

Julie Kjelvik

Notater

Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002
Del II: Organisering av legevaktjenesten

Innhold

Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten.....	2
1. Sammendrag	2
2. Innledning	3
3. Kommuneutvalg og datakvalitet	4
4. Fastlegereformen	6
1. Fastlegeordningen	6
2. Organisering av legetjenesten	7
5. Hovedresultater fra undersøkelsen i 2000.....	8
6. Kommunenes totale utgifter til primærlegetjenesten	9
1. Kommunenes brutto utgifter	9
2. Kommunenes netto utgifter.....	11
7. Kommunenes utgifter etter utgiftstype	13
1. Lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuskandidater	13
2. Basistilskudd mm. til privatpraktiserende leger.....	13
3. Driftsutgifter til legevakt mm.	14
4. Driftsutgifter til legesenter mm.....	16
5. Øvrige utgifter til primærlegetjenesten.....	17
8. Kommunenes inntekter fra primærlegetjenesten	18
9. Offentlige utgifter til primærlegetjenesten.....	20
Del II: Organisering av legevaktjenesten.....	22
1. Innledning	22
2. Kommuner med samarbeid om legevakten.....	23
3. Kommuner uten samarbeid om legevakt	26
4. Andre spørsmål	27
Dokumentasjon av undersøkelsene	29
1. Bakgrunn og formål	29
2. Utvalg og delutvalg.....	29
3. Datainnsamling	30
4. Frafall.....	32
5. Utvalgsskjevhet.....	32
6. Utvalgsvarians	33
7. Datakvalitet i postale undersøkelser - innsamlings og bearbeidingsfeil.....	34
Vedlegg	
1. Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002, spørreskjema.....	36
2. Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 2002, spørreskjema.....	39
3. Organisering av legevaktjenesten, spørreskjema.....	40
4. Organisering av legevaktjenesten: Hvilke kommuner inngår i legevaktsamarbeidet?	43
5. Organisering av legevaktjenesten: Hvilke kommuner kunne det være aktuelt å samarbeide med?.....	46
6. Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten, brev.....	47
7. Organisering av legevaktjenesten, brev	49
De sist utgitte publikasjonene i serien Notater.....	51

Del I: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

1. Sammendrag

På oppdrag av Helsedepartementet har Statistisk sentralbyrå i 2003 gjennomført en undersøkelse blant norske kommuner om utgifter til primærlegetjenesten. Spørreskjema gikk ut til 250 kommuner, og det kom inn svar fra 191. Undersøkelsen er et ledd i evalueringen og oppfølgingen av Fastlegereformen og en tilsvarende undersøkelse ble gjennomført før reformen ble innført. Førundersøkelsen ble gjennomført i 2000 på grunnlag av utgifter og inntekter for regnskapsåret 1999.

Fortsatt høyere utgifter for små kommuner enn for store

Tallene for 2002 viser at kommunenes brutto utgifter til primærlegetjenesten var på 738 kroner per innbygger. Tilsvarende tall for 1999 ble beregnet til 567 kroner per innbygger, og målt i faste kroner gir dette en økning på 9 prosent. Både tallene for 1999 og 2002 viser at små kommuner har gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner. Til sammenligning hadde kommunene med færre enn 2 000 innbyggere utgifter på i overkant av 2 300 kroner per innbygger i 2002. Kommuner med flere enn 10 000 innbyggere hadde utgifter som var lavere enn gjennomsnittet.

Økte forskjeller mellom små og mellomstore kommuner?

Tilsvarende mønster som for brutto utgifter finner man ved å se på netto utgifter. Netto utgifter defineres som brutto utgifter fratrukket inntekter som kommunene oppgir å ha i forbindelse med primærlegetjenesten. Også her faller utgiftene, regnet per innbygger, med økende antall innbyggere, og det er markante forskjeller mellom store og små kommuner. Veksten i utgifter, målt i prosent, varierer også mellom kommunene - mens kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har vekst høyere enn gjennomsnittet, har kommuner med mellom 5 000 og 50 000 innbyggere en vekst i netto utgifter som er lavere enn gjennomsnittet.

Økte forskjeller mellom små og store kommuner registreres også for brutto utgifter per legeårsverk. Når kommunenes utgifter til primærlegetjenesten ses i sammenheng med kommunenes legedekning har de minste kommunene den høyeste legedekningen, regnet som antall legeårsverk per 10 000 innbyggere. I 2002 hadde kommunene i gjennomsnitt 814 000 kroner i utgifter per legeårsverk, mens det tilsvarende tallet i 1999 var på 702 000 kroner. Den prosentvise veksten i utgifter per legeårsverk var høyere for små kommuner enn for store.

Svakere vekst i kommunenes inntekter

Kommunenes inntekter fra primærlegetjenesten viser en svakere vekst enn utgiftene i perioden 1999-2002. Hovedtyngden av kommunenes inntekter kommer fra egenandeler fra pasientene, refusjon fra Folketrygden og husleieinntekter - til sammen utgjør dette nærmere 70 prosent av kommunenes inntekter.

Utgiftene fordeles 40-60 mellom Folketrygden og kommunene

I beregningen av totale offentlige utgifter til primærlegetjenesten inkluderes i tillegg til kommunenes utgifter, også statens og Folketrygdens utgifter. Folketrygden finansierer i gjennomsnitt om lag 40 prosent av de totale utgiftene, mens kommunene finansierer rundt 60 prosent. Statens utgifter består av turnustilskudd til kommunene, og utgjør en marginal andel. Imidlertid er kommunenes finansiering av utgiftene større i små kommuner enn i store kommuner. I de aller minste kommunene blir over 80 prosent finansiert av kommunene, mens i store kommuner ligger andelen på rundt 50 prosent. I 2002 utgjorde de totale offentlige utgifter gjennomsnittlig 1 050 kroner per innbygger, målt i løpende priser. Justert for prisstigningen er utgiftsveksten mellom 1999 og 2002 for totale offentlige utgifter på 7 prosent.

2. Innledning

I St.meld. nr. 23 (1996-97) *Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen* foreslo Sosial- og Helsedepartementet at allmennlegetjenesten skulle organiseres som en fastlegeordning. Fastlegeordningen ble vedtatt av Stortinget, og etter forhandlinger mellom staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske Lægeforening om de økonomiske vilkårene, ble ordningen iverksatt 1. juni 2001.

Helsedepartementet (tidligere Sosial- og Helsedepartementet) har lagt opp til en evaluering og oppfølging av Fastlegereformen over en 3-5 års periode. SSB har i løpet av 2003 utført en spørreundersøkelse til norske kommuner hvor kommunenes utgifter til primærlegetjenesten kartlegges. Undersøkelsen er på oppdrag fra Helsedepartementet og er et ledd i oppfølgingen av reformen. Det er totalt planlagt tre undersøkelser, én før innføringen og to etter innføringen av fastlegeordningen. Årets undersøkelse er den første etter at fastlegeordningen ble iverksatt.

Første undersøkelse ble utført i 2000 på grunnlag av regnskapstall fra 1999 - før innføringen av ordningen. Resultatene av undersøkelsen ble publisert i SSBs notatserie, nr.36:2001: *Bente Astad og Ann Lisbet Brathaug: Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 1999. Evaluering av fastlegeordningen - førdata om kommunenes utgifter*. Det ble den gang sendt ut et spørreskjema til et representativt utvalg på 250 kommuner, hvorav 146 kommuner svarte på skjemaet, altså en svarprosent på 58. Utvalget ble trukket slik at et tilstrekkelig antall kommuner med over og under 5000 innbyggere ble inkludert.

Ny spørreundersøkelse ble gjennomført i 2003, og bygger på kommunenes regnskapstall fra 2002. Rapporten som her presenteres er bygget på resultatene fra denne undersøkelsen. Regnskapsåret 2002 er det første hele regnskapsåret etter iverksettelsen av reformen. Spørreskjema er sendt ut til de samme 250 kommunene som ble kontaktet ved den første undersøkelsen, og totalt kom det inn svar fra 181 kommuner. Dette gir en svarprosent på 72. Det ble tatt utgangspunkt i spørreskjemaet som ble brukt forrige gang, men med visse endringer, delvis på grunn av organisatoriske endringer som følge av reformen, men også for å få økt svarinngang. Datainnsamling ble foretatt av Seksjon for intervjuundersøkelser, mens produksjon av tabeller er gjort av Seksjon for helsestatistikk.

I spørreskjemaet ble kommunene bedt om å rapportere utgifter og inntekter for primærlegetjenesten for regnskapsåret 2002. Denne rapporten gir en framstilling av utgiftene og inntektene både i detalj og i sum, og det er forsøkt i størst mulig grad å presentere tilsvarende tall fra den forrige undersøkelsen. Diskusjonen knyttes i hovedsak opp mot hvordan utgiftene fordeler seg hos kommunene, samt hvilke endringer det er i utgiftsnivå og sammensetning av utgiftene fra 1999 til 2002. Som i forrige undersøkelse er kommunenes utgifter og inntekter fremstilt i tabeller hvor de grupperes etter kommunestørrelse. Årsaken er at kommunestørrelse var den variabelen som forklarte de største forskjellene mellom kommunen i 1999-undersøkelsen, og analyse av 2002-dataene viste at det samme er tilfelle for denne undersøkelsen.

I tillegg til utgiftene fra kommunene har vi hentet inn tall fra Rikstrygdeverket som viser refusjoner til allmennleger. Tallene er benyttet i beregningen av totale offentlige utgifter til primærlegetjenesten.

Prosjektansvarlig for undersøkelsen har vært Elisabeth Nørgaard, Seksjon for helsestatistikk. Produksjonen av tabeller og endelig rapport er gjort av Julie Kjelvik, Seksjon for helsestatistikk. Ved seksjon for intervjuundersøkelser har Therese Gulbrandsen hatt hovedansvaret for undersøkelsen. Fyldig dokumentasjon av undersøkelsen vil i tillegg bli publisert separat av Seksjon for intervjuundersøkelser.

3. Kommuneutvalg og datakvalitet

Undersøkelsen omfatter et representativt utvalg av Norske kommuner, og bruttoutvalget på 250 kommuner er det samme som ved undersøkelsen som ble gjennomført i 2000. De 181 kommunene som svarte på undersøkelsen representerer til sammen i overkant av to millioner innbyggere, om lag 45 prosent av befolkningen i Norge.

Kommunene er delt inn i følgende størrelsesgrupper:

Antall innbyggere:

- 0 - 1 999
- 2 000 - 4 999
- 5 000 - 9 999
- 10 000 - 19 999
- 20 000 - 29 999
- 30 000 - 49 999
- 50 000 +

I undersøkelsen fra 2000 var det 146 kommuner som deltok, hvorav én måtte forkastes. Av kommunene som deltok i forrige undersøkelse var det 112 som valgte å delta også i denne undersøkelsen. I tillegg har vi fått svar fra 69 kommuner som ikke svarte forrige gang. I beregningene som er gjort ut fra 2002-data har vi valgt å inkludere alle kommuner, uavhengig om de var med i forrige undersøkelse eller ikke. Årsaken er et ønske om å få et størst mulig tallgrunnlag for beregningene, noe som vil bidra til mer sikre beregninger. Det er for øvrig ingen grunn til å anta at kommunene som har kommet til fra 2000-undersøkelsen til 2003-undersøkelsen skiller seg fra kommunene som har falt fra på noen måte som vil ha betydning for resultatet. I enkelte kommune grupper, spesielt for kommunene med over 30 000 innbyggere, vil fortsatt beregningene være forbundet med stor usikkerhet siden det er så få kommuner i størrelsesgruppen som deltar.

Tabell 1-1 viser fordelingen av de 181 kommunene etter befolkningsstørrelse sammenlignet med kommuner i Norge totalt. Vi ser at enkelte kommuner har en viss underrepresentasjon i utvalget, mens andre kommuner har en viss overrepresentasjon. Dette er et resultat av ulik svarinngang fra de ulike kommune gruppene. Befolkningen i de største kommunene (over 50 000 innbyggere) vil for eksempel være overrepresentert fordi de utgjør en større andel av befolkningen i utvalget enn de utgjør av den totale befolkningen. I tabellene i denne rapporten er det brukt veiting ut fra de ulike kommune gruppene relative andel av befolkningen for å korrigere for denne skeivheten i presentasjonen av totale utgifter/inntekter per innbygger. Utgiftene og inntektene totalt per innbygger kan dermed tolkes som estimater på gjennomsnitt for landet.

Tabell 1-1 Kommunenes andel av befolkningen*.

	<i>Antall kommuner i nettoutvalget</i>	<i>Antall innbyggere i nettoutvalget</i>	<i>Andel av befolkningen, prosent</i>	<i>Norge totalt</i>	<i>Antall innbyggere</i>	<i>Andel av befolkningen, prosent</i>
Totalt	181	2 036 563	100	434	4 552 252	100
0-1 999	33	40 701	2,0	96	122 425	2,7
2 000-4 999	64	224 668	11,0	147	487 872	10,7
5 000-9 999	40	270 176	13,3	91	649 079	14,3
10 000-19 999	21	305 614	15,0	57	825 442	18,1
20 000-29 999	10	229 401	11,3	18	438 782	9,6
30 000-49 999	6	220 002	10,8	13	491 798	10,8
50 000 +	7	746 001	36,6	12	1 536 854	33,8

* Befolkningstall per 1.januar 2003 er benyttet. Kilde: SSB: Befolkningsstatistikk.

Datakvaliteten i undersøkelsen kan variere noe. Store forskjeller mellom kommunene i organisering av legetjenestene gjør at det er vanskelig å lage et skjema som passer for alle. I enkelte tilfeller har kommunene gitt uttrykk for at de ikke greier å trekke ut eksakte beløp på det som etterspørres, og de har da gitt anslag på beløpene. Noen har heller ikke hatt mulighet til å gi anslag, og kommunene vil da i beregningen av totale kostnader bli registrert med null på disse postene. Slik underrapportering er det vanskelig å korrigere for. Problemer med nedbrytning av utgiftene viser seg også i heravposter som ikke summerer seg opp til totalen. I analysen som gjøres i rapporten er det forsøkt å ta hensyn til slike problemer, og det vil bli kommentert i de enkelte kapitlene.

Utgiftene til lønnskostnader til fastlønte leger og turnusleger er spurt om i et eget skjema som ble sendt ut en tid etter det første spørreskjemaet med de øvrige spørsmålene. Dette førte til at vi fikk ulik svarinnngang på de to ulike skjemaene, og på spørsmålet om lønnskostnader kom det inn svar fra totalt 125 kommuner. Noen av disse måtte forkastes slik at i beregningen av kommunenes totale utgifter er grunnlaget 116 kommuner. Datainnsamlingen er for øvrig beskrevet under avsnittet Dokumentasjon av undersøkelsene (s. 30).

4. Fastlegereformen

1. Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble iverksatt i norske kommuner 1. juni 2001. Fram til da hadde det blitt utført en forsøksordning med fastlege i fire kommuner: Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes.

Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en fast allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Fastleger har plikt til å prioritere innbyggere på sin egen liste. For innbyggerne betyr fastlegeordningen at man kan selv kan velge lege, og at en har anledning til å bytte lege dersom en er misfornøyd med den tildelte.

Fastlegereformen innebærer at kommunene inngår fastlegeavtale med næringsdrivende leger. Fastlegen påtar seg ansvaret for en liste med et gitt antall pasienter, og kommunen betaler basistilskudd per innbygger på legenes liste. Basistilskuddet er således et per-capita-tilskudd, og fastsettes gjennom forhandlinger mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen. Hovedmodellen for fastlegeordningen er at kommunenes utgifter skal være avhengig av folketallet i kommunen. Dette i motsetning til tidligere da kommunenes utgifter i større grad var avhengig av antallet leger de finansierte, enten gjennom fast lønn eller driftstilskudd. Kommunen kan i en fastlegeavtale pålegge legen å utføre arbeidsoppgaver som kommunen har ansvar for. Eksempler på dette er tilsynslege ved sykehjem, helsestasjon- og skolehelsetjeneste.

Fastlegeordningen

- Iverksatt 1. juni 2001
- Alle innbyggere har rett til å være registrert på en liste hos en fast allmennlege
- Fastlegen har plikt til å prioritere innbyggerne på sin liste
- Det er gjennomsnittlig 1 190 innbyggere per fastlegeliste (per 27.09.03)
- Forsøksordning i Lillehammer, Tromsø, Trondheim og Åsnes fra 1993

Kommuner med fastlønte leger fikk før reformen fastlønnstilskudd fra staten. I forbindelse med reformen ble det vedtatt at ordningen med fastlønnstilskudd skulle erstattes av stykkprisrefusjoner til kommunene. Dette utbetales kommunene av Folketrygden. Noen kommuner har valgt å motta turnuslege, og vil ha utgifter til dette. Antallet turnusleger har økt de siste årene, og turnustjenesten utføres i større grad hos leger med fastlegeavtale. Kommunene inngår avtaler med den enkelte veilederlegen om kompensasjon for ekstra utgifter for å ha turnuslege. De kommunene som tar imot turnusleger mottar turnustilskudd fra staten. Turnuslegen arbeider på veileders liste.

I St.meld. nr.23 (1996-97) ble det vedtatt av Stortinget at kommunene ikke skulle påføres merutgifter som følge av fastlegereformen. Den kommunale finansieringsandelen av legetjenestene ble anslått til å bli lavere etter innføringen av reformen. Basistilskuddet til fastlegene skulle utgjøre 30 prosent av legenes inntekter, mens de resterende 70 prosent skulle finansieres av egenbetalinger og trygderefusjoner. Imidlertid ble det antatt at selve omorganiseringen av allmennlegetjenesten også ville gi kommunene en viss utgiftsøkning, slik at man alt i alt forventet en viss utgiftsøkning for kommunene.

2. Organisering av legetjenesten

Før fastlegereformen ble innført stod kommunene fritt til å velge hvilken type kontrakt de ville tilby allmennlegene. Gjennom 1990-tallet økte andelen driftsavtaleleger sterkt og gikk på bekostning av andel fastlønsleger, og trenden har fortsatt også etter innføringen av fastlegereformen. Tabell 1-2 viser at i 2002 var tre av fire leger organisert med driftsavtale. Det har også vært en vekst i totale antall årsverk; i perioden 1999-2002 økte det totale antall årsverk med 10 prosent.

Fastlønnede leger:

Legen er tilsatt av kommunen, og arbeidsoppgavene fastlegges av kommunale instruksjoner. Legen mottar fast lønn, og kommunen har ansvar for praksisens driftsutgifter. Kommunen har inntekter i form av egenbetalinger fra pasientene, samt tilskudd fra Folketrygden til fastlønte legestillinger.

Leger med driftsavtale:

Privatpraktiserende leger med kommunal driftsavtale mottok før reformen driftstilskudd fra kommunen. Grunnlaget for legenes inntekt var driftstilskuddet, refusjoner fra Folketrygden og pasientenes egenandeler.

Leger uten avtale med kommunen:

Inntekten til privatpraktiserende leger som ikke har avtale med kommunen er basert på refusjoner fra Folketrygden og egenbetaling fra pasienten.

Turnusleger:

Turnusleger er medisinske kandidater som avtjener obligatorisk tjeneste i allmennpraksis for å oppnå rett til autorisasjon.

Tabell 1-2 Årsverk av leger med ulike avtaleformer i kommunehelsetjenesten 1999-2002.

	1999		2000		2001		2002	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I alt	3752	100	3809	100	4108	100	4151	100
Fastlønnede leger	724	19	732	19	647	16	619	15
Leger med driftsavtale	2483	66	2540	67	3008	73	3066	74
Leger uten avtale	313	8	261	7	112	3	113	3
Turnusleger	231	6	276	7	341	8	353	9

* Kilde: Kommunehelsetjenesten 2001, Statistisk sentralbyrå

Tabell 1-3 viser organiseringen av legetjenesten i utvalgskommunene i 2002. Fordelingen av legeårsverk etter avtaleform og kommune størrelse har ikke endret seg mye fra forrige undersøkelse. I de minste kommunene er fastlønte leger fortsatt den vanligste tilknytningsformen - to av tre leger var fastlønte i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere. Målt i forhold til befolkningen er legedekningen høyest i de minste kommunene. Andelen turnusleger er også høyere i små kommuner enn i store kommuner. Leger med driftsavtale er, som i 1999, den vanligste tilknytningsformen i kommuner med mer enn 5 000 innbyggere. Om lag 3 av 4 legeårsverk er basert på driftsavtale i disse kommunene.

Tabell 1-3 Organisering av legetjenesten i utvalgskommunene. Årsverk per 10 000 innbyggere etter avtaleform og kommunestørrelse. 2002.

	<i>Leger med driftsavtale</i>	<i>Leger med fastlønn</i>	<i>Turnus-leger</i>	<i>Leger uten avtale</i>	<i>Totalt</i>
Totalt*	6,6	1,4	0,8	0,1	8,9
0-1 999	1,5	10,0	3,6	0,3	15,3
2 000-4 999	4,9	4,1	2,2	0,1	11,4
5 000-9 999	6,5	1,6	1,1	0,0	9,3
10 000-19 999	6,9	0,9	0,6	0,0	8,4
20 000-29 999	7,2	0,4	0,5	0,0	8,1
30 000-49 999	6,9	0,4	0,4	0,2	7,9
50 000 +**	7,2	0,6	0,3	0,2	8,3

5. Hovedresultater fra undersøkelsen i 2000

Tallene for 1999 viste at små kommuner hadde gjennomgående høyere utgifter per innbygger enn store kommuner. På bakgrunn av tallene fra utvalgskommunene, ble landets gjennomsnittlige brutto utgifter til primærlegetjenesten anslått til 567 kroner per innbygger i 1999. De aller minste kommunene hadde til sammenligning utgifter på 1 800 kroner per innbygger. Utgiften, regnet per innbygger, faller gradvis med økende antall innbyggere, men dog slik at det viser seg å være et markert skille på kommuner med over og under 10 000 innbyggere. Det samme mønsteret gjaldt kommunenes netto utgifter, men med noe jevnere fordeling mellom kommunene. Kommunenes gjennomsnittlige netto utgifter per innbygger ble beregnet til nærmere 460 kroner i 1999.

Hovedtyngden av kommunenes inntekter i 1999 kom fra fastlønnstilskuddet fra staten. I snitt utgjorde dette om lag halvparten av inntekten i de fleste kommunene. Den andre store inntektskilden var egenbetalinger fra pasientene, men også inntekter fra utleie av lokaler til leger og lignende hadde relativt stor betydning i enkelte kommuner.

I små kommuner utgjorde lønnsutgifter til fastlønnede leger og utgifter til drift av legesentre den største utgiftsposten. For kommuner med inntil 2 000 innbyggere beløp disse utgiftspostene seg til 75 prosent av de samlede utgiftene. Små kommuner hadde også høye utgifter til drift av legevakt; utgiftene til legevakt i de små kommunene var over fire ganger så høye som det estimerte landsgjennomsnittet. Viktigste årsak til dette er at små kommuner relativt sett må ha flere leger enn større kommuner for å få dekket legevakt-turnusen.

Analysen av utgiftene for 1999 viste derimot at for mellomstore og store kommuner var det derimot driftstilskudd og lønnskostnader til privatpraktiserende leger som dominerte. I kommuner med over 10 000 innbyggere utgjorde dette i underkant av 60 prosent av brutto utgifter, og i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere lå andelen på om lag 40 prosent. Store kommuner hadde små eller ingen utgifter til rekrutteringstiltak og korttidsvikariater.

I forsøkskommunene Lillehammer, Trondheim og Åsnes var utgiftene til allmennlegetjenesten annerledes enn i de øvrige kommunene. Legene var hovedsakelig privatpraktiserende, og ble finansiert med kommunalt per-capita-tilskudd og stykkpris (egenandeler og refusjoner). Den største utgiftsposten for kommunene var her utgifter til privatpraktiserende leger. Sider alle kommuner nå har innført fastlegeordningen er det ikke rettet særskilt fokus på forsøkskommunene i undersøkelsen fra 2002.

6. Kommunenes totale utgifter til primærlegetjenesten

Kommunenes totale utgifter:

- Lønnsutgifter til fastlønte leger og turnusleger
- Basistilskudd m.m. til privatpraktiserende leger
- Driftsutgifter til legevakt m.m.
- Driftsutgifter til legesenter m.m.
- Øvrige utgifter til primærlegetjenesten

1. Kommunenes brutto utgifter

Kommunenes brutto utgifter er summen av utgiftene til primærlegetjenesten. Dette inkluderer utgifter til fastlønte og turnusleger, basistilskudd mm. til privatpraktiserende leger, driftsutgifter til legevakt og legesenter, investeringsutgifter, samt andre utgifter som for eksempel utgifter til rekrutteringstiltak og korttidsvikariater. Tabell 1-4 viser kommunenes brutto utgifter til primærlegetjenesten etter kommunestørrelse i 1999 og 2002.

De totale brutto utgiftene regnet som veid gjennomsnitt per innbygger i 2002 var 738 kroner. De tilsvarende utgiftene som kommunene hadde til primærlegetjenesten i 1999 var på 567 kroner per innbygger, regnet i løpende kroner. Økningen er størst i de minste kommunene, mens kommuner med over 20 000 innbyggere har økninger i brutto utgiftene som ligger under gjennomsnittet.

Målt i faste priser er brutto utgifter på 616 kroner per innbygger i 2002 - noe som gir en utgiftsvekst på 9 prosent. Vi har i beregningen av faste priser benyttet prisindeks for kommunalt konsum av helsetjenester som vanligvis brukes i Nasjonalregnskapsstatistikk. Kommunalt konsum måles ved totale produksjonskostnader, dvs. produktinnsats, lønnskostnader, kapitalslit, netto næringskatter, fratrukket gebyrer. Prisindeksen som her er benyttet er et veid gjennomsnitt av indeksene på de nevnte komponentene i kommunalt konsum.

Tabell 1-4 Brutto utgifter til primærlegetjenesten etter kommunestørrelse.

	<i>Gjennomsnitt per innbygger, løpende kroner</i>	<i>Gjennomsnitt per innbygger, faste kroner</i>		<i>Antall kommuner</i>		<i>Gjennomsnitt per innbygger, indeks</i>	<i>Gjennomsnitt per kommune, 1000 kroner</i>
	2002	2002	1999	2002	1999	2002	2002
Totalt*	738	616	567	116	145	100	8 249
0-1 999	2 337	1 950	1 797	15	25	316	3 001
2 000-4 999	1 422	1 186	950	39	50	193	5 082
5 000-9 999	867	723	673	32	36	117	6 196
10 000-19 999	638	532	474	13	17	86	8 924
20 000-29 999	549	458	432	9	9	74	12 559
30 000-49 999	478	399	415	3	4	65	17 589
50 000 +**	531	443	418	5	4	72	47 770

* Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

** Oslo inkludert i 1999, men ikke med i beregning av totale utgifter for 2002. 1999-tall eksklusive Oslo er 442 kroner per innbygger.

De små kommunene er også de som har største utgifter per innbygger. I likhet med 1999-tallene, viser undersøkelsen for 2002 at størrelsen på kommunen, målt i antall innbyggere, er avgjørende for hvor

store utgifter kommunen har til primærlegetjenesten. Utgiftene per innbygger faller med økende innbyggertall, og de aller minste kommunene bruker fortsatt mer enn tre ganger så mye som landsgjennomsnittet.

Tabell 1-5 viser brutto utgifter per innbygger etter utgiftstype for 2002. Tilsvarende tall for 1999 er vist i tabell 1-6. I 2002 utgjør utgifter til basistilskudd mm. den største utgiftsposten; nesten 40 prosent av de totale utgifter på landsbasis består av basistilskudd, praksiskompensasjon og kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege. Dette varierer imidlertid noe med kommunestørrelse. Mange av de minste kommunene oppgir at de har ingen utgifter til basistilskudd mm. og for de minste kommunene utgjør dette kun rundt 5 prosent av de totale utgiftene.

For små kommuner er de største utgiftspostene lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuslege, samt driftsutgifter til legesenter. Til sammen utgjorde dette mer enn 80 prosent av de totale utgiftene for kommuner med færre enn 2 000 innbyggere.

Tabell 1-5 Brutto utgifter per innbygger etter utgiftstype og kommunestørrelse. 2002

	<i>Brutto utgifter totalt</i>	<i>Lønnskostnader fastlønnet lege, turnuslege</i>	<i>Basistilskudd mm.</i>	<i>Driftsutgifter til legesenter mm.</i>	<i>Driftsutgifter til legevakt mm.</i>	<i>Øvrige utgifter</i>
Totalt*	738	145	273	193	116	10
0-1 999	2 337	1 004	109	942	216	66
2 000-4 999	1 422	352	187	682	145	56
5 000-9 999	867	161	244	334	116	13
10 000-19 999	638	115	259	182	80	1
20 000-29 999	549	68	307	45	108	3
30 000-49 999	478	20	299	25	135	1
50 000 +**	531	81	315	20	114	0

* Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

For 1999 ble det innhentet opplysninger om lønnskostnader til privatpraktiserende leger, dvs. lønnskostnader til leger med kombinasjoner av fastlønte deltidsstillinger og deltids avtalepraksis. Denne typen utgifter utgjorde i gjennomsnitt 7 prosent av de totale utgiftene i den forrige undersøkelsen. Tilsvarende informasjon ble ikke innhentet for 2002, og det er en viss usikkerhet om utgiftene vil være inkludert i noen av kommunenes øvrige utgifter. Usikkerhet er det også i beregningen av utgifter til legevakt. Dette er beskrevet i avsnitt 7.3.

Tabell 1-6 Brutto utgifter per innbygger etter utgiftstype og kommunestørrelse. 1999

	<i>Brutto utgifter</i>	<i>Lønnskostn. fastlønnet lege, turnuslege</i>	<i>Driftstilsk. mm. privatprakt. leger</i>	<i>Lønnskost. privatprakt. leger</i>	<i>Driftsutg. til legesenter mm.</i>	<i>Driftsutg. til legevakt mm.</i>	<i>Andre utgifter</i>
Totalt	567	99	219	38	121	83	8
0-1 999	1 797	775	37	5	577	335	66
2 000-4 999	950	227	163	51	354	130	25
5 000-9 999	673	114	203	48	212	89	8
10 000-19 999	474	42	235	36	93	64	4
20 000-29 999	432	32	230	37	65	65	4
30 000-49 999	415	50	206	43	30	80	5
50 000 +**	418	83	229	28	39	38	0

* Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

I tabell 1-7 er brutto utgifter per legeårsværk beregnet. I 1999 hadde kommunene i gjennomsnitt 702 000 kroner i utgifter per legeårsværk. De tilsvarende utgifter for 2002 er beregnet til 814 000 kroner per legeårsværk, noe som utgjør en økning på 16 prosent. Som legeårsværk er her regnet leger med driftsavtale, leger med fastlønn og turnusleger, mens leger uten avtale er holdt utenfor.

Som for brutto utgifter per innbygger varierer også utgifter per legeårsværk med kommunestørrelse. De aller minste kommunene hadde i 2002 nærmere 1,5 millioner kroner i utgifter per legeårsværk, noe som er over 80 prosent høyere enn gjennomsnittet. Til sammenligning hadde kommuner med over 10 000 innbyggere utgifter per årsværk i størrelsesorden 650 000 - 750 000 kroner. Tallene fra 1999 viste også forskjeller mellom små og store kommuner, og i 2002 har forskjellene mellom små og store kommuner økt. Den prosentvise økningen i utgifter per årsværk har vært størst for innbyggere med færre enn 10 000 innbyggere.

Tabell 1-7 Brutto utgifter per legeårsværk* etter kommunestørrelse

	<i>Brutto utgifter per legeårsværk (eks. leger uten driftsavtale), 1000 kroner</i>		<i>Indeks totalt snitt = 100</i>	
	2002	1999	2002	1999
Totalt	814	702	100	100
0-1 999	1 476	1 162	181	165
2 000-4 999	1 321	942	162	134
5 000-9 999	943	765	116	109
10 000-19 999	753	661	93	94
20 000-29 999	692	590	85	84
30 000-49 999	711	640	87	91
50 000 +**	647	624	79	89

* Kilde: Kommunehelsetjenesten 2002, Statistisk sentralbyrå.

2. Kommunenes netto utgifter

Kommunenes netto utgifter beregnes som differansen mellom totale brutto utgifter og totale inntekter. Kommunenes inntekter fra primærhelsetjenesten er beskrevet nærmere i kapittel 8. Nettotallene er vist i tabell 1-8 som gjennomsnitt per innbygger fordelt på de ulike kommunegruppene.

I 1999 utgjorde kommunenes netto utgifter til primærlegetjenester 458 kroner per innbygger. I 2002 hadde beløpet steget til 610 kroner per innbygger, målt i løpende priser. Når utgiftene korrigeres for prisstigning er utgiftsveksten på 11 prosent.

Som for brutto utgifter er det slik at de minste kommunene hadde de høyeste netto utgiftene per innbygger, og dette gjelder både i 1999 og 2002. For 1999 ble det imidlertid funnet at nettoutgiftene viste en jevnere fordeling mellom kommunegruppene enn bruttoutgiftene. Dette er ikke tilfelle for 2002 hvor både brutto- og nettoutgifter per innbygger viser store ulikheter mellom kommunegruppene. Netto utgifter, målt i gjennomsnitt per innbygger, blir lavere, jo høyere folketallet i kommunen er, og kommuner med færre enn 10 000 innbyggere har høyere utgifter enn gjennomsnittet, mens kommuner med over 10 000 innbyggere har utgifter lavere enn gjennomsnittet.

I tillegg viser tallene at utgiftsveksten fra 1999 til 2002, i løpende kroner, fordeler seg ulikt mellom kommunegruppene. Tendensen ser ut til å være at små kommuner har opplevd en relativ vekst i utgiftene som er større enn hos kommuner med høyere folketall. I kommuner med under 5 000 innbyggere har økningen vært større enn gjennomsnittet, mens for kommuner med mellom 5 000 og 50 000 innbyggere er veksten lavere enn gjennomsnittet.

Tabell 1-8 Netto utgifter etter kommunestørrelse

	<i>Gjennomsnitt per innbygger, løpende kroner</i>	<i>Gjennomsnitt per innbygger, faste kroner</i>		<i>Antall kommuner</i>		<i>Indeks, løpende kroner</i>	<i>Endring, løpende kroner</i>
	2002	2002	1999	2002	1999	2002	1999-2002
Totalt	610	509	458	116	145	100	33 %
0-1 999	1 677	1 399	1 229	15	25	275	36 %
2 000-4 999	1 099	917	706	39	50	180	56 %
5 000-9 999	704	587	550	32	36	115	28 %
10 000-19 999	538	449	428	13	17	88	26 %
20 000-29 999	455	380	390	9	9	75	17 %
30 000-49 999	424	354	381	3	4	70	11 %
50 000 +	473	395	338	5	4	77	40 %

* Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

7. Kommunenes utgifter etter utgiftstype

1. Lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuskandidater

Tabell 1-9 viser kommunenes lønnskostnader til fastlønnet lege og turnuslege. Kun kommuner som har oppgitt at de har lønnskostnader til fastlønnet lege er med i tabellen. I 1999 brukte kommunene i gjennomsnitt 111 kroner per innbygger på å lønne fastlønte leger og turnusleger, og i 2002 hadde denne utgiftsposten økt til 160 kroner per innbygger. Kommuner med færre enn 10 000 innbyggere har både i 1999 og 2002 lønnskostnader som ligger over gjennomsnittet for landet, mens store kommuner har lønnskostnader under gjennomsnittet.

Forskjellen mellom store og små kommuner er hovedsaklig forklart i tabellen for legeårsverk (tabell 1-3), som viser at små kommuner har høy andel fastlønte leger. Mens de minste kommunene (under 2 000 innbyggere) har 10 årsverk med fastlønte leger per 10 000 innbyggere, har store kommuner (over 10 000 innbyggere) mindre enn ett årsverk leger med fastlønn. Lønnskostnaden til fastlønte leger og turnusleger er beregnet til henholdsvis 138 kroner og 22 kroner per innbygger i gjennomsnitt for landet.

Tabell 1-9 Lønnskostnader til fastlønte leger og turnusleger. Prosentvis fordeling.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner		Fastlønte leger, andel	Turnusleger, andel
	2002	1999*	2002	1999	2002	2002
Totalt	160	111	105	115	86 %	14 %
0-1 999	995	775	18	25	93 %	7 %
2 000-4 999	431	299	33	38	84 %	16 %
5 000-9 999	180	168	28	25	86 %	14 %
10 000-19 999	125	58	12	13	90 %	10 %
20 000-29 999	77	35	8	7	77 %	23 %
30 000-49 999*	37	62	1	3	51 %	49 %
50 000 +	81	83	5	4	89 %	11 %

* Kun kommuner som har oppgitt lønnskostnader er med i tabellen.

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

*** Kun én kommune i 2002

2. Basistilskudd m.m. til privatpraktiserende leger

Enkelte kommuner har utgifter som går til næringsdrivende leger med fastlegeavtale. Dette kan være basistilskudd (inkludert eventuelt utjamningstilskudd), praksiskompensasjon og kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege. Av de kommunene som deltok i undersøkelsen har 120 kommuner oppgitt at de har utgifter til basistilskudd til næringsdrivende leger, og disse er grunnlaget for tabell 1-10. I 2002 var tilskuddet fastsatt til 278 kroner per innbygger på legens liste per år.

For kommunene innebar innføringen av fastlegeordningen overgang fra utbetaling av driftstilskudd til utbetaling av basistilskudd for leger med avtale med kommunen. Basistilskuddet er et rent per-capita-tilskudd hvor legen får betalt per innbygger på lista, mens driftstilskuddet er støtte til driftsutgifter legen måtte ha.

Kommunenes utgifter til basistilskudd m.m. per innbygger er uavhengig av kommunens størrelse, noe som følger av grunnlaget for tilskuddsordningen (listelengde). Utgiftene varierer fra gjennomsnittlig 283 til 394 kroner per innbygger i de ulike kommunegruppene. Gjennomsnittet for kommunene er på 311 kroner per innbygger, hvorav basistilskuddet utgjorde 283 kroner per innbygger. Å justere for

prisstigning ved hjelp av indeks for kommunalt konsum av helsetjenester gir utgifter på 259 kroner per innbygger.

Tabell 1-10 Basistilskudd, praksiskompensasjon og kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege til næringsdrivende leger. Prosentvis fordeling.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner		Basistilskudd, andel	Praksiskompensasjon andel	Kompensasjon for turnuslege, andel
	2002	1999*	2002	1999	2002	2002	2002
Totalt**	311	228	120	101	91 %	5 %	4 %
0-1 999	366	224	10	3	91 %	8 %	1 %
2 000-4 999	394	238	36	32	90 %	6 %	4 %
5 000-9 999	288	227	33	32	91 %	4 %	5 %
10 000-19 999	283	235	19	17	90 %	6 %	4 %
20 000-29 999	307	230	10	9	91 %	4 %	5 %
30 000-49 999	294	206	6	4	94 %	4 %	2 %
50 000 +	313	229	6	4	93 %	5 %	2 %

* Kun kommuner som har oppgitt utgifter til basistilskudd er med i tabellen

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

Kommunen kan velge å avtale med den næringsdrivende legen at i stedet for at basistilskuddet betales ut, skal deler av tilskuddet subsidiere driftsutgiftene til legen, for eksempel gjennom subsidiert husleie, utstyr eller lønn til hjelpepersonell. Som vist i tabell 1-11 forekommer ikke dette i noen av de største kommunene som har deltatt i undersøkelsen. 40 kommuner svarer at de har brukt deler av basistilskuddet til å subsidiere leger, og 34 av disse har hatt mulighet til å måle dette i kroner. Gjennomsnittlig bruker disse kommunene 100 kroner per innbygger på slik subsidiering, og for enkelte kommuner utgjør dette 100 prosent av basistilskuddet. Noen kommuner opplyser også at basistilskuddet først utbetales til legene, som deretter tilbakebetaler deler av tilskuddet til kommunen, for eksempel i form av husleie.

Tabell 1-11: Subsidiering av driftsutgiftene til legen etter kommunestørrelse.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner	Antall kommuner
	2002	2002
Totalt	100	34
0-1 999	104	5
2 000-4 999	255	17
5 000-9 999	274	9
10 000-19 999	83	2
20 000-29 999	161	1
30 000-49 999	0	0
50 000 +	0	0

* Kun kommuner som oppgir slik subsidiering er med i tabellen.

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

3. Driftsutgifter til legevakt mm.

Tabell 1-12 viser kommunenes lønns- og driftsutgifter til legevakt. Utgiftene skal inkludere lønn til fast ansatte leger, lønn til hjelpepersonell, beredskapsgodtgjørelse for legevakt, trygghetstillegg når turnuslegene har legevakt, samt betaling for deltakelse i legevaktsamarbeid. For 2002 ble kommunene spurt om samlede lønns- og driftsutgifter til legevakt, samt bedt om å spesifisere blant annet lønnsutgiftene til lege. Det skal da være mulig å beregne driftsutgifter ved å trekke fra lønnsutgiftene.

Imidlertid har svært få av kommunene spesifisert lønnskostnadene, noe som fører til at rene driftsutgifter ikke kan beregnes. En sammenlikning med 1999 lar seg derfor ikke gjøre. I beregningen av utgiftene til legevakt som inngår i kommunenes totale utgifter har vi valgt å trekke fra lønnskostnadene for de kommunene som har oppgitt dette.

De minste kommunene har høyere utgifter per innbygger til legevakt sammenlignet med kommuner med flere innbyggere. Kommuner med under 2 000 innbyggere brukte i 2002 gjennomsnittlig 423 kroner per innbygger på utgifter til legevakt. Dette er mer enn dobbelt så mye som utgiftene for kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere, som var på 203 kroner per innbygger. Som nevnt tidligere er en forklaring at de små kommunene må ha relativt sett flere leger enn større kommuner for å dekke legevakt-turnusen.

Tabell 1-12 Lønns- og driftsutgifter til legevakt etter kommunestørrelse.*

	<i>Gjennomsnitt per innbygger, kroner</i>	<i>Antall kommuner</i>
	2002	2002
Totalt	164	167
0-1 999	423	31
2 000-4 999	203	58
5 000-9 999	132	38
10 000-19 999	116	19
20 000-29 999	147	9
30 000-49 999	165	7
50 000 +	174	5

* Kun kommuner som har oppgitt driftsutgifter til legevakt er med i tabellen. Utgiftene er eksklusive lønn til fast ansatte leger.

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

I denne undersøkelsen er kommunene spurt om å spesifisere utgifter til betaling for deltakelse i legevaktsamarbeid, og 74 av de 191 kommunene i utvalget oppgir at de har slike utgifter. Gjennomsnittlig betaler disse 95 kroner per innbygger til samarbeidende kommuner. Betalingen er i de minste kommunene noe høyere enn gjennomsnittet for alle utvalgskommunene. Disse tallene trenger imidlertid ikke å gi det fullstendige bildet av utgiftene for de kommunene som samarbeider om å gi innbyggerne legevaktstjenester. Årsaken er at avtalene om hvor mye hver enkelt kommune skal bidra med, og på hvilken måte de skal bidra, varierer. Noen kommuner bidrar med lokaler, andre med leger til legevakten, mens andre igjen kan kjøpe legevaktstjenesten av en kommune som har driftsansvaret.

Tabell 1-13 Betaling for deltakelse i legevaktsamarbeid etter kommunestørrelse.

	<i>Gjennomsnitt per innbygger, kroner</i>	<i>Antall kommuner</i>
	2002	2002
Totalt	95	74
0-1 999	150	15
2 000-4 999	125	24
5 000-9 999	95	22
10 000-19 999	73	8
20 000-29 999	95	2
30 000-49 999	34	2
50 000 + **	111	1

* Kun kommuner som har oppgitt utgifter til basistilskudd er med i tabellen.

** Basert kun på én kommune

*** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

I forrige undersøkelse ble det avdekket at i små kommuner utgjorde beredskapsgodtgjørelsen som utbetales til legevaksleger omtrent halvparten av kommunenes driftsutgifter til legevakt. For 2002 svarer 116 av kommunene at de har utgifter til beredskapsgodtgjørelse, og tallene viser stor variasjon mellom små og store kommuner. Kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har utgifter til beredskapsgodtgjørelse som ligger langt over gjennomsnittet, regnet per innbygger.

Tabell 1-14 Beredskapsgodtgjørelse for legevakt etter kommunestørrelse.

	Gjennomsnitt per innbygger**, kroner		Antall kommuner	
	2002	1999	2002	1999
Totalt	48	19	116	136
0-1 999	287	171	20	23
2 000-4 999	147	72	41	46
5 000-9 999	64	47	26	33
10 000-19 999	32	17	14	17
20 000-29 999	19	8	6	9
30 000-49 999	18	12	4	4
50 000 +	16	2	5	4

*Kun kommuner som har oppgitt utgifter til beredskapsgodtgjørelse er med i tabellen.

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

4. Driftsutgifter til legesenter mm.

Av de 191 kommunene i utvalget er det 130 som oppgir at de har kostnader til drift av legesenter, og det er 57 kommuner som har ført opp investeringsutgifter til legetjenesten. Tabell 1-15 viser driftsutgifter til legesenter og investeringsutgifter samlet. De minste kommunene har også i 2002 en stor del av sine utgifter til primærlegetjenesten knyttet til drift av legesentre. Kommuner med færre enn 30 000 innbyggere har i løpende kroner fått en økning av utgiftene til dette formålet på mellom 50 og 120 prosent. Dette i motsetning til de største kommunene som har redusert sine utgifter per innbygger til drift av legesentre og investering. Gjennomsnittlig brukte kommunene 268 kroner per innbygger på slike utgifter i 2002. Målt i faste priser er utgiftene på 224 kroner per innbygger.

Tabell 1-15 Driftsutgifter til legesentre og investeringsutgifter fordelt etter kommunestørrelse. Prosentvis fordeling.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner		Driftsutgifter, andel	Investerings- utgifter, andel
	2002	1999*	2002	1999	2002	2002
Totalt	268	132	130	107	98 %	2 %
0-1 999	1073	685	32	20	99 %	1 %
2 000-4 999	745	459	52	40	97 %	3 %
5 000-9 999	486	324	26	24	97 %	3 %
10 000-19 999	361	163	10	10	99 %	1 %
20 000-29 999	101	87	4	7	92 %	8 %
30 000-49 999	40	55	2	2	98 %	2 %
50 000 +	32	39	4	4	100 %	0 %

*Kun kommuner som har oppgitt driftsutgifter til legesentre er med i tabellen.

*I 1999 var det i tillegg en post for 'Andre driftsutgifter til legesenter', og denne er inkludert i 1999-tallene. For 2002 er det kun én post for driftsutgifter til legesenter

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

De fleste kommunene oppgir at de ikke hadde noen investeringsutgifter i 2002. Blant de 57 kommunene som svarte at de hadde investeringsutgifter var det stor variasjon i størrelsen på utgiftene. Gjennomsnittlig brukte disse kommunene 24 kroner per innbygger på slike utgifter.

Tabell 1-16 Investeringsutgifter fordelt etter kommunistørrelse

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner	
	2002		2002	
Totalt	24		57	
0-1 999	46		8	
2 000-4 999	104		27	
5 000-9 999	35		13	
10 000-19 999	7		5	
20 000-29 999	16		2	
30 000-49 999	37		2	
50 000 +	0		0	

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

5. Øvrige utgifter til primærlegetjenesten

Øvrige utgifter til primærlegetjenesten omfatter utgifter til rekrutteringstiltak, tiltak for å beholde leger (stimulerings tiltak), samt korttidsvikariater. Tabell 1-17 viser øvrige utgifter for primærlegetjenesten for 2002 etter type tiltak, samt tilsvarende utgifter for 1999. Av de 191 kommunene som svarte på undersøkelsen oppga 84 kommuner å ha hatt utgifter til denne type tiltak. Gjennomsnittlig brukte kommunene i utvalget 22 kroner per innbygger på slike utgifter.

Som i den forrige undersøkelsen har store kommuner marginale utgifter til slike tiltak, mens kommuner med under 2 000 innbyggere er de som oppgir å ha de høyeste utgiftene. I de fleste kommunene går mesteparten av disse utgiftene til korttidsvikariater, men kommuner med under 20 000 innbyggere har også en del utgifter til tiltak for å beholde legene. I undersøkelsen fra 1999 var andelen brukt på rekrutteringstiltak høyere enn andelen brukt på å beholde legene. For 2002 kan tallene tyde på at de minste kommunene legger større vekt på tiltak for å beholde legene enn på rekrutteringstiltak.

Tabell 1-17 Øvrige utgifter til primærlegetjenesten etter type tiltak og kommunistørrelse. Prosentvis fordeling.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner		Rekrutterings-tiltak, andel	Stimulerings-tiltak, andel	Korttidsvikariater, andel
	2002	1999*	2002	1999			
Totalt	22	14	84	68	5 %	21 %	74 %
0-1 999	180	80	17	15	2 %	29 %	69 %
2 000-4 999	99	36	39	28	5 %	23 %	72 %
5 000-9 999	25	13	16	13	8 %	20 %	72 %
10 000-19 999	7	9	6	5	14 %	0 %	86 %
20 000-29 999	9	6	3	4	0 %	0 %	100 %
30 000-49 999	2	10	2	2	50 %	50 %	0 %
50 000 +	2	0	1	1	0 %	0 %	100 %

* Øvrige utgifter for 1999 inkluderte i tillegg til de ulike typene tiltak en post for 'Annet'. Denne er trukket fra i 1999-tallene som presenteres her for å gjøre dem sammenlignbare. For 2002 var det også en post for 'Annet', men det er knyttet stor usikkerhet til hva kommunene har svart her, og vi har derfor valgt å utelate denne.

* Kun kommuner som har oppgitt slike utgifter er med i tabellen.

** Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

8. Kommunenes inntekter fra primærlegetjenesten

Tabell 1-18 viser at kommunene i 2002 hadde gjennomsnittlig 126 kroner per innbygger i inntekter knyttet til primærlegetjenesten - dette er 16 prosent mer enn tilsvarende tall for 1999. Det er fortsatt slik at de minste kommunene har de største inntektene regnet per innbygger. Sammenlignet med veksten i brutto utgifter, som ble presentert i kapittel 6, har veksten i inntektene vært lavere enn utgiftsveksten i perioden 1999-2002.

Av de 116 kommunene som er grunnlaget for beregningen av totale utgifter og inntekter oppgir 8 kommuner at de ikke hadde noen inntekter i primærlegetjenesten. Det fremgår ikke av besvarelsene om dette skyldes at det er vanskelig å trekke ut de etterspurte opplysningene eller om de faktisk ikke har slike inntekter. En beregning for de 108 kommunene som har oppgitt inntekter gir en gjennomsnittlig inntekt på 134 kroner per innbygger.

I beregningene av tallene i tabellene 1-18 og 1-19 er det forutsatt at manglende rapportering tilsvarende null kroner i inntekt. Manglende rapportering var også et problem i den forrige undersøkelsen, hvor 14 av 145 kommuner ikke oppgav å ha inntekter for 1999.

Tabell 1-18 Kommunenes inntekter etter kommunestørrelse.

	Gjennomsnitt per innbygger, kroner		Antall kommuner	
	2002	1999	2002	1999
Totalt	126	109	116	145
0-1 999	660	567	15	25
2 000-4 999	324	243	39	50
5 000-9 999	163	123	32	36
10 000-19 999	100	46	13	17
20 000-29 999	76	43	9	9
30 000-49 999	54	34	3	4
50 000 +	57	80	5	4

** Totale inntekter per innbygger er et veid gjennomsnitt

Hovedtyngden av kommunenes inntekter kommer fra egenandeler fra pasientene, refusjon fra Folketrygden og husleieinntekter. Til sammen utgjorde dette nærmere 70 prosent av kommunenes inntekter. De minste kommunene (mindre enn 2 000 innbyggere) sine inntekter fra egenandeler og fra Folketrygden er vesentlig høyere per innbygger enn hva større kommuner oppgir. Videre har husleieinntektenes andel av de totale inntektene hatt en liten økning fra forrige undersøkelse. En mulig årsak til dette kan være at kommunene i større grad driver med utleie av lokaler til fastleger etter gjennomføringen av fastlegereformen.

For året 2002 var turnustilskuddet fastsatt til 100 000 kroner per turnuslege for et halvt års turnustjeneste. Kommunenes inntekter fra turnustilskuddet utgjorde i gjennomsnitt 10 prosent av kommunenes inntekter. Inntekter fra legevaktsamarbeid blir sett nærmere på i tabell 1-20. Tilskudd fra staten til fengselshelsetjenesten utgjorde en mindre andel av kommunenes inntekter.

**Tabell 1-19 Kommunenes inntekter etter type inntekter og kommunestørrelse.
Kroner per innbygger. 2002**

	<i>Egenandel fra pasienter</i>	<i>Refusjon fra Folketrygde n</i>	<i>Turnus- tilskudd fra staten</i>	<i>Husleie- inntekter</i>	<i>Fengsels- helsetjenest e</i>	<i>Legevakt- samarbeid</i>	<i>Annet</i>
Totalt	24	37	13	25	7	11	10
0-1 999	158	420	55	8	0	6	14
2 000-4 999	72	104	38	50	11	15	33
5 000-9 999	20	27	19	77	0	3	17
10 000-19 999	30	38	10	12	2	9	0
20 000-29 999	11	10	9	17	6	20	4
30 000-49 999	2	1	7	34	1	1	8
50 000 +	6	8	5	3	15	14	7

* Totale inntekter per innbygger er et veid gjennomsnitt

33 kommuner oppgir at de har inntekter som er samarbeidskommuners bidrag til legevaktsamarbeid. I 2002 fikk disse kommunene til sammen 29 millioner kroner i inntekter fra samarbeidende kommuner, noe som utgjorde 881 000 kroner i inntekt per kommune. Hvor store inntekter de har fra samarbeidende kommuner avhenger blant annet av hvor mange kommuner de samarbeider med og hvordan samarbeidet er organisert. Ulikheter i organiseringen av slikt samarbeid gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om tallene som er presentert for kommunegruppene i tabell 1-20.

Tabell 1-20 Kommunenes inntekter fra legevaktsamarbeid. 2002

	<i>Totale inntekter, 1 000 kroner</i>	<i>Gjennomsnitt per kommune, 1 000 kr</i>	<i>Antall kommuner</i>
Totalt	29 089	881	33
0-1 999	495	124	4
2 000-4 999	2 600	236	11
5 000-9 999	4 198	1 050	4
10 000-19 999	5 850	975	6
20 000-29 999	6 731	2 244	3
30 000-49 999	2 410	803	3
50 000 +	6 804	3 402	2

9. Offentlige utgifter til primærlegetjenesten

Tidligere i notatet har vi sett på kommunenes utgifter i detalj. Når de totale offentlige utgiftene til primærlegetjenesten skal beregnes må også statens og Folketrygdens utgifter medregnes. I denne undersøkelsen består statens utgifter av utbetaling av turnustilskudd til kommunene. I undersøkelsen fra 1999 besto statens utgifter av fastlønnstilskudd til kommuner som hadde fastlønnede leger. Fastlønnstilskuddet er nå fjernet og erstattet av trygderefusjoner, noe som er inkludert i folketrygdens utgifter i tabell 1-21..

I tillegg består Folketrygdens utgifter til primærlegetjenesten av refusjoner til:

- Allmennleger med driftstilskudd
- Allmennleger med fastlegeavtale
- Allmennlege uten driftstilskudd
- Allmennlege ved legevakt

Det fremgår av tabell 1-21 at Folketrygdens utbetalinger, som definert ovenfor, utgjorde 426 kroner per innbygger i 2002. Beregningen er basert på utvalgskommunene som deltok i undersøkelsen, og grunnlagstallene kommer fra Rikstrygdeverket. Som for andre utgifter, regnet per innbygger, er dette et veid gjennomsnitt, men stemmer bra overens med de gjennomsnittlige utbetalingene per innbygger for hele landet, som lå på 432 kroner.

Folketrygdens refusjoner, regnet per innbygger, varierer noe mellom de ulike kommunegruppene. Refusjonsutgiftene ble i 2002, ikke regnskapsført etter praksiskommune, men etter fylke. Rikstrygdeverket har foretatt en beregnet fordeling etter kommune som er basert på kobling med fastlegeregisteret, samt andre opplysninger om lege og pasient. I beregningsmetoden ligger imidlertid betydelig usikkerhet, noe som gjør det vanskelig å si om forskjellene mellom kommunene er reelle.

De totale offentlige utgiftene i 2002 består av Folketrygdens utbetalinger, statens turnustilskudd, som kommunene har oppgitt i undersøkelsen, samt kommunenes netto utgifter til primærlegetjenesten. Dette utgjør 1 050 kroner per innbygger for 2002, noe som er en økning på nærmere 30 prosent i forhold til tilsvarende tall for 1999. Målt i faste priser er de totale offentlige utgiftene for 2002 på 876 kroner per innbygger - en økning på 7 prosent fra 1999.

Både kommunenes utgifter og Folketrygdens utgifter har økt, mens statens utgifter er redusert siden fastlønnstilskuddet er fjernet. Staten står for kun en prosent av utgiftene, slik at grovt sett fordeler utgiftene seg 60-40 mellom henholdsvis kommunene og Folketrygden. Kommunene finansierer opp mot 60 prosent av utgiftene, mens Folketrygden finansierer det resterende.

Imidlertid er fordelingen av utgiftene mellom de ulike kommunegruppene mer ujevn i 2002 enn den var for utgiftene i 1999. Kommunenes andel av de totale utgiftene er betydelig større i små kommuner enn i store kommuner. Som nevnt ovenfor finansierer kommunene i gjennomsnitt nærmere 60 prosent av de totale utgiftene. I de aller minste kommunene blir over 80 prosent finansiert av kommunene, mens i store kommuner ligger andelen på rundt 50 prosent. Hovedårsaken til dette er at de små kommunene har hatt en høyere prosentvis utgiftsvekst enn større kommuner (unntaket er kommuner med over 50 000 innbyggere). Mens kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har hatt utgiftsvekst på mer enn 33 prosent, som er gjennomsnittet, har kommuner med mellom 5 000 og 50 000 innbyggere hatt en vekst i netto utgifter som ligger under gjennomsnittet. Dette er tidligere belyst i kapittel 6

Tabell 1-21 Totale offentlige utgifter til primærhelsetjenesten per innbygger. 2002

	<i>Kommune nes netto utgifter</i>	<i>Statens turnus- tilskudd</i>	<i>Folke- trygden**</i>	<i>Off. utgifter til primær- lege- tjenesten</i>	<i>Kommunen e, andel</i>	<i>Staten, andel</i>	<i>Folketrygden , andel</i>
Totalt*	610	14	426	1 050	58 %	1 %	41 %
0-1 999	1 677	59	295	2 031	83 %	3 %	14 %
2 000-4 999	1 099	40	382	1 521	72 %	3 %	25 %
5 000-9 999	704	19	434	1 157	61 %	2 %	37 %
10 000-19 999	538	10	421	969	56 %	1 %	43 %
20 000-29 999	455	9	420	884	51 %	1 %	48 %
30 000-49 999	424	6	405	835	51 %	1 %	48 %
50 000 +	473	5	458	936	50 %	1 %	49 %

* Totale utgifter per innbygger er et veid gjennomsnitt

** Folketrygdens utgifter inkluderer her ikke refusjoner av egenandeler pga. frikort. Årsaken er at den ikke er inkludert i tallene fra 1999.

Tabell 1-22 Totale offentlige utgifter til primærhelsetjenesten per innbygger. 1999

	<i>Kommune nes netto utgifter</i>	<i>Statens utgifter (fastlønns- tilskudd)</i>	<i>Folketrygden</i>	<i>Off. utgifter til primær- lege- tjenesten</i>	<i>Kommunen e, andel</i>	<i>Staten, andel</i>	<i>Folketrygden , andel</i>
Totalt	458	51	313	822	56 %	6 %	38 %
0-1 999	1 229	301	340	1 870	66 %	16 %	18 %
2 000-4 999	706	115	288	1 109	64 %	10 %	26 %
5 000-9 999	550	44	362	956	58 %	5 %	38 %
10 000-19 999	428	20	298	747	57 %	3 %	40 %
20 000-29 999	390	7	309	707	55 %	1 %	44 %
30 000-49 999	381	14	299	693	55 %	2 %	43 %
50 000 +	338	42	304	684	49 %	6 %	44 %

Del II: Organisering av legevakttjenesten

1. Innledning

Undersøkelsen om organisering av legevakttjenesten er en utvalgsundersøkelse på oppdrag av Helsedepartementet. Spørreskjemaet ble sendt per brev til 250 kommuner i 2003, og dette er de samme kommunene som fikk tilsendt undersøkelsen om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten som er presentert i del I i denne rapporten. 221 kommuner svarte på undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 88%. Datasamling ble foretatt av Seksjon for intervjuundersøkelser, mens produksjon av tabeller er gjort av Seksjon for helsestatistikk. Spørreskjemaet som kommunene fikk tilsendt er presentert i vedlegg 3.

Undersøkelsen fra år 2000 om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten inkluderte også noen spørsmål om legevakt. Ved oppfølgingsundersøkelsen i 2003 ønsket Helsedepartementet et større antall spørsmål, og disse ble sendt ut som et eget skjema. En viktig begrunnelse for dette var at svarpersonene i kommunene ikke ville være de samme på spørsmålene om organisering av legevakt som på spørsmålene om utgifter i primærlegetjenesten. Den samlede oppgavebyrden ville dermed bli mindre for kommunene.

I spørreskjemaet blir kommunene bedt om å svare på spørsmål rundt organisering av legevakttjenesten. Spørsmålene er i hovedsak knyttet til hvorvidt kommunene har samarbeid med andre kommuner om legevakten, og hvilke utfordringer de opplever i samarbeidet og om de har planer om endringer i organiseringen. De kommunene som opplyser om at de ikke har et slikt samarbeid blir spurt om årsakene til dette, og hvilke kommuner de kunne samarbeidet med dersom det skulle etableres et samarbeid om legevakten.

2. Kommuner med samarbeid om legevakten

151 kommuner av de 221 som svarte på undersøkelsen oppgir at de har et samarbeid med andre kommuner om legevakten. Dette utgjør 68 prosent av alle kommunene som svarte på undersøkelsen.

Tabell 2-1: Samarbeider kommunen med andre kommuner om legevakten?

	<i>Antall kommuner</i>	<i>Prosent</i>
Totalt	221	100
Ja	151	68
Nei	69	31
Vet ikke/ikke relevant	1	1

I tabell 2-2 er resultatene sammenstilt med kommunenes sentralitet, og med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet i forhold til et senter hvor det finnes funksjoner av høy orden¹. Resultatene viser at både sentrale og mindre sentrale kommuner inngår samarbeid om legevakt. Andelen kommuner som oppgir at de har legevaktsamarbeid ligger på rundt 70 prosent for alle kommunegrupper, uavhengig av sentralitet.

Tabell 2-2: Samarbeidende kommuner og sentralitet

	<i>Antall kommuner i utvalget</i>	<i>Antall kommuner med samarbeid</i>	<i>Andel kommuner med samarbeid, prosent</i>
Totalt	221	151	68
Minst sentrale kommuner	102	67	66
Mindre sentrale kommuner	21	14	67
Noe sentrale kommuner	47	35	74
Sentrale kommuner	51	35	67

Tabell 2-3 viser hvordan kommunene med legevaktsamarbeid fordeler seg avhengig av hvor stort folketallet er i kommunen. 45 kommuner med folketall under 2 000 innbyggere har svart på undersøkelsen, og 80 prosent av disse opplyser at de har samarbeid om legevakten. Dette er høyere enn gjennomsnittet totalt, og har trolig sammenheng med at folketallet alene tilsier at kommunen har behov for et lite antall leger. Samarbeid med andre kommuner gjør dermed kommunen i stand til å dekke inn disse lovpålagte tjenestene selv med et lite antall leger. Men også i store kommuner svarer en relativt stor andel at de samarbeider med andre om legevaktstjenesten. Unntaket er kommuner med mer enn 50 000 innbyggere hvor bare 4 av 9 kommuner svarer at de har samarbeid med andre om legevakten. Konklusjonen blir at både store og små kommuner inngår samarbeid med andre kommuner om legevakten, og at folketallet ikke ser ut til å være utslagsgivende for om kommunen velger å ha samarbeid om disse tjenestene.

Tabell 2-3: Samarbeidende kommuner etter kommunestørrelse

	<i>Antall kommuner i utvalget</i>	<i>Antall kommuner med samarbeid</i>	<i>Andel kommuner med samarbeid, prosent</i>
Totalt	221	151	68
0-1 999	45	36	80
2 000-4 999	79	50	63
5 000-9 999	42	27	64
10 000-19 999	26	18	69
20 000-29 999	11	8	73
30 000-49 999	9	8	89
50 000 + **	9	4	44

¹ Standard for regionale inndelinger, Norges offisielle statistikk, SSB

Det er stor variasjon i hvor mange samarbeidspartnere de ulike kommunene har. Noen kommuner oppgir at de samarbeider kun med én kommune, mens Namdalssamarbeidet involverer til sammen elleve kommuner. Kommunenes svar på spørsmålet om hvilke kommuner de samarbeider med er presentert i vedlegg 4.

Det har vært vanskelig å sette opplysningene som kommunene har gitt om samarbeidspartnere i system. Årsaken er blant annet at det ikke er klart definerte grupper ut ifra de opplysningene som er hentet inn i dette skjemaet. For eksempel oppgir Lillehammer at de samarbeider med fem andre kommuner; Gausdal, Øyer, Ringeby, Nordre Land og Ringsaker. Ringsaker opplyser imidlertid om at de har samarbeid med Hamar, Stange, Løten og Lillehammer, men ikke med noen av de andre kommunene som samarbeider med Lillehammer.

Av de kommunene som har et samarbeid med andre kommuner om legevakten oppgir 115 kommuner at samarbeidet er knyttet til en fast legevaktsentral. Dette utgjør 76 prosent av kommunene med samarbeid. For 33 kommuner er samarbeidet ikke knyttet til en fast legevaktsentral. 2 prosent av kommunene svarer 'Vet ikke/Ikke relevant'.

Tabell 2-4: Er samarbeidet knyttet til en fast legevaktsentral?

	<i>Antall kommuner</i>	<i>Prosent</i>
Totalt	151	100
Ja	115	76
Nei	33	22
Vet ikke/Ikke relevant	3	2

Kommunene er også spurt om på hvilket tidsrom på døgnet som dekkes av legevaktsamarbeidet. Majoriteten av de 151 kommunene som oppgir de har samarbeid svarer at de har legevaktsamarbeid som dekker ettermiddag, kveld og natt både på hverdager og helgedager. Fåtallet av kommunene svarer at samarbeidet dekkes på dagtid (08.00-16.00). Noen kommuner svarer 'Vet ikke/ikke relevant' på spørsmålet, men det kan ikke leses klart av besvarelsene hva årsakene til dette er. En kommune oppgir at samarbeidet går ut på at når legen har kortere fravær overtar nabokommunen ansvaret for legevakten, og at dette dermed ikke utgjør noen faste tidsrom på døgnet.

Tabell 2-5: Hvilke tidsrom på døgnet dekkes av legevaktsamarbeidet?

	<i>Hverdager</i>		<i>Helgedager</i>	
	<i>Antall kommuner</i>	<i>Prosent</i>	<i>Antall kommuner</i>	<i>Prosent</i>
08.00-16.00	6	4	32	21
16.00-20.00	126	83	133	88
20.00-23.00	127	84	134	89
23.00-08.00	134	89	141	93
Vet ikke/Ikke relevant	13	9	6	4

Kommunene opplever ulike utfordringer i samarbeidet om legevakten. Av de 151 kommunene som har samarbeid om legevakt oppgir 57 kommuner at det er en utfordring at pasientene har lang reiseavstand. 48 kommuner mener at økonomiske begrensninger i egen kommune og samarbeidskommune gjør samarbeidet om legevakten vanskeligere. Enkelte kommuner har også problemer med rekruttering av leger - 41 kommuner opplyser at de har problemer med å dekke vaktene av den grunn. Kommunene har her hatt mulighet til å oppgi flere svar.

Noen kommuner opplever andre utfordringer. Flere kommuner oppgir for eksempel lang reiseavstand for vakthavende lege som en utfordring. Andre eksempler er:

- sykepleiemangel
- det er forholdsvis mange eldre leger
- ikke tilgang på journal i samarbeidskommune
- uavklarte forhold mellom 1. og 2.linjetjenesten
- ordningen er blitt dyrere for kommunen enn forutsatt

Imidlertid er det også flere kommuner som under dette punktet gir uttrykk for at de har ingen utfordringer og at ordningen fungerer fint.

Tabell 2-6: Hva er de største utfordringene knyttet til samarbeidet om legevakten?

<i>n=151</i>	<i>Antall kommuner</i>
Lang reiseavstand for pasientene	57
Samarbeid mellom kommunene	13
Rekruttering av legene for å dekke vaktene	41
Økonomiske begrensninger i egen kommune og i samarbeidskommunene	48
Annet	31
Vet ikke/Ikke relevant	25

En tredjedel av kommunene som oppgir at de har et samarbeid har planer om å utvide legevaktsamarbeidet, mens over halvparten sier det ikke eksisterer slike planer. Bare én kommune oppgir at det foreligger planer om å avslutte samarbeidet. 90 kommuner sier at de ikke har planer om å avslutte samarbeidet. Samtidig er det 60 kommuner som oppgir 'Vet ikke' på dette spørsmålet. Når det gjelder planer for opprettelse av ny legevaktsentral sier 15 prosent av kommunene at de har slike planer, mens halvparten har ikke slike planer. Kun seks prosent av kommunene har planer om å bytte samarbeidspartnere, men en del er usikre og oppgir 'Vet ikke' på spørsmålet. Nesten halvparten av kommunen har ikke planer om å utvide antall samarbeidspartnere.

Det er verdt å legge merke til relativt høye andeler som svarer 'Vet ikke' på spørsmålene om det foreligger planer om endringer i samarbeidet.

Tabell 2-7: Foreligger det planer om å....

<i>n=151</i>	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Vet ikke</i>	<i>Ikke relevant</i>
Utvide legevaktsamarbeidet	47 (31%)	82 (54%)	21 (14%)	1 (1%)
Avslutte legevaktsamarbeidet	1 (1%)	90 (60%)	60 (40%)	0 (0%)
Opprette (ny) legevaktsentral	23 (15%)	76 (50%)	50 (33%)	2 (1%)
Bytte samarbeidspartnere	9 (6%)	81 (54%)	58 (38%)	3 (2%)
Utvide antall samarbeidspartnere	31 (21%)	73 (48%)	43 (28%)	4 (3%)

* Tallene viser antall kommuner, med andel av de som har samarbeid i parentes

3. Kommuner uten samarbeid om legevakt

I undersøkelsen oppgir 69 kommuner at de ikke har samarbeid med andre kommuner om legevakten, og én kommune har svart 'Vet ikke/Ikke relevant'. Dette utgjør 31 prosent av kommunene i utvalget. Kommunene ble i undersøkelsen spurt om det foreligger planer om samarbeid, hvilke kommuner det kunne vært aktuelt å samarbeide med, samt utdype årsaker til at de ikke samarbeider med andre kommuner om legevakt.

Kommunene som ikke har samarbeid om legevakt har blitt bedt om å angi de viktigste årsakene til at kommunen ikke deltar i legevaktsamarbeid (tabell 2-8). Her har kommunen mulighet til å angi flere årsaker. Nær halvparten av de 70 kommunene mener at samarbeid med andre kommuner vil innebære for lang reiseavstand for pasientene. Hver tredje kommune mener at et samarbeid vil medføre økte kostnader for kommunen, mens 21 kommuner mangler interesse fra aktuelle samarbeidskommuner.

Under alternativet 'Annet' har kommunene mulighet til å spesifisere andre årsaker. Eksempler på slike er:

- Manglende politiske vedtak
- Geografiske forhold gjør det helt umulig
- Konflikt om ambulanse
- Grunnlaget for turnuslege faller bort

Tabell 2-8: Hva er de viktigste årsakene til at kommunen ikke deltar i legevaktsamarbeid med andre kommuner?

<i>n=70</i>	<i>Antall kommuner</i>
Mangel på interesse i aktuelle samarbeidskommuner	21
Reiseavstand for pasientene	32
Legene i kommunen ønsker ikke interkommunalt samarbeid	16
Økte kostnader for kommunen	23
Annet	18
Vet ikke/Ikke relevant	7

Av kommunene som ikke har legevaktsamarbeid sier 54 kommuner at det ikke foreligger konkrete planer om legevaktsamarbeid, mens 16 kommuner har konkrete planer om samarbeid med andre kommuner. Disse kommunene har også svart på hvilke kommuner det kunne være aktuelt å samarbeide med, noe som er presentert i vedlegg 5.

4. Andre spørsmål

I tillegg til de ovenstående spørsmålene har alle kommunene som deltok i undersøkelsen fått spørsmål om kommunen har et fast legevaktskontor, hvor mange leger i kommunen deltar fast i legevakt, og har kommunen benyttet seg av vikarer eller innleide leger for å dekke legevakten.

Over halvparten av kommunene som har deltatt i undersøkelsen har fast legevaktskontor i kommunalt eide eller leide kontorer; 30 prosent oppgir at de har et fast legekantor i kommunalt eide kontorer, mens 24 prosent leier lokaler til legevaktskontor. 31 kommuner svarer at kommunen benytter kontoret til vakthavende lege. Om lag hver femte kommune oppgir at de ikke har et fast legevaktskontor, men at legen har hjemmevakt og at dette er den eneste ordningen. Regner vi med de som har denne i kombinasjon med andre ordninger vil det være hver fjerde kommune som oppgir at legen har hjemmevakt.

Noen kommuner vil ha flere ordninger for legevaktskontorene, og kommunene hadde derfor flere avkryssingsmuligheter på dette spørsmålet. Tabellen nedenfor håndterer de som har satt ett eller to kryss. Antallet kommuner som svarte 'Vet ikke' eller 'Ikke relevant' er 16.

Tabell 2-9: Har kommunen et fast legevaktskontor?

<i>n=221</i>	<i>Kommuner med ett svar</i>	<i>Kommuner med to svar</i>			
		<i>'Ja, i kommunalt eide kontorer'</i>	<i>'Ja, i kommunalt leide kontorer'</i>	<i>'Nei, kommunen benytter kontoret til vakthavende lege'</i>	<i>'Nei, legen har hjemmevakt'</i>
'Ja, i kommunalt eide kontorer'	67 (30%)	----	0	1 (0%)	7 (3%)
'Ja, i kommunalt leide kontorer'	52 (24%)	----	----	3 (1%)	0
'Nei, kommunen benytter kontoret til vakthavende lege'	28 (13%)	----	----	----	4 (2%)
'Nei, legen har hjemmevakt'	42 (19%)	----	----	----	----

Av 221 kommuner som svarte på undersøkelsen har 216 kommuner oppgitt ett anslag på hvor mange leger i kommunen som deltar fast i legevakt. 5 kommuner svarte 'Vet ikke/ikke relevant'. Tabell 2-10 viser at antallet leger som deltar i legevakten naturlig nok øker med kommunestørrelsen. De minste kommunene hadde i gjennomsnitt 2,2 leger i kommunen som deltok i legevakt, mens i de største hadde gjennomsnittlig 94 leger arbeid med legevakt. Regnet per innbygger har de største kommunene færre legevaktsleger per innbygger enn de minste kommunene. I kommuner med under 2 000 innbyggere hadde gjennomsnittlig to leger per 1 000 innbyggere oppgaver tilknyttet legevakt. Det tilsvarende tallet for de største kommunene var på 0,7 leger per 1 000 innbyggere.

Det er viktig å være oppmerksom på at kommunene her er spurt om å opplyse om antallet leger som deltar i legevakt, og tallene sier derfor ingenting om hvor mange årsverk som brukes på legevakt. Noen leger kan jobbe fulltid på legevakten, mens andre jobber deltid. I små kommuner med få leger vil alle legene nødvendigvis måtte ta legevakter for å kunne dekke turnusen, og dette vil også være et forhold som bidrar til at små kommuner vil få et høyere gjennomsnitt.

Tabell 2-10: Hvor mange leger i kommunen deltar fast i legevakt?

	<i>Antall kommuner i utvalget</i>	<i>Gjennomsnittlig antall leger</i>	<i>Gjennomsnittlig antall leger per 1 000 innbyggere</i>
Totalt	216	10,5	1,2
0-1 999	44	2,2	2,0
2 000-4 999	79	3,8	1,2
5 000-9 999	41	5,5	0,8
10 000-19 999	24	13,0	0,9
20 000-29 999	10	24,0	1,0
30 000-49 999	9	28,3	0,7
50 000 + **	9	93,7	0,7

Av de 221 kommunene som har svart oppgir 147 kommuner at de har benyttet seg av vikarer for å dekke legevakten. Dette er 67 prosent av de kommunene som svarte. 101 kommuner oppgir at bruken av vikarer har skjedd i forbindelse med ferieavvikling og sykefravær, mens 46 kommuner sier at vikarer inngår i fast turnus. Hver fjerde kommune sier at de ikke har benyttet seg av vikarer og at legevakttjenesten dekkes av kommunens egne leger.

Tabell 2-11: Har kommunen i løpet av 2002 benyttet seg av egne vikarer eller innleide vikarer for å dekke legevakten?

	<i>Ant kommuner</i>	<i>Prosent</i>
Totalt	221	100
Ja, inngår i fast turnus	46	21
Ja, ved ferieavvikling og sykefravær	101	45
Nei, dekkes av kommunens egne leger	55	25
Vet ikke/ Ikke relevant	19	9

Dokumentasjon av undersøkelsene

Therese Gulbrandsen, Seksjon for intervjuundersøkelser

1 Bakgrunn og formål

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomført i 2003 en spørreskjemaundersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten på oppdrag fra Helsedepartementet. En lignende undersøkelse ble gjennomført i 2000, og de to spørreskjemaundersøkelsene har til formål å gi et bilde av kommunenes utgifter til primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegereformen.

Tabell 1: Nøkkeltall for undersøkelsen²

Nøkkeltall	Kommuneskjema		Reintervju 1 og 2		Legevaktskjema	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Bruttoutvalg	250	100	190	100	250	100
Frafall	60	24	56	34,2	29	11,6
Nettutvalg	190	76	125	65,8	221	88,4
Skjemalengde	3 sider		1 side: 4 og 2 spørsmål		3 sider	
Innsamlingsmetode	Postenquête Faks E-post		E-post Telefon		Postenquête Faks E-post	
Feltperiode	30.05 - 12.09		22.09 - 15.12		30.05 - 02.10	

2 Utvalg og delutvalg

Kommuner er enheten i undersøkelsen, og skal omfatte et representativt utvalg av landets kommuner. For å kunne sammenligne kommunenes utgifter til primærlegetjenesten før og etter innføringen av fastlegereformen, ble det utvalgt som ble trukket til undersøkelsen i 2000 lagt til grunn.

I 2000 ble det trukket et bruttutvalg³ på 250 kommuner. I Oslo-regionen ble følgende kommuner lagt til utvalget: Nesodden, Nittedal, Rælingen, Oppegård, Lørenskog, Skedsmo, Asker, Bærum og Oslo. Videre ble utvalget trukket slik at vi fikk med de største byene, samt et tilstrekkelig antall kommuner med over 5000 innbyggere. Utvalget ble videre trukket slik at vi fikk med et tilstrekkelig antall kommuner med færre enn 5000 innbyggere. Dette fordi det legges opp til at utgiftene ved innføring av fastlegeordningen blir høyere i små kommuner enn i store. Utvalget ble også trukket slik at kommunene skal kunne grupperes etter folketall og kommuneklasse. Statistisk sentralbyrås standard

² Med kommuneskjema menes spørsmål om kommunale utgifter og inntekter til primærlegeordningen som ble rettet til regnskapspersonale i kommunene. Med reintervju 1 og 2 menes innhenting av to spørsmål fra kommuneskjemaet for kvalitetssikring, samt to nye inntektsspørsmål. I fase 2 ble kun inntektsopplysningene samlet inn. Resultatene for disse to fasene av reintervjuingen er slått sammen her, noe som betyr partielt frafall for de to spørsmålene fra kommuneskjemaet på 67,9%. Med legevaktskjema menes spørsmål om organisering av legevaktjenesten som i hovedsak ble rettet til leder for legevakt.

³ Avgang er ikke aktuelt i denne undersøkelsen

for kommuneklassifisering ble her lagt til grunn. Det har vært mindre endringer i kommunestrukturen siden 2000. Ølen kommune har skiftet fylkestilhørighet fra Rogaland til Hordaland, Horten kommune heter nå Borre og Ramnes inngår nå i storkommunen Re sammen med tidligere Våle kommune. I 2000 var kun Ramnes trukket ut til å delta, mens man nå har tall for den nye storkommunen. Dette vil allikevel være for marginale endringer å regne, slik at sammenligningsgrunnlaget med undersøkelsen fra 2000 er ivaretatt.

3 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk primært ved hjelp av to ulike postale spørreskjema. Hovedårsaken til å utvikle flere skjema var å redusere svarbyrden da det var svært mange og forskjelligartede spørsmål man ville ha svar på i denne undersøkelsen. En dybdesamtale ble gjennomført med en representant for en av svarkommunene for å finne ut hvem i kommunen som hadde kompetanse til å svare på de forskjellige spørsmålene. Informasjonen som ble gitt, tydet på at flere forskjellige personer lokalisert på ulike steder i kommunen måtte kontaktes for at alle spørsmålene skulle bli besvart. For å lette denne svarbyrden ble det følgelig utviklet to forskjellige spørreskjema. Det ene spørreskjemaet omhandlet i stor grad utgifter og inntekter kommunene hadde hatt til primærlegetjenesten i 2002. Dette spørreskjemaet omtales i det følgende som kommuneskjemaet. Det andre spørreskjemaet handlet om kommunenes organisering av legevaktstjenesten og omtales i det følgende som legevaktskjemaet.

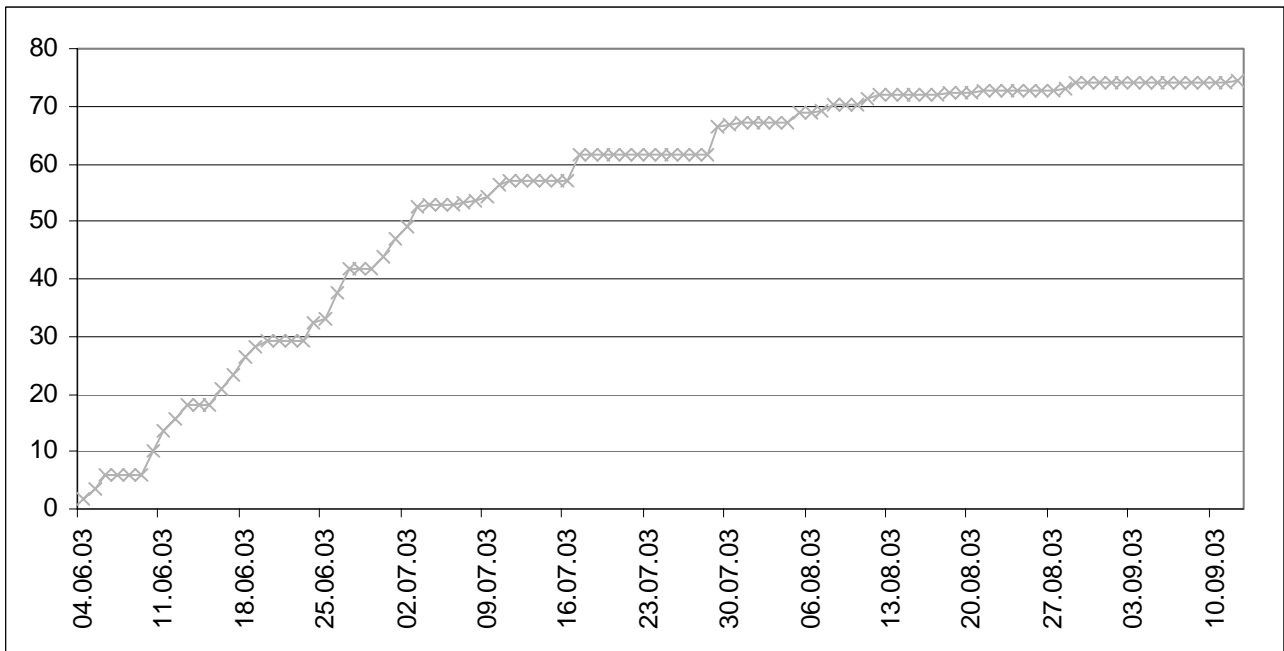
For å sikre at skjemaene ble besvart og returnert, og ikke minst at de gitte opplysninger var pålitelige, ble det gjennomført et sporingsarbeid i forkant av utsending av skjemaene. Dette sporingsarbeidet ble utført av telefonintervjuere som tok kontakt med hver enkelt kommune i utvalget for å finne frem til en egnet respondent for hvert av spørreskjemaene. Dette personlige forvarselet kan også antas å ha en gunstig effekt på datainnsamlingen da det kan ha skapt en motivasjon for å returnere utfylt skjema gjennom den forpliktelse respondenten har gitt intervjueren gjennom å samtykke til nettopp å være respondent. Kommuneskjemaet ble sendt til personer med litt ulike stillinger, men gjengs er at mange jobbet med kommuneregnskap. Likeledes ble legevaktskjemaet i mange tilfeller sendt til leder for legevakt.

Spørreskjemaene ble sendt ut 30. mai 2003. 23. juni ble det gjennomført en påminning via e-post til de kommunene som ikke hadde svart. Her var spørreskjemaene vedlagt i pdf-format, slik at respondenten kunne trykke ut skjemaet og returnere det til Statistisk sentralbyrå via faks eller post. Et fåtall av kommunene hadde ikke e-post, og disse mottok en påminning per post, men var også velkomne til å svare på faks.

Det ble også gjennomført en reintervjuing fra kommuneskjemaet blant svarkommunene. Her ble det i første omgang sendt ut 4 spørsmål fra kommuneskjemaet det var ønskelig med nye svar på. Deretter ble det sendt ut kun 2 spørsmål til de kommunene som ikke responderte på den første henvendelsen om reintervjuing. Bakgrunnen for denne reintervjuingen var ønsket om å innhente inntektsdata som ikke var inkludert i det opprinnelige spørreskjemaet, samt undersøke validiteten til opplysningene gitt i forbindelse med to andre spørsmål i spørreskjemaet. Resultater fra reintervjuingen presenteres i et senere notat. Disse opplysningene ble i overveiende grad innhentet ved hjelp av e-post. I den første e-posten var spørsmålene vedlagt i Word-format, slik at respondentene kunne fylle ut skjemaet og returnere det på e-post. I den siste e-posten stod spørsmålene direkte i e-posten, slik at barrieren for å returnere et svar var enda lavere enn tidligere.

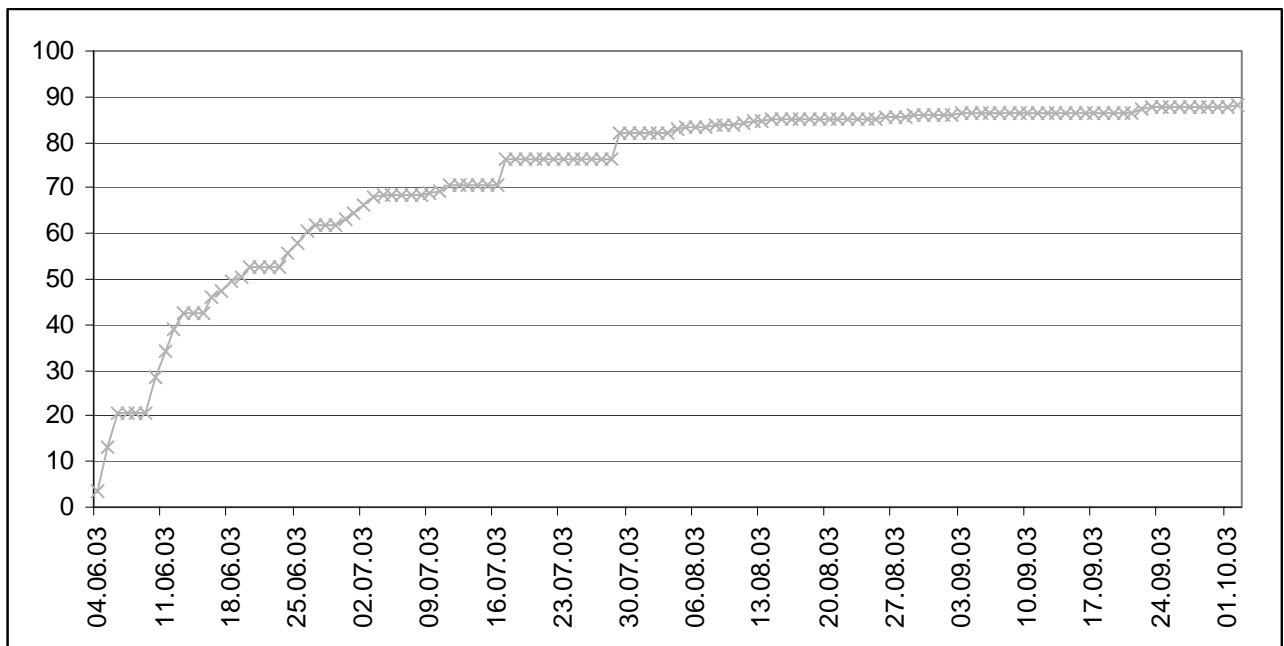
Ut fra figur 1 kan vi se hvordan svarprosenten utviklet seg i løpet av feltperioden for datainnsamlingen av kommuneskjemaet. En høy svarinngang med god effekt av påminning sørget for at målet på 60 % svar ble etter bare halvannen måned i felt. Sammenlignet med tilsvarende undersøkelse som gikk på samme tidspunkt i 2000, er dette 14,5 prosentpoeng høyere. Etter ytterligere to uker i felt, er svarprosenten oppe i 70, og her avtar svarinngangen. Fire uker til i felt hever svarprosenten kun med 4,4 prosentpoeng.

Figur 1: Oversikt over svarinngangen for kommuneskjemaet



Figur 2 viser svarinngangen til legevaktsskjemaet. Spørsmålene i dette skjemaet var vesentlig enklere å besvare for respondentene, og dette gjenspeiler seg i svarinngangen. Allerede etter to uker i felt var svarprosenten over 50. Etter 8 uker i felt og en svarprosent på over 80, avtar svarinngangen. Ytterligere halvannen måned i felt hever svarprosenten marginalt i forhold til tiden som brukes, og til slutt ender man med en 88 % svar på legevaktsskjemaet.

Figur 2: Oversikt over svarinngangen for legevaktsskjemaet



4 Frafall

En vil aldri kunne få svar fra alle som er trukket ut til å delta i undersøkelsen. Særlig i postale undersøkelser er dette vanskelig da man ikke har noen direkte kontakt med respondentene. Bruk av e-post gjorde allikevel at vi fikk noen umiddelbare tilbakemeldinger fra kommunene om årsaker til frafall, og disse dreide seg i hovedsak om feireavvikling og sykefravær. For kommuneskjemaet ble det også mottatt noen få meldinger om at tall vi ba om var så vanskelig tilgjengelige at det ikke lot seg gjøre å avse ressurser til utfylling av spørreskjemaet.

5 Utvalgsskjevhet

Frafall kan føre til utvalgsskjevhet dersom fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes blant dem som svarte (nettutvalget) enn blant alle dem som er trukket ut til undersøkelsen (bruttoutvalget). Utvalgsskjevhet i forhold til ett kjennemerke medfører ikke nødvendigvis at nettoutvalget er skjevt i forhold til andre kjennemerker. På den annen side gir godt samsvar mellom fordelingene i netto- og bruttoutvalget for ett eller flere kjennemerker ingen garanti for at utvalget ikke er skjevt på andre kjennemerker. Det er spesielt vanskelig å oppdage dette dersom vi ikke kjenner den faktiske fordelingen av kjennemerket i bruttoutvalget.

Vi kan også snakke om utvalgsskjevhet når fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes i bruttoutvalget enn i populasjonen som undersøkelsen skal si noe om. Slik utvalgsskjevhet kan oppstå i utvalgstrekkningen, hvor tilfeldigheter kan føre til at fordelingen av enkelte kjennemerker i utvalget ikke er helt lik fordelingen i populasjonen (utvalgsvarians).

Dersom en ønsker å presentere data for et tverrsnitt av norske kommuner, vil grupper som er underrepresentert i bruttoutvalget veie for lite i de samlede resultatene. Innenfor hver gruppe vil kommunene som er trukket ut være representative for sin gruppe. Slike skjevheter er erfaringsmessig små, og vi vil derfor ikke gå nærmere inn på dette.

Når det gjelder sammenlikninger mellom nettoutvalget og bruttoutvalget har man alltid en risiko for at de kommuner i en gruppe som faktisk har deltatt (nettoutvalget), skiller seg systematisk fra de kommuner som ikke har deltatt (frafallet). Hvis temaet en studerer (den avhengige variabelen) har en særlig sterk sammenheng med kjennetegnet som er skjevt fordelt i utvalget, kan en vurdere å vekte datamaterialet for å minske effekten av skjevhetene.

Vurderingen av skjevheter i undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten tar utgangspunkt i tabell 2. Den tar for seg kjennemerket folketall, og ser på fordelingen i bruttoutvalget, nettoutvalget og blant frafallet.

Tabell 2: Bruttoutvalg, nettoutvalg, frafall og differanse mellom netto- og bruttoutvalg fordelt på folketall. Prosent.

Innbyggertall	Kommuneskjema				Reintervju				Legevakt skjema			
	Brutto	Netto	Frafall	Netto-brutto	Brutto	Netto	Frafall	Netto-brutto	Brutto	Netto	Frafall	Netto-brutto
0 - 1 999	20,8	18,4	28,3	-2,4	18,4	14,4	26,2	-4,0	20,8	20,4	24,1	-0,4
2 000 - 4 999	34,4	35,3	31,7	0,9	35,3	33,6	38,5	-1,7	34,4	35,8	24,1	1,4
5 000 - 9 999	20,8	21,6	18,3	0,8	21,6	27,2	10,8	5,6	20,8	19,0	34,5	-1,8
10 000 - 19 999	12,0	11,6	13,3	-0,4	11,6	10,4	13,8	-1,2	12,0	11,8	13,8	-0,2
20 000 - 29 999	4,8	5,3	3,3	0,5	5,3	7,2	1,5	1,9	4,8	5,0	3,5	0,2
30 000 - 49 999	3,6	3,7	3,3	0,1	3,7	2,4	6,2	-1,3	3,6	4,1	0,0	0,5
50 000 +	3,6	4,2	1,7	0,6	4,2	4,8	3,1	0,6	3,6	4,1	0,0	0,5
Totalt	100,0	100,0	100,0		100,0	100	100,0		100,0	100,0	100,0	
Antall	250	190	60		190	125	65		250	221	29	

I tabell 2 ser vi at det er de minste kommunene noe underrepresentert i nettoutvalget for kommuneskjemaet. For reintervjuingen det klart større avvik mellom bruttoutvalget og nettoutvalget enn i den ordinære datainnsamlingen. Med tanke på at reintervjuingen dreide seg om en kvalitetskontroll av tidligere innsamlede data, i tillegg til inntektsopplysningene, var det viktigste her å unngå store underrepresentasjoner. Det er således igjen de minste kommunene som skiller seg ut med en underrepresentasjon på 4 prosentpoeng. For legevakt skjemaet ser vi at kommuner med mellom 2 000 og 4 999 innbyggere er noe overrepresentert i nettoutvalget, mens kommuner med mellom 5 000 og 9 999 innbyggere er noe underrepresentert med 1,8 prosentpoeng i forhold til bruttoutvalget. Totalt sett må vi imidlertid kunne si at det er små avvik mellom brutto- og nettoutvalg for kommune- og legevakt skjemaene.

6 Utvalgsvarians

Resultater som bygger på opplysninger om et utvalg av den befolkningen som den enkelte undersøkelse dekker, vil alltid ha en viss usikkerhet knyttet til seg. Denne usikkerheten kalles utvalgsvarians. Når utvalget blir trukket etter reglene for tilfeldig utvalg, er det mulig å beregne hvor stor utvalgsvariansen kan ventes å bli.

Et hyppig brukt mål på usikkerheten i resultatet for et kjennemerke, er standardavviket til den observerte verdien av dette kjennemerket. Størrelsen på dette standardavviket avhenger av tallet på observasjoner i utvalget, måten utvalget er trukket på og av fordelingen til det aktuelle kjennemerket i befolkningen. Fordelingen i befolkningen kjenner vi ikke, men det er mulig å anslå standardavviket i utvalgsfordelingen ved hjelp av observasjonene i utvalget. Det er ikke foretatt egne beregninger av slike anslag for denne undersøkelsen.

Tabell 3 viser likevel størrelsen på standardavviket for observerte prosentandeler ved ulike utvalgstørrelser. Av tabellen går det fram at usikkerheten øker når antall observasjoner minker og når prosenttallet nærmer seg 50.

Tabell 3: Forventet standardavvik for observerte prosentandeler ved ulike utvalgsstørrelser.

Antall observasjoner	5/95	10/90	15/85	20/80	25/75	30/70	35/65	40/60	50/50
25	5,3	7,3	8,7	9,7	10,5	11,1	11,6	11,9	12,1
50	3,6	4,9	5,9	6,6	7,1	7,5	7,8	8,1	8,2
100	2,4	3,2	3,9	4,3	4,7	4,9	5,2	5,3	5,4
150	1,8	2,4	2,9	3,2	3,5	3,7	3,9	4	4,1
200	1,4	1,9	2,3	2,6	2,8	2,9	3	3,1	3,2
250	1,1	1,5	1,8	2	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5
434	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ved hjelp av standardavviket er det mulig å beregne et intervall som med en bestemt sannsynlighet inneholder den sanne verdi av en beregnet størrelse (den verdien vi ville ha fått dersom vi hadde foretatt en totaltelling i stedet for en utvalgsundersøkelse). Slike intervaller kalles konfidensintervaller hvis de er konstruert på en bestemt måte: La M være den beregnede størrelsen og S være et anslag for standardavviket til M . Konfidensintervallet med grensene $(M-2S)$ og $(M+2S)$, vil med omtrent 95 prosent sannsynlighet inneholde den sanne verdien. Følgende eksempel illustrerer hvordan en kan bruke tabell 3 for å finne konfidensintervaller: Anslaget på standardavviket til et observert prosenttall på 70 er 2,3 når antall observasjoner er 200. Konfidensintervallet for den sanne verdi får grensene $50 \pm 2 \times 3,2$. Det vil si at intervallet som strekker seg fra 53,6 til 56,4 prosent med 95 prosent sannsynlighet inneholder den tallstørrelsen en ville fått om hele befolkningen hadde vært med i undersøkelsen. Konfidensintervall kan konstrueres for ulike sikkerhetsnivå. Et konfidensintervall med grensene $(M+S)$ og $(M-S)$ vil med 68 prosent sannsynlighet inneholde populasjonens sanne verdi. Et konfidensintervall med grensene $(M+2,6S)$ og $(M-2,6S)$ vil med 99 prosent sannsynlighet inneholde populasjonens sanne verdi.

Ofte er det ønskelig å sammenlikne prosenttall for flere grupper. Når to usikre tall sammenliknes, vil usikkerheten på forskjellen mellom dem vanligvis bli større enn usikkerheten knyttet til hvert enkelt tall. Standardavviket til forskjeller mellom to prosenttall er lik kvadratrotten av summen av kvadratene av standardavvikene til enkelttallene. Når en har anslag for standardavviket til slike forskjeller, kan en konstruere konfidensintervall for den sanne verdi på samme måte som beskrevet ovenfor.

7 Datakvalitet i postale undersøkelser - innsamlings og bearbeidingsfeil

I enhver undersøkelse, både i totaltellinger og utvalgsundersøkelser, vil det forekomme svar som er feil. Feilene kan oppstå både i forbindelse med innsamlingen og under bearbeidingen.

Feil svar kan ha blitt avgitt fordi respondenten enten har mistolket noen spørsmål eller noen av de oppsatte svaralternativer. Videre kan feil også ha blitt avgitt fordi respondenten kan ha hatt dårlig tid ved utfylling av skjema, og derfor kan ha krysset av i feil svarrubrikk.

I skjema oppgis flere av svarene som summer med opptil åtte siffer. Om respondenten har dårlig tid er det lett å glemme et siffer i summen, noe som kan gi et betydning utslag i datamaterialet. I flere av spørsmålene i skjema skal svaret oppgis som en sum i antall kroner. Her er det mulighet for at enkelte respondenter har oppgitt sum i hele tusen kroner eller i kroner og øre, noe som er en vanlige måter å framstille denne type tallmateriale på. Denne type feil forsøkte vi imidlertid å begrense ved å bruke tallbokser med tusen-merke i spørreskjemaene.

Dataene fra spørreskjemaet ble registrert manuelt på Statistisk sentralbyrå. Det kan ikke utelukkes at det kan ha oppstått feil ved registreringen av skjemaene. Det er imidlertid ikke oppdaget slike feil.

Bearbeidingsfeil er avvik mellom den verdien som registreres inn og den verdien som til slutt rapporteres ut. Slike feil kan oppstå f.eks. under avledninger. Gjennom ulike kontroller har man søkt å finne feil og rette opp disse.

Når en har rettet opp feil så langt det er mulig, er erfaringen at de statistiske resultatene i de fleste tilfeller påvirkes forholdsvis lite av både innsamlingsfeil og bearbeidingsfeil. Virkningen av feil kan likevel være av betydning i noen tilfeller og det er klart at ikke alle feil oppdages. Dette er imidlertid en usikkerhet vi må leve med.



Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

1. Hva var kommunens utgifter til næringsdrivende lege med fastlegeavtale i 2002 til:

- | | | | Vet ikke | Ikke relevant |
|---|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. basistilskudd, inkludert ev. utjamningstilskudd? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. praksiskompensasjon? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. kompensasjon for driftsutgifter til turnuslege? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Har kommunen i stedet for å utbetale basistilskuddet, inkludert ev. utjamningstilskudd, avtalt å bruke deler av tilskuddet til å subsidiere driftsutgiftene til næringsdrivende leger med fastlegeavtale, for eksempel gjennom subsidiert husleie, utstyr, eller lønn til hjelpepersonell?

- Ja. Angi andel brukt til subsidiering av driftsutgifter til privatpraktiserende leger
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant

3. Hvor mye utbetalte kommunen til lønn, inkludert arbeidsgiveravgift og pensjonsinnskudd, og honorar i 2002 til:

- | | | | Vet ikke | Ikke relevant |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. fengselslege? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. godtgjøring for veiledning av turnuslege? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Har kommunen driftsansvar for legekontor?

- Ja → gå til spørsmål 5
- Nei → gå til spørsmål 7
- Vet ikke → gå til spørsmål 7
- Ikke relevant → gå til spørsmål 7

5. Hva var kommunens utgifter til drift av kommunale legesenter i 2002?

- | | | | Vet ikke | Ikke relevant |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Hvor mye av kommunens utgifter til drift av kommunale legesentre gikk til lønn til hjelpepersonell i 2002?.....

--	--	--

 kroner Vet ikke Ikke relevant

7. Hva var kommunens investeringsutgifter til legetjenesten i 2002?

--	--	--

 kroner Vet ikke Ikke relevant

8. Hva var kommunens lønns- og driftsutgifter til legevakt i 2002:

--	--	--

 kroner Vet ikke Ikke relevant

9. Hvor mye av kommunens lønns- og driftsutgifter til legevakt gikk til:

a. lønn til fast ansatte leger?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
b. lønn til hjelpepersonell?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
c. beredskapsgodtgjørelse for legevakt?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
d. trygghetstillegg når turnuslegene har legevakt?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
e. betaling for deltakelse i legevaktsamarbeid?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant

10. Hva var kommunens øvrige utgifter til legetjenesten i 2002?

--	--	--

 kroner Vet ikke Ikke relevant

11. Hvor mye av kommunens øvrige utgifter til legetjenesten i 2002 gikk til:

a. rekrutteringstiltak?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
b. tiltak for å beholde leger, som f.eks. stimuleringstiltak?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
c. korttidsvikariater, både innleie og andre vikarordninger?	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant
d. annet? Spesifiser:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>				kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Ikke relevant

Kommunale inntekter fra primærlegetjenesten i 2002

12. Hva var kommunens inntekter i 2002 fra:

a. egenandel fra pasienter behandlet av fastlønte

leger og turnusleger?

--	--	--

kroner

Vet ikke Ikke relevant

b. refusjon fra folketrygden etter behandling av

fastlønte leger og turnusleger?

--	--	--

kroner

c. turnustilskudd fra staten?

--	--	--

kroner

d. husleieinntekter?

--	--	--

kroner

e. ekstra tilskudd fra staten til fengselshelsetjenesten?

--	--	--

kroner

f. samarbeidskommuners bidrag til legevaktsamarbeid?

--	--	--

kroner

g. annet? Spesifiser:

--	--	--

kroner

13. Har du kommentarer til utfyllingen av spørreskjemaet eller annet?

Tusen takk for hjelpen!


Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten
Opplysninger om kommunen

Kommunenummer: _____

Kommunenavn: _____

Kommunale utgifter til primærlegetjenesten i 2002
1. Hva var kommunens lønnskostnad, inkludert arbeidsgiveravgift og pensjonsinnskudd, og honorar i 2002 til:

			Vet ikke	Ikke relevant
a. fastlønte leger?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		kroner		
b. turnusleger?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		kroner		

2. Hva var kommunens brutto driftsutgifter til kommunale legesenter, inkl. lønn til hjelpepersonell, husleie, utgifter til medisinsk
forbruksmateriell m.v. ekskl. lønn til leger, i 2002?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vet ikke	Ikke relevant
		kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvor mye av kommunens brutto driftsutgifter i 2002 til kommunale legesenter var lønnskostnader til hjelpepersonell, inkl. arbeidsgiveravgift
og pensjonstilskudd, ekskl. lønnskostnader til leger?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vet ikke	Ikke relevant
		kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hva var kommunens totale brutto lønns- og driftsutgifter
til legevakt i 2002?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vet ikke	Ikke relevant
		kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herav:

a. lønnskostnader til fast ansatte leger ved legevakten?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. lønnskostnader til hjelpepersonell ved legevakten?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. beredskapsgodtgjørelse for legevakt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. trygghetstillegg når turnuslegene har legevakt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. betaling for deltakelse i legevaktsamarbeid?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for hjelpen!



Organisering av legevakttjenesten

Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

1. Har kommunen et fast legevaktskontor?

Kryss av for alle forhold som gjelder

- Ja, i kommunalt eide lokaler
 Ja, i kommunalt leide lokaler
 Nei, kommunen benytter kontoret til vakthavende lege
 Nei, legen har hjemmevakt

 Vet ikke
 Ikke relevant

2. Hvor mange leger i kommunen deltar fast i legevakt?

Leger

- Vet ikke
 Ikke relevant

3. Har kommunen i løpet av 2002 benyttet seg av egne vikarer eller innleide leger for å dekke legevakten?

- Ja, inngår i fast turnus
 Ja, ved ferieavvikling og sykefravær
 Nei, legevakttjenesten dekkes utelukkende av kommunens egne leger

 Vet ikke
 Ikke relevant

4. Samarbeider kommunen med andre kommuner om legevakten?

- Ja → gå til spørsmål 5
 Nei → gå til spørsmål 10
 Vet ikke → gå til spørsmål 10
 Ikke relevant → gå til spørsmål 10

5. Hvilke kommuner inngår i samarbeidet?

- Vet ikke
 Ikke relevant

6. Er samarbeidet knyttet til en fast legevaktsentral?

- Ja
 Nei
 Vet ikke
 Ikke relevant

7. Hvilke tidsrom på døgnet dekkes av legevaktsamarbeidet?
Kryss av alle tidsrom som gjelder

Hverdager

- 16:00 - 20:00
 20:00 - 23:00
 23:00 - 08:00
 08:00 - 16:00
 Vet ikke
 Ikke relevant

Helgedager

- 16:00 - 20:00
 20:00 - 23:00
 23:00 - 08:00
 08:00 - 16:00
 Vet ikke
 Ikke relevant

8. Hva er de største utfordringene knyttet til samarbeidet om legevakten?
Kryss av alle utfordringer som gjelder

- Lang reiseavstand for pasientene
 Samarbeid mellom kommunene
 Rekruttering av legene for å dekke vaktene
 Økonomiske begrensninger i egen kommune og i samarbeidskommunene
 Annet, spesifiser: _____
- Vet ikke
 Ikke relevant

9. Foreligger det planer om å...

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke relevant	
a. utvide legevaktsamarbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørsmål 13
b. avslutte legevaktsamarbeidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørsmål 13
c. opprette (ny) legevaktsentral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørsmål 13
d. bytte samarbeidspartnere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørsmål 13
e. utvide antall samarbeidspartnere?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ gå til spørsmål 13

10. Foreligger det konkrete planer for etablering av samarbeid med andre kommuner om legevakten?

- Ja
 Nei
- Vet ikke
 Ikke relevant

11. Dersom det skulle etableres et samarbeid om legevakten, hvilke kommuner kunne det være aktuelt å samarbeide med?

- Vet ikke
 Ikke relevant

**12. Hva er de viktigste årsakene til at kommunen ikke deltar i legevaktsamarbeid med andre kommuner?
*Kryss av alle årsaker som gjelder***

- Mangel på interesse i aktuelle samarbeidskommuner
 Reiseavstand for pasientene
 Legene i kommunen ønsker ikke interkommunalt samarbeid
 Økte kostnader for kommunen
 Annet, spesifiser: _____
- Vet ikke
 Ikke relevant

13. Har du kommentarer til utfyllingen av spørreskjemaet eller annet?

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 4

Undersøkelse om organisering av legevakttjenesten: Hvilke kommuner inngår i legevaktsamarbeidet?

<i>Svar-kommune</i>	<i>Samarbeidende kommuner</i>
Agdenes	Orkdal
Aurland	Lærdal
Kristiansund	Frei, Gjemnes
Krødsherad	Ringerike, Modum, Hole
Kvam	Voss, Granvin, Ulvik, Vaksdal
Kvitsøy	Rennesøy, Finnøy, Hjelmeland
Lardal	Larvik, Dal
Leikanger	Sogndal
Leirfjord	Alstahaug, Vevelstad
Leksvik	Mosvik
Aurskog-Høland	Rømskog
Lenvik	Tranøy
Lesja	Dovre
Lier	Drammen, Sande, Svelvik
Lillehammer	Gausdal, Øyer, Ringebu, Nordre Land, Ringsaker
Lindås	Austrheim, Fedje, Masfjorden, Meland, Modalen, Radøy
Lund	Egersund, Flekkefjord, Kvinesdal, Lyngdal
Lørenskog	Skedsmo, Rælingen
Løten	Hamar, Stange, Ringsaker
Meland	Lindås, Masfjorden, Radøy, Austrheim, Fedje, Modalen
Meldal	Rindal
Modum	Hole, Ringerike, Krødsherad
Moskenes	Flakstad
Moss	Våler, Rygge, Råde, Vestby
Namdalseid	Flatanger, Vikna, Nærøy, Fosnes, Høylandet, Namsskogan, Røyrvik, Overhalla, Osen
Austrheim	Lindås, Radøy, Fedje, Modalen, Medalen
Namsos	Vikna, Nærøy, Fosnes, Høylandet, Namsskogan, Røyrvik, Overhalla, Grong, Flatanger, Osen
Namsskogan	Røyrvik
Narvik	Ballangen
Nes	Flå
Nesodden	Ski, Opegård, Ås, Enebakk, Frogn
Nome	Bø, Sauherad
Nord-Aurdal	Sør-Aurdal, Øystre Slidre, Vestre Slidre, Vang, Etnedal
Nord-Odal	Eidskog, Sør-Odal, Kongsvinger
Nøtterøy	5 kommuner, ikke oppgitt
Oppdal	Rennebu
Opegård	Ski, Ås, Enebakk, Nesodden, Frogn
Osen	Roan
Balestrand	Høyanger
Overhalla	Høylandet, Grong, Vikna, Nærøy, Fosnes, Namsskogan, Røyrvik, Osen, Flatanger
Re	Tønsberg, Tjøme, Stokke, Nøtterøy
Randaberg	Stavanger, Sola
Rendalen	Stor-Elvdal
Rennebu	Oppdal
Rennesøy	Kvitsøy, Finnøy, Hjelmeland

<i>Ballangen</i>	Narvik
<i>Ringsaker</i>	Hamar, Stange, Løten, Lillehammer
<i>Risør</i>	Arendal, Grimstad, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland
<i>Rollag</i>	Nore og Uvdal, Flesberg
<i>Rygge</i>	Råde, Moss, Våler, Vestby
<i>Rømskog</i>	Aurskog-Høland
<i>Røros</i>	Holtålen, Os
<i>Råde</i>	Moss, Rygge, Våler, Vestby
<i>Salangen</i>	Bardu, Lavangen
<i>Sande</i>	Drammen, Selvi, Lier
<i>Sandefjord</i>	Andebu
<i>Sandnes</i>	Gjesdal
<i>Sandøy</i>	Midsund, Aukra
<i>Sarpsborg</i>	Rakkestad
<i>Sauherad</i>	Bø, Nome
<i>Siljan</i>	Skien
<i>Skedsmo</i>	Rælingen, Lørenskog
<i>Skiptvedt</i>	Hobøl, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Marker
<i>Skånland</i>	Evenes, Tjeldsund
<i>Beiarn</i>	Skjerstad
<i>Sogndal</i>	Leikanger
<i>Sola</i>	Stavanger, Randaberg
<i>Stange</i>	Hamar, Løten, Ringsaker
<i>Stokke</i>	Tønsberg, Andebu, Nøtterøy, Re, Tjøme
<i>Stordal</i>	Ørskog, Skodje
<i>Stor-Elvdal</i>	Rendalen
<i>Storfjord</i>	Lyngen
<i>Strand</i>	Forsand
<i>Alstahaug</i>	Leirfjord
<i>Stranda</i>	Norddal
<i>Sør-Aurdal</i>	Etnedal, Vestre Slidre, Nord-Aurdal, Vang, Øystre Slidre
<i>Sørfold</i>	Fauske
<i>Sør-Fron</i>	Nord-Fron
<i>Sørreisa</i>	Dyrøy
<i>Bjarkøy</i>	Kvæfjord, Lødingen
<i>Tjeldsund</i>	Evenes, Skånland
<i>Tokke</i>	Vinje
<i>Torsken</i>	Ikke oppgitt
<i>Trysil</i>	Elverum, Engerdal
<i>Træna</i>	Lurøy
<i>Trøgstad</i>	Hobøl, Spydeberg, Skiptvet, Askim, Eidsberg, Marker
<i>Tvedestrand</i>	Arendal, Froland, Grimstad, Gjerstad, Risør, Vegårshei, Åmli
<i>Tysnes</i>	Kvinnherad
<i>Ullensaker</i>	Gjerdrum, Nannestad
<i>Ullensvang</i>	Jondal, Eidfjord
<i>Nesseby / Unjargga G</i>	Tana
<i>Valle</i>	Bykle
<i>Vang</i>	Vestre Slidre, Øystre Slidre, Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Etnedal
<i>Bjugn</i>	Ørland
<i>Vegårshei</i>	Arendal, Froland, Grimstad, Gjerstad, Risør, Tvedestrand, Åmli
<i>Verran</i>	Steinkjer, Snåsa
<i>Vevelstad</i>	Alstahaug, Leirfjord
<i>Vindafjord</i>	Ølen

Voss	Kvam, Granvik, Ulvik, Vaksdal
Ølen	Vindafjord
Ørland	Bjugn
Øyer	Lillehammer, Gausdal, Rinsaker - nord, Ringebu
Ås	Ski, Frogn, Enebakk, Nesodden, Oppegård
Åseral	Audnedal, Hægebostad
Bokn	Tysvær
Åsnes	Våler, Grue
Horten	Holmestrand, Hof
Bykle	Valle
Bærum	Asker
Andebu	Tønsberg, Nøtterøy, Tjøme, Stokke, Re
Tana / Deanu Gielda	Nesseby
Dovre	Lesja
Drangedal	Kragerø
Dønna	Herøy
Eidfjord	Ullensvang (Aust)
Enebakk	Ski, Oppegård, Ås, Frogn, Nesodden
Arendal	Bygland, Froland, Grimstad, Tvedestrand, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Evje og Hornes
Farsund	Flekkefjord
Fjaler	Hyllestad
Flå	Nes
Folldal	Alvdal
Frei	Kristiansund, Gjemnes
Froland	Ikke oppgitt
Asker	Bærum
Førde	Naustdal
Gamvik	Lebesby
Giske	Ålesund
Gjerdrum	Ullensaker, Nannestad
Gran	Lunner
Askim	Eidskog, Marker, Trøgstad, Spydeberg, Trøgstad, Hobøl
Grong	Overhalla, Høylandet
Halsa	Aure, Smøla, Tustna
Hamar	Ringsaker, Stange, Løten
Hammerfest	Kvalsund
Askøy	Sandøy, Aukra, Midsund
Hareid	Ulstein
Hattfjell	Grane
Haugesund	Karmøy, Utsira
Hemne	Snillfjord
Herøy	Dønna
Hjelmeland	Kvitsøy, Finnøy, Rennesøy
Hof	Horten, Holmestrand
Hole	Krødsherad, Ringerike, Modum
Hurdal	Eidsvoll
Hurum	Røyken
Hyllestad	Fjaler
Hægebostad	Audnedal, Åseral
Høyanger	Balestrand
Aure	Halsa, Tustna, Smøla
Karmøy	Haugesund
Kristiansand	Vennesla, Iveland, Lillesand, Birkenes, Søgne, Songdalen, Marnadal, Hegebostad, Audnedal, Åseral

Vedlegg 5

Undersøkelse om organisering av legevakttjenesten: Hvilke kommuner kunne det være aktuelt å samarbeide med?

<i>Svar-kommune</i>	<i>Aktuelle samarbeidskommuner</i>						
<i>Nordre Land</i>	Gjøvik	Østre Toten	Vestre Toten	Søndre Land	Gran		
<i>Nordreisa</i>	Skjervøy	Kvænangen	Kvæfjord				
<i>Samnanger</i>	Fusa	Bergen					
<i>Sigdal</i>	Ringerike	Krødsherad	Modum	Hole			
<i>Snåsa</i>	Steinkjer	Inderøy	Verran				
<i>Sveio</i>	Tysvær	Haugesund	Karmøy	Bokn	Vindafjord	Ølen	Etne
<i>Verdal</i>	Frosta	Levanger					
<i>Vågsøy</i>	Eid	Stryn	Gloppen	Bremanger	Selje		
<i>Øksnes</i>	Sortland	Hadsel	Bø				
<i>Brønnøy</i>	Sømna	Vega	Vevelstad				
<i>Eid</i>	Hornindal	Gloppen	Stryn	Vågsøy			
<i>Etne</i>	Vindafjord						
<i>Fusa</i>	Samnanger						
<i>Gratangen</i>	Narvik	Ballangen					
<i>Hol</i>	Ål						
<i>Kragerø</i>	Drangedal						

«Løpenr»
 «Kommunenavn»
 V/ «Kontaktperson»
 «Adresse_1»
 «Adresse_2»

Oslo, 27.05.2003
 Grønt nummer: 800 83 028
 Saksbehandler: Therese Gulbrandsen
Seksjon for intervjuundersøkelser

Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

Statistisk sentralbyrå gjennomfører, på oppdrag fra Helsedepartementet, en undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Din kommune ble bedt om å delta i en lignende undersøkelse før fastlegereformen trådte i kraft i 2000. Helsedepartementet ønsker en omfattende evaluering av fastlegereformen. Nå gjennomføres derfor en oppfølgingsundersøkelse for å se hvordan utgifts- og inntektsbildet til kommunen har endret seg etter innføringen av fastlegereformen.

Det er frivillig å delta, men skal vi få gode resultater, er det viktig at alle som er trukket ut blir med. For at vi skal få mulighet til å evaluere og følge opp fastlegereformen over tid, er vi avhengig av at din kommune også svarer denne gangen. Vi kan ikke erstatte din kommune med en annen.

Skjemaet inneholder spørsmål om kommunens utgifter til og inntekter fra primærlegetjenesten i 2002. For å gjøre skjemaet kortere, og for å øke utbyttet av svarene vi får, vil vi også hente inn noen opplysninger fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Vi ber deg fylle ut skjemaet etter beste evne, og returnere det til oss så raskt som mulig i vedlagte, frankerte svarkonvolutt.

Spørsmål til utfylling av skjemaet, rettes til seksjon for helsestatistikk ved Elisabeth Nørgaard, telefon 21 09 49 25, e-post elisabeth.nørgaard@ssb.no eller Julie Kjelvik, telefon 21 09 48 90, e-post julie.kjelvik@ssb.no. Ønskes flere opplysninger om undersøkelsen, er du velkommen til å ta kontakt på telefon 800 83 028.

Med vennlig hilsen



Svein Longva
 adm. direktør



Ole Sandvik
 seksjonssjef

Vedlegg: Spørreskjema
 Svarkonvolutt
 Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten (HD)

Oslo, 27.05.2003
Grønt nummer: 800 83 028
Sakshandsamar: Therese Gulbrandsen
Seksjon for intervjuundersøkingar

Undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta

Statistisk sentralbyrå gjennomfører, på oppdrag frå Helsedepartementet, ei undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta. Din kommune ble bedt om å delta i ei liknande undersøking før fastlegereforma trådte i kraft i 2000. Helsedepartementet ønskjar ei omfattande evaluering av fastlegereforma. Nå gjennomføres difor ei oppfølgingsundersøking for å sjå korleis utgifts- og inntektsbilete til kommunen har endra seg etter innføringa av fastlegereforma.

Det er frivillig å delta, men skal vi få gode resultat, er det viktig at alle som er trekt ut blir med. For at det skal være mogleg å evaluere og følgje opp fastlegereforma over tid, er vi avhengig av at din kommune også svarer denne gongen. Vi kan ikkje erstatte din kommune med ein annan.

Skjemaet inneheld spørsmål om kommunens utgifter til og inntekter frå primærlegetenesta i 2002. For å gjøre skjemaet kortare, og for å auke utbyttet av svara vi får, vil vi også hente inn noen opplysningar frå KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Vi ber deg fylle ut skjemaet etter beste evne, og returnere det til oss så raskt som mogleg i vedlagte, frankerte svarkonvolutt.

Spørsmål til utfylling av skjemaet, rettes til Seksjon for helsestatistikk ved Elisabeth Nørgaard, telefon 21 09 49 25, e-post elisabeth.nørgaard@ssb.no eller Julie Kjelvik, telefon 21 09 48 90, e-post julie.kjelvik@ssb.no. Ønskjar du fleire opplysningar om undersøkinga, er du velkommen til å ta kontakt på telefon 800 83 028.

Med venleg helsing



Svein Longva
adm. direktør



Ole Sandvik
seksjonssjef

Vedlegg: Spørjeskjema
Svarkonvolutt
Undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta (HD)

«Løpenr»
«Kommunenavn»
V/«Leder_for_legevakt»
«adresse_1»
«adresse_2»

Oslo, 27.05.2003
Grønt nummer: 800 83 028
Saksbehandler: Therese Gulbrandsen
Seksjon for intervjuundersøkelser

Organisering av legevakttjenesten - undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten

Statistisk sentralbyrå gjennomfører, på oppdrag fra Helsedepartementet, en undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten. Din kommune ble bedt om å delta i en lignende undersøkelse før fastlegereformen trådte i kraft i 2000. Helsedepartementet ønsker en omfattende evaluering av fastlegereformen for å se hvordan utgifts- og inntektsbildet til kommunen har endret seg etter innføringen av fastlegereformen.

Som ledd i evalueringen av fastlegereformen, ønsker Helsedepartementet kunnskap om hvordan legevakttjenesten organiseres. Skjemaet inneholder derfor spørsmål om blant annet legevaktsamarbeid med andre kommuner og hvor mange leger i kommunen som fast deltar i legevakttjenesten. Spørsmål om kommunens utgifter til og inntekter fra primærlegetjenesten har blitt sendt til en annen person i din kommune. For å gjøre skjemaet kortere, og for å øke utbyttet av svarene vi får, vil vi også hente inn noen opplysninger fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Vi ber deg fylle ut skjemaet etter beste evne, og returnere det til oss så raskt som mulig i vedlagte, frankerte svarkonvolutt.

Det er frivillig å delta, men skal vi få gode resultater, er det viktig at alle som er trukket ut blir med. For at vi skal få mulighet til å evaluere og følge opp fastlegereformen over tid, er vi avhengig av at din kommune også svarer denne gangen. Vi kan ikke erstatte din kommune med en annen.

Spørsmål til utfylling av skjemaet, rettes til seksjon for helsestatistikk ved Elisabeth Nørgaard, telefon 21 09 49 25, e-post elisabeth.norgaard@ssb.no eller Julie Kjelvik, telefon 21 09 48 90, epost julie.kjelvik@ssb.no. Ønskes flere opplysninger om undersøkelsen, er du velkommen til å ta kontakt på telefon 800 83 028.

Med vennlig hilsen



Svein Longva
adm. direktør



Ole Sandvik
seksjonssjef

Vedlegg: Spørreskjema
Svarkonvolutt
Undersøkelse om kommunenes utgifter til primærlegetjenesten (HD)

Oslo, 27.05.2003
Grønt nummer: 800 83 028
Sakshandsamar: Therese Gulbrandsen
Seksjon for intervjuundersøkingar

Undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta

Statistisk sentralbyrå gjennomfører, på oppdrag frå Helsedepartementet, ei undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta. Din kommune ble bedt om å delta i ei liknande undersøking før fastlegereforma trådde i kraft i 2000. Helsedepartementet ønskjar ei omfattande evaluering av fastlegereforma. Vi gjennomfører difor ei oppfølgingsundersøking for å sjå korleis utgifts- og inntektsbiletet til kommunen har endra seg etter innføringa av fastlegereforma.

Som ledd i evalueringa av fastlegereforma, ønskjar Helsedepartementet kunnskap om korleis kommunane organiserar legevakttenesta. Skjemaet inneheld derfor spørsmål om blant anna legevaktsamarbeid med andre kommunar og kor mange leger i kommunen som fast deltar i legevakttenesta. Spørsmål om kommunens utgifter til og inntekter frå primærlegetenesta har blitt sendt til ein anna person i din kommune. For å gjøre skjemaet kortare, og for å auke utbyttet av svara vi får, vil vi også hente inn noen opplysningar frå KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). Vi ber deg fylle ut skjemaet etter beste evne, og returnere det til oss så raskt som mogleg i vedlagte frankerte svarkonvolutt.

Det er frivillig å delta, men skal vi få gode resultat, er det viktig at alle som er trekt ut blir med. For at det skal være mogleg å evaluere og følge opp fastlegereforma over tid, er vi avhengig av at din kommune også svarer denne gongen. Vi kan ikkje erstatte din kommune med ein annan.

Spørsmål til utfylling av skjemaet, rettes til Seksjon for helsestatistikk ved Elisabeth Nørgaard, telefon 21 09 49 25, e-post elisabeth.nørgaard@ssb.no eller Julie Kjelvik, telefon 21 09 48 90, e-post julie.kjelvik@ssb.no. Ønskjar du fleire opplysningar om undersøkinga, er du velkommen til å ta kontakt på telefon 800 83 028.

Med venleg helsing



Svein Longva
adm. direktør



Ole Sandvik
seksjonssjef

Vedlegg: Spørjeskjema
Svarkonvolutt
Undersøking om utgifter kommunane har til primærlegetenesta (HD)

De sist utgitte publikasjonene i serien Notater

- 2003/67 H. Tønseth: Kommuneale helseforskjeller -de finnes, men kan de måles? 15s.
- 2003/68 T.M. Normann: Omnibusundersøkelsen mai/juni 2003. Dokumentasjonsrapport. 50s.
- 2003/69 KOSTRA (Kommune- Stat- Rapportering) Rutinebeskrivelse og dokumentasjon. 60s.
- 2003/70 E. Holmøy og B. Strøm: Fordeling av tjenesteproduksjon mellom offentlig og privat sektor i MSG-6. 25s.
- 2003/71 J.K. Dagsvik: Hvordan skal arbeidstilbudseffekter tallfestes? en oversikt over den mikrobaserte arbeidstilbudsforskningen i Statistisk sentralbyrå. 67s.
- 2003/72 A. Steinkellner: Inntektsstatistikk for personer og familier 1999-2001. Dokumentasjon av datagrunnlag og produksjonsprosess. 43s.
- 2003/73 F. Tverå, I. Sagelvmo: Beregning av næringene fiske eget bruk, fiske og fangst og fiskeoppdrett i nasjonalregnskapet. 19s.
- 2003/74 K.H. Grini: Lønnsstatistikk privat sektor 1997-2001. Dokumentasjon av utvalg og beregning av vekter. 36s.
- 2003/75 A.H. Foss: Grafisk revisjon av nøkkeltallene i KOSTRA. 16s.
- 2003/76 K. Hansen: Ideelle organisasjoner i nasjonalregnskapet. 30s.
- 2003/77 E.E. Eibak: Undersøking om foreldrebetaling i barnehagar, august 2003. 46s.
- 2003/78 A.H. Foss: Kvaliteten i husholdningsdelen i Folke- og bolig tellingen 2001. 31s.
- 2003/79 O. Villund: Yrke i Arbeidstakerregisteret. 31s.
- 2003/80 O. Villund: Partielt frafall av yrkesdata i Arbeidstakerregisteret. 18s.
- 2003/81 J.H. Wang: Frafall i konjunkturbarometeret. 45s.
- 2003/82 P. Holmen og K.Lorentzen: Dokumentasjon av etableringen av UT - populasjonen - konsentrasjon om store enheter og stabilitet over tid. 49s.
- 2003/83 T.H. Christensen: Boligprisindeksen. Datagrunnlag og beregningsmetode. 20s.
- 2003/84 G. Dahl: Enslige forsørgere med overgangsstønad. Økonomisk situasjon etter avsluttet stønad. 74s.
- 2003/85 T.M. Normann: Omnibusundersøkelsen august/september 2003. Dokumentasjonsrapport. 36s.
- 2003/86 T. Eika og T. Skjerpen: Hvitevarer 2004. Modell og prognose. 19s.
- 2003/87 S. Blom og B. Lie: Holdningen til innvandrere og innvandring. Spørsmål i SSBs omnibus i august/september 2003. 58s.
- 2003/88 A. Holmøy: Undersøkelse om livsløp, aldring og generasjon (LAG). Dokumentasjonsrapport. 135s.
- 2003/89 Ø. Kleven og E. Wedde: Medieundersøkelsen 2002. Dokumentasjonsrapport. 43s.
- 2003/90 S. Derakhshanfar, S. Lien og C. Nordseth: FD - Trygd. Dokumentasjonsrapport. Barnetrygd. 1996-2002. 44s.
- 2003/91 J. Larsson og K. Telle: Dokumentasjon av DEED . En database over bedriftspesifikke miljødata og økonomiske data for forurensende norske industribedrifter. 16s.
- 2003/92 J.I. Hamre: Undersøkelsen om legemeldt sykefravær. Dokumentasjon av utvalgsplan, trekking og rullering for 2003. 37s.
- 2004/1 A.G. Pedersen: Sammenligning av og auomatisert metode ved koding av dødsårsak. 22s.
- 2004/2 T.M. Köber: Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse og sosialhjelp. 42s.