



DET KONGELIGE  
SOSIALDEPARTEMENT

# St.prp. nr. 65

(2000-2001)

---

## Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 30. mars 2001,  
godkjent i statsråd samme dag.*

## 1 Innledning og sammendrag

### 1.1 Avtaleverk for fastlegeordningen

---

I Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegereformen), som ble lagt fram 24. september 1999, foreslo Regjeringen å innføre en fastlegeordning på landsbasis fra 1. januar 2001. Stortinget behandlet proposisjonen 28. mars 2000 på grunnlag av Innst. O. nr. 49 (1999-2000). På dette tidspunktet var det fremdeles Regjeringens intensjon å iverksette ordningen 1. januar 2001. Dette hadde som forutsetning at forhandlingene mellom staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening om de økonomiske vilkårene i fastlegeordningen var gjennomført innen sommeren 2000. Forhandlingene startet i april 2000, men det var ikke mulig å komme til enighet innen den fastsatte fristen. Partene var derfor enige om at reformtidspunktet måtte utsettes til 1. juni 2001, og Stortinget ble informert om dette gjennom St.prp. nr. 61 (1999-2000).

Det ble forhandlet parallelt om hele avtaleverket som regulerer fastlegeordningen. Det er ulike partsforhold i de ulike avtalene, men det var nær kontakt mellom alle avtalepartene om hele avtaleverket. Avtalene ble inngått i slutten av september 2000 og gjelder fra 1. juni 2001.

«Rammeavtale (sentral kommuneavtale) mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene» regulerer legenes og kommunenes plikter og rettigheter i fastlegeordningen. Som vedlegg til avtalen følger en «mal» for de individuelle avtalene som inngås mellom den enkelte fastlege og kommunen. Oslo kommune og Legeforeningen har inngått tilsvarende avtale.

«Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen» regulerer lønnsvilkårene for fastlønte fastleger, for legevaktarbeid og for offentlig legearbeid, samt godtgjøringen for leger som mottar turnusleger i sin praksis. Tilsvarende avtale er inngått mellom Oslo Kommune og Legeforeningen.

«Avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund på den ene side og Den norske lægeforening på den andre side om økonomiske vilkår for leger med kommunal fastlegeavtale og leger med fylkeskommunal avtalepraksis» («statsavtalen») regulerer de økonomiske vilkårene for leger med fastlegeavtale eller driftstilskuddsavtale, herunder basistilskuddet fra kommunen per innbygger på legens liste, utjamningsordningen som innebærer at det gis ekstra kommunalt tilskudd til leger med fastlegeavtale i små kommuner med korte lister, driftstilskuddet fra kommunen til leger i kommuner der fastlegeordningen er suspendert, og legenes honorarer (normaltariffen). I tillegg fastsetter avtalen prinsippene for regulering av legens lister. De økonomiske konsekvensene av fastlegereformen som omtales i denne proposisjonen, har sin bakgrunn i denne avtalen.

## 1.2 Sammendrag

I kapittel 2 gis en statusoversikt per mars 2001 over befolkningens oppslutning om fastlegeordningen, inngåtte fastlegeavtaler, kapasiteten i legetjenesten, kommuner med mangelfull legedekning osv. Om lag 78 prosent av befolkningen har gitt tilbakemelding på tilsendt legevalgskjema, og 0,5 prosent har valgt å stå utenfor ordningen. Kommunene har opprettet 3 858 fastlegehjemler, hvorav 297 ikke var besatt per 22. mars 2001. I kommuner med mindre enn 2 000 innbyggere manglet det lege til  $\frac{1}{4}$  av listene, og 16 kommuner var helt uten navngitte fastleger. Endelig oversikt over situasjonen ved innføringen av fastlegeordningen vil først foreligge i mai 2001.

I kapittel 3 omtales de økonomiske konsekvensene på årsbasis som følge av at fastlegeordningen innføres. Det regnes med netto offentlige merutgifter på 255 mill. kroner som direkte følge av reformen, hvorav kommunenes andel er anslått til 80 mill. kroner og folketrygdens andel til 175 mill. kroner.

I forbindelse med forhandlingene om økonomien i fastlegeordningen ble det også ført forhandlinger om inntektsoppgjøret per 1. juni 2001 vedrørende basistilskudd og takster. Forhandlingene resulterte i at basistilskuddet per innbygger på legenes lister ble fastsatt til 278 kroner fra 1. juni 2001. For allmennlegetjenesten representerer takstoppgjøret årlige merutgifter for kommunene på ca. 40 mill. kroner og for folketrygden på ca. 100 mill. kroner.

Som forutsatt ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 99 (1998-99), foreslås det innført et tilskudd til kommuner som mottar turnusleger. Turnustilskuddet foreslås fastsatt til 100 000 kroner per lege (for et halvt års turnustjeneste) fra andre halvår 2001. Tilskuddet er ikke et element i de inngåtte avtalene, men må ses som en nødvendig konsekvens av finansieringsordningen i fastlegereformen. Uten det foreslåtte tilskuddet ville det bli vanskelig å sikre et tilstrekkelig antall turnusplasser i kommunehelsetjenesten.

I kapittel 4 foreslås endringer i statsbudsjettet for 2001. Merutgiftene i 2001 som følge av fastlegereformen er anslått til 193 mill. kroner. Grunnen til at utgiftene blir så pass store allerede i 2001, da fastlegeordningen bare vil være i drift i 7 måneder, er etterslep i utbetalinger etter tidligere finansieringsordning. Det gjelder i første rekke ordningen med fastlønnstilskudd til kommuner med fastlønte allmennleger og turnusleger, som i fastlegeordningen vil bli erstattet av trygderefusjoner etter det vanlige takstsystemet. Fastlønnstilskuddet utbetales etterskuddsvis for et halvt år om gangen, mens trygderefusjonene utbetales månedsvis med bare en måneds etterslep.

Inkludert konsekvensene av takstoppgjøret, herunder for legespesialister og legevakt, foreslås følgende endringer i statsbudsjettet for 2001:

Kap. 2711 post 70 Refusjon spesialisthjelp	23 mill. kroner
Kap. 2755 post 61 Tilskudd til fastlønnordning allmennleger	-13 mill. kroner
Kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp	270 mill. kroner
I alt	280 mill. kroner

Regjeringen vil komme tilbake til kompensasjonen for kommunenes merutgifter i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001.

## 2 Status for fastlegereformen mars 2001

### 2.1 Innledning

---

Det sentrale avtaleverket om fastlegeordningen, som legger rammene for de individuelle avtalene mellom kommuner og leger om fastlegepraksis, kom på plass 25. september 2000. Deretter gjennomførte Den norske lægeforening en intern prosess, som ledet fram til godkjenning av de sentrale avtalene 14. november 2000. I mange kommuner ble de reelle forhandlingene mellom lege og kommune utsatt til etter at Legeforeningen hadde ferdigbehandlet forhandlingsresultatet. Kommunene hadde frist til 1. desember for å melde resultatet av avtaleinngåelsen til trygdeetaten. Siste halvdel av november ble dermed en hektisk periode i kommunene for å sikre at de individuelle avtalene kom på plass.

Tilbakemeldingene fra kommunene ble i stor grad levert trygdeetaten innen fristen. Departementet har inntrykk av at forhandlingene har forløpt greit i de fleste kommuner. I de kommunene hvor momenter i avtalene fortsatt var uavklart per 1. desember ble likevel de sentrale dataene til trygdeetatens fastlegeregister levert innen fristen. Etter at trygdeetaten hadde registrert dataene, ble det lagt inn en kvalitetskontroll av dataene mot kommunene. Ved årsskiftet var data innrapportert fra samtlige kommuner og registreringene i fastlegeregisteret fullført.

I perioden 1. - 15. februar 2001 fikk alle innbyggere over 16 år bosatt i landets kommuner tilbud om å velge fastlege. Om lag 2 620 000 innbyggere ga tilbakemelding, som også omfattet ca. 700 000 barn under 16 år. Dette gir en svarprosent på 78,05 prosent av befolkningen har valgt ikke å stå på liste hos fastlege. De innbyggerne som ikke ga tilbakemelding, vil bli tildelt fastlege etter fastsatte prosedyrer, med utgangspunkt i geografisk nærhet.

### 2.2 Inngåelse av fastlegeavtaler

---

Ved årsskiftet hadde trygdeetaten for samtlige kommuner registrert inngåtte fastlegeavtaler, fastlønsstillinger for fastleger, samt ledige fastlegehjemler. Det ble blant annet registrert hvor mange innbyggere som maksimalt kan knyttes til hver av listene, heretter kalt listetak. Normalt kan listen ha mellom 500 og 2 500 plasser. Med enkelte unntak kan kommunen pålegge legen en liste på inntil 1 500 innbyggere ved full kurativ praksis. I alt er det registrert 3858 lister med et samlet listetak på 5 020 000 innbyggere, det vil si 12 prosent mer enn det samlede innbyggertallet.

Såfremt det er lege på plass i alle de registrerte fastlegehjemlene, er det således tilfredsstillende kapasitet for å ivareta et fastlegetilbud til hele befolkningen. Innbyggerne vil ha mulighet til å velge lege, og til å bytte lege dersom en er misfornøyd med tildelt fastlege. Det er imidlertid geografiske variasjoner i kapasiteten, som vist i tabell 2.1. Vest-Agder, Oslo og Vestfold har prosentvis størst kapasitet, mens Østfold, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og

Nord-Trøndelag har lavest kapasitet sett i forhold til antall innbyggere i fylkene.

Tabell 2.1: Oversikt over listekapasitet per fylke

Fylke	Antall innbyggere	Antall lister	Antall listeplasser	Prosent av antall innbyggere
Østfold	248 217	198	260 215	105 %
Akershus	467 052	366	504 230	108 %
Oslo	507 467	456	614 340	121 %
Hedmark	187 103	166	200 298	107 %
Oppland	182 701	170	207 712	114 %
Buskerud	236 811	195	260 645	110 %
Vestfold	212 775	164	253 690	119 %
Telemark	165 038	147	185 355	112 %
Aust-Agder	102 178	93	115 400	113 %
Vest-Agder	155 691	148	206 017	132 %
Rogaland	373 210	275	407 210	109 %
Hordaland	435 219	385	497 176	114 %
Sogn og Fjordane	107 589	98	113 699	106 %
Møre og Romsdal	243 158	221	255 092	105 %
Sør-Trøndelag	262 852	213	296 761	113 %
Nord-Trøndelag	127 108	114	134 837	106 %
Nordland	239 109	216	257 922	108 %
Troms	151 160	147	167 701	111 %
Finnmark	74 059	86	82 160	111 %
I alt	4 478 497	3 858	5 020 460	112 %

De fylkesvise tallene skjuler samtidig store variasjoner mellom kommunene:

- Hvaler kommune har lavest kapasitet og kan bare gi 43 prosent av befolkningen tilbud om plass på liste i sin kommune
- Fedje kommune har høyest kapasitet og kan tilby listeplass til nær 3 ganger innbyggertallet
- Samlet har 63 kommuner planlagt lavere listekapasitet enn antall innbyggere i kommunen.

Det er mulig å velge lege på tvers av kommunegrensene, og i enkelte tilfeller har nabokommuner et organisert samarbeid om fastlegeordningen. Hvis kapasiteten likevel er for liten til å gi befolkningen tilbud om fastlege, må kommunen søke å få økt listekapasiteten gjennom forhandlinger med fastlegene i kommunen om justering av listetaket, eller ved å rekruttere flere leger.

Kommunene hadde mulighet til å stille som vilkår at leger med fastlegeavtale skal delta med inntil 7,5 timer offentlig allmennt medisinsk legearbeid per uke, og departementet hadde i flere sammenhenger presisert betydningen av dette overfor kommunene. Tilbakemeldinger fra fylkeslegene kan tyde på at

kommunene likevel i liten grad har benyttet denne muligheten til å styrke det offentlig legearbeidet.

Selvstendig næring er hovedmodellen for leger i fastlegeordningen. Dette gjelder for 3445 av fastlegehjemlene. Registreringene viser at det er 413 leger som har valgt å arbeide på fast lønn, med i alt ca. 250 fastlegeårsverk. Det er registrert 46 praktiserende allmennleger som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen. Disse legene vil etter 1. juni 2001 eventuelt drive privat legepraksis uten kommunalt tilskudd og (med noen få unntak) refusjonsrett.

### 2.3 Legedekning

Listekapasiteten som er redegjort for ovenfor forutsetter at det er lege på plass for å ta ansvar for listene. Per 22. mars 2001 er det registrert 297 lister uten navngitt lege. Inntil kommunene har inngått avtale med leger også for disse listene, vil tallene ovenfor gi et for positivt bilde av listekapasiteten:

- De 297 listene som er registrert uten lege, har et samlet stipulert listetak på 336 000 innbyggere. Det utgjør 7 prosent av det samlede listetaket for alle registrerte lister.
- Om lister uten lege holdes utenfor, utgjør samlet listetak 4,685 millioner plasser.

I en stor del av kommunene er en liste uten lege en følge av at kommunen har fått opprettet nye legehjemler som de ennå ikke har fått rekruttert til. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling behandlet i 1999 og 2000 søknader om 343 nye legestillinger/-hjemler til kommunehelsetjenesten. Etter søknadsbehandling ble det opprettet 333 nye legehjemler, og for en del av disse har ikke kommunen rukket å gjennomføre tilsettingsprosessen ennå. Tabell 2.2 gir en fylkesvis oversikt over nyopprettede stillinger i 1999 og 2000 sammenholdt med antall lister uten lege. Det framstår en tendens til at fylker som har et høyt antall nyopprettede hjemler, også har registrert flere lister uten lege. Men det er også fylker der det er registrert et høyt antall lister uten lege selv om det er opprettet få nye legehjemler. Dette er et uttrykk for mer permanente rekrutteringsproblemer, og gjelder særlig de fire nordligste fylkene og Sogn og Fjordane.

Tabell 2.2: Nyopprettede legehjemler i 1999 og 2000 sammenholdt med antall lister uten lege

Fylke	Innvilgede hjemler	Antall lister uten lege
Østfold	12,5	3
Akershus	68,1	27
Oslo	23,7	11
Hedmark	16,0	21
Oppland	4,6	5
Buskerud	18,5	22
Vestfold	16,5	6
Telemark	16,0	15
Aust-Agder	15,8	4
Vest-Agder	4,0	4

Tabell 2.2: Nyopprettede legehjemler i 1999 og 2000 sammenholdt med antall lister uten lege

Rogaland	28,0	13
Hordaland	35,4	36
Sogn og Fjordane	6,7	17
Møre og Romsdal	15,6	13
Sør-Trøndelag	13,5	14
Nord-Trøndelag	8,7	14
Nordland	18,3	39
Troms	10,0	17
Finnmark	2,0	16
Totalt	333,8	297

I tabell 2.3 vises hvordan mangel på leger fordeler seg på kommuner med ulikt innbyggertall. Problemet er størst i de minste kommunene. I kommunene med mindre enn 2000 innbyggere utgjør lister uten leger 25 prosent av listekapasiteten.

Tabell 2.3: Listedata etter kommunenes størrelse

Kommunegruppe	Antall kommuner	Innbyggertall	Antall lister uten lege	Samlet listekapasitet	Herav listeplasser uten lege	Andel listeplasser uten lege
0-1999	95	123 885	45	148 522	37 310	25,1 %
2000-4999	152	505 007	67	545 476	72 374	13,3 %
5000-9999	89	630 881	45	686 385	51 122	7,4 %
10000-29999	75	1 264 517	80	1 344 063	98 220	7,3 %
Over 30000	24	1 954 207	60	2 296 014	76 911	3,3 %
I alt	435	4 478 497	297	5 020 460	335 937	6,7 %

Kommuner som har mange lister uten leger vil kunne få problem med å innføre fastlegeordningen fra 1. juni 2001:

- Det er 16 kommuner der det bare er registrert lister uten lege. Samlet er det nærmere 24 000 innbyggere i disse kommunene.
- I tillegg er det 13 kommuner der mindre enn 50 prosent av listekapasiteten er dekket med navngitt lege. I disse kommunene er det 37 000 innbyggere.
- Det er ytterligere 62 kommuner der mindre enn 75 prosent av listeplassene er dekket med navngitt lege.

Kommuner som har lister uten lege må arbeide aktivt for å rekruttere leger fram til fastlegeordningen skal innføres. Mangelen på leger forventes derfor å bli redusert fram til innføringstidspunktet. Kommuner som likevel ikke klarer å rekruttere leger til de ledige listene eller skaffe et tilstrekkelig antall listeplasser gjennom samarbeid med andre kommuner, kan søke fylkeslegen om suspensjon fra fastlegeordningen. Per 22. mars 2001 er det innvilget åtte søknader om suspensjon.

## 2.4 Tilgang på leger og stimuleringstiltak

---

Mangelfull rekruttering til legestillinger og høy turnover i legetjenesten har vært et problem i kommunehelsetjenesten i flere år. Problemet har vært størst i de nordligste fylkene. Det har vært gjennomført ulike tiltak for å bedre tilgangen på leger og for å stimulere til rekruttering og bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten. I løpet av 1990-tallet har utdanningskapasiteten for leger økt betraktelig. I tillegg studerer mange nordmenn medisin i utlandet. Dette begynner nå å vise seg i økt tilgang på ferdig utdannede leger. Det har også vært iverksatt tiltak for å rekruttere leger fra utlandet. Gjennom opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling er det gjennomført en bedre styrt fordeling av nye legestillinger og -hemler. Kommunehelsetjenesten er blitt prioritert for å legge til rette for innføringen av fastlegeordningen.

Siden 1998 har Sosial- og helsedepartementet innført spesielle stimuleringstiltak for å bedre rekrutteringen til primærlegetjenesten, herunder tilskudd til etter- og videreutdanning for primærleger, veiledningsordning for turnusleger i kommunehelsetjenesten, rekruttering av leger fra utlandet, satsing på distriktsmedisin og program for allmennmedisinsk fagutvikling i Nord-Norge i samarbeid med Universitetet i Tromsø, etablering av en ordning for formidling av vikarer til Nord-Norge og tilskudd til oppstart av interkommunale legevaktordninger.

Foreløpige erfaringer kan tilsi at etablering av interkommunale legevaktordninger har bidratt til stabilitet i de aktuelle områdene. Veilederordningen for turnusleger har bidratt til økt rekruttering til allmennlegetjenesten.

## 2.5 Turnustjenesten

---

Det har i de senere år vært problemer knyttet til turnustjenesten for leger. Problemene gjelder økende antall turnusleger, organisering/administrering av turnustjenesten, fordeling av turnusplasser og det faglige innholdet i tjenesten. Problemet gjelder både turnustjenesten i kommunene og i sykehus.

Stortinget har uttalt seg om turnustjenesten i ulike sammenhenger, og blant annet bedt departementet vurdere behovet for en utvidelse av turnustjenesten i kommunehelsetjenesten fra et halvt til ett år. En del av bakgrunnen er artikkel 31 i Rådsdirektiv 93/16/EØF, som krever at leger skal ha minst to års veiledet tjeneste etter gjennomført universitetsutdanning før de kan arbeide selvstendig for trygdens regning.

Spørsmålet om en utvidelse av turnustjenesten for leger ble ytterligere aktualisert ved at EU i februar 2001 vedtok endringer i direktivet som innebærer at alle leger som skal drive selvstendig virksomhet i allmennmedisin, må ha minst 3 års heltidsopplæring. Direktivet har virkning fra 1. januar 2003. Departementet har vurdert de nye bestemmelsene og konkludert med at dagens turnustjeneste på 18 måneder inngår i 3-årsperioden.

De faglige målsettingene for turnustjenesten drøftes nærmere i «Rapport om turnustjenesten for leger» som en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet. Rapporten ble sendt på høring 15. desember 2000, med høringsfrist 15. mars 2001.



Departementet ønsker ikke å konkludere før høringsuttalelsene til rapporten er oppsummert. I tillegg til det nevnte vedtaket i EU må det også tas høyde for at antall turnusleger per år vil øke fra 320 i 1997 til bortimot 800 i 2004. I fastlegeordningen vil dessuten en større andel av veilederlegene være privatpraktiserende fastleger enn det som er tilfellet i dag. Kommunenes behov for veiledere av turnusleger var et viktig element ved inngåelsen av fastlegeavtaler i november 2000.

Det må likevel understrekes at den store økningen i antall turnusleger de nærmeste årene også innebærer at det vil kunne bli betydelig lettere å rekruttere til allmennlegetjenesten enn det har vært fram til nå.

Departementet tar sikte på å gi en grundigere omtale av turnustjenesten for leger i forslaget til statsbudsjett for 2002.

### 3 Økonomiske konsekvenser på årsbasis

#### 3.1 Innledning

Ved behandlingen av St.meld. nr. 23 (1996-97) vedtok Stortinget at kommunene ikke skulle påføres merutgifter som følge av fastlegeordningen. Det ble også vedtatt at det skal legges til grunn en fordeling mellom det kommunale basistilskuddet («per capitatilskudd») og honorartakstene på henholdsvis 30 og 70 prosent samlet sett. Den kommunale finansieringsandelen blir dermed noe lavere i fastlegeordningen enn den er i dag. Fordi omorganiseringen av allmennlegetjenesten og forhandlingene om økonomien i fastlegeordningen medfører en viss økning i de samlede offentlige utgiftene til allmennlegetjenesten, vil kommunene samlet sett likevel få en viss utgiftsøkning som følge av reformen. Merutgiftene vil bli håndtert i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001.

I protokoll av 25. september 2000 mellom staten/Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen er basistilskuddet fra 1. juni 2001 fastsatt til 278 kroner per innbygger på legenes liste per år. Honorartakstene er avtalt justert innenfor en ramme på 248 mill. kroner på årsbasis. Avtalen omfatter takstoppgjøret for 2001, og legger til grunn følgende anslag for dagens utgifter til den kurative allmennlegetjenesten og merutgifter på årsbasis som følge av avtalen (mill. kroner):

Tabell 3.1: Samlet økonomisk opplegg for fastlegeordningen

	Utgifter i dag	Utgifter i FLO	Merutgifter	Takstoppgjør
Kommunale utgifter	1 160	1 240	80	40
Takster (refusjoner/egenandeler)	2 590	2 805	215	100
I alt	3 750	4 045	295	140

Ikke medregnet takstoppgjøret per 1. juni 2001 ble altså de samlede merutgiftene som følge av den inngåtte avtalen om økonomien i fastlegeordningen anslått til 295 mill. kroner på årsbasis. Utgiftene ble knyttet opp til følgende elementer:

- Kommunalt tilskudd (basistilskudd) til fastleger som før reformen har praksis uten driftsavtale: 90 mill. kroner
- Overgang fra fastlønnstilskudd til trygderefusjoner for nåværende fastlønsleger: 70 mill. kroner
- Utjamningsordning i små kommuner: 35 mill. kroner
- Generell styrking av økonomien i allmennlegetjenesten: 100 mill. kroner

De tre førstnevnte elementene er forutsatt av Stortinget ved behandlingen av fastlegeordningen, men den konkrete utformingen av utjamningsordningen ble fastsatt gjennom forhandlingene mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen. Den generelle styrkingen på 100 mill. kroner er et resultat av forhandlingene. Fordelingen av merutgiftene mellom kommunene

og folketrygden følger av forutsetningen om at kommunene skal ha en finansieringsandel på 30 prosent og honorartakstene (refusjoner og egenandeler) en andel på 70 prosent i fastlegeordningen. Utjammingsordningen kommer som en kommunal utgift i tillegg til denne fordelingen. På dette grunnlaget er basistilskuddet fastsatt til 278 kroner per innbygger per år inkludert takstoppgjøret.

I det følgende omtales de ulike elementene som inngår i reformutgiftene på 295 mill. kroner, i avsnittene 3.2 - 3.5. Finansieringsordningen i kommuner der fastlegeordningen er suspendert omtales i avsnitt 3.6, takstoppgjøret for 2001 i avsnitt 3.7 og finansieringen av turnustjenesten for leger i avsnitt 3.8. I avsnitt 3.9 oppsummeres de budsjettmessige konsekvensene på årsbasis.

### **3.2 Leger med praksis uten driftsavtale**

---

Det framgår av § 19 i forskrift om fastlegeordning i kommunene at leger som på iverksettningstidspunktet driver allmennlegepraksis som kommunalt ansatt eller som selvstendig næringsdrivende med eller uten driftsavtale med kommunen, har rett til å bli fastlege. I tillegg til de ca. 2 800 kurative årsverkene i den kommunale allmennlegetjenesten, er det registrert ca. 300 årsverk av leger uten driftsavtale. 46 allmennleger med praksis uten driftsavtale har meldt fra at de ikke ønsker fastlegeavtale.

Det antas at rundt regnet 250 leger som nå har praksis uten driftsavtale, vil inngå fastlegeavtale fra 1. juni 2001. Kommunene har hittil ikke hatt utgifter til disse legene. Legene har kompensert manglende driftstilskudd, og eventuelt også manglende trygderefusjoner, ved å kreve høyere egenandel av pasientene enn de maksimale egenandelene som er fastsatt av staten og som gjelder for leger med kommunal tilknytning. Som fastleger vil legene få basistilskudd fra kommunene på i alt ca. 90 mill. kroner, samtidig som de er forpliktet til å overholde de fastsatte egenandelene. Utgiftene til basistilskudd til disse legene representerer således ingen inntektsøkning for legene, men avlaster pasientene for de forhøyede egenandelene de hittil har betalt.

Innlemmingen av allmennleger uten driftsavtale i fastlegeordningen utgjør siste del av «ny avtalepolitikk for privatpraktiserende helsepersonell». Refusjonsretten for helsepersonell uten driftsavtale ble strammet inn gjennom en endring i folketrygdloven per 1. juli 1998, men allmennleger ble i forskriften unntatt fra innstrammingen fram til fastlegereformen. Ved hjelp av en tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som inngikk driftsavtaler med tidligere avtaleløse lege- og psykologspesialister og fysioterapeuter, fikk de aller fleste i disse gruppene driftsavtale i 1998, og beholdt dermed også refusjonsretten.

De avtaleløse allmennlegene som har en etablert refusjonsrett per 1. juni 2001 og som ikke inngår fastlegeavtale, vil miste refusjonsretten fra dette tidspunktet. Unntatt er de legene som kommer inn under overgangsordningen for yrkesutøvere som var over 62 år per 1. juli 1998, det vil si som er over 65 år per 1. juli 2001. Det antas at minst halvparten av de legene som har gitt avkall på fastlegeavtale, samtidig mister sin refusjonsrett, og at dette representerer en innsparing for folketrygden på ca. 10 mill. kroner. Netto merutgifter ved å innlemme avtaleløse leger i fastlegeordningen anslås dermed til 80 mill. kroner.

### 3.3 Ny finansieringsordning for fastlønnsleger

---

Kommuner som har fastlønte allmennleger, får i dag fastlønnstilskudd fra folketrygden for deres kurative virksomhet. I tillegg tilfaller pasientenes egenandeler kommunen. I forbindelse med fastlegereformen er det vedtatt at ordningen med fastlønnstilskudd skal erstattes av stykkprisrefusjoner til kommunene.

Det siste tiåret er antall fastlønnsstillinger blitt gradvis mindre. Tidligere fastlønnsstillinger er i stor grad omgjort til driftsavtalehjemler. I forbindelse med fastlegereformen er denne utviklingen ført videre, ved at antall kurative fastlønnsårsverk vil bli redusert fra knapt 500 til ca. 250. For folketrygden har utviklingen hittil medført en gradvis overføring av utgifter fra fastlønnstilskudd til refusjoner. I fastlegeordningen sluttføres denne prosessen, ved at fastlønnstilskuddet erstattes av trygderefusjoner for alle de nåværende fastlønnslegene, også for dem som fortsetter i fastlønnsstilling.

Fastlønnstilskuddet ble innført i forbindelse med kommunehelsetjeneste-reformen i 1984. Formålet var at det økonomisk sett skulle være tilnærmet likeverdig for kommunene å velge fastlønnsstillinger eller driftsavtalehjemler i lege- (og fysioterapi-)tjenesten. Kommunenes nettoutgifter til en fastlønnspraksis kan variere, og det finnes ingen god oversikt over utgiftene. Men det antas at nivået helhetlig sett er omtrent på linje med nivået på driftstilskuddet til leger med driftsavtale, slik det var forutsatt ved innføringen av ordningen. Dette innebærer likevel at trygdens refusjonsutgifter per avtaleårsverk gjennomgående er noe høyere enn utgiftene til fastlønnstilskudd per kurative årsverk. Forskjellen avspeiler at avtalelegene som regel har et noe høyere inntektsnivå enn fastlønnslegene. Det anslås på denne bakgrunn at overgang fra fastlønnstilskudd til trygderefusjoner for de nåværende fastlønnslegene (ikke medregnet turnusleger) vil gi merutgifter for folketrygden på 70 mill. kroner.

### 3.4 Utjamningsordning i små kommuner

---

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 99 (1998-99) sluttet Stortinget seg til at det i fastlegeordningen innføres en utjamningsordning for å sikre leger i små kommuner med korte lister et rimelig inntektsgrunnlag. I fastlegeforskriften er det fastsatt at ordningen avgrenses til kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere. Gjennom statsavtalen ble «referanselisten» i ordningen fastsatt til 1 200, det vil si at ordningen gjelder kommuner der gjennomsnittlig listestørrelse per opprettet fastlegehjemmel er mindre enn 1 200 innbyggere. Ved beregningen av gjennomsnittlig listestørrelse inngår både leger med fastlegeavtale og fastlønte fastleger, men utjamningsordningen gjelder bare for de legene som har fastlegeavtale. Disse legene vil, i tillegg til basistilskudd for innbyggerne på listen, få et ekstra tilskudd fra kommunen som tilsvarende basistilskudd for differansen mellom 1 200 innbyggere og den gjennomsnittlige listestørrelsen i kommunen. I en kommune der gjennomsnittlig listelengde er 800, vil altså hver av legene med fastlegeavtale få et ekstra tilskudd tilsvarende basistilskudd for 400 innbyggere. Det samlede kommunale tilskuddet for den enkelte lege vil dermed avhenge av legens liste, slik som i andre kommuner.

Ut fra tilgjengelige opplysninger ser det ut til at av i alt 246 kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, vil utjamningsordningen kunne komme til

anvendelse i 204 kommuner med 493 000 innbyggere og 578 lister. Gjennomsnittlig listelengde i disse kommunene anslås på dette grunnlaget til 853. Det innebærer at gjennomsnittlig utjamningstilskudd per lege kan anslås til 96 000 kroner.

I forbindelse med fastlegereformen anslås at antall kurative fastlønnsårsverk vil bli om lag halvert, til ca. 250 årsverk, jf. avsnitt 3.3. De gjenværende fastlønnslegene vil i hovedsak befinne seg i de minste kommunene som også er aktuelle for utjamningsordningen. Ved beregningen av kommunenes utgifter til utjamningsordningen er det derfor lagt til grunn at om lag  $\frac{1}{3}$  av fastlegene i de aktuelle kommunene vil være fastlønte og ikke komme inn under ordningen. På dette grunnlaget er utgiftene til utjamningsordningen anslått til 35 mill. kroner.

### **3.5 Styrking av økonomien i allmennlegetjenesten**

---

Ved forhandlingene mellom staten, Kommunenes sentralforbund og Legeforeningen om «statsavtalen» ble partene enige om en generell styrking av økonomien i allmennlegetjenesten med 100 mill. kroner, eller om lag 2,5 pst. Beløpet tilsvarer vel 30 000 kroner per kurativt årsverk. En lege med full driftsavtale har i dag i gjennomsnitt en bruttoomsetning på 1,1-1,2 mill. kroner, hvorav om lag halvparten går med til å dekke kostnadene i praksisen. Styrkingen kan gi grunnlag for en kvalitetsheving i tjenesten, for eksempel ved ansettelse av mer hjelpepersonell og investering i utstyr. Fastlegeordningen stiller legene overfor større krav til tilgjengelighet for pasientene enn dagens organisering av legetjenesten, idet innbyggerne må ha sikkerhet for å komme gjennom til sin egen fastlege for bestilling av time, og for å få konsultasjon innen rimelig tid. I dag kan, og må, pasienter i større grad ringe til en annen lege hvis den første legen ikke er tilgjengelig.

### **3.6 Finansieringsordningen i kommuner der fastlegeordningen er suspendert**

---

Kommuner som på grunn av vakante legehjemler ikke har mulighet til å etablere en fastlegeordning fra 1. juni 2000, på egen hånd eller i samarbeid med nabokommuner, må basere allmennlegetjenesten på midlertidige løsninger. Det samme gjelder kommuner som på et seinere tidspunkt ikke klarer å videreføre ordningen for en periode av samme grunn. Kommunen kan søke fylkeslegen om suspensjon av fastlegeordningen, og vil måtte søke å dekke legebekostnadene ved kortvarige engasjementer. Legetjenesten vil da i prinsippet være organisert som i dag, med fast lønn eller driftstilskudd og takster for legene, og uten fastlegelister. Det er avtalt et driftstilskudd på 430 000 kroner per år for selvstendig næringsdrivende leger i en suspensjonskommune.

### **3.7 Takstoppgjøret per 1. juni 2001**

---

For å gi leger og kommuner en best mulig oversikt over de økonomiske vilkårene i fastlegeordningen så tidlig som mulig, ble partene enige om å gjennomføre takstforhandlingene og lønnsforhandlingene for neste avtaleperiode i samband med forhandlingene om fastlegeordningen. Gjeldende avtale om

driftstilskudd og takster utløper 30. juni 2001. Normalt gjennomføres takstforhandlingene fra slutten av mai, etter at de sentrale lønnsoppgjørene er avsluttet. I og med at fastlegeordningen innføres 1. juni 2001, ville det uansett være nødvendig å framskynde oppgjøret denne gang. Forholdene lå også til rette for tidlige forhandlinger, idet rammene for lønnsoppgjørene i 2001 ble fastsatt allerede ved lønnsforhandlingene i 2000. Lønnsoppgjørene utgjør en viktig del av grunnlaget for takstforhandlingene.

Partene ble 25. september 2000 enige om en justering av basistilskudd, driftstilskudd og takster med 3,5 prosent per 1. juni 2001. På årsbasis innebærer dette en rammeøkning for allmennlegenes kontorpraksis på ca. 140 mill. kroner, hvorav 40 mill. kroner på basistilskuddet og knapt 100 mill. kroner på takstene. Av det avtalte basistilskuddet på 278 kroner er om lag 9 kroner knyttet til takstoppgjøret. Kommunenes del av takstoppgjøret og lønnsoppgjøret per 1. juni 2001 må på vanlig måte dekkes av kommunene selv.

Som en konsekvens av fastlegereformen er det innført tre nye takster for fastleger i takstsystemet. Pasienter som har valgt å stå utenfor fastlegeordningen, kan avkreves en ekstra egenandel på 110 kroner for konsultasjon hos fastlege. Pasienter som har fastlege, har rett til å be om fornyet vurdering av annen lege. For denne vurderingen, med tilbakemelding til pasientens fastlege, får legen et tillegg på 150 kroner fra trygden. For pasienter som har fastlege, men som må oppsøke en annen lege, får legen et tillegg på 50 kroner fra trygden. Pasienter som har fastlege vil betale samme egenandel hos alle fastleger.

Det vises til nærmere omtale av takstoppgjøret i kap. 4.

### 3.8 Tilskudd til turnustjenesten

---

For å få autorisasjon må medisinske kandidater gjennomføre 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> års turnustjeneste, hvorav et halvt år i kommunehelsetjenesten. Utgiftene i denne forbindelse utredes av kommunene, som til gjengjeld mottar fastlønnstilskudd fra folketrygden og egenandelene som turnuslegen tjener inn. Utgiftene består av lønn og sosiale utgifter for turnuslegen og driftsutgifter i forbindelse med turnuslegens praksis, herunder til hjelpepersonell, lokaler og utstyr. Veilederlegene er i dag i all hovedsak fastlønnsløst.

Finansieringen av turnustjenesten er således basert på de generelle finansieringsordningene i allmennlegetjenesten. I dagens finansieringsordning avhenger kommunenes utgifter til allmennlegetjenesten av antall leger med driftstilskudd eller lønn, og det samme gjelder for turnusleger. I fastlegeordningen er hovedmodellen derimot at kommunenes utgifter i stedet avhenger av folketallet i kommunen, antall leger har i prinsippet ingen betydning for utgiftene. Det vil bli vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall turnusplasser i framtiden hvis kommunene fortsatt skal ha merutgifter i tilknytning til turnuslegene, mens det ikke koster noe å opprette en ny fastlegehjemmel. Stortinget har derfor ved behandlingen av Ot.prp. nr. 99 sluttet seg til at det må etableres en finansieringsordning som utligner kommunes utgifter til turnustjenesten:

«Komiteen vil peke på at det er viktig at man sikrer at det ikke blir noen økonomisk merbelastning for kommunene å ta imot turnusleger i fastlegeordningen.»

På samme måte som for fastlønte fastleger, vil de trygderefusjonene og egenandelene som turnuslegen tjener inn, tilfalle kommunen. I tillegg forutsettes det innført et øremerket tilskudd over statsbudsjettet til kommuner som tar imot turnusleger. Tilskuddet må fastsettes slik at det i gjennomsnitt sikrer at turnuslegenes kurative arbeid ikke medfører ekstra utgifter for kommunene. Lønn for turnuslegenes offentlige legearbeid (ved sykehjem, helsestasjoner m.v.) vil imidlertid, som for andre leger, fortsatt være kommunens ansvar.

Tallet på turnusleger ved årets utgang har siden kommunehelsetjenestereformen i 1984 og fram til 1998 variert omkring 200, som innebærer at 300-350 turnusleger har gjennomført tjenesten hvert år (flere om høsten enn om våren). Tallet har steget de siste par årene, og det regnes med vel 600 kandidater og dermed et behov på 300 plasser i 2002. Dette medfører i seg selv at utgiftene til turnustjenesten vil bli større enn de har vært hittil.

Kombinasjonen av et økende antall turnusleger og det reduserte antallet fastlønsleger som følge av fastlegereformen, innebærer at turnustjenesten i framtiden i stor grad må gjennomføres hos leger med fastlegeavtale. Gjennom de avtalene som er inngått mellom Legeforeningen og henholdsvis Kommunenes Sentralforbund og Oslo kommune, er det slått fast at kommunen skal inngå avtale med den enkelte veilederlegen om dekning av ekstra driftskostnader (hjelpepersonell, lokaler og utstyr) i tilknytning til turnuslegen. I tillegg avlønnes veiledning av turnuslege som kommunal deltidsstilling på tre timer per uke, med tillegg av praksiskompensasjon. Dette gir en utgift på ca. 50 000 kroner per år. Disse elementene vil bidra til å øke kommunenes utgifter per turnuslege.

Det foreslås innført et turnustilskudd på 100 000 kroner per turnuslege, eller 200 000 kroner per turnusplass per år. Det er da tatt hensyn til at turnuslegene vil ha om lag en dag med offentlig legearbeid per uke, som kommunene fortsatt må finansiere. Med 300 turnusplasser i kommunehelsetjenesten blir utgiftene til tilskuddet 60 mill. kroner per år. Tilskuddet foreslås delfinansiert gjennom en omfordeling fra kommunerammen på grunnlag av kommunenes nåværende utgifter til turnustjenesten.

Turnustilskuddet vil bli utbetalt etterskuddsvis for den enkelte turnuslege. Utgiftene, og den nødvendige inndeckningen, påløper derfor først fra 2002.

### **3.9 Samlede budsjettmessige konsekvenser på årsbasis**

---

Av den samlede avtalte rammeøkningen for allmennlegetjenesten på 295 mill. kroner faller 215 mill. kroner på folketrygden. Grunnlaget for anslaget er forutsetningen om at den samlede utgiftsrammen i fastlegeordningen skal fordeles med 30 pst. på det kommunale basistilskuddet og 70 pst. på honorartakstene (refusjoner og egenandeler). Det regnes med innsparinger for folketrygden på 10 mill. kroner til avtaleløse leger som mister refusjonsretten, jf. avsnitt 3.2, og på 30 mill. kroner som følge av at den særskilte kompensasjonsordningen for de fire tidligere forsøkskommunene som har hatt fastlegeordning fram til nå, blir avvirket. Trygdens netto merutgifter blir derfor om lag 175 mill. kroner. I tillegg kommer utgiftene til turnustilskuddet på 60 mill. kroner.

Ikke medregnet takstoppjøret i 2001 kan de nødvendige endringene i statsbudsjettet på årsbasis som følge av fastlegereformen anslås til (mill. kroner):

Kap. 705 post 61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	60 mill. kroner
Kap. 2755 post 61 Tilskudd til fastlønnsordning allmennleger	-215 mill. kroner
Kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp	390 mill. kroner
I alt	235 mill. kroner

Kommunenes merutgifter i forbindelse med reformen vil bli håndtert i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2001.



## 4 Forslag til endringer i statsbudsjettet for 2001

### 4.1 Fastlegereformen

---

Den nye finansieringsordningen for allmennlegetjenesten vil gjennomføres fra 1. juni 2001 og får altså virkning i 7 måneder i 2001. De kommunale utgiftene kommer til utbetaling i 7 måneder i 2001. Kommunenes merutgifter i 2001 vil bli behandlet i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

Folketrygdens refusjonsutgifter utbetales med en måneds etterslep. Merutgiftene til refusjoner i forbindelse med reformen får derfor 6 måneders virkning i 2001. Kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp må økes med 6/12 av merutgiftene på årsbasis, det vil si 210 mill. kroner.

Fastlønnstilskuddet utbetales etterskuddsvis per halvår. Det innebærer at det i 2001 vil bli utbetalt tilskudd for andre halvår 2000 og de fem første månedene av 2001. Det regnes følgelig med en innsparing tilsvarende en måneds tilskudd i 2001. Kap. 2755 post 61 Tilskudd til fastlønnsordning allmennleger kan settes ned med 17 mill. kroner.

Turnustilskuddet utbetales per turnuslege på etterskudd. Det blir derfor ikke nødvendig å bevilge midler til tilskuddet i 2001. Den foreslåtte rammereduksjonen for kommunene i denne forbindelse blir heller ikke aktuell før i 2002. Tilskuddet til de tidligere forsøkskommunene, som opphører 1. juni 2001, utbetales etterskuddsvis per halvår. Det blir derfor ingen innsparing i 2001

Samlet blir merutgiftene i 2001 som følge av fastlegereformen dermed 193 mill. kroner.

### 4.2 Takstoppgjøret per 1. juni 2001

---

I tilknytning til forhandlingene om økonomiske vilkår i fastlegeordningen mellom staten/Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening, ble det, som nevnt under pkt. 3.7, også forhandlet om basistilskudd, driftstilskudd og takster for avtaleperioden 1. juni 2001 - 30. juni 2002. I forhandlingsmøte 25. september 2000 ble partene enige om et anbefalt forslag til avtale om basistilskudd, driftstilskudd og takster for leger med avtale om drift av privat praksis. Det anbefalte forslaget innebærer at basistilskuddet for innbyggere på fastleges liste fastsettes til 278 kroner per år fra 1. juni 2001, og at gjeldende driftstilskudd for legespesialister samt honorartakstene økes med 3,5 pst. fra samme tidspunkt. Partene er kommet sammen for å foreta den endelige fordelingen av den avtalte rammen på ulike takster. Disse forhandlingene er ikke slutført per 30. mars 2001.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2001 vedtok Stortinget en økning i egenandelene for legehjelp med i alt 4,5 pst. fra 1. juli 2001. Av praktiske grunner foreslås egenandelsøkningen gjennomført fra samme tidspunkt som økningen i honorartakstene, altså fra 1. juni 2001. Det er tatt hensyn til egenandelsøkningen i vedtatt budsjett for 2001. Økningen i takstene som følge av oppgjøret kommer derfor i sin helhet på refusjonstakstene.

Merutgiftene for folketrygden til refusjoner og fondsavsetninger for leger i 2001 anslås til 85 mill. kroner, fordelt med 23 mill. kroner på kap. 2711 post 70 Refusjon spesialisthjelp, 60 mill. kroner på kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp og 4 mill. kroner på kap. 2755 post 61 Tilskudd til fastlønnsordning allmennleger. Ordningen med fastlønnsstilskudd opphører fra 1. juni 2001. For perioden 1. januar - 31. mai 2001 forutsettes tilskuddet justert med 4,5 pst. i forhold til 2000-nivået.

Det er satt av reserver til dekning av merutgiftene ved oppgjøret under kap. 2309 Tilfeldige utgifter (Ymse-posten). Denne bevilgningen vil seinere bli foreslått nedsatt.

Sosial- og helsedepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen.

---

**Vi HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen i samsvar med et vedlagt forslag.

## Forslag til vedtak om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen

### I

I statsbudsjettet for 2001 gjøres følgende endringer:

#### Utgifter:

Kap.	Post	Formål	Kroner
2711		Diverse tiltak i fylkeshelsetjenesten m.v.:	
	70	Refusjon spesialisthjelp forhøyes med	23 000 000
		fra kr 932 000 000 til kr 955 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene:	
	61	Tilskudd til fastlønsordning allmennleger, <i>kan nyttes under post 70</i> , nedsettes med	13 000 000
		fra kr 186 000 000 til kr 173 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp, <i>kan nyttes under post 61</i> , forhøyes med	270 000 000
		fra kr 1 774 000 000 til kr 2 044 000 000	

### II

Fra 1. juli 2001 innføres en tilskuddsordning for kommuner som tar imot turnusleger. Turnustilskuddet fastsettes til kr 100 000 per turnuslege per halvår og utbetales etterskuddsvis over kap. 705 post 61 Utdannings tiltak, turnustjeneste m.v.

---