

**Organisering og avlønning av allmennleger:  
Hvordan virker ulike avlønningsformer, og hvordan er det norske systemet  
sammenliknet med Sverige, Danmark og England?**

*Rayner Hoaas Nilsen*

**Masteroppgave i Folkehelsevitenskap**

**Institutt for samfunnsmedisin**

**Universitetet i Tromsø**

**Veileder: Jan Abel Olsen**

**Tromsø, våren 2010**

# Sammendrag

## **Bakgrunn**

Hadde et meget bra kurs i helseøkonomi høstsemesteret 2008, hvor et av temaene var avlønning i primærhelsetjenesten. Syntes det var flere interessante problemstillinger som ble gjennomgått, og ville derfor se nærmere på noen av disse i min masteroppgave. En annen faktor som spilte inn for dette valget er at primærhelsetjenesten og fastlegene har fått mye oppmerksomhet den siste tiden, ikke alt like positivt, og jeg hadde derfor et ønske om å lære mer om denne delen av helsetjenesten.

## **Materiale og metode**

Grunnlaget for oppgaven er et ikke-systematisk litteratur søk. Dette har blitt gjort med utgangspunkt i hva jeg visste om emnet tidligere, og etter rettleiding fra veileder. Etter hvert som jeg begynte å finne litteratur oppsto den såkalte snøballeffekten. Litteraturen ble funnet i stor grad gjennom to forskjellige databaser. Disse var Universitetsbibliotekets database, Ofelas og Bibsys, samt Cochrane.

## **Resultat**

Norges primærhelsetjeneste beskrives med bakgrunn i historie, organisering og avlønning av fastlegene. Organisering og avlønning blir så sammenlignet med hvordan dette gjøres i England, Sverige og Danmark. Med bakgrunn i dette blir det foreslått mulige endringer i primærhelsetjenesten i Norge. Dette være seg blant annet innføring av bedre overvåking av fastlegenes ressursbruk spesielt med tanke på henvisinger til spesialisthelsetjenesten, en lovendring som påbyr fastlegene å være spesialister i allmenmedisin og innføring av en ny type avlønning basert på helsegevinster hos pasientene.

## **Fortolkning**

Primærhelsetjenesten i Norge, med fastlegene i spissen, har den siste tiden vært mye i medienes søkelys med tanke på ressursbruk videre i helsesystemet, samt en for enkel praksis med tanke på utskriving av sykemeldinger. Forandringer i primærhelsetjenesten er derfor sannsynlig i en ikke altfor fjern framtid.

# English summary

## **Background**

The autumn 2008 I had a very good course in health economy. One of the subjects was remuneration in primary health care. Thought there were several interesting approaches to the problem and wanted to look closer into some of these in my MA thesis. Furthermore, a contributing factor for this choice is the attention primary health care and its primary physicians have received recently, not all positive, something that made me want to learn more about this branch of health care.

## **Material and methods**

The basis for this paper is a non-systematic literature search. The starting point was my former knowledge about the subject, and also some guidance from my supervisor. As I started to find some literature the so-called snowball effect appeared. The literature was found mainly in two different databases. These were the University library database Ofelas and Bibsys, and also Cochrane.

## **Results**

The Norwegian primary health care is described through history, organization and remuneration of general practitioners. Organization and remuneration is being compared with England, Sweden and Denmark. Furthermore, suggestions for changes in the Norwegian primary health care are being made. For example the inclusion of better surveillance of GP's use of resources and referrals to specialist, a change in law which makes it mandatory to be

specialist in public medicine and a new way of paying GP's based on health benefits for the patients.

### **Interpretation**

The primary health care in Norway, with the GP's in front, have lately been in the media spotlight because of expenses in other parts of the health sector, and also because it may seem too easy to get a sick leave in Norway. Therefore, changes in the primary health care are very likely to happen in not a very distant future.

## Innledning

Denne oppgaven vil bestå av fire deler. Den første delen vil være en gjennomgang av historien til den norske helsetjenesten, med hovedvekt på primærlegene, fra midten av 1800-tallet og fram til i dag. Det vil blant annet bli sagt noe om hvordan legene ble avlønnnet, hva som ble forventet av dem og hvordan de etter hvert opparbeidet seg større og større innflytelse og respekt i samfunnet, samt noen av de hindringer de møtte på veien. Det vil også bli nevnt noen viktige bidragsytere i denne sammenheng. I det videre vil det også være en del som sier noe om hvordan helsetjenesten i Norge fungerer i dag. Den andre delen gir en beskrivelse av hvilke avlønningsmetoder som er mest vanlig. Med tanke på dette vil det bli vist til teori og forskning om hvilken adferd de forskjellige avlønninger kan føre til hos primærlegene. I neste del vil helsetjenestene i Sverige, Danmark og England gjennomgås med tanke på hvordan de er organisert i dag, hvordan de finansieres, hvilke oppgaver legene skal ha og hvordan de avlønnes. Det vil også gis en sammenfatning av likhetene mellom de fire aktuelle landene i denne oppgaven. I diskusjonsdelen vil det ses på faktorer som de forskjellige avlønningsmetoder kan føre til. Dette kan omhandle portvaktrollen, tilbudsindusert etterspørsel, samt bruk av ressurser for å nevne noe. I tillegg vil det vurderes om ordninger som eksisterer i primærhelsetjenestene i Sverige, Danmark og England kan innføres i Norge.

En liten begrepsavklaring i forhold til bruken av ordene allmennlege, primærlege og fastlege i denne oppgaven kan være på sin plass. Allmennlege og primærlege er i all hovedsak det samme. Det finnes muligens unntak, men i utgangspunktet arbeider allmennlegene i primærhelsetjenesten og kan derfor også kalles primærleger. Med tanke på bruken av begrepet fastlege er dette et resultat av hvordan primærhelsetjenesten er organisert. I Norge, for eksempel, har vi et system hvor alle i landet skal være tilknyttet en lege, de skal altså ha en

fastlege. I de fleste tilfeller vil dette være en såkalt allmennlege, eller primærlege. Disse begrepene vil alle bli brukt i denne oppgaven.

## **Norske allmennleger fra 1850 og fram til i dag**

Denne delen vil bestå av hvordan legenes arbeidsoppgaver i Norge har utviklet seg fra cirka 1850 og fram til i dag. Det vil være deler som i korte drag gjennomgår blant annet hvordan legene som helseprofesjon vokste fram, hvordan legene tidligere jobbet, hvordan de ble avlønnnet og det vil bli nevnt aktuelle lover og reformer i tiden fram til i dag. Med bakgrunn i nye lover vil det også nevnes hvordan dette påvirket legenes arbeidshverdag. Samtidig vil det nevnes noen navn som har vært viktige for utviklingen av primærhelsetjenesten i Norge. Til slutt i denne delen vil det bli gjennomgått hvordan primærhelsetjenesten er organisert i dag, inkludert avlønnningen av legene.

### **Tiden fra 1850 årene og framover**

I begynnelsen av 1850 årene var det en lege ved navn Christian Thorvald Kierulf som begynte å engasjere seg i å få bygget opp et mer systematisk og forpliktende helsevesen i Norge enn hva tilfellet var på denne tiden. Kierulf hadde studert i Tyskland og hadde flere år som lege bak seg i forskjellige norske byer, alltid i det offentliges tjeneste. I 1858 ble han konstituert og senere ansatt som ekspedisjonssjef for ”Medicinalvæsenet i Departementet for det Indre” (Schiøtz, 2003). Hans første oppgave ble å utvikle og innføre en ny helselovgivning i landet. Utgangspunktet, eller målet med dette, var å få Norge som nasjon

opp og fram i verden og for å klare dette var det nødvendig med en sunn og arbeidsfør befolkning. Sunnhetsloven av 1860, som senere har blitt kalt helsetjenestens grunnlov, ble resultatet av dette arbeidet. Med dette ble også grunnlaget lagt for utbyggingen av det forebyggende helsearbeidet og for organiseringen av hele primærhelsetjenesten. I forlengelsen av denne loven ble det også opprettet såkalte sunnhetskommisjoner rundt om i landet. Disse kommisjonene skulle være med på å spre kunnskap om den ”alminnelige sunnhetspleie” i befolkningen, og overbevise dem om viktigheten av sanitære regler og foranstaltninger. Det ble samtidig bestemt at sunnhetskommisjonene skulle ledes av en lege sammen med folkevalgte, noe som var med på å styrke viktigheten og statusen til legene på denne tiden.

Det var i all hovedsak sønner av embetsstanden som studerte medisin, og en stor del av dem kom fra byene. I 1887 åpnet Norge, som det siste land i Norden, medisinutdanningen også for kvinner og i 1893 ble den første kvinnelige lege uteksaminert fra Det Kongelige Fredriks Universitet i Kristiania (Schjøtz, 2003). På denne tiden var legene langt på vei å være det som kunne kalles en profesjon. De hadde en langvarig teoretisk utdanning, de hadde mer eller mindre monopol over sine tjenester, de var autonome i yrket og de hadde et faglig organ som kaltes Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Samtidig var de få og manglet på denne måten et større fagmiljø som kunne være avgjørende i forhold til forhandlinger med staten om viktige spørsmål for legene i Norge. Dette skulle forandre seg noe da ”Den norske Lægeforening” ble stiftet i 1886. Ole Malm (1887) skrev ett år etter at foreningen ble stiftet at dette kunne ses på som et nødverge og var i aller høyeste grad nødvendig for å verne om deres profesjonsinteresser. På denne måten kunne de stå sterkere samlet i spørsmål som omhandlet legene og staten med tanke på arbeidsbetingelser og lønn, samtidig som de hadde et håp om å bli trukket mer inn i kommisjons- og lovgivningsarbeid.

**Tabell 1.** Antall leger per innbygger i Norge 1854-2002.

År	Antall leger	Innbyggere per lege
1854	315	4 594
1860	334	4 800
1880	565	3 400
1900	890	2 519
1920	1 346	1 969
1940	2 357	1 265
1960	4 066	884
1981	8 981	456
1995	14 227	306
2000	16 658	269
2002	18 335	247

Utdrag fra tabell i Schiøts (2003).

På denne tiden fikk legene en fast lønn utbetalt av staten, samtidig som de fikk en egenandel fra pasientene som ble behandlet (Malm, 1887). Egenandelen fantes det diskusjoner om, da det var noen som mente at store deler befolkningen ikke ville ha råd til å ta kontakt med lege ved behov. Noe som kunne sies å ikke være ønskelig. Dette ble ikke forandret før noen år ut i det 20. århundre da en ny lov ble gjeldende. Etter mange års diskusjoner og debatter ble den vedtatt i Stortinget den 27. juni 1912. Dette var "Loven om de offentlige legefóretninger". Med denne loven fulgte også en avklaring i hvordan legene skulle avlønnes. Det var gjort en avtale om at legeordningen skulle være statlig finansiert, men med en deling av lønnsutgiftene med kommunene. Kanskje ikke helt ulikt hvordan det er i Norge i dag.

Stiftelsen av legeforeningen hjalp legene i mange forhandlinger med staten, men i mellomkrigstiden hvor den nasjonale økonomien begynte å hangle hadde likevel ikke dette

noen betydning. Flere og flere mennesker i landet begynte nå å bli en del av utgiftspostene under helsevesenet. Dette være seg sykepenger, forsikring og behandling. På grunn av dette måtte staten stramme inn på noen områder, noe som gikk utover legene. Dette innebar blant annet at legeboligene ble enklere, skyssutgifter ble begrenset, hygienearbeidet til legene skulle innskrenkes og det ble gjort kutt i distriktslegestillingene. Dette ble forståelig nok ikke godt mottatt av legene, men det skulle ikke gå mange årene før de igjen gikk bedre tider i møte.

### **Oppbyggingen av primærhelsetjenesten etter krigen**

I mai 1945, etter fem år med krig, vendte den norske regjering hjem fra London. Dette gjaldt også Karl Evang, som i 1938 ble utnevnt til medisinaldirektør og sjef for Medisinaldirektoratet. Bare noen måneder etter hjemkomsten hadde han utviklet et program for gjenreisningen av det norske helsevesen og den norske folkehelsen. Programmet ble første gang presentert på Legeforeningens landsmøte i september samme år. Evang sa; *”Vi har avsluttet en historisk epoke fylt med begivenheter så svære, så tragiske og så uoverskuelige i konsekvensen at våre egne problemer og vårt eget stundom forekommer oss smått og betydningsløst.. Nå skal arbeidsdagen begynne i et fritt, men på mange måter endret land etter 5 års avbrudd og unormale forhold. Tråden skal knyttes på ny, og det skal vise seg om vi også klarer å orientere oss i det som er krigens siste, men ikke letteste fase, gjenreisningen”* (Schiøtz, 2003, s. 309).

Primærhelsetjenesten skulle gjennomgå store forandringer under hans ledelse. Han mente at selve grunnfjellet var det offentlige legevesen og først og fremst distriktslegene. Med bakgrunn i dette måtte både Sunnhetsloven av 1860 og Loven om de offentlige legeforretninger av 1912 revideres og tilpasses dagens moderne samfunn. Faktorer som måtte vurderes var om legedistriktene kunne deles opp i flere distrikt da de nå var altfor store til at

en lege kunne ha ansvaret for den kliniske praksis, det forebyggende og kontrollerende helsearbeidet, samt den stadig større og tidkrevende administrative byrden. I tillegg ønsket han en ordning om turnustjeneste i distriktene for nyutdannede leger. Vi vet blant annet at fra 1954 måtte alle nyutdannede medisinere praktisere et halvt år i distriktet før en kunne få autorisasjon som lege (Schiøtz, 2003). En lignende ordning praktiseres ennå i dag.

Til tross for tiltakene som ble gjort var helsepersonell en mangelvare i sykehusene generelt, men i distriktene spesielt. Det ble prøvd å lokke med gode boliger, nytt utstyr og en nydelig natur fra lokale hold, mens staten prøvde seg med blant annet lengre ferie og fri bolig. Det meste av dette var til ingen nytte. De aller fleste nyutdannede søkte seg til sykehusene, da de ville bestemme mer over sin egen hverdag enn hva som var tilfellet som distriktslege i førstelinjetjenesten, hvor en gjennomsnittlig arbeidsuke lå på over 63 timer (Schiøtz, 2000). Dette var på midten av 60-tallet, men skulle snu i løpet av de neste ti årene. En av grunnene var store kull utenlandsstudenter som hadde vendt hjem, samtidig som det også ble mer ”populært” å tjene folket. En kan derfor si at mangelen på leger i distriktene til en viss grad løste seg selv.

Høsten 1972 gikk Karl Evang av som helsedirektør på grunn av alderen. I løpet av sine 34 år i sjefstolen er det liten tvil om at han på mange måter satte sitt preg på gjenoppbyggingen og utviklingen av det norske helsevesen i årene etter krigen. Selv om ikke alt han planla ble gjennomført kan en likevel si at mye ble gjort. Dette var likevel ikke noe spesialtilfelle for Norge, da store deler av Europa gikk gjennom de samme endringer i tiden etter krigen.

## **Tiden fram mot ny lov om helsetjenester i kommunene**

Helsevesenet fortsatte å vokse utover på 70-tallet, både med tanke på ressursbruk og personell tilgang. Budsjettmessig steg utgiftene med 283% i perioden 1972-1982 (Baldersheim, 1987). Til tross for dette ble det stadig flere klager og større misnøye mot helsevesenet i befolkningen. Det ble derfor konkludert med at flere ressurser til helsevesenet i seg selv ikke kunne fortsette, slik at noe måtte gjøres. Torbjørn Mork, etterfølgeren til Karl Evang som helsedirektør, så ved sin inntredelse i stillingen fram til en lov som kunne regulere de ulike sidene ved helsetjenesten utenfor institusjon.

I påvente av en slik lov var det spesielt to organisatoriske endringer i primærhelsetjenesten som pekte seg ut. For det første begynte det nå å etableres lokale helsesentre rundt om i landet som bar bud om samarbeid på tvers av faggrensene og et bedre helsetilbud ute i distriktene. Ideelt skulle sentrene ha en firedelt oppgave; de skulle drive forebyggende arbeid samtidig med kurative tjenester, de skulle organisere hjemmetjenesten og ha ansvaret for de sosiale oppgavene i distriktet. Sentrene skulle derfor være en organisatorisk samordning mellom sosial- og helsefunksjonene i lokalmiljøet, og det skulle derfor også være mulig å se hvert enkelt individs totale livssituasjon og slik møte dens behov på en bedre måte. For det andre skjedde det endringer i helserådet. De offentlige legene hadde gjennom helserådet som oppgave å forebygge, overvåke og administrere sunnhetstilstanden i landets kommuner. Tidligere hadde rådet hatt politisk betydning, men dette ble det nå slutt på og de ble i stor grad bygd ned i alle kommuner. En av grunnene til dette var at samfunnet generelt hadde gjennomgått store endringer og de problemstillingene en ble stilt ovenfor var derfor også helt annerledes enn hva de tidligere hadde vært. Betingelsene var endret og samfunnets institusjoner måtte derfor tilpasses disse. Til tross for høylytte protester fra offentlige leger, som med dette mistet mye av sin politiske innflytelse til folkevalgte organer, ble helserådenes oppgaver i løpet av 1970 og 80-årene svært begrenset.

En annen faktor som skapte diskusjoner før loven var i havn, var forslaget om fastlønnsordninger for de offentlige legene. I våre to nordligste fylker derimot, Troms og Finnmark, var de positive til en slik ordning og det ble derfor i 1979 innført en prøveordning i Nord-Norge. Etter noen startvansker viste dette prøveprosjektet seg etter hvert vellykket (Schiøtz, 2003). Videre hadde legene tidligere også kunnet opprette privatpraksis når og hvor som helst. Dette skulle nå reguleres gjennom en såkalt etableringskontroll, og var noe som legene i aller høyeste grad var i mot da dette førte til mindre bestemmelsesrett for deres del.

Den 19. november 1982 ble den nye loven om primærhelsetjenesten vedtatt, eller ”Lov om helsetjenesten i kommunene” som den egentlig het. Den ble innført 1. april 1984. En av de største endringene ved denne loven angikk i stor grad legene ved at distriktslegene skulle bli kalt kommuneleger, og var derfor den enkelte kommunes ansvar og ikke lengre statens. De skulle rapportere direkte til rådmannen, og ikke i rekkefølgen fylkeslege-helsedirektør som tidligere. Dette ble sett på som et tap hos legestanden da de følte at dette var et stort steg tilbake når det gjaldt innflytelse i helsepolitikken, og profesjonens betydning for viktige avgjørelser som skulle tas. En kan si at denne loven også var en del av en desentraliseringsprosess som skulle gi kommunene mer ansvar og større myndighet i de lokale områder. Endringene angikk ikke bare legene, men også sykepleiere, fysioterapeuter og jordmødre ble berørt i større eller mindre grad.

### **Tiden etter kommunehelsesloven**

I årene etter at den nye loven trådte i kraft merket en at legefordelingen igjen ble et problem, og da spesielt at det var legemangel i det offentlige. Antallet privatpraktiserende leger hadde økt mot slutten av 80-tallet, og disse hadde en avtale som gjorde at de fikk praktisere for Folketrygden, de kunne altså motta refusjoner fra staten. Dette skjedde på

bekostning av fastlønte leger, noe som ble sett på som svært uheldig. I 1988 ble det derfor innført en lov om midlertidig stillingsstopp, noe som satte begrensninger på legenes refusjons- og etableringsrettigheter. Legeforeningen var ikke overraskende i mot dette. I 1989 ble loven igjen opphevet og ting fungerte som tidligere fram til 1992 da et nytt vedtak ble gjort. Dette vedtaket sa at privatpraktiserende leger ikke fikk rett til refusjoner fra Folketrygden om de ikke hadde en avtale med kommune eller fylkeskommune (Schiøtz, 2003). Dette vedtaket førte ikke til noen særlig bedring på legefordelingen, noe Legeforeningen hadde spådd, da det spesielt i de større byene nå var et marked for privatpraktiserende leger og økonomisk kunne de klare seg uten refusjoner fra staten.

Dette skulle endre seg da Gudmund Hernes ble helseminister i 1998. Hernes ønsket bedre kontroll over statens trygdeutbetalinger og inngikk derfor et kompromiss med legene. Sommeren 1998 ble retten til refusjon for all avtaleløs praksis opphevet, og med dette fulgte også en ny ordning. Det skulle nå startes en fastlegeordning for alle Norges innbyggere. Fastlegene skulle her være privatpraktiserende, mens retten til refusjon fra Folketrygden ble knyttet opp mot fastlegeavtalen de måtte inngå med kommunene. Dette ble innført i 2001. Legeforeningen var igjen kritisk til en ny ordning og mente at heller ikke dette ville gjøre legefordelingen noe bedre. I tillegg mente de at dette innskrenket pasientens valg da de ikke lengre kunne velge fritt hvilken lege de til enhver tid ville oppsøke. Til tross for deres skepsis ser en i dag at antallet fastlegehjemler er gått ned, noe spesielt befolkningen i utkant Norge har merket. Sammen med dette er også ventetid på konsultasjon blitt kortere, og pasientene sier seg også mer fornøyd med lengden på konsultasjonen etter innføringen av fastleger (Godager, Iversen, & Lurås, 2007). Med tanke på legeforeningens andre argument er det også lov å bytte fastlege opp til to ganger i året, noe som bør være nok for de fleste av oss om vi er misfornøyd med den vi har valgt.

## Dagens organisering av primærhelsetjenesten

Helsesystemet i Norge er i dag organisert på tre nivå; den sentrale staten, de fem regionale myndigheter og kommunene. Statens rolle er å foreberede nye lover og vedtekter og fordele ressurser til de ulike formål. Dets øverste organ er Helse- og Sosialdepartementet. Videre har de som oppgave å fastsette budsjett, godkjenne eventuelle utvidelser av sykehus og helsetilbud generelt og organisere informasjonsflyten mellom de ulike myndigheter. Det er de fem helseregionene og kommunene i Norge som står for helsetilbudene, henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt sosialtjenestene. Fylkeskommunen har ansvaret for tannhelsetilbudet.

I utgangspunktet er helsesystemet under offentlig kontroll, men det finnes avtaler mellom staten og private sykehus, samt avtaler mellom kommuner og allmennpraktiserende leger. Kommunenes styring av primærhelsetjenesten skjer i samarbeid med andre offentlige myndigheter, blant annet Arbeids- og Inkluderingsdepartementet og Helse- og Sosialdepartementet. Med kommunenes ansvar for primærhelsetjenesten ser en at dette er en desentralisert oppgave. Hvor mye ressurser som skal brukes på primærhelsetjenesten er i utgangspunktet fritt opp til de lokale politikere å avgjøre, ut fra kommunens økonomiske forutsetninger. Det er staten som beregner hvor store tilskudd de forskjellige kommuner skal få hvert år ut fra en spesiell formel. Denne tar blant annet hensyn til etterspørselen etter kommunale tjenester og kostnadene det medfører å produsere disse tjenestene. I tillegg legges det inn demografiske data, og da er spesielt alderen hos befolkningen i kommunen en viktig faktor. Kommunen skal videre sørge for sikre og gode helsevilkår for sine innbyggere, samtidig som de skal fremme sunne aktiviteter og en sunn livsstil. Dette med mål om å forbedre folkehelsen generelt, og den enkeltes helse og velvære spesielt. Andre oppgaver er skolehelsetjenester, helsesentre og helsetjenester for barn.

Helsesystemet i landet finansieres gjennom skatter og avgifter, ordninger med nasjonale helseforsikringer og egenandeler. Skattene kommer både gjennom staten, fylket og kommunene. Maksimale skattesatser for kommuner og fylker bestemmes av regjeringen som så må få det godkjent i Stortinget. Det er derfor ikke noen spesiell ”helseskatt” i Norge, og dette er heller ikke noe som kan innføres av de forskjellige helseregioner. De siste tjue år har offentlige inntekter stått for rundt 85% av finansieringen i helsetilbudet (Johnsen, 2006). Det finnes også en såkalt nasjonal forsikringsordning i Norge som dekker alle landets innbyggere, og registrerte arbeidstakere. Det er denne forsikringsordningen som dekker pensjon, sykepenger, uføretrygd, foreldrepermisjoner og arbeidsledighetstrygd for å nevne noe. Denne ordningen blir finansiert av arbeidsgivere og arbeidstakere gjennom skatter og avgifter, samt statlige tilskudd. I 2002 ble det brukt rundt 20 milliarder kroner fra denne forsikringsordningen på helse i befolkningen, og dette var kun 10% av de totale utgifter ordningen hadde samme år, noe som illustrerer godt summen av penger som brukes på velferds Norge. Egenandeler i Norge forekommer også. Ved konsultasjoner hos fastlege er det en egneandel på 132 kroner per 1. juli 2009 (HELFO, 2010), samt ved diverse tjenester i spesialisthelsetjenesten som for eksempel røntgen og laboratorieprøver. Men det finnes også et kostnadstak for hvor mye det skal være nødvendig å betale selv. Per 1. januar 2010 var dette taket på 1840 norske kroner (HELFO, 2010). Med bakgrunn i at offentlige skatter og avgifter står for 85% av finansieringen i Helse-Norge, står egenandelene for cirka 15% og har gjort det stabilt i de to siste tiårene. Private helseforsikringer er fortsatt lite vanlig her til lands.

Det er i stor grad allmennpraktikere som står bak primærhelsetjenestene i Norge, i samarbeid med ansatte sykepleiere. Dette skjer hovedsakelig gjennom at flere allmennpraktikere slår seg sammen og danner en praksis, vanligvis to til seks stykker. I 2001 ble det innført en fastlegeordning i Norge, noe som betyr at alle innbyggere står fritt til å velge hvilken lege en vil ha. I dag er rundt 98% av befolkningen en del av denne ordningen.

Legene inngår da avtale med de forskjellige kommuner om praksis. Ved denne avtalen sier de også ja til å være en del av ”øyeblikkelig-hjelp” funksjonen i kommunene, noe som utføres gjennom et rotasjonssystem. Listelengden per lege skal maksimalt være på 2500 pasienter, men det blir anbefalt at en fulltids praktiserende lege ikke bør ligge på over 1500 pasienter. Lister på over 2000 pasienter er derfor uvanlig.

Avlønningen av fastlegene i primærhelsetjenesten er i Norge et blandingssystem. De betales for de enkelte tjenester gjennom den nasjonale forsikringsordningen, i tillegg til at det er egenandeler for pasientene ved hver enkelt konsultasjon. Det er også en per capita del med tanke på legenes pasientlister, og den står for cirka 30% av deres totale inntekt.

## Hvordan avlønne fastlegene?

I dag finnes det i hovedsak tre måter å avlønne fastlegene på. Det første kalles per capita lønn, noe som betyr at en får en viss sum per pasient en behandler eller har ansvar for. I Norge i dag har vi for eksempel et listesystem som gjør at fastlegene får utbetalt en viss sum per pasient han eller hun har på sin liste uavhengig av behandling og konsultasjoner. Den andre måten å avlønne på kan være det som kalles betaling for tjenester levert eller ”fee for service” (FFS), noe som betyr at en får betalt for hver tjeneste en leverer pasienten. Dette kan være blodprøver, EKG, skrive ut resepter og mye annet. Dette er derfor en såkalt aktivitetsbasert avlønningsform. Inkludert i FFS er også egenandeler. Den siste måten som er aktuell er rett og slett fastlønn. Uansett hvor mange du tar i mot og hva du gjør med dem, så har du lik inntekt. Det blir sagt at disse tre systemene, alle på hver sin måte har forskjellige effekter på fastlegenes adferd. Noe som betyr at politikere, eller andre, kan bruke de til å påvirke adferden deres i den ene eller andre retningen. Disse tre avlønningsformene ble så vidt nevnt i delen ovenfor, men vil her bli presentert mer oversiktlig og det vil gis en liten oversikt over deres positive og negative sider. Samtidig vil det også sies noe om det som ser ut til å bli mer og mer vanlig i flere land etter hvert, nemlig et blandingssystem.

### **Per capita**

Ved denne avlønningsformen vil primærlegen få en fast sum per pasient han behandler, eller som han har ansvaret for innenfor et spesielt område eller distrikt. I Norge blir dette praktisert gjennom listesystemet hvor alle innbyggerne har rett til å velge en fastlege og dermed stå på en liste. Dette betyr at legen mottar en viss sum penger per pasient uavhengig av hvor produktiv han velger å være. I andre land kan det bli betalt ut fra hvor mange

pasienter en behandler og er derfor mer aktivitetsbasert enn hva tilfellet er i Norge. Det finnes ofte et tak for hvor mange pasienter det er tillatt å ha på sin liste. I Norge er dette taket på 2500 pasienter per fastlege, mens det i England er på 3500 pasienter. Her får de også en større inntekt gjennom per capita betaling enn hva tilfellet er her til lands. I Norge har det for øvrig blitt sagt at det er ukollegialt å ha for mange listepasienter da dette fører til at andre leger kanskje vil ha for få pasienter på sin liste (Norheim & Carlsen, 2003). Dette gjelder spesielt større byer hvor det er et overskudd av leger.

Det positive med en per capita ordning som er basert på et listesystem, er at legen og pasienten vil kjenne hverandre bedre da pasienten hele tiden vil oppsøke samme lege i primærhelsetjenesten. Spesielt for kronisk syke vil dette være en stor fordel. Dette betyr at fastlegen vil kjenne sykehistorien til pasienten meget godt, noe som vil gjøre det enklere å sette riktig diagnose og anbefale eventuell videre behandling. Videre vil fastlegen kjenne til pasientens sosiale forhold, verdier og eventuelle preferanser med tanke på denne behandlingen. Med bakgrunn i disse faktorene kan en tenke seg at det vil oppstå et lojalitetsforhold mellom lege og pasient, noe som kan tjene dem begge. Samtidig vil det ved et listesystem ligge et incentiv om å ha friskest mulig pasienter. Dette kan bidra til at fastlegen fokuserer mer på forebyggende virksomhet, da friske pasienter er å foretrekke med tanke på bruk av ressurser. Dette vil absolutt være positivt, ikke bare for den enkelte pasient, men også samfunnsøkonomisk da friske mennesker bidrar mer for velferdssamfunnet enn hva syke vil gjøre. Videre kan en også si at et slikt system åpner for konkurranse om pasientene og skal dermed føre til bedre kvalitet på de tjenestene som legene tilbyr. Dette fordi om pasienten ikke er fornøyd vil en kunne bytte til en annen lege, noe som vil føre til tapte inntekter for legen som mister pasienter.

Med tanke på kvalitet hos legene viser Lurås og Iversen (2002) i en studie at dette i aller høyeste grad også er knyttet til legens personlighet. Om pasienten ikke liker ens

personlighet viser det seg at en må tilby høyere kvalitet på andre områder. Andre studier har vist at legens evne til å kommunisere også ses på som meget viktig (Ong, de Haes, & Hoos, 1995; Stewart, 1995). Det er altså ikke bare medisinsk kunnskap som spiller inn, men også andre faktorer når vi vurderer kvaliteten på våre allmennleger. Dette er på ingen måte overraskende, men kan likevel slå positivt ut i et system hvor det er konkurranse om ”kundene” og er derfor noe som kan komme pasientene til gode.

Det finnes også negative sider ved et slikt system. For det første kan det føre til noe som kalles ”å skumme fløten” (Scott, 2000). Med dette menes at legene vil prøve å tiltrekke seg de friskeste pasientene, samtidig som en prøver å unngå de sykeste. Dette kan gjøres blant annet ved at en behandler, eller lar være å behandle, de sykeste pasientene slik at de går til en annen lege. En måte å unngå dette på er å innføre noe som kalles ”risiko-justering” ved per capita, altså at en får bedre betalt for de tyngre pasientene (Gress, Delnoij, & Groenewegen, 2006). En annen faktor ved en slik ordning som vanskelig kan ses på som positiv er portvaktrollen til fastlegen med tanke på henvisninger til blant annet spesialisthelsetjenesten. Siden de ikke får betalt for de tjenester eller behandlinger som utføres vil det være både tids- og kostnadsbesparende å henvise pasienten videre opp i systemet. Dette bekrefter også ovennevnte studie av Norheim og Carlsen (2003) hvor norske fastleger ble intervjuet og spurt om deres forhold til portvaktrollen. Generelt kan en si at legene ikke så på dette som veldig viktig, men at det var viktigere å tilby bedre tjenester og gjøre pasientene fornøyde. Om dette er noe som gjøres ofte kan en tenke seg at økonomien i spesialisthelsetjenesten blir lidende da utgiftene på mange måter blir lagt over på dem.

Noe annet som kan nevnes med tanke på negative effekter av et per capita system er legenes frykt for å miste pasienter og de vil derfor i størst mulig grad prøve å oppfylle pasientenes ønsker. Dette kan være som allerede nevnt henvisning til spesialist, men også sykemeldinger eller utskriving av resepter, til tross for at dette i et medisinsk øyemed

nødvendigvis ikke kan forsvares. Dette vil kanskje være mest aktuelt på steder hvor det virkelig er kamp om pasientene, og at de fleste leger dermed ikke har så mange listepasienter som de skulle ønske. Noe som har vært en del i media den siste tiden og som fastlegene har fått en del kritikk for er at det er altfor enkelt å få sykemelding i Norge i dag. Det har kommet forslag til endringer på dette, og et av disse har vært bedre overvåking av fastlegene (Flåm, 2010).

Om en ser på administrasjonskostnadene ved et slikt system vil de ikke være veldig høye da det vil være enkelt å kalkulere seg fram til antall pasienter multiplisert med satsen per pasient. Om en får betalt per pasient til konsultasjon, og ikke pasient på liste som i Norge, kan det tenkes å være noe vanskeligere, og kanskje vil det også åpne for muligheten til ”trikse” med antallet konsultasjoner.

### **Betaling per tjeneste levert**

Denne måten å avlønne på betyr at fastlegene får betaling etter hvilke tjenester de utfører under den enkelte konsultasjon av de forskjellige pasientene. Dette være seg diverse prøver og tester, utskrivning av resepter, legeerklæringer og enkel kirurgi for å nevne noe. Det er altså i stor grad en såkalt aktivitetsbasert avlønning, som utbetales av staten i ettertid. I Norge betaler i tillegg hver enkelt pasient en egenandel ved hver konsultasjon. Dette er derfor et system som legger opp til at legen skal utføre enkle tjenester selv og det finnes derfor i utgangspunktet ingen incentiv for å henvise pasientene videre om det ikke virkelig er nødvendig, i motsetning til et per capita system. Dette systemet er derfor mer tilpasset fastlegens jobb som jo består av flere oppgaver og mange ulike pasienter med ulike symptomer som må diagnostiseres. Prisen på behandlingen er ofte satt på forhånd, men trenger ikke nødvendigvis uttrykke ressurser brukt på en korrekt måte med tanke på

helsegevinster hos pasientene (Fleetcroft & Cookson, 2006; Gress et al., 2006). Dette er også en diskusjon som foregår i spesialisthelsetjenesten med bakgrunn i DRG systemet som finnes der. Videre vil en slik avlønningsform også passe bedre i forhold til rollen som portvakt da det ikke vil lønne seg å henvise pasientene videre i helsevesenet, om det ikke er høyst nødvendig.

Noe som veldig ofte blir trukket fram som en negativ faktor ved et slikt system er det som kalles ”tilbudsindusert etterspørsel”. Dette er noe som kan oppstå når fastlegen har en inntekt som ses på som for lav, eller bare har et generelt ønske om å tjene mer. Videre kan dette føre til at legen tilbyr flere tjenester enn hva som i utgangspunktet vil være nødvendig for den aktuelle pasient, og som pasienten muligens ikke ville ha ønsket om hun hadde hatt samme informasjon som legen. For i et lege – pasient forhold vil ofte legen sitte på både større kunnskap og informasjon om veien videre enn hva pasienten vil ha. Et eksempel på slik etterspørsel kan være videre oppfølging noen uker etter første konsultasjon, som i utgangspunktet kanskje ikke er nødvendig. En norsk studie viser i denne sammenheng at fastleger med færre pasienter på sine lister har en høyere inntekt per pasient enn hva leger med tilfredsstillende antall pasienter har (Iversen & Lurås, 2006).

Om tilbudsindusert etterspørsel finner sted eller ikke diskuteres ennå, da forskjellige studier finner forskjellige svar. Studier av for eksempel Feldman og Sloan (1998), og Rice og LaBelle (1989) har funnet at dette er noe som eksisterer, mens andre studier har vist at dette ikke forekommer (Carlsen & Grytten, 1998; Dranove, 1994; Grytten, Carlsen, & Skau, 2001). Likevel kan det se ut som nyere studier ikke klarer å bevise at tilbudsindusert etterspørsel faktisk eksisterer. Noe av grunnen til dette kan være bedre metoder å måle indusering på (Grytten, Skau, Sørensen, & Aasland, 2003). Det kan likevel se ut som om dette er et tema som fortsatt er åpen for diskusjon.

En kan også si at et slikt avlønningssystem åpner for større autonomi hos legene da de i utgangspunktet vil være mer fleksible i forhold til å reagere på de forskjellige pasienters

behov. Likevel har også studier vist at om det fra helsemyndigheters side blir brukt et slikt system for å redusere kostnader, med tanke på å variere prisene på tjenestene, vil dette ha en direkte effekt på den kliniske avgjørelsen som fastlegen til enhver tid må ta (Groenewegen & Calnan, 1995). Med tanke på variasjon i prisene vil det kunne tenkes at det optimale ville være at enkle, teknologiske og lite tidkrevende tjenester gjøres billigere, mens tidskrevende individuell rådgivning betales bedre. Det blir også spekulert i om et system basert på FFS kan føre til svindel da det kanskje i enkelte tilfeller kan være vanskelig å bevise hvilke tjenester som har blitt utført og i hvor stor grad (Gress et al., 2006). Om dette er reelt eller ikke kan absolutt diskuteres da noe slikt vil bryte med alle etiske og moralske retningslinjer alle leger bør ha. Likevel er det kanskje ikke noe som bør utelukkes.

Med tanke på kostnader ved et slikt system vil de være høyere enn ved for eksempel en per capita ordning. For det første må det brukes ressurser på å bli enig om prisene på hver enkelt tjeneste som fastlegen leverer. Hvor ofte dette gjøres kan variere, om det ikke allerede er avtalt en prosentvis økning etter en viss periode. Uansett kan en tenke seg at det vil oppstå uenigheter ved fastsettelsen av takstene. For det andre må det også settes en takst på hvor mye den enkelte pasient skal betale og hva eventuelt en tredje part (stat) skal stå for. For det tredje må det muligens også settes inn noen ressurser på å avdekke eventuell svindel, selv om dette i mange tilfeller kan tenkes å være noe vanskelig. Et slikt system vil som en kan se innebære både større kostnader og det vil være vanskeligere å holde oversikt over de virkelige utgiftene enn ved et per capita system. Disse utgiftene vil ofte måtte dekkes inn av en høyere egenandel fra pasienter, eller gjennom økte skatter og avgifter.

## Fastlønn

Fastlønn er kanskje det som er mest vanlig blant arbeidstakere flest. Lønnen er avtalt på forhånd og er uavhengig av hva eller hvor mye en produserer i arbeidstiden. Dette vil ofte gjøres gjennom en kontraktfastsettelse som er gjeldende over en viss periode. I noen land eller områder vil alle primærleger ha samme lønn, men dette kan også variere for eksempel med tanke på ansiennitet og kvalifikasjoner (Gress et al., 2006). Et slikt system brukes ennå i en viss grad i Sentral- og Øst – Europa, men blir stadig byttet ut med andre lønnsystem. Hovedtanken ved et fastlønnssystem er at legene skal ha en sikkerhet med tanke på at lønnen er stabil uansett andre forhold, samtidig som pasientene skal ha fri adgang til helsetjenester. Overtidsbetaling vil også mest sannsynlig inngå i et slikt avlønningssystem.

Noe som blir diskutert med bakgrunn i en allerede bestemt lønn hos primærlegene er hvor mye de velger å jobbe siden innsatsen i utgangspunktet ikke har noen betydning. I denne sammenheng blir det trukket fram gode utenfor arbeidet, som ofte er avhengig av en viss inntekt. Et gode som ofte blir nevnt er fritid. Dette er noe som vi alle, i større eller mindre grad, vil sette pris på. Så hvordan vil legene prioritere arbeid i forhold til sin egen fritid? Har de en lav fastlønn, men gode betingelser for overtid vil de mest sannsynlig jobbe noen timer ekstra for å spe på sin egen inntekt. I noen land er det også tillatt å jobbe privat etter arbeidstid, noe som mer eller mindre vil tilsvare overtid. Har de derimot en høy fastlønn er det langt i fra sikkert at dette vil være resultatet. Om denne lønnen er så høy at de får dekket alle sine utgifter og ennå litt til, kan en tenke seg at fritiden vil verdsettes høyere enn hva en kan innbringe på å arbeide noe ekstra. Det sies derfor at om en har en lav arbeidsstyrke i helsevesenet, eller andre yrker for den saks skyld, og er avhengig av at de arbeider overtid er det viktig å utvikle et lønnsystem hvor en har et lavt fastsatt grunnbeløp, men som i stor grad premierer overtidarbeid (Olsen, 2009).

Pasientene vil i de fleste tilfeller hvor et slikt system er i bruk ikke være tilknyttet noen fastlege, men vil kunne ha faste helsesenter eller poliklinikker i sitt område. Dette er for eksempel tilfellet i Sverige. Formelt er det lave eller ingen brukerkostnader ved et slikt system, men i noen overgangsland, spesielt i Øst-Europa, er det noenlunde vanlig med så kalte "uformelle brukerkostnader" (Gress et al., 2006). Om dette er bestikkelser eller ikke kan diskuteres, men en kan i alle fall tenke seg at dette er en fordel for de i samfunnet med en god økonomi. I slike land hvor helsevesenet kanskje er underfinansiert vil det også finnes gode grunner for legene å være privatpraktiserende, blant annet på grunn av økonomi og autonomi. Dette vil igjen gå utover de fattigste da de ikke vil ha penger å betale private leger.

Ved et fastlønnssystem vil det også være et incentiv for å unngå testing av pasienter da dette vil frigjøre både tid og ressurser, som kan brukes til andre formål. I forlengelsen av dette kan det også tenkes at det vil være enklere å skrive ut resept på medisiner for å spare tid i stedet for å finne den virkelige årsaken til pasientenes problemer. Det samme kan tenkes å gjelde for innvilgelse av sykemeldinger. En forskningsstudie som omhandlet leger og fastlønn støtter dette ved at leger som gikk på fastlønn utførte færre tester, hadde færre henvisninger og hadde generelt en dårligere yteevne enn hva primærleger som ble avlønnet gjennom per capita eller FFS hadde (Gosden, Pedersen, & Torgerson, 1999). Dette er på ingen måte overraskende da leger med fastlønn uansett ikke kan øke sin inntekt, men de kan derimot styre sin anstrengelse og vil derfor yte mindre. I tillegg kan en med bakgrunn i legenes yteevne også forvente en noe lengre ventetid for pasientene. Det kan derfor tenkes at kun fastlønn som avlønning kanskje bør unngås, men bør prøves innført i et blandingssystem på en eller annen måte, noe som blant annet gjøres i Sverige og England.

En positiv faktor ved et slikt system er at administrasjonskostnadene vil være veldig lave da lønnen allerede er fastsatt, uavhengig av produserte tjenester og antall pasienter. Dette

vil også være en fordel med tanke på å sette opp budsjett, og å holde budsjettene, og er derfor mest vanlig i skattefinansierte system (Gress et al., 2006).

### **Blandingssystem**

Det en ser i dag i store deler av Europa, er at de fleste land beveger seg mot et blandingssystem hvor tanken er at de positive sidene ved en avlønningsmetode skal oppheve de negative sidene ved en annen måte å avlønne på. Et eksempel på dette kan være henvisninger ved henholdsvis per capita og FFS. Ved per capita kan det tenkes at henvisningene blir for mange, og at portvaktrollen til fastlegen blir tilnærmet ikke-eksisterende. Ved innførselen av FFS sammen med per capita, hvor legene blir betalt for å behandle selv, kan det tenkes at henvisningene blir færre igjen. Tanken bak et blandingssystem er derfor at en får med seg det positive fra hver ordning, samtidig som en unngår deres negative effekter. En liten oversikt for å vise hva de forskjellige ordninger bidrar med er derfor på sin plass.

**Tabell 2.** Hvordan de forskjellige avlønningsmetoder kan fungere.

	<b>Betaling per beh.</b>	<b>Per capita</b>	<b>Fastlønn</b>
<b>Adferd</b>	Økt betaling for utførte tjenester	Holde alle pasienter fornøyde	Til enhver tid pasienten som er inne som er viktigst
<b>Negative effekter</b>	Overbetalt for egne tjenester Tilbudsindusert etterspørsel	Underbetalt for egne tjenester ”Skumme fløten”	Yter mindre Lang ventetid
<b>Kostnads kontroll</b>	Dårlig	Bra	Meget bra
<b>Portvakt rollen</b>	Bra	Dårlig	Bra

Tabell fra Olsen (2009).

Videre har det blitt funnet at avlønning påvirker legers adferd også på andre måter, alt etter hvilken metode en bruker (Gosden et al., 2009; Gosden, Williams, Petchey, Leese, & Sibbald, 2004). I for eksempel førstnevnte studie finner de at FFS førte til færre henvisninger til sykehus i forhold til per capita, at pasienter var mindre fornøyd med tilgjengeligheten hos leger med FFS sammenlignet med de på fastlønn og at leger med FFS sto for bedre oppfølging av sine pasienter i forhold til de to andre avlønningssystemene. Samtidig sies det at det trenges flere gode studier på dette området for å kunne konkludere med sikkerhet at dette faktisk er tilfellet, da andre studier ikke finner noen sammenheng mellom adferd og forskjellig avlønning (Gosden, Sibbald, Williams, Petchey, & Leese, 2003). I tabellen under vises en oversikt over hva som brukes i ulike land, og som en kan se blir det mer og mer vanlig med et blandingssystem.

**Tabell 3.** Hvordan fastleger avlønnes i forskjellige europeiske land.

Land	Avlønningssystem	Kommentar
Østerrike	Blandet på pasient nivå	Kupongsystem som binder pasienten til en fastlege for 3 måneder. Betaling består av en flat sats uansett antall tjenester, pluss FFS.
Belgia	Fee-for-service	-
Danmark	Blandet på pasient nivå	Per capita (cirka 1/3 av inntekten), resterende 2/3 avlønnes gjennom FFS.

**Tabell 3, fortsettelse**

Land	Avlønningssystem	Kommentar
Finland	Blandet på helsesystem nivå	I normale helsesentre; fastlønn, noen ganger med bonuser pluss ekstra betaling for helsesertifikat. I "personlige" legesentre; 60% fastlønn, 20% per capita, 15% FFS og 5% lokale bidrag.
Frankrike	Fee-for-service	
Tyskland	Fee-for-service	FFS i henhold til en Uniform Verdiskala (EBM) som knytter tilbakebetalende "poeng" til det globale budsjett som er forhandlet gjennom sykdoms fondene.
Hellas	Fastlønn	I tillegg til fastlønn mottar flere leger FFS fra privat praksis.
Luxembourg	Fee-for-service	-
Portugal	Blandet på fastlege og helsesystem nivå	Avlønningssystem offentlig- sektor; fastlønn og FFS. Uavhengige leger; FFS

**Tabell 3, fortsettelse**

Land	Avlønningssystem	Kommentar
Sverige	Blandet på helsesystem nivå	I offentlige helsesentre; fastlønn og betaling per pasient. Leger som arbeider privat; Per capita (40-70%, betalt gjennom skatter), og en mindre sats per pasient til konsultasjon.
Storbritannia	Blandet på pasient nivå	Avlønning består av 50% per capita, bevilgninger, FFS og prestasjons relaterte betalinger.
Polen	Per capita	-

Utdrag fra tabell i Gress et al. (2006).

Forskjellen på FFS og per capita med bakgrunn i fastlegers adferd vises veldig godt i en dansk studie som er gjort. Her ble det samlet inn data før en omlegging av systemet i København by skulle bli en blanding av per capita og betaling per tjeneste. Det ble samlet inn data en gang før omleggingen og to ganger etter. Dette ble så sammenlignet med hvordan det var i København fylke hvor det fortsatt var et per capita system. I forhold til et rent per capita system økte de diagnostiske og kurative tjenestene enormt i denne perioden, samtidig som henvisningene videre i systemet sank. Det ble konkludert med at fastlegene nå gjorde mer selv, da dette var mer lønnsomt for dem (Krasnik et al., 1990). Dette vil i mange tilfeller være en ønskelig adferd hos fastlegene.

# **Organisering av primærhelsetjenesten i Sverige, Danmark og England**

I denne delen av oppgaven vil det bli gjennomgått hvordan primærhelsetjenestene i ovennevnte land er organisert blant annet med tanke på hvordan en som pasient må betale, hvordan tjenesten generelt finansieres, hvordan helsetjenesten er bygd opp, hvilke tjenester som forventes levert av allmennlegen og hvordan disse avlønnes. Gjennom dette vil en forhåpentligvis se hvilke forskjeller som finnes i disse landene, og dette kan igjen være gjenstand for videre diskusjon og sammenligning av hva som eventuelt kan implementeres i Norge. Informasjonen til denne delen er i hovedsak hentet fra fire kilder; Glengård, Hjalte, Svensson, Anell og Bankauskaite (2005), Strandberg-Larsen, Nielsen, Vallgård, Krasnik og Vrangbæk (2007), en rapport fra WHO (1999) og Ettelt, Nolte, Mays, Thomson og McKee (2006).

## **Sverige**

For å begynne øverst på det politiske plan er det tre uavhengige statlige organer som på en eller annen måte er involvert i helsetjenestene i Sverige. Dette er Riksdagen, Landstinget og de forskjellige kommuner i landet. Satt på en annen måte kan en si at det er styrt nasjonalt, regionalt og lokalt. Grunlaget for det svenske helsesystem blir lagt på regionalt og nasjonalt nivå, hvor de på nasjonalt nivå har det overordnende ansvar gjennom det som i Norge ville tilsvart Helse- og Sosialdepartementet. På det regionale nivå er det 18 såkalte fylkesråd, to regionale avleggere ved Vestra Götaland og Skåne, og en kommune (som

ikke hører til et fylkesting) ved Gotland, som har ansvaret for leveranser av helsetjenester i alt fra primær- til spesialisthelsetjenester, inkludert forebygging og folkehelse. Hva befolkningen i Sverige har krav på gjennom det offentlige helsevesen er ikke klart definert, men det er basert på tre hovedprinsipper; menneskerettigheter, nødvendighet og solidaritet og kostnadseffektivitet. På det lokale nivå er det 290 kommuner som har ansvaret for ulike tjenester. Dette være seg skolehelsetjenesten, miljø, kloakk og vann for å nevne noe. I tillegg har de ansvaret for sosialtjenesten som i Sverige inkluderer helsetjenester for barn og eldre, de med handikap og de psykisk syke. De fleste legekantor og helsesentre er eid gjennom fylkesrådet.

Sverige har lange tradisjoner for lokal selvstyring, og avgjørelser som omhandler helsetjenester vil ofte bli tatt desentralisert. Unntaket er de overordnede mål og nye lover og regler som vedtas på nasjonalt nivå. Finansieringen av helsetjenestene går gjennom fylkesrådet. Dette finansieres i stor grad gjennom skatter som både fylket og kommunene selv kan bestemme nivået på med tanke på den respektive befolkning. I tillegg mottar de midler fra staten, samtidig som det også er egenandeler på en del tjenester. Egenandelene blir satt av hver enkelt fylkesråd. Av utgifter for fylkene gikk 92% til helse eller tannpleie i 2003 (Glenngård et al., 2005), slik at det er enkelt å se hva fylkenes hovedoppgaver i Sverige er.

For personer over 20 år må en vanligvis betale en egenandel på mellom 100 og 150 svenske kroner når en oppsøker lege som er stasjonert i forskjellige helsesentre i primærhelsetjenesten. Primærlegene i Sverige har ikke direkte noen portvaktrolle og pasienten kan derfor oppsøke sykehus, eller spesialist, mer eller mindre fritt når en mener det er nødvendig. Dette skjer i rundt 50% av tilfellene hvor første kontakt opprettes mellom pasient og helsevesen. Studier har vist at dette fører til et større kostnadspress enn om primærhelsetjenesten, gjennom legene, har en portvaktrolle (Coulter, 1998). Da dette ikke er ønskelig har de i Sverige innført høyere satser på å oppsøke sykehus først, og denne er tre

ganger så høy som den ville vært om en hadde oppsøkt en lege i primærhelsetjenesten for en eventuell henvisning. Likevel blir dette noe undergravet ved at taket på egenandeler som må dekkes selv bare er på rundt 900 svenske kroner (Glenngård et al., 2005). Om det er nødvendig å oppsøke spesialist er dette gratis om en har fått en henvisning, men koster opp i mot 300 kroner om dette ikke er blitt gjort.

I forlengelsen av hvilken lege en vil gå til ble det i 2003 bestemt at pasienter står fritt til å velge lege, hvor som helst i landet med de samme rettigheter som en har i hjemfylket. Pasienten har også muligheten til å registrere seg ved et helsesenter i eget fylke og hvor en da skal kunne forvente forbedret tilgang til de forskjellige tjenester. I 2003 ble det også bestemt at en pasient ikke skulle vente lengre enn en uke på time hos allmennlege, og kun en dag ved time hos en praktiserende sykepleier. Dette har ikke vært helt enkelt å oppfylle, slik at de fleste helsesentre i landet har begynt med såkalte ”walk-in” muligheter.

I følge en statlig avgjørelse fra 1995 er det lovpålagt å være spesialist i allmennmedisin for å kunne praktisere som lege i primærhelsetjenesten (Glenngård et al., 2005). Dette betyr i bunn og grunn at legene må velge om de vil jobbe innenfor sykehusene, eller utenfor. Grunnen til dette er at de bedre skal kunne gjennomføre behandling og gi råd innen allmennmedisin, samtidig som de skal sørge for forebygging hos sine pasienter. Andre profesjoner som praktiserer på dette nivået er sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter og gynekologer.

Hovedoppgaven for primærhelsetjenesten i landet er å forbedre den generelle helsen i befolkningen, samt behandle sykdom og skader hvor innleggelse ikke er nødvendig. Fylkesrådet står fritt til å velge hvordan de skal legge opp sin primærhelsetjeneste, men dette er ofte offentlig tilgjengelig. Likevel finnes det eksempler på private tilbydere, blant annet innenfor fysioterapi og for gravide og nyfødte. I større byer finnes det også en del private helsesentre. Videre er det dens oppgave å henvise pasient videre til riktig nivå i helsesystemet.

Dette kan kanskje virke noe merkelig da allmennlegen ikke har noen direkte portvaktrolle i det svenske helsevesen. Det har også etter hvert blitt vanlig at de skal stå for forebyggende arbeid. På de svenske helsesentrene er det blant annet mulig å få målt blodtrykk og kolesterol, samtidig som de også tilbyr undervisning i såkalte helseprogram. Dette kan omhandle røyking, kosthold og alkohol. Legene på disse helsesentrene er også involvert i noen diagnostiske tjenester, immunisering og pediatrik overvåking. Tjenester innenfor familieplanlegging er også tilgjengelig, da med hjelp fra jordmødre og sykepleiere, samt lege. I tillegg utfører 87% av alle allmennleger tjenester utenfor vanlig arbeidstid. Dette er organisert gjennom et rotasjonssystem.

Når det gjelder avlønning av leger er de som er ansatt gjennom staten ofte på fastlønn. I 2003 lå denne lønnen i gjennomsnitt på 48 100 svenske kroner i måneden. Dette er inkludert betaling for tjenester som er utført og for å være tilgjengelig utenom den vanlige arbeidstiden. De får også noe per capita og da per pasient de har til konsultasjon. Hos de private tilbyderne av helsetjenester blir det ofte brukt et blandet system med noe fastlønn, noe per-capita og noe betaling for tjenester utført.

## **Danmark**

De danske helsetjenestene har siden 1970 vært de forskjellige fylkenes og kommunenes ansvar. Dette blir hovedsakelig finansiert gjennom nasjonale og lokale skatter. Finansdepartementet er den som har ansvaret for å sette de økonomiske rammer for helsesektoren. Selve staten spiller en mindre rolle ved ansvaret for helsetjenestene i landet. Dets hovedfunksjon er å regulere, koordinere og gi råd ved enkelte tilfeller. Samtidig har det ansvaret for blant annet å etablere nasjonale mål, forberede nye lover, fremme samarbeid

mellom ulike helsesektorer og å gjennomgå pasientklager. Departementet for Helse sine oppgaver er i stor grad også administrative, ved for eksempel å klargjøre lover og retningslinjer.

Fylkene i Danmark er de som skal stå for både finansiering og levering av helsetjenester, og deres oppgaver inkluderer blant annet å finansiere primær- og sekundærhelsetjenester, regulere allmennlegene, i tillegg til å eie og drive prenatale fødselssentre. Kommunene har derimot ansvaret for oppgaver som pleiehjem, hjemmesykepleien og skolehelsetjenesten for å nevne noe. I 1994 kom det en lov som påla fylker og kommuner å utvikle en plan hvert fjerde år for koordinering av all aktivitet med tanke på forebyggende og kurative helsetjenester. Hvordan dette gjøres kan variere, men møter og seminarer hvor det fokuseres på noen hovedområder er ikke uvanlig. Med tanke på økonomiske rammer er det årlig et møte hvor budsjettforhandlinger foregår mellom de forskjellige administrative og politiske nivåene. I de senere år har staten prøvd å bruke disse budsjettforhandlingene til å oppnå overordnede helsemål på landsbasis ved å trekke fram prioriteringsområder som hjerte-kar sykdommer, kreftbehandling og lignende. Staten vil da sitte klar med øremerkede midler til disse formål. En av grunnene til at staten gjør dette er at det har blitt et større politisk fokus på å kontrollere utgiftene i helsesektoren og at det derfor har blitt mer eller mindre nødvendig med større formelt samarbeid mellom stat, fylke og kommune.

I 1999 ble 82,2% av de totale helsekostnader dekket gjennom felles skatter fra stat, fylke og kommune (Strandberg-Larsen et al., 2007), noe som betyr at egenandeler består av i underkant av 18%. Lokale skatter blir supplementert av statlige subsidier som beregnes årlig ut fra størrelsen på de lokale skatteinntektene. I tillegg er det en viss flyt av ressurser mellom fylke og kommune som tar utgangspunkt i faktorer som alders distribusjon, antall barn hos aleneforeldre, antall familier som leier boplass, arbeidsløshet, antall mennesker uten utdanning, antall immigranter utenfor EU, antall personer som bor i belastede miljøer og

antall eldre som bor alene. Det er altså mye som tas hensyn til ved beslutninger i hvordan denne ressursflyten foregår.

Primærhelsetjenesten i Danmark blir levert av selvstendig næringsdrivende helseprofesjoner og de kommunale helsetjenester sammen. Primærlegene driver derfor private praksiser. Videre har danskene et system som består av muligheten til å velge om en som pasient vil stå i en såkalt Gruppe 1 eller Gruppe 2. I gruppe 1 har en ingen utgifter ved tjenesten som tas i bruk, men da må en registrere seg hos en allmennlege som praktiserer i en avstand av maksimalt ti kilometer fra ens hjem plass, eller fem kilometer om en bor i København by. Her har en også muligheten til å skifte fastlege hver tredje eller sjette måned. Om en velger å stå i gruppe 2 kan en til enhver tid oppsøke hvilken lege eller spesialist en ønsker uten henvisning fra en allmennlege, men da må en stå for en større del av kostnadene selv. Det er den enkelte allmennlege som setter prisen på hva de i gruppe 2 eventuelt må betale. Kun 1,7% av befolkningen har valgt å stå i denne gruppen, i stor grad på grunn av utgiftene det genererer. Denne ordningen gjelder for alle fra 16 år og opp.

I det danske helsesystemet har derfor primærlegene, i de fleste tilfeller, en viktig rolle som portvakt med tanke på andre deler av helsetjenesten. Pasientene er avhengige av henvisninger for å få tilgang til spesialisthelsetjenesten, fysioterapi og sykehus. Legene har også stor frihet i å bestemme om pasienter skal få dekket tjenester som i utgangspunktet ikke dekkes av det offentlige. Dette kan for eksempel være plastiske operasjoner som er nødvendig på grunn av psykologiske årsaker. I 1993 ble det innført fritt sykehusvalg i landet, noe som medfører at legene også skal kunne gi råd om hvilket sykehus den enkelte pasient bør velge i en eventuell videre behandling og oppfølging. Andre oppgaver består blant annet av gjennomføring av vaksinasjoner og oppfølging av gravide i samarbeid med jordmødre. Omtrent 1/3 av allmennpraktiserende leger i Danmark praktiserer alene, mens de resterende

praktiserer sammen med andre. Hos sistnevnte vil i alle fall en praksis i et bestemt område være åpen hele døgnet, da gjennom samarbeid ved flere praksiser.

Tilgangen til primærhelsetjenesten i Danmark er i stor grad gratis. Egenandeler gjelder kun ved tannhelse, fysioterapi og briller/syn. Det har vært diskusjoner om å innføre egenandeler også hos allmennpraktiserende leger, men dette har ennå ikke blitt gjennomført av frykt for at de med lavest inntekt vil ha vanskeligere for å oppsøke lege om dette skulle være nødvendig. Med tanke på utskrivning av medisin på resepter, må kronisk syke dekke dette selv opp til et tak på 3600 danske kroner (Strandberg-Larsen et al., 2007). Dette er høyere enn hva både Norge og Sverige praktiserer. For andre vil det variere hvor mye en må dekke selv utfra hvor lenge en må bruke medikamentet.

Avlønning av allmennlegene skjer gjennom et blandingssystem hvor de får kvartalsvise per capita utbetalinger ut fra hvor mange pasienter de har på sine lister, i tillegg til betaling for tjenester levert. I gjennomsnitt kommer cirka 1/3 del av inntekten deres fra per-capita, mens det resterende kommer fra tjenester levert. Ikke helt ulikt Norge altså.

## **England**

I England er Helsedepartementet, under ledelse av helseministeren, ansvarlig for helse og sosialtjenester. Det er de som har ansvaret for å sette overordnede helsemål, inkludert mål som omhandler helse i forhold til miljø og matprodukter. De har også det overordnede ansvar for de nasjonale helsetjenester (NHS). NHS består av fire deler; regionale helsemyndigheter, helsemyndigheter i distriktene, allmennpraktiserende aksjeselskap og NHS fond. Primærhelsetjenesten er i dag helsemyndighetene i distriktenes ansvar. Samtidig leverer de tjenestene til de allmennpraktiserende aksjeselskapene som består av en eller flere allmennpraktiserende leger. Disse får et budsjett å forholde seg til ut fra hvor mange pasienter

de har registrert i sin praksis, og dette budsjettet skal i hovedsak gjelde henvisninger videre i helsevesenet og sosialtjenesten. Ikke alle allmennpraktikere var fornøyd med denne ordningen, slik at det også ble opprettet såkalte allmennpraktiserende kommisjonsgrupper. Disse jobber noe tettere med sine distriktsmyndigheter med tanke på prioritering og strategier, og har i utgangspunktet ikke et lignende budsjett å forholde seg til. I 1997 var 7000 leger registrert i slike grupper, mens noe i overkant av 19000 var registrert i de nasjonale aksjeselskap (WHO, 1999).

Det nasjonale helsesystem i England kan sies å være offentlig eid og finansiert. Lederen for NHS jobber sammen med de forskjellige ministere når helsemål og nye lover og regler skal utarbeides. I tillegg er det flere undergrupper som har ansvaret for ulike saker. De har for eksempel en minister som har ansvaret for den generelle folkehelsen. Dette var en ministerpost som ble opprettet i 1997, hvor oppgavene blant annet er helsefremmende arbeid, kontroll på kommuniserbare sykdommer, familieplanlegging og matsikkerhet. I tillegg har det de siste årene vært stort fokus på å redusere ulikhetene i helse hos befolkningen. Noe som for øvrig gjelder for store deler av den vestlige verden.

Finansieringen av helsesystemet i England skjer i hovedsak gjennom to faktorer; offentlige skatter og private helseforsikringer. I 1997 sto skattene for cirka 82% av inntektene, mens helseforsikringer sto for bort i mot 13%. I 2002 var disse økt til 16,6% (Ettelt et al., 2006). En liten del blir dekket gjennom egenandeler og da ved tannpleie, reseptbelagt medisin og briller/syn. Dette betyr at de aller fleste helsetjenester i landet skal være gratis for hele befolkningen. Med tanke på reseptbelagt medisin kan det nevnes at det fungerer noe annerledes her enn i de andre sammenligningsland. I England betaler de en maks pris per enhet, og i 1998 var denne på 5,80 engelske pund, men stiger jevnlig. Det er unntak for blant annet barn, eldre og kronisk syke.

Over 99% av menneskene i England er registrert hos en fastlege, hvor i overkant av 90% av pasienters første møte med helsevesenet finner sted (WHO, 1999). Noe som betyr at fastlegene har en portvaktrolle lik den i Danmark og Norge. Det har blitt prøvd å gjøre forandringer som skal gjøre det enklere for pasienter å oppsøke spesialister direkte, men disse har så langt ikke vært vellykket. Som i Danmark står befolkningen fritt til å velge lege, men innenfor et visst geografisk område i forhold til hjemplass. Legene kan nekte nye pasienter tilgang dersom det er bestemt at alle leger har fulle lister ved denne praksisen. Pasienten vil da bli henvist til en annen praksis i området. Disse praksisene skal være bemannet hele døgnet, og de har ofte ansatt egne sykepleiere som tar seg av mindre helseproblemer. Sykepleierne kan også etter 2006 skrive ut de fleste reseptbelagte medisiner (Ettelt et al., 2006). Fastlegene har, siden NHS ble opprettet i 1948, vært selvstendignæringsdrivende under kontrakt med NHS. Kontrakten forhandles jevnlig mellom legers representanter og staten. Det kan også nevnes at det finnes et eget organ som bestemmer hvor det til enhver tid kan åpnes nye praksiser. Om det er steder med stor legetetthet vil disse mest sannsynlig stenges for nye etableringer, mens de i motsatt tilfelle vil bli kategorisert som åpne.

Avlønningen av fastlegene som er under kontrakt er blandet gjennom noe fastlønn, noe per capita og noe betaling for tjenester utført. Dette gjøres med et utgangspunkt i at de skal få dekket alle sine utgifter de har ved å utføre forskjellige helsetjenester, samtidig som de også skal tjene noe på dette. Gjennom antall pasienter får de betalt et per capita honorar, noe som står for i overkant av halvparten av deres bruttoinntekt. Deres fastlønn, eller tilskudd, blir gitt for å starte opp og vedlikeholde de forskjellige praksiser. Denne delen er noe mindre enn per capita inntekten. Videre har de siden 2004 også fått noe som kan kalles helsefremmende utbetalinger. Dette er lønn som blir utbetalt om de jobber mot å forebygge og fremme god helse hos sine pasienter, samtidig som de jobber mot oppsatte mål som for eksempel astma og diabetes type-2. I tillegg får de altså også betaling ut fra hvilke tjenester de utfører.

## Likheter mellom sammenligningslandene

Alle fire sammenligningsland har en del likheter når det gjelder organiseringen av helsetjenestene i landet generelt, og primærhelsetjenesten og dets leger spesielt. For det første er alle helsetjenester organisert på flere nivå med tanke på hvem som har hvilket ansvar. Staten har det overordnede ansvar i alle land, mens selve styringen er desentralisert og fungerer på et lavere nivå ved fylke eller kommune. For det andre har alle lands innbyggere et mer eller mindre fritt legevalg, altså at de kan velge en fastlege ut fra eget ønske, med forbehold om at denne lege fortsatt har plass på sin liste. I Sverige er dette noe mer rettet mot å registrere seg ved et helsesenter, men med mulighet til å også velge en fastlege. For det tredje er en stor del av helsetjenestene i alle fire land offentlige, noe som betyr at de også skal være tilgjengelig for alle. Med tanke på avlønningsordninger av primærlegene er det noen likheter, men også noen ulikheter. Egenandelene er for eksempel noe varierende da disse ikke eksisterer i Danmark (om du ikke er i gruppe 2) og England, mens de er på i overkant av hundre kroner i Norge og Sverige. Videre ser en at det er noenlunde likt med tanke på per capita og FFS.

**Tabell 4;** hvilke ordninger brukes i de forskjellige lands primærhelsetjeneste.

	Norge	Sverige	Danmark	Storbritannia
Fastlønn	Nei	Ja	Nei	Ja
Capitation	Ja	Ja	Ja	Ja
Fee-for-service	Ja	Ja	Ja	Ja
Egenandeler	Ja	Ja	Nei	Nei

Videre ser en at i Danmark, Norge og England er legene privatpraktiserende, men under kontrakt med det offentlige. I Norge skjer dette for eksempel gjennom kommunene. Til sist kan det også nevnes at i England, Danmark og Norge har de allmennpraktiserende legene

også en viktig portvaktrolle i forhold til henvisninger til andre nivå i helsesystemet, men også i forhold til sykemeldinger og utskriving av resepter. I Sverige kan de oppsøke spesialister uten henvisning fra lege i primærhelsetjenesten, da til en noe høyere kostnad enn om de hadde hatt dette.

## **Diskusjon**

Ovenfor har de tre vanligste avlønningsformene blitt beskrevet og presentert med tanke på hvordan de fungerer, med bakgrunn i teori og forskning, når det gjelder adferd de kan skape hos fastlegene. Det ble også sagt noe om hva de koster samfunnet å gjennomføre med bakgrunn i administrasjonskostnader og eventuell oppfølging av at systemet fungerer som det skal, samt hvilke konsekvenser det kan få for pasientene. Alle disse systemene har sine positive og negative sider, og disse vil bli gjennomgått noe grundigere nedenfor. I tillegg ble det presentert en oversikt over hvordan primærhelsetjenestene i de fire sammenligningslandene i denne oppgaven er organisert. I det følgende vil det diskuteres og sammenlignes nærmere hvordan det kan tenkes at dette vil påvirke primærlegene i de forskjellige land. Det vil også bli sett på om noe av det som eksisterer i Sverige, Danmark og England kunne vært innført i Norge.

### **Portvaktrollen**

Av sammenligningslandene er det kun i Sverige at legene i primærhelsetjenesten ikke har en klar rolle som portvakt i forhold til andre helsetjenester. Henvisninger til

spesialisthelsetjenesten har blitt nevnt, men dette gjelder også i stor grad utskrivning av resepter og sykemeldinger. Alle kan stå for store utgifter for helsevesenet, samt samfunnet for øvrig. Legene som har en slik rolle har derfor en meget viktig oppgave i forhold til flere deler av den nasjonale helseøkonomi. I Norge har det vært oppe til diskusjon å gi hver enkelt fastlege et visst budsjett i året som de kan bruke på henvisninger videre i helsesystemet. Meningen med dette skal være å få en bedre kostnadskontroll i primærhelsetjenesten, samtidig som legene kan tenkes å vurdere den medisinske bakgrunn noe mer før eventuelle henvisninger gis.

I forhold til avlønning vil disse kunne ha forskjellig innvirkning på portvaktrollen. Ved et per capita system vil det ikke ligge noen incentiver for ikke å henvise, sykemelde eller skrive ut resepter da dette vil redusere utgifter og frigjøre ressurser. I tillegg er ofte et per capita system listebasert, slik som i Norge, Danmark og England, hvor en er knyttet til en fastlege. Det kan tenkes at legen på grunn av dette i stor grad vil prøve å oppfylle pasientens ønsker og kanskje ikke baserer alle avgjørelser på medisinske grunnlag.

Et system som derimot gir incentiver mot å la være å henvise er betaling per tjeneste. I stedet for å skrive ut medisiner vil det kanskje være mulig å behandle den aktuelle plage. I stedet for å henvise til spesialist er det kanskje noe en kan gjøre selv. Og i stedet for å gi hundre prosent sykemelding er kanskje dette noe som kan løses på en annen måte ved å ha en noe lengre samtale med pasienten, kanskje i samarbeid med arbeidsgiver. En slik ordning legger i stor grad føringer for mer behandling selv, som jo er en av hovedoppgavene til de forskjellige primærleger.

Det kan til slutt nevnes i forhold til fastlegenes rolle som portvakt at det kanskje ikke er helt heldig at de skal styre så mye av den videre ressursbruken i helsevesenet når de er i konkurranse med hverandre. Dette vil, som vi har vært inne på, kunne føre til en del unødvendige utgifter med tanke på å holde sine pasienter fornøyde. Det blir derfor foreslått av

Norheim og Carlsen (2003) at fastlegenes aktiviteter burde overvåkes noe bedre slik det blant annet gjøres i Danmark. Her fungerer det slik at det er satt sammen et tilsynsorgan bestående av leger som kontrollerer praksiser som avviker mye fra andre praksiser. Kan ikke dette forklares ut fra for eksempel pasientpopulasjon, vil de kunne bli ilagt økonomiske sanksjoner. Norheim og Carlsen sier videre at slike retningslinjer eventuelt må utformes i samarbeid med fastlegene, med bakgrunn i at de ikke skal føle seg overkjørte og må ta i bruk noe som kanskje ikke fungerer i praksis. Det har den siste tiden blitt spekulert i om det skal innføres overvåkning av utskrivning av sykemeldinger hos de forskjellige fastlegene i Norge. Ved et slikt system mister legene noe av sin autonomi da det til en viss grad blir satt begrensninger på hva og hvor mye de selv skal kunne bestemme. Dette har kommet fram hos norske leger når forslaget har blitt diskutert. Likevel er kanskje ikke dette noen dårlig idé da det kan føre til store besparelser i helsesektoren, samt at det kan være positivt samfunnsøkonomisk.

### **Økonomiske fordeler for legene**

Ved FFS og fastlønn har det tidligere blitt nevnt faktorer som på en eller annen måte kan være med på å forbedre den aktuelle leges inntekt. Det første var det som ble kalt ”uformelle betalinger” ved fastlønn, spesielt i omstillingslandene i Øst-Europa. Dette er det vi muligens kan kalle bestikkelser eller betaling under bordet. I utgangspunktet er ikke dette vanskelig å forestille seg da det kan tenkes at det i disse landene ikke brukes spesielt mye ressurser på helsevesenet. Lønnen til legene vil derfor heller ikke være spesielt høy, og det vil derfor kunne være fristende å motta noe ekstra fra de pasientene som har råd til dette. At disse pasientene yter denne ekstra betalingen uten noen form for baktanker vil være vanskelig å tro, og dette er derfor noe som i stor grad vil komme den rikeste del av befolkningen til gode.

Videre vil kanskje denne delen av befolkningen være få i antall i forhold til de med en svak økonomi, slik at dette er noe som i tillegg vil komme de færreste til gode.

En annen faktor som har fått større oppmerksomhet med tanke på avlønning er i forhold til FFS og såkalt tilbudsindusert etterspørsel. I Norge, og andre land med et listesystem, vil dette kunne være aktuelt hos de legene som mener de har for få pasienter på sin liste. Teorien i forhold til dette sier at om en lege vil spe på inntekten sin, vil det være mulig å tilby pasienten flere tjenester enn det som er nødvendig ut fra et medisinsk øyemed. Dette kan være tjenester som pasienten selv må dekke, eller det kan bli dekket av myndighetene. I begge tilfeller vil det uansett være legen som sitter på den avgjørende informasjon om hvorfor dette gjøres. I forhold til myndighetene kan dette også utvikle seg til svindel, da det i enkelte tilfeller muligens vil være vanskelig å vite akkurat hva og hvor mye som har blitt gjort. Forhold som bestemmer om dette kan forekomme vil i stor grad bestemmes ut fra personlige forhold, som økonomiske preferanser og verdisyn hos den enkelt lege.

### **Bruk av ressurser hos legene**

I et avlønningssystem hvor legene får betalt per tjeneste vil fokuset ligge på behandling og oppfølging av pasienten. Dette trenger ikke nødvendigvis være tilfellet ved de to andre avlønningssystemene. Ved fastlønn kan det tenkes at legen ikke vil yte maksimalt for sine pasienter da han har en lønn som uansett innsats ikke vil forandre seg. På grunn av dette kan det muligens være fristende å skrive ut medisin som tar seg av symptomene eller gi en noe rask sykemelding for slik å frigjøre ressurser til noe annet. Dette, som eventuell tilbudsindusering, vil også påvirkes av personlige forhold da det vanskelig kan tenkes at en

lege ikke skal gi nødvendig behandling til sine pasienter. Likevel, har som vi har sett, forskning vist at de yter noe mindre enn andre leger.

Ved et per capita system ble det tidligere nevnt at det lønner seg å ha friske pasienter på sin liste da disse vil kreve få ressurser, men likevel gi en viss inntekt. I litteraturen kalles dette ”å skumme fløten”. I dette tilfellet skal det kunne tenkes at fastlegen vil prøve å kvitte seg med de ressurskrevende pasientene, samtidig som en tiltrekker seg de minst ressurskrevende. På denne måten vil de kutte i kostnadene, og dermed kunne vise til en høyere fortjeneste. Et av tiltakene for å unngå dette kan være å innføre risikojustering for de pasientene som er mest ressurskrevende. Slik kan det tenkes at om en får betalt mer for disse vil de kanskje også bli mer attraktive. Med tanke på dette kom det også fram i studien til Norheim og Carlsen (2003) at legene etter fastlegeordningen så det som vanskeligere å overse, eller kvitte seg med, slike pasienter da de følte et større ansvar for dem. Tidligere var det alltid noen som ville ”plukke” de opp, men nå var det i stor grad deres eget ansvar. Dette kan kanskje tyde på at en slik risikojustering ikke er nødvendig.

Når en er inne på at legene ved et per capita system vil være interessert i å kutte kostnader, med bakgrunn i bedre inntjening, kan det også nevnes ressurser brukt på helsefremmende og helseforebyggende arbeid. Dette kan tenkes å være store utgiftsposter i de forskjellige praksiser om de brukes på en måte som kommer pasientene til gode. Dette kan være samtaler om røykeslutt, eller annen helseskadelig adferd, kosthold og større fysisk aktivitet som kan tenkes å ta mye tid. Om fastlegene bestemmer seg for å kutte i kostnader og i bruk av ressurser kan det gjøres i disse tjenestene, så vel som i andre. Men kutt her vil ikke være passende i forhold til målet som ble nevnt tidligere om å ha friskest mulig pasienter på sine lister. Hvor sannsynlig er det da at noe slikt faktisk kan forekomme? Til syvende og sist vil alle slike kutt og nedskjæringer av kostnader bunne ut i hvilke personlige egenskaper en besitter som utdannet lege. Å bruke mindre ressurser på noe som vil gi en dårligere helse til

pasientene, og i verste fall sykdom eller død, vil stride i mot alle medisinske retningslinjer og etikk. Likevel vil det i alle yrker finnes noen som absolutt ikke burde vært der og som utøver yrket på feil grunnlag, noe som også kan tenkes innen medisin faget.

Om dette er reelt å frykte eller ikke kan diskuteres, men i England, har de som vi har sett, innført noe som kalles ”helsefremmende gevinster” for legene i primærhelsetjenesten. Dette er lønn som utbetales for å jobbe mot forebygging og helsefremming hos sine pasienter, samtidig som de arbeider mot allerede oppsatte helsemål fra sentralt hold. Om det er et problem at legene kutter i sine helsefremmende og forebyggende tjenester er kanskje en slik ”gevinst” en god idé. Studier tyder på at dette har kommet pasientene i England til gode, i alle fall de første årene etter at det ble innført (Campbell et al., 2007; Campbell, Reeves, Kontopantelis, Sibbald, & Roland, 2009), samtidig som andre er positive til å gi en slik ordning tid og muligheten til å tilpasses etter hvert som en ser at dette er nødvendig (Lee & Ferris, 2009; McDonald & Roland, 2009).

### **Hva kan innføres i Norge?**

I Norge i dag har vi i de fleste av landets kommuner en noe presset økonomi. Med bakgrunn i dette kan en veldig ofte lese i de forskjellige lokale og nasjonale aviser at kommunene må gjøre drastiske kutt i sine utgifter for at budsjettene skal gå i null. Det som i en slik sammenheng får oppmerksomhet er de kuttene som må gjøres i helsetjenester, eldreomsorg og psykiatri. Kanskje burde det i Norge, som i Sverige, være tillatt for de enkelte kommuner å innføre egne spesifikke avgifter som skal brukes i den ene eller den andre sektoren. I dag får kommunene tilskudd fra staten gjennom en formel som blant annet inkluderer demografiske data, men kanskje dette ikke fungerer som det skal, kanskje bør kommunene i større grad selv få bestemme om de vil innføre ekstra avgifter på enkelte

tjenester. I dag kan de til en viss grad gjøre dette gjennom for eksempel å øke de kommunale avgiftene, men disse er ikke øremerkede de ovennevnte sektorer. Kunne så en ”helseavgift” i Norges kommuner være aktuelt? Helseutgiftene i kommunene øker, mye på grunn av en stadig eldre befolkning, og ekstra økonomiske midler vil derfor være en nødvendighet. Nå ville det muligens vært slik at nye avgifter ville fått befolkningen til å se rødt. Samtidig kan det tenkes at om en hadde sett at helsetilbudene i kommunen hadde blitt bedre, inkludert eldreomsorg og psykiatri, ville dette kunne gjort sitt til at den hadde blitt respektert i mye større grad. Et hovedpoeng her er derfor at disse inntektene ikke kunne blitt brukt til noe annet enn de tjenester den i utgangspunktet er ment å dekke. Vi skal alle bli eldre, og det er ikke mange av oss som går gjennom livet uten å være innom helsevesenet, slik at kanskje det er uproblematisk å legge til rette for et best mulig tilbud når vi først kommer dit.

Et annet tiltak som kunne vært vurdert er døgnåpne praksiser. Dette er i bruk både i Danmark og i England og skjer helst i samarbeid mellom flere praksiser. Nå er det i Norge slik at de fleste tettsteder og byer har en døgnåpen legevakt som folk kan dra til om det skulle være nødvendig etter stengetid. Men i slike tilfeller vil en ofte måtte kontakte egen fastlege i ettertid for å få videre behandling om det skulle behøves. En kan også få inntrykk av at de helst ikke vil ha deg til legevakta da en blir spurt om en ikke kan vente til neste dag, og da kontakte egen lege. Ved en, eller flere, døgnåpne praksiser i området som til enhver tid har et samarbeid, vil kanskje oppfølgingen bli enklere og som pasient vil en ikke sitte med en påtrengende følelse som en lett kan få ved en del legevakter i dag. I tillegg vil det kunne bidra til større trygghet hos pasientene da en til enhver tid vet hvor en skal henvende seg, samtidig som det vil være kjente omgivelser og lokaler for de fleste. Et moment ved en slik ordning vil utvilsomt være å klare å koordinere vakter mellom legene, men også å videreformidle den informasjon som framkommer om pasientene utenfor vanlig åpningstid. Om fastlegene i Norge ville tatt i mot et slikt forslag med åpne armer er kanskje tvilsomt, da de muligens føler

at de har nok å gjøre som det er, om de ikke tillegg må jobbe ekstra nattevakter. Likevel kan det tenkes at det kan være en fordel for oss som pasienter.

I Sverige ble det i 1995 innført en lov som sa at alle allmennpraktiserende leger måtte ha spesialutdanning i allmennmedisin for å kunne praktisere. I utgangspunktet kan dette virke som en meget bra ordning da de fleste leger i spesialisthelsetjenesten må være akkurat dette; spesialister i det de driver med. Som allmennlege må en i alle fall kunne ha kunnskaper om mye forskjellig som omhandler kropp, sykdom og forskjellige lidelser. Det er ikke tvil om at legene i primærhelsetjenesten har en vanskelig jobb på grunn av dette, og avgjørelser som tas blir kanskje ikke alltid tatt på riktig grunnlag, eller at en ikke føler seg sikker på den avgjørelsen som er tatt. Det kan derfor tenkes at om en lege har spesialistutdanning innen allmennmedisin, ville slike avgjørelser kunne bli tatt med noe større sikkerhet. Et slikt tiltak ville uten tvil hevet kvaliteten på legene i førstelinjetjenesten, noe som ville kommet pasientene til gode. En negativ faktor ved dette kan muligens være at leger som spesialister også vil ha bedre betalt, noe som ville fått konsekvenser for en allerede presset helseøkonomi i landet, eventuelt med høyere egenandeler for pasientene. Samtidig får en spørre seg om dette er en pris som er verd å betale for bedre kvalitet i tjenestene hos våre primærleger.

Et annet element som muligens bør vurderes i forhold til fastlegene er hvordan de avlønnes. Det har blitt vist at de får cirka 1/3 gjennom per capita utbetalinger i Norge i dag, og det resterende kommer gjennom FFS og egenandeler fra pasientene. I England har de mye av det samme, men der har de også inkludert såkalte helsefremmende utbetalinger, eller ”pay for performance”. Dette fungerer slik at de får betalt for å fokusere på helsefremming hos sine pasienter, i tillegg til at de også får ekstra utbetalinger om de arrangerer program for kroniske syke som skal hjelpe dem å leve med sin sykdom. Samtidig får de også betalt for å oppnå allerede oppsatte helsemål fra sentralt hold. Dette virker som en god ordning da incentivene uten tvil vil være å jobbe mot en friskere og sunnere pasientpopulasjon. I utgangspunktet er

dette en del av alle legers arbeid, men med et slikt økonomisk incentiv vil det muligens praktiseres i større utstrekning enn hva som gjøres i dag. Et minus ved dette vil være at administrasjonskostnadene kan tenkes å bli høyere da det må registreres og godkjennes hva de forskjellige leger har gjennomført. En idé kunne kanskje være å gjennomføre noe slikt ved hver enkelt praksis, da det finnes færre praksiser enn det gjør fastleger, hvor de for eksempel kunne fått utbetalinger for dette kvartalsvis. Også i dette tilfellet vil det være en avveining for om helsegevinsten vil være verd kostnadene, og om det er nødvendig å bruke ekstra ressurser på noe som i utgangspunktet skal være en del av arbeidshverdagen til allmennlegene. Studier på dette området har som vi har sett vist at det fungerer til en viss grad, men at det kanskje bør gis noe mer tid til å tilpasses og forbedres.

En siste ting som kan nevnes er å gi noe mer ansvar til sykepleierne i de forskjellige legepraksiser. I England i 2006 ble det vedtatt at også sykepleierne kunne skrive ut resepter. Bakgrunnen for dette var å lette noe av arbeidsbyrden fra legene. Nå vites det ikke hvor mye tid som går til utskriving av resepter hos legene i løpet av en uke, en måned eller ett år, men det kan tenkes at det er snakk om en god del timer. Ved å gi sykepleierne dette ansvaret vil det derfor bli frigjort tid og ressurser som legene kan bruke på annet forefallende arbeid, eller aller viktigst; på pasientene. Et spørsmål legene kanskje vil stille seg ved en slik ordning er om sykepleierne har et godt nok medisinsk grunnlag og kunnskap til å stå for en slik oppgave. Og ville legene godkjent noe slikt? I utgangspunktet bør slike forslag, som skal fjerne noe av arbeidsbyrden til legene, absolutt vurderes seriøst med bakgrunn i at legene da kan bruke mer ressurser på andre, eller flere pasienter. Et alternativ kunne for eksempel være at legen må godkjenne første utskrivelse av resept, mens det så i ettertid ikke vil være nødvendig og sykepleierne kan ta seg av dette.

## Avslutning

Når en fokuserer på primærhelsetjenesten i Norge, dens organisering og avlønning av primærlegene er det flere faktorer som er viktige å ha i bakhodet. For det første kan det være lett å glemme at avlønning bare er en av flere faktorer som kan påvirke legers adferd. Ovenfor ble det vist eksempler på blant annet tilbudsindusering, skumming av fløten og de så kalte uformelle betalingene som kan være vanlige i enkelte Øst-Europeiske omstillingsland. Alt med bakgrunn i hvordan de avlønnes. Faktorer som kontekst, lokale og nasjonale lover og regler og kultur er også noe som vil spille inn på deres adferd, samt hvordan primærhelsetjenesten er organisert. Det kan derfor tenkes at avlønning får for mye oppmerksomhet, og ikke nødvendigvis for at det er det viktigste styringsverktøy med tanke på allmennlegene og deres adferd, men rett og slett fordi det er det enkleste å manipulere i forhold til andre faktorer. Dette synet støttes for så vidt i det som har blitt vist med tanke på forskning rundt emnet, der motstridende resultater ser ut til å være en gjenganger.

Det er derfor viktig å ikke se seg blind på dette, men også ha i bakhodet at andre elementer spiller inn og at de kan være vel så viktige. Blant annet er det viktig å huske at legene som er private næringsdrivende også har en del driftsutgifter. Dette kan for eksempel være leie av lokaler og utbetaling av lønn til sykepleiere. Ovenfor ble det sagt at cirka 1/3 av inntektene hos de norske fastlegene kommer fra per-capita tilskudd. Samtidig kan det tenkes at driftsutgiftene muligens er like store, slik at dette mer eller mindre går i null. På denne måten ser en at det reelle overskuddet til legene kommer fra FFS, inkludert egenandeler. Utgiftene er derfor viktig å ta i betraktning i denne sammenheng.

Noe som ofte blir sagt angående leger, og som en vil finne i flere bøker eller artikler som omhandler avlønning, er at om du vil gi en beskjed til en lege og sørge for at han leser

den må du skrive den på en sjekk. De har derfor muligens fått et noe litt ufortjent rykte med tanke på egoisme og at det kun er økonomiske motiver som driver dem. Det kan tenkes at de har et ønske om å hjelpe sine medmennesker, og at det er derfor de har valgt en slik profesjon. Videre vil dette også avgrenses av fastsatte etiske retningslinjer og deres profesjonelle standard, som kan tenkes å begrense ønsket om maksimal profitt og minimal arbeidsmengde. Samtidig vil det i de fleste yrker finnes mennesker som har valgt arbeid med bakgrunn i gale motiver. Hvilket system en velger vil derfor avhenge ikke bare av adferd en helst vil framme, men også andre faktorer som nasjonale lover, regler, kultur og tradisjon. Samtidig er det viktig å huske at ulike system vil kunne fungere forskjellig i ulike områder eller land. Videre ser en, som tabell 3 ovenfor viser, at flere og flere land har gått over til et blandingsystem som inneholder flere av de nevnte metoder i flere ulike kombinasjoner med tanke på hvor mye en skal få per capita, fastlønn eller for hver enkelt tjeneste utført, samt egenandeler.

Med tanke på organisering av primærhelsetjenesten har det blitt vist til hvordan dette blir gjort i Sverige, Danmark og England, i tillegg til Norge. Med bakgrunn i den norske helsetjenesten generelt, og primærhelsetjenesten spesielt med legene i spissen, har det også blitt vist til den historiske utviklingen i landet fra midten av 1800-tallet og fram til i dag. Det har videre blitt sett på likheter hos sammenligningslandene, men viktigere har det blitt vist til ordninger utenfor Norge som muligens kan implementeres i primærhelsetjenesten også her til lands. Dette er ordninger som i teorien skal gi et bedre helsetilbud til befolkningen, men teori og praksis er ofte to forskjellige ting. Videre er det også viktig å huske at selv om noe fungerer i et land er det ikke gitt at det vil fungere i et annet. Samtidig har nasjonale tilpasninger blitt gjort med hell tidligere, og det kan derfor tenkes at det er mulig å gjøre det igjen. Det vil være vanskelig å gi noe fasitsvar på hva som ville være optimalt i et land som Norge, men at det vil bli gjort endringer i primærhelsetjenesten i en ikke veldig fjern framtid er sannsynlig. Om dette gjøres i måten fastlegene avlønnes på, om de får strengere

retningslinjer å følge, eller hele tjenesten blir omorganisert er vanskelig å spå. Spesielt med tanke på de økende utgifter kan det vanskelig tenkes at noe ikke vil skje. De ovennevnte forslag kan derfor muligens være gode alternativer.

## Referanser

- Baldersheim, H. (1987). Frå statstenar til stifinnar 1970-1987. I H. E. Næss, e. Hovland, T. Grønlie, H. Baldersheim & R. Danielsen (Eds.), *Folkestyre i by og bygd. Norske kommuner gjennom 150 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2007). Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 357, 181-190.
- Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *The New England Journal of Medicine*, 361, 368-378.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 209-213.
- Carlsen, F., & Grytten, J. (1998). More physicians: Improved availability or induced demand. *Health Economics*, 7, 495-508.
- Coulter, A. (1998). Managing demand at the interface between primary and secondary care. *British Medical Journal*, 316, 1974-1976.
- Dranove, D. (1994). Physician-induced demand for childbirths. *Journal of Health Economics*, 13, 61-73.
- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S., & McKee, M. (2006). Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Feldman, R., & Sloan, F. (1998). Competition among physicians, revisited. In W. Greenberg (Ed.), *Competition in the health care sector: Ten years later* (pp. 17-39). London: Duke University Press.
- Fleetcroft, R., & Cookson, R. (2006). Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11, 27-31.
- Flåm, K. (2010). Sykefraværet: Vurderer overvåking av fastleger. Tatt 18.02, fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=591180>

- Glenngård, A. H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., & Bankauskaite, V. (2005). Health systems in transition: Sweden (No. ISSN 1817-6127): European Observatory on Health Care Systems.
- Godager, G., Iversen, T., & Lurås, H. (2007). *Fastlegeordningen: Utvikling i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet* (No. 82-7756-178-4). Oslo: HERO.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., et al. (2009). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians (review). *The Cochrane Library*.
- Gosden, T., Pedersen, L., & Torgerson, D. (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *Quarterly Journal of Medicine*, 92, 47-55.
- Gosden, T., Sibbald, B., Williams, J., Petchey, R., & Leese, B. (2003). Paying doctors by salary: A controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy*, 64, 415-423.
- Gosden, T., Williams, J., Petchey, R., Leese, B., & Sibbald, B. (2004). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behavior of primary care physicians. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gress, S., Delnoij, D. M. J., & Groenewegen, P. P. (2006). Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. I R. B. Saltman, A. Rico & W. Boerma (Eds.), *Primary care in the driver's seat?* New York: Open University Press.
- Groenewegen, P. P., & Calnan, M. (1995). Changes in the control of health care systems in Europe. Implications for professional autonomy. *European Journal of Public Health*, 5, 240-244.
- Grytten, J., Carlsen, F., & Skau, I. (2001). The income effect and supplier induced demand. Evidence from primary physician services in Norway. *Applied Economics*, 33, 1455-1467.
- Grytten, J., Skau, I., Sørensen, R. J., & Aasland, O. G. (2003). *Fastlegereformen: En analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud* (No. ISSN: 0803-2610). Oslo: Handelshøyskolen BI: Institutt for offentlige styringsformer.
- HELFO. (2010). Egenandeler for helsetjenester. Tatt 18.02, 2010, fra <http://www.helfo.no/PRIVATPERSON/EGENANDELER/Sider/default.aspx>
- Iversen, T., & Lurås, H. (2002). Waiting time as a competitive device: An example from general medical practice. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2, 189-204.

- Iversen, T., & Lurås, H. (2006). Capitation and incentives in primary care. In A. Jones (Ed.), *The elgar companion to health economics* (pp. 269-278). Celtenham: E. Elgar Publishing.
- Johnsen, J. R. (2006). *Health systems in transition: Norway* (No. ISSN 1817-6127). København: European Observatory on Health Care Systems.
- Krasnik, A., Groenewegen, P. P., Pedersen, P. A., Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., et al. (1990). Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, *360*, 1698-1701.
- Lee, T. H., & Ferris, T. G. (2009). Pay for performance: A work in progress. *Circulation*, *119*, 2965-2966.
- Malm, O. (1887). Om en ny ordning af det civile lægevæsen. Kristiania.
- McDonald, R., & Roland, M. (2009). Pay for performance in primary care in England and California: Comparison of unintended consequences. *Annals Of Family Medicine*, *7*, 121-127.
- Norheim, O. F., & Carlsen, B. (2003). Legens doble rolle som advokat og portvakt i fastlegeordningen: Evaluering av fastlegeordningen (No. 144337/330). Bergen: Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Olsen, J. A. (2009). Principles in health economics and policy. Oxford: Oxford University Press.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., & Hoos, A. M. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, *40*, 903-918.
- Rice, T., & LaBelle, R. J. (1989). Do physicians induce demand for medical services? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *14*, 587-600.
- Schiøtz, A. (2000). Distriktslegen - institusjonen som forsvant. Det offentlige legevæsen 1900-1984. Upublisert avhandling dr.philos. UiO, Det medisinske fakultet.
- Schiøtz, A. (2003). Folkets helse - landets styrke. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, A. (2000). Economics of general practice. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (Vol. 1).
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, *152*, 1423-1433.
- Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B., Vallgård, S., Krasnik, A., & Vrangbæk, K. (2007). Health systems in transition: Denmark (No. ISSN 1817-6127). København: European Observatory on Health Care Systems.

WHO. (1999). *Health systems in transitions; United Kingdom*. København: European Observatory on Health Care Systems.