



Senter for helseadministrasjon  
Universitetet i Oslo

Arbeidsnotat 2003: 2  
Internettversjon

## **ORGANISERING AV FASTLEGEORDNING I FIRE EUROPEISKE LAND**

**Kerstin Solholm**  
Senter for helseadministrasjon  
Universitetet i Oslo

## **Forord**

Den landsomfattende fastlegeordningen ble innført i Norge 1. juni 2001. Flere land har lang erfaring med å organisere allmennlegetjenesten på denne måten. I dette notatet beskrives organisering av fastlegeordningen i fire europeiske land. Disse landene er Norge, Danmark, England og Nederland. I beskrivelsen av fastlegesystemet i disse landene blir det fokusert på legenes avlønningsordning, hvordan ordningen finansieres, organisering av offentlig legearbeid og øyeblikkelig hjelp, henvisningsregler, sykemelding og foreskrivningspraksis, regler for bytting av lege, og regler for kjøp og salg av legepraksis.

Noatet avsluttes med noen oppsummerende merknader, samt ideer for noen komparative analyser som ville være interessante å gjennomføre innenfor dette området.

Oslo, 10. oktober 2003

Kerstin Solholm

# 1. NORGE

## 1.1. Generelt

I Norge har kommunen det overordnede ansvaret for at alle som oppholder seg i kommunen har et legetilbud. Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001.

Privat praksis er hovedmodellen i norsk allmennlegetjeneste. Privat praksis omfatter fastleger med avtale med kommunen og private leger uten avtale med kommunen. Alternativet til privat praksis er fastlønte leger. Kommunen vil i hovedsak bestemme innholdet i en fastlønnsstilling. Stillingen kan omfatte ansvar for en pasientliste og/eller offentlig legearbeid (sammfunnsmedisin og allmennmedisin). Fastlønte leger får sin lønn fastsatt som andre kommunale arbeidstakere. Privatpraktiserende leger, får inntekten sin som næringsinntekt.

Innbyggere med fastlege i en annen kommune og innbyggere utenfor ordningen vil, når de søker lege, ha prioritet etter innbyggerne som har fastlege i den aktuelle kommunen. Legene som behandler disse gruppene, mottar en ekstra godtgjørelse for dette.

Fastlegen kan på det meste ha 2500 pasienter på sin liste. Kommunen kan kreve at legen har minimum 1500 pasienter på sin liste ved fulltidspraksis og minimum 500 pasienter ved deltidspaksis. Legen setter utover dette listetaket selv. Hvis en liste når listetaket, vil den automatisk lukkes, og når den faktiske lista er 20 personer under listetaket åpnes lista automatisk. I tillegg kan legen selv styre om han vil åpne lista før dette. I januar 2002 var den gjennomsnittlige listelengden hos norske fastleger på 1190 personer.

Kommunen kan ikke pålegge fastlegene å ha åpningstid utover tidsrommet 8.00 til 16.00, mandag til fredag, minimum 28 timer per uke, 44 uker i året. Legene er pliktig å finne vikar ved fravær og melde kommunen om dette.

## **1.2. Avlønnings- og finansieringsordning**

Avlønningen til de privatpraktiserende fastlegene er som følger: 30 % av inntekten for en gjennomsnittslege utbetales som pr. capita tilskudd, og 70 % utbetales som stykkpris. Avhengig av hva legen gjør for pasienten, finansieres stykkpris fra pasientenes egenbetaling og/eller trygderefusjoner. Pr. capita tilskuddet finansieres av kommunen. Etter 1. juli 2002 betaler kommunen hvert år 296 kr pr. person som er registrert på en leges liste.

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til pr. capita tilskuddet gis et utjevningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er mindre enn 1200. Utjevningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen. Utjevningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

## **1.3. Offentlig legearbeid**

Kommunen kan pålegge leger med fulltids praksis, offentlig legearbeid med inntil 7,5 timer pr. uke. Hvis denne påleggsmuligheten benyttes har legene rett til reduksjon i antall listepasienter og rett til kortere åpningstider. Med offentlig legearbeid menes de allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver legen har utenom sin kurative individrettede kliniske praksis. Eksempler på offentlig legearbeid er skolelege, sykehjemslege og samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver, som hygiene og smittevern. Betegnelsen offentlig legearbeid som er definert her, vil bli brukt for de andre landene også, selv om det ikke nødvendigvis er kommunen som organiserer dette arbeidet.

## **1.4. Øyeblikkelig hjelp**

Kommunene har ansvaret for at befolkningen har et tilbud om øyeblikkelig hjelp. Legene skal likevel innrette sin praksis slik at personer som trenger øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes.

Kommuner med opp til 20000 innbyggere har anledning og rett til å forplikte legene til organisert øyeblikkelig hjelp beredskap på dagtid. Dette kan f. eks gjøres ved at kommunen orga-

niserer øyeblikkelig hjelp telefonnumre, der minst en lege er tilgjengelig til enhver tid. Der-  
som større kommuner ønsker en slik ordning, må legene dette gjelder samtykke. Daglege-  
vakter i egne lokaler er det ingen konkrete bestemmelser for, og dette må avtales lokalt. En  
slik ordning vil bare være aktuelt i større kommuner.

Administrasjon av legevakt er kommunenes ansvar. Fastlønte leger og allmennleger med indi-  
viduell avtale, er pliktig til å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid. Enkelte kommuner  
har gått sammen, og dannet en interkommunal legevakt.

### **1.5. Henvisning, foreskrivning og sykemelding**

Alle leger i Norge har rett til å sykemelde, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist  
og foreskrive resepter til pasienter. Dermed er det ikke bare fastlegen som har rett til å henvise  
til spesialist.

Det er ikke henvisningsplikt i Norge. Før fastlegeordningen ble innført var det kun spesi-  
alisten som hadde økonomiske incentiver til å kreve henvisning, men etter innføringen av  
fastlegeordningen er det nå også økonomiske fordeler for pasienten å skaffe seg henvisning  
først. Om spesialisten tar imot pasienter som ikke har henvisning, vil ikke spesialisten motta  
trygderefusjon (utover en bestemt takst), men kan kreve et tillegg fra pasienten utover vanlig  
egenandel.

### **1.6. Regler for bytting av fastlege**

Det er mulig å bytte lege tidligst 6 måneder etter at en skiftet lege sist gang, det vil si at en  
kan bytte lege 2 ganger i året.

### **1.7. Kjøp og salg av praksis**

Ved overdragelse av praksis avtaler legene dette seg imellom. Blir ikke partene enige om  
overdragelsespris, kan det opprettes en nemnd.

## 1.8. Referanser

Informasjonen om fastlegeordningen i Norge kan finnes på følgende internettadresser:

- Kommunenes sentralforbund sine hjemmesider: <http://www.ks.no>

Se spesielt avtalene: <http://www.ks.no/article.asp?leftmenu=.&articleid=7407>

og <http://www.ks.no/article.asp?leftmenu=.&articleid=7492>

- Den norske legeforeningen sin hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no>

Se spesielt: <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=11164>

## 2. DANMARK

### 2.1. Generelt

Fastlegeordningen eller listepasientsystemet ble innført i Danmark i slutten av 1940-årene. I Danmark er det fylkene (amtene) som har ansvaret for å finansiere og levere primærhelsetjenester. Fra 1973 har primærhelsetjenesten vært organisert slik at danske innbyggere over 16 år kan velge om de vil tilhøre sikringsgruppe 1 eller 2.

Individer i gruppe 1 blir registrert med en fastlege som har legekantor maksimum 10 km fra individets hjem. (5 km i København). Gruppe 1 får alle allmennlegetjenester gratis. Individer i gruppe 2 har fritt legevalg, de kan oppsøke enhver lege eller spesialist de måtte ønske. Denne gruppen må betale egenandel for alle legetjenester bortsett fra sykehus. Allmennlegene og spesialistene fastsetter selv prisen de tar for å behandle gruppe 2 pasienter. Gruppe 2 pasienter mottar et tilskudd fra ”Sygesikringen”, men dette tilskuddet dekker ikke fullt ut egenbetalingen for denne gruppen. Kun 1,7 % av befolkningen velger å tilhøre gruppe 2.

Fylkene kan ikke pålegge fastlegene å ha åpningstid utover tidsrommet 8.00 til 16.00, mandag til fredag, dvs. dagtid. Legene er pliktig å finne vikar ved fravær. Full arbeidstid for en lege er 37 timer pr. uke.

En lege med mer enn 2542 pasienter på listen får automatisk lukket listen, så lenge dette ikke forringer befolkningens muligheter til fritt legevalg på en urimelig måte. En praksis som har mer enn 1607 gruppe 1 pasienter pr. lege, kan etter skriftlig henvendelse til fylket få lukket sin liste, såfremt ikke dette forringer innbyggers valg av lege på en urimelig måte. En lukket liste blir automatisk åpnet når pasientantallet har sunket til 1475. I 2001 var gjennomsnittlig listelengde 1552.

## **2.2. Avlønnings- og finansieringsordning**

Allmennleger og spesialister i Danmark får bortimot hele lønnen sin fra “Sygesikringen”, som er et nasjonalt forsikringssystem for helse. “Sygesikringen” er finansiert av skatter. Legene lønnes fra “Sygesikringen” gjennom pr. capita utbetalinger og stykkpris finansiering. Pr. capita utbetalingene utgjør 30 – 50 % av legenes inntekt og stykkpris utgjør resten. Pr. capita komponenten som utbetales via “Sygesikringen”, utgjør 45,46 danske kroner hvert kvartal (181,84 danske kroner pr. år).

For personer i sikringsgruppe 1 er bruk av allmennlege gratis, dvs. at pasientene slipper egenbetaling. Sikringsgruppe 2 må derimot betale en liten egenandel ved besøk av allmennlege eller spesialist. Dermed vil også legenes inntekt kunne bestå av egenandeler betalt av denne gruppen.

## **2.3. Offentlig legearbeid**

Ansettelse som kommunelege skjer etter offentlig oppslag. I små kommuner arbeider kommuneleger minst 3 timer og maksimum 14 timer hver uke i gjennomsnitt. Kommunene bestemmer innholdet i arbeidet.

Kommunene kan ikke pålegge fastlegene å ta på seg kommunalt legearbeid. I de større kommunene finnes det egne fulltidsstillinger med kommunalt legearbeid, men i de mindre kommunene kombineres det kommunale legearbeidet med stilling som fastlege eller andre stillinger.



## **2.4. Øyeblikkelig hjelp**

Ved akutt behov for legehjelp på dagtid skal pasienten henvende seg til sin fastlege. Legene må dermed innrette sin praksis slik at de kan ta imot pasienter med akutte behov, eller evt. angi en eller flere navngitte stedfortredere som kan ta seg av pasienten. Oppholder en seg midlertidig fjernt i fra egen lege når en blir syk, skal en oppsøke en lege på stedet.

Fylkene har ansvar for tilretteleggelsen av legevakt utenom dagtid, og de praktiserende legene har ansvar for betjeningen av legevakten. Vakten er organisert i en A og en B vakt. A vakten dekker hverdager fra 16.00 til 22.00 og lørdager fra 08.00 til 20.00, i tillegg til grunnlovsdag, julaften og nyttårsaften fra 08.00 til 20.00, når disse ikke faller på en søndag eller en helligdag. B vakten dekker resten, (bortsett fra dagtid). Alle som henvender seg til legevakten skal ringe først. Fylkene kan samarbeide om organisering av legevakt.

## **2.5. Henvisning, foreskrivning og sykemelding**

Pasienter i gruppe 1: Det er kun pasientens fastlege som kan henvise videre til spesialist.<sup>1</sup> Så lenge de har en henvisning, er behandling hos spesialist gratis for denne gruppen. Har ikke pasienten henvisning, må de betale full pris. Hos øye- og ørelege kan pasienten komme til, uten henvisning.

Pasienter i gruppe 2: Pasientene kan oppsøke spesialist uten henvisning, men denne gruppen må uansett betale egenandel.

## **2.6. Regler for bytting av fastlege**

Personer fra gruppe 1 kan bytte til ny lege tidligst 6 måneder etter at de skiftet lege sist gang. Den nye legen må befinne seg innen 10 km fra personens bopel. Befinner legen seg utenfor denne 10 km radiusen må personen søke spesielt om fritak fra legevalgsreglene. (Fra 2000 til 2002 har Danmark et prøveprosjekt der de prøver å liberalisere 10 km regelen for legevalg.)

---

<sup>1</sup> Spesialister får det meste av inntekten sin som stykkpris fra "Sygesikringen".

Når innbyggerne har vært i samme sikringsgruppe i over 12 måneder, kan de skifte mellom sikringsgruppe 1 og 2. Det koster pr. september 2002, 135 danske kroner å skifte gruppe.

## **2.7. Kjøp og salg av praksis**

Praksishandel skal om mulig finne sted med virkning fra den 1. i et kvartal. Ved praksishandel kan ikke "goodwillen" overstige 136 % av gjennomsnittet av de 3 foregående års bruttoinntekter. Med "goodwill" menes verdi utover fast eiendom, det kan for eksempel være pasientliste, anseelse eller rykte.

## **2.8. Referanser**

Informasjonen om fastlegeordningen i Danmark kan finnes på følgende internettadresser:

- "Amtsrådsforeningens" hjemmesider: <http://www.arf.dk>
- "Den danske lægeforening": <http://www.laegeforeningen.dk>
- "Praktiserende læger": [http://www.dadlnet.dk/plo/open/index\\_plo.htm](http://www.dadlnet.dk/plo/open/index_plo.htm)  
Se spesielt, "landsoverenskomsten": [http://www.dadlnet.dk/plo/open/index\\_plo.htm](http://www.dadlnet.dk/plo/open/index_plo.htm)
- Observatory: [http://www.dadlnet.dk/plo/open/index\\_plo.htm](http://www.dadlnet.dk/plo/open/index_plo.htm)

## 3. ENGLAND

### 3.1. Generelt

Både Wales, Skottland, Nord-Irland og England har et listepasientsystem, men i dette notat beskrives kun England. I England har Helsedepartementet det overordnede ansvaret for helse-tjenester og sosial omsorg. Det betyr også at departementet har ansvaret for “National Health Service” (NHS). NHS ble opprettet i 1948. Tidligere var 95 “Health Authorities” underlagt NHS, men fra oktober 2002 er dette omgjort til 28 “Strategic Health Authorities”. Disse skal blant annet hjelpe til med å utvikle primærhelsetjenesten.

I England ble fastlegeordningen etablert i slutten av 1940-årene. Ordningen har gjennomgått store forandringer de siste åra. I 1990 introduserte den konservative regjeringen “fundholding”, dvs. at fastlegen kunne kontrollere et budsjett, slik at han kunne etterspørre andre typer helsetjenester (for eksempel sykehusplass) for pasienten. Ordningen var frivillig og i 1997 hadde nærmere halvparten av alle legene tatt i bruk “fundholding”. I forbindelse med ny regjering i 1999 ble systemet med fundholding avskaffet, isteden fikk England en obligatorisk ordning kalt “Primary Care Groups” (PCG).<sup>2</sup> PCG er en gruppe bestående av leger, kommunale sykepleiere og annet lokalt helsepersonell som bestemmer hvordan de best kan anskaffe helsetjenester for sine pasienter. Gruppene kontrollerer sine egne budsjett og er ansvarlig for å utvikle primærhelsetjenester. Det nye systemet var akkurat innført da engelske myndigheter introduserte ett nytt system basert på “Primary Care Trusts” (PCT). PCT likner PCG men er noe mer omfattende, forskjellen har ikke noe å si for listepasientsystemet vi tar for oss her. Den nasjonale plan sier at det forventes at alle PCG blir til PCT før april 2004.

I tillegg til disse endringene arbeides det nå med en ny kontrakt mellom legene og de lokale “Health Authorities”. Denne vil tre i kraft i 2003. Før dette har den samme kontrakten eksistert siden 1990. Den nye kontrakten kommer bl.a. som et resultat av stor arbeidsbelastning for legene. Den nye kontrakten innebærer store endringer, deriblant at legene skal få et lønnsomt fastlønnsalternativ. Dette notat forholder seg til den gamle kontrakten, i og med at den nye fortsatt er under arbeid.

---

<sup>2</sup> Wales, Skottland og Nord Irland fikk liknende systemer, men med andre navn.

Det er forskjellige måter legene kan organisere praksisen sin på; legene kan jobbe alene eller samarbeide med andre leger. De kan jobbe deltid, fulltid eller ha en jobbdeling. I England er en “principal” en lege som har kontrakt med lokale “Strategic Health Authorities” om å ta ansvar for pasienter. Det skilles så mellom “unrestricted principals” og “restricted principals”. Mer enn 90 % av legene i England jobber fulltid som “unrestricted principals”, dvs. de tar ansvar for alle typer av pasienter og tilbyr disse allmennt medisinske tjenester. Alternativet til dette er “restricted principals”. Disse tar enten ansvar for en begrenset gruppe pasienter og gir dem alle typer allmennt medisinske tjenester eller de tilbyr spesielle legetjenester til en større gruppe. En “non-principal” er en lege som ikke har kontrakt med “Strategic Health Authorities” om å ta ansvar for pasienter.

Alle i England har rett til en fastlege. Det antas at omlag 98 % av befolkningen er registrert hos en fastlege, og personene er registrert hos den samme fastlegen i gjennomsnitt 12 år. De som ikke er registrert hos en fastlege, er ofte hjemløse. Gjennomsnittlig listelengde for “unrestricted principals” i 2001 er 1841, mens maksimumsgrensen er 3500 pasienter.

Det er kontraktfestet at en lege som jobber fulltid skal jobbe minimum 26 timer i uken, 42 uker i året, på tidspunkt som er tilrettelagt for pasientene.

### **3.2. Avlønnings- og finansieringsordning**

Et viktig element i fastlegenes inntekt er basisgodtgjørelsen for praksisen. Denne godtgjørelsen skal dekke faste kostnader som ikke varierer med listestørrelsen. Fastlegene får videre utbetalt pr. capita tilskudd avhengig av pasientens alder. Det skilles mellom 3 grupper pasienter; pasienter under 65 år, fra 65 til 74 år og pasienter som er 75 år eller eldre. I tillegg får legene en ekstra betaling hvis pasienten kommer fra et hardt belastet område eller hvis legene har inngått avtale med lokale “Health Authorities” om å delta i et helseovervåknings program for barn under 5 år. Legene får stykkpris betaling i tillegg til disse godtgjørelsene. Pasientene betaler ikke egenandeler for de fleste legetjenester. Det er de lokale “Health Authorities” som lønner legene etter mønsteret beskrevet ovenfor.

### **3.3. Offentlig legearbeid**

Det er nå over 2000 leger i England som jobber fulltid eller deltid med offentlig legearbeid. Legene som jobber deltid, kombinerer ofte det offentlige legearbeidet med egen praksis, jobb som sykehuslege eller andre stillinger innenfor NHS.

### **3.4. Øyeblikkelig hjelp**

En allmennpraktiserende lege har ansvar for at hans pasienter har tilgang på medisinsk hjelp 24 timer i døgnet. Legene samordner ofte dette slik at de tar ansvar for hverandres pasienter når de selv ikke er på jobb. Pasienter kan også ringe et nødnummer for å få råd. De senere år har det blitt opprettet noe som kalles “Walk in Centers”, som har omtrent samme funksjon som en legevakt.

I den nye kontrakten som ble nevnt innledningsvis, kan legene velge om de vil ha ansvar for sine pasienter 24 timer i døgnet eller ikke. Om de velger å ikke ta dette ansvaret legges ansvaret over på PCG eller PCT.

### **3.5. Henvisning, foreskrivning og sykemelding**

I og med at nesten hele befolkningen er registrert hos en fastlege, vil fastlegen være den som henviser pasientene sine videre. Så lenge det ikke er snakk om øyeblikkelig hjelp, har pasientene med andre ord ikke mulighet til selv å henvende seg direkte til spesialist eller sykehus.

### **3.6. Regler for bytting av fastlege**

Pasientene kan når de måtte ønske det bytte fastlege, så lenge det er plass på den nye legens liste.

### 3.7. Kjøp og salg av praksis

En lege kan selge sin praksis, men pasientlisten er det “the Secretary of State” som eier. Dermed kan ikke legen selge selve pasientlisten.

Hvis en lege trekker seg ut av et praksissamarbeid med andre leger, kan legen selge sin andel av praksisen til de andre legene i samarbeidet eller til en ny lege. Den lokale PCT bestemmer om pasientlisten til den avtroppende lege skal tas over av de andre legene eventuelt den nye legen.

### 3.8. Referanser

Informasjonen om fastlegeordningen i England kan finnes på følgende internettadresser:

- “National Health Service”: <http://www.nhs.uk/>
- “Department of Health”: <http://www.doh.gov.uk/>
- ”Royal College of General Practitioners”: <http://www.rcgp.org.uk/>  
Se spesielt under: ”Services and Library”, og deretter ”Information Sheets”
- ”The Red book”: <http://www.redbook.i12.com/rb/Docs/rb0.htm>
- NHS Estates: [http://www.nhsestates.gov.uk/primary\\_care/index.asp](http://www.nhsestates.gov.uk/primary_care/index.asp)
- “British Medical Association”:  
<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Your+contract+your+future>

## **4. NEDERLAND**

### **4.1. Generelt**

I Nederland ble fastlegeordningen etablert under 2. verdenskrig. Frem til 1989 hadde kommunene ansvar for å administrere allmennlegene i kommunen. Nå har allmennlegene selv fått dette ansvaret.

Alle som bor i Nederland må ha en helseforsikring, offentlig (Ziekenfonds) eller privat. Valget av offentlig eller privat forsikring avhenger av inntekten til personen, hvis personen har en årslønn under £30700 (tall fra 2002) vil han være offentlig forsikret, tallet er litt lavere for personer over 65 år. Den offentlige forsikringen dekker blant annet besøk hos allmennlege og sykehusopphold. Alternativet til den offentlige forsikringen er privat forsikring, ca. 37 % var privat forsikret i Nederland i 2002. I tillegg er alle i Nederland offentlig forsikret for behandling ved mer alvorlige kroniske sykdommer.

I 2002 var gjennomsnittlig listelengde for nederlandske allmennleger 2023 personer. Det eksisterer ingen øvre og nedre grense på listelengde som legen må forholde seg til.

### **4.2. Avlønnings- og finansieringsordning**

Fastlegenes inntekt består hovedsakelig av to komponenter, pr. capita utbetalinger for de pasientene som har offentlig forsikring og stykkpris fra pasientene som har privat forsikring.

Fra de offentlige sykefondene får legene en fast pr. capita sats for de første 1600 pasientene, for de pasienter over dette antall får legene en lavere sats. I tillegg til den ordinære pr. capita satsen får legene ekstra utbetaling når pasientene er over 65 år. Legene får også annen betaling fra de offentlige sykefondene, og denne avhenger blant annet av praksis kostnader, pensjonsbidrag og nettoinntekt. Det offentlige forsikringsselskapet betaler pr. capita satsen direkte. De offentlige forsikrede pasientene betaler ikke egenandeler. Personer som har privat forsikring, betaler stykkpris direkte til legene. Forsikringsselskapet vil deretter refundere deler eller alt av dette.

Andelen offentlige og privat forsikrede på en pasientliste vil variere fra lege til lege. Dette avhenger delvis av legekontorets beliggenhet.

### **4.3. Offentlig legearbeid**

Dette er organisert slik at det hovedsaklig er fulltids ansatte leger som arbeider med offentlig legearbeid. Kommunen kan ikke pålegge fastlegene å påta seg slikt arbeid.

### **4.4. Øyeblikkelig hjelp**

Fastlegene har 24-timers ansvar for sine pasienter. I praksis løses dette ved hjelp av samarbeidsavtaler i form av legevakt og vikaravtaler. Pasienter kan i tillegg til å henvende seg til sin fastlege henvende seg direkte til avdelingen for øyeblikkelig hjelp ved sykehusene.

### **4.5. Henvisning, foreskrivning og sykemelding**

Pasientene kan ikke henvende seg direkte til spesialist eller sykehus, men må få en henvisning fra sin fastlege først. Dette gjelder for offentlig forsikrede personer.

Personer som har privat forsikring trenger ikke henvisning for å gå til spesialist.

### **4.6. Regler for bytting av fastlege**

Pasientene kan når de måtte ønske det bytte fastlege, så lenge det er plass på den nye legens liste.

### **4.7. Kjøp og salg av praksis**

Leger kan opprette ny praksis uten å søke tillatelse hos offentlige myndigheter. Det er en komité bestående av leger som tar avgjørelser knyttet til kjøp og salg av praksiser. Ved kjøp av praksis må legene søke hos denne komiteen. Legene må betale for legekontoret og inventaret.

Hvis en praksis stenges, vil enten nye leger ta over pasientlistene eller pasientlistene blir delt på andre praksiser.



## 4.8. Referanser

Informasjonen om fastlegeordningen i Nederland kan finnes på følgende internettadresser:

- "Landelijke Huisartsen Vereniging": <http://www.lhv.nl/>
- "Ministry of Health, Welfare and Sport":  
<http://www.minvws.nl/english/index.html?folder=3>
- "Nivel": <http://www.nivel.nl/eng/gpc.shtml>
- "GP in Europe": [http://www.uemo.org/gp\\_in\\_europe/thenetherlands.htm](http://www.uemo.org/gp_in_europe/thenetherlands.htm)
- "Zorgverzekeraars Nederland":  
<http://www.zn.nl/international/english/about-zn/dutchhealthcare/background.asp>
- "Blue Lynx Employment": <http://www.bluelynx.nl/health.html>

## 5. OPPSUMMERING

Danmark, England og Nederland har alle hatt fastlegeordning siden 1940-årene, mens ordningen nylig er innført i Norge. Kanskje vi kan lære noe av disse landene som har lang erfaring med denne måten å organisere allmennlegetjenesten på?

En oversiktstabell over ordningen i de ulike landene:

|   | <b>NORGE</b>  | <b>DANMARK</b>  | <b>ENGLAND</b>   | <b>NEDERLAND</b>   |
|---|---|---|--|--|
| <b>Ansvarlig for allmennlegetjenesten</b>         | Kommunene   | Fylkene   | ”Strategic Health Authorities”                                       | Allmennlegene  |
| <b>Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene</b> | 1190 i år 2001  | 1552 i år 2001  | 1841 i år 2001   | 2023 i år 2002   |
| <b>Egenbetaling fra pasientene</b>                | Ja  | Nei (sikringsgr. 1)                                   | Nei  | Nei (offentlige forsikrende)   |
| <b>Vekting av pr. capita tilskuddet</b>           | Nei   | Nei   | Ja   | Ja   |
| <b>Pålegg om offentlig legearbeid</b>             | Ja  | Nei   | Nei  | Nei  |
| <b>Henvisningsplikt tillagt fastlegen</b>         | Nei   | Ja, ellers full pris for sikringsgr. 1                | Ja   | Ja, for offentlig forsikrede   |
| <b>Regler for bytte av lege</b>                   | Karantenetid på 6 måneder                               | Karantenetid på 6 måneder                             | Når man ønsker   | Når man ønsker   |
| <b>Ansvarlig for øyeblikkelig hjelp</b>           | Kommunens ansvar, men legene plikter å delta i legevakt | Fylkets ansvar, men legene plikter å delta i legevakt | Legene har 24-timers ansvar som løses ved hjelp av samarbeidsavtaler | Legene har 24-timers ansvar som løses ved hjelp av samarbeidsavtaler |

Norge er det landet som har lavest gjennomsnittlig listestørrelse, med i gjennomsnitt 1190 pasienter i 2002. I Nederland derimot, hadde legene 2023 pasienter i gjennomsnitt på listene i 2002. Dermed har legene i Nederland omtrent dobbelt så lang gjennomsnittlig listelengde som legene i Norge. En interessant undersøkelse hadde vært å se nærmere på tjenestemengden pr. pasient. Hvordan har det seg at legene i Nederland kan ha så mange pasienter? Tilbyr legene færre tjenester pr. pasient i Nederland? Henviser legene oftere pasientene videre? Er det flere deltidsarbeidende leger i Norge, eller jobber legene i Nederland mer overtid?

Det er også interessant å merke seg at Norge er det eneste landet som har egenbetaling fra pasientene. Et nærliggende spørsmål er derfor om det av den grunn etterspørres færre allmennlegetjenester i Norge sammenlignet med de andre landene?

Det er ulike regler for henvisning og legebytte i de fire landene. Vil dette for eksempel føre til at det i Norge er høyere bruk av spesialister enn det som er tilfelle i de andre landene. Det vil også være interessant å se nærmere på om befolkningen i England og Nederland, på grunn av færre restriksjoner for legebytter, bytter lege oftere enn pasienter i Norge og Danmark?

Generelt er det interessant å undersøke hvordan utformingen av et system påvirker utfallet dvs. hvordan pasienter og leger tilpasser seg og handler. Er det noe i organiseringen av fastlegeordningen i Danmark, England og Nederland som fungerer spesielt bra, kan Norge kanskje lære av dette.