ved sykehjem og som fengselslege. Listelengden vil da bli redusert. Det kan også stilles vilkår om at fastlegen deltar i organiserte legevaktordninger utenfor kontortiden, og at de deltar i veiledning av turnusleger. Turnusleger skal ikke ha egen liste, men arbeide på veileders liste eller på listen til andre fastleger i en gruppepraksis.

Kommunenes utgifter vil endre seg fra lønns- og driftsutgifter (dvs. utgifter til driftstilskudd og/eller utgifter til drift av kontorer ol) til per-capita tilskudd. Kommunenes utgifter vil være avhengig av antall innbyggere i kommunen og satsene for per-capita tilskudd.

5. Kommunale utgifter til primærlegetjenesten

5.1. Kommunenes brutto utgifter

Med kommunenes brutto utgifter menes her summen av utgiftene til primærlegetjenesten. Dette omfatter utgifter til fastlønnede-, turnus-, og privatpraktiserende leger, herunder driftstilskudd til privatpraktiserende leger og driftsutgifter til legevakt og legesenter. I tillegg er andre utgifter til primærlegetjenesten som for eksempel utgifter til korttidsvikariater og rekrutteringstiltak, også inkludert. Tabell 3 viser bruttoutgiftene i de 145 kommunene i utvalget, gjennomsnitt hhv. per kommune, innbygger og legeårsverk (eksklusive leger uten driftsavtale med kommunen). I tabellen er kommunene delt inn etter kommunestørrelse. I tabellvedlegget vises tilsvarende tabeller for kommunene gruppert etter sentralitet.

Som nevnt under kapittel 3, er det korrigeret for at bl.a. Oslo er med i utvalget, slik at utgiftstallene totalt per innbygger kan tolkes som gjennomsnittstall for landet. Korreksjonen er gjort ved at de ulike gruppegjennomsnittene er veid sammen med kommunegruppenes relative andel av befolkningen. Uten denne vektingen vil ikke tallene kunne tolkes som estimater på gjennomsnittet for landet. Dette skyldes at de store og "billige" kommunene er overrepresentert i utvalget mht. befolkningsandel, og dermed vil trekke gjennomsnittet ned. Det estimerte landsgjennomsnittet per innbygger gir grunnlag for å beregne en indeks som viser de ulike kommunegruppenes avvik fra gjennomsnittet (= 100).

Tabell 3 Brutto utgifter til primærlegetjenesten etter kommunestørrelse. 1999

| | Antall kommuner | Brutto utgifter, 1000 kroner | Gjennomsnitt per kommune, 1000 kroner | Gjennomsnitt per innbygger | | Gjennomsnitt per legeårsverk (eks. leger uten driftsavtale) | |
|----------------------|-----------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| | | | | Kroner | Indeks totalt snitt = 100 | 1000 kroner | Indeks totalt snitt = 100 |
| Totalt 1) | 145 | 1 002 511 | 6 914 | 567 | 100 | 702 | 100 |
| 0 - 1 999 | 25 | 53 850 | 2 154 | 1 797 | 317 | 1 162 | 165 |
| 2 000 - 4 999 | 50 | 157 457 | 3 139 | 950 | 168 | 942 | 134 |
| 5 000 - 9 999 | 36 | 166 735 | 4 632 | 673 | 119 | 765 | 109 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 119 733 | 7 043 | 474 | 84 | 661 | 94 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 92 813 | 10 313 | 432 | 76 | 590 | 84 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 65 115 | 16 279 | 415 | 73 | 640 | 91 |
| 50 000 + | 4 | 346 808 | 86 702 | 418 | 74 | 624 | 89 |
| 50 000 + (eks. Oslo) | 3 | 142 776 | 47 592 | 442 | 78 | 652 | 93 |
| Oslo | | 204 032 | | 402 | 71 | 606 | 86 |
| Åsnes | | 6 873 | | 847 | 150 | 909 | 129 |
| Lillehammer | | 11 121 | | 450 | 79 | 615 | 88 |
| Trondheim | | 73 058 | | 491 | 87 | 747 | 106 |

1) Totale utgifter per innbygger er et veid snitt.

5.1.1. Brutto utgifter per innbygger

De totale utgiftene til primærlegetjenesten for kommunene som er inkludert i utvalget, var i overkant av 1 milliard kroner i 1999. Dette gir et anslag på 567 kroner per innbygger for landet som helhet. Det er de minste kommunene som bruker mest per innbygger. Kommuner med færre enn 2 000 innbyggere brukte i gjennomsnitt nærmere 1 800 kroner per innbygger. Det er mer enn 3 ganger så mye som landsgjennomsnittet.

Beløpet faller med økende innbyggertall, selv om undersøkelsen tyder på at utgiftene per innbygger er relativt likt for kommuner med flere enn 10 000 innbyggere. Utenom Oslo, brukte disse kommunene

mellom 415 og 475 kroner i gjennomsnitt per innbygger, altså 15-25 prosent under det anslaget for landet.

Til sammenligning hadde Oslo de laveste utgiftene per innbygger med vel 400 kroner. Dette kan ha flere årsaker, bl.a. har Oslo på grunn av manglende data, ikke har ført opp utgifter til husleie for legevaktjenesten. I tillegg har Oslo, i større grad enn andre kommuner, privatpraktiserende leger som ikke belaster det kommunale budsjettet. For nærmere forklaringer på utgiftstallene vises til kapittel 5.2. og 5.3.

5.1.2. Brutto utgifter per legeårsverk

At det er de minste kommunene som har høyest utgifter per innbygger, henger delvis sammen med legedekningen. Som nevnt under kapittel 4, har de minste kommunene også flest leger per innbygger. Dette skyldes bl.a. at de minste kommunene ofte er utkantkommuner, og geografiske forhold krever relativt sett flere leger for å kunne gi befolkningen tilfredsstillende tilgang til leger.

Ved å ta hensyn til legedekningen, vil det være en viss utjevning i utgiftstallene mellom kommunene. Det er imidlertid fortsatt slik at de minste kommunene også har de høyeste utgiftene per legeårsverk, og at disse utgiftene synker noe med økende innbyggertall i kommunene. I tabell 3 vises utgiftene til primærlegetjenester per legeårsverk. Legeårsverkene er i denne sammenheng definert som antall årsverk som enten er fast ansatte, eller har driftsavtale med kommunen. Turnuslegene er inkludert i årsverkstallene. Utgiftene per legeårsverk vil delvis ta hensyn til at kommunene har organisert legetjenestene forskjellig. Blant annet får en tatt hensyn til at i Oslo arbeider minst 3 av 10 leger (årsverk) i privatpraksis uten å ha avtale med kommunen, noe som innebærer at deler av Oslos allmennlegetilbud ikke belaster det kommunale budsjettet.

Tabell 3 viser at de aller minste kommunene hadde utgifter på vel 1,1 millioner kroner per legeårsverk i 1999, noe som er 65 prosent mer enn utvalgsgjennomsnittet. Til sammenligning hadde kommuner med over 10 000 innbyggere utgifter i størrelsesorden 590 000 - 660 000 kroner, altså 40 000 til 110 000 kroner under gjennomsnittet på vel 700 000 kroner. Utgiftene i Oslo på 606 000 kroner per legeårsverk, ligger innenfor dette intervallet.

5.1.3. Forsøkskommunenes utgifter

De tre forsøkskommunene i utvalget, Åsnes, Lillehammer og Trondheim, hadde utgifter som varierte fra 450 kroner per innbygger (Lillehammer) til om lag 850 kroner (Åsnes). Dette betyr at Åsnes lå 50 prosent over det estimerte landsgjennomsnittet, mens både Lillehammer og Trondheim lå noe under snittet. For nærmere forklaringer på forskjellene vises til kapittel 5.2, der utgiftene dekomponeres på ulike utgiftstyper.

Åsnes med vel 8 000 innbyggere hadde ellers 175 kroner høyere utgifter per innbygger enn kommuner i tilsvarende størrelsesgruppe. Lillehammer, med nærmere 25 000 innbyggere, hadde utgifter på nivå med andre jevnstore kommuner. Trondheim derimot ligger 17 prosent over de andre største kommunene, iberegnet Oslo.

Dersom utgiftene ses i forhold til antall legeårsverk, viser tabell 3 at Lillehammer har 11 prosent lavere utgifter enn gjennomsnittet, mens Åsnes har 29 og Trondheim har 6 prosent høyere utgifter per legeårsverk.

5.2. Kommunens utgifter etter utgiftstype

Ramme 1

Kommunenes totale utgifter

Lønnskostnader til fastlønnede leger og turnuskandidater inkluderer fast lønn til leger som ikke har avtale om driftstilskudd med kommunene og lønn til turnusleger, samt arbeidsgiveravgift og pensjonstilskudd.

Lønnskostnader til privatpraktiserende leger omfatter lønnskostnader, inkl. arbeidsgiveravgift og pensjonsinnskudd, til leger med kombinasjoner av fastlønte deltidsstillinger og deltids avtalepraksis.

Driftstilskudd mm. til privatpraktiserende leger omfatter tilskudd til leger med kommunal driftsavtale, veiledergodtgjøring og praksiskompensasjon. I forsøkskommunene vil per-capitatilskuddet til legene inngå. Veiledergodtgjørelse utbetales i forbindelse med at legen veileder turnusleger, mens praksiskompensasjonen skal dekke løpende utgifter i den tiden legen arbeider som fastlønnede.

Driftsutgifter til legevakt mm. omfatter f.eks. leie av lokaler, lønn til hjelpepersonell mm i tilknytning til legevakt. Lønn/godtgjørelse til leger er ikke inkludert. Det omfatter i tillegg beredskapsgodtgjørelse til legevaktsleger og andre driftsutgifter til legevakt.

Driftsutgifter til legesenter mm. inkluderer lønn til hjelpepersonell, husleie, utgifter til annen medisinsk virksomhet, kontordrift inkl. utstyr og forbruksmateriell for legesentre. I tillegg er også investeringsutgifter og eventuelle andre utgifter til drift av legesentre inkludert.

Andre utgifter til primærlegetjenesten omfatter rekrutteringstiltak som f.eks. fri bolig, tiltak for å beholde legen (f.eks. stimuleringstiltak), korttidsvikariater og annet.

I tabell 4 vises kommunenes brutto utgifter per innbygger fordelt på de ulike utgiftstypene. Utgiftene er fordelt på alle innbyggerne i de respektive kommunegruppene, og summen av komponentene vil tilsvare brutto driftsutgifter per innbygger. Som nevnt i kap. 3.2 vil det være en viss variasjon på tallene innenfor de enkelte kommunegruppene, men gjennomsnittstallene er likevel relativt robuste for feil.

Totale utgifter per innbygger er framkommet ved å vekte kommunegruppenes gjennomsnitt med gruppenes relative befolkningsandel. Dette tilsvarer dermed et beregnet gjennomsnitt for alle innbyggerne i Norge, se også kap. 5.1.

Ikke alle kommuner har utgifter på alle de ulike utgiftstypene, noe som blant annet skyldes ulik organisering av primærlegetjenesten. Noen kommuner har ikke fast ansatte leger, og tjenesten dekkes av privatpraktiserende, mens det motsatte er tilfelle i andre kommuner. Av kommunene i utvalget er det 30 som ikke har lønnskostnader til fastlønnede leger, mens 44 ikke gir driftstilskudd til privatpraktiserende leger. De fleste av disse sistnevnte kommunene har mindre enn 5 000 innbyggere. Når man leser tabell 4 må man være klar over dette forholdet. Det framgår av tabellen at driftstilskudd til privatpraktiserende leger ikke har særlig stor betydning for det totale utgiftsnivået i de minste kommunene. For kommuner med færre enn 2 000 innbyggere brukes i snitt 37 kroner per innbygger og for kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere brukes 163 kroner. Hadde man sett på utgiftene per innbygger i de kommunene som faktisk utbetaler driftstilskudd, ville man funnet at disse kommunene bruker like mye per innbygger som andre kommuner. Utenom forsøkskommunene

varierer driftstilskuddene til privatpraktiserende leger fra vel 200 kroner til nærmere 240 kroner per innbygger når man kun ser på kommuner som faktisk utbetaler driftstilskudd.

Tabell 4 Utgifter per innbygger etter utgiftstype¹ og kommunistørrelse. 1999

| Kommune størrelse | Brutto utgifter | Lønnskost. fastlønnet lege | Driftstilskudd mm. privatpraktiserende leger | Lønnskost. privatpraktiserende leger | Driftsutgifter legevakt mm. | Driftsutgifter legesenter mm. | Andre utgifter |
|---------------------|-----------------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| Totalt (veid snitt) | 567 | 99 | 219 | 38 | 83 | 121 | 8 |
| 0 - 1 999 | 1 797 | 775 | 37 | 5 | 335 | 577 | 66 |
| 2 000 - 4 999 | 950 | 227 | 163 | 51 | 130 | 354 | 25 |
| 5 000 - 9 999 | 673 | 114 | 203 | 48 | 89 | 212 | 8 |
| 10 000 -19 999 | 474 | 42 | 235 | 36 | 64 | 93 | 4 |
| 20 000 - 29 999 | 432 | 32 | 230 | 37 | 65 | 65 | 4 |
| 30 000 - 49 999 | 415 | 50 | 206 | 43 | 80 | 30 | 5 |
| 50 000+ | 418 | 83 | 229 | 28 | 38 | 39 | 0 |
| 50 000 + eks. Oslo | 442 | 24 | 289 | 35 | 88 | 7 | 0 |
| Oslo | 402 | 121 | 190 | 23 | 7 | 60 | 0 |
| Åsnes | 847 | 0 | 374 | 122 | 180 | 171 | 0 |
| Lillehammer | 450 | 5 | 357 | 25 | 59 | 0 | 3 |
| Trondheim | 491 | 11 | 394 | 33 | 46 | 8 | 0 |

5.2.1. Fordeling av utgiftene etter type utgift

5.2.1.1. Små kommuner

Høye utgifter per innbygger til fastlønnede leger

Tabell 4 viser at små kommuner med inntil 2 000 innbyggere hadde om lag 1 800 kroner i utgifter til primærlegetjenesten per innbygger. Av dette utgjør lønnskostnadene til fastlønnet lege og driften av legesentrene den største utgiften med om lag 1 350 kroner per innbygger. Dette utgjør 75 prosent av samlede utgifter, mens utgiftene til legevakt mm. utgjør nærmere 19 prosent.

Utgiftene til drift av legevakt på 335 kroner per innbygger i snitt er over 4 ganger så høye som det estimerte landsgjennomsnittet. Om lag halvparten av driftsutgiftene til legevakt er knyttet til beredskapsgodtgjørelse for legevaktslegene, se også punkt 5.3.4. Det understrekes at små kommuner må relativt sett ha flere leger enn større kommuner for å få dekket legevakt-turnusen, noe som er en viktig forklaringsfaktor på de høye utgiftene per innbygger.

Man kan ellers merke seg at det er de minste kommunene som har de høyeste utgiftene per innbygger til rekrutteringstiltak og korttidsvikarer mm. (andre utgifter), med 66 kroner per innbygger i snitt. Dersom man regner utgiftene bare for de kommunene som faktisk har slike utgifter, vil per-capita utgiften være enda høyere. Det gjelder for alle utgiftstypene.

Det framgår ellers at driftstilskudd og lønn til privatpraktiserende har relativt liten betydning i de aller minste kommunene. Bare 3 av de 25 kommunene i utvalget oppgir at de har slike kostnader, men disse tre kommunene har til gjengjeld per-capita kostnader som er på nivå med gjennomsnittet for landet. Det samme gjelder for kommuner med inntil 5 000 innbyggere der det er 32 av de 50 kommunene i utvalget som utbetaler driftstilskudd.

Det framgår ellers av undersøkelsen at også i kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere er utgifter til fast ansatte leger og drift av legesentre den viktigste utgiftsposten, men utgiftene til

¹ For definisjon av utgiftstypene vises til egen ramme (1).

privatpraktiserende har relativt større betydning i disse kommunene enn i de aller minste. Av brutto utgifter går om lag 2 tredeler til fast ansatte leger og drift av legesentre.

5.2.1.2. Mellomstore og store kommuner

Tilskudd og lønn til privatpraktiserende leger største utgiftspost

I mellomstore og store kommuner er lønnskostnader og driftstilskudd til privatpraktiserende leger den største utgiftsposten, varierende fra om lag 250 til 325 kroner per innbygger i 1999. Disse tallene blir noe overvurdert av forsøkskommunene som har høyere tilskudd til fastlønnslegene enn de andre kommunene. Korrigert for de tre forsøkskommunene samt Oslo som har relativt lave utgifter, viser tallene en variasjon fra 240 til 275 kroner per innbygger. I kommuner med flere enn 10 000 innbyggere utgjorde dette i underkant av 60 prosent av brutto utgifter.

Også kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere, hadde samme nivå på utgiftene til privatpraktiserende leger regnet per innbygger, men de utgjorde en vesentlig lavere andel av brutto utgifter (i underkant av 40 prosent).

Oslo: lavere utgifter per innbygger enn gjennomsnittet

Oslos utgifter til primærlegetjenesten var litt over 400 kroner per innbygger i 1999. Det er 29 prosent lavere enn det beregnede landsgjennomsnittet. Oslo har lavere driftstilskudd til privatpraktiserende leger per innbygger enn andre mellomstore og store kommuner. Dette må ses i sammenheng med at i Oslo er minst 3 av 10 legeårsverk lege uten kommunal driftsavtale, noe som innebærer at deler av Oslos allmennlegetilbud ikke belaster kommunale budsjetter.

Liten variasjon i driftstilskudd per avtalelege (årsverk)

Det er ellers grunn til å understreke at Oslos driftstilskudd per avtalelege (årsverk) er på nivå med andre kommuners. Ifølge denne undersøkelsen var driftstilskuddet per avtalelegeårsverk i 1999 om lag 370 000 kroner i gjennomsnitt (ikke vist i tabell). Utenom forsøkskommunene var gjennomsnittet litt over 340 000 kroner. De minste kommunene lå om lag på gjennomsnittet, mens kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere og som hadde de laveste utgiftene, lå 10 prosent under. Oslos utgifter var på gjennomsnittet med 345 000 kroner per avtaleårsverk. Forsøkskommunene ga til sammenligning tilskudd per avtalelege (årsverk) på fra 500 000 kroner til 620 000 kroner.

Oslo: høyere utgifter til fastlønnede leger regnet per innbygger enn gjennomsnittet

Sammenlignet med andre mellomstore og store kommuner er utgiftene til fastlønnede leger per innbygger høye i Oslo, mens driftsutgiftene til legevakt er små. Noe av de høye lønnskostnadene kan forklares med at i Oslo går en relativt stor andel av lønnskostnadene til legevaktfunksjonen sammenlignet med andre kommuner. Oslo påpeker også i sitt svar til oss at de har ført utgifter til alle samfunnsmedisinske legeoppgaver under lønnskostnader til fastlønte selv om en del av legene er privatpraktiserende. Dette betyr at lønnskostnadene til fastlønte leger overvurderes, mens lønnskostnadene til privatpraktiserende undervurderes. Grunnen til at Oslo har lave kostnader til drift av legevakt, kan delvis forklares med at husleie på grunn av manglende data ikke er inkludert i tallene. Dessuten kan det ha sammenheng med at legevakten på dagtid er organisert via lokale legesentre (bydelslegevakt) slik at det er vanskelig å beregne driftskostnadene til legevakt eksplisitt.

5.2.2. Forsøkskommunene - fastlegeordningen

I forsøkskommunene er utgiftene til allmennlegetjenesten annerledes enn i de øvrige kommunene. Legene er i hovedsak privatpraktiserende, og finansieres med kommunalt per-capita tilskudd og stykkpris (egenandeler og refusjoner).

Fordelingen mellom per-capita og stykkpris avviker fra finansieringen som vil gjelde når fastlegeordningen innføres på landsbasis (50 prosent per-capita og 50 prosent stykkpris). Det framgår

av tabell 4 at de tre forsøkskommunene har relativt like tilskudd til privatpraktiserende leger, regnet per innbygger. Utgiftene i 1999 varierte mellom 357 og 394 kroner. For både Lillehammer og Trondheim utgjør dette 80 prosent av brutto utgifter, mens det for Åsnes utgjør 45 prosent.

Lillehammer og Trondheim brukte også relativt likt beløp per innbygger på lønn til privatpraktiserende leger og til legevakt, og beløpet ligger vesentlig lavere enn i ikke-forsøkskommuner. Åsnes utmerker seg derimot med å ha relativt sett høye utgifter på disse postene. Lønnskostnader til privatpraktiserende leger, regnet per innbygger, er blant annet 2,7 ganger så høye i Åsnes som gjennomsnittet i andre kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Av kommentarene i skjemaet fra Åsnes framgår det at over en tredjedel av disse lønnsutbetalingene er knyttet til miljørettet helsevern. Åsnes ligger også langt over landsgjennomsnittet når det gjelder utgifter til drift av legesentre. Disse utgiftene ligger likevel under gjennomsnittet for andre kommuner med tilsvarende innbyggertall. Det må understrekes at selv om Åsnes har høye utgifter til drift av legesentre sammenlignet med de andre forsøkskommunene, får de mye av disse utgiftene igjen i form av husleieinntekter. Det medfører at nettoutgiften til drift av legesentre for Åsnes sitt vedkommende var i underkant av 50 kroner per innbygger i 1999. Utover dette gir materialet fra Åsnes ikke noe grunnlag for å vurdere hvorfor kommunen skiller seg relativt mye ut fra de to andre forsøkskommunene i utvalget.

5.3. Nærmere om utgiftstypene

5.3.1. Kommunenes lønnskostnader til fastlønnede leger og turnusleger

Ramme 2

Definisjon av fastlønnede leger

Fastlønnede leger omfatter bare leger med fast lønn som ikke har avtale om driftstilskudd med kommunen. Turnusleger anses som fast ansatte.

Kurativ virksomhet

Individrettede allmennmedisinske legeoppgaver i legepraksis (diagnose, behandling, rehabilitering)

Tabell 5 viser lønnskostnadene til fastlønnede leger fordelt på virksomhetstype. Virksomheten innebærer både kurative og individrettede kliniske oppgaver legen har i sin praksis, og allmennmedisinske og samfunnsmedisinske legeoppgaver. Eksempel på allmennmedisinske offentlige legeoppgaver er tilsyn ved sykehjem og oppgaver knyttet til helsestasjon og skolehelsetjenesten, mens eksempel på samfunnsmedisinske legeoppgaver kan være medisinsk faglig rådgivning, miljørettet helsevern mv., se ellers ramme 3.

Ikke alle kommuner har utgifter til fastlønnede leger. For å få fram hvordan lønnskostnadene er fordelt på kurativ virksomhet, legevakt, helsestasjons- og skolehelsetjeneste mm, er fordelingen i tabell 5 beregnet med utgangspunkt i de kommunene som faktisk har rapportert lønnskostnader til fastlønnede leger. Det betyr at tabellen omfatter 115 av de 145 kommunene i utvalget, og utgiftene per innbygger for hver

kommunegruppe kan avvike noe fra det som er vist i tabell 4. Det vil ellers framgå av tabellen hvor mange kommuner som er med i beregningsgrunnlaget innenfor hver gruppe.

Stor variasjon i lønnskostnadene per innbygger

Ifølge tabell 5 utgjorde lønnskostnader til fastlønnede leger inkl. turnusleger, 111 kroner per innbygger for de kommunene som rapporterte slike kostnader i 1999. Utgiftene per-capita varierer mye mellom kommunene. Som nevnt i punkt 5.2.1.2 er Oslos utgifter til fastlønnede leger noe overvurdert på bekostning av lønn til privatpraktiserende. Dette skyldes delvis problemer med å spesifisere dataene for samfunnsmedisinske oppgaver, se også kommentarer under kapittel 5.2.1.2.

I de fleste kommuner: to tredjedeler går til å dekke kurativ virksomhet

I kommuner med inntil 50 000 innbyggere gikk nesten to tredjedeler av lønnskostnadene til å dekke kurativ virksomhet. Et unntak er kommuner med 20 000-29 999 innbyggere der kun en tredjedel av lønnskostnadene gikk til kurative legeoppgaver. Disse kommunene brukte derimot like mye på samfunnsmedisinske legeoppgaver. I de største kommunene (unntatt Oslo) gikk kun 19 prosent av lønnskostnadene til kurative legeoppgaver, noe som må ses i sammenheng med at disse kommunene får dekket kurative oppgaver via leger med driftsavtale med kommunen. Disse kommunene brukte ellers 36 prosent på helsestasjon og skolehelsetjeneste, og 24 prosent på samfunnsmedisinske legeoppgaver. I kommuner med inntil 10 000 innbyggere gikk 5-6 prosent til helsestasjon og skolehelsetjeneste og om lag 10 prosent til samfunnsmedisinske legeoppgaver.

Tabell 5 Lønnskostnader til fastlønnede leger etter virksomhet og kommunistørrelse. Prosentvis fordeling, 1999 *)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner i beregnings- grunnlaget | Lønns- kostnader til fastlønnede leger per innbygger (kroner) | Kurativ virksomhet | Legevakt | Helsestasjon og skolehelse- tjeneste | Tilsynslege ved sykehjem | Fengsels- lege | Samfunns- medisin | Annet**) |
|-----------------------|---|---|-----------------------|----------|--|--------------------------------|-------------------|----------------------|----------|
| Totalt | 115 | 111 | 51 | 14 | 9 | 10 | 0 | 13 | 2 |
| 0 - 1 999 | 25 | 775 | 65 | 10 | 4 | 7 | 0 | 11 | 4 |
| 2 000 - 4 999 | 38 | 299 | 61 | 14 | 6 | 7 | 0 | 9 | 3 |
| 5 000 - 9 999 | 25 | 168 | 60 | 12 | 7 | 7 | 0 | 10 | 4 |
| 10 000 - 19 999 | 13 | 58 | 65 | 4 | 4 | 7 | 0 | 20 | 0 |
| 20 000 - 29 999 | 7 | 35 | 33 | 4 | 10 | 20 | 0 | 31 | 1 |
| 30 000 - 49 999 | 3 | 62 | 66 | 0 | 4 | 9 | 0 | 18 | 2 |
| 50 000 + | 4 | 83 | 36 | 21 | 14 | 13 | 1 | 14 | 1 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 24 | 19 | 3 | 36 | 10 | 2 | 24 | 7 |
| Oslo | | 121 | 39 | 23 | 11 | 13 | 1 | 13 | 0 |
| Åsnes | | 0 | - | - | - | - | - | - | - |
| Lillehammer | | 5 | 60 | 0 | 40 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trondheim | | 11 | 26 | 0 | 51 | 0 | 0 | 24 | 0 |

*) Kun kommuner som oppgir lønnskostnader til fastlønnede leger er med i tabellen.

***) Omfatter utgifter til offentlig legearbeid som for eksempel administrasjon og veiledningsoppgaver

Ramme 3

Samfunnsmedisinske legeoppgaver

Samfunnsmedisinske legeoppgaver omfatter arbeid rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, og mot livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever under. Kommuneoverlegen/kommunelegen er den legen i kommunen som er hovedaktør i det lokale samfunnsmedisinske arbeidet, og har følgende hovedfunksjoner:

- medisinsk faglig rådgivning i tråd med kommunehelseloven, hvor spørsmål knyttet til miljørettet helsevern peker seg ut.
- andre rådgivningsoppgaver knyttet til helseberedskap, helseplanlegging, kvalitetssikring og internkontroll i helsetjenesten.
- smittevern i tråd med smittevernloven.

De små kommunene brukte en høyere andel av lønnskostnadene til legevaksleger enn de store og mellomstore kommunene. Kommuner med 2 000 - 4 999 innbyggere brukte 14 prosent av lønnskostnadene til denne oppgaven, mens kommuner med enn 50 000 innbyggere (unntatt Oslo) brukte 3 prosent. Oslo skiller seg ut ved at 23 prosent av lønnskostnadene dekker legevaksleger. Dette må ses i sammenheng med organiseringen av primærlegetjenesten i Oslo der mye av den kurative virksomheten dekkes av privatpraktiserende leger med og uten driftstilskudd. Den kurative virksomheten som drives av fast ansatte, blir dermed marginal, og de fast ansatte arbeider mer med offentlige legeoppgaver og legevaksfunksjonen.

I store og mellomstore kommuner gikk en høyere andel av lønnskostnadene til samfunnsmedisinske legeoppgaver enn i små kommuner. Det er likevel viktig å være klar over at regnet som utgifter per innbygger, var det de minste kommunene som hadde de høyeste utgiftene. Samtidig må man ta hensyn til at samfunnsmedisinske oppgaver kan dekkes både av fastlønte og privatpraktiserende leger. Siden organiseringen er ulik i kommunene, har vi valgt å diskutere utgifter til samfunnsmedisinske legeoppgaver i et eget kapittel (6).

5.3.2. Driftstilskudd til privatpraktiserende leger

Som nevnt kan privatpraktiserende leger inngå driftsavtale med kommunen, og kommunen utbetaler driftstilskudd til legen. Det vises til ramme 1 for definisjon av hva som dekkes av driftstilskuddet mm. i rapporten.

Tabell 6 Driftstilskudd, veiledergodtgjøring og praksiskompensasjon til privatpraktiserende leger. Prosentvis fordeling, 1999 *)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner i beregnings- grunnlaget | Driftstilskudd mm. privat- praktiserende leger per innbygger (kroner) | Rent driftstilskudd | Veileder- godtgjøring (i forbindelse med turnusleger) | Praksis- kompensasjon |
|-----------------------|---|--|------------------------|---|--------------------------|
| Totalt | 101 | 228 | 97 | 0 | 3 |
| 0 - 1 999 **) | 3 | 224 | 79 | 0 | 21 |
| 2 000 - 4 999 | 32 | 238 | 96 | 0 | 4 |
| 5 000 - 9 999 | 32 | 227 | 95 | 0 | 5 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 235 | 97 | 0 | 3 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 230 | 96 | 0 | 4 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 206 | 94 | 0 | 6 |
| 50 000 + | 4 | 229 | 98 | 0 | 2 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 289 | 96 | 0 | 4 |
| Oslo | | 190 | 100 | 0 | 0 |
| Åsnes | | 374 | 100 | 0 | 0 |
| Lillehammer | | 357 | 98 | 0 | 2 |
| Trondheim | | 394 | 97 | 0 | 3 |

*) Kun kommuner som har positive driftskostnader mm. er med i tabellen.

** Det gjøres oppmerksom på at kun 3 kommuner er med i utvalget og derav er det kun 1 kommuner som utbetaler praksiskompensasjon.

Liten variasjon i utbetalt driftstilskudd regnet per innbygger

Som nevnt under kapittel 5.2 varierte driftstilskudd mm. utbetalt til privatpraktiserende leger fra vel 200 til 240 kroner per innbygger for de kommunene som har slike driftsavtaler i 1999. Gjennomsnittet for kommunene, utenom forsøkskommunene, var på 210 kroner, mens medregnet forsøkskommunene var gjennomsnittet 228 kroner per innbygger (se tabell 6). Forsøkskommunenes utbetalinger til privatpraktiserende regnet per innbygger, lå til sammenligning på mellom 360 og 395 kroner per innbygger, men dette skyldes delvis at forsøkskommunene har små eller ingen utgifter til fastlønnede leger.

Bare 9 av kommunene som har oppgitt kostnader til driftstilskudd mm. til avtaleleger, rapporterer kostnader til veiledergodtgjøring. I den grad de rapporterer slike kostnader, er disse små. Det framgår ellers at også praksiskompensasjon har liten betydning. Det er totalt 63 kommuner i utvalget som oppgir at de har slike utgifter. Av tabellen kan det se ut som om praksiskompensasjon har stor betydning i de aller minste kommunene. Det må understrekes at kun 3 av de 25 kommunene med innbyggertall under 2 000, utbetaler driftstilskudd til privatpraktiserende, og av disse er det kun 1 kommune som utbetaler praksiskompensasjon. Tallet i tabell 6 må derfor tolkes med forsiktighet.

5.3.2.1. Utbetalingsmåte på driftstilskuddet

Tabell 7 viser om driftstilskuddet til leger med kommunal driftsavtale (utenom veiledergodtgjøring og praksiskompensasjon) ble brukt til å subsidiere driften, utbetalt til privatpraktiserende eller gitt som en kombinasjon av disse. Det gjøres oppmerksom at ikke alle kommuner som har driftstilskudd, har svart på spørsmålet. Utenom forsøkskommunene er det 98 kommuner som oppgir driftstilskudd, men bare 74 av disse har angitt utbetalingsmåten. Til tross for dårlig utfylling av spørsmålet, har vi likevel valgt å vise resultatene.

Tabell 7 Driftstilskudd til privatpraktiserende leger etter utbetalingsmåte. Antall kommuner (eks. forsøkskommunene)

| Kommune størrelse | Antall kommuner som har svart | Utbetales til privatpraktiserende | Brukes til å subsidiere driften | Kombinasjon |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Totalt | 74 | 40 | 18 | 16 |
| 0 - 1 999 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 000 - 4 999 | 27 | 11 | 12 | 4 |
| 5 000 - 9 999 | 24 | 16 | 6 | 2 |
| 10 000 - 19 999 | 11 | 6 | 0 | 5 |
| 20 000 - 29 999 | 6 | 3 | 0 | 3 |
| 30 000 - 49 999 | 2 | 32 | 0 | 1 |
| 50 000 + | 3 | 2 | 0 | 1 |

Ramme 4

Leger med avtale om driftstilskudd

Lege med avtale om driftstilskudd omfatter også leger med kombinasjoner av fastlønnnet deltidsstilling og deltids avtalepraksis. Arbeid som utføres av leger med avtale om driftstilskudd på fast avtalt timebasis i f.eks. skole- eller helsestasjonstjenesten, regnes som arbeid utført av leger med avtale om driftstilskudd.

I de fleste kommunene ble driftstilskuddet utbetalt direkte til de privatpraktiserende legene. I noen mindre kommuner (under 10 000 innbyggere) opplyses det at driftstilskuddet ble brukt til å subsidiere driften. 16 av kommunene som har svart, opplyser at driftstilskuddet utbetales som en kombinasjon av subsidiering av drift og utbetaling til legen. Blant annet er dette tilfelle i Oslo der 96 prosent av samlet driftstilskudd ble utbetalt på denne måten.

5.3.3. Lønnskostnad knyttet til privatpraktiserende leger

Av de 145 kommunene i utvalget er det 88 som oppgir å ha lønnskostnader til privatpraktiserende leger. Kun 1 av de 25 kommunene med færre enn 2 000 innbyggere, hadde slike kostnader. Ellers er hovedtyngden av kommunene som ikke hadde lønnskostnader til privatpraktiserende, kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere.

Tabell 8 viser at det i gjennomsnitt ble brukt 39 kroner per innbygger til å lønne privatpraktiserende leger i 1999. Utgiftene var relativt sett høyest i mindre kommuner. Lønnskostnadene knyttet til privatpraktiserende leger, fordeles om lag likt på skole-/helsestasjonstjenester og tilsynsoppgaver ved sykehjem. I underkant av 20 prosent var betaling for samfunnsmedisinske legeoppgaver. En liten andel av lønnskostnadene er begrunnet med andre oppgaver. Kommuner opplyser at dette dreier seg om lønn til leger som arbeider med flyktninger, helsestasjon for unge, geriatri-team, rehabilitering, psykiatri, tverrfaglige oppgaver o.l.

Tabell 8 Lønnskostnader til privatpraktiserende leger etter oppgave og kommunestørrelse. Prosentvis fordeling. 1999 *)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner | Lønnskost. til privat- praktiserend e leger per innbygger (kroner) | Helsestasjon og skolehelse- tjeneste | Tilsynslege sykehjem | Fengselslege | Samfunns- medisinske oppgaver | Annet |
|-----------------------|--------------------|---|---|-------------------------|--------------|-------------------------------------|-------|
| Totalt | 88 | 39 | 37 | 35 | 3 | 19 | 6 |
| 0 - 1 999 **) | 1 | 123 | - | - | - | - | - |
| 2 000 - 4 999 | 27 | 89 | 19 | 20 | 0 | 48 | 13 |
| 5 000 - 9 999 | 28 | 62 | 29 | 28 | 0 | 32 | 12 |
| 10 000 - 19 999 | 15 | 40 | 37 | 27 | 8 | 20 | 9 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 37 | 35 | 37 | 2 | 22 | 4 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 43 | 39 | 40 | 3 | 14 | 4 |
| 50 000 + | 4 | 28 | 46 | 43 | 5 | 5 | 2 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 35 | 39 | 44 | 4 | 10 | 3 |
| Oslo | | 23 | 52 | 42 | 5 | 0 | 0 |
| Åsnes | | 122 | 32 | 19 | 0 | 43 | 6 |
| Lillehammer | | 25 | 10 | 19 | 0 | 71 | 0 |
| Trondheim | | 33 | 34 | 44 | 3 | 12 | 8 |

*) Kun kommuner som har lønnskostnader til privatpraktiserende leger er med i tabellen.

** Basert kun på 1 kommune (ikke fordelt på type virksomhet)

De store kommunene brukte en høyere andel av lønnskostnadene til privatpraktiserende leger på helsestasjon og skolehelsetjeneste enn små kommuner. I kommuner med mer enn 50 000 innbyggere går 46 prosent av lønnskostnadene til denne oppgaven. Deretter synker andelen av lønnskostnadene i takt med avtakende innbyggertall, og kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere brukte 19 prosent av lønnskostnadene til helsestasjon og skolehelsetjeneste. Selv om andelen er lav, er likevel utgiften til dette formålet om lag 17 kroner per innbygger. Det er over gjennomsnittet for landet.

Den samme tendensen ser vi når det gjelder utgifter knyttet til tilsyn ved sykehjem. For samfunnsmedisinske legeoppgaver er det motsatt. De minste kommunene brukte en høyere andel av lønnskostnadene på samfunnsmedisinske oppgaver enn de største kommunene.

Oslo opplyser at de har valgt å føre alle lønnskostnader til samfunnsmedisinske oppgaver som lønnskostnader til fastlønnede, selv om oppgavene også utføres av privatpraktiserende.

5.3.4. Driftsutgifter til legevakt

Kommunene har ansvar for at innbyggerne får dekket sine behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. I tillegg til medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste og sykehusene er de kommunale legevaktsordningene sentrale for å kunne yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt behandlingstrengende sykdom eller skade, jf. Ot.prp. nr 99. I tabell 9 vises driftsutgiftene til legevakt fordelt på beredskapsgodtgjørelse, ren drift av legevakt og andre driftsutgifter i forbindelse med legevakt. Når det gjelder utgifter som er ført under "andre driftsutgifter" til legevakt, opplyser kommunene at dette i hovedsak er utgifter til drift av legevaktsentraler, interkommunalt samarbeid og diverse inventar og utstyr. Det kan virke litt tilfeldig om slike utgifter er ført under generell drift av legevakt eller under "andre utgifter".

136 av de 145 kommunene i utvalget oppgir kostnader til drift mm av legevakt.

Tabell 9 Driftsutgifter til legevakt etter utgiftstype og kommunestørrelse. Prosentvis fordeling, 1999 *)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner | Driftsutgifter mm. per innbygger (kroner) | Driftsutgifter legevakt | Beredskaps- godtgjørelse legevaktslege | Andre drifts- utgifter legevakt |
|-----------------------|--------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------|
| Totalt | 136 | 69 | 57 | 28 | 14 |
| 0 - 1 999 | 23 | 363 | 38 | 47 | 16 |
| 2 000 - 4 999 | 46 | 139 | 32 | 52 | 17 |
| 5 000 - 9 999 | 33 | 96 | 36 | 49 | 15 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 64 | 59 | 26 | 15 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 65 | 67 | 13 | 20 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 80 | 60 | 15 | 26 |
| 50 000 + | 4 | 38 | 90 | 6 | 4 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 88 | 91 | 4 | 4 |
| Oslo | | 7 | 80 | 20 | 0 |
| Åsnes | | 180 | 76 | 18 | 7 |
| Lillehammer | | 59 | 72 | 25 | 2 |
| Trondheim | | 43 | 95 | | 5 |

*) Kun kommuner som har kostnader til drift av legevakt er med i tabellen.

Høy beredskapsgodtgjørelse i mindre kommuner

Driftsutgiftene inkl. beredskapsgodtgjørelse mm, regnet per innbygger, er i de minste kommunene vesentlig høyere enn gjennomsnittet for alle utvalgskommunene. I de store kommunene går utgiftene hovedsakelig til generell drift av legevakt (husleie, lønn til hjelpepersonell mm.), mens små kommuner i større grad har beredskapsutgifter til legevaktslegene. Kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere bruker omtrent halvparten av driftsutgiftene til beredskapsgodtgjørelse til legevaktsleger. I de minste kommunene utgjorde dette 170 kroner per innbygger, mens det i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere, utgjorde 47 kroner. Som nevnt under punkt 5.2.1.1 er en av forklaringene på at de små kommunene har så store utgifter til legevakt, inkludert beredskapsgodtgjørelse, at disse kommunene må ha relativt sett flere leger enn større kommuner for å få dekket legevakt-turnusen.

Ramme 5

Legevakt

er her definert som en organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom legekantorenes åpningstid, jf. lov om helsetjenesten i kommunene.

Man kan merke seg at selv om det er store forskjeller i andelen av utgiftene som går til husleie og lønn til hjelpepersonell mm, er variasjonen i disse utgiftene regnet per innbygger relativt liten. Kommuner med inntil 5 000 innbyggere brukte om lag 45 kroner per innbygger, det samme gjorde kommuner med mellom 30 000 og 50 000 innbyggere. Minst per innbygger brukte de mellomstore kommunene (5 000 til 20 000 innbyggere) med om lag 35 kroner per innbygger.

Som nevnt tidligere har Oslo ført opp lave kostnader til legevakt, men dette må vurderes opp mot at Oslo på grunn av manglende data ikke har ført opp husleieutgifter.

Det kan ellers nevnes at noen kommuner vil ha inntekter fra drift av legevakten, eksempelvis ved at privatpraktiserende leger betaler husleie o.l. Vi har imidlertid ikke gode nok data til å foreta en analyse av nettoutgiftene knyttet til legevakt.

5.3.4.1. Organisering av legevakt

Legevakt blir organisert forskjellig i kommunene. Det er kun 2 kommuner som ikke har gitt opplysninger om hvordan de har organisert sin legevakt.

Det er mest vanlig med interkommunal legevakt. 80 av kommunene i utvalget, eller godt over halvparten, opplyser at de har dette. 24 av disse kommunene rapporterte at de har hjemmevakt/beredskapsvakt i tillegg. 10 av kommunene har også kommunal legevakt, mens 18 oppgir "annet". Når det gjelder "annet" dreier dette seg i hovedsak om "privat" legevakt/lokallegen er legevakt, men noen nevner også bydelslegevakt (som i Oslo), sykepleier i bakvakt, 2 oppgir LINA-prosjektet samt at noen oppgir AMK-sentral ved sykehus.

Tabell 10 viser hvor mange av kommunene som rapporterte de forskjellige alternativene. Som nevnt over er det mange kommuner som har flere ordninger.

Tabell 10 Organisering av legevakt. Antall kommuner i hver kategori. 1999

| Kommune størrelse | Antall kommuner | Kommunal legevakts lokale | Kommunalt lokale samlokalisert med sykehjem | Hjemmevakt/beredskapsvakt | Samlokalisert med sykehus | Felles akuttmottak med sykehus | Interkommunalt samarbeid | Annet *) |
|-------------------|-----------------|---------------------------|---|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------|
| Totalt | 143 | 30 | 15 | 67 | 11 | 7 | 80 | 27 |
| 0 - 1 999 | 25 | 4 | 2 | 13 | 0 | 1 | 20 | 6 |
| 2 000 - 4 999 | 49 | 8 | 6 | 24 | 1 | 0 | 34 | 7 |
| 5 000 - 9 999 | 35 | 7 | 5 | 22 | 0 | 1 | 10 | 8 |
| 10 000 -19 999 | 17 | 6 | 2 | 6 | 4 | 2 | 9 | 3 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 50 000 + | 4 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Oslo | | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Åsnes | | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Lillehammer | | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Trondheim | | - | - | - | 1 | 1 | - | - |

*) Omfatter i hovedsak privat legevakt/lokallegen er legevakt og bydelslegevakt. Andre ting som inngår er LINA-prosjektet (2 kommuner), sykepleier i bakvakt (i kommune), AMK-sentral ved sykehus.

Interkommunal legevakt mest vanlig

20 av 25 kommuner med færre enn 2 000 innbyggere opplyser at de har interkommunal legevakt, mens 34 av 49 kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere sier det samme. Noen av disse har det i kombinasjon med hjemmevakt/beredskapsvakt eller i kombinasjon med andre ordninger som at man har avtale om legevakt med allmennlegen.

Hjemmevakt/beredskapsvakt er mest vanlig i kommuner med færre enn 10 000 innbyggere. Vel halvparten av disse kommunene opplyser at de har slike ordninger. Dette er med på å forklare at kommunene har relativt høye kostnader til beredskapsgodtgjørelse i forhold til andre kommuner.

5.3.5. Utgifter til drift mm av legesentre

107 av kommunene i utvalget oppgir utgifter til drift av legesentre. Bare 38 av disse har ført opp investeringsutgifter. Som nevnt tidligere, har de minste kommunene en stor andel av sine utgifter til primærlegetjenesten knyttet til fastlønte leger og drift av legesentre. I slike kommuner vil dermed utgiftene til drift av legesentre per innbygger ligge godt over gjennomsnittet, se tabell 11.

I alle kommuner går det meste av disse utgiftene til ren drift av legesentre. Under andre driftsutgifter har kommunene ført opp alt fra utgifter til kontordrift, utstyr, telefon, reiser, opplæring, EDB-investeringer og -opplæring o.l. Etter en gjennomgang av skjemaene synes det å være litt tilfeldig om utgiftene er ført under driftsutgifter til legesentre eller under andre driftsutgifter. Dette gjelder blant annet for kommuner med inntil 50 000 innbyggere, der det er ført et relativt høyt beløp på andre driftsutgifter, mens det samtidig gis en merknad om at dette omfatter andre driftsutgifter til kontordriften.

Tabell 11 Drifts- og investeringsutgifter for legesentre fordelt etter kommunestørrelse. Prosentvis fordeling. 1999*)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner | Drifts- og investeringsutgifter til legesentre per innbygger (kroner) | Driftsutgifter legesenter | Investerings- utgifter | Andre driftsutgifter |
|-----------------------|-----------------|--|------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Totalt | 107 | 132 | 92 | 4 | 5 |
| 0 - 1 999 | 20 | 685 | 93 | 2 | 5 |
| 2 000 - 4 999 | 40 | 459 | 89 | 3 | 8 |
| 5 000 - 9 999 | 24 | 324 | 90 | 7 | 4 |
| 10 000 - 19 999 | 10 | 163 | 91 | 6 | 3 |
| 20 000 - 29 999 | 7 | 87 | 100 | 0 | 0 |
| 30 000 - 49 999 | 2 | 55 | 87 | 1 | 12 |
| 50 000 + | 4 | 39 | 98 | 0 | 2 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 7 | 67 | 0 | 33 |
| Oslo | | 60 | 100 | 0 | 0 |
| Åsnes | | 171 | 96 | 0 | 4 |
| Lillehammer | | 0 | | | |
| Trondheim | | 8 | 76 | 0 | 24 |

*) Kun kommuner som oppgir slike utgifter er med i tabellen.

Flere kommuner har inntekter fra utleie av lokale til privatpraktiserende leger. Hvis vi hadde tatt hensyn til disse inntektene, ville netto utgifter til drift av legesentre ha blitt redusert med 10 kroner per innbygger i snitt for hele utvalget. Reduksjonen ville blitt størst for kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere med 47 kroner per innbygger. Som nevnt tidligere har Åsnes høye leieinntekter, beregnet til 122 kroner per innbygger. Det medfører at Åsnes' netto utgifter til drift av legesentre var på i underkant av 50 kroner i 1999.

5.3.6. Andre utgifter til primærlegetjenesten

Andre utgifter til primærlegetjenesten omfatter utgifter til rekrutteringstiltak, (f. eks. fri bolig), tiltak for å beholde legen, (f.eks. stimuleringsstiltak), korttidsvikariater og eventuelt andre utgifter, se ellers ramme 1. Tabell 12 viser andre utgifter til primærlegetjenesten etter type tiltak.

Tabell 12 Andre utgifter til primærlegetjenesten etter type tiltak og kommunestørrelse. Prosentvis fordeling. 1999 *)

| Kommune- størrelse | Antall kommuner | I alt per innbygger (kroner) | Rekrutterings- tiltak | Tiltak for å beholde legen | Korttids- vikariater | Annet |
|-----------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| Totalt | 68 | 20 | 27 | 13 | 32 | 28 |
| 0 - 1 999 | 15 | 111 | 22 | 6 | 45 | 28 |
| 2 000 - 4 999 | 28 | 45 | 20 | 8 | 52 | 20 |
| 5 000 - 9 999 | 13 | 22 | 19 | 15 | 28 | 39 |
| 10 000 - 19 999 | 5 | 15 | 21 | 4 | 37 | 38 |
| 20 000 - 29 999 | 4 | 9 | 63 | 0 | 0 | 37 |
| 30 000 - 49 999 | 2 | 10 | 0 | 100 | 0 | 0 |
| 50 000 + | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Oslo | | 0 | | | | |
| Åsnes | | 0 | | | | |
| Lillehammer | | 3 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Trondheim | | 0 | | | | |

*) Kun kommuner som har ført opp slike utgifter er med i tabellen.

Bare 68 av kommunene i utvalget har oppgitt utgifter til rekrutteringstiltak og stimuleringstiltak mm. Kommunene som rapporterte om slike utgifter, finnes i alle størrelsesgrupper. I begge de minste kommunegruppene var det litt over halvparten av kommunene som hadde slike utgifter, mens det var litt under halvparten i de andre gruppene.

Små kommuner bruker flere kroner per innbygger på rekrutteringstiltak og korttidsvikariater enn større kommuner. Store kommuner har helt marginale utgifter per innbygger til slike tiltak, og i den grad de har det, går disse til rekrutteringstiltak/tiltak for å beholde legen. I små kommuner går omtrent halvparten av slike utgifter til korttidsvikariater.

Det som er ført under "annet" i tabell 11, blir oppgitt å være utgifter til annonsering (bla. er dette tilfelle i Lillehammer), reiseutgifter, flytteutgifter, ordninger med utenlandske leger, utstyr til miljørettet helsevern o.l. I noen tilfeller kan dette være utgifter som andre kommuner har ført under andre poster.

6. Samfunnsmedisinske legeoppgaver i kommunene

I undersøkelsen er det inkludert to typer spørsmål om samfunnsmedisinske legeoppgaver. Det ene omfatter utgiftene og det andre organisering av samfunnsmedisinske legeoppgaver. For definisjon av samfunnsmedisinske oppgaver vises til ramme 3.

Når det gjelder spørsmålet om samfunnsmedisinske oppgaver blir utført av kommunelege eller privatpraktiserende lege, viser dette seg å være vanskelig å tolke sett i forhold til utgiftene som føres opp. De videre kommentarer i rapporten vil derfor kun være knyttet til utgiftstallene, og det vi kan finne ut om organisering gitt disse tallene.

Av de 145 kommunene som har svart på undersøkelsen, er det 14 som ikke har oppgitt utgifter til samfunnsmedisinske legeoppgaver. Dette kan skyldes at de ikke har slike utgifter eller mer sannsynlig at de ikke klarer å spesifisere utgiftene. Av de 14 kommunene har vi bare funnet 1 kommune som oppgir å ha lønnskostnader, men som ikke har fordelt disse, og 2 kommuner som bare delvis har fordelt lønnskostnadene. Man kan ellers merke seg at av de 14 kommunene som ikke oppgir kostnader til samfunnsmedisin, er det 6 blant de aller minste kommunene og 4 blant kommunene med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere.

Av undersøkelsen framgår det at de samfunnsmedisinske oppgavene dekkes enten av fastlønnede leger eller av privatpraktiserende. Kun 9 av de 131 kommunene får slike oppgaver utført både av fastlønnede og privatpraktiserende leger. Dette gjelder de 4 største kommunene i utvalget, 4 av kommunene med mindre enn 10 000 innbyggere og 1 kommunen med inntil 50 000 innbyggere.

For øvrig er det 71 av de 131 kommunene som rapporterte at kun fastlønnede leger utfører samfunnsmedisinske legeoppgaver, og 51 kommuner som opplyste at oppgavene kun blir utført av privatpraktiserende.

I tabell 13 vises utgiftene til samfunnsmedisinske legeoppgaver. I beregningene har vi forutsatt at de kommunene som ikke har oppgitt lønn til samfunnsmedisinske legeoppgaver, faktisk ikke har slike kostnader. Siden det hovedsakelig er de to minste kommunegruppene dette gjelder, tar vi forbehold om at per-capita utgiftene for disse kan dermed være noe undervurdert. Utgiftene sammenlignes ellers med totale lønnskostnader til fastlønnede leger, turnusleger og privatpraktiserende leger og med brutto utgifter til primærlegetjenesten.

Total lønnskostnad for kommunene i utvalget var i overkant av 250 millioner kroner. Av dette ble om lag 14 prosent brukt på samfunnsmedisinske legeoppgaver. Regnet som andel av totale brutto utgifter til primærlegetjenesten, gikk om lag 3,5 prosent av utgiftene til samfunnsmedisinske oppgaver.

Tabell 13 Utgifter til samfunnsmedisinske oppgaver, kroner og prosent

| <i>Befolkning</i> | <i>Samf.med. gj.snitt pr. kommune (1000 kroner)</i> | <i>Utgifter til samf.med per innbygger (kroner)</i> | <i>Andel samf.med av total lønnskostnad (prosent)</i> | <i>Andel samf. med. av brutto utgifter (prosent)</i> |
|----------------------|---|---|---|--|
| Totalt *) | 244 | 20 | 14,1 | 3,5 |
| 0 - 1 999 | 88 | 74 | 9,4 | 4,1 |
| 2 000-4 999 | 130 | 39 | 14,0 | 4,1 |
| 5 000 - 9 999 | 184 | 27 | 16,5 | 4,0 |
| 10 000 -19 999 | 258 | 15 | 19,5 | 3,2 |
| 20 000 - 29 999 | 358 | 15 | 21,7 | 3,5 |
| 30 000 - 49 999 | 586 | 15 | 16,1 | 3,6 |
| 50 000 + | 2 659 | 13 | 11,5 | 3,1 |
| 50 000 + (eks. Oslo) | 974 | 9 | 15,5 | 2,0 |
| Oslo | 7 715 | 15 | 10,5 | 3,8 |
| Åsnes | 422 | 52 | 42,6 | 6,2 |
| Lillehammer | 449 | 18 | 59,5 | 4,0 |
| Trondheim | 939 | 6 | 14,6 | 1,3 |

*) Utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

Mellom 3 og 4 prosent av kommunale utgifter går til samfunnsmedisinske legeoppgaver

Andelen av totale brutto utgifter som gikk til samfunnsmedisinske oppgaver, varierer relativt lite mellom kommunene. Det framgår av tabell 13 at andelen ligger mellom 3,1 og 4,1 prosent. Oslo bruker 3,8 prosent av bruttoutgiftene på samfunnsmedisin, mens de tre andre store kommunene i utvalget i snitt brukte 2 prosent. Dette har blant annet sammenheng med at Trondheim bare oppgir at 1,3 prosent går til slike oppgaver. Av kommentarene på skjemaet fra Trondheim, framgår det at utgiftene til smittevernoverlege er ført under "andre utgifter". Ifølge veiledningen til skjemaet, skulle dette vært ført under samfunnsmedisinske oppgaver. Vi har ikke hatt muligheter for å korrigere for feilføringen, og Trondheims utgifter til samfunnsmedisin er følgelig noe undervurdert.

Små kommuner har høyere utgifter til samfunnsmedisinske oppgaver enn større kommuner, regnet per innbygger. Det går imidlertid et skille mellom kommuner med under og over 10 000 innbyggere. For kommuner med flere enn 10 000 innbyggere, er utgiftene per innbygger rundt 15 kroner, mens landsgjennomsnittet er beregnet til 20 kroner.

Forsøkskommunene Åsnes og Lillehammer skiller seg ut ved at det brukte en langt større andel av lønnskostnadene på samfunnsmedisinske oppgaver. I Åsnes gikk vel 40 prosent og i Lillehammer nærmere 50 prosent til samfunnsmedisin. Dette skyldes at kommunene har gått over til fastlegeordningen og dermed ikke har, eller har få, fast ansatte. Disse vil i liten grad drive med kurativ virksomhet og lønnen går dermed til andre type oppgaver som samfunnsmedisin. Regnet per innbygger er utgiften per innbygger i Lillehammer på nivå med landsgjennomsnittet, mens Åsnes med 52 kroner, ligger høyt sammenlignet med andre kommuner med samme innbyggertall.

Når det gjelder Trondheim, er utgiftene til samfunnsmedisin som nevnt over noe underrapportert, men utgiftene synes uansett å ligge relativt lavt både som andel av brutto utgifter og regnet per innbygger.

7. Kurativ virksomhet og allmenntedisinske offentlige legeoppgaver

Hovedtyngden av kommunenes utgifter til primærlegetjenester er knyttet til kurativ virksomhet. For definisjon av kurativ virksomhet vises til ramme 2. For å få et samlet uttrykk for utgiftene til den kurative virksomheten har vi slått sammen den delen av lønnen til fast ansatte leger som går til kurativ virksomhet, pluss driftstilskuddet til privatpraktiserende leger. Man kunne valgt å også inkludere lønnen som gjelder legevaktsleger, men dette er ikke gjort. Det vil i liten grad påvirke tallene. De samlede kurative utgiftene per innbygger vises i tabell 14. Også kurativ virksomhets andel av brutto utgifter vil framgå av tabellen.

I tillegg til kurativ virksomhet viser tabell 14 tilsvarende tall for allmenntedisinske offentlige legeoppgaver. Disse oppgavene er definert som summen av utgiftene til helsestasjon og skolehelsetjeneste, tilsynsleger ved sykehjem, fengselsleger og evt andre utgifter (se fotnote til tabell 5), uavhengig av om de blir dekket av fastlønnede eller privatpraktiserende leger. Samfunntedisinske legeoppgaver inngår ikke i allmenntedisinske oppgaver.

Tabell 14 Utgifter til kurativ virksomhet og allmenntedisinske offentlige legeoppgaver. Utgifter per innbygger og prosentvis andel av brutto utgifter. 1999

| Befolkning | Kurativ virksomhet | | Allmenntedisinske offentlige legeoppgaver | |
|----------------------|---------------------------------|--|---|--|
| | Utgifter per innbygger (kroner) | Andel av brutto utgifter til primærlegetjenesten | Utgifter per innbygger (kroner) | Andel av brutto utgifter til primærlegetjenesten |
| Totalt *) | 262 | 48 | 48 | 9 |
| 0 - 1 999 | 480 | 27 | 106 | 6 |
| 2 000-4 999 | 282 | 30 | 64 | 7 |
| 5 000 - 9 999 | 260 | 39 | 54 | 8 |
| 10 000 -19 999 | 255 | 54 | 33 | 7 |
| 20 000 - 29 999 | 228 | 53 | 38 | 9 |
| 30 000 - 49 999 | 227 | 55 | 45 | 11 |
| 50 000 + | 253 | 61 | 49 | 12 |
| 50 000 + (eks. Oslo) | 281 | 64 | 44 | 10 |
| Oslo | 235 | 59 | 53 | 13 |
| Åsnes | 374 | 44 | 70 | 8 |
| Lillehammer | 353 | 79 | 9 | 2 |
| Trondheim | 383 | 79 | 34 | 7 |

*) Total utgift per innbygger er et veid gjennomsnitt

Relativt like utgifter til kurativ virksomhet i kommunene

Det framgår av tabell 14 at utgiftene til kurativ virksomhet var 262 kroner per innbygger på landsbasis i 1999. Det tilsvarer bortimot halvparten av bruttoutgiftene til primærlegetjenesten. Med unntak av i forsøkskommunene og i de aller minste kommunene, varierte utgiften per-capita mellom 235 kroner (Oslo) og 260 kroner. Utgiften til kurativ virksomhet i de tre forsøkskommunene lå på mellom 353 og 383 kroner per innbygger. Som andel av brutto utgifter er variasjonen noe større. De minste kommunene brukte rundt 30 prosent til kurativ virksomhet, mens de større brukte fra 40 til vel 60 prosent.

Rundt 10 prosent av bruttoutgiftene gikk til allmenntedisinske offentlige legeoppgaver

Regnet per innbygger gikk 48 kroner, eller 9 prosent, av bruttoutgiftene til allmenntedisinske offentlige legeoppgaver. Utgiftene per innbygger varierte fra 44 til 64 kroner når man ser bort fra forsøkskommunene og de aller minste kommunene. Som andel av bruttoutgiftene utgjorde dette mellom 7 og 13 prosent (Oslo).

Forsøkskommunene, Åsnes og Trondheim, brukte hhv. 8 og 7 prosent av bruttoutgiftene til almenntjenestene, men nivået på utgiftene per innbygger er svært forskjellig. Trondheims utgifter er litt lavere enn i sammenlignbare kommuner, mens Åsnes har utgifter som klart overstiger andre kommuner med tilsvarende innbyggertall.

8. Kommunenes inntekter fra primærlegetjenesten

8.1. Totale inntekter i kommunene

Totalt er det 14 av de 145 kommunene som ikke hadde noen inntekter fra primærlegetjenesten. De fleste av disse kommunene har innbyggertall mellom 2 000 - 4 999 (5 stykker) og 5 000 - 9 999 (6 stykker). Det framgår ikke av skjemaene om dette skyldes at de har for dårlig datagrunnlag til å rapportere tall eller om de faktisk ikke har slike inntekter. I beregningene til grunn for tabell 15 er det forutsatt at manglende rapportering tilsvarer null kroner i inntekt.

Tabell 15 Kommunenes inntekter fordelt etter kommunestørrelse. 1999 *)

| | <i>Antall kommuner</i> | <i>Totale inntekter, 1000 kroner</i> | <i>Gjennomsnitt per kommune, 1000kroner</i> | <i>Gjennomsnitt per innbygger, kroner</i> |
|--------------------|------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Totalt **) | 145 | 180 601 | 1 246 | 109 |
| 0 - 1999 | 25 | 17 008 | 680 | 567 |
| 2 000 - 4 999 | 50 | 40 349 | 807 | 243 |
| 5 000 - 9 999 | 36 | 30 575 | 850 | 123 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 11 680 | 687 | 46 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 9 124 | 1 014 | 43 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 5 341 | 1 335 | 34 |
| 50 000 + | 4 | 66 526 | 16 631 | 80 |
| 50 000 + eks. Oslo | 3 | 41 937 | 13 979 | 130 |
| Oslo | | | 24 589 | 48 |
| Åsnes | | | 1 992 | 246 |
| Lillehammer | | | 5 764 | 233 |
| Trondheim | | | 25 151 | 169 |

*) Tallene er inklusive forsøkskommunene

**) Totalt inntekter per innbygger er et veid snitt.

Totalt inntekter for kommunene i utvalget var 180 millioner kroner i 1999. Det tilsvarer inntekter på 109 kroner per innbygger for landet sett under ett. Regnet per innbygger var det de minste kommunene som hadde de høyeste inntektene, slik de også hadde de høyeste utgiftene. Kommuner med under 2000 innbyggere hadde en inntekt på nesten 570 kroner per innbygger. For kommuner med flere enn 10 000 innbyggere, utenom forsøkskommunene, varierer inntektene i mindre grad.

Hovedtyngden av inntektene kom fra fastlønnstilskudd fra staten. I snitt utgjorde dette om lag halvparten av inntektene for de fleste kommuner. Den andre store inntektskilden er egenbetalinger fra pasientene, mens de øvrige inntektskildene kan ha stor betydning i enkelte kommuner og ikke finnes i andre. Dette gjelder både inntekter fra utleie av lokaler til leger, tilskudd til fengselslege og andre inntekter. På landsbasis vil hver av disse inntektskildene bidra litt under/litt over 10 prosent. For øvrig kan man merke seg at forholdet mellom pasienters egenbetalinger og fastlønnstilskudd fra staten på landsbasis er 30-70. Landstallet påvirkes av at de store kommunene, inklusive Oslo, omtrent ikke har inntekter fra pasientbetalinger. I disse kommunene utgjorde fastlegetilskuddet det aller meste av

inntektene. I de andre kommunegruppene er tilsvarende forhold mellom pasientbetalinger og fastlegetilskudd 40-60.

Alle forsøkskommunene hadde inntekter som var over snittet for kommuner med tilsvarende innbyggertall. Åsnes og Lillehammer hadde likevel inntekter per innbygger på om lag samme nivå, mens Trondheims inntekter var noe lavere. De inntektene kommunene har oppgitt som refusjon for fastlegetilskudd, regnet per innbygger varierer en del. I Trondheim og Lillehammer utgjør dette det aller meste av inntektene, mens i Åsnes utgjør det bare halvparten av inntektene. Den andre halvparten av Åsnes' inntekter er knyttet til utleieinntekter, jf kommentarer i kapittel 5.3.5. Utgifter til drift av legesentre.

9. Kommunenes netto utgifter til primærlegetjenesten

Kommunenes netto utgifter beregnes som differansen mellom totale brutto utgifter og totale inntekter. Nettotallene gjengis i tabell 16 som gjennomsnitt per innbygger og per legeårsverk (eksklusive leger uten driftsavtale med kommunene) og fordelt på ulike kommunegruppene.

Tabell 16 Kommunenes netto utgifter til primærlegetjenesten etter kommunestørrelse. 1999

| | Antall kommuner | Netto utgifter, 1000 kroner | Gjennomsnitt per innbygger | | Gjennomsnitt per legeårsverk (eks. leger uten driftsavtale) | |
|----------------------|-----------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| | | | kroner | Indeks totalt snitt = 100 | 1000 kroner | Indeks totalt snitt = 100 |
| Totalt *) | 145 | 821 909 | 458 | 100 | 576 | 100 |
| 0 - 1 999 | 25 | 36 842 | 1229 | 269 | 795 | 138 |
| 2 000 - 4 999 | 50 | 117 108 | 706 | 154 | 701 | 122 |
| 5 000 - 9 999 | 36 | 136 160 | 550 | 120 | 625 | 109 |
| 10 000 - 19 999 | 17 | 108 054 | 428 | 94 | 597 | 104 |
| 20 000 - 29 999 | 9 | 83 689 | 390 | 85 | 532 | 92 |
| 30 000 - 49 999 | 4 | 59 774 | 381 | 83 | 587 | 102 |
| 50 000 + | 4 | 280 282 | 338 | 74 | 504 | 88 |
| 50 000 + (eks. Oslo) | 3 | | 312 | 68 | 461 | 80 |
| Oslo | | 179 444 | 354 | 77 | 533 | 92 |
| Åsnes | | 4 881 | 602 | 131 | 646 | 112 |
| Lillehammer | | 5 357 | 217 | 47 | 296 | 51 |
| Trondheim | | 47 907 | 322 | 70 | 490 | 85 |

*) Gjennomsnitt per innbygger er et veid gjennomsnitt

Kommunenes netto utgifter til primærlegetjenesten utgjorde 458 kroner per innbygger i 1999. Som for brutto utgifter, er det slik at de minste kommunene også hadde de høyeste netto utgiftene per innbygger. Netto utgifter fordelt etter størrelsen på kommunene viser imidlertid en jevnere fordeling enn bruttoutgiftene. Det samme vil være tilfelle for netto utgifter regnet per legeårsverk. Av tabell 16 framgår det at de største kommunene har nettoutgifter per legeårsverk på 12 prosent under snittet, mens de minste har 38 prosent høyere netto utgifter.

For øvrig kan man merke seg at Lillehammer som følge av relativt høye inntekter per innbygger samtidig som de har utgifter som er under landsgjennomsnittet, har netto utgifter som er under halvparten av snittet for landet. Lillehammer trekker også ned gjennomsnittstallene for kommunegruppen med mellom 20 000 og 30 000 innbyggere. Utenom Lillehammer hadde de andre kommunene i gruppen netto utgifter på 90 prosent av landsgjennomsnittet, mens utgiftene per legeårsverk lå 2 prosent under snittet.

10. Offentlige utgifter til primærlegetjenesten

I tillegg til at kommunene har utgifter til primærlegetjenesten, har også staten og Folketrygden utgifter til tjenesten. Staten har utgifter i form av fastlønnstilskudd til kommuner som har fastlønnede leger. I tillegg mottar kommunene refusjoner fra Folketrygden for pasientbehandling som fast ansatte leger utfører. Disse to inntektspostene til kommunen, som er en motpost til statlige utgifter, har vi opplysninger om fra utvalgsundersøkelsen.

I tillegg til dette har vi innhentet tall for Folketrygdens refusjoner til allmennleger. Disse dataene er samlet inn av Rikstrygdeverket for året 2000. Det er samlet inn data fra alle utvalgskommunene. SSBs undersøkelse gjelder for året 1999. For å få et estimat for de totale utgiftene i 1999, har derfor SSB korrigert Rikstrygdeverkets tall for 2000. Dette er gjort ved å anta at Folketrygdens refusjoner til leger i en kommune har hatt samme utvikling fra 1999 til 2000 som totale refusjoner gitt leger i kommunens hjemfylke. Summen av utbetale refusjoner til allmennleger er kjent på fylkesbasis både i 1999 og 2000.

Kun refusjoner gitt til allmennlegetjenesten, er tatt med i utgiftstallene i denne rapporten. Nærmere bestemt vil dette omfatte refusjoner til:

- Allmennlege med driftstilskudd
- Allmennlege med driftstilskudd fastlegetariff
- Allmennlege uten driftstilskudd
- Allmennlege organisert legevakt

Tabell 17 Totale offentlige utgifter til primærhelsetjenesten per innbygger. 1999

| Befolkning | Kommunenes netto utgifter (kroner) | Statens utgifter (fastlønnstilskudd.) | Folketrygdens refusjoner (kroner) | | Offentlige utgifter til primærlegetjenesten (kroner) | Finansiering av offentlige utgifter (prosent) | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|--|---|--------|------------------|
| | | | Utbetalt allmennleger | Utbetalt komm. | | Kommunene | Staten | Folketrygden (*) |
| Totalt**) | 458 | 51 | 308 | 5 | 822 | 56 | 6 | 38 |
| 0 - 1 999 | 1229 | 301 | 284 | 56 | 1870 | 66 | 16 | 18 |
| 2 000 - 4 999 | 706 | 115 | 278 | 10 | 1109 | 64 | 10 | 26 |
| 5 000 - 9 999 | 550 | 44 | 352 | 10 | 956 | 58 | 5 | 38 |
| 10 000 -19 999 | 428 | 20 | 295 | 3 | 747 | 57 | 3 | 40 |
| 20 000 - 29 999 | 390 | 7 | 309 | - | 707 | 55 | 1 | 44 |
| 30 000 - 49 999 | 381 | 14 | 299 | - | 693 | 55 | 2 | 43 |
| 50 000 + | 338 | 42 | 304 | - | 684 | 49 | 6 | 44 |
| 50 000 + eks. Oslo | 312 | 78 | 322 | - | 712 | 44 | 11 | 45 |
| Oslo | 354 | 20 | 292 | - | 666 | 53 | 3 | 44 |
| Åsnes | 602 | 124 | 303 | - | 1029 | 58 | 12 | 29 |
| Lillehammer | 217 | 214 | 224 | - | 654 | 33 | 33 | 34 |
| Trondheim | 322 | 163 | 218 | - | 702 | 46 | 23 | 31 |

*) Folketrygdens refusjoner omfatte refusjoner til allmennlegene og refusjoner gitt kommunene (for konsultasjoner hos fast ansatte leger)

***) Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

Det framgår av tabell 17 som er basert på leger i utvalgskommunene, at Folketrygdens totale utbetalinger til allmennlegetjenesten er beregnet til 308 kroner per innbygger i 1999. Dette estimatet er godt i samsvar med de faktiske utbetalingene per innbygger som var 314 kroner dette året. I tabellen har vi valgt å bruke det beregnede gjennomsnittet siden det er konsistent med per capita-tallene for de andre størrelsene.

Folketrygdens refusjoner til allmennlegene, regnet per innbygger, varierte relativt lite mellom de ulike kommunegruppene i 1999. Kommunene med de laveste per-capita refusjonene, lå 14 prosent over gjennomsnittet, mens de med de lavste refusjonene lå 10 prosent under. Unntatt fra dette er Lillehammer og Trondheim der refusjonene per innbygger var nærmere 30 prosent lavere enn gjennomsnittet for landet.

Av de totale offentlige utgiftene knyttet til primærlegetjenesten finansieres 38 prosent over Folketrygden. Kommunene finansierer 56 prosent og staten 6 prosent utgiftene. De minste kommunene finansierte rundt 2 tredeler av totale utgiftene til legetjenesten, mens kommuner som har over 10 000 innbyggere, finansierer mellom 50 og 60 prosent. I disse kommunene utgjorde Folketrygdens refusjoner i overkant av 40 prosent av totale utgifter. Når det gjelder statens bidrag i form av fastlønnstilskudd, er dette noe som har størst betydning i de minste kommunene. Det framgår at staten refunderer en stor andel av totale utgifter til primærlegetjenesten i forsøkskommunene. Det gjøres oppmerksom på at statens refusjon av fastlegetilskuddet er inkludert i disse tallene.

Vedlegg 1

Tabeller

Tabell 1 Organisering av legetjenesten, hele landet. Årsverk etter avtaleform per 10000 innbygger fordelt etter kommunestørrelse.

| | Leger med driftsavtale | Leger med fast lønn | Turnusleger | Leger uten avtale | Totalt |
|------------------|------------------------|---------------------|-------------|-------------------|--------|
| Totalt | 5,5 | 1,6 | 0,5 | 0,7 | 8,4 |
| 0 - 1999 | 1,7 | 9,6 | 2,2 | 0,0 | 13,5 |
| 2000 - 4999 | 4,6 | 4,0 | 1,7 | 0,0 | 10,4 |
| 5000 - 9999 | 6,1 | 1,6 | 0,7 | 0,1 | 8,5 |
| 10000 - 19999 | 5,7 | 1,1 | 0,4 | 0,4 | 7,7 |
| 20000 - 29999 | 6,3 | 0,8 | 0,2 | 0,3 | 7,6 |
| 30000 - 49999 | 5,4 | 0,9 | 0,2 | 0,9 | 7,5 |
| 50000+ | 5,7 | 0,8 | 0,1 | 1,4 | 8,1 |
| 50000+ eks. Oslo | 5,8 | 0,8 | 0,1 | 0,7 | 7,4 |
| Oslo | 5,5 | 0,9 | 0,2 | 2,7 | 9,4 |
| Åsnes | 7,5 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 9,3 |
| Lillehammer | 7,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 7,3 |
| Trondheim | 6,4 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 6,7 |

Tabell 2 Andel av befolkningen etter sentralitet

| | Antall kommuner i nettoutvalget | Andel av befolkningen (prosent) | Norge totalt | Andel av befolkningen (prosent) |
|--|---------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Totalt | 145 | 100,0 | 435 | 100,0 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 66 | 11,5 | 203 | 14,1 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 14 | 5,1 | 46 | 7,5 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 27 | 17,0 | 82 | 25,2 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 38 | 66,4 | 104 | 53,2 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 37 | 39,7 | 103 | 41,9 |

Tabell 3 Organisering av legetjenesten i utvalgskommunene. Årsverk etter avtaleform per 10000 innbygger fordelt etter sentralitet.

| | Leger med driftsavtale | Leger med fast lønn | Turnusleger | Leger uten avtale | Totalt |
|--|------------------------|---------------------|-------------|-------------------|--------|
| Totalt | 5,8 | 1,3 | 0,4 | 1,0 | 8,5 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 4,3 | 4,9 | 1,6 | 0,0 | 10,8 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 7,4 | 0,5 | 0,8 | 0,2 | 8,9 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 6,1 | 1,0 | 0,4 | 0,3 | 7,9 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 5,9 | 0,8 | 0,2 | 1,4 | 8,2 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 6,2 | 0,6 | 0,2 | 0,5 | 7,4 |
| Oslo | 5,5 | 0,9 | 0,2 | 2,7 | 9,4 |

Tabell 4 Brutto utgifter til primærlegetjenesten etter sentralitet. 1999

| Sentralitet | Antall kommuner | Brutto utgifter 1000 kroner | Gjennomsnitt per kommune, 1000 kroner | Gjennomsnitt per innbygger (veid) | | Gjennomsnitt per legersverk (eks. leger uten driftsavtale) | |
|--|-----------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| | | | | Kroner | Indeks totalt snitt = 100 | 1000 kroner | Indeks totalt snitt = 100 |
| Totalt | 145 | 1002511 | 6914 | 567 | 100 | 702 | 100 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 66 | 241479 | 3659 | 1108 | 195 | 1025 | 146 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 14 | 68905 | 4922 | 709 | 125 | 816 | 116 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 27 | 160749 | 5954 | 499 | 88 | 660 | 94 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 38 | 531378 | 13984 | 422 | 74 | 615 | 88 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner (eks. Oslo) | 37 | 327346 | 8847 | 435 | 77 | 621 | 88 |
| Oslo | 1 | 204032 | 204032 | 402 | 71 | 606 | 86 |

Tabell 5 Utgifter pr. innbygger (veid) etter utgiftstype og sentralitet. 1999

| Sentralitet | Brutto utgifter | Lønnskost. fastlønnet lege | Driftstilskudd mm. Privatpraktiserende leger | Lønnskost. privatpraktiserende leger | Driftsutgifter legevakt mm. | Driftsutgifter legesenter mm. | Andre utgifter |
|--|-----------------|----------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| Totalt | 567 | 99 | 219 | 38 | 83 | 121 | 8 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 1108 | 311 | 153 | 41 | 170 | 402 | 30 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 709 | 74 | 229 | 59 | 79 | 264 | 4 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 499 | 66 | 204 | 41 | 86 | 94 | 8 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 422 | 69 | 228 | 32 | 44 | 47 | 1 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 435 | 34 | 254 | 37 | 69 | 38 | 2 |
| Oslo | 402 | 121 | 190 | 23 | 7 | 60 | 0 |

Tabell 6 Lønnskostnader til fastlønnet lege etter virksomhet og sentralitet. Prosentvis fordeling. 1999

| Sentralitet | Lønnskostnader til fastlønnet lege per innbygger (kroner) | Kurativ virksomhet | Legevakt | Helsestasjon og skolehelse-tjeneste | Tilsynslege ved sykehjem | Fengsels-lege | Samfunns-medisin | Annet |
|--|---|--------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|---------------|------------------|-------|
| Totalt | 111 | 51 | 14 | 9 | 10 | 0 | 13 | 2 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 395 | 65 | 12 | 5 | 7 | 0 | 9 | 3 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 125 | 58 | 16 | 7 | 7 | 0 | 8 | 5 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 79 | 63 | 2 | 7 | 9 | 0 | 16 | 2 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 75 | 37 | 19 | 13 | 13 | 1 | 17 | 1 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 39 | 33 | 8 | 18 | 11 | 1 | 25 | 3 |
| Oslo | 121 | 39 | 23 | 11 | 13 | 1 | 13 | 0 |

Tabell 7 Driftstilskudd, veiledergodtgjøring og praksiskompensasjon til privatpraktiserende leger. Prosentvis fordeling. Sentralitet 1999.

| Sentralitet | Driftstilskudd mm. privatpraktiserende leger per innbygger (kroner) | Rent driftstilskudd | Veiledergodtgjøring (i forbindelse med turnusleger) | Praksiskompensasjon |
|--|---|---------------------|---|---------------------|
| Totalt | 228 | 97 | 0 | 3 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 228 | 94 | 0 | 6 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 270 | 99 | 0 | 1 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 212 | 95 | 0 | 4 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 229 | 97 | 0 | 3 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 256 | 96 | 0 | 4 |
| Oslo | 190 | 100 | 0 | 0 |

Tabell 8 Lønnskostnader til privatpraktiserende leger etter oppgave og sentralitet. Prosentvis fordeling. 1999 *)

| Sentralitet | Lønnskost. til privatpraktiserende leger per innbygger (kroner) | Helsetjeneste og skolehelse-tjeneste | Tilsynslege ved sykehjem | Fengselslege | Samfunnsmedisinske oppgaver | Annet |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------|-------|
| Totalt | 39 | 37 | 35 | 3 | 19 | 6 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 74 | 21 | 25 | 0 | 32 | 22 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 77 | 24 | 24 | 1 | 37 | 14 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 42 | 30 | 35 | 3 | 26 | 6 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 33 | 44 | 38 | 4 | 12 | 2 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 40 | 40 | 36 | 4 | 17 | 3 |
| Oslo | 23 | 52 | 42 | 5 | 0 | 0 |

*) Kun kommuner som har lønnskostnader til privatpraktiserende leger er med i tabellen

Tabell 9 Driftsutgifter til legevakt etter utgiftstype og sentralitet. Prosentvis fordeling. 1999

| Sentralitet | Driftsutgifter mm. per innbygger (kroner) | Driftsutgifter legevakt | Beredskaps-godtgjørelse legevaktlege | Andre driftsutgifter legevakt |
|--|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Totalt | 69 | 57 | 28 | 14 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 181 | 38 | 49 | 12 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 85 | 31 | 45 | 24 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 88 | 55 | 24 | 21 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 44 | 75 | 14 | 11 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 69 | 75 | 14 | 11 |
| Oslo | 7 | 80 | 20 | 0 |

Tabell 10 Drifts- og investeringsutgifter for legesentre fordelt etter sentralitet. Prosentvis fordeling. 1999 *)

| Sentralitet | Drifts- og investeringsutgifter til legesentre per innbygger (kroner) | Driftsutgifter legesentre | Investeringsutgifter | Annet |
|--|---|---------------------------|----------------------|-------|
| Totalt | 132 | 92 | 4 | 5 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 464 | 93 | 4 | 4 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 353 | 86 | 12 | 2 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 133 | 91 | 2 | 7 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 57 | 94 | 1 | 5 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 54 | 87 | 1 | 11 |
| Oslo | 60 | 100 | 0 | 0 |

*) Kun kommuner som oppgir slike utgifter er med i tabellen

Tabell 11 Utgifter til kurativ virksomhet og almenmedisinsk offentlige legeoppgaver. Utgifter per innbygger og prosentvis andel av brutto utgifter. Sentralitet. 1999

| Sentralitet | Kurativ virksomhet | | Almenmedisinske offentlige legeoppgaver | |
|--|---------------------------------|---|---|---|
| | Utgifter per innbygger (kroner) | Andel av brutto utgifter til primærlege-tjenesten | Utgifter per innbygger (kroner) | Andel av brutto utgifter til primærlege-tjenesten |
| Totalt *) | 262 | 48 | 48 | 9 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 336 | 30 | 74 | 7 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 267 | 38 | 51 | 7 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 234 | 47 | 42 | 8 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 246 | 58 | 46 | 11 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 253 | 58 | 41 | 9 |
| Oslo | 235 | 59 | 53 | 13 |

*) Total utgift per innbygger er et veid gjennomsnitt

Tabell 12 Utgifter til samfunnsmedisinske oppgaver, kroner og prosent. 1999

| Sentralitet | Antall kommuner som har svart | Samf. med. gj. snitt per kommune (1000 kroner) | Samf. med. gj. snitt per innbygger (kroner) | Andel samf. med. av tot. lønn (prosent) | Andel samf. med. av brutto utgifter (prosent) |
|--|-------------------------------|--|---|---|---|
| Totalt | 145 | 244 | 19 | 14,1 | 3,5 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 66 | 121 | 37 | 10,4 | 3,3 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 14 | 185 | 27 | 20,1 | 3,8 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 27 | 242 | 20 | 18,9 | 4,1 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 38 | 482 | 15 | 14,4 | 3,4 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 37 | 286 | 14 | 19,8 | 3,2 |
| Oslo | 1 | 7715 | 15 | 10,5 | 3,8 |

Tabell 13 Kommunenes inntekter fordelt etter sentralitet. 1999

| Sentralitet | Antall kommuner | Totale inntekter, 1000 kroner | Gjennomsnitt per kommune, 1000 kroner | Gjennomsnitt per innbygger, kroner |
|--|-----------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Totalt *) | 145 | 180601 | 1246 | 109 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 66 | 63396 | 961 | 291 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 14 | 8618 | 616 | 89 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 27 | 24951 | 924 | 77 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 38 | 83636 | 2201 | 66 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 37 | 59048 | 1596 | 78 |
| Oslo | 1 | 24589 | 24589 | 48 |

*) Totalt inntekter er per innbygger er et veid gjennomsnitt

Tabell 14 Netto utgifter til primærlegetjenesten etter sentralitet. 1999

| Sentralitet | Antall kommuner | Netto utgifter, 1000 kroner | Gjennomsnitt per innbygger | | Gjennomsnitt per legeårsverk | |
|--|-----------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | | | Kroner | Indeks total snitt = 100 | 1000 kroner | Indeks total snitt = 100 |
| Totalt *) | 145 | 821909 | 458 | 100 | 576 | 100 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 66 | 178082 | 817 | 178 | 756 | 131 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 14 | 60287 | 620 | 135 | 714 | 124 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 27 | 135798 | 422 | 92 | 558 | 97 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 38 | 447742 | 355 | 78 | 518 | 90 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 37 | 268298 | 356 | 78 | 509 | 88 |
| Oslo | | 179444 | 354 | 77 | 533 | 92 |

*) Totalt inntekter er per innbygger er et veid gjennomsnitt

Tabell 15 Totale offentlige utgifter til primærhelsetjenesten per innbygger. 1999

| Sentralitet | Kommunens netto utgifter (kroner) | Statens utgifter (fastlønns-tilskudd mv.) | Folketrygdens refusjoner (kroner) | | Offentlige utgifter til primærlegetjenesten (kroner) | Andeler av offentlige utgifter (prosent) | | |
|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|----------------|--|--|--------|--------------|
| | | | Utbetalt almenleger | Utbetalt komm. | | Kommunene | Staten | Folketrygden |
| Totalt *) | 458 | 51 | 308 | 5 | 822 | 56 | 6 | 38 |
| Sentralitet 0 Minst sentrale kommuner | 817 | 139 | 297 | 21 | 1274 | 64 | 11 | 25 |
| Sentralitet 1 Mindre sentrale kommuner | 620 | 33 | 358 | 2 | 1012 | 61 | 3 | 36 |
| Sentralitet 2 Sentrale kommuner | 422 | 23 | 300 | 5 | 749 | 56 | 3 | 41 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner | 355 | 34 | 306 | 0 | 695 | 51 | 5 | 44 |
| Sentralitet 3 Særlig sentrale kommuner eks. Oslo | 356 | 43 | 315 | 1 | 715 | 50 | 6 | 44 |
| Oslo | 354 | 20 | 292 | | 666 | 53 | 3 | 44 |

*) Totalt inntekter er per innbygger er et veid gjennomsnitt

Dokumentasjonsrapport fra utvalgsundersøkelsen

Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

Sven Skaare

Forord

På oppdrag av seksjon 330 i SSB har seksjon 340 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Kontaktpersoner ved 330 har vært Elisabeth Nørgård og Bente Astad. Ved seksjon for intervjuundersøkelser har Aina Holmøy hatt hovedansvaret for undersøkelsen og hun har koordinert og planlagt arbeidet med innsamling av data. Berit Svanøe-Hafstad vært ansvarlig for den elektroniske databehandlingen. Utvalgstrekkningen og vurdering av representativiteten i undersøkelsen ble gjennomført av Stein Opdahl mens Thore Nafstad-Bakke klargjorde adressefilene før utsending til kommunene i utvalget. Kari Grøholt var intervjukontakt under telefonpurringene og Ole Morten Lie har utført registreringen av spørreskjemaene. Bjørn Are Holth har hatt ansvaret for planlegging og koordinering i siste del av datainnsamlingen og Sven Skaare har dokumentert undersøkelsen .

| Innhold | Side |
|--|------|
| 1 Innledning..... | 4 |
| 2 Prøveundersøkelsen | 4 |
| 3 Utvalg og utvalgstrekking..... | 4 |
| 4 Innsamlingsmetode..... | 4 |
| 5 Frafall..... | 5 |
| 6 Utvalgsskjevhet..... | 5 |
| 7 Utvalgsvarians | 7 |
| 8 Datakvalitet i postale undersøkelser - innsamlings og bearbeidingsfeil | 7 |

Tabeller:

| | |
|--|---|
| Tabell 1 : Nøkkeltall..... | 4 |
| Tabell 2 : Frafall etter årsak. | 5 |
| Tabell 3 : Bruttoutvalg og nettoutvalg fordelt på legedekning. %..... | 6 |
| Tabell 4 : Bruttoutvalg og nettoutvalg fordelt på kommunestørrelse. %. | 6 |
| Tabell 5 : Forventet standardavvik for observerte prosentandeler ved ulike utvalgsstørrelser. | 7 |

Vedlegg:

- Informasjonsbrev til respondentene
- Spørreskjema
- Vurdering av representativitet

1 Innledning

Seksjon 340 i Statistisk sentralbyrå (SSB) har i år 2000 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Oppdragsgiver er seksjon 330 i SSB på vegne av Sosial- og helsedepartementet. Formålet med undersøkelsen er å undersøke kommunenes utgifter til primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegereformen.

Tabell 1 : Nøkkeltall

| | Antall kommuner | Prosent |
|---------------------------|-----------------|---------|
| Bruttoutvalg | 250 | 100,0 |
| Frafall | 104 | 41,6 |
| Nettutvalg | 146 | 58,4 |
| Innsamlingsmetode: | Postenquete | |
| Skjemalengde: | 4 sider | |

Tabellen over viser noen nøkkeltall og kort informasjon om undersøkelsen.

2 Prøveundersøkelsen

For å utforme et best mulig spørreskjema ble det foretatt en prøveundersøkelse i et utvalg på 25 kommuner fordelt utover landet. Skjemaene til prøveundersøkelsen ble sendt ut 13. april 2000 og de returnerte skjemaene dannet grunnlaget for utarbeidelsen av det endelige spørreskjemaet.

3 Utvalg og utvalgstreking

Kommuner er enheten i undersøkelsen. Undersøkelsen skal omfatte et representativt utvalg av landets kommuner. I undersøkelsen ble det trukket et bruttoutvalg¹ på 250 kommuner.

I Oslo-regionen ble følgende kommuner lagt til utvalget: Nesodden, Nittedal, Rælingen, Oppegård, Lørenskog, Skedsmo, Asker, Bærum og Oslo. De fire kommunene Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes har vært med i et forsøk med fastlegeordning. Disse er alle med i utvalget. Videre ble utvalget trukket slik at vi fikk med de største byene samt et tilstrekkelig antall kommuner med over 5000 innbyggere. Utvalget ble videre trukket slik at vi fikk med et tilstrekkelig antall kommuner med færre enn 5000 innbyggere. Dette er fordi det legges opp til at utgiftene ved innføring av fastlegeordningen blir høyere i små kommuner enn i store. Utvalget ble også trukket slik at kommunene skal kunne grupperes etter innbyggertall og kommuneklasse. Statistisk sentralbyrås standard for kommuneklassifisering ble her lagt til grunn.

4 Innsamlingsmetode

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av et postalt spørreskjema. Da kommunene må bruke tid på å finne fram aktuelle regnskapstall o.l. var det lite hensiktsmessig med en intervjuundersøkelse. Skjemaet var på 4 sider og spørsmålene var oppdelt i følgende temaområder:

- Kommunale utgifter til primærlegetjenesten i 1999

¹ Avgang er ikke aktuelt i denne undersøkelsen

- Kommunale inntekter fra primærlegetjenesten i 1999
- Tjenestedata

Helse- og sosialsjefen i kommunene skulle besvare spørreskjemaet. Om det ikke var helse- og sosialsjef i kommunen skulle den som var ansvarlig for primærhelsetjenesten i kommunen gjøre dette.

Spørreskjemaet ble sendt ut 9. mai 2000. Påminningsbrev til alle kommunene i utvalget ble sendt ut 16. mai. I perioden 22. - 26. mai ble det gjennomført purring pr. telefon overfor de kommunene som ikke hadde svart. Ved denne purringen ble det kartlagt om skjemaet var kommet fram til rette vedkommende i kommunen, evt. adresseendringer et.c. På bakgrunn av dette ble nye spørreskjema sendt ut til de som trengte det mens frafallsårsaker ble registrert for de kommunene som ikke kunne delta i undersøkelsen. Da svarinngangen fortsatt var lav, ble det satt i gang en ny, tilsvarende purrerunde pr. telefon i perioden 7. - 12. august. Da ble 130 kommuner kontaktet og nytt spørreskjema ble sendt ut til de 80 kommunene som ønsket dette. Da svarinngangen fortsatt var lav etter purringen, ble en del av de større kommunene og kommuner som var med i prøveordningen kontaktet pr. telefon. Denne påminnelsen om å sende inn svarskjema ble utført av de prosjektansvarlige ved SSB, seksjon 330 og 340 samt av ansatte i Sosial- og helsedepartementet som arbeidet med fastlegereformen. Denne påminningen foregikk inntil sluttstrek for datainnsamlingen ble satt. Før det ble vedtatt å avslutte datainnsamlingen, ble det foretatt en vurdering av representativiteten i utvalgsundersøkelsen. Da representativiteten ble ansett som tilfredstillende ble datainnsamlingen avsluttet 1. desember. Det var da kommet inn utfylte spørreskjema fra 146 kommuner. Undersøkelsen av representativiteten ble utført av Stein Opdahl og er vedlagt denne rapporten.

5 Frafall

En vil aldri kunne få svar fra alle som er trukket ut til å delta i undersøkelsen. Tabell 2 viser en oversikt over årsakene til frafall i denne undersøkelsen. Data på frafallsårsaker ble hovedsaklig samlet inn gjennom de ulike purrerundene. Til tross for denne innsamlingen var det en betydelig andel av frafallet vi ikke fikk oppgitt årsak til, slik det framgår av tabellen nedenunder.

Tabell 2 : Frafall etter årsak.

| | Antall kommuner | Prosent av frafall | Prosent av bruttoutvalg |
|------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Kommunen har ikke tid nå | 13 | 12,5 | 5,2 |
| Kommunen ønsker ikke delta | 11 | 10,6 | 4,4 |
| Andre frafallsårsaker ² | 20 | 19,2 | 8,0 |
| Frafallsårsak ikke oppgitt | 60 | 57,7 | 24,0 |
| Frafall i alt | 104 | 100,0 | 41,6 |

De vanligste oppgitte årsakene til frafall er at kommunen ikke har tid eller ikke ønsker å delta i undersøkelsen. Blant andre frafallsårsaker ble det oppgitt bl. a. høyt sykefravær, ferieavvikling og prinsipiell motstand mot å delta.

6 Utvalgsskjevhet

Frafall fører til utvalgsskjevhet når fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes blant de som svarte (nettoutvalget) enn blant de som ble forsøkt intervjuet (bruttoutvalget). Utvalgsskjevhet i forhold til ett kjennemerke medfører ikke nødvendigvis at nettoutvalget er skjevt i forhold til andre

² I andre frafallsårsaker inngår bl.a. høyt sykefravær, ferieavvikling og prinsipiell motstand mot å delta

kjennemerker. Omvendt innebærer godt samsvar mellom fordelingene i netto- og bruttoutvalget for ett eller flere kjennemerker ingen garanti for at utvalget ikke er skjevt på andre kjennemerker.

Vi kan også diskutere utvalgsskjevhet når fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes i bruttoutvalget enn i populasjonen som undersøkelsen omfatter. Slik utvalgsskjevhet kan oppstå i utvalgstrekkingen, hvor tilfeldigheter kan føre til at fordelingen av enkelte kjennemerker i utvalget ikke er helt lik fordelingen i populasjonen (utvalgsvarians).

Dersom en ønsker å presentere data for et tverrsnitt av norske kommuner, vil grupper som er underrepresentert i bruttoutvalget veie for lite i de samlede resultatene. Innenfor hver gruppe vil kommunene som er trukket ut være representative for sin gruppe. Slike skjevheter er erfaringsmessig små, og vi vil derfor ikke gå nærmere inn på dette. I sammenlikninger mellom nettoutvalget og bruttoutvalget har man i tillegg en risiko for at de kommunene som faktisk har deltatt (nettoutvalget), skiller seg systematisk fra de kommunene som ikke har deltatt (fracfallet).

Tabell 3 : Bruttoutvalg og nettoutvalg fordelt på legedekning. %.

| | Bruttoutvalg | Nettoutvalg |
|---------------------------------|--------------|-------------|
| Legeårsverk pr.1000 innbyggere. | | |
| 2,2 - 7,1 | 17,6 | 18,5 |
| 7,2 - 8,1 | 16,8 | 18,5 |
| 8,2 - 9,2 | 15,6 | 12,3 |
| 9,3 - 10,7 | 18,0 | 17,1 |
| 10,8 - 13,2 | 14,8 | 15,8 |
| 13,3 - 28,9 | 17,2 | 17,8 |
| I alt | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 250 | 146 |

Tabell 4 : Bruttoutvalg og nettoutvalg fordelt på kommunestørrelse. %.

| | Bruttoutvalg | Nettoutvalg |
|-------------------|--------------|-------------|
| Antall innbyggere | | |
| 0 - 1 999 | 20,4 | 17,1 |
| 2 000 - 2 999 | 13,6 | 14,4 |
| 3 000 - 4 999 | 21,6 | 19,9 |
| 5 000 - 9 999 | 20,4 | 24,7 |
| 10 000 - 29 999 | 17,2 | 18,5 |
| 30 000 og over | 6,8 | 5,5 |
| I alt | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 250 | 146 |

Tabell 3 og tabell 4 viser avvik mellom brutto- og nettoutvalg. Der har vi tatt for oss kjennemerkene kommunestørrelse og legedekning.

Som vi ser av tabell 3 er det små forskjeller mellom bruttoutvalget og nettoutvalget med hensyn på legedekning.. Videre viser tabell 4 at det er forholdsvis små forskjeller mellom bruttoutvalget og nettoutvalget med hensyn på kommunestørrelse, selv om det er en viss underrepresentasjon av de små og de aller største kommunene mens det er en overvekt i svarinngang fra de middels store kommunene.

7 Utvalgsvarians

Fordi resultatene fra undersøkelsen bygger på opplysninger om et utvalg av de kommunene som undersøkelsen dekker, er det knyttet en viss usikkerhet til dem. Denne usikkerheten kalles utvalgsvarians. I og med at utvalget er trukket slik at det er representativt, er det mulig å anslå hvor stor utvalgsvariansen kan ventes å bli.

Et hyppig brukt mål på usikkerheten i resultatet for et kjennemerke, er standardavviket til den observerte verdien av dette kjennemerket. Størrelsen på dette standardavviket avhenger av tallet på observasjoner i utvalget, måten utvalget er trukket på og av fordelingen til det aktuelle kjennemerket i befolkningen. Fordelingen i befolkningen kjenner vi ikke, men det er mulig å anslå standardavviket ved hjelp av observasjoner i utvalget.

Tabell 5 viser størrelsen på standardavviket for observerte prosentandeler ved ulike utvalgsstørrelser. Av tabellen går det fram at usikkerheten øker når antall observasjoner minker og når prosenttallet nærmer seg 50.

Tabell 5 : Forventet standardavvik for observerte prosentandeler ved ulike utvalgsstørrelser.

| Antall observasjoner | 5/95 | 10/90 | 15/85 | 20/80 | 25/75 | 30/70 | 35/65 | 40/60 | 50/50 |
|----------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 25 | 4,3 | 5,9 | 7,1 | 7,9 | 8,6 | 9,1 | 9,5 | 9,7 | 9,9 |
| 50 | 2,9 | 4,0 | 4,8 | 5,4 | 5,8 | 6,2 | 6,4 | 6,6 | 6,7 |
| 75 | 2,3 | 3,2 | 3,8 | 4,2 | 4,6 | 4,8 | 5,0 | 5,2 | 5,3 |
| 100 | 1,9 | 2,6 | 3,1 | 3,5 | 3,8 | 4,0 | 4,2 | 4,3 | 4,4 |
| 125 | 1,7 | 2,3 | 2,7 | 3,0 | 3,3 | 3,5 | 3,6 | 3,7 | 3,8 |
| 146 | 1,5 | 2,0 | 2,4 | 2,7 | 2,9 | 3,1 | 3,2 | 3,3 | 3,4 |

Ved hjelp av standardavviket er det mulig å beregne et intervall som med en bestemt sannsynlighet inneholder den sanne verdi av en beregnet størrelse (den verdien vi ville ha fått dersom vi hadde foretatt en totaltelling i stedet for en utvalgsundersøkelse). Slike intervaller kalles konfidensintervaller hvis de er konstruert på en bestemt måte: La M være den beregnende størrelsen og S være anslag for standardavviket til M . Konfidensintervallet med grensene $(M-2S)$ og $(M+2S)$ vil med omtrent 95 prosent sannsynlighet inneholde den sanne verdien.

Følgende eksempel illustrerer hvordan en kan bruke tabell 5 for å finne konfidensintervaller: Anslaget på standardavviket til et observert prosenttall på 80 er 3,0 når antall observasjoner er 125. Konfidensintervallet for den sanne verdi får grensene $80 \pm 2 \times 3,0$. Det vil si at intervallet som strekker seg fra 74 til 86 prosent med 95 prosent sannsynlighet inneholder den tallstørrelsen en ville fått om hele befolkningen hadde vært med i undersøkelsen.

Ofte er det ønskelig å sammenlikne prosenttall for flere grupper. Når to usikre tall sammenliknes, vil usikkerheten på forskjellen mellom dem vanligvis bli større enn usikkerheten knyttet til hvert enkelt tall. Standardavviket til forskjeller mellom to prosenttall er lik kvadratroten av summen av kvadratene av standardavviket til enkelttallene. Når en har anslag for standardavviket til slike forskjeller, kan en konstruere konfidensintervallet for den sanne verdi på samme måte som beskrevet ovenfor.

8 Datakvalitet i postale undersøkelser - innsamlings og bearbeidingsfeil

I enhver undersøkelse, både i totaltellinger og utvalgsundersøkelser, vil det forekomme svar som er feil. Feilene kan oppstå både i forbindelse med innsamlingen og under bearbeidingen.

Feil svar kan ha blitt avgitt fordi respondenten enten har mistolket noen spørsmål eller noen av de oppsatte svaralternativer.

Feil svar kan også ha blitt avgitt fordi respondenten kan ha hatt dårlig tid ved utfylling av skjema, og derfor kan ha krysset av i feil svarrubrikk.

I skjema oppgis flere av svarene som summer med opptil åtte siffer. Om respondenten har dårlig tid er det lett å glemme et siffer i summen, noe som kan gi et betydning utslag i datamaterialet.

I flere av spørsmålene i skjema skal svaret oppgis som en sum i antall kroner. Her er det mulighet for at enkelte respondenter har oppgitt sum i hele tusen kroner eller i kroner og øre, noe som er en vanlige måter å framstille denne type tallmateriale på.

Dataene fra spørreskjemaet ble registrert manuelt på Statistisk sentralbyrå. Det kan ikke utelukkes at det kan ha oppstått feil ved registreringen av skjemaene. Det er imidlertid ikke oppdaget slike feil.

Bearbeidingsfeil er avvik mellom den verdien som registreres inn og den verdien som til slutt rapporteres ut. Slike feil kan oppstå f.eks. under avledninger. Gjennom ulike kontroller har man søkt å finne feil og rette opp disse.

Når en har rettet opp feil så langt det er mulig, er erfaringen at de statistiske resultatene i de fleste tilfeller påvirkes forholdsvis lite av både innsamlingsfeil og bearbeidingsfeil. Virkningen av feil kan likevel være av betydning i noen tilfeller og det er klart at ikke alle feil oppdages.

Oslo, 13.03.2000
Grønt nummer (gratis): 800 83 028
Saksbehandler: Aina Holmøy

Prøveundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

I mai 2000 skal Statistisk sentralbyrå, på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Bakgrunnen for undersøkelsen er at Sosial- og helsedepartementet legger opp til en omfattende evaluering og oppfølging av Fastlegereformen over en 3-5 års periode. I tillegg til denne undersøkelsen som gjennomføres i forkant av reformen, legges det opp til to undersøkelser etter at reformen er innført.

Som et ledd i planleggingen av undersøkelsen, gjennomfører vi nå en prøveundersøkelse. Til prøveundersøkelsen er det trukket et tilfeldig utvalg av kommuner, og deres kommune er en av disse. Det er frivillig å delta, men deres svar vil være til stor hjelp i arbeidet med å utforme et godt spørreskjema til hovedundersøkelsen.

Skjemaet som er lagt ved, inneholder spørsmål om kommunens utgifter til lønn, driftstilskudd, driftsutgifter mv. i forbindelse med primærlegetjenesten i 1999. Skjemaet inneholder også noen spørsmål om kommunens inntekter fra primærlegetjenesten og om hvordan tjenesten er organisert. For å gjøre utfyllingen enklere, har vi lagt ved data fra tjenesteskjemaet om kommunehelsetjenesten. Vi ber om at skjemaet fylles ut så godt det lar seg gjøre, og sendes tilbake til oss **innen 15. april** i vedlagte frankerte svarkonvolutt.

Har dere spørsmål eller kommentarer til undersøkelsen, ring oss på telefon 800 83 028. Spørsmål eller kommentarer til selve skjemaet kan også rettes til Elisabeth Nørgaard på telefon 22 86 29 25.

Vi håper dere vil delta og takker på forhånd for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Svein Longva
adm. direktør

Asle Rolland
seksjonssjef

Vedlegg: Spørreskjema
Data fra tjenesteskjemaet

Oslo, 13.03.2000
Grønt nummer (gratis): 800 83 028
Sakshandsamar Aina Holmøy

Prøveundersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta

I mai 2000 skal Statistisk sentralbyrå, på oppdrag frå Sosial- og helsedepartementet, gjennomføre ei spørjeskjemaundersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta. Bakgrunnen for undersøkinga er at Sosial- og helsedepartementet ønskjer ein omfattande evaluering og oppfølging av Fastlegereformen over ein 3-5 års periode. I tillegg til denne undersøkinga som gjennomføres før reformen trer i kraft, blir det to undersøkingar etter at reformen er innført.

Som eit ledd i planlegginga av undersøkinga, gjennomfører vi nå ei prøveundersøking. Til prøveundersøkinga er det trekt eit tilfeldig utval av kommunar, og dykkar kommune er ein av desse. Det er frivillig å delta, men dykkar svar vil være til stor hjelp i arbeidet med å utforme eit godt spørjeskjema til hovudundersøkinga.

Skjemaet som er lagt ved inneheld spørsmål om utgifter kommunen har til lønn, driftstilskot, driftsutgifter mv. i samband med primærlegetenesta i 1999. Skjemaet inneheld også nokre spørsmål om inntekter kommunen har frå primærlegetenesta og om korleis tenesta er organisert. For å gjere utfyllinga enklare, har vi lagt ved data frå tenesteskjema om kommunehelsetenesta. Vi ber dykk om å fylle ut skjemaet så godt det lar seg gjere, og sende det tilbake til oss **innan 15. april** i vedlagde frankerte svarconvolutt.

Har de kommentarar eller spørsmål til undersøkinga, ring oss på telefon 800 83 028. Spørsmål eller kommentarar til sjølve skjemaet kan også rettast til Elisabeth Nørgaard på telefon 22 86 29 25.

Vi håper de vil delta og takkar på førehand for hjelpa.

Med venleg helsing

Svein Longva
adm. direktør

Asle Rolland
seksjonssjef

Vedlegg: Spørjeskjema
Data frå tenesteskjema



Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

Statistisk sentralbyrå har fått i oppdrag av Sosial- og helsedepartementet å gjennomføre en undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Undersøkelsen gjennomføres i et utvalg på 250 kommuner. Skjemaet inneholder spørsmål om både utgifter og inntekter har i forbindelse med primærlegetjenesten. Alle beløp skal gjelde for 1999.

Opplysninger om kommunen

Kommunennummer: _____ Kommunnavn: _____

Kontaktperson i kommunen: _____ Telefonnummer: _____

Kommunale utgifter til primærlegetjenesten i 1999

Lønnskostnad fastlønte leger og turnusleger

Definisjoner:

Fastlønsleger omfatter bare leger med fast lønn som ikke har avtale om driftstilskudd med kommunen

Samfunnsmedisinske legeoppgaver i kommunen

Arbeidet er rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, og mot livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Kommuneoverlegen/kommunelege I er den legen i kommunen som er hovedaktør i det lokale samfunnsmedisinske arbeidet med følgende hovedfunksjoner:

- medisinsk-faglig rådgiving i tråd med kommunehelsetjenesten, hvor spørsmål knyttet til miljørettet helsevern peker seg ut
- andre rådgivningsoppgaver knyttet til helseberedskap, helseplanlegging, kvalitetssikring og internkontroll i helsetjenesten
- smittevernlege i tråd med smittevernloven

Kurativ virksomhet: individrettede allmennt medisinske legeoppgaver i legepraksis (diagnose, behandling, rehabilitering)

1. Oppgi kommunens lønnskostnad (inkludert arbeidsgiveravgift og pensjonsinnskudd) i 1999 til:

fastlønte leger kroner

turnusleger kroner

Herav fordeles lønnskostnaden (*sum fastlønte leger og turnusleger*) på følgende oppgaver (*bruk antatt timefordeling som fordelingsnøkkel dersom kostnadstall ikke er direkte tilgjengelig*):

a. kurativ virksomhet kroner

b. legevakt (*gjelder lønn til fast ansatte leger for å dekke legevaktfunksjonen*) kroner

c. helsestasjon og skolehelsetjeneste kroner

d. tilsynslege ved sykehjem kroner

e. fengselslege kroner

g. samfunnsmedisinske legeoppgaver kroner

h. annet, spesifiser: _____ kroner

Driftstilskudd og lønn til privatpraktiserende leger

Definisjoner:

Leger med avtale om driftstilskudd omfatter også leger med kombinasjoner av fastlønnnet deltidsstilling og deltids avtalepraksis. Arbeid som utføres av leger med avtale om driftstilskudd på fast avtalt timebasis i f.eks. skole eller helsestasjons-tjenesten regnes som arbeid utført av leger med avtale om driftstilskudd.

Driftstilskudd til privatpraktiserende leger som blir brukt til å subsidiere driften, tas med i spm. 2a.

2. Oppgi kommunens utgifter i 1999 til:

- a. driftstilskudd til leger med kommunal driftsavtale kroner
Ble driftstilskuddet utbetalt til privatpraktiserende lege(r) eller ble det brukt til å subsidiere driften (*gratis husleie mv.*)?
 Utbetalt til privatpraktiserende
 Brukt til å subsidiere driften
 Kombinasjon, angi evt andel utbetalt kroner
- b. veiledergodtgjøring til privatpraktiserende leger i forbindelse med turnusleger kroner
- c. praksiskompensasjon (*skal dekke løpende driftsutgifter i den tiden legen arbeider som fastlønnnet lege*) kroner

3. Oppgi kommunens lønnskostand (inkludert arbeidsgiveravgift og pensjonsinnskudd) til privatpraktiserende leger i 1999 kroner

Herav fordeles lønnskostnaden på følgende oppgaver (*bruk timefordeling som fordelingsnøkkel dersom kostnadstall ikke er direkte tilgjengelig*):

- a. helsestasjon og skolehelsetjeneste kroner
b. tilsynslege ved sykehjem kroner
c. fengselslege kroner
d. samfunnsmedisinske legeoppgaver kroner
e. annet, spesifiser: kroner

Driftsutgifter til primærlegetjenesten

Definisjoner:

Legevakt, jfr lov om helsetjenesten i kommunene, er en organisert vaktordning for dekning av nødvendig helsehjelp utenom legekantorenes åpningstid.

Driftsutgifter

- Driftstilskudd til privatpraktiserende leger som blir brukt til å subsidiere driften tas med i spm. 2a, og trekkes dermed fra driftsutgiftene i spm. 5a

- Lønnskostnader til fast ansatt legevaktleger tas med i spm. 1, og skal ikke inkluderes i driftsutgiftene her.

- Dersom det er vanskelig å oppgi presise tall for husleie, strøm, tlf. etc, ber vi om at disse utgiftene anslås så godt som mulig. I tilfeller der det ikke er mulig å oppgi et anslag for disse utgiftene, ber vi om at det opplyses om dette i kommentarfeltet på siste side.

4. Oppgi kommunens utgifter i 1999 til:

- a. driftsutgifter til legevakt (*leie av lokaler, lønn til hjelpepersonell mv., ikke inkl. lønn/godtgjørelse lege*) kroner
Herav lønn til hjelpepersonell kroner
- b. beredskapsgodtgjørelse til legevaktleger kroner
- c. andre driftsutgifter til legevakt, spesifiser: kroner

5. Oppgi kommunens utgifter i 1999 til:

- a. driftsutgifter til legesenter (*lønn til hjelpepersonell, husleie, utgifter til annen medisinsk virksomhet, kontordrift inkl. utstyr og forbruksmateriell*). Dette gjelder både driftsutgifter til kommunale legesenter og som støtte til privatpraktiserende..... kroner
Herav lønn til hjelpepersonell..... kroner
- b. investeringsutgifter..... kroner
- c. andre driftsutgifter til legesenter, spesifiser: kroner

Andre utgifter til primærlegetjenesten

6. Oppgi andre utgifter kommunen hadde til primærlegetjenesten i 1999. (*Oppgi kun utgifter som ikke er tatt med andre steder i skjemaet*): kroner
- Fordel disse utgiftene dersom det er mulig på følgende oppgaver:
- a. rekrutteringstiltak (*f.eks. fri bolig*):..... kroner
- b. tiltak for å beholde leger (*f.eks. stimuleringstiltak*):..... kroner
- c. korttidsvikariater (*innleie og andre vikarordninger*): kroner
- d. annet, spesifiser: kroner

Kommunale inntekter fra primærlegetjenesten i 1999

7. Oppgi kommunens inntekter i 1999 fra:
- a. egenandel fra pasienter (*fastlønte leger*):..... kroner
- b. refusjon fra folketrygden (*fastlønte leger*):..... kroner
- c. fastlønnstilskudd fra staten: kroner
- d. husleieinntekter osv. (*ved utleie av lokaler til privatpraktiserende leger*):..... kroner
- e. ekstra tilskudd fra staten til fengselshelsetjenesten:..... kroner
- f. annet, spesifiser: kroner

Tjenestedata

Utgiftene i kommunene må sees i sammenheng med det tjenestetilbudet som er tilgjengelig. Mye informasjon om tjenestesisen vil være tilgjengelig fra andre kilder i SSB, men det er ønskelig å forsøke å hente inn noe informasjon om organiseringen av ulike tjenester.

Organisering av legevakt

- 8a. Kryss av for hvordan legevakten var organisert i kommunen i 1999: Åpningstider - hverdager Åpningstider - helgedager
- Kommunalt legevakts lokale.....
- Kommunalt legevaktslokale samlokalisert med sykehjem.....
- Hjemmevakt/beredskapsvakt.....
- Samlokalisert med sykehus.....
- Felles akuttmottak med sykehus.....
- Interkommunalt samarbeid om legevakt.....
Samarbeid med følgende kommuner:
- Annet, spesifiser:

Organisering av ordningen med turnusleger

9a. Hadde kommunen turnuslege i 1999?

- Ja..... → 9b
 Nei..... → 10

9b. Hvor mange turnusleger hadde kommunen totalt...

... våren 99? _____ turnusleger
... høsten 99? _____ turnusleger

9c. Var turnuslegen(e) plassert på kommunalt kontor eller hos privatpraktiserende lege?

- Plassert på kommunalt kontor
 Hos privatpraktiserende lege
 Kombinasjon

9d. Dekker kommunen driftsutgifter/leie av lokaler for turnuslege(r) som er i privat praksis?

- Ja
 Nei

Organisering av samfunnsmedisinske legeoppgaver i kommunen

Definisjon:

Samfunnsmedisinske legeoppgaver i kommunen

Arbeidet er rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, og mot livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Kommuneoverlegen/kommunelege I er den legen i kommunen som er hovedaktør i det lokale samfunnsmedisinske arbeidet med følgende hovedfunksjoner:

10. Blir samfunnsmedisinske oppgaver utført av kommuneleger (fast lønn) innenfor arbeidstid eller er det avtalt et timeantall med privatpraktiserende som det betales en godtgjøring for?

- Utført av kommuneleger - hvor mange timer pr. uke? _____ timer
 Avtalt timeantall med privatpraktiserende - hvor mange timer pr. uke? _____ timer

Eventuelle kommentarer:

Tusen takk for hjelpen!

"Kommunenes utgifter til primærhelsetjenesten"
Vurdering av utvalgsundersøkelsens representativitet

Utført av Stein Opdahl

Legedekning i kommunene, etter kommunistørrelse.

| Legeårsverk pr. 10000 ib | Alle kommuner | | | | | | |
|--------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Innbyggertall | | | | | | |
| | Alle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2,2 - 7,1 | 17,2 | 4,2 | 10,8 | 15,1 | 14,6 | 38,2 | 37,5 |
| 7,2 - 8,1 | 16,3 | 1,1 | 4,6 | 18,6 | 24,7 | 25,0 | 41,7 |
| 8,2 - 9,2 | 16,1 | 6,3 | 10,8 | 12,8 | 25,8 | 25,0 | 16,7 |
| 9,3 - 10,7 | 17,7 | 10,5 | 27,7 | 18,6 | 25,8 | 11,8 | 4,2 |
| 10,8 - 13,2 | 15,9 | 20,0 | 33,8 | 23,3 | 9,0 | 0,0 | 0,0 |
| 13,3 - 28,9 | 16,8 | 57,9 | 12,3 | 11,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 435 | 95 | 65 | 86 | 89 | 76 | 24 |

Innbyggertall
 1 = - 1999 ib.
 2 = 2000 - 2999 ib.
 3 = 3000 - 4999 ib.
 4 = 5000 - 9999 ib.
 5 = 10000 - 29999 ib.
 6 = 30000 - ib.

| Legeårsverk pr. 10000 ib | Bruttoutvalget | | | | | | |
|--------------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Innbyggertall | | | | | | |
| | Alle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2,2 - 7,1 | 17,6 | 3,9 | 5,9 | 13,0 | 13,7 | 39,5 | 52,9 |
| 7,2 - 8,1 | 16,8 | 0,0 | 2,9 | 18,5 | 25,5 | 34,9 | 17,6 |
| 8,2 - 9,2 | 15,6 | 5,9 | 17,6 | 16,7 | 17,6 | 18,6 | 23,5 |
| 9,3 - 10,7 | 18,0 | 5,9 | 35,3 | 20,4 | 29,4 | 7,0 | 5,9 |
| 10,8 - 13,2 | 14,8 | 17,6 | 35,3 | 16,7 | 13,7 | 0,0 | 0,0 |
| 13,3 - 28,9 | 17,2 | 66,7 | 2,9 | 14,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 250 | 51 | 34 | 54 | 51 | 43 | 17 |

| Legeårsverk pr. 10000 ib | Nettoutvalget | | | | | | |
|--------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Innbyggertall | | | | | | |
| | Alle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2,2 - 7,1 | 18,5 | 0,0 | 9,5 | 17,2 | 11,1 | 48,1 | 37,5 |
| 7,2 - 8,1 | 18,5 | 0,0 | 0,0 | 24,1 | 25,0 | 33,3 | 25,0 |
| 8,2 - 9,2 | 12,3 | 0,0 | 19,0 | 6,9 | 16,7 | 14,8 | 25,0 |
| 9,3 - 10,7 | 17,1 | 0,0 | 28,6 | 17,2 | 33,3 | 3,7 | 12,5 |
| 10,8 - 13,2 | 15,8 | 20,0 | 38,1 | 17,2 | 13,9 | 0,0 | 0,0 |
| 13,3 - 28,9 | 17,8 | 80,0 | 4,8 | 17,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 146 | 25 | 21 | 29 | 36 | 27 | 8 |
| Svarprosent: | 58,4 | 49 | 61,8 | 53,7 | 70,6 | 62,8 | 47,1 |

Legedekning i kommunene, etter kommunenes sentralitet

| Legeårsverk pr. 10000 ib | Alle kommuner | | | | | Utvalget | | | | |
|--------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| | Sentralitet | | | | | Sentralitet | | | | |
| | Alle | 0 | 1 | 2 | 3 | Alle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2,2 - 7,1 | 17,2 | 7,4 | 13,0 | 22,2 | 34,3 | 17,6 | 6,1 | 19,2 | 23,5 | 33,9 |
| 7,2 - 8,1 | 16,3 | 6,9 | 17,4 | 23,5 | 28,6 | 16,8 | 7,0 | 23,1 | 19,6 | 30,5 |
| 8,2 - 9,2 | 16,1 | 12,8 | 21,7 | 23,5 | 14,3 | 15,6 | 10,5 | 15,4 | 25,5 | 16,9 |
| 9,3 - 10,7 | 17,7 | 15,3 | 26,1 | 24,7 | 13,3 | 18,0 | 15,8 | 23,1 | 23,5 | 15,3 |
| 10,8 - 13,2 | 15,9 | 25,6 | 15,2 | 3,7 | 6,7 | 14,8 | 24,6 | 15,4 | 5,9 | 3,4 |
| 13,3 - 28,9 | 16,8 | 32,0 | 6,5 | 2,5 | 2,9 | 17,2 | 36,0 | 3,8 | 2,0 | 0,0 |
| | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Antall kommuner | 435 | 203 | 46 | 81 | 105 | 250 | 114 | 26 | 51 | 59 |

Samlet antall legeårsverk i grupper av kommuner etter sentralitet. 1998.

Faktiske tall og estimat på grunnlag av kommunene i utvalget

| <i>Sentralitet</i> | Faktiske tall | Utvalgs- estimat |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <i>0</i> | 674,3 | 708,9 |
| <i>1</i> | 288,0 | 242,9 |
| <i>2</i> | 853,9 | 947,5 |
| <i>3</i> | 1872,3 | 1866,7 |
| Alle | 3688,5 | 3766,0 |
| <i>Antall kommuner</i> | 435 | 250 |

I svarinngangen er det en liten overvekt av de nest største kommunene med lav legedekning.

Videre er det relativt svak deltakelse blant de største kommunene, og relativt lav svarinngang fra små kommuner (under 2000 innbyggere) med dårlig legedekning.

Samlet får dette som utslag at tallet på legeårsverk på basis av nettoutvalget blir underestimert med 10%. Sentrale kommuner, som ofte er folkerike, bidrar mest til dette. Underestimeringen er imidlertid størst (26%) blant kommuner med sentralitetskode 1, dvs relativt perifere strøk, men de betyr mindre for totalen.

De sist utgitte publikasjonene i serien Notater

- 2001/8 T. Karlsen, E. Karstensen og E. Evensen: Beregningsrutiner og teknisk programstruktur for fylkesfordelt nasjonalregnskap. 27s.
- 2001/9 L. Rognstad, N.M. Stølen, T. Jakobsen og P. Schøning: Regional statistikk og analyse - strategi og prioriteringer. 45s.
- 2001/10 A. Akselsen og B.R. Joneid: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Pensjoner. Grunn- og hjelpestønader. 1992-1998. 94s.
- 2001/11 B. Mathisen: Flyktninger og arbeidsmarkedet 4. kvartal 1999. 34s.
- 2001/12 A. Rognan og N. Barrabés: NUS2000. Dokumentasjonsrapport. 36s.
- 2001/13 K.I. Bøe, J. Johansen og Ø. Sivertstøl: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Attføringspenger, 1992-1998. 88s.
- 2001/14 O. Klungøy: Ekstremverdimodell for industrinæringenes investeringer i 90-årene. 30s.
- 2001/15 O. Klungøy: Markovkjede Monte Carlo i varianstkomponentmodell for sysselsettingsdata. 30s.
- 2001/16 M. Bråthen og T. Pedersen: Tilpasning på arbeidsmarkedet for personer som går ut av status som yrkeshemmet i SOFA- søkerregisteret - 1998. 27s.
- 2001/17 T. Martinsen: Statistikk over energibruk i Statistisk sentralbyrå - evaluering, brukerbehov og forutsetninger. 87s.
- 2001/18 L. Vågane: Undersøkelse om holdninger til frukt- og grøntabonnement blant foreldre med barn i grunnskolen. Dokumentasjonsrapport. 26s.
- 2001/19 H. Madsen og A. Langørgen: Anslag over antall etterspørere av grunnskoleopp-læring for voksne. 23s.
- 2001/20 B. Indahl, D.E. Sommervoll og J. Aasness: Virkninger på forbruksmønster, levestandard og klimagassutslipp av endringer i konsumentpriser. 27s.
- 2001/21 A. Barstad: På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med arbeidet med nytt Langtidsprogram, 2002-2005. 363s.
- 2001/23 L. Østby: Beskrivelse av nyankomne flykningers vei inn i det norske samfunnet. Notat til Lovutvalget som skal utrede og lage forslag til lovgivning om stønad for nyankomne innvandrere. 32s.
- 2001/24 T. Nøtnæs: Innføring i bruk av fokus-grupper. 22s.
- 2001/25 J. Fosen, A.G. Hustoft og B.O. Lagerstrøm: Ny spørresekvens for å identifisere husholdninger i utvalgsundersøkelser. 29s.
- 2001/26 H.C. Hougen: Undersøkelse om folat-kunnskap blant kvinner i fertil alder: Dokumentasjonsrapport. 17s.
- 2001/27 Ø. Kleven og O.F. Vaage: Medieundersøkelsen 1999: Dokumentasjonsrapport. 49s.
- 2001/28 J. Heldal og J. Fosen: Statistisk konfidensialitet i SSB: Et diskusjonsnotat. 41s.
- 2001/29 B.O. Lagerstrøm: Bruk av folkehøgskoler, 2000/2001. 77s.
- 2001/30 R. Nygaard Johnsen: Undersøking om foreldrebetaling i barnehagar, januar 2001. 40s.
- 2001/31 R. Choudhury: Brukerveiledning for AMEN. 100s.
- 2001/32 R. Choudhury: Datagrunnlaget for AMEN: Teknisk dokumentasjon. 20s.
- 2001/33 G. Dahl og J. Johansen: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Sysselsetting, 1992-1997. 98s.
- 2001/34 L. Vågane: Samordnet levekårsundersøkelse 2000 - tverrsnittundersøkelsen: Dokumentasjonsrapport. 82s.