

Bjørn Gabrielsen

Hos legen

Hva finnes av statistikk om de første vi møter i helsetjenesten når vi blir syke?

Statistisk sentralbyrå startet innhenting av statistikk over allmennlegetjenesten samtidig med at lov om helsetjenesten trådte i kraft i 1984. Før den tid er det bare begrenset kartlegging av disse spesifikke tjenestene. Derfor er det organiseringen av primærhelsetjenestene og primærhelsestatistikken i perioden 1986 og frem til 2005 som er i fokus.

Lov om helsetjenesten i kommunene

I 1984 trådte lov om helsetjenestene i kommunene i kraft. Formålet med loven var å styrke primærhelsetjenesten, og med dette ble den delen av helsetjenestene som i dag omfattes av det kommunale tjenesteapparatet, formalisert. I 1988 ble ansvaret for sykehjem overført fra fylkeskommunen som et kommunalt ansvarsområde, og fengselshelsetjenesten ble inkludert i lovverket. I lovverket er allmennlegetjenesten nevnt som en særskilt lovpålagt del av kommunens tilbud av helsetjenester.

Samtidig med at lov om helsetjenestene i kommunene trådte i kraft, ble det behov for data til planleggings- og tilsynsformål for sentrale, regionale og kommunale myndigheter. Statistikkrutinen for kommunehelsetjenesten ble dermed innført i 1984. Første innsamling ble gjennomført i løpet av 1985 og omhandlet året 1984. Fra og med 1986 har SSB hatt publiseringer

av statistikk over personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. De første årene ble dette publisert som egne rapporter.

Flere privatpraktiserende leger

Allmennlegetjenesten er preget av at tjenestene ytes av en relativt stor andel private aktører. Fra og med 1990 har andelen av allmennlegene som arbeider i privat praksis, steget fra år til år. I 1986 utgjorde andelen privatpraktiserende leger 62 prosent av de samlede årsverkene av leger i kommunehelsetjenesten, tilsvarende for 2005 var 78 prosent. Det er viktig å presisere at tilknytningsform er avhengig av kommunens størrelse og sentralitet. Andelen fastlønnede leger er større i små og mindre sentrale kommuner. Dette har sammenheng med at det økonomiske grunnlaget, som avhenger av befolkningsmassen, for å etablere privat praksis ikke vil være tilstrekkelig i små kommuner. Samtidig legger lovpålagte tjenester, som krav om blant annet legevakt, begrensninger på hvor lite antallet leger innen en kommune kan være.

Etter gjeldende regelverk har legene ansvaret for medisinsk tilsyn med sykehjem og boform med heldøgns omsorg hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Siden flertallet av leger i kommunehelsetjenesten var private næringsdrivende med driftsavtale

med kommunene, ble dette ansvaret vanligvis lagt inn som en del av driftsavtalen.

Legenes økonomiske tilknytning til kommunene

Generelt er det fire former for økonomisk tilknytning den enkelte lege kan ha: driftsavtale med kommunen, fast lønn, turnuskandidat og leger uten avtale.

Leger med fast lønn er ansatte i kommunale stillinger. Dette kan dreie seg om stillinger både på heltid og deltid. Kommunene dekker alle utgiftene til stillingene, samtidig som folketrygden gir faste tilskudd til kommunen. Arbeidsoppgavene til disse legene er fastlagte gjennom kommunale instruksjer.

Leger med kommunal avtale om driftstilskudd er privatpraktiserende leger, som inngår avtale med kommunen eller bydelen om drift av praksis. Privatpraktiserende leger i fastlegeordningen hører inn under denne kategorien. Legene forplikter seg til å delta i ordninger for legevakt og kommunale oppgaver som eldreomsorg og forebyggende funksjoner. Hvor mye den enkelte lege skal utføre av disse oppgavene samt hvilken åpningstid som skal gjelde for praksis, er normalt definert i de konkrete avtalene mellom den enkelte lege og kommunen/bydelen. Grunnlaget for inntekten, som finansieres gjennom refusjoner fra folketrygden, er tilskudd per innbygger, egenbetalinger fra pasientene og et fast beløp (driftstilskudd) fra kommunen som vederlag for avtalen.

Turnuskandidater utgjør en viktig del av tilbudet av tjenester fra leger i mange kommuner. Dette er medisinske kandidater som avtjener obligatorisk tjeneste i allmennpraksis for å oppnå rett til autorisasjon.

Leger uten avtale er yrkesutøvere som driver privat praksis uten å ha avtale med kommunen. Pasientenes egenbetaling er hovedgrunnlag for legenes inntekt.

Stor vekst av leger med driftsavtale

Tallene viser at de fleste årsverkene utføres av leger med driftsavtale med kommunen, 77 prosent i 2005. Denne tilknytningsformen har økt kraftig fra 1986 da tilsvarende andel var på 53 prosent. Samtidig viser utviklingen at den største nedgangen finnes for fast ansatte leger. Prosentvis har også andelen leger uten avtale falt siden 1986, men dette må sees i sammenheng med endrede refusjonsregler etter at

Tabell 1. Årsverk¹ av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten. 1986–2005

	Leger i alt	Prosent			
		Leger med driftsavtale	Leger med fast lønn	Turnuskandidater	Leger uten avtale
1986	2 921	53	35	7	4
1987	2 995	53	35	7	5
1988	2 935	52	36	8	5
1989	2 960	52	37	7	5
1990	3 016	51	38	6	5
1991	3 069	51	37	6	6
1992	3 137	52	37	5	6
1993	3 211	53	35	6	6
1994	3 264	56	33	6	6
1995	3 303	58	29	6	6
1996	3 305	63	25	6	6
1997	3 351	65	23	6	7
1998	3 466	66	19	6	8
1999	3 527	67	18	6	9
2000	3 579	68	18	7	7
2001	3 861	74	15	8	3
2002	3 894	75	14	9	3
2003	3 871	76	13	9	2
2004	3 890	77	12	8	2
2005	3 944	77	12	9	2

¹ Årsverk tilknyttet omsorgen for eldre og funksjonshemmede er holdt utenfor.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.



GIRLS ON THE MOVE
USE COOL CLOTHES



fastlegeordningen ble innført i 2001 og overgangsregler knyttet til dette. Etter at fastlegeordningen ble innført ble regler for refusjonsutbetalinger fra trygden endret, slik at leger uten avtale ikke lenger har rett til refusjoner fra trygden. Samtidig ble det bestemt, i overgangsregler knyttet til innføring av ordningen, at alle leger som hadde drevet praksis i en kommune, fikk rett til å få fastlegepraksis i denne kommunen. Dette medførte at mange leger som i utgangspunktet hadde drevet privat praksis uten avtale, nå valgte å gå inn i fastlegeordningen.

Samtidig er det viktig å legge merke til at det er regionale forskjeller i hva slags tilknytningsform legene har til kommunene. I små kommuner hvor inntektsgrunnlaget for legene er begrenset, er bruk av fastlønnete legestillinger fremdeles mer vanlig enn i større kommuner. I distrikter hvor det er vanskelig å rekruttere leger, kan også bruk av turnuskandidater spille en viktig rolle i kommunens arbeid for å ha en tilstrekkelig legedekning.

Legenes virksomhet – praksisarbeidet dominerer

I SSBs statistikkinnhenting skal legenes årsverk fordeles på følgende virksomhetsområder:

- Diagnose, behandling, rehabilitering av personer med helseproblemer

- Helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste
- Miljørettet helsevern
- Annet forebyggende arbeid
- Pleie, omsorg, hjelp og re-/habilitering i institusjon
- Administrasjon

Tallene viser at vanlig praksisarbeid (diagnose, behandling og rehabilitering) er den dominerende virksomheten til leger innen kommunehelsetjenesten. Denne virksomheten utgjør mer enn 80 prosent av alle årsverkene innen tjenesten. De øvrige virksomhetsområdene utgjør relativt små andeler av legenes arbeid. Blant disse dominerer arbeid knyttet til helsestasjoner, skolehelsetjeneste og institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Legers arbeid knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, har steget. Det motsatte er tilfellet for virksomhet innenfor skolehelsetjenesten og helsestasjoner.

Innføring av fastlegeordningen

Etter at lov om helsetjenesten i kommunene ble innført i 1984, var det bare mindre endringer i lovverket knyttet til legenes rolle innen kommunehelsetjenesten, før fastlegeordningen ble innført i 2001. Formålet med denne reformen var å: «bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal

Tabell 2. Legeårsverk, etter virksomhetsområde. 2000–2005

	I alt	Diagnose, behandling og rehabilitering	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Miljørettet helsevern	Annet forebyggende arbeid	Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	Administrasjon
2000	3 809	3 102	228	82	65	230	103
2001	4 109	3 376	231	80	80	249	93
2002	4 151	3 429	232	75	71	257	87
2003	4 131	3 417	224	77	72	259	82
2004	4 150	3 444	217	78	72	260	80
2005	4 219	3 502	214	77	75	275	76

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.» Med reformen ble forholdet mellom pasient og lege formalisert i og med at alle som er bosatt i en kommune, har rett til å stå på liste hos én lege.

Det ble lagt begrensninger på antall pasienter en enkelt lege kan ha på sin liste. Listen skal normalt ikke overstige 2 500 pasienter. På den måten sikrer en seg at legen har tid til å ivareta pasientene. Det er anslått at et fullt kurativt årsverk kan behandle om lag 1 500 pasienter. Dersom legene utfører annet kommunalt arbeid (tabell 1: annet arbeid enn diagnose, behandling og rehabilitering), kan legen kreve å få avkortet listen forholdsmessig. En gjennomsnittlig fastlegeliste inneholder i underkant av 1 200 pasienter. Dette tallet har vært relativt stabilt i hele tidsrommet ordningen har vært på plass.

Med innføring av fastlegeordningen ble det behov for et nasjonalt register over alle fastleger og pasientenes tilknytning til den enkelte lege. Dette registeret, fastlegeregisteret, administreres i dag av NAV. Fastlegeregisteret er først og fremst et administrativt register, men det gir også grunnlag for innføring av nye statistikker med basis i informasjon som er lagret i dette registeret. Siden fastlegeordningen ble innført, har Trygdeetaten (nå NAV) kvartalsvis publisert styringsdata med basis i dette

registeret (mer informasjon kan finnes på: <http://www.nav.no/>).

Andelen kvinnelige fastleger er økende

Menn utgjør den største andelen fastleger, nesten 70 prosent i 2005. Samtidig viser utviklingen i perioden 2001–2005 at andelen kvinner som er fastleger, er økende. Ved utgangen av 2001 var 29 prosent av fastlegene kvinner, tilsvarende i 2005 var 31 prosent. I den samme perioden har gjennomsnittsalderen for fastleger økt med to år. Tallene viser at det er antall leger i alderen 50–66 år som øker mest, samtidig som det har blitt noe færre leger i aldersgruppen 40–54 år.

Kvinnelige leger har gjennomsnittlig noe færre pasienter på listene enn tilsvarende for menn. I 2005 var forskjellen på 127 pasienter. Tallene viser at veksten i gjennomsnittlig listelengde fra 2001–2005 er noe større for kvinner enn for menn.

Tabell 4. **Antall fastleger. Alder. 2001–2005. Tall per 31.12.**

	I alt	Prosent				
		20–29 år	30–39 år	40–54 år	55–66 år	67 år og eldre
2001	3 661	2,0	21,8	57,7	17,6	0,8
2002	3 703	1,5	21,4	57,0	19,2	0,9
2003	3 713	1,1	20,8	56,1	21,0	1,0
2004	3 755	1,4	20,8	54,0	22,7	1,1
2005	3 757	1,2	21,1	51,9	24,8	1,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell 3. **Antall fastleger og fastlegepraksiser mv. 2001–2005. Tall per 31.12.**

	Antall praksiser	Antall fastleger	Antall mannlige fastleger	Antall kvinnelige fastleger	Gjennomsnittlig antall innbyggere per liste	
					Menn	Kvinner
2001	3 693	3 661	2 599	1 062	1 229	1 073
2002	3 728	3 703	2 613	1 090	1 236	1 093
2003	3 737	3 713	2 621	1 092	1 240	1 113
2004	3 778	3 755	2 634	1 121	1 238	1 103
2005	3 782	3 757	2 612	1 145	1 243	1 115

Kilde: Statistisk sentralbyrå.