

# Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen –

## 3. oppfølgingsundersøkelse

8.7.2021

### Sammendrag

For fjerde år på rad har Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) på oppdrag fra KS utført en nasjonal kartlegging av omfang og innretning av kommuners egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Ved egenfinansiering/subsidiering yter kommunene bidrag på en annen måte enn gjennom fastlegeordningens hovedmodell. Dette kan være kombinasjonsløsninger der kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, helsepersonell, utstyr, IT-støtte mv. («null-avtale»), fastlønnsdrift eller andre ordninger. Slike løsninger kan gi merkostnader for kommunene. Vi utreder i hvilken utstrekning løsningene gir merkostnader samt kostnadenes størrelse. Videre undersøker vi årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen. Vi har også undersøkt om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter hensikten. Ettersom årets kartlegging er den fjerde i rekken, kommenterer vi også på utvikling over tid.<sup>1</sup>

Bakgrunn for første kartlegging var Stortingets vedtak om en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen og et behov for bedre kunnskapsgrunnlag om variasjoner i finansiering av denne ordningen. De tre foregående kartleggingene har pekt i retning av at egenfinansiering av fastlegeordningen blir mer utbredt i kommune-Norge. Det er derfor ønskelig å måle utvikling over tid.

Årets kartlegging er, i likhet med de tre foregående, gjennomført via surveyundersøkelse og innhenting av statistikk for å besvare prosjektets problemstillinger. I første kartlegging ble det i tillegg gjennomført innledende og utforskende intervju. Målgruppen i surveyen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Gjennom surveyen har vi i år samlet inn 217 svar via elektronisk e-postlenke, noe som innebærer svar fra 61 % av kommunene. Ved alle gjennomføringene har vi hatt høy respons, med svar fra 57 % – 65 % av kommunene.

**I år har vi sett at 75 % av landets 356 kommuner (267 kommuner) subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen).** Det er kun et mindretall på nær 1 av 4 kommuner som *ikke* subsidierer. I fjor estimerte vi at 288 kommuner subsidierte fastlegeordningen. I år estimerer vi dette til 267 kommuner. Endringen fra i fjor (81 %) til i år (75 %) er innenfor feilmarginene, og dermed ikke signifikant. På grunn av kommunesammenslåingene fra 1. januar 2020, kan ikke årets og fjorårets anslag på antall kommuner sammenlignes direkte med tidligere gjennomføringer. I kartleggingen i 2019 oppga 71 % av kommunene at de subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 298 av landets daværende 422 kommuner. En større andel mindre sentrale og mellomstore kommuner målt i folkemengde subsidierer fastlegeordningen, sammenlignet med gjennomsnittet. I perioden 2018-2020 så vi en betydelig økning i andelen av de mest folkerike og mest sentrale kommunene som oppga at de subsidierte fastlegeordningen. I årets undersøkelse virker denne trenden å ha

---

<sup>1</sup> Årets gjennomføring er en oppfølging av kartleggingene gjennomført i mai 2018 (nullpunktsmåling), juni 2019 (første oppfølgingsundersøkelse) og november 2020 (andre oppfølgingsundersøkelse): Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#), (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#) og (2020) [Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#), Ipsos-rapporter laget for KS FoU.

stagnert, og disse andelene har holdt seg stabile siden i fjor. Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen, svarer majoriteten at bruk av fastlønn (63 %), gunstige avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende (56 %) og avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (49 %) er de oftest benyttede ordningene. 16 % av kommunene har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020, dette er på nivå med i 2019.

**Flere av de mest folkerike (16 %) og mest sentrale kommunene (23 %) som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette i mindre enn ett år, sammenlignet med gjennomsnittet (7 %).** Hele 95 % av de minst sentrale kommunene og 95 % av kommunene med 3000 innbyggere eller færre som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette over flere år. Samtidig vurderer rundt halvparten av kommuner som per i dag ikke subsidierer fastlegeordningen at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, gitt at ordningen fortsetter som i dag.

**Stabilitets- og rekrutteringsutfordringer er stadig de hyppigst nevnte årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen.** Som tidligere oppgir 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen, at de gjør dette for å beholde fastleger over tid. Nær 8 av 10 kommuner som subsidierer gjør det for å rekruttere fastleger. Andre nevnte årsaker til subsidiering er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (45 %), for å få leger til å veilede leger under spesialisering (43 %) og stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (42 %).

**De fleste kommunene som subsidierer fastlegeordningen opplever at den fungerer etter hensikten.** 69 % av kommunene som subsidierer, vurderer at subsidieringen fungerer meget eller ganske godt, mens 8 % vurderer at den fungerer litt eller meget dårlig. Andelen som vurderer at subsidieringen fungerer godt har sunket fra 82 % i 2019, men det har ikke vært en signifikant økning i andelen kommuner som vurderer at den fungerer dårlig.

**Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen (75 % dvs. totalt 267 kommuner) svarer 84 % (totalt 224 kommuner) at dette påfører kommunene merkostnader.** Vi estimerer de samlede merkostnadene for kommunesektoren til 591 millioner kroner i 2020. Til sammenligning estimerte vi tilsvarende merkostnader til 520 millioner kroner i 2019, 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner kroner i 2017. Den prosentvise veksten i kommunenes merkostnader ser ut til å ha avtatt noe, med et estimat på 14 prosent vekst fra 2019 til 2020 mot 18 prosent vekst fra 2018 til 2019. Den anslåtte merkostnaden for 2020 er signifikant høyere enn anslagene for 2018 og 2017. Estimaten baserer seg på rapporterte merkostnader og gjennomsnittskostnad fra surveyene. Det tilsier at estimatene har en viss usikkerhet. Estimerte konfidensintervall for gjennomsnittskostnaden belyser usikkerheten. For et inntrykk av merkostnadenes omfang, ses de i kontekst av kommunenes samlede utgifter ved den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Vi anslår samlet finansiering ved den ordinære fastlegeordningen til rundt 11,5 milliarder kroner i 2020. Av dette utgjør basistilskudd og utjamningstilskudd i overkant av 3,1 milliarder kroner. Kommunesektorenes estimerte samlede merkostnader på 591 millioner kroner utgjør dermed 19 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd ved finansiering av fastlegeordningen i 2020. Estimerte konfidensintervall fra minimum 15 % til høyest 23 % belyser usikkerheten i estimatet. Dette er på nivå med resultatene for 2019. Til sammenligning var estimatet for 2018 mellom 13 % og 21 % og for 2017 mellom 12 % og 20 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd.

**Som i de foregående kartleggingene vurderer vi at egenfinansiering eller subsidiering av fastlegeordningen forekommer relativt hyppig, og at innsatsen utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommune-Norge.** Dette er også vår vurdering dersom nederste anslag på 15 % merkostnad ved subsidiering i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskuddet legges til grunn. Gjennom utredningen har vi kartlagt at majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader knyttet til dette. Subsidiering forekommer oftere blant mindre

sentrale og mellomstore kommuner. Over tid har det blitt mer vanlig med subsidiering blant de mest sentrale og mest folkerike kommunene også, og forskjellen avhengig av størrelse er mindre i år enn ved de foregående kartleggingene. Rundt halvparten av kommunene som per nå ikke subsidierer fastlegeordningen vurderer at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter slik den er i dag. Kommunenes hyppigste formål med alternative subsidieringstilbud er stadig å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette funnet er på nivå med resultatene fra de foregående kartleggingene. Årets kartlegging støtter dermed opp under vår konklusjon fra de foregående kartleggingene om at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid, på tvers av kommuner. Vi estimerer også at kommunenes merkostnader ved subsidiering av fastlegeordningen har økt over tid.

## Executive summary

For the fourth year in a row, Ipsos and Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) have, on behalf of KS, carried out a national study of the scope and structure of the municipalities' self-financing / subsidization of the Regular General Practitioner scheme (RGP scheme), i.e. subsidy beyond the ordinary RGP scheme (main model). In the case of self-financing / subsidization, the municipalities make contributions in a different way than through the RGP scheme's main model. These can be combination solutions where the municipality retains the basic grant in exchange for operating e.g. office space, health personnel, equipment, IT support, etc. ("zero agreement"), operation with fixed salary or other solutions. Such solutions can result in additional costs for the municipalities. We investigate the extent to which the solutions give additional costs as well as the size of the costs. Furthermore, we investigate the reasons why the municipalities subsidize the RGP scheme. We have also investigated whether the municipalities feel that the extra effort works as intended. As this year's survey is the fourth in a row, we also comment on developments over time.

The background for the first study was the Storting's decision on an evaluation of the funding in the RGP scheme and a need for a better knowledge base on variations in the funding of this scheme. The three previous surveys have pointed in the direction of self-financing of the RGP scheme becoming more widespread in the Norwegian municipalities. It is therefore desirable to measure development over time.

This year's study, like the previous three, was carried out by a survey and collection of statistics to answer the project's main questions. In the first study, initial and exploratory interviews were also conducted. The target group in the survey is the leader with financial responsibility for the RGP scheme in all municipalities. Through the survey, we have this year collected 217 responses via electronic e-mail link, which means responses from 61 % of the municipalities. In all the implementations, we have had a high response rate, with answers from 57 % - 65 % of the municipalities.

**This year, we have seen that 75 % of the country's 356 municipalities (267 municipalities) subsidize the RGP scheme in addition to the ordinary RGP scheme (the main model).** Only a minority of close to 1 in 4 municipalities do not subsidize. Last year, we estimated that 288 municipalities subsidized the RGP scheme. This year, we estimate this at 267 municipalities. The change from last year (81 %) to this year (75 %) is within the margins of error, and thus not significant. Due to the municipal mergers from 1 January 2020, this year's and last year's estimates of the number of municipalities cannot be compared directly with previous implementations. In the study in 2019, 71 % of the municipalities stated that they subsidized the RGP scheme. This corresponded to 298 of the Norway's then 422 municipalities. A larger proportion of less central and medium-sized municipalities measured in population subsidize the RGP scheme, compared with the average. In the period 2018-2020, we saw a significant increase in the proportion of the most populous and most central municipalities that subsidized the RGP scheme. In this year's survey, this trend seems to have stagnated, and these proportions have remained stable since last year. Of the municipalities that subsidize the RGP scheme, the majority answer that the use of fixed salary (63 %), favorable agreements for renting practice premises / equipment to businesses (56 %) and agreements on the provision of municipal support functions or other health personnel (49 %) are the most commonly used solutions. 16 % of the municipalities have provided financial compensation to resigning RGPs upon transfer of a RGP contract in 2020, this is on a par with 2019.

**Several of the most populous (16 %) and most central municipalities (23 %) that subsidize the RGP scheme have done this for less than a year, compared with the average (7 %).** As many as 95 % of the least central municipalities and 95 % of the municipalities with 3,000 inhabitants or fewer who subsidize the RGP scheme have done this over several years. At the same time, around half of the municipalities that currently do not subsidize the

RGP scheme consider that they will have to do this in the future, given that the RGP scheme continues as it is today.

**Stability and recruitment challenges are still the most frequently mentioned reasons why the municipalities subsidize the RGP scheme beyond the main model.** As before, 9 out of 10 municipalities that subsidize the RGP scheme state that they do this in order to retain RGPs over time. Nearly 8 out of 10 municipalities that subsidize do so to recruit RGPs. Other mentioned reasons for subsidy are to better cover other GP tasks (45 %), to get doctors to guide doctors under specialization (43 %) and stimulate better integration between the RGP service and other municipal health and care services (42 %).

**Most municipalities that subsidize the RGP scheme experience that it works as intended.** 69 % of the municipalities that subsidize, consider that the subsidy works very or fairly well, while 8 % consider that it works poorly or very poorly. The proportion who consider that the subsidy works well has fallen from 82 % in 2019, but there has not been a significant increase in the proportion of municipalities who consider that it works poorly.

**Of the municipalities that subsidize the RGP scheme (75 % i.e. a total of 267 municipalities), 84 % (a total of 224 municipalities) answer that this imposes additional costs on the municipalities.** We estimate the total additional costs for the municipal sector at NOK 591 million in 2020. In comparison, we estimated corresponding additional costs at NOK 520 million in 2019, NOK 439 million in 2018 and NOK 378 million in 2017. The percentage growth in the municipalities' additional costs seems to have slowed somewhat, with an estimate of 14 per cent growth from 2019 to 2020 against 18 per cent growth from 2018 to 2019. The estimate for the additional costs in 2020 is statistically significantly higher than the estimates for 2018 and 2017. The estimates are based on reported additional costs and average cost from the surveys. This indicates that the estimates have some uncertainty. Estimated confidence intervals for the average cost shed light on the uncertainty. For an impression of the extent of the additional costs, they are seen in the context of the municipalities' total expenditure on the ordinary RGP scheme (the main model), i.e. basic grants and any equalization grants. We estimate total funding for the ordinary RGP scheme to be around NOK 11.5 billion in 2020. Of this, basic grants and equalization grants amount to just over NOK 3.1 billion. The municipal sector's estimated total additional costs of NOK 591 million thus constitute 19 % of the municipalities' costs for basic grants and equalization grants when financing the RGP scheme in 2020. Estimated confidence intervals from a minimum of 15 % to a maximum of 23 % illustrate the uncertainty in the estimate. This is on a par with the results for 2019. In comparison, the estimate in 2018 was between 13 % and 21 % and in 2017 between 12 % and 20 % of the municipalities' costs for basic grants and equalization grants.

**As in the previous surveys, we consider that self-financing or subsidization of the RGP scheme occurs relatively frequently, and that the effort constitutes a not insignificant cost for the municipalities of Norway.** This is also our assessment if the lowest estimate of 15 % additional cost of subsidy in relation to the basic grant and the equalization grant is used as a basis. Through the report, we have mapped that the majority of the municipalities that subsidize the RGP scheme have additional costs related to this. Subsidization occurs more often among less central and medium-sized municipalities. Over time, subsidies have become more common among the most central and most populous municipalities as well, and the difference depending on size is smaller this year than in the previous surveys. About half of the municipalities that currently do not subsidize the RGP scheme consider that they will have to do so in the future, given that the RGP scheme continues as it is today. The municipalities' most frequent purpose with alternative subsidy offers is to constantly recruit and retain RGPs over time. This finding is on a par with the results from the previous surveys. This year's study thus supports our conclusion from the previous studies that the RGP scheme's main model does not provide sufficient incentives for RGPs to be recruited and remain in their positions over time, across municipalities. We also estimate that the municipalities' additional costs of subsidizing the RGP scheme have increased over time.