

**NOTAT**

2023

# Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet

Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for  
gjennomgang av allmennlegetjenesten

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Område for Helsetjenester  
Avdeling for Klynge og analyse av helsetjenesten  
Februar 2023

**Tittel:**

Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet

**Forfatter(e):**

Eivor Hovde Hoff  
Kristian Bandlien Kraft  
Kristian Amundsen Østby  
Arnstein Mykletun

**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet

**Publikasjonstype:** Notat

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf  
på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN:** 978-82-8406-377-5

**Grafisk design omslag:**

Fete Typer

**Sitering:** Hoff EH, Kraft, KB, Østby KA & Mykletun A. "Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet". Notat 2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

## Innhold

Innhold .....	3
1. Forord.....	7
2. Sammendrag.....	8
2.1 Hva har vært endringene i legenes arbeidsmengde i perioden 2008 til 2021? .....	8
2.2 Kjønnforskjell i inntekt.....	8
2.3 Utsiktede effekter av insentivene i takstsystemet .....	9
3. Innledning.....	11
4. Metode .....	12
4.1 Datagrunnlag og populasjon.....	12
4.2 Begreper og definisjoner .....	12
4.3 Om forskjeller mellom finansieringsmodellene .....	14
5. Resultater.....	15
5.1 Har det vært en endring i legenes arbeidsmengde over år? .....	15
5.1.1 Utvikling i arbeidstid per uke.....	15
5.1.2 Utvikling i antall arbeidsdager per år .....	17
5.1.3 Utvikling i antall pasientkontakter per fastlege.....	18
5.2 Har innholdet i konsultasjonene endret seg? .....	21
5.2.1 Konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner (2AD) og e-konsultasjoner (2AE) på dagtid.....	21
5.2.2 Konsultasjonstid for utvalgte typer konsultasjoner.....	23
5.2.3 Antall takster per konsultasjon .....	26
5.2.4 Endringer i pasientgrupper .....	27
5.3 Utsiktede effekter av takstsystemet .....	29
5.3.1 Kjønnforskjeller i inntjening fra takster .....	29
5.3.2 Aktivitetsbasert finansiering og bruk av tidstakst (2CD) .....	32
5.3.3 Lønnsom feilbruk av tidstakst .....	35
6. Diskusjon.....	37
7. Referanser .....	40
8. Vedlegg.....	41
8.1 Vedlegg til 4.....	41
8.2 Vedlegg til 5.1 .....	44
8.3 Vedlegg til 5.2 .....	49
8.4 Vedlegg til 5.3 .....	52

## Liste over figurer

Figur 1 Antall arbeidstimer per uke i persentiler, 2008-2021 .....	16
Figur 2 Antall arbeidstimer per uke for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i perioden 2008-2021 .....	17
Figur 3 Antall arbeidsdager per fastlege i året over tid, median .....	18
Figur 4 Gjennomsnittlig antall kontakter over år per fastlege, per kontakttype.....	19
Figur 5 Gjennomsnittlig antall pasientkontakter over år per fastlege, per takst innenfor konsultasjoner og e-konsultasjoner på dag- og kveldstid .....	20
Figur 6 Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2AD, i persentiler over år .....	21
Figur 7 Utvikling i median konsultasjonstid 2AD og 2AE.....	22
Figur 8 Gjennomsnittlig antall timer brukt på konsultasjoner og e-konsultasjoner fra 2008-2021(2ad, 2ae, 2ak og 2æk) .....	23
Figur 9 Utvikling i median konsultasjonstid utvalgte typer konsultasjoner - samtaleterapi og samtale med pårørende .....	24
Figur 10 Utvikling i median konsultasjonstid utvalgte typer konsultasjoner - sykmelding (L1 og L4) .....	25
Figur 11 Utvikling i andel sykmeldingstakster .....	26
Figur 12 Antall takster per konsultasjon (median).....	27
Figur 13 Antall konsultasjoner per pasient, fordelt på aldersgrupper over år .....	28
Figur 14 Antall konsultasjoner per 1000 innbyggere, fordelt på utvalgte diagnosekategorier over år .....	29
Figur 15 Kjønnforskjeller i total inntjening fra takst, spesialister .....	29
Figur 16 Utvikling i timelønn, næringsdrivende spesialister.....	31
Figur 17 Kjønnforskjell i bruk av takst 111 (kryokirurgi) per hundre konsultasjoner (2AD) .....	31
Figur 18 Utvikling i konsultasjonstid (2AD), fordelt på avlønningsform og kjønn .....	32
Figur 19 Konsultasjonstid for 2AD-konsultasjoner i 2010 og 2019, fordeling .....	33
Figur 20 Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2008-2014, fordeling.....	34
Figur 21 Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2015-2021, fordeling.....	34
Figur 22 Konsultasjonsvarighet for 2AD-konsultasjoner med og uten tidstakst, næringsdrivende spesialister, 2019.....	35

## Liste over vedlegg

Vedlegg 1 Beskrivelse av fastlegepopulasjonen over år .....	41
Vedlegg 2 Totalt antall pasientkontakter (mill.) fordelt på hverdag og helg (andel) .....	41
Vedlegg 3 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - vanlige konsultasjoner (2AD).....	42
Vedlegg 4 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - e-konsultasjoner (2AE).....	43
Vedlegg 5 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - e-konsultasjoner kveld (2AEK).....	43
Vedlegg 6 Eksempel på beregning av konsultasjonsvarighet .....	44
Vedlegg 7 Antall arbeidstimer per uke i persentiler, 2008-2021. (Tall for figur 1).....	44
Vedlegg 8 Antall arbeidstimer per uke for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i perioden 2008-2021 (Tall for figur 2) .....	44
Vedlegg 9 Antall årlige arbeidstimer i persentiler, 2008-2021. Fastlege- og legevaksarbeid. ....	45
Vedlegg 10 Antall årlig arbeidstimer for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i persentiler, 2008-2021. Fastlege- og legevaksarbeid. ....	45
Vedlegg 11 Antall arbeidsdager per fastlege i året over tid, median. (Tall for figur 3) .....	46
Vedlegg 12 Gjennomsnittlig antall kontakter over år per fastlege, per kontakttyp (Tall for figur 4) .....	46
Vedlegg 13 Gjennomsnittlig antall pasientkontakter over år per fastlege, per takst innenfor konsultasjon (tall for figur 5).....	47
Vedlegg 14 Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2AD, i persentiler over år. (Tall for figur 6).....	47
Vedlegg 15 Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2ad, i persentiler over år. Fordelt etter antall listepasienter .....	48
Vedlegg 16 Pasientkontakter på hverdager fordelt på kontakttyp (andeler) .....	49
Vedlegg 17 Andel av konsultasjoner på hverdager som er vanlige konsultasjoner og e-konsultasjoner .....	50
Vedlegg 18 Normaltariffens regler og honorar for tidstakst (2CD) og kombinasjonsmuligheter med samtaleterapi (615) og samtale med pårørende (612) .....	50
Vedlegg 19 Antall konsultasjoner per innbygger, fordelt på alderskategorier .....	51
Vedlegg 20 Utvikling i relativ kjønnsforskjell i total inntjening fra takster (menn/kvinner), spesialister .....	52
Vedlegg 21 Utvikling i relativ kjønnsforskjell i timelønn (menn/kvinner), spesialister .....	52
Vedlegg 22 Konsultasjonstid (2AD) fordelt på kjønn og alderskategorier, spesialister.....	53
Vedlegg 23 Konsultasjonstid (2AD) fordelt på kjønn og alderskategorier, ikke-spesialister.....	53
Vedlegg 24 Median konsultasjonstid over tid for spesialister, fastlønnnet versus næringsdrivende.....	54
Vedlegg 25 Median konsultasjonstid over tid for ikke-spesialister, fastlønnnet versus næringsdrivende.....	54
Vedlegg 26 Utvikling i konsultasjonstid over legens alder (5-årige kategorier), fordelt på spesialister og ikke-spesialister.....	55
Vedlegg 27 Konsultasjonstid og årlig inntjening 2019, spesialister.....	55
Vedlegg 28 Konsultasjonstid og årlig inntjening 2019, ikke-spesialister .....	56
Vedlegg 29 Pearsons R korrelasjon mellom gjennomsnittlig konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner (2AD) og årlig inntjening fra takster, spesialister og ikke-spesialister, 2019 .....	56

Vedlegg 30 Pearsons R korrelasjon mellom gjennomsnittlig konsultasjonstid for e-konsultasjoner (2AE) og årlig inntjening fra takst, spesialister.....	57
Vedlegg 31 Konsultasjonstid for 2AD-konsultasjoner med og uten tidstakst - ikke-spesialister .....	57
Vedlegg 32 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2010 .....	58
Vedlegg 33 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2019 .....	58
Vedlegg 34 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2021 .....	59
Vedlegg 35 Korrelasjon mellom inntjening og andel tidstakstkonsultasjoner (2CD) med varighet under 20 minutter. Næringsdrivende spesialister .....	59
Vedlegg 36 Gjennomsnittlig og median inntjening fra takst for næringsdrivende spesialister, fordelt på kvartil lav/høy andel tidstakstkonsultasjoner med varighet under 20 minutter .	59

## 1. Forord

Dette notatet har bakgrunn i det NFR-finansierte forskningsprosjektet «Stykkprisfinansiering i primærhelsetjenesten: Utsiktede bivirkninger for pasienter og samfunn?» (1).

Forskningsprosjektet ledes av professor Arnstein Mykletun, seniorforsker ved FHI, og involvert i dette notatet er ph.d. stipendiatene Kristian Kraft og Eivor Hovde Hoff, samt forsker og fastlege Kristian Amundsen Østby, alle ved FHI.

Dette notatet er et oppdrag for ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten som fikk sitt mandat 11.08.22 av Helse- og omsorgsdepartementet (2). Analysene for notatet er utført i tidsperioden januar og februar 2023. Helsedirektoratet har frikjøpt arbeidstid fra ovennevnte for leveranse av disse analysene. Ekspertgruppens behov for innsikt og resultater var sammenfallende med planlagte problemstillinger for det NFR-finansierte forskningsprosjektet, og kunne derfor gjennomføres på grunnlag av KUHR-data og Fastlegeregisteret. Tilleggsfinansieringen til dette notatet har muliggjort å fremskynde visse analyser og tilrettelegge resultatpresentasjonen for ekspertgruppen. Dette notatet inngår også som rapportering i det nevnte NFR-prosjektet. Det er gitt nødvendige godkjenninger (dispensasjon fra taushetsplikten) fra Regional etisk komite (REK-nummer 210548) og er tilrådt av personvernombudet ved FHI.

Det har ikke vært utført fagfelleevaluering, begrunnet i den korte tidsrammen for prosjektet. Analyser i denne rapporten vil i noen grad inngå i fagfellevurderte internasjonale og nasjonale publikasjoner i framtiden.

Spørsmål om prosjektet og resultatene i dette notatet kan rettes direkte til prosjektleder Arnstein Mykletun (arnstein.mykletun@fhi.no, telefon 916 89 600).

## 2. Sammendrag

### 2.1 Hva har vært endringene i legenes arbeidsmengde i perioden 2008 til 2021?

Vi estimerer at fastleger som jobber fulltid har en ukentlig arbeidstid på 41 timer i 2021 (median). Median ukentlig arbeidstid for leger i fulltid var 36 timer i 2008, 38 timer i 2019, og 41 timer i 2021. Det er videre stor variasjon i fastlegenes arbeidstid: De 10 prosentene som jobber mest har ukentlig arbeidstid på 54 timer, mens de 10 prosentene som jobber minst har en ukentlig arbeidstid på 30 timer.

Arbeidstiden er beregnet ut fra antall unike timer i året med minst én registrert takst på regningskort til HELFO (fastlege- eller legevaktsarbeid). Beregningsmåten begrenser seg til fastlege- og legevaktsarbeid som kan takstes, og inkluderer ikke annet arbeid (for eksempel sykehjems- og helsestasjonsarbeid) eller arbeid uten takstføring (for eksempel bakvakt eller beredskapsvakt ved legevakt). Vårt anslag av arbeidstid kan likevel være noe overestimert, fordi en enkelt takst kan bli regnet som en hel times arbeid. Hvis en lege for eksempel kun skriver én resept på kveldstid, teller vi det som en full arbeidstime.

Vi har undersøkt hva som utgjør økningen i fastlegenes arbeid. De fleste typer legekontakt (f.eks. telefonkontakt, enkel kontakt, konsultasjon) har økt i antall fra 2008-2021, og mye av økningen skjer fra 2020. Kontakter med diagnosekategorier «psykisk sykdom og lidelse» og «administrativ kontakt» har økt i perioden. Under pandemien i 2020 sank raten av kontakter med diagnosekategori «luftveisinfeksjoner» markant, mens «frykt for sykdom» økte. Vi estimerer videre median konsultasjonsvarighet for vanlige pasientkonsultasjoner (takst 2AD) til å ha økt med ca. 2 minutter i perioden, fra 16 minutter i 2008 til 18 minutter i 2021.

Selv om vi finner en økning i både antallet konsultasjoner og i konsultasjonsvarighet, finner vi ikke en vesentlig økning i den totale tiden brukt på konsultasjoner. Mange konsultasjoner har i 2020 og 2021 blitt erstattet av e-konsultasjoner, som er estimert til å ta halvparten så lang tid som vanlige konsultasjoner. Videre er det aldersgruppen 20-66 år som har hatt en økning i antall konsultasjoner, som sammenfaller i tid med økt bruk av e-konsultasjon. Antall takster per konsultasjon har også holdt seg relativt stabilt fra 2008 til 2021, selv om konsultasjonsvarigheten har økt.

Fastlegens avlønningsform ser ut til å ha en sammenheng med utføring av legeoppgaver. Fastlønnede leger bruker eksempelvis 4 minutter mer på hver pasientkonsultasjon enn hva næringsdrivende leger gjør, og det er flere andre forskjeller omtalt i dette notatet.

### 2.2 Kjønnforskjell i inntekt

Ifølge inntekt beregnet på grunnlag av regningskortene har mannlige fastleger i hele perioden tjent mer enn kvinnelige fastleger, både i årsinntekt og inntekt per time. Dette inkluderer altså ikke legenes basistilskudd.



Menn tjente i 2021 16 prosent mer enn kvinner, som i noen grad ser ut til å forklares av at menn jobber flere timer, dager og kvelder enn kvinner. Men også timelønn innen normal kjernetid (her definert som mellom klokken 9 og 14 på faktiske arbeidsdager) er høyere for menn enn for kvinner: I 2021 tjente menn 6 prosent mer per time enn kvinner, noe mer tidligere i perioden.

Forskjellene i inntekt er betydelige og observeres hvert år i perioden 2008 til 2021. En forklaring på kjønnsforskjellen kan være at mannlige næringsdrivende fastleger i større grad tilpasser seg økonomiske insentiver i takstsystemet. Kvinnelige leger har noe lengre konsultasjoner enn mannlige leger, som er lite lønnsomt slik normaltariiffen er utformet. Det er også indikasjoner på at noe av kjønnsforskjellen kan forklares av at mannlige fastleger fører flere takster per time og i større grad bruker mer lønnsomme takster enn kvinner.

Dette kan indikere at stykkprisfinansieringen i kombinasjon med næringsdrift appellerer mer til mannlige enn kvinnelige leger. Dette inntrykket styrkes av tall for rekruttering til fastlegerollen. Mens over 70 % av unge medisinstudenter i dag er kvinner, er andelen unge kvinnelige fastleger kun 55 %. Gitt den høye andelen kvinnelige medisinstudenter, vil det for framtidig rekruttering til yrket være viktig at fastlegeordningen appellerer til kvinner.

Vi anbefaler at man studerer nærmere hvorfor allmenntmedisinen med tilhørende finansieringsordning ser ut til å appellere mindre til kvinner enn menn. Man bør gjøre undersøkelser blant unge nyutdannede leger, både kvinner og menn, om hva som skal til for å få dem til å velge allmenntmedisin. Særlig vil det være interessant å undersøke hvor vidt reservasjon mot å velge allmenntmedisin kan handle om de eksterne rammevilkårene, herunder stykkprisfinansiering, næringsdrift og eventuelt kostnader ved overtakelse av fastlegepraksis. Hadde rekrutteringen til allmenntmedisin vært like høy blant kvinnelige leger som blant mannlige leger, ville dette kunne bidra til å løse rekrutterings- og bemanningsproblemet i allmenntpraksis.

### 2.3 Utsiktede effekter av insentivene i takstsystemet

Takstsystemet er et tillitsbasert system med begrensede muligheter for å føre kontroll. For de fleste takster har HELFO kun mulighet til å føre noen grad av kontroll ved å gjennomgå journalnotat.

Det finnes over 150 takster i normaltariiffen, og tidstakst (2CD) er en av få takster som vi gjennom registerdata kan vurdere om fungerer etter intensjonen. Tidstakst kan føres når en konsultasjon varer over 20 minutter. Vi ser indikasjoner på tilpasning til insentivene i takstsystemet for bruk av tidstakst. Næringsdrivende fastleger har relativt flere konsultasjoner med varighet like over 20 minutter, sammenlignet med konsultasjoner med varighet like under 20 minutter. Dette tyder på at næringsdrivende fastleger iblant drøyer konsultasjoner som er nesten 20 minutter i varighet for å kunne berettige en tidstakst.

Vi ser også at hver fjerde tidstakst benyttes ved konsultasjoner med beregnet varighet under 20 minutter. Omfanget av feilbruk ser altså ut til å være betydelig. Noe av denne tilsynelatende feilbruken vil være artefakter forklart med måten vi beregner konsultasjonsvarighet. For eksempel kan en konsultasjon stykkes opp ved at den avbrytes

av en annen konsultasjon, eller starttidspunkt for en konsultasjon kan være feil registrert. Men for næringsdrivende leger finner vi en betydelig positiv korrelasjon mellom timelønn i næringsdriften og omfanget av slik feilbruk av tidstakst. Dette er mindre forenlig med at feilbruken skulle forklares av tilfeldige feil i data.

Det er mulig at noe av lønnsomheten ved feilbruk kan forklares med at feilbruk av tidstakst kan være assosiert med feilbruk også av andre takster. Tidstaksten er en av de tydeligst definerte takstene i normaltariffen, og det er derfor grunn til å anta at det også forekommer minst like mye feilbruk av andre, mer skjønnsbaserte takster. Dette har vi ikke undersøkt i arbeidet med dette notatet.

For at myndighetene skal kunne bruke takstsystemet som et styringsinstrument trengs mer kunnskap om effektene av dette systemet, og effekter av endringer i takster. Siden takstsystemet har betydelige tilsiktede effekter på hvordan fastlegene driver sin praksis, er det plausibelt at også utilsiktede effekter kan være betydelige.

### 3. Innledning

Fastlegeordningen har vært populær blant både pasienter og leger, og på det grunnlaget har det vært konkludert med at ordningen har vært en suksess. Det har likevel de siste årene blitt løftet fram flere utfordringer knyttet til utviklingen fastlegeordningen. Det har flere steder vært vanskelig å sikre rekruttering til fastlegeyrket, og flere melder om økt arbeidsmengde (3). Ifølge en evaluering av fastlegeordningen i 2019 er fastlegenes oppgavemengde en nøkkelutfordring (4), og i 2017 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant fastleger om ukentlig tidsbruk i fastlegerollen (5). Ifølge denne undersøkelsen oppgir fastlegene at de jobber 55,6 timer ukentlig i gjennomsnitt, med median arbeidstid 52,2 timer, og 10 prosent av legene oppgir å jobbe mer enn 75 timer i uken.

Fastlegeordningen er en sentral del av primærhelsetjenesten i Norge og det er omtrent 5000 fastlegepraksiser i Norge. Omtrent 84 prosent av disse er selvstendig næringsdrivende (6). Om lag to tredjedeler av de næringsdrivendes inntekt kommer fra takster som definert i normaltariiffen (refusjoner fra HELFO og egenandeler fra pasienten) (7). Det finnes takster for selve pasientkontakten, for eksempel telefonkontakt, fysisk konsultasjon eller e-konsultasjon, og for definerte prosedyrer, for eksempel blodprøvetaking, samtalerterapi osv. Om lag 16 % av fastlegene er ansatt i kommunal stilling med fastlønn, og rundt halvparten av disse legene har avtale om bonusordning med kommunen (for eksempel at legen får en prosentandel av førte takster).

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og var ment å løse et problem med at befolkningen hadde dårlig tilgang til allmennlegetjenester. Takstsystemet ble utformet for å insentivere korte konsultasjoner og mange utførte prosedyrer. Takstsystemet er et av helsemyndighetenes styringsverktøy og revideres jevnlig basert på forhandlinger mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen og Kommunesektorenes organisasjon (KS).

Av unge som fikk plass på medisinstudiet i Norge i 2022 var 72 % kvinner, mens kun halvparten av de yngste fastlegene er kvinner. Dette tyder på at kvinner i mindre grad enn menn velger seg til dagens ordning for allmennlegetjenesten, med de rammebetingelser som tilbys der. Dette er trolig bidragende til rekrutteringsutfordringene i yrket. Ordningen med kjøp og salg av praksis kan også være av betydning, fordi dette innebærer at unge leger ofte må betale et seks- eller syvsifret beløp, ofte fastsatt av en nemd (8), for å kunne starte opp i allmennpraksis.

Norske registerdata er svært godt egnet til å analysere noen av disse problemstillingene. Data fra HELFO gir detaljert informasjon om legenes praksis, og kan være godt egnet for å se på endringer over tid, både når det gjelder fastlegenes arbeidshverdag og takstbruk, og om tilskattede og utilsiktede effekter av de ulike finansieringsordningene.

## 4. Metode

### 4.1 Datagrunnlag og populasjon

Analysene i dette notatet er basert på data fra databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Fastlegeregisteret (FLO). Populasjonen er hentet fra FLO og inkluderer alle fastleger som har vært tilknyttet en fastlegehjemmel i perioden 2008-2021. FLO og KUHR er koblet sammen per lege-måned. Dersom en lege har hatt aktivitet i KUHR på en måned som ikke kan kobles til en fastlegehjemmel, er aktiviteten ekskludert. Aktivitet gjennomført av vikarer er gjennomgående ikke inkludert, som utgjør cirka 15 % av aktiviteten. Videre er fastlegepopulasjonen definert per år. Noen fastleger bytter avlønningsform fra næringsdrivende til fastlønn eller omvendt. Fastleger som har byttet avlønningsform et år, er ekskludert fra populasjonen det året. Videre er en fastlege definert som spesialist det året legen blir spesialist.

Fra KUHR inkluderer vi alle takster som er registrert som fastlegearbeid for alle fastleger i populasjonen. Legevaktsarbeid er ikke inkludert, med unntak av i beregningen av antall ukentlige arbeidstimer. Se Vedlegg 1 for beskrivelse av fastlegepopulasjonen over år.

Vi har benyttet oss av åpne aggregerte data fra SSB i to analyser (figur 13 og 14).

### 4.2 Begreper og definisjoner

Begrep	Forklaring
Kontakt	Registrert regningskort med minst én takst
Kontakttype	Type pasientkontakt: Ingen(0), Enkel(1), Telefon(2), Konsultasjon(3), Sykebesøk(4)
Vanlig konsultasjon	Kontakter med taktskode 2AD/2AK innenfor kontakttype 3
E-konsultasjon	Kontakter med taktskode 2AE/2AEK innenfor kontakttype 3

#### **Beregning av inntjening fra takster per år og time**

Beregningen av inntjening fra takster per år tar utgangspunkt i all registrert inntekt i datagrunnlaget. Vi har ekskludert registreringer med takstkodene 6A, 6B, 62 og 701H. Beregningen av fastlegenes timelønn på normalarbeidsdager tar utgangspunkt i takster registrert mellom kl. 09:00 og 14:00 på dager der legen har minst fem konsultasjoner (5 x 2AD). For ikke å overestimere timelønnen, er siste observasjon hver dag ekskludert.

#### **Beregning av ukentlig arbeidstid**

Beregningen av ukentlig arbeidstid for hver lege teller antall unike timer i løpet av et år hvor legen har registrert minst én takst med fastlege- eller legevaktsarbeid. Hvis en fastlege for eksempel har registrert en takst kl. 17:23, regnes dette som én times arbeid i tidsrommet 17-18. Vi summerer deretter antall unike timer i året og deler det på antall arbeidsuker i en vanlig 100% stilling (47). Da får vi et estimat på gjennomsnittlig antall ukentlige arbeidstimer for legen det året. Dette er med en antakelse om at legen jobber 47

uker og tar 5 uker ferie i løpet av året. Dersom legen reelt tar ut mindre ferie, vil vi ende opp med å overestimere ukentlige arbeidstimer for legen.

### **Beregning av konsultasjonstider**

En konsultasjons varighet er definert som antall minutter fra konsultasjonens starttidspunkt til neste konsultasjons starttidspunkt. Kontakttypene «Ingen kontakt» og «Enkel kontakt» tas ikke hensyn til i beregning av konsultasjonsvarighet fordi disse inkluderer takster som kan føres av hjelpepersonell, som for eksempel enkle laboratorietakster. Et eksempel på beregning er gitt i vedlegg 6.

Varigheten av konsultasjoner (2AD) og e-konsultasjoner (2AE) er beregnet på dagtid mellom kl. 08:00 og 11:00, og 13:00 og 16:00. Valg av tidspunkt er basert på når hoveddelen av aktiviteten på hverdager forekommer (se vedlegg 3 og vedlegg 4). Konsultasjonsvarigheter er kun beregnet for dager hvor legen har hatt minst fem 2AD-konsultasjoner, som sannsynliggjør at legen har hatt en reell arbeidsdag på kontoret denne dagen. Vi har ekskludert alle legedager der legen har vært på sykebesøk fordi tidsregistreringen av disse antas å være særlig unøyaktige.

Det er noe usikkerheter knyttet til beregningen av konsultasjonstider. Dersom en lege ofte er i rute, vil denne beregningsmetoden resultere i et unaturlig høyt antall konsultasjoner som tilsynelatende varer nøyaktig 15 eller 20 minutter (vanlige oppsatte tider for konsultasjon). Dette vil gi et uriktig mål på varighet dersom legen reelt sett er ferdig i god tid før neste konsultasjon. Ved beregning av gjennomsnittlig og median konsultasjonstid, har vi derfor ekskludert konsultasjoner der neste konsultasjon starter på et rundt tidspunkt (0, 10, 15, 20, 30, 45, 50). Vi har også ekskludert legedager hvor minst 80 prosent av legens pasientkontakter er registrert på runde tidspunkt.

Vi antar generelt at vår beregningsmetode vil overestimere varigheten av konsultasjonene noe. Den vesentligste årsaken er at vi ikke lar tidstillingen avbrytes av kontakttypene «Ingen kontakt» og «Enkel kontakt».

Konsultasjonstider for e-konsultasjoner på kveldstid (16:00-21:00) er også beregnet. I disse beregningene er all aktivitet beholdt før utregning av konsultasjonstid, og konsultasjonstiden for e-konsultasjoner på kveldstid er derfor antallet minutter fra konsultasjonens starttidspunkt til neste kontakts starttidspunkt, uavhengig av hvilken type kontakt dette er.

### **Beregning av andel sykmeldingstakster per listepasient i arbeidsfør alder**

I arbeidet med dette notatet har vi ikke hatt informasjon om alder på pasientene på legenes pasientlister. Vi har benyttet data fra legenes pasientkontakter til å estimere gjennomsnittlig alder på pasientlistene. Dette har vært nødvendig for å kunne beregne andel sykmeldinger per listepasient i «arbeidsfør alder».

Vi estimerer antall listepasienter i arbeidsfør alder ved å finne andelen av konsultasjonene som har vært med en pasient i arbeidsfør alder, og multipliserer dette med antallet listepasienter. Deretter er antall sykmeldingstakster per fastlege delt på estimert antall listepasienter i arbeidsfør alder. Arbeidsfør alder er definert som 18-67 år.

### 4.3 Om forskjeller mellom finansieringsmodellene

I enkelte analyser sammenligner vi næringsdrivende og fastlønnede leger. Det er viktig å merke seg at antall fastlønnede leger er få i vår populasjon, og spesielt i årene før 2018. Hovedgrunnen til dette er at vi har ekskludert vikarbruk fra analysene, og mange fastleger jobber i ulike fastlønnede vikarstillinger tidlig i karrieren. Når vi sammenligner næringsdrivende og fastlønnede leger er det viktig å være oppmerksom på at ikke alle forskjellene nødvendigvis kan tilskrives finansieringsmodellen. Det er blant annet grunn til å tro at det er systematiske forskjeller mellom legene som velger de ulike finansieringsmodellene (seleksjon), samt forskjeller i pasientsammensetning. Fastlønnede leger har også færre pasienter på listene og lavere aktivitet. Disse faktorene bør tas med i betraktning i tolkningen av forskjeller mellom næringsdrivende og fastlønnede leger. Det bør også nevnes at en betydelig andel av de fastlønnede har bonusavtaler, hvor det er vanlig å få en andel av refusjonen fra HELFO.

## 5. Resultater

### 5.1 Har det vært en endring i legenes arbeidsmengde over år?

At fastleger skal ha opplevd økt arbeidsbelastning over tid, er blitt trukket fram som mulig bidragende til utfordringene i fastlegeordningen. For å undersøke om legenes arbeidsmengde har endret seg over år, har vi undersøkt følgende:

- utvikling i antall arbeidstimer per uke
- utvikling i antall arbeidsdager per år
- utvikling i antall pasientkontakter og konsultasjoner per lege over år

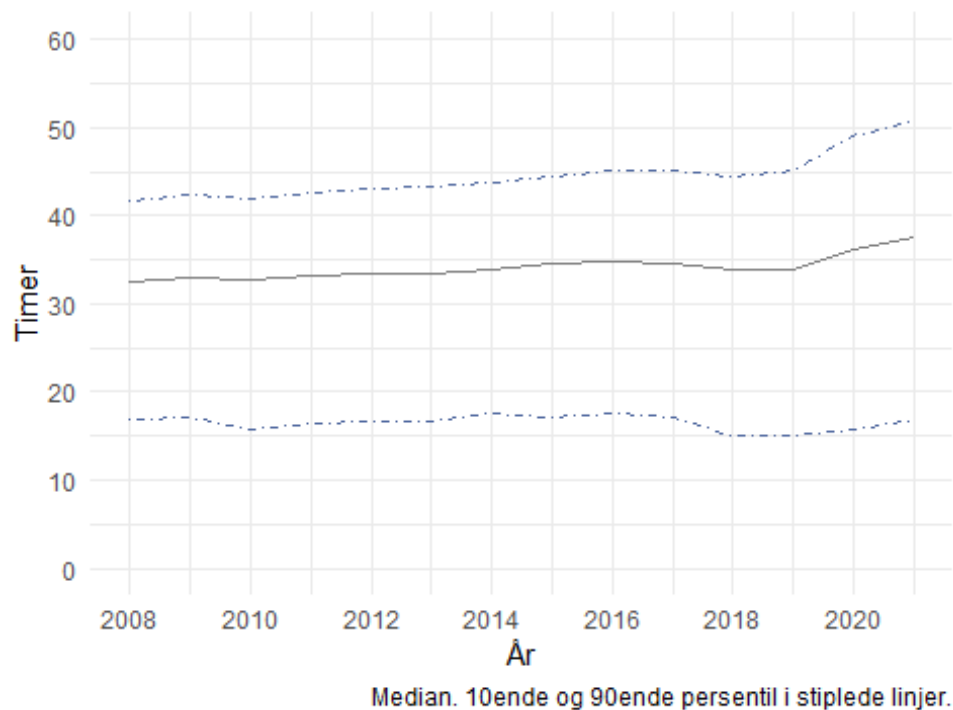
Tallgrunnlaget for figurene i dette delkapittelet ligger i vedlegg 7. I tillegg har vi lagt ved de samme tallene for årlig arbeidstimer, hvor vi ikke har delt tallet på antall arbeidsuker.

#### 5.1.1 Utvikling i arbeidstid per uke

Ifølge en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin oppga fastlegene i en spørreundersøkelse i 2018 å jobbe 52,2 timer per uke (median)(5). Vi forsøker her å anslå fastlegers arbeidstid ved å bruke takster fra KUHR. Vi beregner ukentlig arbeidstid for hver fastlege ved å summere alle unike timer i året med aktivitet i KUHR, for å så dele det på antall arbeidsuker. For nærmere beskrivelse se forklaring i 4.2.

Figur 1 viser utvikling i antall arbeidstimer per uke for alle fastleger i perioden 2008-2021 (inkludert deltid). I 2021 estimerer vi fastlegenes arbeidstid per uke til 39 timer (median). Antall arbeidstimer per uke har økt fra 34 timer i 2008 til 35 timer i 2019. Fra 2019 til 2021 skjer det en ytterligere økning i arbeidstimer til 39 timer. Det er også stor variasjon mellom fastlegene. De 10 % av fastlegene som jobber minst, jobber under 19 timer i uka – mens de 10 prosentene som jobber mest, jobber over 53 timer i uka.

Figur 1 Antall arbeidstimer per uke i persentiler, 2008-2021



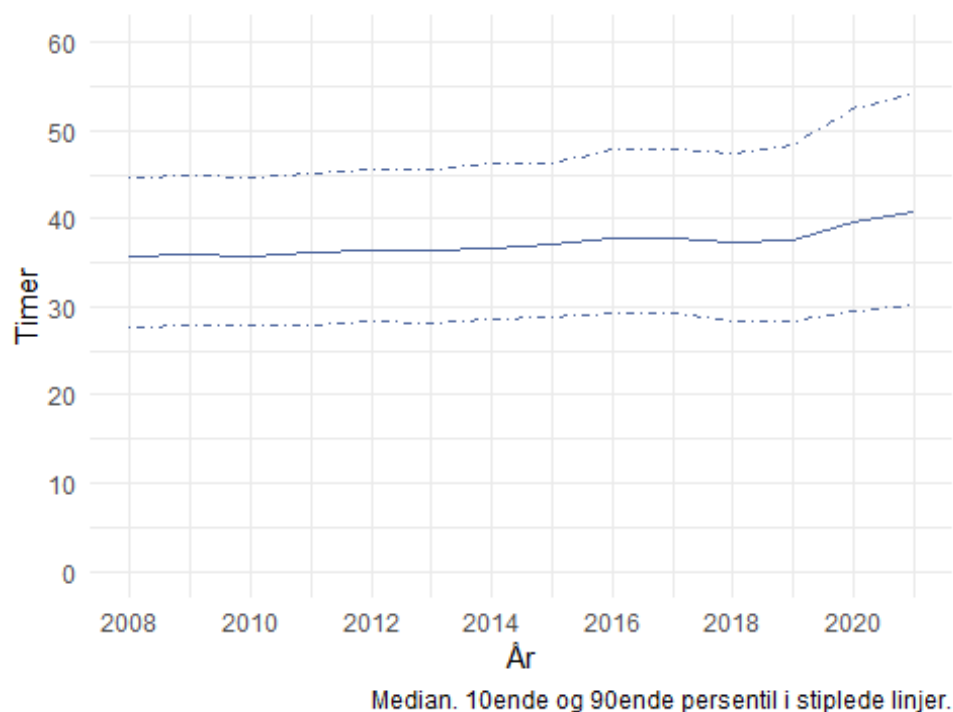
Kilde: KUHR og FLO

Denne fordelingen tar ikke hensyn til at noen fastleger kan kombinere fastlegearbeid med annet arbeid, slik som arbeid på helsestasjon eller sykehjem. Vi har derfor gjort den samme analysen for fastleger som vi antar jobber tilnærmet fulltid, det vil si leger som har minst 200 dager i året med minst én registrert takst.

Figur 2 viser estimerte ukentlige arbeidstimer for fastleger som jobber tilnærmet fulltid, og viser lignende tendenser som Figur 1. Median arbeidstid er i 2021 41 timer uka. De 10 % av legene som jobber mest, jobber 54 timer i uka, mens de 10 % som jobber minst jobber 30 timer i uka.



Figur 2 Antall arbeidstimer per uke for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i perioden 2008-2021



Kilde: KUHR og FLO

### 5.1.2 Utvikling i antall arbeidsdager per år

Vi har også undersøkt antall arbeidsdager per år og benytter to ulike metoder for å estimere antall arbeidsdager:

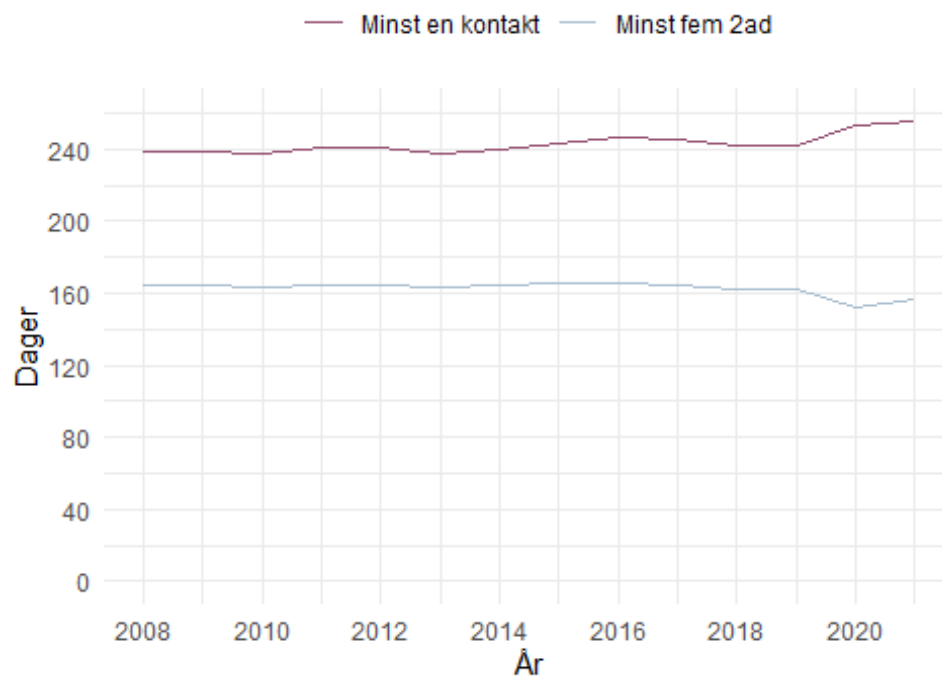
1. Alle dager med jobb: minst én kontakt regnes som en arbeidsdag.
2. Kurative arbeidsdager: en dag med minst fem 2AD-konsultasjoner telles som en arbeidsdag.

Begge beregningsmetoder viser et jevnt antall arbeidsdager i perioden før 2020. I henhold til den første beregningsmetoden (alle dager med jobb), estimeres antall arbeidsdager i året til 240 (median) i perioden 2008 til 2019, med en økning til over 250 fra 2019 til 2021. I henhold til den andre beregningsmetoden (antall kurative arbeidsdager), har fastlegene også hatt en jevn utvikling i perioden 2008-2019, med rundt 160 arbeidsdager i året (median). Men fra 2020 synker antall arbeidsdager. De to metodene viser altså motsatt resultat i pandemiperioden, med et noe økt antall dager med minst én kontakt, men færre dager med minst 5 pasientkonsultasjoner.

Endringene i antall arbeidsdager skjer i en periode med pandemi der bruken av e-konsultasjon øker. Det er dermed vanskelig å si om de observerte endringene i denne perioden skyldes en varig endring i arbeidsforhold, om det er en midlertidig endring i

forbindelse med pandemien, eller – kanskje mest sannsynlig – at det skyldes at legene nå gis mulighet til å fordele arbeid over flere dager på grunn av bedre mulighet til å jobbe hjemmefra.

Figur 3 Antall arbeidsdager per fastlege i året over tid, median

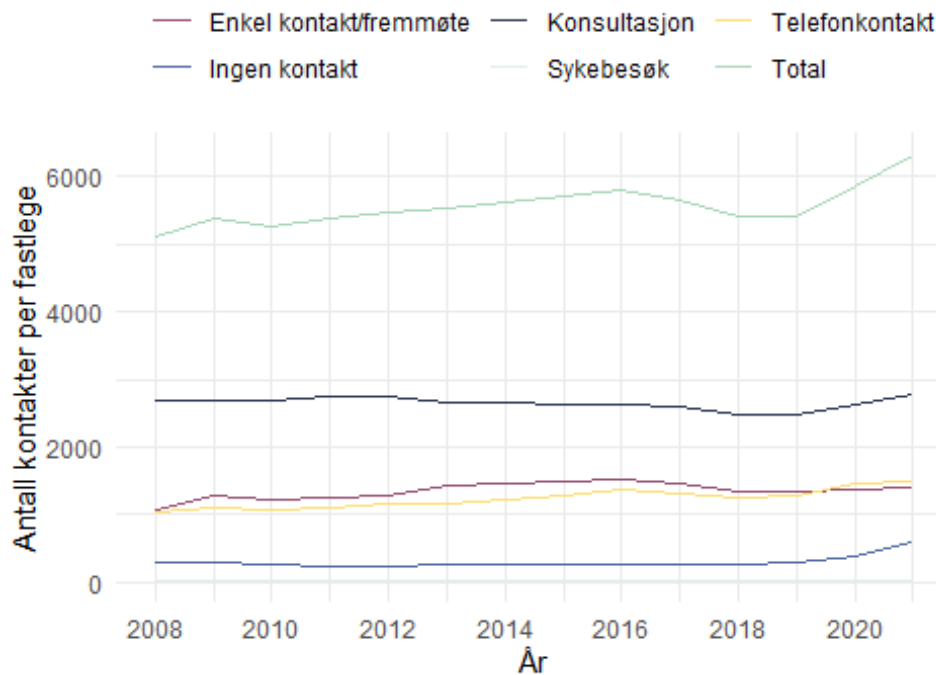


Kilde: KUHR og FLO

### 5.1.3 Utvikling i antall pasientkontakter per fastlege

Figur 4 viser utvikling i gjennomsnittlig antall kontakter per fastlege fordelt på ulike kontakttyper over år. Den viser en økning i antall årlige kontakter fra 5115 kontakter i 2008 til 6302 kontakter i 2021.

Figur 4 Gjennomsnittlig antall kontakter over år per fastlege, per kontakttype



Kilde: KUHR og FLO

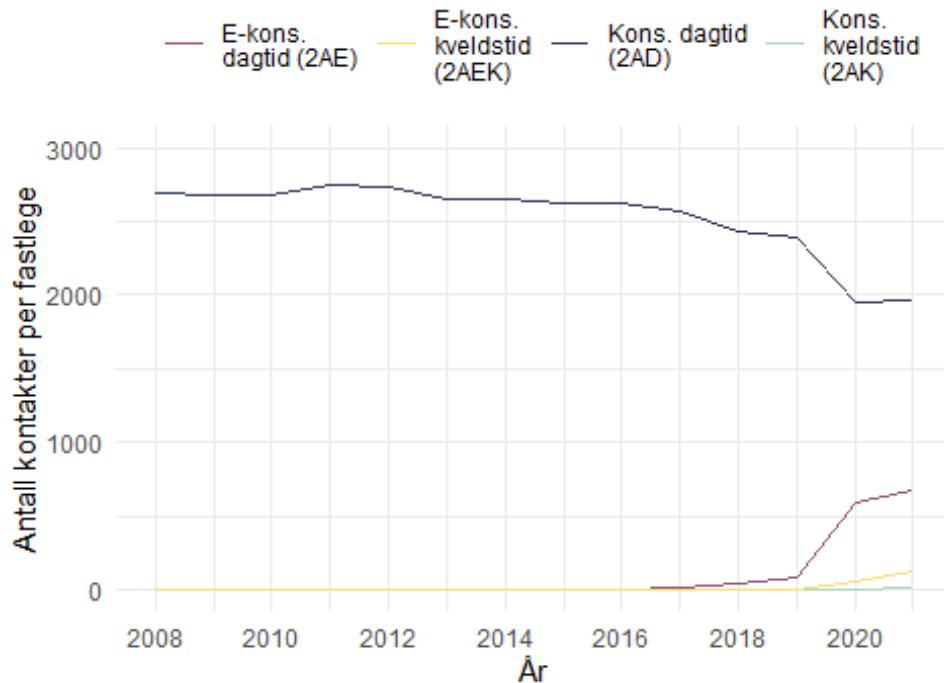
Dette kan indikere at fastlegenes totale arbeidsmengde har økt, men det er likevel ikke nødvendigvis et en-til-en-forhold mellom antall kontakter og arbeidsmengde. Dette er blant annet fordi det er ulikt hvor mye tid og ressurser fastlegene bruker for hver takst - og dette endres over tid.

Alle de ulike kontakttypene har økt noe i perioden, men med litt ulikt mønster. Kontakttypene «Ingen kontakt» og «Konsultasjon» har kun økt de siste to årene, mens «Telefonkontakt» og «Enkel kontakt» har økt jevnt i løpet av hele perioden.

Konsultasjoner utgjør cirka 45 prosent av det totale antallet pasientkontakter. Dersom vi ser nærmere på utviklingen i antall konsultasjoner over år, ser vi at antall vanlige konsultasjoner (2AD) har blitt redusert, mens antall e-konsultasjoner (2AE) har økt. E-konsultasjoner utgjorde i 2020 og 2021 cirka 25 prosent av alle konsultasjoner.

Figur 5 viser hvordan andelen e-konsultasjoner øker samtidig som andelen vanlige konsultasjoner går ned.

Figur 5 Gjennomsnittlig antall pasientkontakter over år per fastlege, per takst innenfor konsultasjoner og e-konsultasjoner på dag- og kveldstid



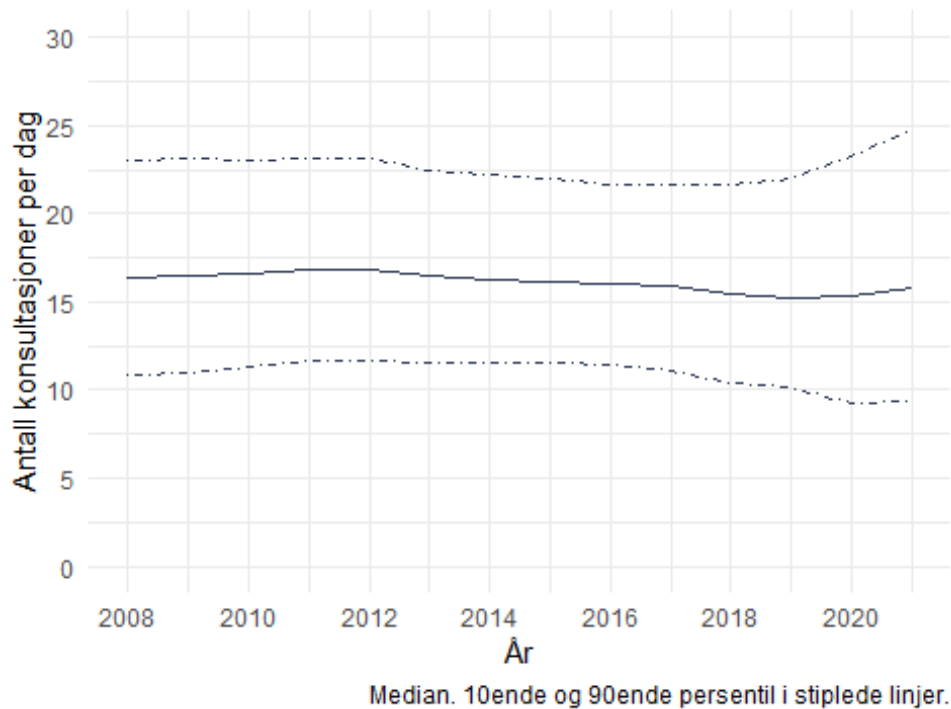
Kilde: KUHR og FLO

Vanlige konsultasjoner på dagtid har vært den dominerende konsultasjonstypen, men har sunket gradvis fra 2688 til 2386 konsultasjoner per lege i perioden 2008-2019. I 2020 sank antallet betydelig og holder seg under to tusen konsultasjoner i 2021. Parallelt økte bruken av e-konsultasjoner på dagtid (600 per lege) og kveldstid (100 per lege) i perioden 2019-2021. Vanlige konsultasjoner på kveldstid forekommer sjelden, med rundt 10 konsultasjoner årlig per fastlege.

Figur 6 viser utviklingen i antall konsultasjoner (vanlige konsultasjoner (2AD) og e-konsultasjoner (2AE)) på arbeidsdager med mer enn fem vanlige konsultasjoner. Vi har satt kriteriet om minst fem vanlige konsultasjoner for å kun ta med «vanlige» kurative dager. Fastlegene har mellom 15 og 16 konsultasjoner i median, men det er stor variasjon mellom legene. De ti prosent av fastlegene med flest konsultasjoner har over 24 konsultasjoner per dag, mens de ti prosentene med færrest konsultasjoner har under 10 konsultasjoner om dagen.

Medianen er nokså uforandret fra 2008 til 2021, men de siste årene har variasjonen mellom leger økt noe. Dette kan ha sammenheng med at noen leger i større grad benytter e-konsultasjon.

Figur 6 *Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2AD, i persentiler over år*



Kilde: KUHR og FLO

## 5.2 Har innholdet i konsultasjonene endret seg?

For å undersøke utvikling i innholdet i konsultasjonene har vi undersøkt følgende:

- utvikling i konsultasjonsvarighet
- utvikling i antall takster brukt per konsultasjon
- utvikling i antall konsultasjoner etter alderskategorier
- utvikling i antall konsultasjoner etter diagnosekategorier

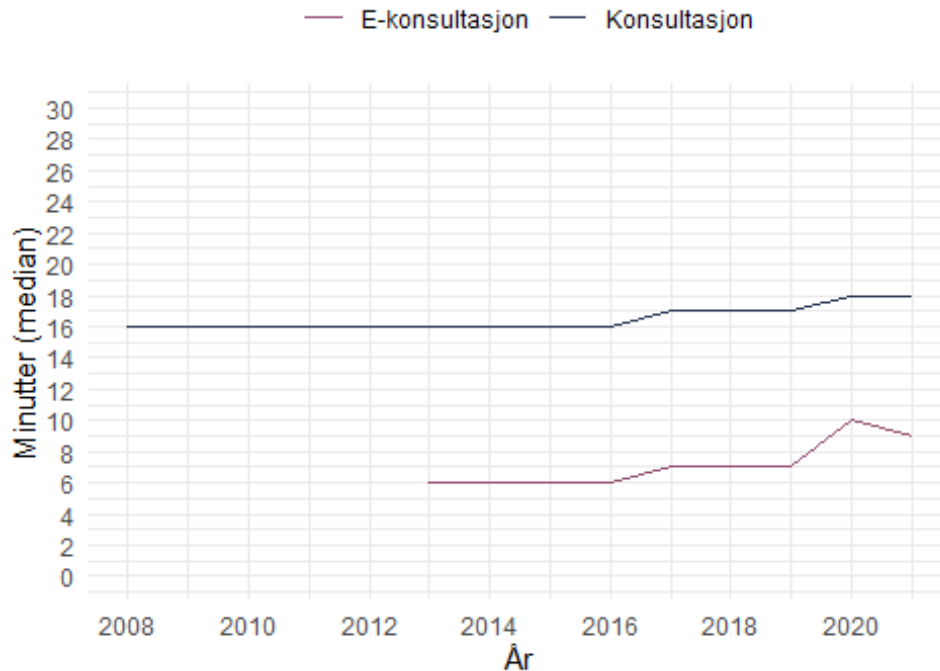
Disse målene kan indikere hvorvidt innholdet i konsultasjonene har endret seg i løpet av observasjonsperioden. Vi har undersøkt dette ved å estimere konsultasjonstid for konsultasjoner og e-konsultasjoner, telle antall takster per konsultasjon over år og benytte oss av åpne SSB-data over aldersgrupper og diagnosekategorier hos fastlegen.

### 5.2.1 Konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner (2AD) og e-konsultasjoner (2AE) på dagtid

Konsultasjonstiden for vanlige konsultasjoner (2AD) har etter våre beregninger økt med rundt to minutter i løpet av perioden 2008-2021 (Figur 7). Konsultasjonstiden var stabil i perioden 2008-2016, for så å øke med ett minutt i hhv. 2017 og 2020. Konsultasjonstiden for e-konsultasjoner er beregnet for alle år hvor det er gjennomført e-konsultasjoner. Det er imidlertid svært få e-konsultasjoner i årene før 2020. I årene før 2020, estimeres

konsultasjonstiden for e-konsultasjoner til mellom 6 og 8 minutter, mot 9-10 minutter i 2020 og 2021.

Figur 7 Utvikling i median konsultasjonstid 2AD og 2AE

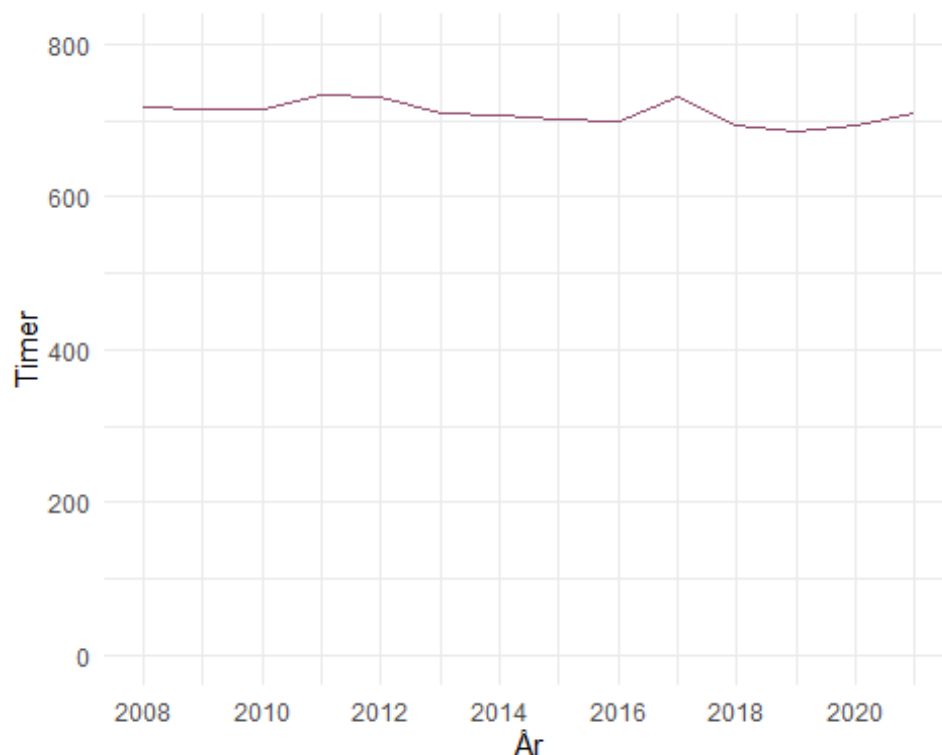


Kilde: KUHR og FLO

Med utgangspunkt i utvikling i antall og varighet av konsultasjoner og e-konsultasjoner over år, har vi beregnet gjennomsnittlig antall timer brukt på alle pasientkonsultasjoner.

Figur 8 viser antall timer fastlegene har brukt på alle pasientkonsultasjoner. Den totale tiden fastlegene bruker på pasientkonsultasjoner har vært stabil på rundt 700 timer i året i hele perioden.

Figur 8 Gjennomsnittlig antall timer brukt på konsultasjoner og e-konsultasjoner fra 2008-2021(2ad, 2ae, 2ak og 2aek)



Kilde: KUHR og FLO

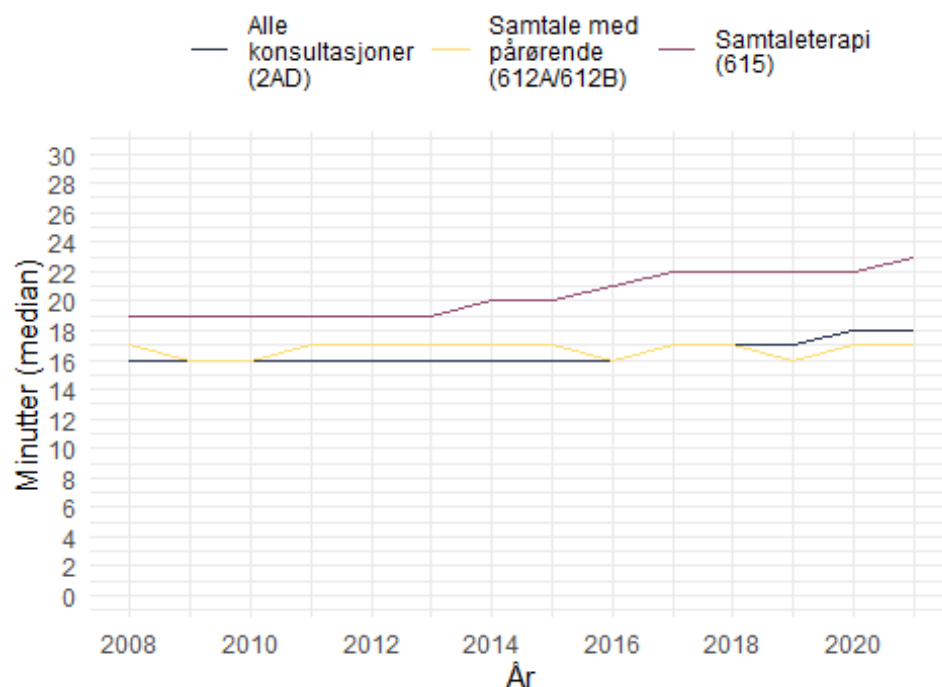
Den stabile trenden kan skyldes at en vanlig konsultasjon har en median varighet på 18 minutter, mens en e-konsultasjon har en median varighet på 9 minutter. Selv om fastlegene har noe flere konsultasjoner, betyr ikke dette at fastlegene har brukt mer tid på konsultasjoner – økningen i antall konsultasjoner har skjedd blant e-konsultasjoner og e-konsultasjoner tar halvparten så lang tid som vanlige konsultasjoner.

### 5.2.2 Konsultasjonstid for utvalgte typer konsultasjoner

Vi har sett på utviklingen i varighet av konsultasjoner der henholdsvis takst 2AD (vanlig konsultasjon), 615 (samtaletterapi) og 612 (samtale med pårørende) er brukt. Vi har valgt å se spesifikt på disse takstene fordi regler for bruk har vært endret gjennom observasjonsperioden.

Før 2014 var det ikke mulig å kombinere takst 615 (samtaletterapi) med takst 2CD (tidstakst). Vi ser at da denne kombinasjonen ble tillatt, økte varigheten av konsultasjoner med takst 615. Til sammenligning ser vi på takst 612 (samtale med pårørende). Denne taksten har ikke vært mulig å kombinere med tidstakst, og her ser vi ingen tilsvarende økning i konsultasjonsvarighet gjennom perioden. Generelt har konsultasjonsvarighet for 2AD økt noe gjennom perioden, men uten en tilsvarende rask økning som den vi ser for 615. 2AD kan kombineres med tidstakst, og i observasjonsperioden har kompensasjonen for tidstakst økt gradvis.

Figur 9 Utvikling i median konsultasjonstid utvalgte typer konsultasjoner - samtaleterapi og samtale med pårørende

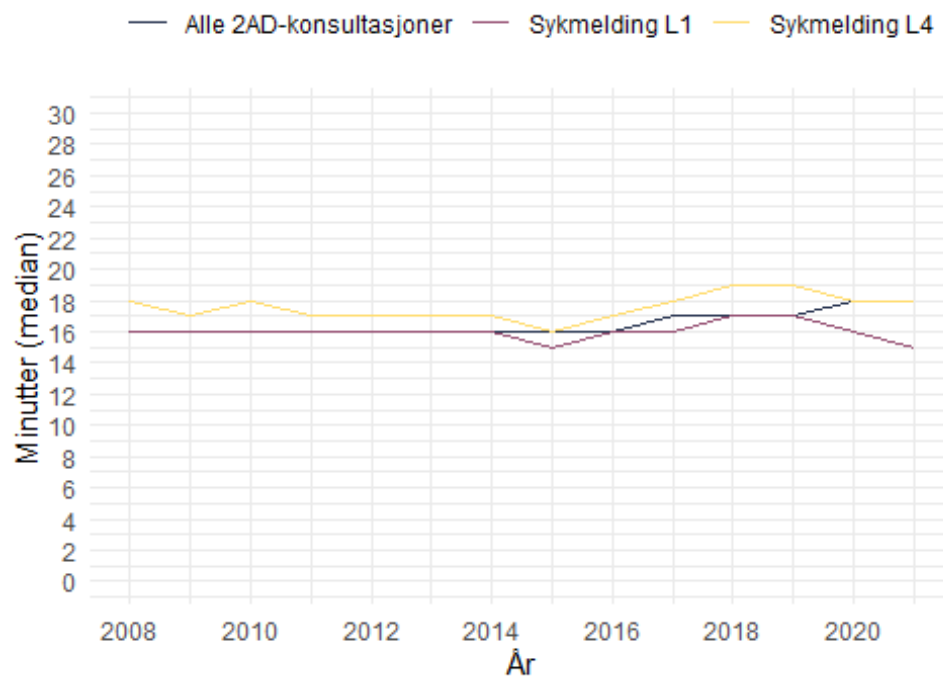


Kilde: KUHR og FLO

Vi har også undersøkt utvikling i konsultasjonstid for sykmeldingskonsultasjoner, mer spesifikt når L1 og L4 er benyttet i kombinasjon med kontakttype 3 (Figur 10). L1 benyttes ved en vanlig sykmelding og L4 benyttes i utfylling av utdypende opplysninger ved spesifikke tidspunkt i et sykmeldingsforløp. Konsultasjonstiden for konsultasjoner hvor takst L1 eller L4 er brukt, ser ut til å ha vært relativt stabil, og skiller seg ikke veldig fra utvikling i konsultasjonstiden for 2AD-konsultasjoner generelt.



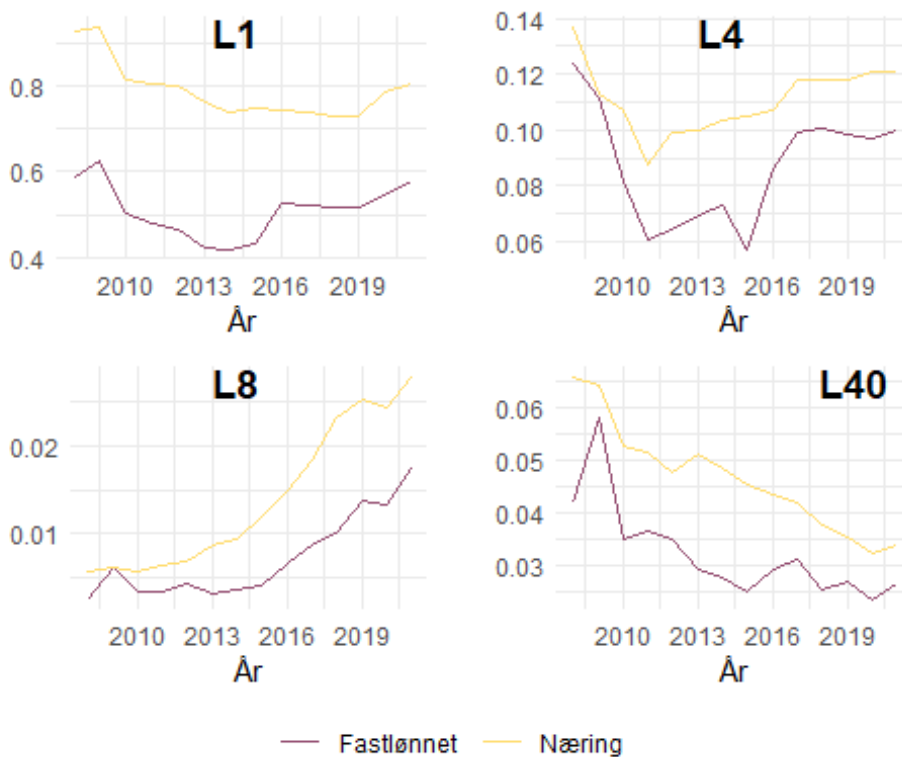
Figur 10 Utvikling i median konsultasjonstid utvalgte typer konsultasjoner - sykmelding (L1 og L4)



Kilde: KUHR og FLO

Figur 11 viser andel sykmeldingstakster per listepasient i arbeidsfør alder etter finansieringsmodell over år. Figuren viser også andel takst L8 (besvarelse av forespørsel fra NAV om tilleggsopplysninger eller ved søknad om unntak for arbeidsgiveransvar) og L40 (utfylling av legeerklæring ved arbeidsuførhet).

Figur 11 Utvikling i andel sykmeldingstakster



Kilde: KUHR og FLO

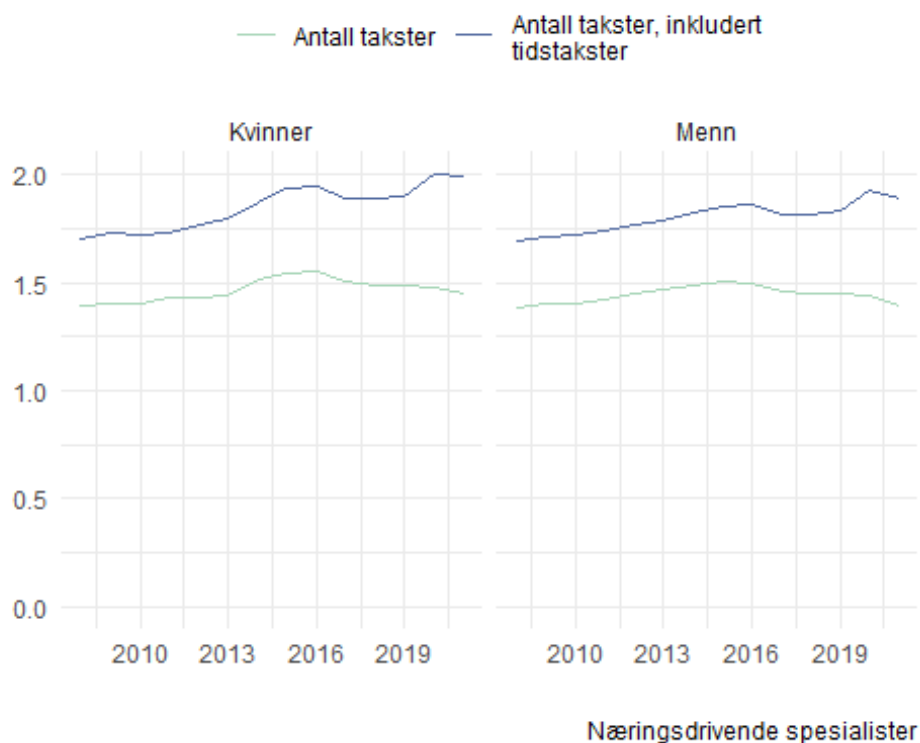
De ulike sykmeldingsrelaterte takstene har litt ulik trend i bruk over år, men felles er at næringsdrivende fastleger bruker disse takstene hyppigere per innbygger på lista enn fastlønnede fastleger. Dette kan kanskje i noen grad forklares av undertaksting blant fastlønnede. Det er også mulig at det forekommer seleksjonseffekter som medfører ulik demografi i pasientpopulasjonen for fastlønnede og næringsdrivende leger. Samtidig vet vi at fastlønn benyttes oftere i rurale områder hvor sykmeldingsnivået normalt er høyere. Funnene er dessuten i tråd med tidligere forskning fra Frischsenteret som viste en antatt årsakssammenheng mellom finansieringsmodell og sykmeldingspraksis (9), og anslag om at dersom alle norske fastleger hadde hatt fastlønn ville sykefraværet vært 3-4 % lavere.

### 5.2.3 Antall takster per konsultasjon

Når vi teller antallet takster per konsultasjon, utenom vanlig konsultasjonstakst og spesialist- og doktorgradstillegg, ser det ikke ut til at antallet takster per konsultasjon har økt i perioden. Dersom vi inkluderer tidstakster i tellingen, har antallet takster per konsultasjon økt noe.

Figur 12 viser antall takster per konsultasjon over år for kvinnelige og mannlige næringsdrivende spesialister. Det er antydning til at kvinner takster noe mer per konsultasjon enn menn, og særlig når tidstakster er inkludert i tellingen. Dette er som forventet fordi kvinner også har noe lengre konsultasjoner enn menn.

Figur 12 Antall takster per konsultasjon (median)

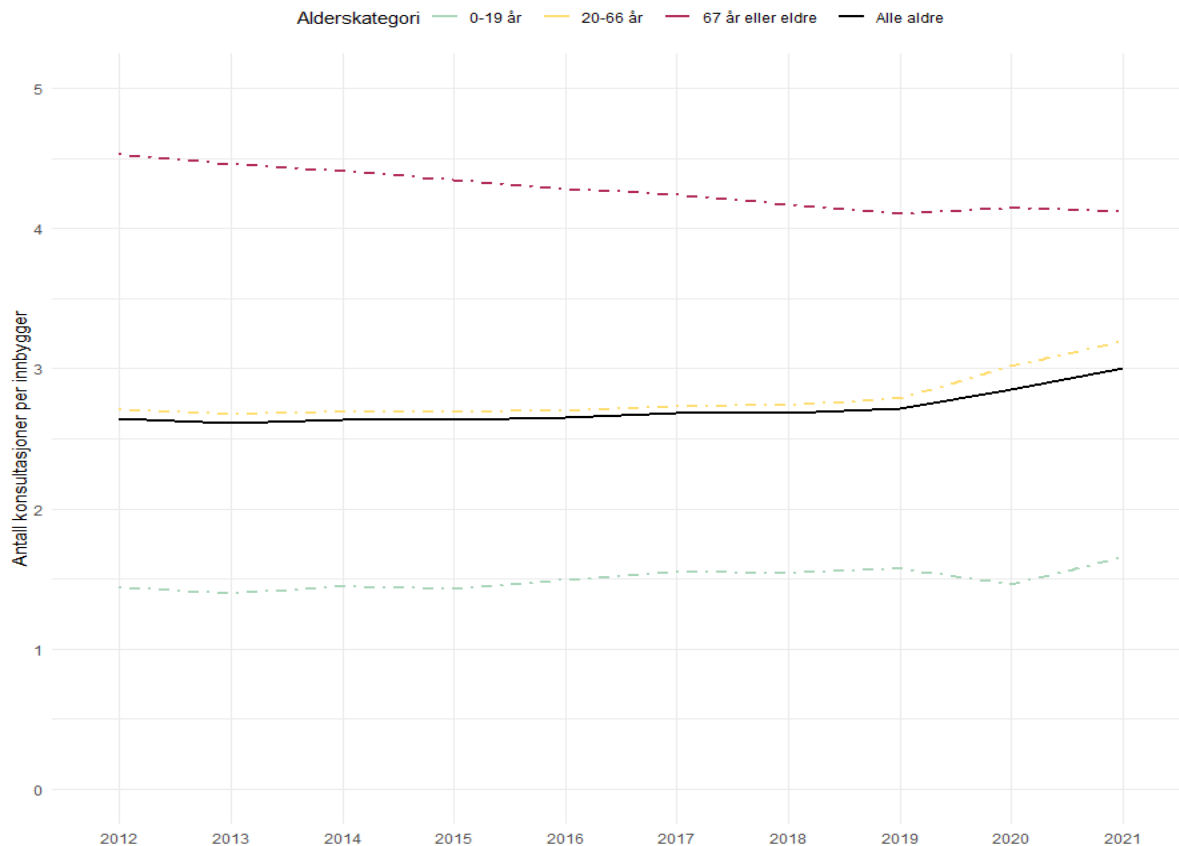


Kilde: KUHR og FLO

#### 5.2.4 Endringer i pasientgrupper

For å belyse fastlegenes arbeidshverdag har vi også sett på utvikling i hvilke pasientgrupper som oppsøker legen. De neste to figurene viser henholdsvis utvikling i aldersgrupper over år og utvikling i utvalgte diagnosegrupper over år, og er basert på åpne aggregerte data fra SSB.

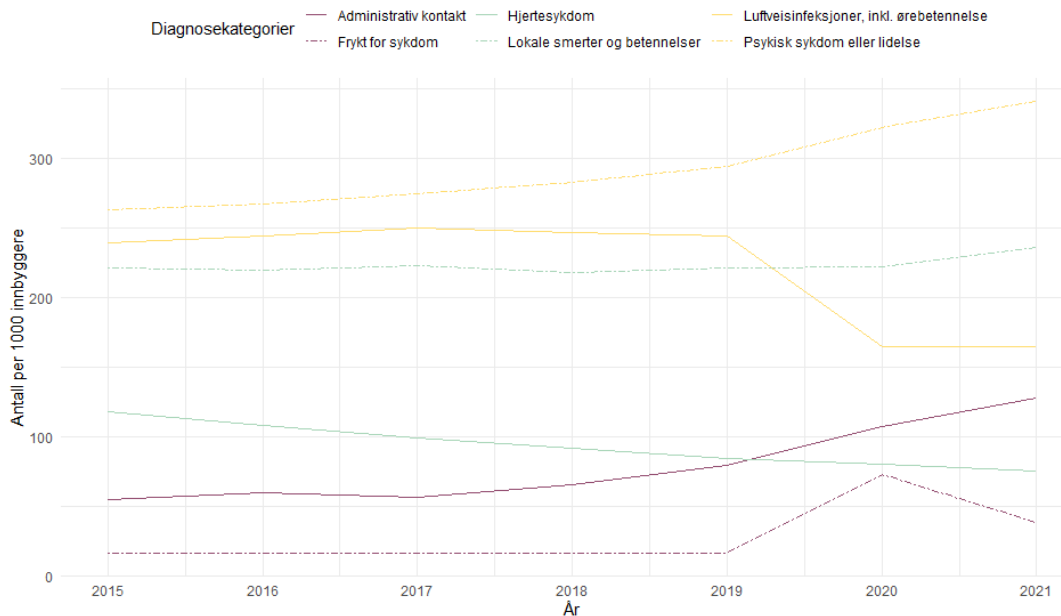
Figur 13 Antall konsultasjoner per pasient, fordelt på aldersgrupper over år



Kilde: SSB

Figur 13 viser antall konsultasjoner per person per år fordelt på aldersgrupper. Voksne i arbeidsfør alder (20-66 år) har holdt et jevnt nivå fra 2015 til 2019, men øker sine kontakter i 2020 og 2021. Dette kan antakelig henge sammen med økningen i bruk av e-konsultasjoner disse årene. Personer over 67 år har flest konsultasjoner per år og synkende trend, mens barn og ungdom i alderen 0-19 år har en svakt økende trend i perioden 2012-2021. I vedlegg 19 vises trendene fordelt på flere aldersgrupper. Der kan man se at ungdom i videregående skolealder (16-19 år) økte sine kontakter fra 2016 til 2019. Dette er samtidig som fraværsgrensen ble innført for elever i videregående skole. I 2020 ble fraværsgrensen midlertidig opphevet (10), og vi ser et tilsvarende midlertidig fall i antall konsultasjoner for denne aldersgruppen (se vedlegg 19).

Figur 14 Antall konsultasjoner per 1000 innbyggere, fordelt på utvalgte diagnosekategorier over år



Kilde: SSB

Figur 14 viser utvikling i utvalgte diagnosekategorier over tid. Psykisk sykdom eller lidelse er den vanligste diagnosekategorien, og antallet konsultasjoner med slike diagnoser har økt gjennom hele perioden. Det har også vært en jevn økning av konsultasjoner som er definert som Administrativ kontakt. I 2020, året hvor Covid-19 brøt ut, faller Luftveisinfeksjoner markant, mens Frykt for sykdom øker. Dataene er hentet fra SSB og flere diagnosekategorier er utelatt fra figuren.

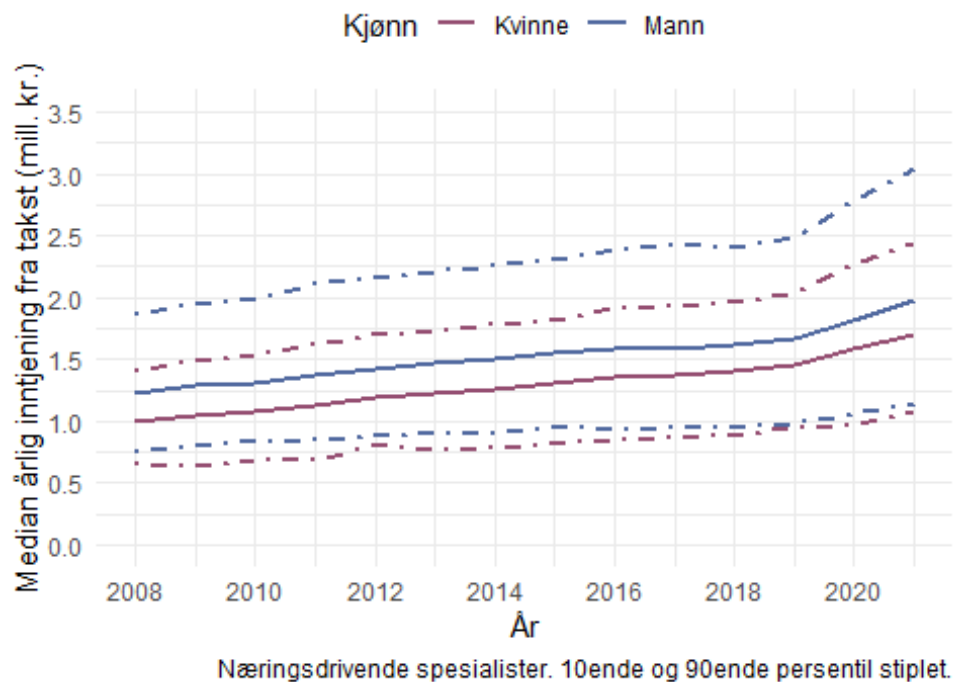
## 5.3 Utvikling i inntjening fra takstsystemet

### 5.3.1 Kjønnforskjeller i inntjening fra takster

En sentral utfordring i fastlegeordningen er rekruttering nye fastleger. Om lag 70 % av nyutdannede leger er kvinner. Selv om det lenge har vært en overvekt av kvinner blant norske medisinstudenter, var bare 55 % av fastleger under 35 år kvinner i 2021. Kvinnene er altså relativt sett underrepresentert blant fastleger. I en situasjon der man ønsker å rekruttere nye leger til allmennpraksis, kan det derfor være relevant med kunnskap om hvorvidt finansieringsmodellen kan bidra til dette. Det er tidligere vist at kvinner tjener mindre enn menn i andre stykkprisfinansierte næringer (11). Dette er – så vidt vi vet – ikke tidligere undersøkt blant selvstendig næringsdrivende fastleger.

I våre beregninger har vi kun sett på inntjening fra takstbruk. Kjønnforskjeller i inntjening som kan tilskrives kjønnforskjeller i basistilskudd som en følge av i listestørrelse er altså ikke tatt med.

Figur 15 Kjønnforskjeller i total inntjening fra takst, spesialister



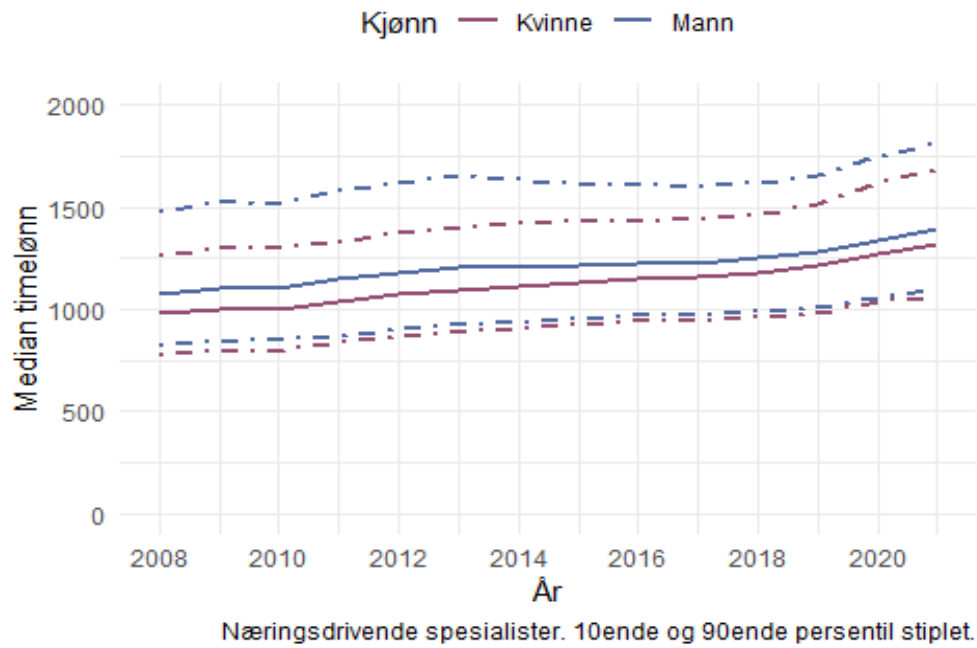
Kilde: KUHR og FLO

Vi finner at kvinnelige legers årlige inntjening var 23 % lavere enn mannlige legers i 2008 og 16 % lavere i 2021 (Figur 15).

En del av disse forskjellene skyldes at mannlige leger arbeider flere timer per år enn kvinner (både flere arbeidsdager og flere timer per dag). Vi har derfor også beregnet timelønn for mannlige og kvinnelige leger de dagene de faktisk er på jobb (inntjening i normalarbeidstid mellom 9 og 14 på arbeidsdager). I 2008 hadde kvinnelige leger en timelønn som lå cirka 10 prosent under timelønningen til mannlige leger. I 2020/2021 var forskjellen cirka 5-6 prosent.

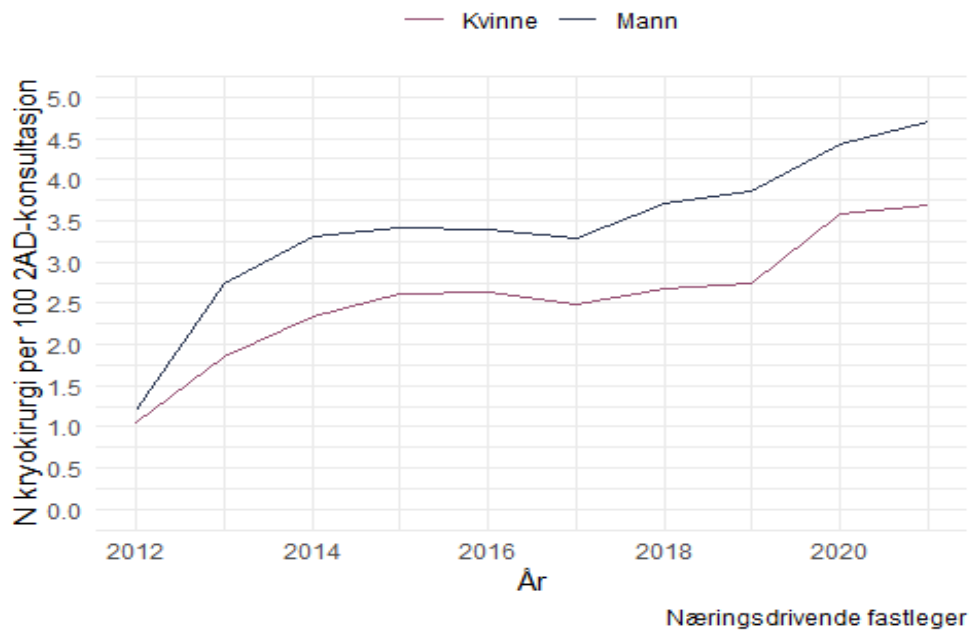
Kjønnforskjellen er noe høyere blant ikke-spesialister enn blant spesialister. Dette kan skyldes en seleksjonseffekt ved at de kvinnene som tjener best også fortsetter lengre som fastleger. Kjønnforskjellen er også konsistent over aldersgrupper.

Figur 16 Utvikling i timelønn, næringsdrivende spesialister



Kilde: KUHR og FLO

Figur 17 Kjønnforskjell i bruk av takst 111 (kryokirurgi) per hundre konsultasjoner (2AD)

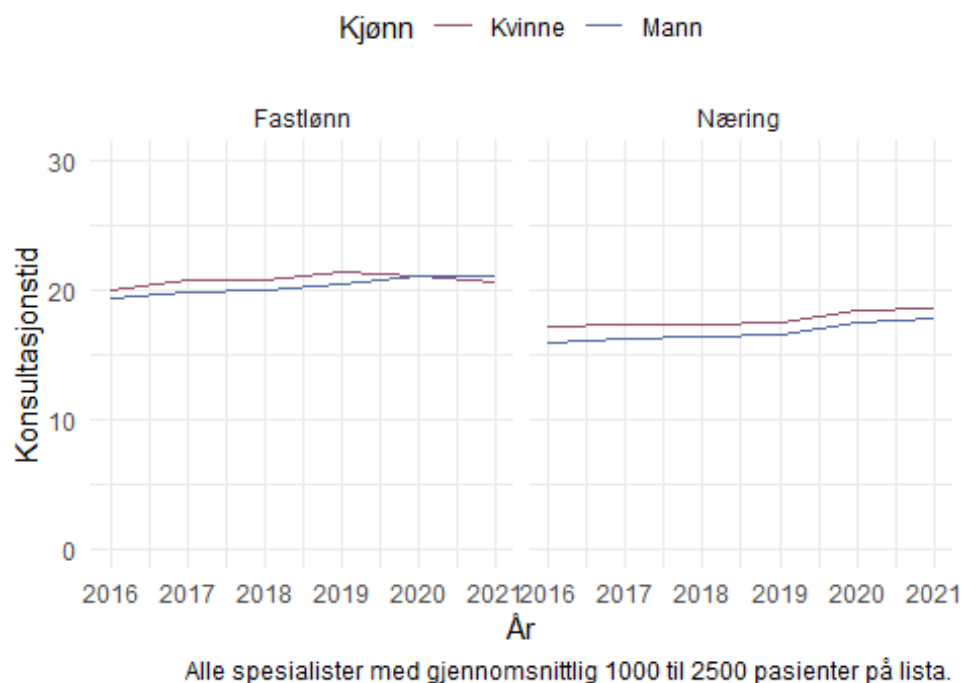


Kilde: KUHR og FLO

Noe av kjønnsforskjellen kan sannsynligvis skyldes at menn bruker mindre tid på pasientkonsultasjoner, og dermed kan ha flere konsultasjoner per time. En annen forklaring kan være at menn oftere bruker lønnsomme takster. Et eksempel på en lønnsom takst er 111 (kryokirurgi), som menn bruker vesentlig oftere enn kvinner (figur 17). Denne taksten kan skrives flere ganger for samme konsultasjon og blir derfor forholdsvis lønnsom om den repeteres.

Figur 18 viser kjønnsforskjeller i median konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner for næringsdrivende og fastlønnede spesialister i årene 2016-2021. Median konsultasjonstid er generelt sett høyere blant fastlønnede spesialister sammenlignet med næringsdrivende spesialister. Kjønnsforskjellen er også mindre blant de fastlønnede spesialistene, enn blant de næringsdrivende spesialistene. De siste årene finner vi ikke lenger noen betydelig kjønnsforskjell i konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger.

Figur 18 Utvikling i konsultasjonstid (2AD), fordelt på avlønningsform og kjønn



Kilde: KUHR og FLO

Blant de næringsdrivende fastlegene, er kjønnsforskjellen relativt konsistent over aldersgrupper (se vedlegg 22 og vedlegg 23). Vi har også undersøkt korrelasjon mellom legens alder og median konsultasjonstid, men det ser ikke ut til å være en særlig sterk korrelasjon (vedlegg 26).

### 5.3.2 Aktivitetsbasert finansiering og bruk av tidstakst (2CD)

Aktivitetsbasert finansiering er ment å stimulere til høy produktivitet, det vil si et høyt antall konsultasjoner. Normalt vil det dermed lønne seg for fastlegene å ha mange, korte



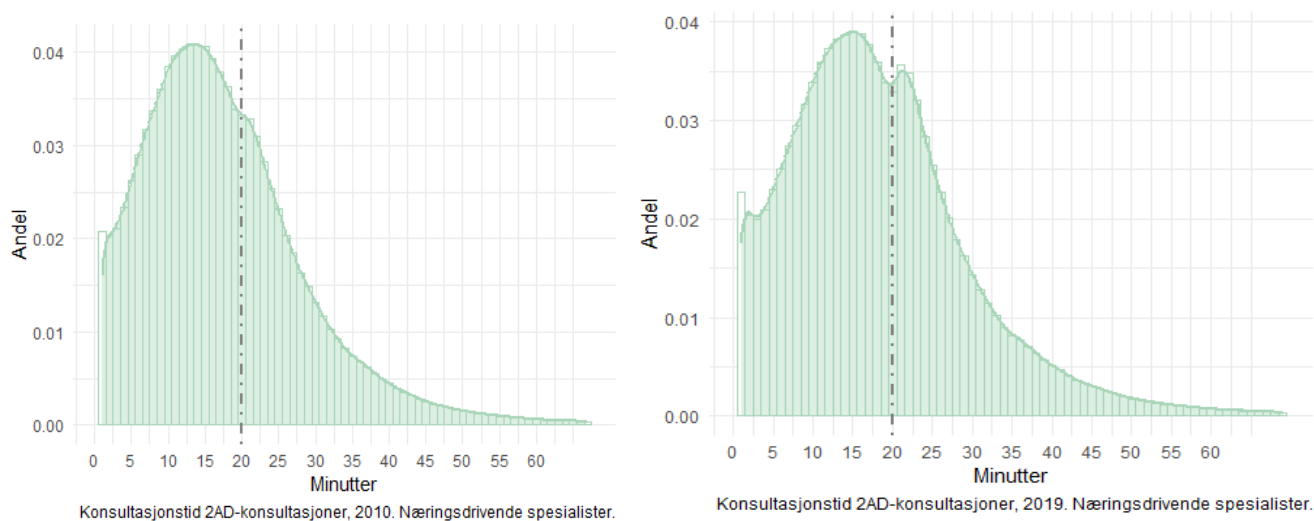
konsultasjoner. Vi finner at fastlegenes gjennomsnittlige konsultasjonstid for vanlige pasientkonsultasjoner (2AD), er negativt korrelert med både legens årlige inntjening (Pearson's R på -0,4 til -0,5) og timelønn (Pearson's R på -0.5 til -0.6) jf. vedlegg 27-vedlegg 30. Korrelasjonen er noe sterkere for spesialister sammenlignet med ikke-spesialister.

Tidstakst (2CD) er en takst fastleger kan bruke når en konsultasjon eller e-konsultasjon varer i over 20 minutter. Taksten kan deretter repeteres hvert kvarter (per påbegynte 15 minutter). Selv om dagens takstsystem insentiverer korte konsultasjoner, kan takstsystemet også insentivere til forlengelse av konsultasjoner når konsultasjonen først har vart i 17-18 minutter. I løpet av observasjonsperioden, har det skjedd endringer i både honoraret for tidstakst og muligheten for å kombinere tidstakst med andre takster med høyt honorar (vedlegg 18).

Vi har undersøkt fordelingen av konsultasjonstidene for konsultasjoner gjennomført av næringsdrivende fastleger og fastlønnede fastleger. I utgangspunktet vil man forvente at konsultasjonstidene er tilnærmet jevnt fordelt rundt en median- eller gjennomsnittsverdi.

I de senere år, finner vi imidlertid en to-puklet fordeling, med én topp rundt 15 minutter og en annen topp rundt 21 minutter for de næringsdrivende fastlegene. Toppen rundt 21 minutter er dessuten noe skjev, med en bratt stigning til venstre og en noe slakere form til høyre. Vi finner også at tendensen til en to-puklet kurve har økt i tydelighet gjennom observasjonsperioden fra 2008 til 2021 (Figur 19 illustrerer dette for årene 2010 og 2019, mens Figur 20 og 21 viser utviklingen over samtlige år i perioden). Det ser altså ut til å være noen færre konsultasjoner med varighet 17-19 minutter enn man kunne forvente, hvilket kan tilsi at noen konsultasjoner forlenges i tid når de nærmer seg 20 minutter. I Figur 19 er 20-minuttersgrensen markert med stiplet linje.

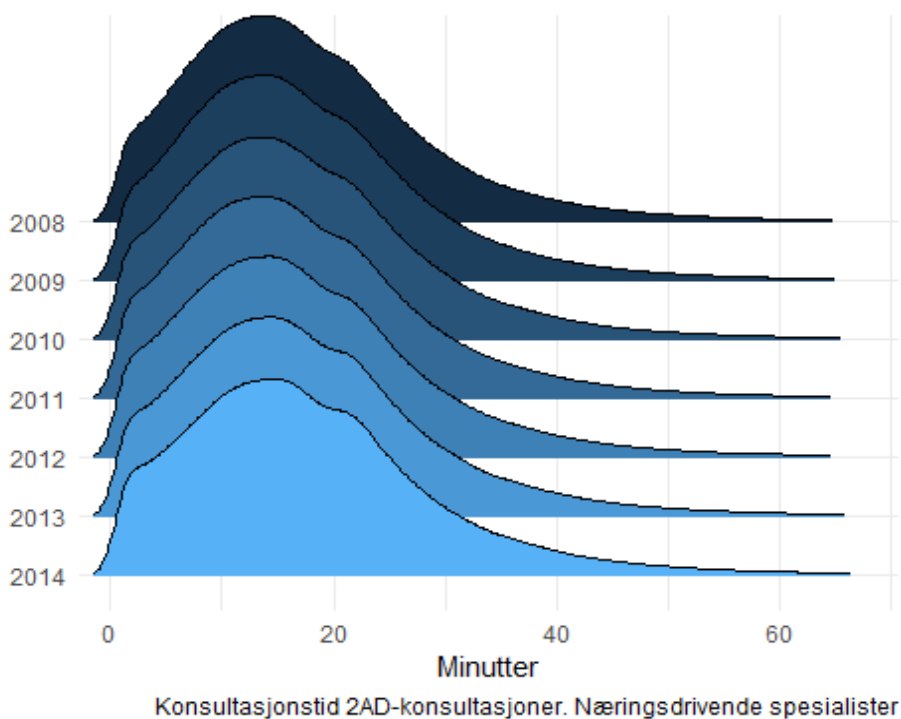
*Figur 19 Konsultasjonstid for 2AD-konsultasjoner i 2010 og 2019, fordeling*



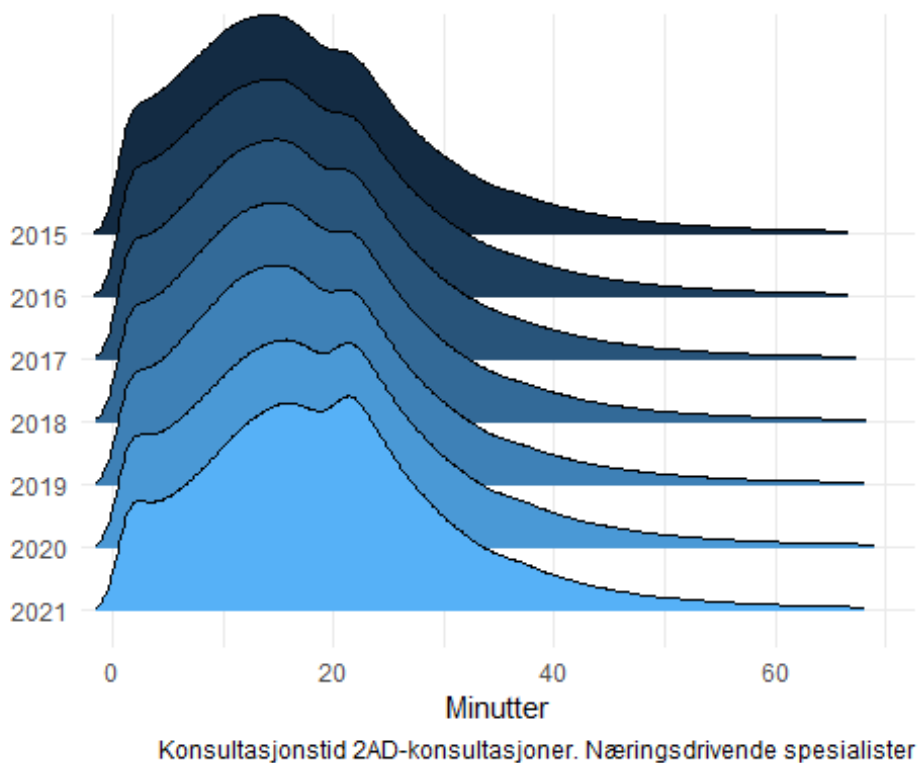
Kilde: KUHR og FLO

Figur 20 og 21 viser utviklingen over år for hhv. 2008-2014 og 2015-2021.

*Figur 20 Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2008-2014, fordeling*



*Figur 21 Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2015-2021, fordeling*

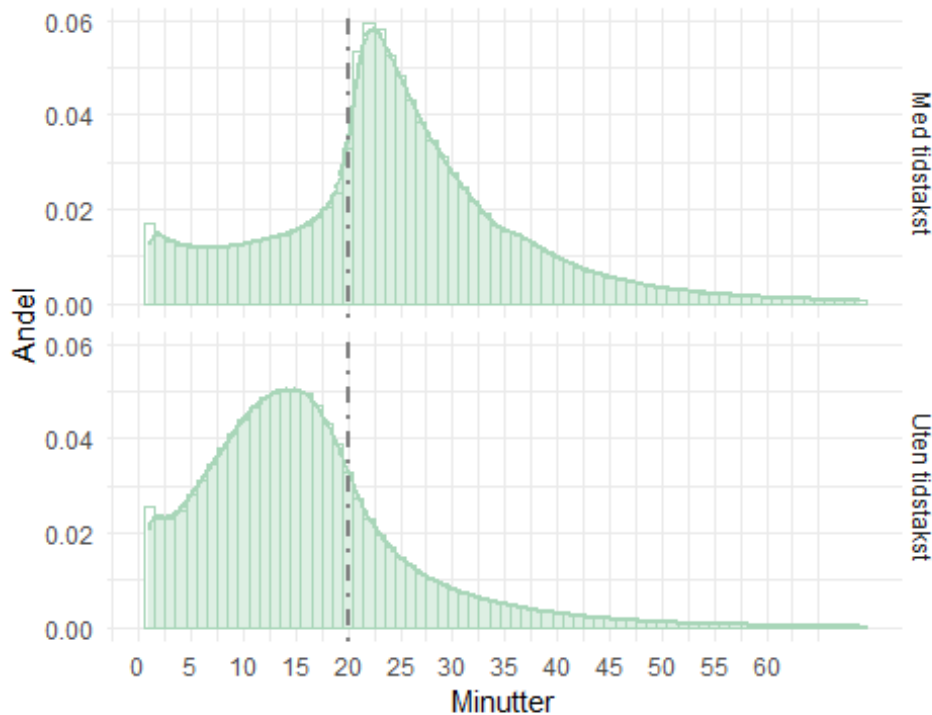


Tilsvarende to-puklet form finnes ikke blant de fastlønnede legene (vedlegg 32-vedlegg 34).

### 5.3.3 Lønnsom feilbruk av tidstakst

Når vi undersøker konsultasjonstid splittet på konsultasjoner hvor det er brukt versus ikke brukt tidstakst (jf. Figur 22), kan man se antydning til en tredje topp rundt 35 minutter, som er innslagspunktet for ny tidstakst.

Figur 22 Konsultasjonsvarighet for 2AD-konsultasjoner med og uten tidstakst, næringsdrivende spesialister, 2019



Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner, 2019. Næringsdrivende spesialister.

Kilde: KUHR og FLO

Av alle konsultasjoner der tidstakst er brukt er omtrent 25 prosent av konsultasjonene av varighet under 20 minutter. En forklaring på dette kan være tilfeldigheter i hvordan varighet er beregnet. Hvis en konsultasjon avbrytes fordi pasienten sendes til blodprøvetaking, og legen tar inn en annen pasient i mellomtiden før den første konsultasjonen fortsetter, vil dette kunne medføre feil i beregning av varighet. Slike registreringsfeil kan forekomme naturlig, og av denne grunn gir HELFO heller ingen automatisk avslag på regningskort med tidstakst og konsultasjonstid under 20 minutter.

Siden HELFO har begrensede muligheter til å føre kontroll på dette finnes det også rom for å føre uberettigede tidstakster for å tjene mer penger uten særlig risiko for sanksjoner. Vi har undersøkt om leger med en høy andel av tidstakstkonsultasjoner med estimert varighet under 20 minutter, har høyere inntjening. Dersom feilbruk av tidstakst kun skyldes tilfeldigheter, ville vi ikke forventet at det var en sammenheng mellom andel feilførte tidstakster og legens inntekt.

Vi finner imidlertid en positiv korrelasjon på  $r=0.341$  (Pearson's R) mellom slik feilbruk og fastlegens totale inntjening. For fastlønnede leger (som kan ha provisjon og dermed et økonomisk insentiv for feilføring, om enn svakere) er korrelasjonen mellom feilbruk av 2CD og øvrig takstbruk vesentlig lavere. Vi ser også at det å ha mange konsultasjoner som varer 17-19 minutter uten at 2CD er brukt, er sterkt negativt korrelert med både totalinntekt (-0,459) og timelønn (-0,532), mens det å ha mange konsultasjoner som varer 20-22 minutter med bruk av 2CD er positivt korrelert (hhv 0,192 og 0,29), jf. vedlegg 35.

Det er vanskelig å si hvor stor andel av konsultasjonene som har feil tidsestimat, og dermed hvor stor usikkerhet det er knyttet til korrelasjonen. Men vi ser at andelen konsultasjoner *uten* tidstakst som varer over 20 minutter er betydelig lavere enn andelen konsultasjoner *med* tidstakst som varer under 20 minutter.

Den norske stykkprisfinansieringsmodellen baserer seg på legenes bruk av takster, og dette er i all vesentlighet et tillitsbasert system. Det finnes rundt 140 takster som kan anses relevante for en vanlig allmennpraktiserende lege. De fleste takster kan i beste fall kontrolleres av i noen grad av HELFO ved gjennomgang av journalnotat. Tidstaksten er en av de få takstene der bruken også kan vurderes ved å analysere registerdata. Når vi finner tegn til at det forekommer feilbruk av tidstakst, er det grunn til å tro at dette også forekommer for andre takster som i større grad er skjønnsbaserte.

## 6. Diskusjon

### Fastlegenes arbeidstid

Vår undersøkelse finner en median arbeidstid på 41 timer i 2021 for leger som jobber fulltid, med stor variasjon mellom fastleger. Trenden er økende over tid, og det meste av økningen i arbeidstid skjedde under pandemien (fra 36 timer i 2008 til 38 timer i 2019, og videre til 41 timer i 2021).

Analysene viser at fastlegenes arbeidstid har endret seg forholdsvis lite i perioden 2008 til 2019, altså til like før pandemien. Dette står i kontrast til andre studier basert på selvrappotering, som antyder en sterkt økt arbeidsbelastning og en høyere absolutt arbeidstid på fastlegene i perioden (5). Det er svakheter ved begge metodene. Metoden vi bruker har sin naturlige begrensning ved at den ikke teller arbeid som ikke kan takstes, og annet arbeid utenom fastlege- og legevaktsarbeid, slik som arbeid på helsestasjon eller sykehjem. På motsatt side er det sannsynlig at vår metode overestimerer arbeid på kveld og helg, fordi en enkelt takst vil registreres som en hel times arbeid. Ved spørreundersøkelser er det vanlig at både seleksjonsskjevhet og selvrappoteringsfeil kan påvirke resultatet (se side 26 i Menon economics' rapport på oppdrag fra Legeforeningen (12)).

Estimeringen er sårbar for endringer i arbeidstid på kveld og helg. Særlig kan vi ha overestimert økningen i arbeidstid under pandemien, fordi e-konsultasjoner hadde en kraftig økning. Det er blant annet grunn til å tro at en økende digitalisering har økt fastlegenes mulighet til å takste og jobbe hjemmefra på kveld og i helger. En økning i arbeidstid over tid kan derfor ha sammenheng med nye muligheter for hjemmearbeid (f.eks. e-konsultasjoner) og nye muligheter til taksting på kvelden (som tidligere kan ha blitt registrert på kontoret dagen etter). Vi ser det derfor som sannsynlig at økningen i arbeidstid under pandemien er noe mindre enn det vi har observert ved vår beregningsmåte.

### Fastlegenes arbeidshverdag

I legenes arbeidshverdag er noe i endring og annet stabilt. Vi ser en økning i alle kontakttypene vi har undersøkt. Det kan tyde på at fastlegene har fått mer å gjøre av de fleste oppgaver, men en økning i antall kontakter kan ikke nødvendigvis tolkes som en økning i arbeidsmengde. Selv om det har skjedd en økning i antall totale konsultasjoner i 2020 og 2021, har ikke dette ført til en særlig økning i tid brukt på konsultasjoner generelt. Det er fordi mange av de vanlige konsultasjonene har blitt erstattet av e-konsultasjoner som varer ca. halvparten så lenge.

For diagnosekategorier ser vi en økning over tid i «Psykisk sykdom eller lidelse» og «Administrativ kontakt». «Luftveisinfeksjoner» faller dramatisk og «Frykt for sykdom» øker kraftig i 2020. For endringene i diagnosekategoriene spesielt, men også gjennomgående i notatet, er det viktig å forsøke å skille mellom hva som er langsiktige trender over år, og hva som er rask økning grunnet noen spesielle pandemi-år. De to førstnevnte ser ut til å henge sammen med større utviklingstrender, mens de to sistnevnte sannsynligvis er et direkte

resultat av pandemien og tiltakene. Om de raske endringene i 2020/2021 er starten på nye trender, eller om det er forbigående hopp er vanskelig å vurdere.

Vi finner at konsultasjonstiden for vanlige pasientkonsultasjoner har økt med to minutter fra 2008 til 2021, som kan gi grunn til å tro at konsultasjonene har blitt noe mer komplekse. Vi finner imidlertid ingen betydelig økning i antall takster per konsultasjon. Vi finner derimot at økningen i konsultasjonstid i noen grad sammenfaller med økningen i e-konsultasjoner. Det kan derfor være slik at mange av de «enkleste» problemstillingene gjennomføres som e-konsultasjon, og er dermed selektert ut slik at de gjenværende konsultasjonene er av mer kompleks karakter med lengre varighet. Dette vil dermed kunne bidra til en observert økning i konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner, selv om kompleksiteten i konsultasjoner totalt sett ikke har økt. I stort er det derfor ingen tydelige indikasjoner på at konsultasjonene er blitt mer komplekse.

### **Legens kjønn**

Mannlige fastleger tjener vesentlig mer enn kvinnelige fastleger. Noe av dette skyldes at mannlige fastleger jobber flere timer, dager og kvelder. Men også når vi ser på timelønn innenfor kjernetid på faktiske arbeidsdager, tjente mannlige leger 6 % mer enn kvinner i 2021. Dette ser ut til å forklares delvis av at kvinnelige fastleger har noe lengre konsultasjoner, men det ser også ut til at mannlige leger har en noe mer offensiv takstbruk med hyppigere bruk av lønnsomme takster.

Selv om over 70 % av nyutdannede leger er kvinner, er andelen unge fastleger under 35 år bare 55 %. Dette tyder på at kvinner er underrepresentert blant fastleger. Dersom rekrutteringen blant nyutdannede kvinnelige leger var like høy som blant mannlige, ville trolig mye av rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen vært løst. Det er behov for mer kunnskap om hvorfor unge kvinnelige leger i mindre grad velger fastlegeyrket. Det er plausibelt at de ytre rammene for fastlegerollen og finansieringssystemet er av betydning, men for å forstå dette bedre trengs andre typer studier og data enn det som her presenteres.

### **Om takstsystemet som styringsinstrument**

Det er mye som tyder på at takstsystemet er et potent styringsinstrument. Da det eksempelvis ble åpnet for at takst for samtaleterapi kunne kombineres med tidstakst, økte den faktiske tidsbruken på disse konsultasjonene. Vi ser at det for næringsdrivende fastleger ser ut til å være relativt færre konsultasjoner som har en varighet like under grensen for tidstakst, trolig fordi det kan lønne seg å drøye konsultasjonen et par minutter for å passere grensen for tidstakst. For at myndighetene skal kunne bruke takstsystemet som et styringsinstrument trengs mer kunnskap om effektene av dette systemet, og effekter av endringer i takster. Siden takstsystemet har betydelige tilsiktede effekter på hvordan fastlegene driver sin praksis, er det plausibelt at også utilsiktede effekter kan være betydelige.

### **Utilsiktede effekter av insentiver i takstsystemet**

Bruken av tidstakst skal være forbeholdt konsultasjoner som varer mer enn 20 minutter, men vi ser likevel at en betydelig andel av tidstakstene føres for konsultasjoner som ser ut

til å være kortere enn 20 minutter. Noe av den tilsynelatende feilbruken kan antakelig forklares av tilfeldige artefakter i data og hvordan konsultasjonsvarighet er beregnet. Men vi finner samtidig at de legene som fører uberettigede tidstakster tjener vesentlig mer enn de som ikke gjør det. Stykkprisfinansieringen kombinert med næringsdrift er en tillitsbasert ordning med relativt liten anledning til kontroll. Tidstaksten er en av få takster hvis bruk og feilbruk i noen grad kan undersøkes gjennom analyser av registerdata. Tidstakst er også en av de tydeligst definerte takstene, med klare retningslinjer for bruk. Det er derfor grunn til å anta at det forekommer lønnsom feilbruk også av andre, mindre tydelig definerte takster. Dette har vi ikke undersøkt i denne rapporten.

### **Generelt om dette notatet**

Denne bestillingen fra ekspertgruppen kom relativt tidlig i forskningsprosjektets periode, og analysene som er beskrevet i dette notatet er en første rapportering fra et pågående forskningsarbeid. Vi mener disse resultatene viser at regningskortene gir et godt grunnlag for å fremskaffe kunnskap om fastlegenes arbeidstid og arbeidshverdag, og utvikling i dette. Regningskortene gir også et godt grunnlag for å få kunnskap om hvorvidt stykkprisfinansiering gjennom normaltariffen fungerer som intendert.

## 7. Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Stykkprisfinansiering i primærhelsetjenesten: Utsiktede bivirkninger for pasienter og samfunn? - prosjektbeskrivelse [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021 [sitert 28. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/stykkprisfinansiering-i-primarhelsetjenesten-utviktede-bivirkninger-for-p/>
2. Regjeringen.no. Mandat for ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten [Internett]. Regjeringen; 2022 [sitert 28. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/mandat-for-ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2923960/>
3. Dagens Medisin. Stresset og utbrente – allmennleger i ti land svarer det samme [Internett]. Dagens Medisin; 2023 [sitert 28. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.dagensmedisin.no/primaerhelsetjeneste/stresset-og-utbrente-allmennleger-i-ti-land-svarer-det-samme/154895>
4. EY, Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. 2019.
5. Nasjonalt kompetansenter for legevaktsmedisin. Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansenter for legevaktsmedisin; 2018.
6. NOU. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjenestene. 2023. Report No.: 2023:4.
7. Den norske legeforening. Normaltariffen - fastleger [Internett]. 2021 [sitert 28. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2021-2022.pdf>
8. Den norske legeforening. Dreiebok for overdragelse av allmennlegepraksis [Internett]. [sitert 28. februar 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekontor/kjop-og-salg-av-praksis/dreiebok-for-overdragelse-av-allmennlegepraksis/>
9. Markussen S, Røed K. The market for paid sick leave. J Health Econ. september 2017;55:244–61.
10. Rogstad J, Bjørnset M, Drange N, Gjeffen H, Kindt MT. Fraværsgrensen i videregående skole. Cappelen Damm; 2021.
11. Cook C, Diamond R, Hall JV, List JA, Oyer P. The Gender Earnings Gap in the Gig Economy: Evidence from over a Million Rideshare Drivers. :72.
12. Theie MG, Lind LH, Haugland LM, Skogli E. Fastlegeordningen i krise - Hva sier tallene. Menon Economics; 2018.



## 8. Vedlegg

### 8.1 Vedlegg til 4

*Vedlegg 1 Beskrivelse av fastlegepopulasjonen over år*

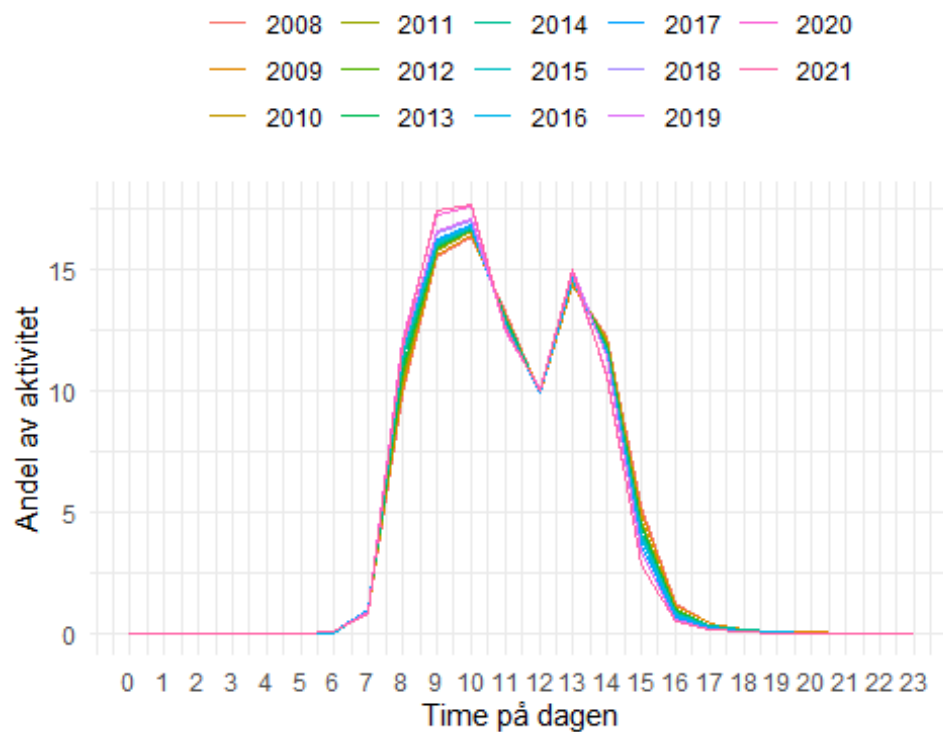
År	Antall leger	Alder (median)	Andel kvinner	Andel spesialister	Andel fastlønnede
2021	4873	46	45.8	66.3	15
2020	4952	46	44.9	63.5	14
2019	4902	46	43.7	63.0	13
2018	4822	46	42.5	61.9	12
2017	4501	47	40.7	63.1	6
2016	4351	48	39.9	61.0	4
2015	4269	48	39.3	61.4	4
2014	4229	48	38.5	61.1	4
2013	4130	49	37.3	61.4	4
2012	4036	50	36.2	60.7	4
2011	3973	50	35.4	60.0	5
2010	3900	50	34.4	59.3	5
2009	3784	50	33.9	59.7	5
2008	3738	50	33.0	59.2	6

*Vedlegg 2 Totalt antall pasientkontakter (mill.) fordelt på hverdag og helg (andel)*

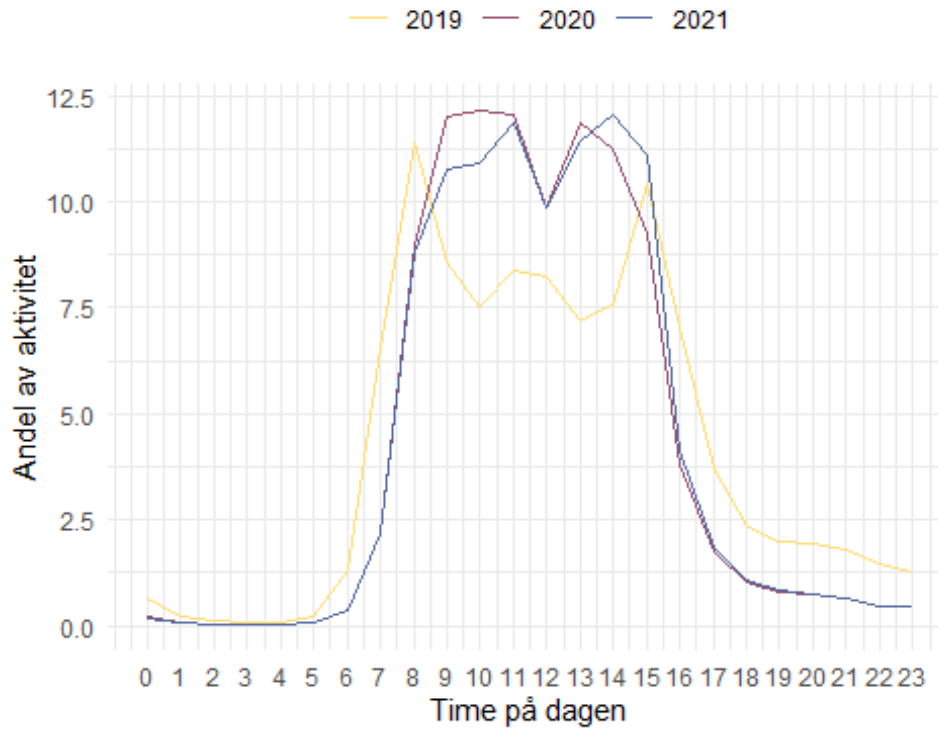
År	Andel helg	Andel hverdag	N (mill.)
2008	99.7	0.3	17.1
2009	99.7	0.3	18.3
2010	99.7	0.3	19.0
2011	99.7	0.3	20.0
2012	99.7	0.3	20.7
2013	99.6	0.4	21.6
2014	99.6	0.4	22.8
2015	99.6	0.4	23.6
2016	99.5	0.5	24.7
2017	99.5	0.5	25.1
2018	99.5	0.5	25.7
2019	99.4	0.6	26.3

År	Andel helg	Andel hverdag	N (mill.)
2020	99.2	0.8	28.6
2021	99.0	1.0	30.0

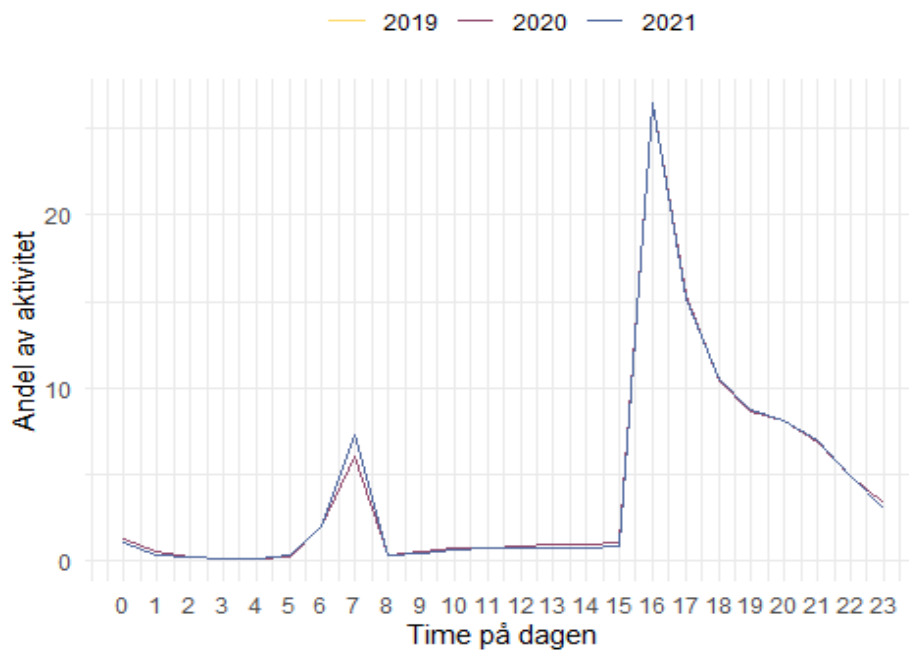
*Vedlegg 3 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - vanlige konsultasjoner (2AD)*



Vedlegg 4 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - e-konsultasjoner (2AE)



Vedlegg 5 Aktivitet gjennom døgnet på hverdager - e-konsultasjoner kveld (2AEK)



*Vedlegg 6 Eksempel på beregning av konsultasjonsvarighet*

	Tidspunkt	Takst	Varighet slik beregnet
1	08:29	2AD	9 min
2	08:38	2AD	17 min
3	08:43	1I	-
4	08:54	2AD	39 min
5	09:07	1AD	-
6	09:35	2AD	-

## 8.2 Vedlegg til 5.1

*Vedlegg 7 Antall arbeidstimer per uke i persentiler, 2008-2021. (Tall for figur 1)*

År	p10	p25	p50	p75	p90
2008	18	28	34	39	44
2009	18	28	34	39	44
2010	17	27	34	39	44
2011	18	28	34	39	44
2012	18	28	35	40	45
2013	18	28	34	39	45
2014	18	28	35	40	45
2015	18	29	35	41	45
2016	19	29	36	41	47
2017	18	29	36	41	47
2018	17	28	35	41	46
2019	17	28	35	41	47
2020	17	30	38	44	51
2021	19	31	39	46	53

*Vedlegg 8 Antall arbeidstimer per uke for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i perioden 2008-2021 (Tall for figur 2)*

year	p10	p25	p50	p75	p90
2008	28	31	36	40	45
2009	28	32	36	40	45
2010	28	32	36	40	45
2011	28	32	36	40	45
2012	28	32	36	41	46
2013	28	32	36	41	46

year	p10	p25	p50	p75	p90
2014	29	33	37	41	46
2015	29	33	37	42	46
2016	29	33	38	43	48
2017	29	33	38	43	48
2018	28	33	37	42	47
2019	28	33	38	43	48
2020	29	34	40	46	52
2021	30	35	41	47	54

*Vedlegg 9 Antall årlige arbeidstimer i persentiler, 2008-2021. Fastlege- og legevaktsarbeid.*

År	p10	p25	p50	p75	p90
2008	858	1298	1593	1828	2047
2009	851	1310	1608	1843	2063
2010	820	1285	1596	1822	2046
2011	826	1306	1616	1845	2069
2012	832	1321	1623	1859	2096
2013	823	1296	1616	1847	2094
2014	859	1331	1642	1881	2122
2015	850	1353	1668	1907	2136
2016	894	1378	1694	1949	2189
2017	849	1378	1691	1946	2200
2018	777	1314	1651	1912	2173
2019	793	1300	1660	1935	2213
2020	818	1397	1769	2075	2387
2021	870	1449	1822	2157	2475

*Vedlegg 10 Antall årlig arbeidstimer for alle fastleger som jobber tilnærmet fulltid i persentiler, 2008-2021. Fastlege- og legevaktsarbeid.*

År	p10	p25	p50	p75	p90
2008	1299	1475	1679	1876	2104
2009	1308	1488	1692	1894	2110
2010	1309	1490	1675	1881	2096
2011	1316	1504	1704	1900	2118
2012	1337	1517	1706	1915	2146
2013	1319	1512	1708	1912	2145

År	p10	p25	p50	p75	p90
2014	1344	1529	1725	1939	2173
2015	1351	1544	1746	1961	2177
2016	1372	1557	1775	2006	2246
2017	1373	1559	1776	2004	2246
2018	1338	1535	1750	1981	2231
2019	1332	1536	1762	2001	2275
2020	1384	1607	1861	2145	2461
2021	1419	1650	1917	2216	2549

*Vedlegg 11 Antall arbeidsdager per fastlege i året over tid, median. (Tall for figur 3)*

year	Minst_en_kontakt	Minst_52AD
2008	239	164
2009	239	164
2010	238	163
2011	241	164
2012	241	165
2013	238	163
2014	240	165
2015	243	166
2016	246	166
2017	245	164
2018	242	162
2019	242	162
2020	253	152
2021	256	157

*Vedlegg 12 Gjennomsnittlig antall kontakter over år per fastlege, per kontakttype (Tall for figur 4)*

År	Kontakttype 0	Kontakttype 1	Kontakttype 2	Kontakttype 3	Kontakttype 4
2008	285	1078	1039	2694	20
2009	285	1281	1112	2685	19
2010	261	1232	1062	2687	19
2011	250	1246	1099	2750	20
2012	252	1297	1149	2737	20
2013	258	1419	1171	2660	19

År	Kontakttype 0	Kontakttype 1	Kontakttype 2	Kontakttype 3	Kontakttype 4
2014	259	1469	1212	2655	18
2015	262	1482	1297	2637	17
2016	268	1509	1360	2631	17
2017	267	1471	1311	2587	16
2018	279	1354	1260	2482	16
2019	299	1340	1285	2479	16
2020	389	1374	1454	2619	20
2021	603	1390	1503	2789	17

*Vedlegg 13 Gjennomsnittlig antall pasientkontakter over år per fastlege, per takst innenfor konsultasjon (tall for figur 5)*

År	2AD	2AE	2AK	2AEK
2008	2689	0	5	0
2009	2679	0	5	0
2010	2680	0	4	0
2011	2743	0	5	0
2012	2733	0	4	0
2013	2655	1	4	0
2014	2649	1	5	0
2015	2628	4	4	0
2016	2619	7	4	0
2017	2565	18	3	0
2018	2430	46	2	0
2019	2387	84	2	0
2020	1953	595	7	57
2021	1970	677	10	124

*Vedlegg 14 Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2AD, i persentiler over år. (Tall for figur 6)*

year	p10	p25	p50	p75	p90
2008	11	13	16	20	23
2009	11	13	16	20	23
2010	11	14	17	20	23
2011	12	14	17	20	23
2012	12	14	17	20	23

year	p10	p25	p50	p75	p90
2013	12	14	17	19	22
2014	12	14	16	19	22
2015	12	14	16	19	22
2016	11	14	16	19	22
2017	11	13	16	18	22
2018	10	13	15	18	22
2019	10	13	15	18	22
2020	9	12	15	19	23
2021	9	12	16	20	25

Vedlegg 15 Antall konsultasjoner per arbeidsdag med minst fem 2ad, i persentiler over år. Fordelt etter antall listepasienter



Median, 10ende og 90ende persentil i stiplede linjer.



### 8.3 Vedlegg til 5.2

*Vedlegg 16 Pasientkontakter på hverdager fordelt på kontakttyper (andeler)*

År	Ingen kontakt	Enkel kontakt	Telefonkontakt	Konsultasjon	Sykebesøk
2008	5.7	20.9	17.3	55.6	0.4
2009	5.4	23.3	18.1	52.8	0.4
2010	5.1	23.1	18.2	53.2	0.4
2011	4.7	23.1	18.7	53.1	0.4
2012	4.7	23.5	19.4	52.0	0.4
2013	4.7	25.1	19.8	50.0	0.4
2014	4.7	25.7	20.6	48.7	0.3
2015	4.6	25.7	22.0	47.4	0.3
2016	4.6	25.9	22.9	46.3	0.3
2017	4.7	25.8	22.7	46.5	0.3
2018	5.1	24.9	23.0	46.7	0.3
2019	5.5	24.6	23.3	46.4	0.3
2020	6.5	23.4	24.3	45.5	0.3
2021	8.8	22.1	23.5	45.3	0.3

*Vedlegg 17 Andel av konsultasjoner på hverdager som er vanlige konsultasjoner og e-konsultasjoner*

År	Konsultasjon (2AD)	Konsultasjon kveld (2AK)	E-konsultasjon (2AE)	E-konsultasjon kveld (2AEK)
2008	99.8	0.2	0.0	0.0
2009	99.8	0.2	0.0	0.0
2010	99.8	0.2	0.0	0.0
2011	99.8	0.2	0.0	0.0
2012	99.9	0.1	0.0	0.0
2013	99.8	0.1	0.0	0.0
2014	99.8	0.2	0.1	0.0
2015	99.7	0.2	0.1	0.0
2016	99.6	0.1	0.3	0.0
2017	99.2	0.1	0.7	0.0
2018	98.0	0.1	1.8	0.0
2019	96.3	0.1	3.3	0.0
2020	74.9	0.2	22.6	2.0
2021	71.0	0.3	24.2	4.2

*Vedlegg 18 Normaltariffens regler og honorar for tidstakst (2CD) og kombinasjonsmuligheter med samtaleterapi (615) og samtale med pårørende (612)*

År	2CD-honorar	Kan kombineres med 615	615-honorar	Kan kombineres med 612	612-honorar
2013-2014	163	Nei	200	Nei	200
2014-2015	170	Ja	170	Nei	200
2015-2016	178	Ja	170	Nei	200
2016-2017	178	Ja	170	Nei	200
2017-2018	187	Ja	170	Nei	200
2018-2019	201	Ja	170	Nei	200
2019-2020	211	Ja	170	Nei	250

2020-  
2021

211

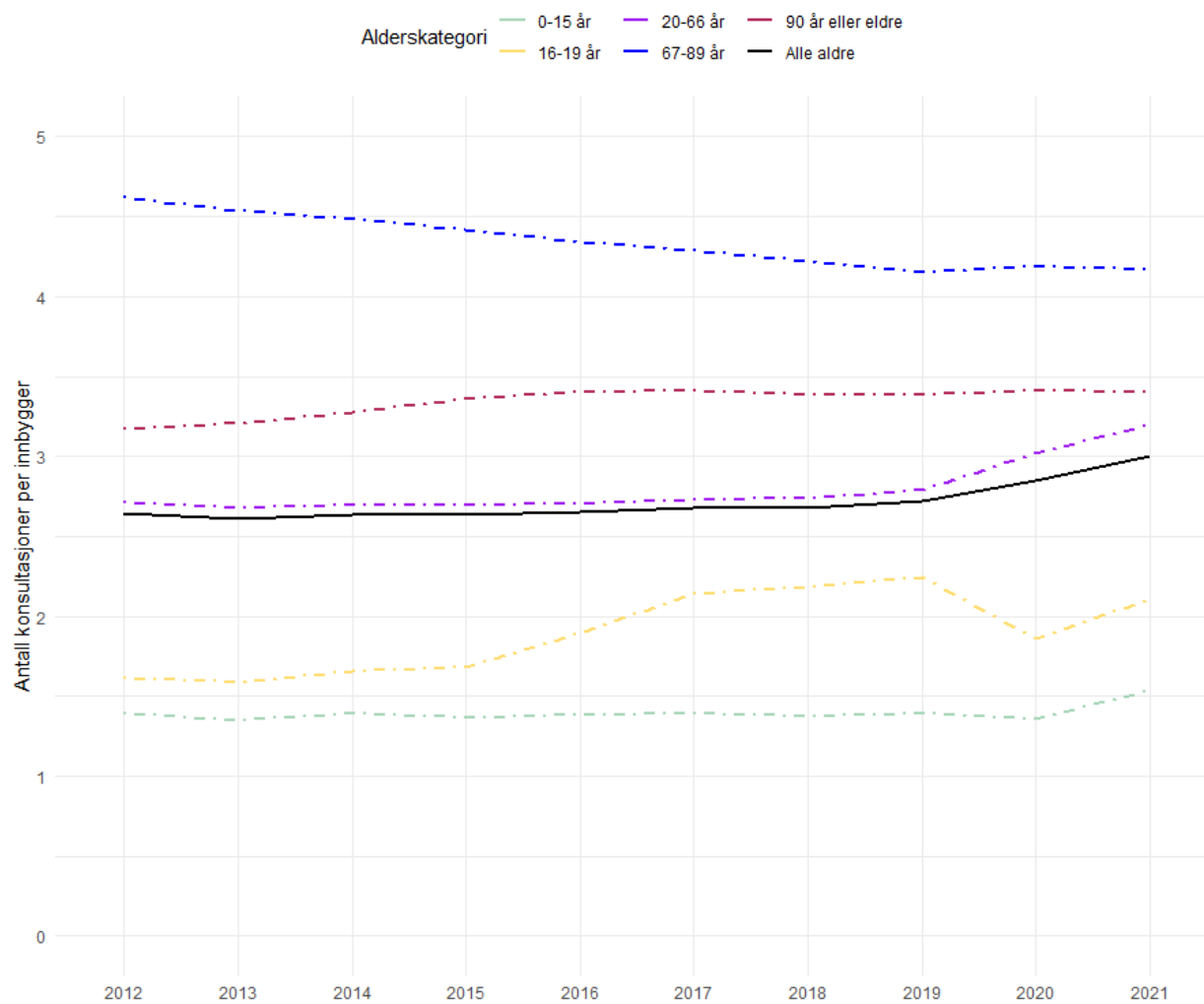
Ja

170

Nei

250

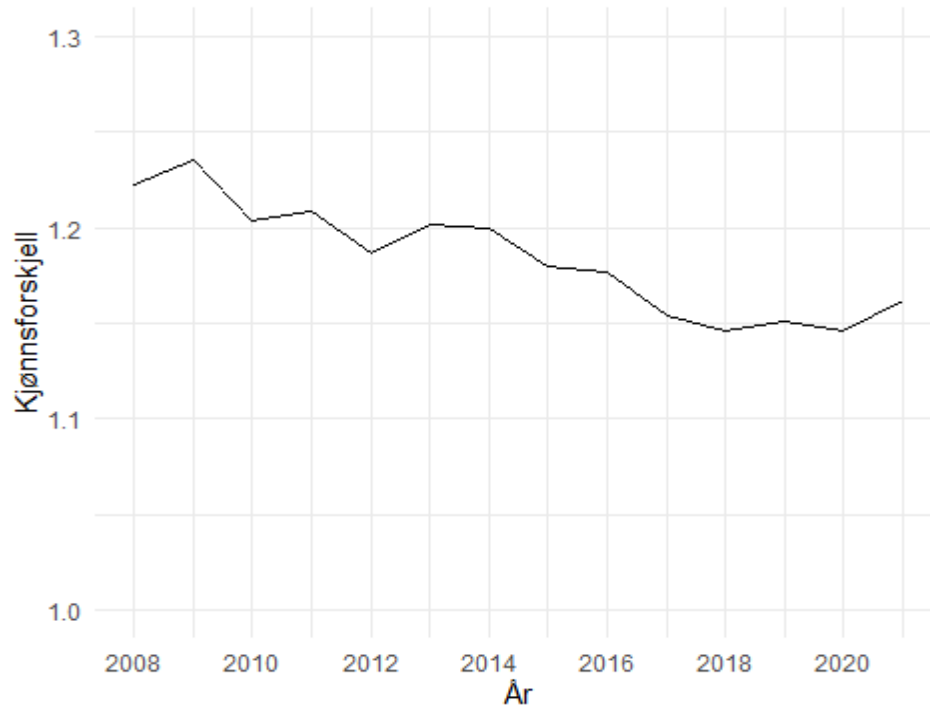
*Vedlegg 19 Antall konsultasjoner per innbygger, fordelt på alderskategorier*



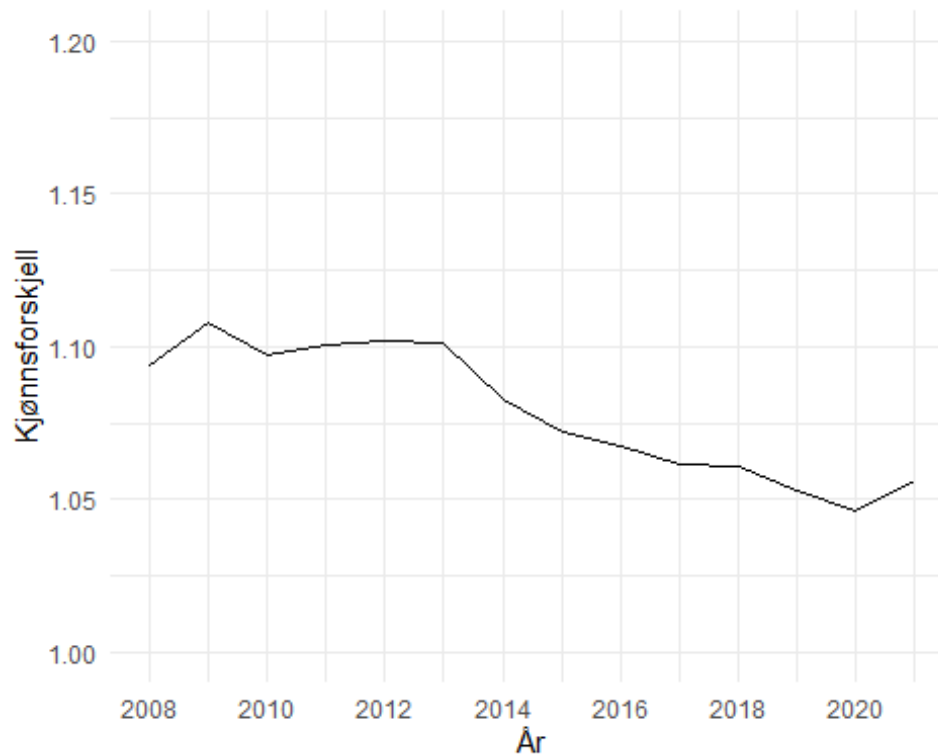
Kilde: SSB

## 8.4 Vedlegg til 5.3

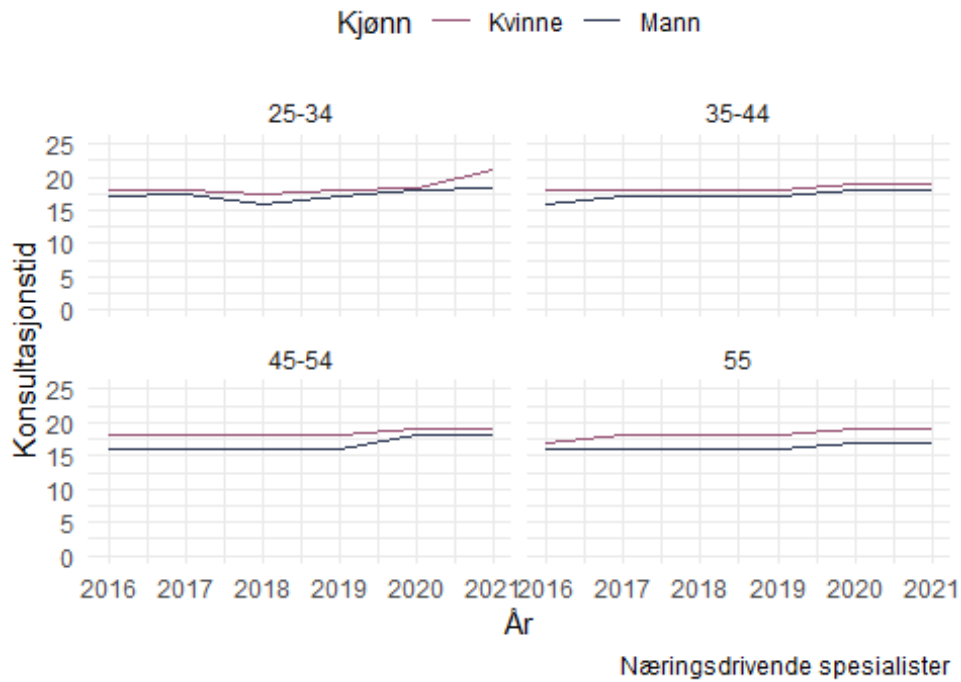
Vedlegg 20 Utvikling i relativ kjønnsforskjell i total inntjening fra takster (menn/kvinner), spesialister



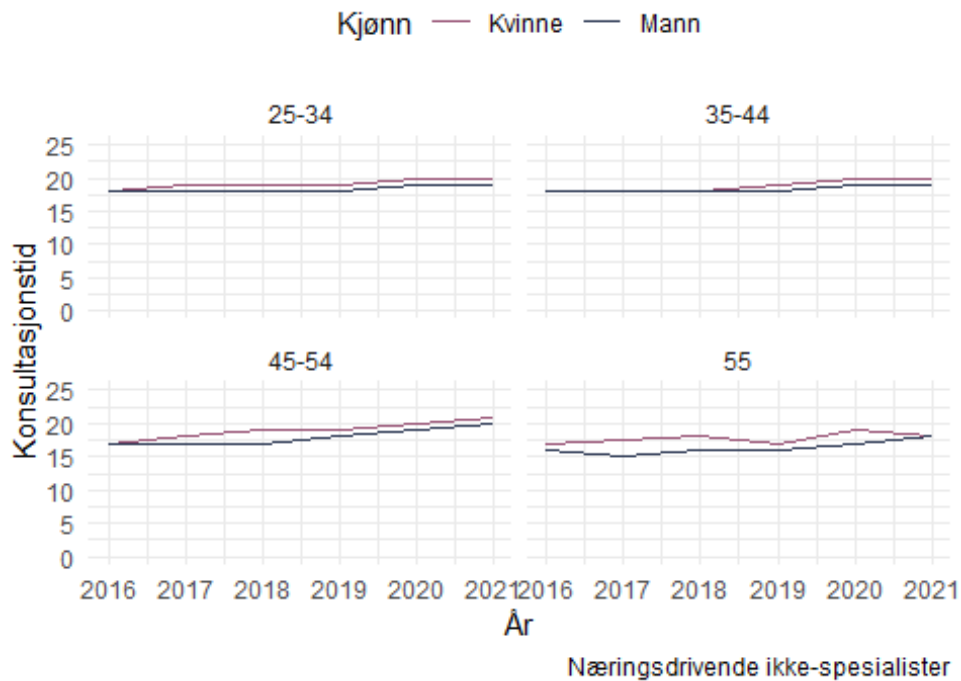
Vedlegg 21 Utvikling i relativ kjønnsforskjell i timelønn (menn/kvinner), spesialister



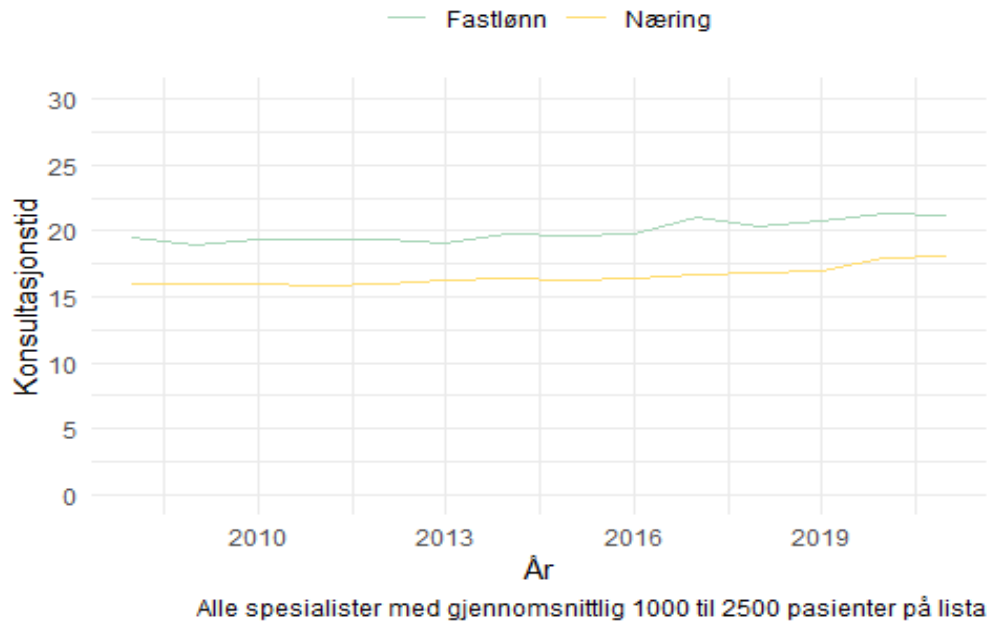
Vedlegg 22 Konsultasjonstid (2AD) fordelt på kjønn og alderskategorier, spesialister



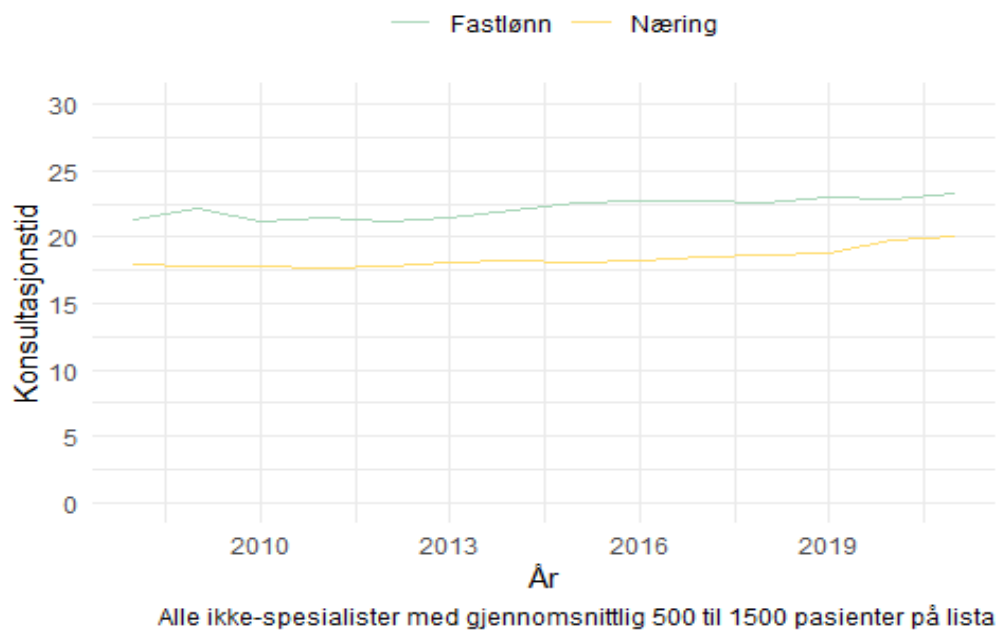
Vedlegg 23 Konsultasjonstid (2AD) fordelt på kjønn og alderskategorier, ikke-spesialister



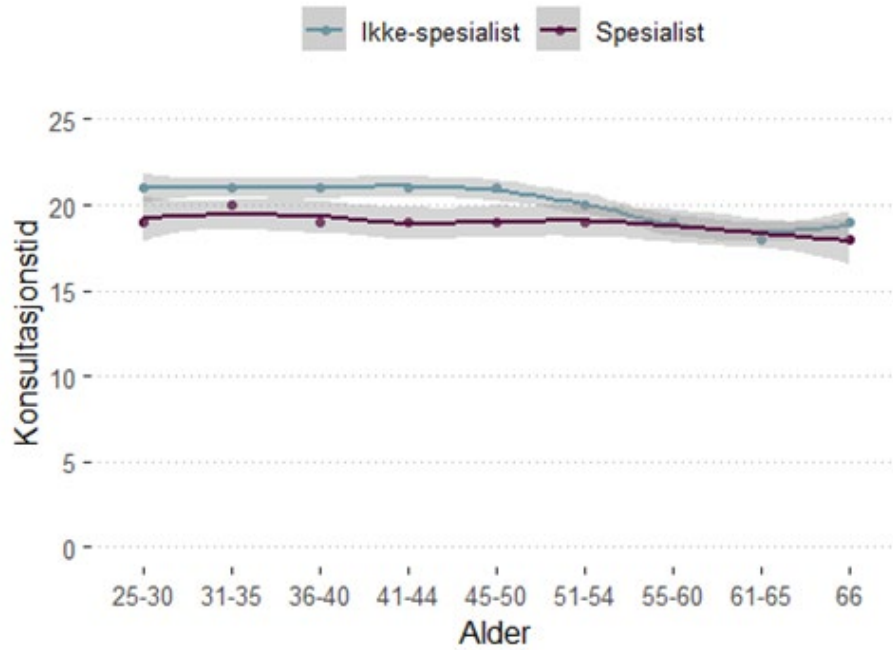
Vedlegg 24 Median konsultasjonstid over tid for spesialister, fastlønnet versus næringsdrivende



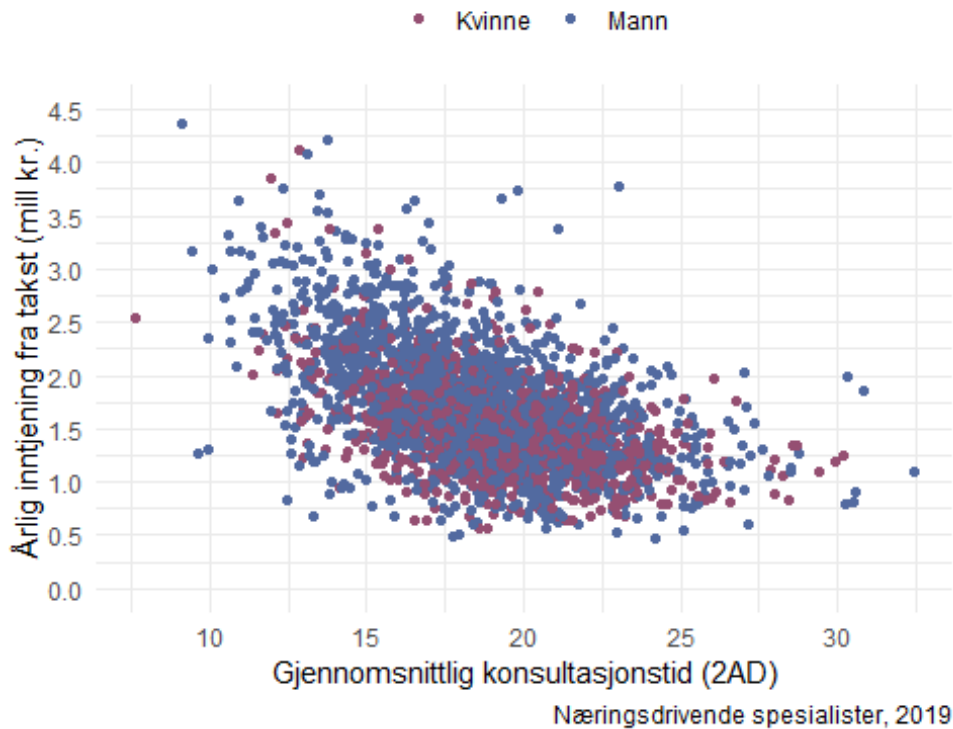
Vedlegg 25 Median konsultasjonstid over tid for ikke-spesialister, fastlønnet versus næringsdrivende



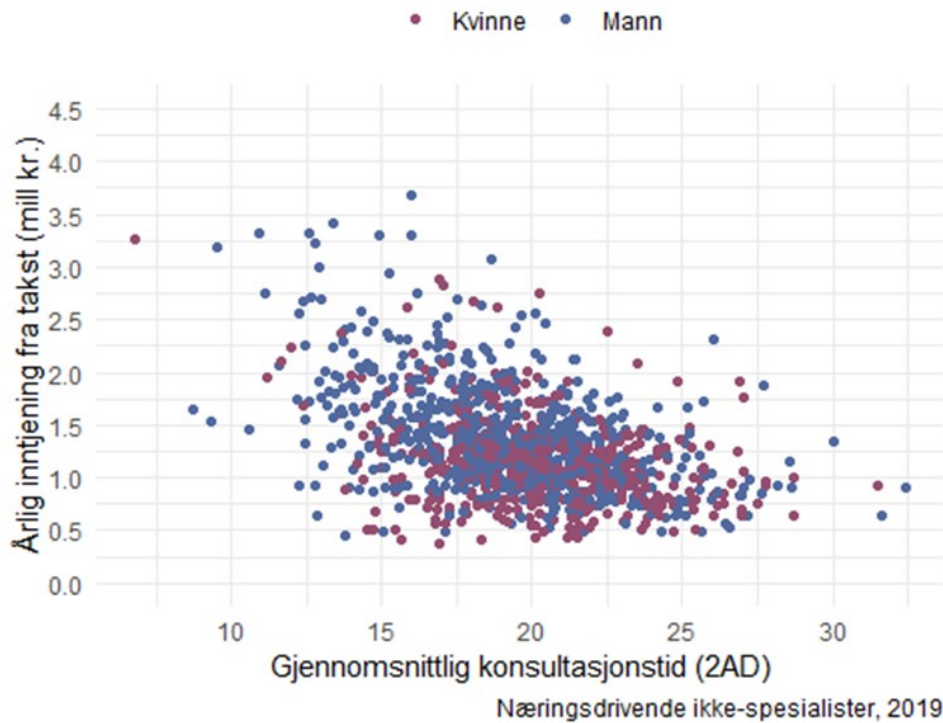
Vedlegg 26 Utvikling i konsultasjonstid over legens alder (5-årige kategorier), fordelt på spesialister og ikke-spesialister



Vedlegg 27 Konsultasjonstid og årlig inntjening 2019, spesialister



Vedlegg 28 Konsultasjonstid og årlig inntjening 2019, ikke-spesialister



Vedlegg 29 Pearsons R korrelasjon mellom gjennomsnittlig konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner (2AD) og årlig inntjening fra takster, spesialister og ikke-spesialister, 2019

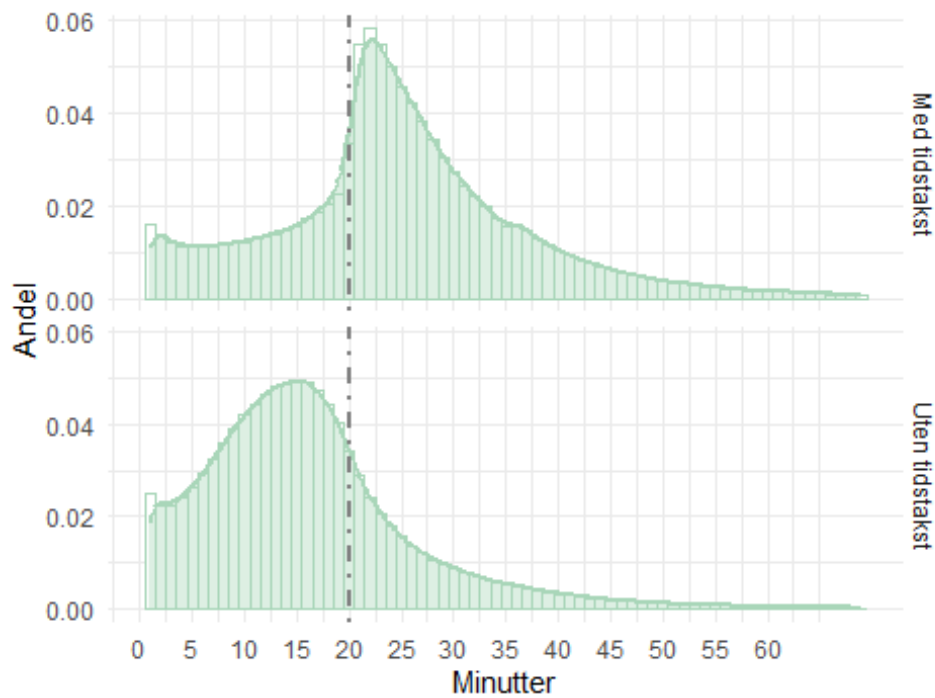
År	Pearsons R	Spesialist
2017	-0.477	Ikke-spesialister
2018	-0.483	Ikke-spesialister
2019	-0.434	Ikke-spesialister
2020	-0.426	Ikke-spesialister
2021	-0.414	Ikke-spesialister
2017	-0.544	Spesialister
2018	-0.511	Spesialister
2019	-0.521	Spesialister
2020	-0.478	Spesialister
2021	-0.451	Spesialister



*Vedlegg 30 Pearsons R korrelasjon mellom gjennomsnittlig konsultasjonstid for e-konsultasjoner (2AE) og årlig inntjening fra takst, spesialister*

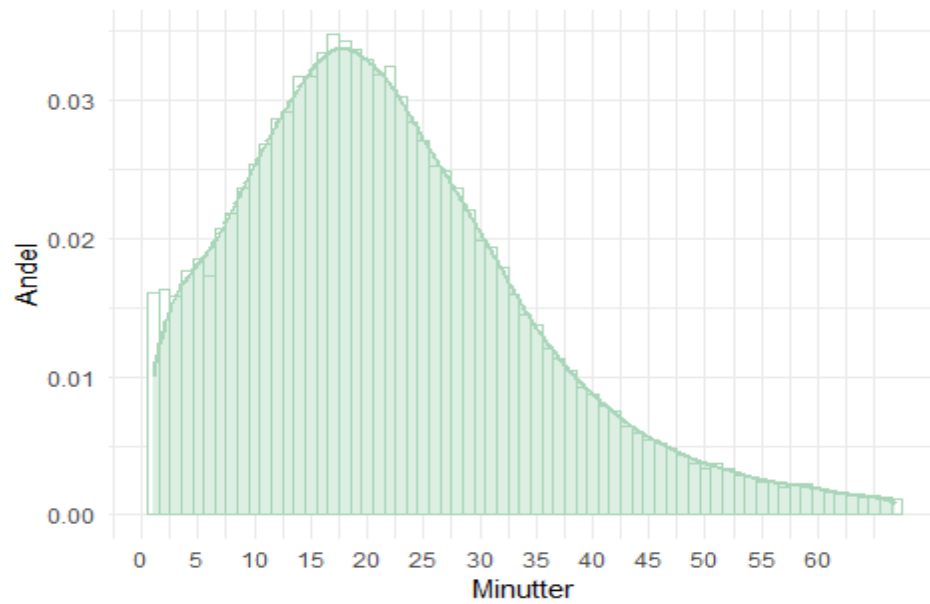
År	Pearsons R	Spesialist
2017	-0.112	Ikke-spesialister
2018	-0.124	Ikke-spesialister
2019	-0.185	Ikke-spesialister
2020	-0.375	Ikke-spesialister
2021	-0.306	Ikke-spesialister
2017	-0.139	Spesialister
2018	-0.180	Spesialister
2019	-0.183	Spesialister
2020	-0.398	Spesialister
2021	-0.379	Spesialister

*Vedlegg 31 Konsultasjonstid for 2AD-konsultasjoner med og uten tidstakst - ikke-spesialister*



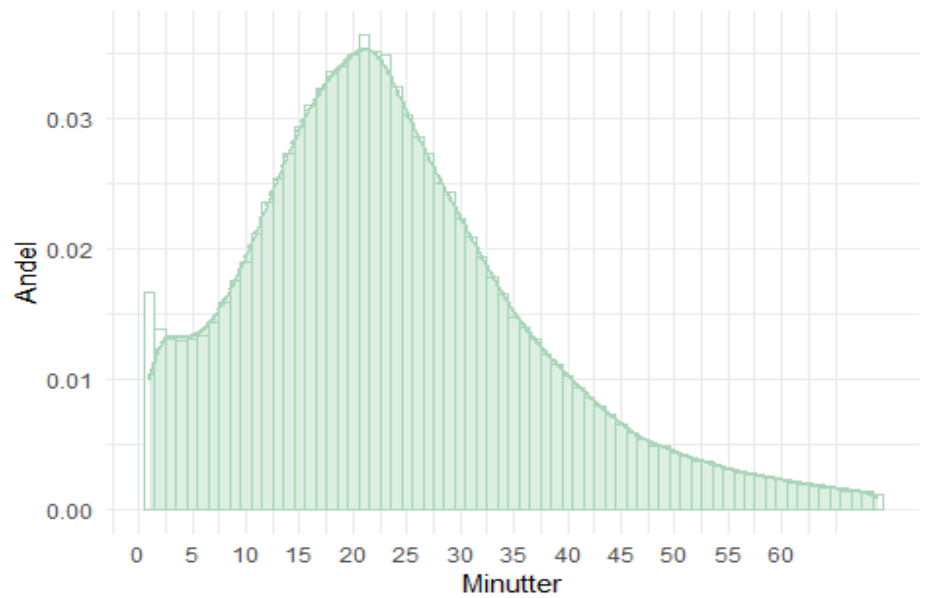
Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner, 2019.  
Næringsdrivende ikke-spesialister.

*Vedlegg 32 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2010*



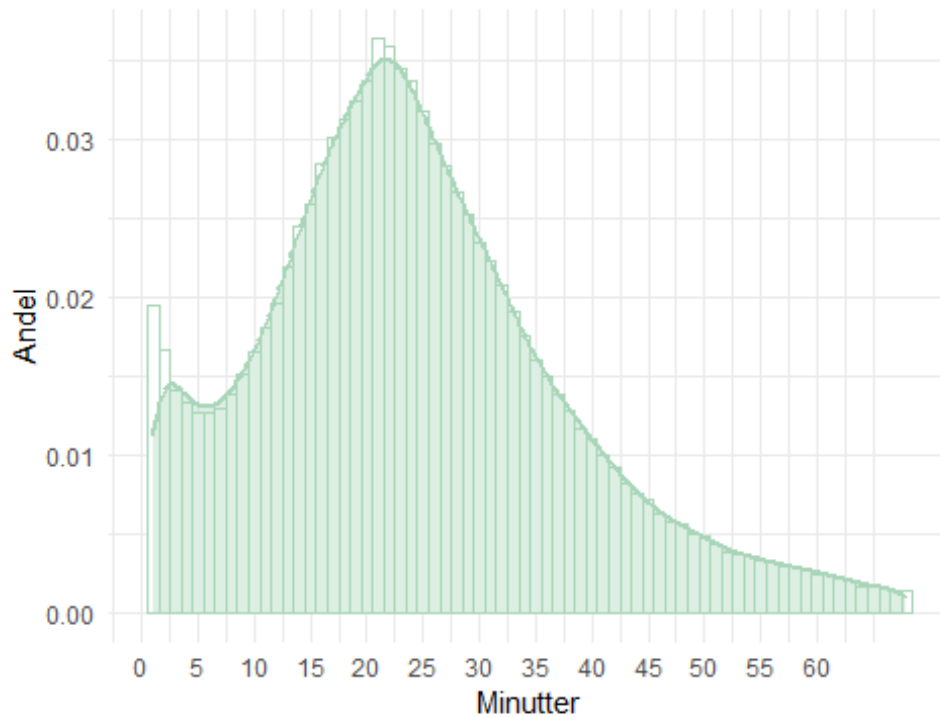
Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner, 2010. Fastlønnede.

*Vedlegg 33 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2019*



Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner, 2019. Fastlønnede.

Vedlegg 34 Fordeling konsultasjonsvarighet for fastlønnede leger, 2021



Vedlegg 35 Korrelasjon mellom inntjening og andel tidstakstkonsultasjoner (2CD) med varighet under 20 minutter. Næringsdrivende spesialister

	Årlig inntjening Pearson's R	Timelønn Pearson's R
Andel 2CD med varighet under 20 minutter	0.349	0.463
Andel 2CD med varighet 20-22 minutter	0.207	0.305
Andel ikke-2CD med varighet 17-19 minutter	-0.452	-0.523
Andel 2CD med varighet 16-19 minutter	0.257	0.363

Vedlegg 36 Gjennomsnittlig og median inntjening fra takst for næringsdrivende spesialister, fordelt på kvartil lav/høy andel tidstakstkonsultasjoner med varighet under 20 minutter

Kvartil	Årlig (snitt)	Årlig (median)	Timelønn (snitt)	Timelønn (median)	Andel feil (min)	Andel feil (maks)	N
1	1432420	1361037	1129.846	1102.522	0.000	0.073	651
2	1520790	1497741	1189.564	1170.583	0.073	0.127	650
3	1663410	1617044	1282.511	1268.322	0.127	0.198	669
4	2001333	1952177	1479.031	1461.462	0.198	0.716	666

Utgitt av Folkehelseinstituttet

April 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)