

Hva forklarer økningen i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten?

Bakgrunn. Folketrygden er en viktig finansieringskilde for allmennlegetjenesten i Norge. Formålet med denne studien er å beskrive endringene i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten for perioden 1990–2000.

Materiale og metode. Tallene for trygderefusjoner baserer seg på trygdeetatens regnskaper over kontoførte utgifter til allmennlegetjenesten. Opplysninger om legeårsværk er hentet fra Statistisk sentralbyrå og omfatter årsværk utført av privatpraktiserende allmennleger i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre og hjemmetjenestene. Endringer i stykkprisene er fanget opp ved en prisindeks hvor stykkprisene for hvert år er hentet fra normaltariffen, og hvor vektene i prisindeksen er beregnet på grunnlag av den EDB-baserte legeregningsskontrollen.

Resultater. I perioden 1990 til 2000 steg folketrygdens utgifter fra 863,8 millioner kroner til 1,588 milliarder kroner. Vi undersøkte endringer i utgifter per innbygger ut fra endringer i legeårsværk, folketall og stykkpriser. Vårt hovedfunn er at økningen i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten samsvarer relativt bra med økningen i legeårsværk per innbygger og stykkpriser i perioden 1990–2000.

Fortolkning. En mulig tolking av resultatene er at folketrygdens utgifter kan kontrolleres ved å kontrollere nivået på honorarene og ved å kontrollere tilgangen på privatpraktiserende allmennleger. Ved tolking av funnene må vi imidlertid ta forbehold om mulige målefeil i både legeårsværksvariabelen og i variabelen som måler de kontoførte utgiftene.

Folketrygden er en viktig finansieringskilde for allmennlegetjenesten i Norge. I 2000 var folketrygdens samlede utbetalinger til allmennlegetjenesten ca. 1,5 milliarder kroner (1). Frem til fastlegeordningen trådte i kraft 1.6. 2001 var det i hovedsak de privatpraktiserende allmennlegene med og uten kommunal driftsavtale som mottok stykkprisrefusjoner fra folketrygden. Kommunalt ansatte leger mottok fast lønn fra kommunen i ordinær arbeidstid, mens de fikk stykkpris-

Jostein Grytten

josteing@odont.uio.no
Seksjon for samfunnsodontologi
Det odontologiske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1052 Blindern
0316 Oslo

Irene Skau

Handelshøyskolen BI
1301 Sandvika

Grytten J, Skau I.

What explains the growth in National Insurance Administration expenditure for primary physician services in Norway?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1492–6

Background. Fee-for-item payments are the main source of remuneration for primary care physicians in Norway. Physicians receive a major part of these payments from the National Insurance Administration. The present study describes the development in the National Insurance Administration expenditure for primary physician services in Norway from 1990 to 2000.

Material and methods. The analyses were performed on accounting data from the National Insurance Administration and data on the number of physician per 10,000 population from Statistics Norway.

Results. From 1990 to 2000, expenditure increased by 84%, from NOK 863.8 million to NOK 1.58 billion. Our main finding is that a substantial part of this increase can be explained by increases in the number of primary care physicians, population size, and the level of fees.

Interpretation. One interpretation of our findings is that National Insurance Administration expenditure on primary physician services to some extent can be controlled by regulating the number of physicians practicing with reimbursement from the National Insurance Administration and the level of fees.

refusjoner fra folketrygden for legevaktkjøring. Etter at fastlegeordningen ble innført fra 1.6. 2001, mottar i prinsippet alle fastleger stykkprisrefusjoner fra folketrygden. Fastlegene får også et tilskudd per år fra kommunen for hver listepasient (kr 278). Tilskuddet per listepasient er ment å utgjøre ca. 30% av fastlegenes inntekter. I gjennomsnitt er inntektene fra folketrygden ment å utgjøre ca. 40% av fastlegenes inntekter. Resten av inntekten kommer fra pasientenes egenandeler.

Med ett unntak har det ikke vært foretatt

noen systematisk beskrivelse av folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten i Norge (2, 3). Dette til tross for at folketrygden har vært og i fastlegeordningen fortsatt vil være en viktig finansieringskilde for allmennlegetjenesten. Elstad studerte de geografiske forskjeller i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten for perioden 1986–89 (3). Analysene ble utført på aggregerte data med handelsdistrikt som analyseenhet. Han fant at utgiftsnivået ble påvirket av allmennlegetjenestens kapasitet og av indikatorer for sykkelighet i befolkningen. Det finnes mye internasjonal forskning der man har analysert utviklingen i enkeltlands helseutgifter over tid og variasjonen i helseutgiftene mellom land (4–8). Felles for de fleste av disse studiene er at de bruker aggregerte data om helseutgifter, uten å skille mellom utgifter til for eksempel sykehus og utgifter til allmennlegetjeneste. Variasjonen i helseutgifter kan forklares ut fra forskjeller i organisering, finansiering, befolknings sammensetning, sykdomsforekomst, befolkningens inntektsnivå og teknologi (4–8).

Vi vil beskrive endringene i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten for perioden 1990–2000. Formelt kan folketrygdens refusjonsutgifter til privatpraktiserende allmennleger i år t dekomponeres i følgende faktorer (likning 1) (4).

Vi vil studere endringer i utgifter per innbygger ut fra endringer i legeårsværk, folketall og stykkpriser. Disse størrelsene er kjente og kan brukes til å beskrive den forventede utgiftsutviklingen. Antall kontakter per legeårsværk og antall prøver og antall behandlinger per kontakt er størrelser som beskriver eventuelle endringer i legesøkning, sykkelighet og aktivitetsnivå i praksis. Differansen mellom forventede utgifter per innbygger og faktiske kontoførte utgifter vil kunne tilskrives disse faktorene. Eventuelle avvik mellom forventede og faktiske utgifter per innbygger vil da bety at det enten har vært endringer i befolkningens bruk av sine allmennleger og/eller endringer i legenes praksis i perioden 1990–2000.

Metode og datakilder

Tallene over trygderefusjoner som benyttes i denne artikkelen omfatter både kontorpraksis og legevakt og er hentet fra trygdeetatens regnskaper (1). Refusjonene omfatter allmennleger med og uten kommunal avtale. Utgifter til dekning av kommunenes merutgifter i forbindelse med fastlegeforsøket er inkludert. Kommunenes utgifter til fast-

lønnslegers kontorpraksis innenfor ordinær arbeidstid er ikke inkludert. Det samme gjelder utbetalt fastlønnskudd. Refusjoner til fastlønnsleger i forbindelse med eventuell egen deltidspraksis og deltakelse i organisert legevakt er imidlertid innberegnet. Vi har valgt å inkludere utgiftene til legevakt i analysene for alle år da det først fra og med 1993 er mulig å skille utgifter til legevakt fra utgifter til øvrig legepraksis.

Tall over antall legeårsværk er hentet fra Statistisk sentralbyrå og omfatter årsværk utført av leger i kommunehelsetjenesten utenfor institusjoner for eldre og hjemmetjenestene (9). Siden det er utviklingen i antall legeårsværk utført av allmennleger i privat praksis med og uten avtale om driftstilskudd som i første rekke påvirker folketrygdens refusjonsutgifter, er årsværk utført av fastlønnsleger og turnusleger ikke inkludert i analysene. Statistisk sentralbyrå samler inn sine tall per 31. desember hvert år. Tallene over trygderefusjoner dekker et helt år. I analysen har vi benyttet et middel-tall for legeårsværk ved å beregne gjennomsnittet av årsværk registrert i det aktuelle året og det foregående år. På den måten blir det større grad av samsvar mellom tidsperioden refusjonstallene dekker og perioden legeårsværkstallene dekker. Data om antall innbyggere er hentet fra Statistisk sentralbyrå og gjelder middelfolkemengden det enkelte år (10).

Den økonomiske effekten av takstoppgjørene bestemmes av endringene i stykkprisene for den enkelte takst og forbruket av taksten. For å beskrive endringene i stykkprisene isolert har vi derfor konstruert en prisindeks etter følgende formel (likning 2) (11).

Stykkprisene for hver takst er hentet fra normaltariffen (12). Referanseåret, \hat{a}_0 , er avtaleåret 1998–99, som dekker perioden 1. juli 1998 til 30. juni 1999. I avtaleåret 1998–99 omfattet normaltariffen 194 ulike takster for allmennleger.

For å beregne vektene for den enkelte takst, dvs. utgiftsandelen for hver av de 194 ulike takstene, brukes data fra den EDB-baserte kontrollen av legereregninger som foretas ved alle landets trygdekontorer. Tallmaterialet omfatter avtaleåret 1998–99, som er det siste året vi har tilgjengelige data. Dataene er tilrettelagt av oss, slik at hver lege er representert med ett månedsoppgjør. Både ordinær kontorpraksis og legevakt er inkludert. For å kunne sammenlikne kontakto-mfanget uavhengig av måned er dataene normert slik at det for hver lege er inkludert 21 hverdager og åtte helligdager. Materialet omfatter om lag 445 000 pasientkontakter fordelt på 1 224 leger. Prisutviklingen, basert på prisindeksen for perioden 1990 til 2000, er beskrevet i tabell 1.

Resultater

Perioden 1990 til 2000 er karakterisert ved en kraftig utgiftsvekst i folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten (tab 2, kolonne

Likning 1:

$$\left(\frac{\text{Utgifter}}{\text{Innbygger}} \right)_t = \left(\frac{\text{Legeårsværk}}{\text{Innbygger}} \right)_t \cdot \left(\frac{\text{Kontakter}}{\text{Legeårsværk}} \right)_t \cdot \left(\frac{\text{Utgifter}}{\text{Kontakt}} \right)_t$$

hvor $\left(\frac{\text{Utgifter}}{\text{Kontakt}} \right)_t$ igjen kan dekomponeres i:

$$\left(\frac{\text{Prøver og behandlinger}}{\text{Kontakt}} \right)_t \cdot \left(\frac{\text{Stykkpris}}{\text{Prøver og behandlinger}} \right)_t$$

II og III). I nominelle kroner steg utgiftene fra 863,8 millioner kroner i 1990 til 1,588 milliarder kroner i 2000. Omregnet til utgifter per innbygger tilsvarte dette en økning fra 204 kroner i 1990 til 354 kroner i 2000. Økningen var på 84 %, og den var spesielt stor fra 1990 til 1991. For årene 1993 og 1994 var det en nedgang i refusjonsutbetalingene sammenliknet med forutgående år. I perioden 1996 til 1999 økte de årlige utgiftene med i underkant av 6 %, unntatt for året 1998, hvor utgiftsveksten bare var 2,2 % i forhold til året før.

Endringen i legeårsværk i allmennlegetjenesten er en vesentlig faktor i en beskrivelse av utviklingen av utgiftene til primærlegetjenesten. For folketrygdens refusjonsutgifter vil det først og fremst være legeårsværk utført av leger som praktiserer med refusjon fra trygdekontolet som vil ha betydning. Således vil forholdet mellom antall årsværk utført av privatpraktiserende allmennleger med og uten kommunal driftsavtale og årsværk utført av fastlønnsleger være vesentlig.

I perioden 1990 til 2000 steg det samlede antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten med 17 % (turnusleger ikke inkludert) (9). Mens antall årsværk utført av fastlønnsleger er blitt sterkt redusert, har antall årsværk utført av allmennleger med og uten avtale om driftstilskudd økt. I 1990 var det 1 677 legeårsværk med og uten kommunal avtale (tab 2, kolonne VI). Det tilsvarende tallet i 2000 var 2 637. Dette representerer en økning på 57 % i perioden.

Fra 1990 til 2000 økte antall innbyggere med 6 % (tab 2, kolonne VII) (10). Befolkningsveksten modifierer derfor inntrykket av økningen i antall legeårsværk noe: Dersom årsværkene regnes per 10 000 innbyggere, er den samlede veksten i antall legeårsværk redusert til 10 %, mens veksten i antall

legeårsværk utført av leger med og uten kommunalt driftstilskudd er beregnet til 49 % (tab 2, kolonne VIII).

I kolonne IX i tabell 2 har vi beregnet den forventede refusjonen per innbygger når det justeres for økningen i legeårsværk og innbyggertall. Utgangspunktet for beregningen er refusjonen per innbygger i 1990. I perioden 1990 til 2000 steg refusjonene med 98 kroner per innbygger, fra 204 kroner til 302 kroner. Dette tilsvarer en økning på 48 %. Prisendringer er naturligvis en vesentlig faktor for å kunne forklare utgiftsutviklingen. I tabell 2, kolonne X presenteres beregningene fra prisindeksen, slik vi konstruerte den. I perioden 1990 til og med 1992 var det en økning i stykkprisene, mens det for årene 1993 og 1994 var en nedgang. Perioden 1995 til 2000 var karakterisert ved en jevn vekst i stykkprishonorarene, med unntak av året 1998. Endringene i honorarene slår ulikt ut for de ulike takstgruppene. Gruppene legeerklæringer, konsultasjonstakster og sær-takster har hatt størst prosentvis økning i perioden 1990–2000. Økningen har vært på godt over 70 % (tab 1). Takstene for sykebesøk har har falt med 70 % fra 1990 til 2000, mens laboratorietakstene har hatt en svak økning på 7 %.

I tabell 2, kolonne XI har vi beregnet de forventede utgifter per innbygger, justert for legeårsværk per 10 000 innbyggere og endringer i stykkprisene. For perioden 1990 til og med 1995 var det høy grad av samsvar mellom de faktiske (kolonne IV) og de forventede refusjoner (kolonne XI). For alle disse årene var forskjellen mellom forventede og faktiske refusjoner 6 % eller lavere (kolonne XIII). I 1994 var det bare én krone forskjell mellom faktiske og forventede refusjoner. Fra og med 1995 var forskjellen noe større, den varierte fra 9 % til 15 %.

Likning 2:

$$\sum \frac{\text{Stykkpris i } \hat{a}_t}{\text{Stykkpris i } \hat{a}_0} \text{ for takst}_t \cdot \frac{\text{Utgifter for takst}_t}{\text{Totale utgifter}} \text{ for } \hat{a}_0$$

Tabell 1 Takster for allmennleger. Prisindeks 1990–2000 (avtaleåret 1998–99 = 1)

Taktgruppe	Antall takster	Indeks										
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Legeerklæringer	8	0,0493	0,0601	0,0625	0,0636	0,0718	0,0749	0,0708	0,0731	0,0787	0,0853	0,0911
Enkle kontakter	7	0,0725	0,0960	0,1067	0,0959	0,0834	0,0834	0,0853	0,0853	0,0810	0,0721	0,0890
Konsultasjonstakster	7	0,2081	0,3371	0,3371	0,3192	0,3002	0,3140	0,3331	0,3429	0,3371	0,3405	0,3894
Sykebesøktakster	7	0,1370	0,1010	0,0955	0,0897	0,0841	0,0815	0,0831	0,0788	0,0504	0,0415	0,0411
«Andre» takster ¹	14	0,0762	0,0887	0,0990	0,0939	0,0905	0,0957	0,0991	0,0995	0,0985	0,1003	0,1022
Særtakster	101	0,0724	0,0774	0,0836	0,0866	0,0861	0,0885	0,1006	0,1104	0,1162	0,1221	0,1247
Laboratorietakster	33	0,1546	0,1552	0,1597	0,1501	0,1485	0,1645	0,1675	0,1703	0,1809	0,1878	0,1654
Radiologitakster	17	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004
Samlet	194	0,7705	0,9159	0,9445	0,8994	0,8650	0,9029	0,9399	0,9607	0,9431	0,9500	1,0033

Taktgruppe	Prosent endring											
	1990–91	1991–92	1992–93	1993–94	1994–95	1995–96	1996–97	1997–98	1998–99	1999–2000	1990–2000	
Legeerklæringer	22,0	4,0	1,7	13,0	4,2	-5,5	3,3	7,6	8,4	6,9	84,9	
Enkle kontakter	32,3	11,1	-10,0	-13,1	0,0	2,2	0,0	-5,0	-10,9	23,4	22,7	
Konsultasjonstakster	62,0	0,0	-5,3	-6,0	4,6	6,1	2,9	-1,7	1,0	14,4	87,2	
Sykebesøktakster	-26,3	-5,4	-6,1	-6,3	-3,0	2,0	-5,2	-36,1	-17,6	-0,9	-70,0	
«Andre» takster ¹	16,3	11,7	-5,2	-3,6	5,8	3,6	0,4	-1,1	1,9	1,9	34,0	
Særtakster	6,9	8,0	3,6	-0,6	2,8	13,6	9,8	5,2	5,1	2,1	72,2	
Laboratorietakster	0,4	2,9	-6,0	-1,1	10,8	1,9	1,7	6,2	3,8	-11,9	7,0	
Radiologitakster	2,1	1,3	-3,1	-3,1	1,0	1,0	0,4	0,4	-2,2	2,3	-0,2	
Samlet	18,9	3,1	-4,8	-3,8	4,4	4,1	2,2	-1,8	0,7	5,6	30,2	

¹ Reisetillegg, tillegg for deltakelse i organisert legevakt, godtgjørelse for tverrfaglig samarbeid

I denne perioden var de forventede refusjonene høyere enn de faktiske.

Diskusjon

Våre analyser viser at utviklingen i legeårsværk, innbyggertall og stykkpriser langt på vei forklarer folketrygdens faktiske refusjonsutgifter. Resultatene er interessante, ikke minst siden legeårsværk og stykkpriser er to størrelser som direkte påvirkes av offentlig politikk. Nivået på stykkprisene bestemmes i årlige forhandlinger mellom Den norske lægeforening og staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Stykkprisene er blitt både redusert og økt, mens antall privatpraktiserende legeårsværk har steget over den perioden vi studerer. En mulig tolking av våre funn er at en god del av folketrygdens utgifter kan kontrolleres ved å kontrollere nivået på refusjonene og ved å kontrollere tilgangen på privatpraktiserende allmennleger. Ved tolking av funnene må vi imidlertid ta forhold om mulige målefeil i både legeårsværksvariabelen og i variabelen som måler de kontoførte utgiftene.

Antall legeårsværk er målt under den antakelsen at fastlønnslegene som blir privatpraktiserende allmennleger har like mange konsultasjoner som de privatpraktiserende legene. Flere studier gir grunn til å tvile på om så er tilfellet (13, 14). For eksempel viser Johnsen & Holtedahl at antall konsultasjoner per dag er 50 % høyere blant privatpraktiserende allmennleger enn blant fastlønnsleger (13). Selv om man går over til privat praksis, er det derfor grunn til å tro at det i

alle fall vil ta tid før man har like mange konsultasjoner som de allmennlegene som har vært private i hele perioden. Overgangen fra fastlønn til privat allmennpraksis var spesielt høy i annen halvdel av 1990-årene. For eksempel falt antall fastlønnsårsværk fra 1 061 til 637 fra 1994 til 2000 (9). Til sammenlikning falt antall fastlønnsårsværk bare fra 1 150 til 1 061 i perioden 1990 til 1994. Våre beregninger i tabell 2 tar ikke hensyn til at fastlønnslegene trolig vil ha færre konsultasjoner de første årene etter at de har endret kontrakt til å bli privatpraktiserende. Tallene for legeårsværk, spesielt fra annen halvdel av 1990-årene, er derfor trolig for høye. Med vår beregningsmetode blir derfor også de forventede utgifter for høye. For perioden 1996 til 2000 var de forventede utgifter per innbygger fra 9 % til 15 % høyere enn de faktiske (tab 1, kolonne XIII). Det ville vært mindre avvik mellom de forventede og de faktiske refusjonene dersom vi for hvert år hadde korrigert for den lavere produksjonen blant fastlønnslegene som var blitt privatpraktiserende allmennleger.

Det kan også være målefeil i folketrygdens kontoførte utgifter til allmennlegetjenesten. Dette kan skyldes alt fra feilposterte utgifter på trygdekontorene til at legen krever refusjoner for tjenester som ikke er utført. Noen takster gir også legen lite refusjon, noe som kan være et incitament til å la være å sende refusjonskrav til trygdekontoret. I 1995 ble den EDB-baserte legeregningsskontrollen innført. Med den ble det også lettere å kontrollere takstbruken til

allmennlegene som mottar refusjoner fra folketrygden. Kontroller har avdekket at feil/ulovlig fakturering har forekommet, men i et relativt lite omfang (15, 16). Mulighetene for flere stikkkontroller kan ha skjerpet legene i retning av en «riktigere» fakturering. Feilkildene i de kontoførte utgiftene, i den grad de forekommer, kan derfor ha vært størst i begynnelsen av 1990-årene, før legeregningsskontrollens rutiner trådte i kraft.

I vår analyse har det ikke vært mulig å justere de forventede utgifter per innbygger med eventuelle endringer i antall kontakter per legeårsværk (likning 1). Et relevant spørsmål er om antall kontakter per legeårsværk har endret seg fra 1990 til 2000. For eksempel kan et bedre tilbud av spesialist- og sykehus tjenester ha medført flere henvisninger og færre konsultasjoner per allmennlege. På den annen side kan økt kvinneandel og en økning i andelen barn og eldre fra 1990 til 2000 ha medført flere konsultasjoner per legeårsværk. I perioden 1990–2000 økte kvinneandelen i befolkningen fra 0,505 til 0,506, andelen personer under ti år økte fra 0,127 til 0,136 og andelen personer over 80 år økte fra 0,037 til 0,043 (17, 18). En mulighet er å justere de forventede utgifter per innbygger med endringer i kjønns- og alderssammensetningen. Det er imidlertid ikke opplagt hvordan dette skal gjøres. For eksempel vet vi ikke de faktiske utgiftene i ulike kjønns- og aldersgrupper, noe som er nødvendig for å få en korrekt justering.

Så vidt vi kjenner til, finnes det heller ikke empiriske data som kan belyse om antall

Tabell 2 Faktisk og predikert refusjon til allmennleger 1990–2000, gitt befolkningsvekst, endring i legeårsverk og endring i priser

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
År	Samlet refusjon (mill. kroner) (nominelle kroner)	Prosent vekst i samlede refusjoner fra året før	Refusjon per innbygger (nominelle kroner)	Prosent vekst i refusjon per innbygger fra året før	Legeårsverk med/uten avtale	Antall innbyggere	Legeårsverk med/uten avtale per 10 000 innbyggere	Forventet refusjon per innbygger, justert for legeårsverk/innbygger (1990-kroner)	Prisindeks allmennleger (1998–99 = 1)	Forventet refusjon per innbygger, justert for legeårsverk/innbygger og prisindeks	Differanse: Forventet refusjon – kontoført refusjon	Prosent avvik fra kontoført refusjon
1990	863,8	17,6	204	17,2	1 677	4 241 473	3,95	204	0,7705	204	0	0
1991	1 111,1	28,6	261	28,0	1 711	4 261 732	4,01	207	0,9159	246	-15	-6
1992	1 181,9	6,4	276	5,8	1 781	4 286 401	4,15	214	0,9445	262	-13	-5
1993	1 171,9	-0,8	272	-1,4	1 862	4 311 991	4,32	222	0,8994	260	-12	-4
1994	1 136,7	-3,0	262	-3,6	1 958	4 336 613	4,52	233	0,8650	261	-1	0
1995	1 212,5	6,7	278	6,1	2 077	4 359 184	4,76	245	0,9029	288	9	3
1996	1 273,5	5,0	291	4,5	2 209	4 381 336	5,04	260	0,9399	317	26	9
1997	1 345,4	5,6	305	5,1	2 342	4 405 157	5,32	274	0,9607	341	36	12
1998	1 374,5	2,2	310	1,6	2 491	4 431 464	5,62	290	0,9431	354	44	14
1999	1 452,6	5,7	326	5,0	2 624	4 461 913	5,88	303	0,9550	376	50	15
2000	1 587,9	9,3	354	8,6	2 637	4 490 967	5,87	302	1,0033	394	40	11

Kommentarer til kolonnene

- II Samlet kontoført refusjon. Omfatter refusjon til allmennleger med og uten driftstilskudd, kontorpraksis og legevakt samt merutgifter i forbindelse med fastlegeforsøket
- VI Årsverk utført av allmennleger med og uten avtale utenfor institusjoner for eldre og hjemmetjenester. Beregnet middeltall: Årsverk for år t: $(\text{år } t + \text{år } t-1)/2$
- VII Middelfolkemengde
- IX Beregnet refusjon per innbygger i 1990-kroner, justert for endringer i legeårsverk per 10 000 innbyggere. Ingen prisjustering er lagt inn. Det er forutsatt at refusjonen per legeårsverk per 10 000 innbyggere i alle år tilsvarende refusjonen per legeårsverk i 1990
- XI Beregnet refusjon per innbygger, justert for endringer i legeårsverk per 10 000 innbyggere og takstendringer (prisindeks for allmennleger). Utgangspunkt for beregningen er kolonne IX

konsultasjoner per legeårsverk har endret seg over den perioden vi studerer. Noen holdepunkter kan vi derimot få fra en praksisstudie utført av Johnsen & Holtedahl (13). De finner at allmennlegenes totale arbeidstid og antall konsultasjoner så å si var uforandret fra 1978 til 1993. For eksempel var arbeidstiden per uke ca. 51 timer i 1993, mens den i 1978 var ca. 53 timer. I en omfattende litteraturstudie finner forfatterne også støtte for sine funn fra andre norske praksisstudier som ble utført i slutten av 1970-årene og frem til begynnelsen av 1990-årene. Samlet indikerer disse resultatene at økningen i legesøkingen de siste årene først og fremst har betydning for antall legeårsverk per innbygger. Basert på funnene fra tidligere studier er det derfor et visst grunnlag for å tro at antall kontakter per privatpraktiserende allmennlege har vært nokså konstant også fra 1990 til 2000.

Vi har heller ikke hatt muligheter til å justere de forventede utgifter per innbygger med eventuelle endringer i utgiftene per kontakt fra 1990 til 2000. Utgiftene per kontakt endres om antall prøver og/eller antall behandlinger per kontakt øker eller minsker. Denne størrelsen påvirkes av flere forhold, som for eksempel endringer i sykkeligheten, endringer i tilbudet av sykehus- og spesialisthelsetjenester og endringer i legenes praksisatferd. I faglitteraturen har studier som belyser legenes praksisatferd fått mye oppmerksomhet. Dette er knyttet til spørsmålet om hvorvidt legene kan indusere etterspørselen etter sine tjenester eller ikke

(19–21). Bakgrunnen for hypotesen om tilbudsinduksjon er antakelsen om asymmetrisk informasjon mellom lege og pasient. Pasienten mangler kunnskap for å vurdere omfanget og kvaliteten på de tjenester som tilbys. Legen har derfor to oppgaver: Å være pasientens rådgiver og å tilby legetjenester. I rollen som rådgiver har legen stor innflytelse på typen og mengden av tjenester som blir tilbudt. Den perfekte legeagent vil bare tilby tjenester som bunner i medisinske behov og samfunnsøkonomiske hensyn, uten å ta private økonomiske og tidsmessige hensyn. Men nettopp fordi pasienten er dårlig informert har legen en mulighet og en spore til å påvirke omfanget av innsatsen i diagnose og behandling. Det forventes spesielt at legene kompenserer et fall i stykkprisene ved å ta flere prøver, bare for å opprettholde sin inntekt. Det er ikke mulig i våre beregninger å ta hensyn til endringer i de forventede utgifter per innbygger som skyldes eventuelle endringer i legenes praksisatferd. Andre studier fra allmennlegetjenesten i Norge tyder imidlertid på at det ikke har vært endringer i praksisatferden (22–24). Basert på funnene fra denne og andre studier er det derfor et visst grunnlag for å hevde at endringene i utgifter per innbygger ikke skyldes endring i legenes praksisatferd.

I denne studien har vi ikke gjort noen eksplisitt analyse av betydningen av egenandelene for nivået på folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. I siste del av perioden har det vært en kraftig økning i egenandelene (25–27). For eksempel økte de med nes-

ten 50 % fra 1997 til 2000 (25). Økte egenandeler fra pasientene er ikke ment å føre til økte inntekter for legene. I prinsippet skal hver kronens økning i egenandeler kompenseres med en krone mindre i trygdefusjon (26). I en betraktning om hva som påvirker nivået for folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten er det derfor også viktig å være klar over hvordan politiske beslutninger om nivået på egenandelene påvirker statens utgifter til allmennlegetjenesten over trygdebudsjettet.

Konklusjon

Det er bra samsvar mellom folketrygdens faktiske og de forventede utgifter til allmennlegetjenesten. Dette betyr igjen at endringer i stykkpriser og legeårsverk per innbygger forklarer en god del av endringene i folketrygdens utgifter til allmennlegehjelp i perioden 1990 til 2000. Ved tolking av resultatene må vi imidlertid ta hensyn til at data er beheftiget med noen feilkilder, og det er også noen størrelser vi ikke greier å estimere. Noen feilkilder trekker i retning av at det er større samsvar mellom de faktiske og beregnede utgifter enn hva som fremkommer i tabell 2. Andre målefeil er det vanskelig å anslå betydningen av og i hvilken retning de trekker.

Vi takker Tor Iversen, Rune Sørensen og Øyvind Sæbø for nyttige kommentarer til denne artikkelen og Norges forskningsråd for økonomisk støtte.

Litteratur →

→

Litteratur

1. Rikstrygdeverket. Årsregnskaper, 1990–2000. Oslo: Rikstrygdeverket, 2000.
2. Elstad JI. Hva betyr høyere legedekning for stykkprisinntektene til allmennpraktiserende leger? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 355–8.
3. Elstad JI. Flere leger, større bruk? Artikler om bruk av allmennlegetjenester. Oslo: INAS, 1991.
4. Culyer AJ. Cost containment in Europe. I: Health care systems in transition. The search for efficiency. OECD Social Policy Studies No. 7 1990. Paris: OECD, 1990.
5. Gerdtham UE, Jönsson B. International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. I: Culyer AJ, Newhouse JP. Handbook of health economics. Oxford: Elsevier, 2000: 11–53.
6. Weisbrod B. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. Journal of Economic Literature 1991; 29: 523–52.
7. Newhouse JP. An iconoclastic view of health cost containment. Health Aff 1993; 12: 152–71.
8. Busse R. Expenditure on health care in the EU: making projections for the future based on the past. The European Journal of Health Economics 2001; 2: 158–61.
9. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelsetjenesten – lege, fysioterapeut og forebyggende tjenester. Utførte årsverk av legar med ulike avtaleformer i kommunehelsetenesta utenfor institusjoner for eldre og heimetjenestene. Sentralitet. <http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/tab-2001-10-12-05.html> (10.12.2001).
10. Statistisk årbok 2001. Folkemengd og folketilvekst (tabell 48). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2001. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/t-020110-048.html> (10.12.2001).
11. Getzen TE. Medical care price indexes: theory, construction and empirical analysis of the US series 1927–1990. Adv Health Econ Health Serv Res 1992; 13: 83–128.
12. Forskrifter for godtgjørelse av utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende leger, 1990–2001. Oslo: Rikstrygdeverket, 1990–2001.
13. Johnsen R, Holtedahl KA. Arbeidstid og produksjon av kurative tjenester i allmennpraksis 1993. Norske primærlegers praksisprofil. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1489–92.
14. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Kontraktvalg, tjenesteproduksjon og stabilitet i allmennlegetjenesten. Forskningsrapport nr. 10/1999. Sandvika: Handelshøyskolen BI, 1999.
15. Kvamme OJ, Ebbing H, Malde K. Brukes normaltariiffen feil? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2526–8.
16. Malde K, Kvamme O, Ebbing H. Aksjon riktig takstbruk – storm i vannglass? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3804–7.
17. Statistisk årbok 1992. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1992.
18. Statistisk årbok 2001. Middelfolkemengd, etter kjønn, alder og sivilstand, 2000 (tabell 55). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2001. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/t-020110-055.html> (10.12.2001).
19. Reinhardt UE. The theory of physician-induced demand. Reflections after a decade. J Health Econ 1985; 4: 187–93.
20. Phelps CE. Induced demand – can we ever know its extent? J Health Econ 1986; 5: 355–65.
21. Feldman R, Sloan F. Competition among physicians, revisited. I: Greenberg W, red. Competition in the health care sector: ten years later. London: Duke University Press, 1988.
22. Sørensen R, Grytten J. Competition and supplier induced demand in a health care system with fixed fees. Health Econ 1999; 8: 497–508.
23. Grytten J, Carlsen F, Skau I. The income effect and supplier induced demand. Evidence from primary physician services in Norway. Applied Economics 2001; 33: 1455–67.
24. Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. J Health Econ 2001; 20: 379–93.
25. Nesje SB. Markering mot økte egenandeler. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1931.
26. Aarseth HP. Økte egenandeler for pasientene – igjen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 453.
27. Westin S. Legeoppør mot økte egenandeler. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 782.

○

bøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerbøkerb

Informasjonsbok om epilepsikirurgi

Dam M, Høgenhaven H, Madsen FF
Kirurgisk behandling af epilepsi
153 s, tab, ill. København: www.epilepsy.dk,
2002. Pris DKK 200
ISBN 87-90767-46-2

Denne boken er skrevet med to mål. For det første skal det være en generell informasjonsbok om epilepsikirurgi beregnet på pasienter og pårørende. For det andre henvender den seg til alle som kommer i kontakt med epilepsikirurgi både blant helsepersonell og ikke minst blant «socialrådgivere, sagsbehandlere, politikere og administratore» i den hensikt å fremme økt interesse og forståelse for epilepsikirurgi i Danmark. Nettopp dette todelte formålet er nok samtidig en av bokens svakheter.

Situasjonen i Danmark har vært vidt forskjellig fra bl.a. Norge, idet man i Danmark har operert betydelig færre pasienter. Man kan godt forstå behovet for å opplyse helsebyråkrater og andre om mulighetene som ligger i epilepsikirurgi. Hvor realistisk det er at disse setter seg ned og leser en hel bok for å få bedre innsikt i temaet, får være opp til våre danske kolleger å vurdere.

Selve innholdet beskriver i et enkelt språk hva epilepsi er, hvilke utredningsmetoder som finnes, operasjonsmetoder, indikasjoner for kirurgi og oppfølging etter operasjon. Imidlertid får man igjen et inntrykk av at man ikke helt har bestemt seg for målgruppe. Selv om alle elementer er med og for så vidt adekvat beskrevet, er lengden av de ulike kapitlene noe påfallende. Med tanke på «politikere og administratore» er det bl.a. tatt inn ti sider etikk og 15 sider helseøkonomi. Samtidig er det som pasientene er mest opptatt av, nemlig hvordan det går etter operasjonen, beskrevet på åtte sider. Dette inkluderer psykiatriske og sosiale følger virkninger som hver har fått ca. ½ side, mens et tema som psykososial oppfølging har fått fem linjer.

Boken er illustrert med totalt fire middelmådige strektegninger. Kanskje kan dette være begrunnet i ønsket om å lage en lavprisbok som skal nå mange lesere. Likevel er epilepsikirurgi et tema som egner seg ypperlig for illustrasjoner med EEG, MR, PET, enfotonstomografi og operasjonsbilder. Faktisk kunne denne boken layoutmessig vært utgitt for hundre år siden, et inntrykk som burde vært helt unødvendig.

Når dette er sagt, er det klart at boken inneholder mye og god informasjon. De fleste pasienter og pårørende er nærmest umettelige på informasjon forut for et såpass alvorlig inngrep som epilepsikirurgi, og boken kan da godt anbefales. Man finner både nyttig og korrekt informasjon skrevet i enkelt og lettfattelig språk av kjente danske epileptologer. Det er derfor ikke noe å si på innholdet i og for seg. Sett fra et norsk perspektiv blir imidlertid vektleggingen på de ulike temaer noe feilproporsjonert. Det er åpenbart at boken også er beregnet som ledd i en dansk debatt og ønsket om å øke forståelsen for epilepsikirurgi i Danmark.

Erik Taubøll
Nevrologisk avdeling
Rikshospitalet