

# Fastlønn ved legevaktarbeid

Rapport nr. 4-2015

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin





<b>Tittel</b>	Fastlønn ved legevaktarbeid
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen
<b>Ansvarlig</b>	Steinar Hunskår
<b>Forfattere</b>	Geir Godager, ph.d. samfunnsøkonomi, Helseøkonomisk analyse AS, Tor Iversen, dr. polit., Helseøkonomisk analyse AS, Tone Morken, dr. philos., Nklm, Steinar Hunskår, professor, forskningsleder, Nklm
<b>ISBN</b>	978-82-92970-91-1 pdf 978-82-92970-92-8 trykt
<b>ISSN</b>	1891-3474
<b>Rapport</b>	Nr. 4-2015
<b>Tilgjengelighet</b>	Pdf og trykt
<b>Prosjekttittel</b>	Fastlønn ved legevaktarbeid
<b>Antall sider</b>	41 pluss vedlegg
<b>Publiseringsmåned</b>	Desember 2015
<b>Oppdragsgiver</b>	Akuttutvalget, Regjeringsoppnevnt 04.10.2013
<b>Sitering</b>	Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskår S. Fastlønn ved legevaktarbeid. Rapport nr. 4-2015. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2015.
<b>Sitering engelsk</b>	Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskår S. Fixed Salary for Doctors in Emergency Primary Health Care in Norway. Report no. 4-2015. Bergen: National Centre for Emergency Primary Health Care, Uni Research Health, 2015.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

**Nettadresse** [www.legevaktmedisin.no](http://www.legevaktmedisin.no)  
**Epost** [legevaktmedisin@uni.no](mailto:legevaktmedisin@uni.no)  
**Telefon** +47 55586500  
**Besøksadresse** Kalfarveien 31, Paviljongen  
**Postadresse** Kalfarveien 31  
**Postnummer** 5018  
**Poststed** Bergen

---

## Forord

Akuttutvalget har bedt Helseøkonomisk analyse AS utrede bruk av fastlønn ved legevaktarbeid. Utredningen skulle inneholde en kartlegging av ulike avlønningsformer i legevakt og bakgrunnen for den avlønningsform som er valgt. Utredningen skulle også inneholde en diskusjon av økonomiske insentiver i legevakt. Her skulle ordninger der legen mottar fastlønn sammenlignes med ordninger der legen mottar aktivitetsbasert betaling. Utredningen skulle også inneholde gjennomgang av relevant litteratur.

For å skaffe systematisk kunnskap om bruk av alternative avlønningsformer ved legevaktarbeid ble det innledet samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) for å gjennomføre en spørreundersøkelse der samtlige av landets 190 legevakter ble invitert til å delta. Ved bruk av epost og et internettbasert skjema ble det samlet inn data fra legevaktene. Akuttutvalget formaliserte Nklms deltakelse gjennom en egen oppdragskontrakt.

Utredningen ble levert fra Helseøkonomisk analyse AS til Akuttutvalget 1. oktober 2015. Deretter er den lett omarbeidet for å inngå i Nklms rapportserie.

Oslo/Bergen, desember 2015

Geir Godager

Tor Iversen

Tone Morken

Steinar Hunskaar

---

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>Innhold</b>	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>9</b>
<b>2 Diskusjon av økonomiske insentiver i legevakt</b>	<b>10</b>
2.1 Generelt om økonomiske insentiver i legevakt	11
2.2 Prioriteringshensyn	12
2.3 Rekruttering til legevakt	15
2.4 Oppmuntre fastlegene til å ta del i legevakt	18
2.5 Effektivitet i legevakt	18
<b>3 Kartlegging av ulike avlønningsformer i legevakt</b>	<b>20</b>
3.1 Gjennomføringen av spørreundersøkelsen	20
3.2 Resultater fra første del av spørreundersøkelsen	21
3.3 Resultater fra oppfølgingsdelen	22
3.3.1 Vurderinger	22
<b>4 Internasjonal litteratur om fastlønn i legevakt</b>	<b>35</b>
<b>5 Avslutning</b>	<b>38</b>
<b>Referanser</b>	<b>40</b>
<b>Appendiks med vedlegg</b>	<b>42</b>
Vedlegg 0: Legevakter som besvarte innledende del (del A)	43
Vedlegg 1: Brev fra kommuneoverlege	44
Vedlegg 2: Kartleggings skjemaer	46
Fastlønn del A	46
Fastlønn del B	48
Fastlønn del C	52
Vedlegg 3: Modellresonnement i tilknytning til kapittel 2	56

---

## Sammendrag

Det er en viktig målsetning i den nasjonale helsepolitikken at det skal være lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Dagens legevaktordning, der befolkningen tilbys et lokalt forankret akutttilbud organisert som en del av primærhelsetjenesten, er viktig for oppnåelsen av dette målet. Rammebetingelser i form av organisering, regulering og avlønningsordninger er aktuelle virkemidler myndighetene kan ta i bruk for å styre tjenesten. De avlønningsordninger som er mest aktuelle i legevakt, er ordninger med fast lønn, ordninger med aktivitetsbaserte takster, og eventuelle kombinasjoner av disse.

I helsetjenesten er det ofte langt flere mål enn det er virkemidler. Dette er også tilfelle innen legevakt. Det er ønskelig at kombinasjonen av organisering og avlønningsform muliggjør og oppmuntrer klinikere til å levere trygge og gode tjenester på en effektiv måte, bidrar til ønsket prioritering av oppgaver og pasientgrupper, og samtidig sørger for tilfredsstillende rekruttering av leger – og da særlig fastleger – til legevakt.

I kapittel 2 diskuterer vi egenskaper ved fastlønn og takstbaserte ordninger. En av de viktigste konklusjonene er at takstbaserte ordninger i større grad enn fastlønn vil kunne medføre prioriteringsvridninger hvis det er avvik mellom relative takster og relative kostnader. Slike prioriteringsvridninger vil i særlig grad kunne oppstå i tilfeller der det er stor heterogenitet blant pasientene og der det er stort mangfold i typer av arbeidsoppgaver.

Vi fant videre at overgang til fastlønn kan tenkes å påvirke rekrutteringen til legevakt positivt siden inntektsusikkerheten som kombinasjonen av beredskapstilskudd og takster medfører, vil bortfalle. En slik virkning vil naturligvis ikke bare være betinget av avlønningens *form* men også av avlønningens *nivå*. Avlønning med kombinasjon av beredskapstilskudd og takster gir i dag vesentlig mindre inntekt per tidsenhet i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner.

Nyere undersøkelser tyder på at yngre leger i større grad foretrekker fastlønn enn hva deres eldre kolleger gjør.

Dersom inntekt til kommunen tillegges mindre vekt enn inntekt til en selv, vil nivået på legevaktens anstrengelser forventes å være mindre ved fastlønn enn ved takstavlønning. Alt annet likt vil vi dermed forvente at effektiviteten i form av antallet takstbaserte tjenester per tidsenhet vil være større ved takstbasert avlønning enn ved fastlønn. En ulempe ved takstbasert avlønning kan være at behandlingen blir for rask med fare for dårlig kommunikasjon og feilbehandling. Det vil dermed kunne være en avveining mellom gjennomstrømming av pasienter og kvalitet i behandlingen.

Det er vanskelig, med utgangspunkt i en økonomisk analyse, å gi et entydig svar på om en overgang fra takstbasert avlønning til fastlønn generelt er å foretrekke. En viktig grunn til dette er store forskjeller mellom kommuner med hensyn til sentralitet, befolkningstetthet, geografi og reiseavstander. Lav

---

befolkningstetthet i en del kommuner tilsier at legevaktene vil måtte utføre mer sammensatte oppgaver siden det er mindre rom for arbeidsdeling enn hva tilfellet er i de store byene.

En hovedkonklusjon fra diskusjonen om økonomiske incentiver i legevakt er derfor at det er vanskelig å utforme et avlønningssystem for legevakt som passer like godt i alle landets kommuner. Det kommunale mangfoldet kan altså ha som implikasjon at det er fordelaktig med noe lokal tilpasning av avlønningssystemer. Dersom fastlønn skulle bli en viktig avlønningsform i framtidens legevaktordning, kan det være hensiktsmessig med lokal tilpasning av fastlønnen. Trolig vil det i enkelte områder være nødvendig med relativt høy fastlønn for å sikre rekrutteringen.

For å skaffe systematisk kunnskap om bruk av alternative avlønningsformer ved legevaksarbeid ble det i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjennomført en spørreundersøkelse der samtlige av landets 190 legevakter ble invitert til å delta. Kartleggingen ble gjennomført ved bruk av epost og et internettbasert skjema.

Totalt deltok 133 (70 %) av legevaktene i første del av kartleggingen. Av disse svarte 44 % at det ikke ble benyttet noen form for fastlønn ved deres legevakt, mens 56 % svarte at de hadde fastlønnsordninger ved deres legevakt. I utvalget var det 38 % som svarte at de benytter fastlønnsordning der man følger SFS 2305, mens 19 % oppga at de benytter fastlønn som er forankret gjennom en lokal særavtale.

For å innhente informasjon om erfaringer og vurderinger av fastlønn for legevaksarbeid kontaktet vi i en oppfølgingsundersøkelse de legevaktene som svarte at de hadde ordninger med fastlønn til legevaktlege, og la fram totalt 18 påstander knyttet til ulike aspekter ved fastlønn som vi ba om respons på. Totalt var det 48 av de aktuelle 75 legevakter (64 %) som besvarte vurderingsspørsmålene. Tre påstander som respondentene mente omhandlet særlig viktige momenter var:

**Påstand (16):** «Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger». Her svarer 45,8 % at de er «Helt enig», mens kategoriene «Delvis enig» og «Helt enig» til sammen utgjør 62,5 % av respondentene.

**Påstand (3):** «Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften». Her svarer 45,8 % «Helt enig» mens 66,7 % svarte at de var enten «Delvis enig» eller «Helt enig».

**Påstand (12):** «Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger». Hele 66,6 % av respondentene svarer at de er «Delvis enig» eller «Helt enig» i denne påstanden.

Respondentene ble også bedt om å vurdere en påstand om hvorvidt alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet:

**Påstand (17):** «Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet». Her svarte flertallet av respondentene enten «Helt enig» (33,3 %) eller «Delvis enig» (29,2 %)

---

I arbeidet med rapporten ble det søkt etter internasjonal litteratur om bruk av fastlønn i legevaktarbeid. Omfanget av internasjonal litteratur som tar for seg problemstillingen er svært begrenset. Det kan se ut til at aktivitetsbaserte takster er den vanligste formen for betaling i systemer der primærleger yter legevaktjenester. Vi fant ingen studier med metodekvalitet som gjør det mulig å trekke klare og robuste slutninger om kausale virkninger av å innføre fastlønn for legevaktarbeid. Dette skyldes blant annet den generelle utfordring som gjør seg gjeldende ved analyser av avlønningssystemer, nemlig at det vanligvis er vanskelig å gjennomføre kontrollerte forsøk med avlønningssystemer. De fleste gjennomførte studier av avlønningssystemer i helsetjenesten er derfor såkalte før-etter studier. Vi refererer til to case som baserer seg på endring i avlønningsordning fra fastlønn til aktivitetsbaserte takster, det ene i britisk allmennpraksis i 1967, det andre i forbindelse med den tyske gjenforeningen.

De empiriske resultatene tyder i all hovedsak på at aktivitetsbasert avlønning er assosiert med et større volum. Den knappe litteraturen om avlønning i legevakt gjør at den mer generelle litteraturen om legers tilpasning til økonomiske insentiver kan være nyttig i diskusjonen. De tre vanligste måter å betale primærleger på er fastlønn, aktivitetsbaserte takster og per capita betaling. Resultater fra økonomisk analyse og empiriske studier tyder på at de alle tre har svakheter. Det synes å være konsensus i den helseøkonomiske litteraturen om at et virkemiddel for å ta hensyn til svakheter ved de alternative betalingsformer er å bruke kombinasjoner av flere betalingsformer for å sikre at tjenestevolumet som blir levert er i tråd med samfunnets ønsker.



---

# 1 Innledning

Under dagens legevaktordninger tilbys befolkningen et akutttilbud organisert som en del av primærhelsetjenesten, og primærleger med fastlegeavtale utfører om lag halvparten av legevaktarbeidet (Sandvik, Hunskår og Diaz, 2012). Ordningen kan således sies å følge LEON-prinsippet, som handler om å tilby helse- og omsorgstjenester på laveste effektive nivå. Ordningen bidrar til å sikre befolkningen nærhet og tilgjengelighet til helsetjenester utenfor ordinære åpningstider, slik at befolkningen i mindre grad trenger å oppsøke mer avanserte og kostbare akutttilbud i sykehus. Ordningen kan også sies å være et virkemiddel i den nasjonale helsepolitikken der ett av målene er å sikre innbyggerne lik tilgjengelighet til helsetjenester uavhengig av bosted. Hadde befolkningens akutttilbud utelukkende vært tilbudt som en del av spesialisthelsetjenesten, ville variasjonen i tilgjengelighet til akutttilbud vært større enn hva som er tilfellet i dag. Samtidig har det over tid blitt færre legevakter. I 2014 er 58 % av legevaktene en interkommunal legevakt (Morken, Midtbø og Zachariassen 2014). Mange innbyggere har derfor lang reisevei til legevakt, og i tillegg har omfanget av sykebesøk av legevakt blitt redusert. I enkelte områder av landet rapporteres det om utfordringer med å rekruttere leger til legevakt. Denne utviklingen danner noe av bakteppet ved siden av den store variasjonsbredden av hva som behandles innenfor norsk legevakt når det nå vurderes å innføre fastlønn ved legevaktarbeid.

I kapittel 2 i dette notatet diskuterer vi de økonomiske insentiver som henholdsvis fastlønn og aktivitetsbasert betaling har for legevaktarbeid. I diskusjonen går vi gjennom elementer som prioriteringsvirkninger, rekruttering til legevakt og produktivitet i legevakt. Videre beskriver vi i kapittel 3 de empiriske resultater fra en kartlegging av bruk av fastlønn ved legevaktarbeid i Norge. Denne kartleggingen er gjennomført i nært samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm). I kapittel 4 presenteres resultater fra vårt søk etter litteratur om bruk av fastlønn i legevaktarbeid. Vi gir en oppsummering og konkluderer i kapittel 5.

---

## 2 Diskusjon av økonomiske insentiver i legevakt

I dette kapitlet skiller vi mellom

A. legevaksordning der legen mottar fastlønn

B. legevaksordning der legen mottar aktivitetsbasert betaling<sup>1</sup> etter en taksttabell (i notatet bruker vi ofte betegnelsen takstbaserte ordninger om slik betaling) og beredskapstillegg i varierende kombinasjon

Med takster mener vi i dette notatet honorartakstene som både inkluderer pasientenes egenbetaling og refusjonen fra folketrygden.

Disse avlønningsordningene kan være alternative. De kan også være supplerende for eksempel ved bonusordninger i fastlønn.

Det er i denne sammenheng en rekke relevante problemstillinger, og enkelte av problemstillingene kan ses i sammenheng med utfordringene i kommunenes øyeblikkelig hjelp tilbud, slik de beskrives i Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet datert 31. oktober 2014, for eksempel «utfordring 2: Prioritering av pasienter i legevakt» og «utfordring 3: Rekruttering til legevakt blir ikke lettere i framtiden».

Akuttutvalgets syn er at fastlønn kan stimulere til at legevaktstjenesten i større grad prioriterer pasientene med størst behov og at fastlønn på lengre sikt må bli hovedavlønning på legevakt: «Utvalget foreslår at fastlønn tas i bruk i større grad i legevaktstjenesten for å bidra til endret prioritering i virksomheten og styrke rekrutteringen. Virkningene av fastlønn bør analyseres og utredes nærmere» (s. 11)

Med utgangspunkt i utvalgets betraktninger og forslag om fastlønn har vi delt inn denne drøftingen i

- prioritering av pasienter og oppgaver
- rekruttering til legevakt
- rekruttering av fastleger til legevakt samt overføring av virksomhet fra legevakt til fastlege
- produktivitet i legevakt

Skillet mellom sentrale og mindre/lite sentrale strøk blir viktig i drøftingen.

---

<sup>1</sup> Med aktivitetsbasert betaling vil det være takster knyttet til antall aktiviteter (som telefonkontakter, enkle kontakter og konsultasjoner i legevakt), eller tidsbruk per aktivitet (som konsultasjonslengde eller tidsbruk i utrykning/sykebesøk).

---

## 2.1 Generelt om økonomiske insentiver i legevakt

Rammebetingelser (herunder organisasjon og avlønningsordning) er et hjelpemiddel for den som bestiller tjenester til å oppnå en utforming av tjenestene som er mest mulig i samsvar med hva bestilleren ønsker. Skal man utforme rammebetingelser for en gruppe av beslutningstakere, må man vite hvilke overveielser som ligger til grunn for deres beslutninger. I økonomifaget tar en ofte utgangspunkt i at beslutninger er et resultat av vurderinger av nytte i forhold til kostnader ved de ulike beslutningsalternativer. Dersom det er en profittmaksimerende bedrift, er selve beslutningskriteriet enkelt i den forstand at det alternativet som gir størst profitt (inntekter minus kostnader), blir valgt. Et eksempel kan være en profittmaksimerende bedrift som forurenses fjorden mer enn hva godt er. Myndighetene ønsker derfor å utforme tiltak som kan bidra til mindre forurensninger. Med avgift på forurensende utslipp vil bedriften da få en ekstra kostnad knyttet til hver enhet den forurenses. Hvis større produksjon medfører større utslipp, vil den også få større samlede kostnader og marginalkostnader (kostnader ved å øke produksjonen) enn før. Dette medfører (gitt noen forutsetninger) at bedriften vil velge et mindre produksjonskvantum enn før. Det kan også tenkes at bedriften vil investere i ny teknologi som kan begrense forurensningene. Uansett gir kunnskapen om at bedriften har profittmaksimerende atferd, god hjelp i å utforme tiltak som påvirker bedriftens beslutninger i ønsket retning.

Dersom andre komponenter enn profitt inngår i nyttefunksjonen, er det mye vanskeligere å forutsi hvilke beslutninger som blir valgt. Grunnen er at vi ofte ikke vet hvilke komponenter som inngår i nyttefunksjonen da dette som regel er informasjon som ikke er tilgjengelig for den som skal utforme rammebetingelser som for eksempel organisasjon og betalingsordninger. Dette er særlig utfordrende innen helsesektoren. Myndighetene (som bestillere) vet ikke presist hvilke overveielser som ligger til grunn for mange av de beslutningene som blir gjort. Informasjonen som ligger til grunn for kliniske beslutninger er ofte bare kjent for den som gjør beslutningene og kan i liten grad etterprøves av utenforstående. Dette er et av de sentrale elementene Kenneth Arrow (1963) tar for seg i en artikkel som ofte ses på som utgangspunktet for helseøkonomifaget. Informasjonsskjevheten som er til stede mellom klinikerne, pasienten og reguleringsmyndighetene skaper utfordringer for hvordan man skal betale for tjenestene for å sikre best mulig måloppnåelse.

Miller (2007) beskriver en rekke viktige aspekter reguleringsmyndigheter bør vurdere ved utforming av et avlønningssystem for klinisk virksomhet. De sentrale vurderingskriteriene er hvorvidt avlønningssystemet

- muliggjør og oppmuntrer klinikere til å levere tjenester på en effektiv måte med tilfredsstillende kvalitet.
- i praksis belønner feil eller uønskede hendelser.
- stimulerer til innovasjon og forbedringer med hensyn til kvalitet og effektivitet, samtidig som det ikke oppmuntres til kortsiktige kostnadsreduksjoner på bekostning av langsiktige kostnadsreduksjoner.
- belønner overdreven behandling eller bruk av unødvendig dyre tjenester.
- belønner underbehandling av pasienter eller systematisk bidrar til seleksjon av pasienter med det formål å unngå pasienter med visse sykdomstilstander eller tjenestebehov.

- 
- gjør klinikerne ansvarlig for kvalitet og kostnader som er under deres kontroll, samtidig som klinikerne ikke gjøres ansvarlige for kvalitet og kostnadsaspekter som er utenfor deres kontroll.
  - oppmuntrer til samhandling mellom ulike behandlere og behandlingsnivåer, uten å oppmuntre til aktiviteter der formålet er å velte kostnader over på andre aktører.
  - oppmuntrer pasientene til å gjøre valg der det kan bidra til bedre behandlingsresultater, lavere kostnader, og til at helsetjenestene som tilbys er i tråd med medisinskfaglige retningslinjer.
  - er utformet slik at de administrative kostnadene ved systemet ikke blir for store, verken for myndighetene, pasientene eller de som skal motta betalingen.

I tillegg er det viktig å sikre at nye avlønningssystemer oppnår legitimitet både hos klinikere og pasienter. Ofte er den endelige utformingen av avlønningssystemet et resultat av forhandlinger. Avlønningssystem vil i praksis måtte ha noen gode og noen mindre gode egenskaper. Valg mellom avlønningssystemer innebærer derfor en avveining mellom ulike egenskaper myndighetene vektlegger. I forbindelse med avlønning av legevakt er det en rekke elementer en ønsker å ta hensyn til ved valg av avlønningssystem.

Det er en økonomisk litteratur om avlønningsordninger i helsesektoren generelt og for legepraksis spesielt. Referanser til noen review artikler er Gosden et al (2001), McGuire (2000, 2011), Iversen og Lurås (2011) og Godager, Iversen og Lurås (2012) og Iversen (2015). I denne litteraturen vil man typisk behandle avlønningsordninger som takster for leverte tjenester (stykkpris), per capita tilskudd (et tilskudd for hver person på pasientlisten, eventuelt justert etter kjennetegn ved pasientene), driftstilskudd og prestasjonsavhengig avlønning (pay-for-performance). I undersøkelser studeres som regel egenskaper ved de ulike avlønningsordningene for omfang og sammensetning av tjenestene, medikamentforskrivning og henvisninger til spesialisthelsetjeneste og sykehus, tilgjengelighet og indikatorer på kvalitet i pasientbehandlingen. De typiske resultatene fra teoriarbeider og empiriske undersøkelser er at takstbaserte ordninger medfører større volum av tjenester det betales for enn de andre ordningene og kanskje også en annen sammensetning av tjenestene. Per capita ordninger medfører ofte flere henvisninger. Det er ingen klare resultater med hensyn til behandlingskvalitet. Gosden et al. (2001) gjør en systematisk oppsummering av empiriske studier. De finner at takstbaserte ordninger resulterte i flere pasientbesøk, større kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege, men mindre pasienttilfredshet med tilgjengelighet i forhold til fastlønn. Samtidig er antall studier denne oppsummeringen bygger på så lite at det ikke gir grunnlag for å generalisere konklusjoner om egenskaper ved fastlønn i forhold til takstbaserte avlønningsordninger. I diskusjonen som følger, må vi derfor basere oss på resonnementer med utgangspunkt i økonomisk tankegang.

## 2.2 Prioriteringshensyn

I de tilfellene der aktiviteten blir bestemt fra etterspørselssiden, spiller avlønningsordningen liten rolle for samlet aktivitet og aktivitetssammensetning. Man tar det som kommer. Samtidig vil man indirekte kunne påvirke etterspørselen via tilgjengeligheten. For eksempel vil både avstand og ventetid kunne påvirke

---

etterspørselen etter legevaktstjenester (Raknes et al., 2014). Også tilgjengelighet på telefon (svartid) tillegges stor vekt i legevaktsammenheng<sup>2</sup>.

Samtidighetskonflikter oppstår ved legevakter som har stor pågang, ofte i deler av døgnet og ved legevakter i befolkningsrike områder. Sortering av pasienter etter hastegrad står sentralt i slike legevakter, og er beskrevet i Akuttutvalgets delrapport (2014). I slike tilfeller blir prioritering av oppgaver og sortering av pasientene etter hastegrad viktig, enten det skjer ved hjelp av differensierte ventetider eller mer eksplisitt ved at lavere prioriterte henvendelser må vente eller blir henvist til annet tilbud.

Iversen (1997) innførte begrepene medisinsk og økonomisk prioritering. Sett at det er to pasientgrupper. Med *medisinsk prioritering* skal det ikke tas hensyn til kostnader og inntekter ved å behandle den ene pasientgruppen i forhold til kostnader og inntekter ved å behandle den andre pasientgruppen (relative kostnader) når man beslutter hvilken behandlingsskapasitet som stilles til rådighet for hver av de to pasientgruppene. Med *økonomisk prioritering* skal man ta hensyn til kostnader og inntekter ved å behandle en pasientgruppe i forhold til kostnader og inntekter ved å behandle en annen pasientgruppe (relative kostnader).

La oss illustrere tankegangen med et eksempel med to pasientgrupper, A og B. Begge pasientgrupper antas å ha samme nytte av behandlingen<sup>3</sup>. Behandlingskostnaden er 2000 kroner for pasienter i begge gruppene A og B. Sett nå at behandlingskostnaden for gruppe B øker til 3000 kroner, for eksempel på grunn av lengre reiseavstand for legen. Med medisinsk prioritering skal ikke denne kostnadsøkningen ha betydning for prioritering mellom gruppene. Med gitt kapasitet vil begge gruppene få litt dårligere tilbud enn de hadde før kostnadsøkningen. Med økonomisk prioritering vil kostnadsøkningen i gruppe B få betydning for prioriteringen. Tilgjengeligheten til legevakt for gruppe B vil bli relativt dårligere enn for gruppe A siden helseforbedring nå blir vurdert i forhold til behandlingskostnad for hver av gruppene.

Denne tankegangen er nært knyttet til begrepet alternativkostnad i økonomifaget. Ulike tiltak konkurrerer om knappe ressurser. Alternativkostnaden ved et tiltak uttrykker hva man går glipp av ved å bruke ressurser på et bestemt tiltak. Alternativt kunne man jo brukt ressursene på et annet tiltak. Når kostnadene for gruppe B øker, øker alternativkostnaden, siden å behandle en pasient i gruppe B trekker nå flere ressurser bort fra behandling av gruppe A enn tidligere.

Under medisinsk prioritering tar man ikke hensyn til alternativkostnadene. Økte kostnader i gruppe B medfører at både gruppe A og gruppe B får et noe dårligere tilbud. Under økonomisk prioritering trekker den økte alternativkostnaden ved å behandle en pasient i gruppe B i retning av at tilbudet for gruppe B blir relativt dårligere enn for gruppe A etter kostnadsøkningen i gruppe B.

---

<sup>2</sup> Revidert akuttmedisinforskrift pålegger legevaktstjenesten å besvare 80 prosent av telefonhenvendelser innen to minutter.

<sup>3</sup> Et viktig kjennetegn ved virksomheten er at man ikke på forhånd kan vite med sikkerhet hvilken nytte en pasient kan ha av behandlingen. Legevakten treffer der sin beslutning under usikkerhet. Vi forenkler ved å se bort fra dette her.

---

Alternativkostnader opptrer på flere nivåer. I legevaktsammenheng vil noen kostnader belastes legen, mens andre kostnader vil belastes kommunen. En samfunnsøkonomisk betraktning innebærer at alle kostnader ved et tiltak, uavhengig av hvem som bærer kostnadene, skal regnes med. Når legen som beslutningstaker ikke selv belastes alle kostnader ved beslutningen, kan det fra legens ståsted være en oppmuntring til å legge større vekt på kostnadene som belastes legen selv enn på kostnadene som belastes kommunen. Dette gjelder ikke bare for legevaktleger, men vil gjelde mer generelt når en beslutningstaker ikke bærer alle kostnadene ved en beslutning. Vi skal nå utrede nærmere hvorvidt ulike avlønningsmåter kan ha ulike egenskaper når det gjelder å ta hensyn til de ulike kostnadene. Vi vil se et fullt ut takstbasert system opp mot et fastlønnssystem. Denne diskusjonen vil bare ha relevans dersom en økonomisk prioriteringsmåte legges til grunn. Ved en medisinsk prioriteringsmåte er det bare pasientenes helse som tillegges vekt i prioriteringene. Kostnadene ved de enkelte behandlinger og hvordan de fordeles vil derfor ikke ha betydning for prioritering av ressurser mellom pasientgrupper.

Ved et takstbasert system vil det være knyttet en takst til ulike komponenter som en behandling består av. Sett at bakgrunnen for den økte kostnaden til behandling av gruppe B, er økt behandlingstid. Ved tilstrekkelig stor etterspørsel vil lengre behandlingstid innebære en kostnad for legen siden han går glipp av takstinntektene fra pasienter som nå ikke kan behandles. Ved økonomisk prioritering vil legen kompensere en del av inntektsbortfallet ved å behandle flere pasienter i gruppe A relativt til gruppe B<sup>4</sup>.

Denne forskyvningen i prioritering ved økonomisk prioriteringsmåte kan man forsøke å unngå på tre måter. For det første kan man appellere til legen om ikke å legge vekt på egne inntekter, men kun på pasientenes helse<sup>5</sup>. Det vil i så fall innebære at man appellerer til legen om å godta en mindre inntekt enn hva han ellers kunne ha hatt. For det andre kan man øke taksten for den behandlingskomponenten som har blitt dyrere. For det tredje kan man bytte ut takstsystemet med fastlønn.

Dersom legevakten har fast lønn, vil ikke kostnadsøkningen ved å behandle gruppe B påvirke legens inntekt siden inntekten er avhengig av arbeidstid og uavhengig av hvordan tida disponeres innenfor arbeidstida. Legen vil derfor ikke ha noe inntektsmotiv for å endre prioriteringene ved en kostnadsøkning. Ved betalingsordninger der (deler av) inntekten er fastlønn er derfor i teorien mer robust i den forstand at endringer i behandlingstkostnader får mindre betydning for legens tidsbruk siden tidsbruken ikke påvirker lønna. Dette innebærer at prioriteringene mellom ulike typer pasienter (somatiske enkle/komplekse, psykiske lidelser og rus (ofte tidkrevende og komplekse), sykebesøk og utrykninger som begge er tidkrevende) og det som dreier seg mer om å få til en strammere utvelgelse av hvilke pasienter som skal tas først (sortering av pasienter etter hastegrad), vil være mindre avhengig av kostnadene ved hver enkelt oppgave.

Resonnementet over tar utgangspunkt i klart definerte tjenester med tilhørende takster som har sammenheng med legens tidsbruk og øvrige kostnader. Det nærliggende eksempelet er telefonkonsulta-

---

<sup>4</sup> Dette resonnementet utdypes ved hjelp av en formell modell i et vedlegg.

<sup>5</sup> Denne problemstillingen er mindre aktuell for legevaktene hvor det ikke er mye å gjøre på hver vakt og dermed at beredskapstillegget er det som veier mest i avlønningen.

---

sjoner og konsultasjoner med frammøte av pasient, der taksten også i noen grad kan knyttes til lengden av konsultasjonen. De faktiske konsultasjonstakstene er utformet slik at de gir større inntekt per tidsenhet for korte konsultasjoner enn for lange konsultasjoner. La oss ta et eksempel med 60 minutters aktivt arbeid som kan tenkes fordelt på én pasient (langvarig konsultasjon) eller fire korte konsultasjoner. Inntektene er i følge takstene for allmennpraktiserende leger 2015–2016. For en ikke-spesialist blir samlet inntekt for en 60 minutters konsultasjon kr. 764, men inntekten for fire konsultasjoner a 15 minutter blir kr. 1.016. For en spesialist i allmennmedisin blir de tilsvarende summene henholdsvis kr. 869 og kr. 1436. For en ikke-spesialist (spesialist) blir dermed inntektene 33 (65) prosent større ved fire korte konsultasjoner enn ved én lang konsultasjon. Takstsystemet i seg selv oppmuntrer derfor til korte konsultasjoner når pasientpågangen er stor. Dette kan påvirke prioriteringen mellom pasientgrupper ved at pasientgrupper med tidkrevende behov prioriteres lavt. Dette kan for eksempel være pasienter med psykiske lidelser og rus. Som beskrevet tidligere i dette kapitlet, kan man korrigere for denne skjevheten ved å la selve tidsbruken bli bedre honorert i takstsystemet. Ytterpunktet vil være fastlønn der all tidsbruk medfører samme inntekt for legen, samtidig som egenandeler og refusjon da går til kommunen/legevakten. I undersøkelsen som presenteres i kapittel 3, er 62,5 % av legevaktene som praktiserer fastlønn, «Delvis enig» og «Helt enig» i at «Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger». Videre er 66,7 % enten «Delvis enig» eller «Helt enig» i at «Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften».

I oppdragsbeskrivelsen nevnes også utrykninger til akuttmedisinske situasjoner i samarbeid med ambulansetjenesten, samt å gjennomføre sykebesøk. Også disse tjenestene er det mulig å knytte takster til og det skjer i dag. Men det er trolig stor usikkerhet knyttet til inntekt per tidsenhet og spesielt i distrikter med lang reisetid. Igjen vil en avlønning der takstene avhenger av faktisk tidsbruk utjevne inntektene som ulike legevaktaktiviteter medfører. Det er dermed en glidende overgang mellom tjenestebaserte takster og fastlønn der inntekten fullt ut avhenger av arbeidstid uavhengig av de faktiske aktivitetene.

Ytterligere komplisert blir takstavlønning dersom en kommune i større grad samordner legevakten på kveld og natt med øvrige kommunale tjenester som ø-hjelp døgntilbud, tilsynsfunksjon mot sykehjem, egne legevakttilbud mot sykehjemspasienter, hjemmebaserte tjenester m.m. Det innebærer et større mangfold i oppgavene og dermed mer komplisert å lage takster for de ulike oppgavene som gjør at den ønskede sammensetningen av de ulike tjenestene blir realisert. Det gjelder for eksempel avveiningen mellom hjemmebesøk, besøk i sykehjem, reisetid og konsultasjoner på legevaktkontoret. Igjen kan det da være mer hensiktsmessig at avlønning avhenger av arbeidstid kombinert med en kontrakt som gir oppdragsgiver styringsrett over arbeidstida.

### 2.3 Rekruttering til legevakt

Dersom ikke annet er avtalt, er dagens ordning en kombinasjon av beredskapsgodtgjøring og takster etter normaltariffen. Beredskapsgodtgjøring er delt i fire klasser i følge særavtale (SFS 2305) mellom KS og Den norske legeförening.

Vaktklasse/antall min. aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke time vakt	man-fre	lør-søn	helg-høytid
1: 0 - 10 min.	97,50	136,00	157,50
2: 11 - 25 min.	45,00	69,50	79,00
3: 26 - 45 min.	28,00	49,00	55,50
4: over 45 min.	0	0	0

Jo mindre aktivt arbeid, jo større er beredskapsgodtgjøringen per time. Vaktklasser med relativt høy beredskapsgodtgjøring per time vil derfor typisk være forbundet med legevaktsdistrikter med lite befolkningsgrunnlag. Slike legevaktsdistrikter vil også være preget av stor variasjon i forhold til gjennomsnittlig antall minutter i aktivt arbeid over en tidsperiode på grunn av lite befolkningsgrunnlag. Beredskapstillegget er en aktivitetuavhengig kompensasjon for at man er på vakt. Det kan samtidig ses på som en forsikring mot for store svingninger i legevaktinntekten over tid. Dersom antall minutter aktivt arbeid øker, vil det ikke være samme behov for forsikring mot svingninger i inntekten siden variasjonen i inntekt over tid blir mindre.

Forsikringen som beredskapstillegget utgjør, vil samtidig ikke utjevne inntektsforskjellene mellom legevakter i sentrale og i mindre sentrale kommuner. Beredskapstillegget er for lite til å kompensere for inntektstapet ved mindre aktivt arbeid i vaktklassene 1–3 i forhold til vaktklasse 4. Konsultasjonstakst (2ak) kveld og natt er 254 kroner. I tillegg kommer eventuelt tillegg for spesialist i allmenntmedisin med 105 kroner og eventuelle tidstakster og andre takster. En lege som er spesialist i allmenntmedisin og har fire konsultasjoner per time i vaktklasse 4 vil dermed ha en samlet timeinntekt på 1436 kroner, mens en lege som er spesialist i allmenntmedisin og har en konsultasjoner per time i vaktklasse 1 har en timeinntekt på 456,50 kroner. Kombinasjonen av beredskapstillegg og takster medfører dermed at inntekten per klokke time vakt er betydelig større i sentrale områder enn i mindre sentrale områder dersom man kun inkluderer de sentralt bestemte inntektskomponentene nevnt over.

Om overgang til fastlønn kan bidra til bedre rekruttering til legevakt i distriktene, vil dermed avhenge av størrelsen på lønna og om timelønna skal være den samme over hele landet. Man vil trolig alltid kunne øke rekrutteringen til legevakt med fastlønn dersom fastlønna er stor nok. I en drøfting som dette er det derfor viktig å skille nivået på inntekten fra måten man oppnår inntekt på. I det følgende forutsettes at inntekten ved fastlønn skal være den samme som med en kombinasjon av beredskapstillegg og takster.

Som beskrevet innledningsvis, vil en økonomisk drøfting ta utgangspunkt i en vurdering av en beslutningstakers vurdering av fordeler og ulemper ved alternative beslutninger. I dette tilfellet vil det dreie seg om interessen for å delta i legevakt og i så fall i hvilket omfang. For fastleger vil legevaksarbeid være en del av pliktarbeidet som fastlegen kan pålegges. Indirekte kan derfor vilkårene i legevaksarbeid også påvirke interessen for å søke ledige fastlegehemler.



---

Fastlønn innebærer fast inntekt for en legevakt. Legen vet eksakt hvilken inntekt legevakten vil medføre før vakten starter. Kombinasjon av beredskapsgodtgjøring og takster medfører usikkerhet om den samlede inntekten i løpet av vakten. Bakgrunnen er at både den samlede pågangen av pasienter og sammensetningen av pasienter vil variere over tid på en måte som ikke fullt ut kan forutsies. Økonomisk tankegang medfører at denne usikkerheten er uønsket for risikoaverse individer. Å være risikoavers innebærer at man heller vil oppnå en inntekt med full sikkerhet enn å delta i et lotteri der den forventede inntekten er lik den sikre inntekten under fastlønn. En overgang fra takster til fastlønn vil derfor oppleves som attraktivt fordi man slipper inntektsusikkerheten. Den tilfeldige variasjonen i faktisk inntekt i forhold til gjennomsnittsinntekt vil være større jo mindre pasientgrunnet er. Hvis alt annet er likt, vil derfor en overgang til fastlønn trolig oppleves som mer attraktivt i legevakter med liten og spredt bosatt befolkning enn i byområdene.

Fastlønn innebærer at legen slipper å tenke på inntekts hensynene når prioriteringsbeslutninger og behandlingsbeslutninger tas. Mange vil trolig verdsette positivt å slippe å trekke inntekts hensynene inn i disse beslutningene. Fastlønn vil innebære at man kan bruke tid på den enkelte pasient uten å tenke på at det ville generere større inntekter dersom man heller kunne behandle neste pasient.

En fastlønnskontrakt vil trolig måtte innebære at legevaktlegen i større grad er disponibel for kommunen i de oppgaver som kommunen har behov for å få løst i løpet av legevakten – jfr. diskusjonen i de siste avsnittene av 2.2. Dette vil av noen oppleves som en innskrenkning av friheten til å styre egen tidsbruk og betraktes som en ulempe.

Enkelte undersøkelser kan tyde på en endring i avveining mellom arbeidstid og fritid blant leger og at kommende allmennleger kanskje i større grad ønsker å være lønnstakere. Holte et al. (2015) har gjennomført en survey blant norske allmennleger i 2009 og i 2012. De finner at andelen av allmennleger som foretrekker privat praksis har blitt redusert fra 52 % til 36 % i løpet av denne perioden. Lønnskontrakter er særlig foretrukket av unge allmennleger i små kommuner som arbeider flere timer enn de ønsker. Disse resultatene kan også ha gyldighet for utvikling av preferanser for fastlønn i legevakt.

Utfra punktene over kan det virke som om overgangen til fastlønn kan ha flere positive virkninger på rekruttering til legevakt i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner. Med utgangspunkt i kombinasjonen av beredskapsgodtgjørelse og takster vil legevaktene ha større inntekter i byene enn i mindre sentrale kommuner i dag. Dette gjenspeiles vel i at det er større rekrutteringsproblemer for legevakt i mindre sentrale kommuner enn i byene. Fastlønn vil gi kommunen større frihet til å betale den inntekten som kreves for å rekruttere tilstrekkelig personell til legevakt. Fastlønn gir dermed større fleksibilitet i inntektsfastsettelsen for kommunene enn hva kombinasjon av sentralt fastsatt beredskapsgodtgjørelse og takster gir. Alternativt kunne man tenke seg at en betydelig heving av satsene for beredskapsgodtgjørelse kunne gi samme effekt på rekruttering i som fastlønn.

En eventuell overgang til fastlønn vil dermed også reise spørsmålet om i hvilken grad fastlønna kan være differensiert med utgangspunkt i de ulike inntektsnivåene som blir opptjent i de ulike delene av landet i

---

dag. Dersom det skal være et enhetlig lønnsnivå, må trolig legene i mindre sentrale kommuner løftes opp til inntektsnivået for legevaktene i byene. Alternativt kan inntektsnivået for legevaktene i byene justeres ved å tilby fastlønnsavtaler som er gunstige nok til at tilbudet av legevakter tilsvarer etterspørselen fra kommunen.

## 2.4 Oppmuntre fastlegene til å ta del i legevakt

Nklm (2014) beskriver at andel av fastlegene som tar del i legevakt, har vært synkende over tid og at over halvparten av legevaktene nå gjøres av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, vikarer, turnusleger, sykehusleger og stipendiater (s. 20). Dette kan både ha sammenheng med at gjennomsnittsalderen blant fastlegene øker og med at de unge fastlegene har andre preferanser for fritid nå enn tidligere. Det kan også ha sammenheng med at kommunene bruker fastlegenes plikt til å gjøre kommunalt legearbeid på en annen måte nå enn før.

En nærliggende tanke er at kommunene kan få flere fastleger til å påta seg legevakt ved å pålegge legevaksarbeid som en del av det kommunale pliktarbeidet fastlegene er pålagt. Ulempen med en slik tvang kan være at fastlegeavtalene blir mindre attraktive. Det kan dermed bli færre kandidater å velge blant når nye avtaler lyses ut.

Betraktningene om rekruttering til legevakt i 2.3 vil også være aktuelle i betraktninger om fastlegene. Vi kan samtidig være mer konkrete nå om fastlegenes alternative tidsbruk. En fastlege som skal arbeide mer i legevakt må enten øke arbeidstida og redusere fritida eller ha kortere pasientliste. I det siste tilfellet vil dermed arbeidsinnsatsen vris fra fastlegearbeidet til legevaktarbeidet. For konstant antall fastleger vil dette i så fall motvirke målsettingen om at mer av arbeidet som i dag gjøres i legevakt, bør gjøres i fastlegepraksis. Gitt konstant kapasitet i fastlegeordningen ser det derfor ut til å være en konflikt mellom ulike mål.

I utgangspunktet har fastlegene plikt til å påta seg legevakt. Likevel er det en betydelig andel av fastlegene som ikke er engasjert i legevakt siden kommunene ikke pålegger dem det. For at disse fastlegene skal velge mer legevakt, må inntekten fra legevakt anses som stor nok til at legevakten anses som attraktiv. Siden mange fastleger velger ikke å være legevakt i dag, vil bedre rekruttering forutsette at inntekten fra legevakt øker<sup>6</sup>. Det er vanskelig å si om inntektsøkningen blir mer attraktiv om den skjer med fastlønn heller enn takster.

## 2.5 Effektivitet i legevakt

I økonomisk tankegang vil man ofte legge til grunn at en arbeidstaker i noen grad kan velge hvor mye anstrengelser hun eller han vil bruke på jobben og at arbeidsgiver eller den som bestiller tjenestene, ikke fullt ut kjenner nivået på anstrengelsene. I legevaktsammenheng kan det blant annet være snakk om å være effektiv i måten man stiller diagnose på, og hvor engasjert man er i å bidra til å organisere

---

<sup>6</sup> Å redusere inntekten fra fastlegepraksis er neppe aktuelt i praksis.

---

legevakten slik at man får mest mulig ut av de tilgjengelige ressursene. Zweifel et al. (2009) diskuterer hvordan ulike finanserings- og avlønningsmåter kan forventes å påvirke hvor mye anstrengelser man vil bruke på jobben. Ved takstavlønning får legen betalt avhengig av omfang og sammensetning av tjenester. En lege som leverer hver tjeneste med liten tidsbruk vil oppnå en høyere inntekt enn en lege som bruker lengre tid på å levere hver enkelt tjeneste. Siden takstavlønningen tilfaller legen i vakt, gir takstavlønning en oppmuntring til å levere mange tjenester per tidsenhet. En lege med fastlønn vil også utløse takster, men i dette tilfellet tilfaller takstinntektene kommunen. En lege som anstrenger seg for å behandle flere pasienter vil dermed ikke få noen kompensasjon i form av økt inntekt for dette. Dersom inntekt til kommunen tillegges mindre vekt enn inntekt til en selv, vil også nivået på legevaktslegens anstrengelser være mindre ved fastlønn enn ved takstavlønning. Alt annet likt vil vi dermed forvente at effektiviteten i form av antallet takstbaserte tjenester per tidsenhet vil være større ved takstbasert avlønning enn ved fastlønn. En ulempe ved takstbasert avlønning kan være at behandlingen blir for rask med fare for dårlig kommunikasjon og feilbehandling. Det vil dermed kunne være en avveining mellom gjennomstrømning av pasienter og kvalitet i behandlingen.

Resonnementet over er trolig utilstrekkelig ved legevakter der flere faggrupper – leger, sykepleiere og annet helsepersonell – jobber sammen. Takstsystemet innebærer da at legen(e) arbeider på stykkpris, mens de andre ansatte har fastlønn. Dette kan medføre en mindre bra utnyttning av den samlede arbeidskraften og kan påvirke arbeidsdelingen uheldig, hvis legen som beslutningstaker er opptatt av hvordan beslutningene kan medføre en best mulig uttelling via takstsystemet.

Ifølge Nklm (2014) har vel 80 % av legevaktene kun en lege (noen av dem har også sykepleier) på vakt på kveld, natt og helg. Det trekker i retning av at samspillet mellom personellgruppene kanskje ikke er så sentralt med dagens organisering. Samtidig ser vi at flere store legevakter, som Oslo legevakt, har fast ansatte leger med regulativlønn. Disse vil ofte være leger som er legevaktsleger på full tid. Denne spesialiseringen kan i seg selv bidra til større effektivitet i arbeidet.

## 3 Kartlegging av ulike avlønningsformer i legevakt

### 3.1 Gjennomføringen av spørreundersøkelsen

For å skaffe systematisk kunnskap om bruk av alternative avlønningsformer ved legevaktsarbeid ble det i samarbeid med Nklm gjennomført en spørreundersøkelse der samtlige av landets 190 legevakter ble invitert til å delta. Ved bruk av epost og et internettbasert skjema ble det samlet inn data fra legevaktene. Registreringsskjemaene finnes som vedlegg i appendiks.

I kartleggingen ble respondentene bedt om å beskrive situasjonen som var gjeldende 1. april 2015. Spørreundersøkelsen var todelt. Den første delen skulle besvares av samtlige legevakter, mens en mer detaljert oppfølgingsundersøkelse ble sendt til de legevakter som svarte at de hadde erfaring med bruk av fastlønn. I oppfølgingsundersøkelsen inkluderte vi både de legevakter som svarte at de benytter fastlønn som spesifisert i SFS 2305 om natten ved interkommunale legevaktordninger, og de legevakter som svarte at de benytter ordninger for fastlønn til legevaktlege utover SFS 2305, enten ettermiddag, helger eller om natten. I oppfølgingsdelen ble respondentene spurt om å angi sine vurderinger om ulike egenskaper ved fastlønn. Her ble de bedt om å angi på en 5 punkts skala («Helt uenig», «Delvis uenig», «Verken enig eller uenig», «Delvis enig» og «Helt enig») hvor enig de var i ulike påstander om fastlønn. Videre ble de spurt om å angi hvor viktig de syntes de ulike aspektene er, på tre punkts skala «Ikke viktig», «Litt viktig» og «Svært viktig». De legevaktene som svarte at de har fastlønnsordninger utover SFS 2305 ble spurt om å angi en kort begrunnelse for at lokal særavtale om fastlønn var inngått, og de ble oppfordret til å returnere opplysninger om timesatser og/eller oversende en elektronisk kopi av særavtalen.

Første del av undersøkelsen ble den 1. juni 2015 sendt på epost til samtlige av landets legevakter, og en automatisk påminnelse ble sendt 8. juni 2015. Utsendelse av oppfølgingsundersøkelsene ble igangsatt 15. juni 2015. I andre halvdel av juni ble det gjennomført telefonoppringninger til legevakter som ikke hadde svart. I den forbindelse ble det innhentet noen adresseendringer som bidro til noen flere besvarelser. Det ble satt sluttstrek for datainnsamlingen 15. august 2015.

#### Boks 1. Innledende spørsmålsformulering i første del av undersøkelsen

Til legevakten

I denne undersøkelsen ber vi om svar på ETT AV TRE alternativer om det benyttes fastlønnsavtaler om kvelden eller natten.

Vi benytter følgende DEFINISJON AV FASTLØNN:

Fast timelønn, fast lønn per vakt, kombinasjoner av grunnlønn + tillegg/bonuser utover det som er avtalt i Normaltariffen (vanlig refusjon) eller SFS 2305 (fast lønn om natten ved interkommunal legevakt).

Beredskapsgodtgjørelse regnes i denne sammenheng ikke som fastlønn. I denne kartleggingen spør vi ikke om lønn på dagtid.

Hvilken legevakt svarer respondenten for?

## 3.2 Resultater fra første del av spørreundersøkelsen

I Tabell 1 presenteres svarfordelingen på det innledende spørsmålet om bruk av fastlønn. Alle landets 190 legevakter ble invitert til å delta i undersøkelsens innledende del. Totalt var det 133 (70 %) som besvarte første del av kartleggingen. Vi ser at 58 (44 %) av disse respondentene svarer at det ikke benyttes noen form for fastlønn ved deres legevakt. Totalt var det 75 av legevaktene (56 %) som svarte at de hadde fastlønnsordninger i bruk ved deres legevakt. I utvalget oppga 50 respondenter (38 %) at de benytter fastlønnsordning der man følger SFS 2305, mens 25 (19 %) av respondentene svarte at det ved deres legevakt benyttes fastlønn forankret gjennom en lokal særavtale.

**Tabell 1.** «Benyttes fastlønn ved avlønning av legevaktlegen? Marker ETT av de tre alternativene. Du vil deretter få to oppfølgingsspørsmål.»

Svaralternativ	Frekvens (prosent)
Nei. Legevakten/legevaktdistriktet har ingen form for fastlønn for legevaktlege, verken ettermiddag, natt eller helg. (Beredskapsgodtgjørelse regnes i denne sammenheng ikke som fastlønn).	58 (43,6 %)
JA. Legevakten/legevaktdistriktet har fastlønn til legevaktlege, men KUN om natten, der man følger SFS 2305 (fast lønn om natten i interkommunal legevakt)	50 (37,6 %)
JA. Legevakten/legevaktdistriktet har ordninger for fastlønn til legevaktlege, enten ettermiddag eller helger, eller om natten utover SFS 2305.	25 (18,8 %)
<b>Total</b>	<b>133 (100)</b>

Vi undersøkte videre om det var blitt vurdert å innføre fastlønn eller utvide bruken av fastlønn der dette var i bruk. I Tabell 2 ser vi at blant de 58 legevaktene som svarte at de ikke hadde noen form for fastlønn, hadde innføring av fastlønn vært vurdert blant åtte (14 %) av legevaktene, mens det bare var to (3 %) av disse legevaktene som hadde forsøkt å innføre lokal særavtale om fastlønn. I Tabell 3 ser vi at blant de 50 legevaktene som svarte at de har fastlønnsordning som følger SFS 2305, så hadde utvidet bruk av fastlønn vært vurdert blant 15 (31 %) av legevaktene. Bare ved syv (14 %) av disse legevaktene hadde en forsøkt å innføre lokal særavtale om fastlønn. Til gruppen av 25 legevakter som svarte hadde de hadde fastlønnsordninger utover SFS2305, stilte vi spørsmålet om det er «... *inngått lokal særavtale/annen skriftlig dokumentasjon på ordningen/timesatsene?*». Svarfordelingen presenteres i Tabell 4, og vi ser at det var 22 av 25 legevakter (88 %) som svarte at de hadde en slik skriftlig avtale om timesatsene.

**Tabell 2.** Krysstabell. Blant de 58 som svarte «Nei. Legevakten/legevaktdistriktet har ingen form for fastlønn for legevaktlege, verken ettermiddag, natt eller helg.» N=58

	Er det forsøkt å inngå lokal særavtale om fastlønn?		
Er det vurdert å innføre fastlønn for hele eller deler av vakttiden?	Ja	Nei	Total
Ja	1	7	8
Nei	1	49	50
Total	2	56	58

**Tabell 3. Krysstabell. Blant de 50 som svarte «JA. Legevakten/legevaktdistriktet har fastlønn til legevaktlege, men KUN om natten, der man følger SFS 2305 (fast lønn om natten i interkommunal legevakt)» N=49, (1 «mising»)**

Er det vurdert å innføre ytterligere fastlønn for hele eller deler av vakt-tiden?	Er det forsøkt å inngå lokal særavtale om fastlønn?		Total
	Ja	Nei	
Ja	5	10	15
Nei	2	32	34
Total	7	42	49

**Tabell 4. Tabell. Blant de 25 som svarte «JA. Legevakten/legevaktdistriktet har ordninger for fastlønn til legevaktlege, enten ettermiddag eller helger, eller om natten utover SFS 2305», stilte vi spørsmålet *Er det inngått lokal særavtale/annen skriftlig dokumentasjon på ordningen/timesatsene?***

Svaralternativ	Svarfrekvens
Ja	22
Nei	3

### 3.3 Resultater fra oppfølgingsdelen

#### 3.3.1 Vurderinger

For å innhente informasjon om erfaringer og vurderinger av fastlønn for legevaktsarbeid kontaktet vi i en oppfølgingsundersøkelse de legevaktene som svarte at de hadde ordninger med fastlønn til legevaktlege og la fram totalt 18 påstander knyttet til ulike aspekter ved fastlønn som vi ba om respons på. Vi kontaktet både de legevaktene som svarte at de følger SFS 2305 og de som svarte at de hadde ordninger utover SFS 2305. Totalt var det 48 av de aktuelle 75 legevakter (64 %) som besvarte vurderingsspørsmålene, 32 legevakter fra gruppen der man følger SFS 2305 og, 16 legevakter fra gruppen svarte at de hadde ordninger utover SFS 2305. Respondentenes vurderinger presenteres i Tabell 5, del 1 og 2. Et hovedfunn i denne delen av kartleggingen må kunne sies å være at det for alle 18 påstander var variasjon, både med hensyn til hvorvidt respondenten var enig i påstanden og hvorvidt de syntes at påstanden omhandlet et viktig aspekt. Vi har sett nærmere på de seks påstandene som omfatter de tre aspektene respondentene vurderer som særlig viktige og de tre aspektene de vurderer som særlig uviktige, i tillegg til påstand 17 og 18, der respondentene ikke ble spurt om viktighet. Nedenfor diskuterer vi nærmere vurderingene av disse åtte påstandene som er markert med fet skrift i Tabell 5.

#### **Hvor viktige er de ulike aspektene, og i hvilken grad er respondentene enig i påstandene, og i hvilken grad er respondentene enige med hverandre?**

Hvis vi ser først på hvilke aspekter som av respondentene ble vurdert som viktige, finner vi at de tre viktigste aspektene (vurdert utfra andel som svarte at aspektet var «Svært viktig») angår

- prioritering av pasienter (påstand 16, der 63,8 % svarte «Svært viktig»)

- 
- kommunens muligheter for styring med driften» (påstand 3, der 48,9 % svarte «Svært viktig») og
  - «anvendelse av fastlønnsleger for oppfølging av kommunale akuttsenger» (påstand 12, der 44,7 % svarte «Svært viktig»).

Det er stor grad av enighet blant respondentene om at påstanden (16) «Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger» omhandler et svært viktig aspekt. Samtidig ser vi at det er for påstandene 16 og 3 at flest respondenter enes om samme svaralternativ, «Helt enig». Her svarer 45,8 % at de er «Helt enig», mens kategoriene «Delvis enig» og «Helt enig» til sammen utgjør 62,5 % av respondentene.

Ser vi på påstanden (3) «Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften» ser vi at «Helt enig» er det hyppigst besvarte alternativet med 45,8 % og at 66,7 % svarte at de var enten «Delvis enig» eller «Helt enig». For påstand (12) «Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger», ser vi at alternativene «Helt enig» og «Delvis enig» begge oppnådde å bli valgt av hver tredje respondent, og 66,6 % er dermed helt eller delvis enig i denne påstanden. Det er også verdt å nevne at så mange som 42,6 % anser deltakelse i øvelser (påstand 14) og tilrettelegging for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier (påstand 15) for å være svært viktige aspekter.

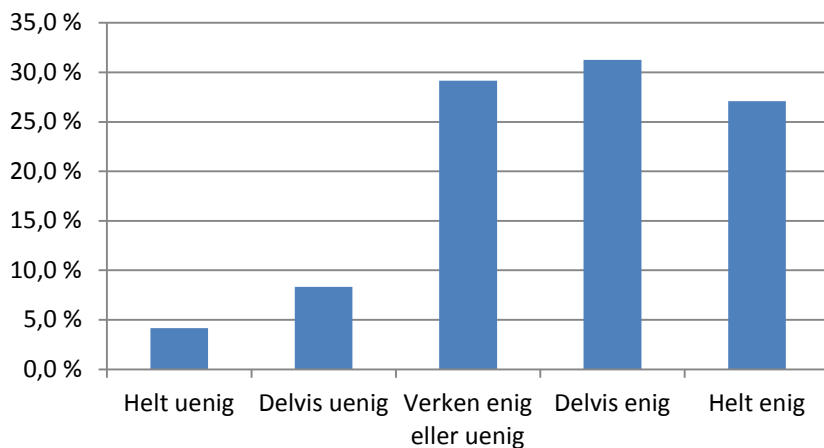
Ser vi så på de aspekter som av respondentene ble vurdert som minst viktig finner vi at de tre minst viktigste aspektene (vurdert utfra andel som svarte at aspektet var «Ikke viktig») angår

- bemanning av legevaktbil, (spørsmål 11, der 42,6 % svarte «Ikke viktig»)
- utjevning av inntektsforskjeller, (spørsmål 1, der 40,4 % svarte «Ikke viktig»), og
- fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft, (spørsmål 4, der 36,2 % svarte «Ikke viktig»).

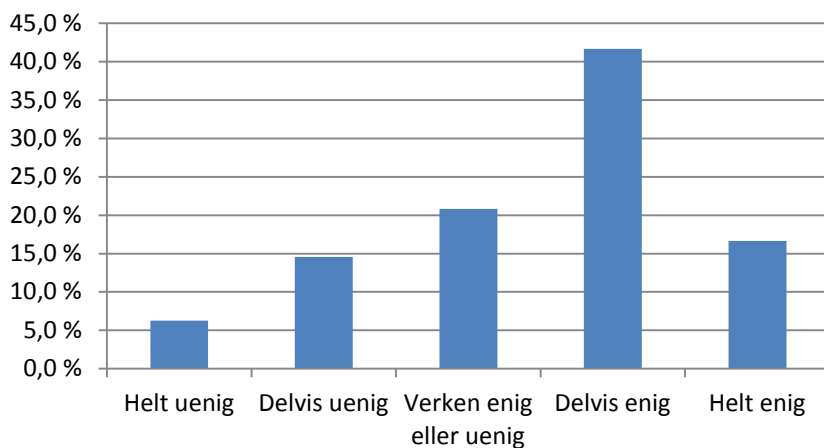
For påstand (11) «Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil» kan det se ut som vurderingene er mindre konsentrert. De hyppigste angitte svarene er «Verken enig eller uenig» og «Delvis enig», og begge kategoriene blir valgt av 29,2 % av respondentene. Samtidig ser vi at også alternative «Helt uenig» og «Delvis uenig» velges av mange av respondentene, og totalt er det 35,4 % av respondentene som plasserer seg i én av de to *uenig*-kategoriene.

For påstand 1 ser vi at de som sier seg uenige i påstanden «Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger», utgjør mindretallet av respondentene med 12,5 %, mens de resterende 87,5 % av respondentene fordeler seg med om lag like andeler på kategoriene «Verken enig eller uenig», «Delvis enig» og «Helt enig». Også for påstand 4 ser vi en betydelig spredning i respondentenes vurderinger. De hyppigste angitte svaralternativene er «Delvis enig» med 37,5 % og «Verken enig eller uenig» med 20,8 %.

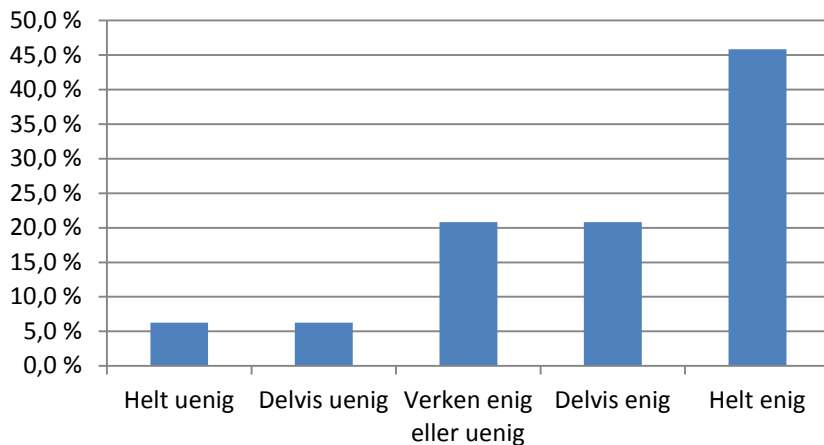
### 1)-Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.



### 2)-Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.

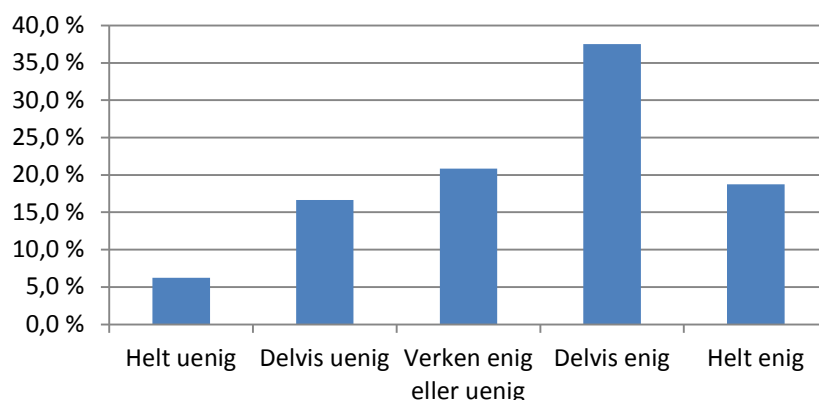


### 3)-Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.

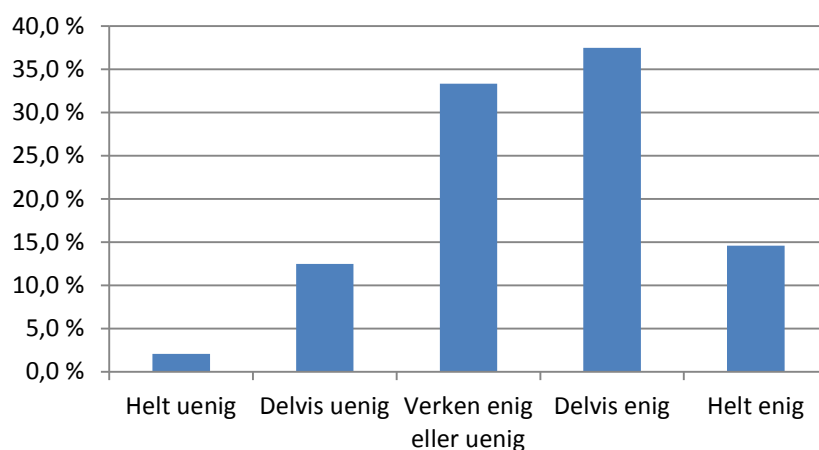




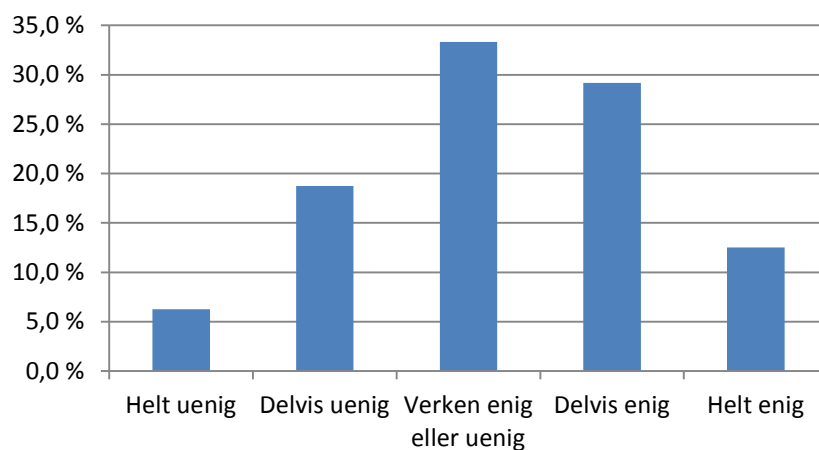
#### 4)-Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.



#### 5)-Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevakten/kommunen.



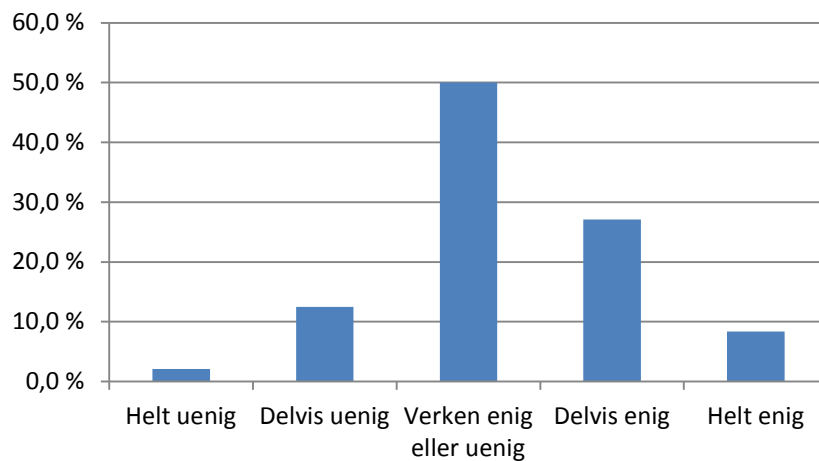
#### 6)-Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.



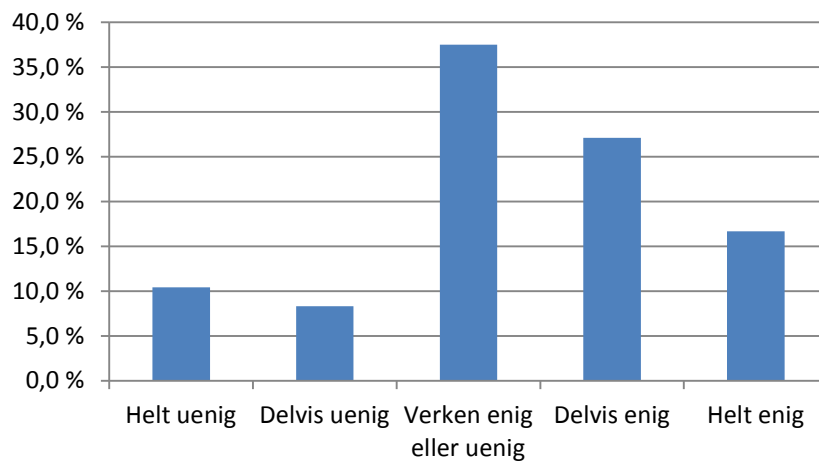
**Tabell 5, del 1. Vurderinger av ulike påstander vedrørende fastlønn ved legevaksarbeid**

Påstand	Svaralternativer	Prosent (Antall)	Viktighet	Prosent (Antall)
<b>1)-Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.</b>	Helt uenig	4,2 % (2)		
	Delvis uenig	8,3 % (4)	<b>Ikke viktig</b>	<b>40.4 19</b>
	Verken enig eller uenig	29,2 % (14)	Litt viktig	40.4 19
	Delvis enig	31,3 % (15)	Svært viktig	19.2 9
	Helt enig	27,1 % (13)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>
2)-Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.	Helt uenig	6,3 % (3)		
	Delvis uenig	14,6 % (7)	Ikke viktig	14.9 7
	Verken enig eller uenig	20,8 % (10)	Litt viktig	57.5 27
	Delvis enig	41,7 % (20)	Svært viktig	27.7 13
	Helt enig	16,7 % (8)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>
<b>3)-Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.</b>	Helt uenig	6,3 % (3)		
	Delvis uenig	6,3 % (3)	Ikke viktig	25.5 12
	Verken enig eller uenig	20,8 % (10)	Litt viktig	25.5 12
	Delvis enig	20,8 % (10)	Svært viktig	48.9 23
	Helt enig	45,8 % (22)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>
<b>4)-Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.</b>	Helt uenig	6,3 % (3)		
	Delvis uenig	16,7 % (8)	<b>Ikke viktig</b>	<b>36.2 17</b>
	Verken enig eller uenig	20,8 % (10)	Litt viktig	38.3 18
	Delvis enig	37,5 % (18)	Svært viktig	25.5 12
	Helt enig	18,8 % (9)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>
5)-Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevaktene/kommunen.	Helt uenig	2,1 % (1)		
	Delvis uenig	12,5 % (6)	Ikke viktig	23.4 11
	Verken enig eller uenig	33,3 % (16)	Litt viktig	51.1 24
	Delvis enig	37,5 % (18)	Svært viktig	25.5 12
	Helt enig	14,6 % (7)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>
6)-Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.	Helt uenig	6,3 % (3)		
	Delvis uenig	18,8 % (9)	Ikke viktig	25.5 12
	Verken enig eller uenig	33,3 % (16)	Litt viktig	42.6 20
	Delvis enig	29,2 % (14)	Svært viktig	31.9 15
	Helt enig	12,5 % (6)		
	<b>TOTAL</b>	<b>100,0 % (48)</b>		<b>100,0 % (47)</b>

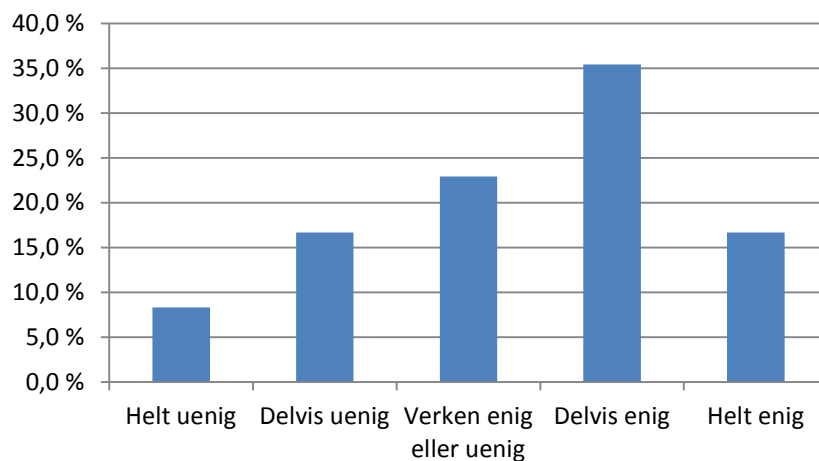
**7)-Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.**



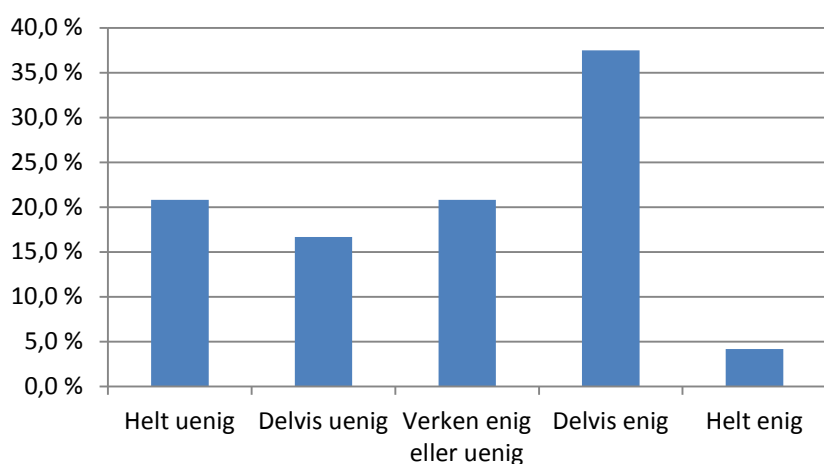
**8)-Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene**



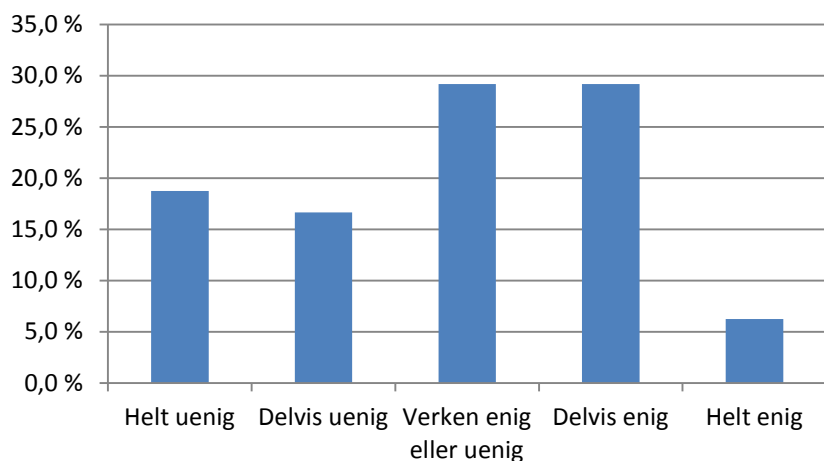
**9)-Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatrispasienter.**



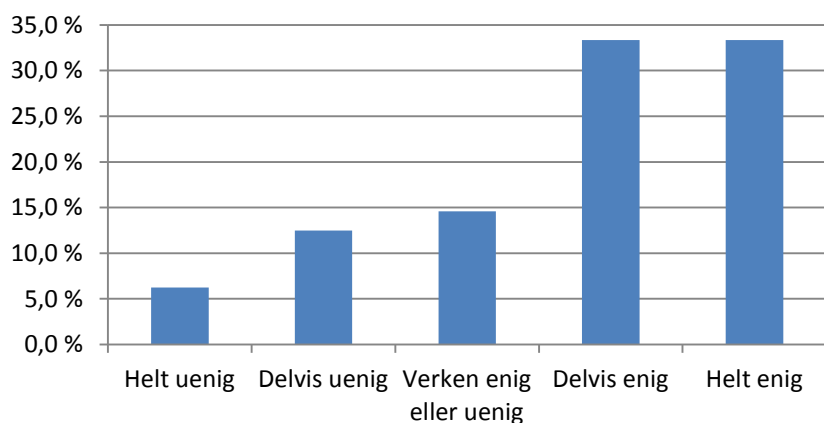
**10)-Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.**



**11)-Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.**



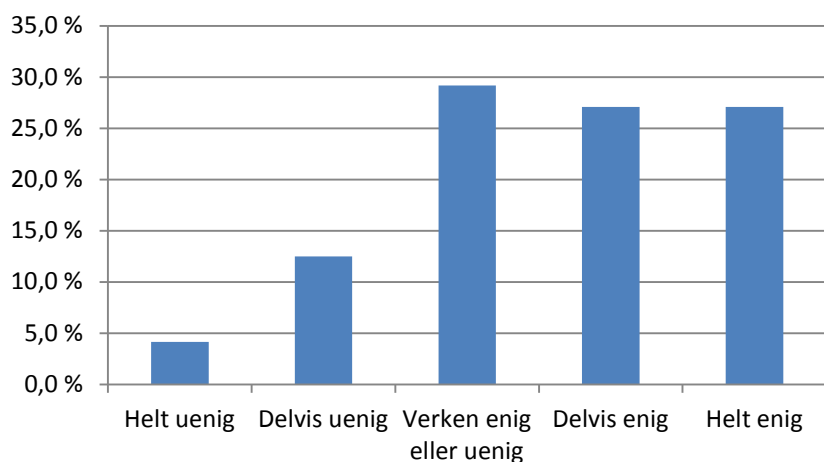
**12)-Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger.**



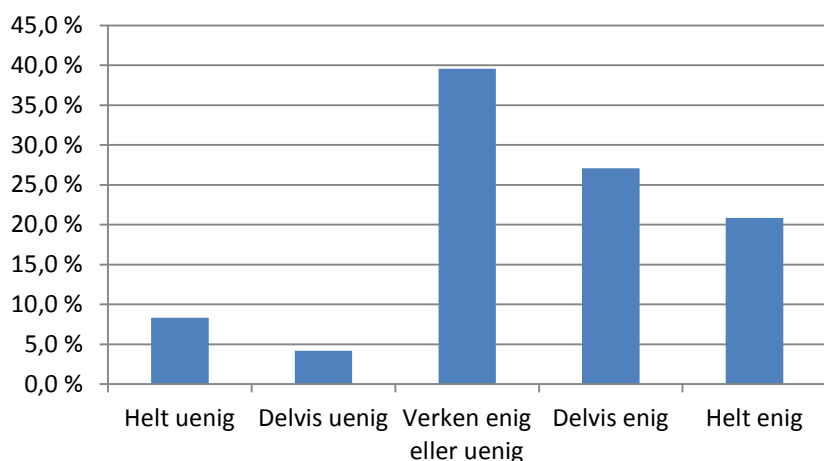
**Tabell 5, del 2. Vurderinger av ulike påstander vedrørende fastlønn ved legevaksarbeid (forts.)**

Påstand	Svaralternativer	Prosent (Antall)	Viktighet	Prosent (Antall)	
7)-Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.	Helt uenig	2,1 % (1)			
	Delvis uenig	12,5 % (6)	Ikke viktig	34.0	16
	Verken enig eller uenig	50,0 % (24)	Litt viktig	48.9	23
	Delvis enig	27,1 % (13)	Svært viktig	17.0	8
	Helt enig	8,3 % (4)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)
8)-Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene	Helt uenig	10,4 % (5)			
	Delvis uenig	8,3 % (4)	Ikke viktig	25.5	12
	Verken enig eller uenig	37,5 % (18)	Litt viktig	38.3	18
	Delvis enig	27,1 % (13)	Svært viktig	36.2	17
	Helt enig	16,7 % (8)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)
9)-Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatripasienter.	Helt uenig	8,3 % (4)			
	Delvis uenig	16,7 % (8)	Ikke viktig	29.8	14
	Verken enig eller uenig	22,9 % (11)	Litt viktig	40.4	19
	Delvis enig	35,4 % (17)	Svært viktig	29.8	14
	Helt enig	16,7 % (8)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)
10)-Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.	Helt uenig	20,8 % (10)			
	Delvis uenig	16,7 % (8)	Ikke viktig	34.0	16
	Verken enig eller uenig	20,8 % (10)	Litt viktig	42.6	20
	Delvis enig	37,5 % (18)	Svært viktig	23.4	11
	Helt enig	4,2 % (2)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)
<b>11)-Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.</b>	Helt uenig	18,8 % (9)			
	Delvis uenig	16,7 % (8)	<b>Ikke viktig</b>	<b>42.6</b>	<b>20</b>
	Verken enig eller uenig	29,2 % (14)	Litt viktig	40.4	19
	Delvis enig	29,2 % (14)	Svært viktig	17.0	8
	Helt enig	6,3 % (3)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)
<b>12)-Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttseger.</b>	Helt uenig	6,3 % (3)			
	Delvis uenig	12,5 % (6)	Ikke viktig	23.4	11
	Verken enig eller uenig	14,6 % (7)	Litt viktig	31.9	15
	Delvis enig	33,3 % (16)	<b>Svært viktig</b>	<b>44.7</b>	<b>21</b>
	Helt enig	33,3 % (16)			
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 %	(47)

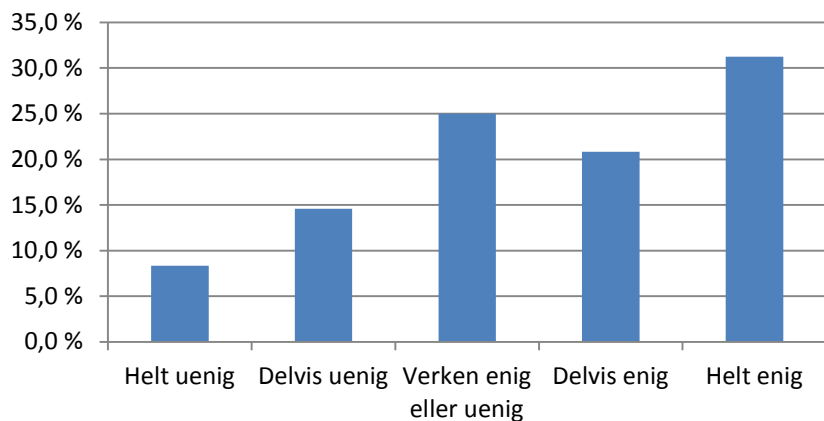
**13)-Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.**



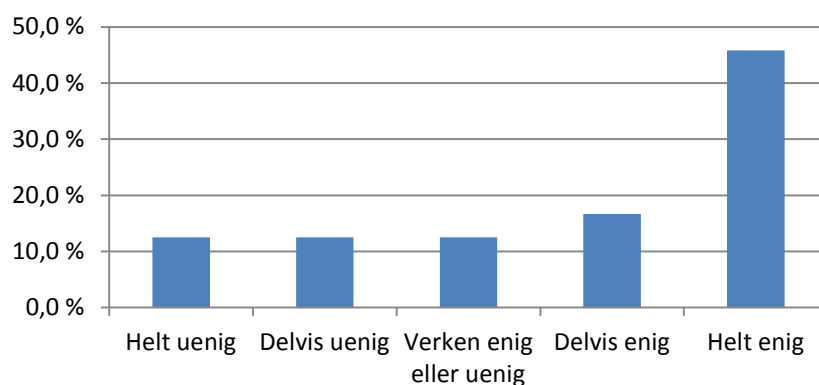
**14)-Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.**



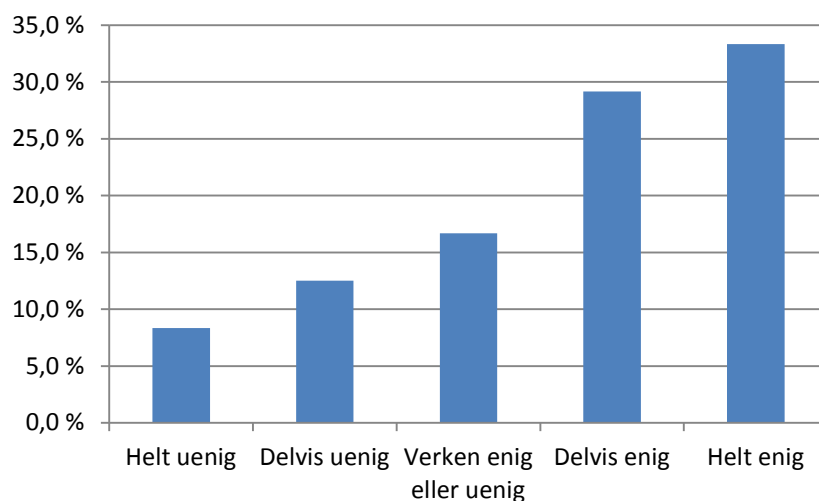
**15)-Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.**



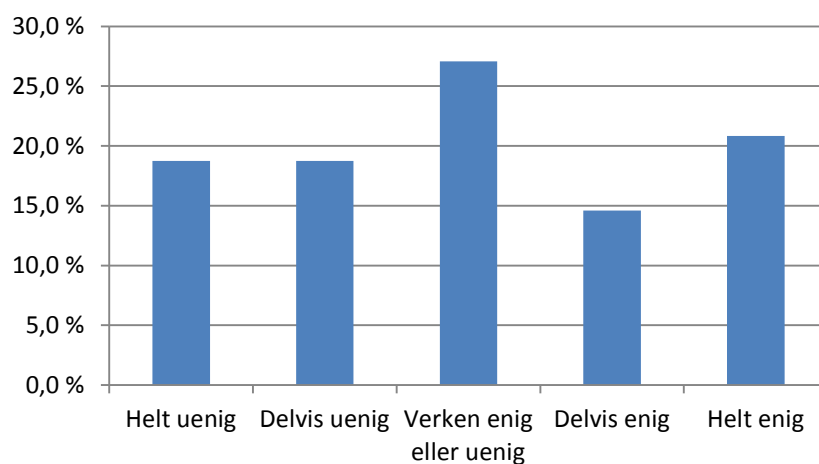
**16)-Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.**



**17)-Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet.**



**18)-Fastlønn på natt bør ha samme timesats som på ettermiddag/kveld.**



**Tabell 5, del 3. Vurderinger av ulike påstander vedrørende fastlønn ved legevaksarbeid (forts.)**

Påstand	Svaralternativer	Prosent (Antall)	Viktighet	Prosent (Antall)
13)-Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.	Helt uenig	4,2 % (2)		
	Delvis uenig	12,5 % (6)	Ikke viktig	25.5 12
	Verken enig eller uenig	29,2 % (14)	Litt viktig	42.6 20
	Delvis enig	27,1 % (13)	Svært viktig	31.9 15
	Helt enig	27,1 % (13)		
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 % (47)
14)-Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.	Helt uenig	8,3 % (4)		
	Delvis uenig	4,2 % (2)	Ikke viktig	19.2 9
	Verken enig eller uenig	39,6 % (19)	Litt viktig	38.3 18
	Delvis enig	27,1 % (13)	Svært viktig	42.6 20
	Helt enig	20,8 % (10)		
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 % (47)
15)-Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.	Helt uenig	8,3 % (4)		
	Delvis uenig	14,6 % (7)	Ikke viktig	29.8 14
	Verken enig eller uenig	25,0 % (12)	Litt viktig	27.7 13
	Delvis enig	20,8 % (10)	Svært viktig	42.6 20
	Helt enig	31,3 % (15)		
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 % (47)
16)-Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.	Helt uenig	12,5 % (6)		
	Delvis uenig	12,5 % (6)	Ikke viktig	21.3 10
	Verken enig eller uenig	12,5 % (6)	Litt viktig	14.9 7
	Delvis enig	16,7 % (8)	<b>Svært viktig</b>	<b>63.8 30</b>
	Helt enig	45,8 % (22)		
	TOTAL	100,0 % (48)		100,0 % (47)
17)-Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet.	Helt uenig	8,3 % (4)		
	Delvis uenig	12,5 % (6)		
	Verken enig eller uenig	16,7 % (8)		
	Delvis enig	29,2 % (14)		
	Helt enig	33,3 % (16)		
	TOTAL	100,0 % (48)		
18)-Fastlønn på natt bør ha samme timesats som på ettermiddag/kveld.	Helt uenig	18,8 % (9)		
	Delvis uenig	18,8 % (9)		
	Verken enig eller uenig	27,1 % (13)		
	Delvis enig	14,6 % (7)		
	Helt enig	20,8 % (10)		
	TOTAL	100,0 % (48)		

For påstand (17) «Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet», ser vi at flertallet av respondentene enten svarer «Helt enig» (33,3 %) eller «Delvis enig» (29,2 %), mens et mindretall på 20,8 % svarer at de er enten «Helt uenig» (8,3 %) eller «Delvis enig» (12,5 %).

For påstanden (18) «Fastlønn på natt bør ha samme timesats som på ettermiddag/kveld» ser vi at det er svært stor spredning i svarene og at det er alternativet «Verken enig eller uenig» som utgjør det hyppigst valgte alternativet med 27,1 %.

De respondenter fra gruppen som svarte at de hadde ordninger utover SFS 2305 ble bedt om å returnere informasjon om timesatsene. Vi gjengir denne informasjonen i Tabell 6. Ved Bergen legevakt vil det fra 1.1.2016 igangsettes en forsøksordning med fastlønn. Premissene for forsøket inkluderer fast honorar per



time. Vaktlegene på natten (23.00–08.00) mottar kroner 965 eller 1155 i honorar per time på ukedagene avhengig av om vaktlegen er spesialist eller ikke. I helg og i høyder er de tilsvarende timehonorarene kroner 1041 eller 1233 avhengig av om vaktlegen er spesialist eller ikke.

**Tabell 6. Beskrivelse av noen eksempler på lokale fastlønnsavtaler**

Kommune		Kommentar
Oslo	<p>Godtgjøring ved næringsdrivende lege kl. 23.00–08.00 per løpende time:  Ikke-spesialist i allmenntilleggsmedisin: kr. 1063  Spes i allmenntilleggsmedisin: kr. 1215  Beredskapsgodtgjøring næringsdrivende lege kl. 16.00–23.00 (08.00–23.00)  Mandag–fredag kr. 91  Lørdag–søndag kr. 120  Helg–høytid kr. 136</p>	Egenandeler og trygderefusjon tilfaller kommunen.
Sandnes	Avtale om ekstra kompensasjon utover SFS 2305 til fastleger som tar fri dag etter legevakt	
Sotra legevakt	<p>Dagvakt hverdager: fast honorar per time  Ikke-spesialist i allmenntilleggsmedisin: kr. 700  Spesialist i allmenntilleggsmedisin: kr. 900  Kveldsvakt og dagvakt helg: Ordinær legevakt næringsdrift med refusjon og pasientbetaling og vaktgodtgjørelse beredskap vaktklasse 2.   Nattevakt: fast honorar kr. 1000 kl. 21.00–22.00 for visitt observasjonssenger. Kl. 22.00–23.00 som kveldsvakt.  Kl. 23.00–08.00 fastlønn iht. tariff vaktklasse 2.</p>	Legen mottar i tillegg refusjon og pasientbetalinger på natt mot at legene ikke krever praksiskompensasjon for dagen etter vakt.
Sunnhordland interkommunale legevakt IKS	<p>Godtgjørelse i form av lønn med feriepenge hverdager:  kr. 719 for leger  kr. 868 for legespesialister  Lørdag og søndag/helge- og høytidsdager  kr. 792 for leger  kr. 951 for legespesialister</p>	Forsøksordning med fastlønn på dagtid.
Nordhordland	<p>Lønn hverdager kl. 16.00–23.00 og helgedager kl. 08.00–23.00  Spesialister med relevant kompetanse: kr. 1290  Andre selvstendig kompetente vaktleger: kr. 1000  Ikke selvstendig kompetente vaktleger: kr. 800  Turnusleger: kr. 550</p>	Nattarbeid avlønnes i henhold SFS 2305.
Lofoten interkommunale legevakt	<p>Søndag kl. 23.00–fredag kl. 23.00  Kr. per time:  kr. 435 leger  kr. 520 legespesialister   Fredag kl. 23.00–søndag kl. 23.00  Kr. per time:  kr. 504 leger  kr. 589 legespesialister</p>	

---

Til slutt i oppfølgingsdelen av undersøkelsen ble de 16 respondenter fra gruppen som svarte at de hadde ordninger utover SFS 2305 bedt om å fylle inn svar på spørsmålet «Kan du kort angi begrunnelsen for at det er inngått særavtale om fastlønn?» Nedenfor gjengir vi svaret fra de som besvarte spørsmålet.<sup>7</sup>

- «Vi har fastlønn på dagtid. Kveld/natt/helg: stykkpris, privat drift».
- «Grunnen til dette er at vi ønsker en forutsigbar vakthverdag for legene».
- «Oslo har egen avtale».
- «Kun en lege (meg) har fastlønn hvilket inkluderer legevaktsarbeid og vanlig legearbeid kontortid, all inclusive, det finnes ingen særskilt timesats for vaktene som går til meg».
- «For å bevare fastlegene i en liten kommune, for å gjøre godt legearbeid- uavhengig av økonomi. Styrer henvendelsene til dagtid, og tar bare røde, evt gule responser på kveld. God opplæring for turnusleger. Ville ikke vært faste leger her, uten fastlønn på dag og natt».
- «Fastløn er blant anna inngått for å sikra korrekt bruk av legevakt, og at det skal vera lik løn for kveld og nattarbeid uavhengig av pasientgrunnlag og inntening».
- «Tariff + pasientbetaling og refusjoner på natt. Fastlønn på dagtid for å være "klar til akutte oppdrag" Ikke økonomiske insentiver. Særavtale på natt om pasientbetaling i tillegg til fastlønn for å motivere til å ta inn de som trenger hjelp»
- «Me er ei lita legevakt, med få pasientar i periodar. For at legane skulle kunna ha ei nokonlunde stabil inntekt heile året, valde me å innføre fastlønn for ca 8 år sidan. Den gongen blei timelønna regna ut ved å sjå på legane sin inntening gjennom egenbetaling og Helfo-krav. Tillitsvald for legane har i ettertid forhandla lønn på vanleg måte for legane i vakt. Alle er veldig fornøgde med ordninga, sikrar ei bra avlønning gjennom heile året».
- «Det er tatt en administrativ beslutning en tid tilbake om å tilby legene 200 kroner timen kl. 23-08 istedenfor småpengene de får i vaktklasse 2. Det er få pasienter på natt, så det blir lite attraktivt å ta nattevakter. Med en økt timelønn blir de noe lettere. Ved beordring / legemangel tilbys det 600 kroner timen på natt».
- «Utgangspunkt i avtale SFS2305, samt i avtaler mellom Spekter og legeforeningen, og KS. I tillegg innhentet informasjon fra bl.a. Asker/Bærum og Oslo. Høyere lønn (økning hvert 2. år) enn på sykehus (ca 20-30' over i hvert trinn) Særavtalen for «--» kommune er i prosess nå, så vi vil ikke ha anledning til å sende denne ennå».
- «Styringsbehov».
- «Vi har samordnet legevakten og KAD-senger, og var derfor nødt til å forhandle frem en avtale. Fra ledelsen la vi føringer for at det skulle være fastlønn for all vakttid, noe legene var enige i. Legevakten er interkommunal, med X samarbeidskommuner, tilsvarende er KAD-sengene interkommunale med Y samarbeidskommuner. Deler av spørsmålene i undersøkelsen er derfor ikke tatt med i avtalen, eks lønn for å delta i møter og opplæring, dette ligger på hver enkelt kommune. Avtalen er per i dag ikke ferdigforhandlet, men de tallene jeg har nevnt i forrige spørsmål er de som vi ser ut til å lande på. Vi har ikke startet opp med fastlønn, dette blir først fra 01.01.16, så de erfaringene jeg har krysset av går ut på hva jeg forventer, ikke på hva vi har

---

<sup>7</sup> Teksten er lettere revidert, da typografiske feil er rettet. I tillegg er noen detaljer tatt ut for å bevare respondentenes anonymitet.

---

*erfart. Jeg har derfor heller ikke noen ferdig særavtale å sende inn. Kan evt gjøres senere når denne foreligger, om det er ønskelig».*

- *«Dette for å kunne ha større kontroll på regnskap og kunne utnytte legeressursene i kommunen bedre».*

## 4 Internasjonal litteratur om fastlønn i legevakt

Vi har benyttet Google Scholar i vårt søk etter internasjonal litteratur<sup>8</sup>. En av fordelene med Google Scholar er at denne søkemotoren også fanger opp eventuelle rapporter som ikke er publisert i anerkjente tidsskrifter. Søkene ble gjennomført i august og september 2015. Vi benyttet søkemotorens funksjonalitet for relaterte artikler til å skaffe oversikt over litteraturen gjennom å se særskilt på de studier som refererer hovedkildene i litteraturen. Eksempler på sentrale kilder er artiklene som er publisert i *British Medical Journal* (Buxton, Klein og Sayers, 1977, Hallam, 1994 og Hallam og Cragg, 1994, Olesen og Jolleys, 1994, og Christensen og Olesen, 1998) samt reviewartikler som tar for seg denne type tjenester (Leibowitz, Day, and Dunt, 2003 og Huibers mfl., 2009).

Omfanget av internasjonal litteratur som tar for seg problemstillinger om bruk av fastlønn for legevaksarbeid viser seg å være svært begrenset. Det kan se ut til at aktivitetsbaserte takster er den vanligste formen for betaling i systemer der primærleger yter legevakt tjenester. I tillegg til at det er få studier om bruk av fastlønn i legevakt, har den norske organiseringen av legevakt en del særtrekk som gjør at ordningen skiller seg fra hvordan andre land organiserer sine akuttjenester. Blant annet er det i en del europeiske land og i det amerikanske helsesystemet<sup>9</sup> vanligere med bruk av akutt tilbud organisert som avdelinger i sykehus. Ofte eksisterer dette sykehustilbudet side om side med ordninger som har felles trekk med den norske legevaktordningen, for eksempel ved at primærleger også foretar hjemmebesøk til sine listepasienter, slik tilfellet er i det britiske systemet<sup>10</sup>.

Vi fant ingen studier med metodekvalitet som gjør det mulig å trekke klare og robuste slutninger om kausale virkninger av å innføre fastlønn for legevaksarbeid. Dette skyldes blant annet den generelle utfordring som gjør seg gjeldende ved analyser av avlønningssystemer, nemlig at det vanligvis er vanskelig å gjennomføre kontrollerte forsøk med avlønningssystemer. De fleste gjennomførte studier av avlønningssystemer i helsetjenesten er derfor såkalte før-etter studier. Vi har funnet og refererer nedenfor kun til to caser med tilhørende empiriske studier som synes relevante i forhold til mulige virkninger av endret avlønningssystem fra aktivitetsbaserte takster til fastlønn. I betalingsreformene i eksemplene endres betalingsordningen fra fastlønn til aktivitetsbaserte takster. Selv om reformene går i motsatt retning i forhold til hva som diskuteres i Norge, har funnene som gjengis en tolkning i form av forskjellen mellom de to avlønningssystemer.

---

<sup>8</sup> Vi søkte også etter norsk litteratur, men fant ingen studier om fastlønn og legevakt, med unntak av de rent deskriptive beskrivelsene fra NKLM, herunder, Morken Midtbø og Zachariassen (2014).

<sup>9</sup> For en beskrivelse av rollen såkalte Emergency Departments har i USA, se National Center for Health Statistics (2013)

<sup>10</sup> Omfanget av hjemmebesøk i 18 Europeiske land er beskrevet i Boerma og Groenewegen (2001).

---

## **Innføringen av aktivitetsbasert betaling av legevakt (hjemmebesøk på kveld og natt) i britisk allmennpraksis i 1967**

En interessant endring i avlønningsform som er beskrevet i litteraturen er endringen i britisk allmennpraksis fra fastlønn til aktivitetsbaserte takster (konsultasjonstakster) ved hjemmebesøk utenfor ordinær åpningstid. Aktivitetsbaserte takster ble innført i britisk «primærlegevakt» i 1967. Reformen er beskrevet i Buxton, Klein og Sayers (1977) og Hallam (1994). Innføringen av aktivitetsbaserte takster på kveld og natt sammenfaller med en sterk økning i omfanget av slike besøk, konsultasjonsraten økte fra 4,3 visitter per 1000 innbyggere i 1967 til 10,1 per 1000 innbyggere i 1976 (Hallam, 1994). Det er naturligvis mange forhold i tillegg til betalingen som endret seg i perioden, og det vil ikke være rimelig å hevde at den sterke økningen i kontakthypighet svarer til en kausal virkning av aktivitetsbasert betaling sammenlignet med fastlønn.

## **Innføringen av aktivitetsbasert betaling av legevakt (hjemmebesøk på kveld og natt) i Østtyske Magdeburg i forbindelse med den tyske gjenforeningen**

Gjenforeningen av Tyskland førte med seg mange endringer i organisering og avlønning, i all hovedsak ved at modeller fra forhenværende Vest-Tyskland ble innført i tidligere DDR. I en studie av Burkowitz mfl. (1995) sammenlignes omfanget av hjemmebesøk utført av allmennleger i Magdeburg i de to første kvartalene i årene 1985 og 1992, det vil si før og etter gjenforening og innføring av aktivitetsbaserte takster etter vestlig mal. Forfatterne finner at hyppigheten av hjemmebesøk økte med 134 %. Aller sterkest var økning i hjemmebesøk blant pasienter i alderen fra 60 til 79 år, der økningen var 350 %. For å undersøke om det økte omfanget var et resultat av endringer i etterspørselen undersøkte forfatterne også om omfanget av hjemmebesøk utført av sykepleiere hadde endret seg, og de fant at det bare var mindre endringer i denne typen kontakter. Det er en rekke forhold som gjør det vanskelig å tolke disse store endringene i omfang av hjemmebesøk som kausale virkninger av endret betalingsform fra fastlønn til aktivitetsbasert betaling. For de første var det mange andre forhold som forandret seg samtidig med avlønningsformen. For det andre førte gjenforeningen til endring både til endret struktur på betalingen (fra fastlønn til aktivitetsbaserte takster) og til en betydelig endring i gjennomsnittsnivået på betalingen (Hurst, 1991).

## **Hvilke resultater fra litteraturen har overføringsverdi og kan være informative i en diskusjon om alternative avlønningsformer i legevaktarbeid?**

Resultatene fra de to casene er interessante sett i lys av at observasjonene passer med generelle hypoteser avledet av økonomisk teori som spesifikt tar for seg betaling av leger. Resultatene i denne teoretiske litteraturen at aktivitetsbasert avlønning oppmuntrer til et større volum sammenlignet med fastlønn (Ellis og McGuire, 1986, Iversen og Lurås, 2000 og Léger, 2008). Funnene er konsistente også med øvrige empirisk litteratur om legers tilpasning til økonomiske insentiver (Gosden, Forland og Kristiansen, mfl. 2001).

Resultatene fra vårt søk etter internasjonal litteratur viser at det er lite litteratur om fastlønn i legevakt, og det er det usikkert hvor stor overføringsverdi resultatene fra de to casene har til norske forhold. Trolig kan derfor resultatene fra den mer generelle litteraturen om legers tilpasning til økonomiske insentiver

---

være nyttige i diskusjonen. Studiene i den mer generelle litteraturen synes å være av en høyere kvalitet enn hva tilfellet er for studiene av de to caser ovenfor. Her kan litteraturen som omtales i Scott (2000), Gosden mfl. (2001), Iversen og Lurås (2011) og Godager, Iversen og Lurås (2012) være nyttig, ikke minst siden mange av studiene som diskuteres omhandler primærlegens tilpasning til økonomiske insentiver.

De tre vanligste måter å betale primærleger på er fastlønn, aktivitetsbaserte takster og per capita betaling (med eller uten såkalt risikjustering), i tillegg kommer kombinasjoner av disse. Resultatene fra empiriske studier tyder på at avlønningsformen har betydning for hvordan legene tilpasser seg. Som beskrevet i Iversen og Lurås (2006) og Sørensen og Grytten (2003) vil bruk av fastlønn som betalingsform der legen mottar samme inntekt uavhengig av aktivitet kunne resultere i lav produktivitet. Fastlønte leger har ikke insentiver til å tilby unødvendige og kostbare prøver og undersøkelser, samtidig har de heller ikke insentiver til å være sparsomme i bruk av innsatsfaktorer. Annerledes er det da med aktivitetsbaserte takster. Denne betalingsformen synes å oppmuntre til større tjenestevolum, og utfallet kan i enkelte tilfeller bli at tjenestevolumet blir større enn hva som er ønskelig fra et samfunnsmessig perspektiv. Under den tredje avlønningsformen, per capita-betaling, mottar legene betaling avhengig av hvor mange pasienter de tar ansvar for. Under slike ordninger ansvarliggjøres legen for alle «interne kostnader» forbundet med behandling og legen vil derfor ha incentiver til å kombinere bruken av innsatsfaktorer på en hensiktsmessig måte. En ulempe med rendyrket per capita betaling kan være at en slik betalingsordning kan føre til at tjenestevolumet blir mindre enn hva som er ønskelig fra et samfunnsmessig perspektiv. Denne korte oppsummeringen av incentivimplikasjonene av de tre vanligste betalingsformene som benyttes i primærlegetjenester tyder på at de alle tre har svakheter. Det synes å være konsensus i den helseøkonomiske litteraturen om at et virkemiddel for å ta hensyn til svakhete ved de alternative betalingsformer er å bruke kombinasjoner av flere betalingsformer for å sikre at tjenestevolumet som blir levert er i tråd med samfunnets ønsker. Newhouse (1996) uttrykker det slik: *“If pure fee-for-service results in overservicing and pure capitation in underservicing, the optimal scheme is a mixture”*.

---

## 5 Avslutning

Vi fant at tjenestebaserte takster har større sjansje for å medføre uønskede prioriteringer jo større heterogenitet det er blant pasientene og jo mer sammensatte tjenester legevaktene forventes å yte.

Vi fant videre at overgang til fastlønn kan tenkes å påvirke rekrutteringen til legevakt positivt siden inntektsusikkerheten som kombinasjonen av beredskapstilskudd og takster medfører, vil bortfalle. Det er samtidig uvisst hvor stor betydning dette argumentet har. Viktigere er det trolig at dagens kombinasjon av beredskapstilskudd og takster medfører mindre inntekter for legevaktene i mindre sentrale strøk enn i sentrale strøk. For å sikre rekruttering av legevakter til mindre sentrale strøk er trolig inntektsnivået viktigere enn måten inntekten opptjenes på. Å tilby fastlønn i legevakt kan samtidig virke positivt på rekruttering siden nyere forskning vi har referert til, viser at yngre leger generelt foretrekker fastlønn i større grad enn før. Vi presenterte til slutt argumenter for at takstbaserte ordninger kan medføre større effektivitet enn fastlønn i tradisjonell legevaktvirksomhet. Jo mer kompleks virksomheten blir, jo mindre gyldig er trolig dette argumentet.

Det er derfor vanskelig med utgangspunkt i økonomisk tankegang å gi et entydig svar på om en overgang fra takstbasert avlønning til fastlønn er å foretrekke. Argumentet for fastlønn generelt er kanskje større i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner. I mindre sentrale kommuner er trolig befolkningsgrunnlaget for lite til at kombinasjonen av beredskapstillegg og takster er attraktiv nok både for å rekruttere legevakt og fastlegene som skal utføre legevaktene. Befolkningsgrunnlaget tilsier dessuten at legevaktene vil utføre sammensatte oppgaver siden lite befolkningsgrunnlag ikke gir rom for flere leger og arbeidsdeling på kveld og natt. I de større byene der befolkningsgrunnlaget og inntekspotensialet i tradisjonell legevakt er større, kan man trolig tenke seg mer differensiert avlønning med plass for takstbasert ordning i de tradisjonelle legevaktoppgavene og fastlønn i de mer komplekse oppgavene som følger med kommunenes økte ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Men også i storbylegevaktene kan fastlønn innebære større stabilitet hos personellet og større jobbtilfredshet gjennom regulerte faste ansettelse med faglige utviklingsmuligheter gjennom ansettelsen.

En hovedkonklusjon fra diskusjonen om økonomiske insentiver i legevakt er derfor at det er vanskelig å utforme et avlønningssystem for legevakt som passer like godt i alle landets kommuner. Det kommunale mangfoldet kan altså ha som implikasjon at det er fordelaktig med en viss lokal tilpasning av avlønningssystemer. Dersom fastlønn skulle bli en viktig avlønningssystem i framtidens legevaktordning kan det være hensiktsmessig med lokal tilpasning av fastlønnen. Trolig vil det i enkelte områder være nødvendig med relativt høy fastlønn for å sikre rekrutteringen.

Det er generelt lite eksakt kunnskap om hva slags avlønningssystemer som best bidrar til ønsket måloppnåelse for legevaktordninger. I helsetjenesten er det ofte langt flere mål enn det er virkemidler. Dette er også tilfelle innen legevakt. I praksis er det ikke noe avlønningssystem som kan oppfylle alle mål fullt ut. Ethvert avlønningssystem vil generelt ha noen gode egenskaper og noen mindre gode. Valget

---

mellom alternative avlønningssystemer vil derfor innebære en avveining mellom oppnåelse av mål beslutningstager tillegger stor vekt, og mål som vurderes å være mindre viktige.

Den knappe litteraturen om avlønning i legevakt gjør at den mer generelle litteraturen om legers tilpasning til økonomiske insentiver kan være nyttig i diskusjonen. De tre vanligste måter å betale primærleger på er fastlønn, aktivitetsbaserte takster og per capita betaling. Resultater fra økonomisk analyse og empiriske studier tyder på at de alle tre har svakheter. Det synes å være konsensus i den helseøkonomiske litteraturen om at et virkemiddel for å ta hensyn til svakhetene ved de alternative betalingsformer er å bruke kombinasjoner av flere betalingsformer for å sikre at tjenestevolumet som blir levert, er i tråd med samfunnets ønsker. Overført til en diskusjon om avlønningsform ved legevaktarbeid er tolkningen at en kombinasjon av fastlønn og takster/bonusordninger kan være hensiktsmessig. Det sentrale spørsmålet som da fortsatt gjenstår, er hvor stor andel av inntekten fastlønnskomponenten bør utgjøre.

---

## Referanser

- Arrow, K. J., 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 53, 941-973.
- Boerma, W. G., & Groenewegen, P. P., 2001. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. *European Journal of General Practice*, 7(4), 132-137.
- Buxton, M. J., Klein, R. E., & Sayers, J., 1977. Variations in GP night visiting rates: medical organisation and consumer demand. *BMJ*, 1(6064), 827-830.
- Christensen, M. B., & Olesen, F., 1998. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ*, 316(7143), 1502.
- Ellis, R. P., & McGuire, T. G., 1986. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*, 5(2), 129-151.
- Godager, G., T. Iversen og H. Lurås, 2012. Framtidens betalingsystemer i allmennlegetjenesten., i Melberg og Kjekshus (Red) "Fremtidens Helse-Norge", ISBN: 978-82-450-1208-8
- Gosden, T, Forland, F. og Kristiansen I. S., m.fl., 2001. Impact of payment system on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6:44-55.
- Holte, J. H., Abelsen, B., Halvorsen, P. A., & Olsen, J. A., 2015. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations *BMC Health Services Research* 15:119.
- Iversen T., 1997. Om sammenhenger mellom finansieringsmåter og prioriteringer i helsesektoren. NOU 1997: 18, Prioritering på ny. Vedlegg 3. Statens trykning, Oslo.
- Iversen, T., & Lurås, H., 2000. Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 43(4), 447-470.
- Iversen, T., og Lurås, H., 2006. Capitation and incentives in primary care. In Jones, A. (ed) *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar. Cheltenham, UK. Northampton, MA, USA.
- Iversen, T., Lurås, H., 2011. Capitation and incentives in primary care. In A. Jones (ed): *The Elgar Companion to Health Economics, Second Edition* (E. Elgar Publishing, Cheltenham), 280-288.
- Iversen, T., 2015. Primary Care: Effectiveness and Costs. In R. M. Scheffler (ed.): *Global Health Economics and Public Policy*. World Scientific, forthcoming.
- Hallam, L., 1994. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ*, 308(6923), 249-253.
- Hallam, L., & Cragg, D., 1994. Organisation of primary care services outside normal working hours. *BMJ*, 309(6969), 1621-1623.
- Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R., 2009. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*, 9(1), 105.
- Hurst, Jeremy W., 1991. Reform of Health Care in Germany. *Health Care Financing Review* 12.3. 73-86. Print.
- Legeforeningen, 2014. En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt. Legeforeningen, Oslo.
- Léger, P. T., 2008. Physician payment mechanisms, i M. Lu and E. Johnsson, Financing health care. New ideas for a changing society, (Wiley- VCH Verlag, Weinheim), pp. 149-176.



- 
- Leibowitz, R., Day, S., & Dunt, D., 2003. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice*, 20(3), 311-317.
- McGuire, T. G., 2000. Physician agency, i Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Amsterdam: Elsevier Science, pp. 462-536.
- McGuire, T. G., 2011. Physician Agency and Payment for Primary Medical Care. I S. Glied and P. C. Smith: *The Oxford Handbook of Health Economics*, (Oxford University Press, Oxford) 602-623.
- Miller, H. D., 2007. Creating Payment Systems to Accelerate Value-driven Health Care: Issues and Options For Policy Reform, Pittsburgh Regional Health Initiative
- Morken, T., Midtbø, V. og Zachariassen, S. M., 2014. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014.
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. 2014. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelpstilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014.
- National Center for Health Statistics US. (2013). Health, United States, 2012: With special feature on emergency care.
- Newhouse, J., 1996. Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection, *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, No 3, Sep. 1996 (1236-1263).
- Olesen, F., & Jolleys, J. V., 1994. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ*, 309(6969), 1624-1626.
- Raknes G, Morken T, Hunskår S., 2014. Reiseavstand og bruk av legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 134: 2151-5.
- Riksrevisjonen, 2005. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen, Administrativ rapport nr. 1 2005 (2004-2005)
- Sandvik H, Hunskår S, Diaz E., 2012a. Hvilke fastleger deltar i legevakt? *Tidsskr Nor Legeforen* 132: 2277.
- Sandvik H, Hunskår S, Diaz E., 2012b. Fastlegepasienters bruk av legevakt. *Tidsskr Nor Legeforen* 132: 2272-6.
- Scott, A., 2000. Economics of General Practice, i A.J. Culyer and J.P. Newhouse *Handbook of Health Economics*, Volume 1, Elsevier Science B.V.
- Sørensen, R. J., & Grytten, J., 2003. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*, 66(1), 73-93.
- Zweifel, P., Breyer, F., Kifman, M., 2009. *Health Economics*. Springer, Dordrecht. Chapter 10.

---

## Appendiks med vedlegg

## Vedlegg 0: Legevakter som besvarte innledende del (del A)

«Alta kommunale LV», «Askøy kommune», «Aurskog-Høland og Rømskog LV», «Bamble LV», «Bergen LV», «Bindal LV», «Bodø LV», «Brønnøy og Sømna LV», «Båtsfjord LV», «Bø og Sauherad LV», «Evenes, Tjeldfjord og Skånland LV», «Eigersund LV», «Engerdal LV», «Etne Vindafjord interkommunalt LV», «Finnsnes interkommunale LV», «Flekkefjord interkommunale LV», «Flora LV», «Follo LV», «Fosen Legevaktssenter», «Fusa LV», «Geilo -Hol kommune LV», «Gildeskål LV», «Gjøvik Interkommunale LV», «Glåmdal interkommunale LV», «Hallingdal Nattlevakt», «Hammerfest og Kvalsund LV», «Hasvik kommune», «Hattfjelldal og Grane LV», «Haugesund LV», «Hedmarken LV», «Herøy LV Nordland», «Hjelmeland / Ryfylke, Hå LV», «Interkommunal LV i Aukra, Midsund og Sandøy», «Interkommunal LV i Bardu», «Karmøy LV», «Klepp og Time Legevaktssentral (Klepp og Time legevakt har natt sammen med Sandnes legevakt)», «Kommunal LV i Volda (fram til kl 22, då interkommunal, fastløna nattlegevaktordning for 6 kommunar tek over)», «Felles nattlegevakt ved sjukehuset i Volda», «Kongsberg interkommunale LV», «Kvam LV», «Kvinnherad LV», «Kvænangen LV», «Kåfjord LV», «Larvik Interkommunale LV», «LV på Rena», «LV i Stordal, Vestnes og Ørskog», «LV i Tromsø», «LV for Forsand og Strand», «LV i Arendal», «LV i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim», «LV i Søgne», «LV i Vega kommune», «LV på Nordkyn (Lebesby og Gamvik kommuner)», «Leksvik (i samarbeid med Rissa)», «Lillehammer Interkommunale LV», «Lofoten LV», «Luster LV», «Lyngen LV», «Mns. Midtre namdal», «Molde IK LV», «Mosseregionens LV», «Narvik LV», «Nedre Romerike LV», «Nes LV (Akershus)», «Nesna LV», «Neset kommune/Molde interkommunale LV», «Nittedal LV», «Nord-Gudbrandsdalen LV», «Nord-Østerdal LV», «Norddal kommune LV», «Nordfjord LV», «Nordkapp LV», «Nordreisa LV», «Notodden interkommunalt LV», «Oppdal Kommune LV», «Oslo LV», «Porsgrunn LV», «Rana interkommunale LV», «Ringerike interkommunale LV», «Røst LV», «Røyken og Hurum LV», «SYS IKL, 9 kommunar i Sunnfjord og ytre Sogn», «Saltdal LV», «Samnanger og Os LV», «Sandefjord LV», «Sandnes LV», «Sauda LV», «Seljord LV», «Sirdal LV», «Skien interkommunale LV», «Skjervøy LV», «Sogn Lokalmedisinske senter. Årdal, Lærdal, Aurland interkommunale LV», «Sogndal/Leikanger LV», «Sotra LV», «Stavanger LV», «Steigen LV», «Steinkjer LV /Steinkjer interkommunale LV», «Suldal kommune LV», «Sunndal kommune LV», «Sunnhordland interkommunale LV», «Søndre Land kommune LV», «Sør-Varanger kommune LV», «Tana og Nesseby LV», «Tinn LV», «Tokke - Vinje LV», «Trysil kommune LV», «Tysvær interkommunale LV», «Tønsberg interkommunale LV», «Ulvik, Granvin og Eidfjord LV», «Vadsø kommune LV», «Vaksdal kommune/Voss IKL natt», «Vanylven LV», «Vardø LV», «Vefsn LV», «Vennesla og Iveland LV», «Vesterålen LV», «Vestnes Kommune LV», «Vevelstad LV», «Vik kommune LV», «Vikna LV», «Vågan kommunale LV», «Værnesregionen LV», «Alstahaug LV», «Austevoll LV», «Horten interkommunale LV»,

---

## Vedlegg 1: Brev fra kommuneoverlege<sup>11</sup>

Hei,

Da har jeg svart på oppfølgingen – og har bedrøveligvis oversett den opprinnelige –

MEN

Jeg er nødt til å gi en tilbakemelding på spørsmålene – fordi jeg fant det vanskelig å svare entydig på det – og savnet et kommentarfelt for å kunne nyansere min relativt entydige negativitet mht. fastlønn som insitament.

Legevakt synes ikke lenger å være – på samme måte som før – en vesentlig del av fastlegeinntekten. Kanskje i større grad enn før, en følt merbelastning i en full legehverdag – der inntekspotensialet i fastlegepraksis er godt nok.

Det er stadig flere «eldre» fastleger som gjerne bytter bort vakter – til de som ivrer etter å kjøre dem. Og i den gruppen er jeg redd fastlønn – i hvert fall på dag/kveld og helg vil heller virke demotiverende.

Mht. de av spørsmålene som impliserer at fastlønn vil gjøre det lettere for legene å gjøre medisinskfaglig funderte beslutninger og tiltak (telefon, utrykning, oppfølging av psyk og rus) føler jeg det ganske negativt ladet mht. hva som påvirker legenes beslutninger og innsats. Dersom det er slik at man unnlater å gjøre noe fordi det ikke er «regningsssvarende» framfor en medisinsk behovsevaluering – må det være et holdnings- og legeetisk anliggende som ikke tariff eller fastlønn vil endre på.

Derimot kunne kompensasjonen for tidsbruk ved utrykning vært betydelig bedret.

Trykket på legevakten forutsetter at man gjør raske men gode vurderinger for å sikre pasientflyt. Fastlønn KAN bidra til å redusere effektivitetsinsitamentet på en uheldig måte. For unge uerfarne leger kunne det da heller vært en opsjon – å velge fastlønn på legevakt.

Min legevaktsbefatning et delt mellom en deldøgnskommune – dvs. at legevakten lokalt er bemannet 15–18 på hverdag og 10–14 på helg med kommunes egne leger – og at de samme legene (dog ikke alle) deltar i nattlegevaktsordningen på X (X Interkommunale legevakt). Lokal legevakt lønnes etter takst selvstendig næringsdrivende, mens nattlegevakten er fastlønnet.

Det blir hensiktsmessig å sikre en god inntjening på den del av døgnet der den takstforankrede inntjeningen er vesentlig mindre. Imidlertid er pasientpågangen lokalt i kommune svært variabel – og kilde til misnøye – hos de som bindes opp regelmessig, med lav inntjening. Lokal legevakt er også – enten man vil eller ei – en servicetjeneste – der man ofte kan forholde seg til problemstillinger som IKKE pr. def. er Ø-hj – men der kapasitet på legekontoret på dagtid er begrenset. OG så velger man å se til pasienten likevel.

Det er et tveegget sverd – man «premierer» henvendelser som normalt burde kommet, eller blitt henvist til dagtid – men fordi det er de samme legene som da vil møte samme pasient på dagtid, på fra før av fulle lister – så tar man dem inn – og kan ta takst for det. Fastlønn på lokal legevakt hos oss ville kunne «sukre pillen», og sikre en minstelønn for den merbelastning det er å forlenge arbeidsdagen. Vaktgodtgjørelsen iht. vaktklasse er for liten til å bety noe nevneverdig. Det kan bli et tema for neste Samarbeidsutvalgsmøte – men vet på forhånd svaret gitt kommunens økonomiforsnevrede handlingsrom.

På store interkommunale legevakter vil de fleste legevakts-henvendelser være fra pasienter man ikke har sett før (annet enn i legevaktens journalnotater) og kommer heller ikke til å se igjen. Det vil nok være annerledes dersom man har fast ansatte legevaksleger, som har dette som hovedstilling. Rekruttering

---

<sup>11</sup> For å bevare respondentenes anonymitet er enkelte detaljer er tatt ut.

---

*til slike stillinger kan hende påvirkes av lønnsvilkår på en annen måte enn de som deltar i legevakt fordi det kreves av dem.*

*Tilsyn ved KAD (kommunale akutte døgnplasser) – er et utfordrende element i seg selv. Dersom det er krav til legevakten om at de har tilsynsansvaret (noe legeforeningen har vært klare på at det IKKE er, uten videre) – bør det forankres i en fast kompensasjon knyttet til det – generell fastlønn tror jeg ikke vil gjøre det lettere. Noen kommuner/interkommunale enheter – bruker KAD begrepet på senger som - slik jeg oppfatter det er rene observasjonssenger tilknyttet legevakt eller mottak – og da er muligheten for oppfølging ganske annerledes enn der KAD er plasser der JEG synes de hører hjemme – i tilslutning til eksisterende Sykehjem – og da bli avstanden til legevakt avgjørende.*

*Uansett håper og tror jeg at de aller fleste leger i vakt ikke unnlater å se/rykke ut til pasienter fordi de ikke tjener på dem – selv om jeg nok vet det forekommer.*

*Derfor synes jeg oppfølgings spørsmålenes manglende nyansering på hvordan legevaktene er ulikt organisert – gjorde det vanskelig, for meg i hvert fall å gi entydige, signifikant gode svar, på de svaralternativer som ble framsatt.*

*OG derfor utløste det disse personlige refleksjoner.*

*Håper slikt også kan komme til nytte i prosjektet.*

*Med beste hilsen*

*X  
kommuneoverlege*

## Vedlegg 2: Kartleggingsskjemaer

### Fastlønn del A

#### Til legevakten

I denne undersøkelsen ber vi om svar på ETT AV TRE alternativer om det benyttes fastlønnsavtaler om kvelden eller natten.

Vi benytter følgende DEFINISJON AV FASTLØNN:

Fast timelønn, fast lønn per vakt, kombinasjoner av grunnlønn + tillegg/bonuser utover det som er avtalt i Normaltariffen (vanlig refusjon) eller SFS 2305 (fast lønn om natten ved interkommunal legevakt). Beredskapsgodtgjørelse regnes i denne sammenheng ikke som fastlønn. I denne kartleggingen spør vi ikke om lønn på dagtid.

#### Hvilken legevakt svarer respondenten for?

Benyttes fastlønn ved avlønning av legevaktlegen?

Marker ETT av de tre alternativene. Du vil deretter få to oppfølgingsspørsmål.

- Nei. Legevakten/legevakt-distriktet har ingen form for fastlønn for legevaktlege, verken ettermiddag, natt eller helg. (Beredskapsgodtgjørelse regnes i denne sammenheng ikke som fastlønn).
- Ja. Legevakten/legevakt-distriktet har fastlønn til legevaktlege, men KUN om natten, der man følger SFS 2305 (fast lønn om natten i interkommunal legevakt)
- Ja. Legevakten/legevakt-distriktet har ordninger for fastlønn til legevaktlege, enten ettermiddag eller helger, eller om natten utover SFS 2305.

	Ja	Nei
Er det vurdert å innføre fastlønn for hele eller deler av vakttiden?		
Er det forsøkt å inngå lokal særavtale om fastlønn?		

	Ja	Nei
Er det vurdert å innføre ytterligere fastlønn for hele eller deler av vakttiden?		
Er det forsøkt å inngå lokal særavtale om fastlønn?		

Er det inngått lokal særavtale/annen skriftlig dokumentasjon på ordningen/timesatsene?

- Ja
- Nei

## Fastlønn del B

Til legevakten

I denne delen ønsker vi dine vurderinger av de virkninger fastlønn har når fastlønn benyttes ved legevaktarbeid.

Hvilken legevakt svarer du for?

Hvilken stilling har du ved legevakten?

Nedenfor finner du i alt 18 påstander som angår fastlønn for legevaktleger. Du vil først få spørsmål om hvor enig du er i påstandene, og deretter hvor viktig du opplever at temaene for påstandene er.

Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.					
Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.					
Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.					
Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.					
Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevakten/kommunen.					



Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.					
Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.					
Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene.					
Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatrispasienter.					
Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.					
Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.					
Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger.					
Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.					
Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.					
Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.					
Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.					
Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet.					
Fastlønn på natt bør ha samme timesats som på ettermiddag/kveld.					

Hvor viktig opplever du at gjeldende aspekt ved fastlønn er ved din legevakt?

	Ikke viktig	Litt viktig	Svært viktig
Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.			
Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.			
Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.			
Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.			
Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevakten/kommunen.			
Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.			
Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.			
Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene.			
Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatrispasienter.			
Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.			
Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.			

Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger.			
Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.			
Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.			
Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.			
Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.			

## Fastlønn del C

Til legevakten

I denne delen ønsker vi dine vurderinger av de virkninger fastlønn har når fastlønn benyttes ved legevaktarbeid.

Hvilken legevakt svarer du for?

Hvilken stilling har du ved legevakten?

Nedenfor finner du i alt 18 påstander som angår fastlønn for legevaktleger. Du vil først få spørsmål om hvor enig du er i påstandene, og deretter hvor viktig du opplever at temaene for påstandene er.

Hvor enig er du i følgende påstander?

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig
Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.					
Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.					
Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.					
Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.					
Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevakten/kommunen.					

Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.					
Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.					
Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene.					
Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatrispasienter.					
Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.					
Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.					
Legevaktleger med fastlønn kan også anvendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger.					
Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.					
Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.					
Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.					
Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.					
Alle typer legevaktarbeid bør være fastlønnet.					
Fastlønn på natt bør ha samme timesats som på ettermiddag/kveld.					

Hvor viktig opplever du at gjeldende aspekt ved fastlønn er ved din legevakt?

	Ikke viktig	Litt viktig	Svært viktig
Fastlønn bidrar til å utjevne inntektsforskjeller mellom leger.			
Fastlønn bidrar til å gjøre det lettere å rekruttere leger til legevaktarbeid.			
Fastlønn bidrar til å bedre kommunens styring med driften.			
Legevaktleger med fastlønn gir kommunen større fleksibilitet i bruk av legearbeidskraft.			
Fastlønn bedrer samarbeidsklimaet mellom legene og legevakten/kommunen.			
Fastlønn bidrar til at legevaktene får flere leger med lokal tilhørighet.			
Fastlønn gir mulighet til å differensiere lønnen mer enn Normaltariffen gjør.			
Fastlønn bidrar til mer stabilitet blant fastlegene.			
Fastlønn bidrar til å prioritere sårbare grupper, for eksempel rus- og psykiatrispasienter.			
Fastlønn bidrar til at flere pasienter som trenger hjemmebesøk, får det.			
Fastlønn bidrar til å gjøre det enklere for vaktlegen å rykke ut med legevaktbil.			
Legevaktleger med fastlønn kan også an-			

vendes til å følge opp pasienter i kommunale akuttsenger.			
Fastlønn gjør det enklere å få vaktlegene til å delta på møter.			
Fastlønn gjør at vaktlegene deltar mer i øvelser.			
Fastlønn legger til rette for flere telefonkonsultasjoner ved sykepleier og færre legekonsultasjoner.			
Fastlønn legger til rette for en riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinskfaglige (og ikke økonomiske) vurderinger.			

I det følgende er vi interessert i utformingen av lokale særavtaler for legevaktlegen samt innhold og begrunnelse for særavtalen.

Registrering av lønnsatsene (fyll ut så mange som er aktuelt).

<input type="text"/>	kr. for timesats. Gjelder for (tid/legetype etc., skriv i feltet)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	kr. for timesats. Gjelder for (tid/legetype etc., skriv i feltet)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	kr. for timesats. Gjelder for (tid/legetype etc., skriv i feltet)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	kr. for timesats. Gjelder for (tid/legetype etc., skriv i feltet)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	kr. for timesats. Gjelder for (tid/legetype etc., skriv i feltet)	<input type="text"/>

Kan du kort angi begrunnelsen for at det er inngått særavtale om fastlønn?

Etter at du har avsluttet denne undersøkelsen, vil vi gjerne at legevakten sender inn særavtalen til [post@legevaktmedisin.no](mailto:post@legevaktmedisin.no)  
På forhånd tusen takk!

### Vedlegg 3: Modellresonnement i tilknytning til kapittel 2

Det er to pasientgrupper

$x_i$  = antall behandlede pasienter i gruppe  $i$  ( $i = 1, 2$ )

$w_i(x_i)$  = nytten av å behandle  $x_i$  ( $i = 1, 2$ ) – antas konkav

$t_i$  = tid per behandlet pasient i gruppe  $i$  ( $i = 1, 2$ )

$T$  = samlet tid til disposisjon

Helsemyndighetene lager prioriteringsregler ved å maksimere:

$$(1) \quad L(x_1, x_2) = w_1(x_1) + w_2(x_2) - \lambda(t_1 x_1 + t_2 x_2 - T),$$

Hvor  $\lambda$  er Lagrange- parameter.

Førsteordensbetingelsene for en indre løsning gir:

$$(2) \quad \frac{w_1'(x_1)}{w_2'(x_2)} = \frac{t_1}{t_2}.$$

Legevakten mottar en kombinasjon av takster og fast inntekt

$p_i$  = inntekt (takst) per behandlet pasient i gruppe  $i$  ( $i = 1, 2$ )

$\alpha$  = vektlegging av pasientens nytte

$(1-\alpha)$  = vektlegging av egen inntekt

Legevakten prioriterer ved å maksimere:

$$(3) \quad \Lambda(x_1, x_2) = \alpha[w_1(x_1) + w_2(x_2)] + (1-\alpha)(p_1 x_1 + p_2 x_2 + R) - \lambda(t_1 x_1 + t_2 x_2 - T)$$

Førsteordensbetingelsene for en indre løsning gir:

$$(4) \quad \frac{\alpha w_1'(x_1) + (1-\alpha)p_1}{\alpha w_2'(x_2) + (1-\alpha)p_2} = \frac{t_1}{t_2}$$

Vi ser at både  $p_i = w_i'(x_i)$  og  $p_i = 0$  vil medføre at legevakten velger samme prioritering som myndighetene.

Sett nå at  $t_1$  øker. Derivasjon av førsteordensbetingelsen (2) gir:

$$(5) \quad \frac{\partial x_1}{\partial t_1} = \frac{t_2 w_2'(x_2) - t_1 x_1 w_2''(x_2)}{t_1^2 w_2''(x_2) + t_2^2 w_1''(x_1)} < 0$$

Derivasjon av førsteordensbetingelsen (4) gir:

$$(6) \quad \frac{\partial x_1}{\partial t_1} = \frac{\alpha[t_2 w_2'(x_2) - t_1 x_1 w_2''(x_2)] + (1-\alpha)t_2 p_2}{\alpha[t_1^2 w_2''(x_2) + t_2^2 w_1''(x_1)]} < 0$$

Vi ser av (5) at en økning i  $t_1$  medfører et ønske fra myndighetene om å redusere antallet tjenester til pasientgruppe 1 siden det har blitt dyrere å behandle dem. Det følger av at myndighetene antas å velge de prioriteringsreglene som maksimerer samlet nytte. Dette kan stå i motsetning til et mål om at alle pasien-



ter skal få lik behandling uavhengig av bosted. Alternativt kunne man tenke seg at en regel om at kostnadene ikke skal ha noen betydning for prioritering.

Ved å sammenligne (6) med (5) ser vi at reduksjonen i  $x_1$  blir større i tallverdi enn hva myndighetene ønsker når  $\alpha < 1$  og pasientavhengige takst,  $p_2 > 0$ . For å kompensere dette, må  $p_1$  øke relativt til  $p_2$ . Dersom all inntekt kommer i form av R vil legevaktens reaksjon på kostnadsøkningen tilsvare myndighetenes så lenge verdsettingen av pasientbehandlingen er identisk.

Resultatene kan framstilles ved hjelp av tabellen under

La oss si at vi har to forskjellige kommuner, *Bykommune* og *Landkommune*. I bykommunen er  $t_1 = t_2$ , mens vi i landkommunen har vi  $t_1 > t_2$ . Tolkningen kan være at pasienttype 1 bor lenger unna i en landkommune og at legevakt må rykke ut.

Kommunetype	Betaling for legevakt	Forventede implikasjoner for pasientprioritering	Forventede implikasjoner for effektivitet og kostnadsnivå
<b>Bykommune</b> der $t_1 = t_2$	Fastlønn	Nøytral prioriteringseffekt Brøken ( $x_1/x_2$ ) påvirkes ikke	Færre pasientkontakter per lege. (trenger mange leger)
	Takster med $p_1 > p_2$	Framprioritering av pasient 1 (nedprioritering av pasient 2) Brøken ( $x_1/x_2$ ) økes	
	Takster med $p_1 = p_2$	Ønsket prioritering mellom pasientene vil kunne oppnås	
<b>Landkommune</b> der $t_1 > t_2$	Fastlønn	Nøytral prioriteringseffekt Brøken ( $x_1/x_2$ ) påvirkes ikke	Færre pasientkontakter per lege. (trenger mange leger)
	Takster med $p_1 > p_2$	Ønsket prioritering mellom pasientene vil kunne oppnås	
	Takster med $p_1 = p_2$	Framprioritering av pasient 2 (nedprioritering av pasient 1) Brøken ( $x_1/x_2$ ) reduseres.	

- Vi ser at  $t_1$  er større i landkommuner enn i bykommuner. Det betyr at det trengs større legetetthet i bygd enn i by for å kunne tilby et bestemt omfang av behandling av pasient 1 og 2.
- Vi ser at Fastlønn er nøytral i forhold til prioritering mellom pasienter, og det gjelder både i by og bygd.
- Vi ser at i **Bykommune** der  $t_1 = t_2$  vil et nøytralt takstsystem med lik takst for pasient 1 og 2 kunne gi samme prioritering som fastlønn. Dersom det benyttes takst med  $p_1 > p_2$  så vil pasienttype 1 bli prioritert fram og pasienttype 2 bli prioritert ned.
- Vi ser at i **Landkommune** der  $t_1 > t_2$  vil et nøytralt takstsystem med lik takst for pasient 1 og 2 gi prioritering forskjellig fra fastlønn, og pasienttype 1 blir prioritert ned og pasienttype 2 bli prioritert fram. Dersom det isteden benyttes takst med  $p_1 > p_2$  så vil takstsystemet kunne bidra til prioriteringer som ved fastlønn.

- 
- Vi ser at et bestemt takstsystem som oppmuntrer til ønsket prioritering i *Bykommune* ikke oppmuntrer til ønsket prioritering i *Landkommune*. Og motsatt, et bestemt takstsystem som oppmuntrer til ønsket prioritering i *Landkommune*, kan ikke samtidig oppmuntre til ønsket prioritering i *Landkommune*.
  - Mangfold av kommunetyper (for eksempel ulik befolkningstettheter og reiseavstander), medfører at et mangfold av betalings/takstsystemer blir nødvendig for å understøtte myndighetenes ønskede prioritering.