

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – tredje oppfølgingsundersøkelse



Laget for

KS

Juli 2021

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Executive summary	6
1. Innledning og bakgrunn	8
1.1 Hovedmodellen.....	9
1.2 Fastleger med fastlønn	10
1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner	11
2. Om utredningen og analysene	11
3. Metode.....	12
3.1 Survey.....	13
3.2 Statistikkinnhenting.....	14
3.3 Frafallsvurdering	15
4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen	16
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger	16
4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger	23
4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger.....	27
5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen	32
6. Drøfting og konklusjon	35
Referanseliste.....	37
Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen	38
Vedlegg 2. Spørreskjema	40

Forord

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) kartlagt omfanget av kommunenes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Videre har vi undersøkt innretning av, formål med og kommunenes merkostnader knyttet til slik subsidiering. Årets gjennomføring er den fjerde i rekken, og er en oppfølging av kartleggingen gjennomført i mai 2018 (nullpunktsmåling), juni 2019 (første oppfølgingsundersøkelse) og november 2020, (andre oppfølgingsundersøkelse). Formålet har vært å få oppdaterte tall og vurdere om det har vært endring over tid.

FoU-prosjektet er utført av Linn Sørensen Holst (Ipsos), Daniel Ritland Hernes (Ipsos), Vegard Salte Flatval (SØA) og Amund Kordt (SØA). Kontaktpersoner hos KS har vært Torun Risnes.

Vi takker KS for god dialog underveis i oppdraget. Vi vil også takke alle som har bidratt som respondenter i kartleggingen.

Oslo, Juli 2021

Ipsos og SØA

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.¹

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 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

¹ 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.

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 RGP over time. Nearly 8 out of 10 municipalities that subsidize do so to recruit RGP. 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 estimate 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 RGP 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 RGP 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.

1. Innledning og bakgrunn

Det er mange kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen for drift. Nasjonalt senter for distriktsmedisin fant i 2016 at under halvparten av kommunene med under 20 000 innbyggere har ren privat fastlegepraksis, som er hovedmodellen i ordningen med privat næringsdrift.² Kommunale fastlønnsstillinger, kommunale leieavtaler for lokaler, utstyr og/eller personell er blant løsningene enkelte kommuner tilbyr. I realiteten innebærer dette en subsidiering av legenes praksis fra kommunenes side. Ifølge Agenda Kaupang kan rekrutteringsutfordringer knyttet til fastleger gi «enkelte kommuner et begrenset handlingsrom og skaper ofte behov for unike avtaler og tilpasninger».³ Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer har ofte blitt knyttet til de mindre og de perifere kommunene. Imidlertid er det nå tegn til at utfordringene også øker blant de større og mer sentrale kommunene.⁴

I 2018 vedtok Stortinget en evaluering av finansieringen av fastlegeordningen⁵. Det forelå da lite faktisk kunnskap om omfanget og innretningen av, formålet med, og kostnader forbundet med kommunenes egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen. Dette var også bakgrunnen for den første av KS' kartlegginger av variasjonene i finansieringen av fastlegeordningen i 2018, oppfølgingsundersøkelsene i 2019 og 2020.

EY og Vista analyse gjennomførte evalueringen av finansieringen av fastlegeordningen i 2019. Evaluering fant at fastlegeordningen var og er under press.⁶ Rapporten fant at over 70 % av kommunene har merutgifter som går utover basistilskuddet. Dette er særlig utbredt blant små kommuner med under 5000 innbyggere, hvorav bare 5 % har kun selvstendig næringsdrift i tråd med hovedmodellen. Blant de store kommunene har 36 % ren selvstendig næringsdrift uten bruk av 8.2-avtaler eller lignende subsidiering. Rapporten peker særlig på fremtredende bruk av 8.2-avtaler. Et av formålene med slike avtaler er fra kommunenes side å øke rekruttering og bedre vilkårene for fastlegene. Videre viser rapporten til positive effekter av slike avtaler, nemlig økt lønnsstilfredshet blant fastlegene sammenlignet med kommuner med ren næringsdrift, at arbeidsmengden i større grad oppleves som håndterbar, økt samhandling mellom fastleger og kommunene, bedre oppfølging fra kommunene, og at kommunene i større grad har utarbeidet strategier for rekruttering og stabilitet. Både kommunerepresentantene og fastlegene i undersøkelsen mener at det er behov for blant annet økt basistilskudd for at ikke kommunene skal måtte stå for dekkningen av tilsynelatende økende merutgifter for å opprettholde et godt fastlegetilbud i kommunen. I mai 2020 lanserte regjeringen en forpliktende handlingsplan for allmennlegetjenesten, hvor et viktig tiltak er å øke basisfinansieringen. Basistilskuddet for de 1000 første listepasientene økte fra 499 kroner til 571 kroner fra 1. mai 2020 og øker ytterligere til 610 kroner fra 1. juli 2021.⁷

Ipsos og SØA har på oppdrag fra KS utført en ny oppfølgingsundersøkelse av kartleggingene fra 2018, 2019 og 2020, for å oppdatere tallene og se om det har vært en utvikling. Vi har for fjerde gang utført en nasjonal kartlegging av omfang og innretning av kommuners egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover fastlegeordningens hovedmodell. Subsidieringsordninger kan gi merkostnader for kommunene, men behøver i prinsippet ikke gjøre det. Vi utreder i hvilken utstrekning slike løsninger gir merkostnader i tillegg til kostnadenes størrelse. Videre undersøker vi årsakene til at kommunene velger å yte bidrag utover fastlegeordningens hovedmodell. Vi har også undersøkt om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter hensikten. I denne

² Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

³ Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Rapportnr. R9010

⁴ Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentdato: 01.07.2021]

⁵ Innst. 109 S (2017-2018) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:3 S (2017-2018)

⁶ EY og Vista analyse (2019) *Evaluering av fastlegeordningen*. Rapport

⁷ Regjeringen, revidert nasjonalbudsjett: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/styrket-basistilskudd-for-fastleger/id2849086/> [Hentdato: 01.07.2021]

kartleggingen har vi også sett på utvikling i resultatene over de fire årene kartleggingen er gjennomført.

1.1 Hovedmodellen

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på *privat næringsdrift* finansiert gjennom listepasienttilskudd (basistilskudd per registrert person på legens liste, utbetalt fra kommunen), folketrygdefusjon (statlig) og egenandeler fra pasienter. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere kan det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer.⁸

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). I tillegg får kommunen normalt innbetalingene av trygdefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt). Kommunen får også et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Utover dette finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker.⁹ Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen.

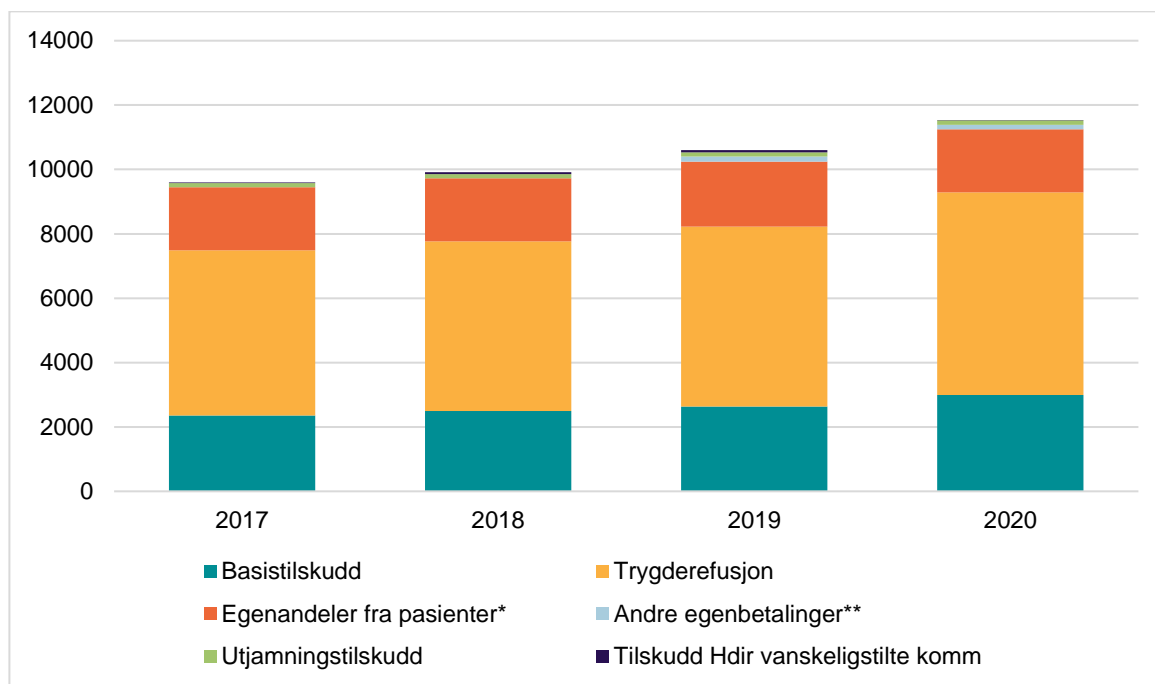
Kommunene refunderes ikke særskilt for eventuelle utjamningstilskudd, subsidier som kommunen bidrar med til næringsdrivende leger, bonusavtaler eller andre goder til fastlønnede leger.

Hovedmodellen slik den er beskrevet over, skal som utgangspunkt dekke fastlegenes kostnader til investeringer og drift i praksis. Den samlede finansieringen ble anslått til 9,6 milliarder kroner i 2017 (ref. første rapport). Oppdaterte tall for 2020 viser en samlet kostnad på i overkant av 11,5 milliarder kroner, jf. figur 1.1. Kommunenes kostnader til finansiering av fastlegene begrenser seg til basistilskuddet på 3,0 milliarder kroner og eventuelle utjamningstilskudd summert til om lag 136 millioner kroner. Resterende finansiering kommer fra pasienter i form av egenandeler og Helfo (Folketrygden) gjennom refusjoner for utførte takster.

⁸ Tilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen.

⁹ Helsedirektoratet (2019) <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker--spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten> [Hentdato: 01.07.2021]

Figur 1.1 Finansiering av fastlegeordningen i 2017-2020. Millioner kroner*



*Note 1: Beregningen for utjamningstilskudd for 2017 ble gjennomført av Helsedirektoratet i januar 2018, og er ikke gjentatt for tallene for 2018, 2019 og 2020. Vi legger til grunn Helsedirektoratets beregninger av utjamningstilskudd fra 2017 også for 2018, 2019 og 2020 da dette er den siste tilgjengelige komplette oversikten. Utjamningstilskuddet utgjør uansett en liten del av den samlede finansieringen av fastlegeordningen og påvirker dermed øvrige beregninger i svært liten grad.

*Note 2: *Basistilskuddet* er beregnet basert på månedlige rapporteringer fra Helfo om antall pasienter, listelengde og basistilskudd for alle fastlegehjemler. Basistilskuddet utgjorde 577 kroner per pasient per år for de 1000 første på listen fra og med 1. mai 2020.

*Note 3: Vi har mottatt beregninger fra KUHR (Helsedirektoratet) på utbetalte *trygderefusjoner* fra Helfo og innbetalte *egenandeler fra pasienter* samt *andre egenbetalinger*. Beregningene for 2020 er basert på over 34 millioner godkjente regninger fra fastleger (inkludert fastlønnede fastleger og fastlønnede turnusleger). Refusjoner inkluderer også beløpene der pasienten har rett til fri egenandel, og egenandelsbetalinger inkluderer både takster som teller knyttet til rett til frikort og for takster som ikke teller for frikort (gebyrer for utskrift av pasientjournal o.l.).

1.2 Fastleger med fastlønn

Der hvor fastlegeordningen fungerer som forutsatt legges privat næringsdrift til grunn. Der rekruttering av fastleger er krevende, har enkelte kommuner blant annet ansatt leger på fast lønn og kommunene bidrar selv med økonomiske midler.¹⁰ Ifølge styringsdata for fastlegeordningen, tilgjengelig fra Helsedirektoratet, var antall fastlegepraksiser/hjemler (med fast tilknyttet lege) 5 133 ved utgangen av 2020 (opp fra 4 853 fra året før). Antall praksiser med fastlønn var 805 (opp fra 689 siste 12 måneder), som utgjør 15,7 % av alle fastlegehjemler. Dette er en betydelig økning fra utgangen av 2016, hvor tilsvarende andel var i overkant av 5 %.

Agenda Kaupang finner i en undersøkelse blant ledelse av kommunal legetjeneste at det er langt større innslag av næringsdrift blant legene i større kommuner enn i mindre.¹¹ I større kommuner er driften i stor grad organisert i legesentre. Bruk av fastlønn opplyses også å være et mulig virkemiddel for enkelte kommuner for å hjelpe leger til å kunne starte opp en ny praksis som fastlege.

¹⁰ KS (2017) <https://www.ks.no/kronikker/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/> [Hentedato: 01.07.2021]

¹¹ Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapportnr. R9010

De foregående kartleggingene av variasjon i finansieringen av fastlegeordningen som Ipsos og SØA har gjennomført for KS har vist at kommuner av ulik størrelse og sentralitet har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Mange kommuner opplever at det er krevende å få søkere til ledige fastlegehjemler etter fastlegeordningens hovedmodell for drift, som er privat næringsdrift. Det skyldes blant annet at legene selv ønsker fast ansettelse, og særlig de yngste legene. Vi står også overfor en omfattende utskiftingsprosess av leger i de neste 10 årene, siden nærmere en tredjedel av fastlegene i Norge er 56 år eller eldre.¹²

Stadig flere kommuner ser det som nødvendig å omgjøre hjemler fra næringsdrift til ansettelse, selv om det stort sett gjør fastlegetjenesten langt dyrere. Omgjøring av hjemler skaper dessuten store utfordringer fordi kommunenes rammevilkår i hovedsak er tilpasset fastlegeordningens hovedmodell. Vi fant i 2020-kartleggingen at det er de største og mer sentrale kommunene som oftest har gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemler. Andelen kommuner som har gitt denne typen økonomisk kompensasjon øker med økende antall fastlegehjemler i kommunen.¹³

1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner

Nasjonalt senter for distriktsmedisin finner i en undersøkelse fra 2016 blant kommuner med under 20 000 innbyggere at majoriteten (79 %) av fastlegehjemlene/-stillingene var basert på privat næringsdrift.¹⁴ Samtidig ble under halvparten av alle fastlegehjemlene/-stillingene (45 %) drevet helt privat, dvs. i henhold til hovedmodellen i fastlegeordningen. 34 % av alle hjemlene/-stillingene var private næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell. 20 % hadde en driftsform basert på fast lønn. Driftsform varierte signifikant med innbyggertallet i kommunen, og innbyggertallet hadde større betydning enn kommunens sentralitet for valg av driftsform. Ifølge Nasjonalt senter for distriktsmedisins undersøkelse var drift basert på fast lønn mest vanlig i kommuner med under 2000 innbyggere, mens ren privat næringsdrift i form av hovedmodellen var mest vanlig i kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere. I overkant av halvparten av kommunene hadde alle fastlegene samme driftsform, mens det i underkant av halvparten av kommunene var ulike driftsformer blant fastlegene.

2. Om utredningen og analysene

Utredningen deles inn i tre temaområder med problemstillinger som henger nært sammen, se figur 2.1.

Figur 2.1 Illustrasjon av inndeling av prosjektet



For det første kartlegger vi *omfang og innretning* av kommunenes subsidieringsløsninger av fastlegeordningen. Vi ser nærmere på innretning av alternative løsninger, som bruk av fastlønn, tilbud om gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende eller avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell mv. Vi gir et inntrykk av utvikling av omfang av subsidiering over tid. Videre anslår vi hvor mange kommuner som forventes å benytte subsidieringsordninger for å gi et samlet bilde.

¹² KS (2021): <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/finansiering-av-fastlegeordningen--hva-er-den-rette-medisin/> [Hentedato 01.07.2021]

¹³ Ipsos (2021): [Innløsning/overdragelse av fastlegehjemler 2021](#), Ipsos-rapport laget for KS

¹⁴ Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

For det andre undersøker vi *formål* med subsidieringsløsningene, det vil si årsakene til at kommunene har ordninger utover fastlegeordningens hovedmodell. Dette kan handle om å tilby vilkår som fremstår som mer attraktive enn vilkårene gjennom hovedmodellen, for at kommunene skal kunne tiltrekke seg flere fastleger som står i hjemlene over lengre perioder. Årsaker til å subsidiere kan for eksempel være å oppnå bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten (linjeledelse), for å stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og for å tilrettelegge for kompetanseheving mv. Vi ser i tillegg på om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter hensikten.

Ved subsidiering yter kommunene bidrag på en annen måte enn gjennom fastlegeordningens hovedmodell. Vi kartlegger i hvilken utstrekning løsningene gir merkostnader i tillegg til kostnadenes størrelse. Funnene aggregeres for å gi et samlet bilde av de økonomiske konsekvensene for kommunene av subsidieringsløsninger.

I tillegg ser vi nærmere på kommuner som *ikke subsidierer fastlegeordningen*: Har disse tidligere subsidiert ordningen, hva er årsakene til at de ikke subsidierer og hvordan vurderes sannsynligheten for at de i fremtiden vil måtte subsidiere fastlegeordningen?

Vi gjør integrerte analyser av utredningens datagrunnlag, både knyttet til svar i surveyundersøkelsen og innhentet statistikk. Vi benytter oss i tillegg av innsikt fra de innledende, utforskende intervjuene fra den første kartleggingen i 2018 til å nyansere og utdype kvantitative funn. I årets analyser har vi også sett på eventuelle endringer i resultatene over de 4 årene kartleggingen er gjennomført.

For å sikre mest mulig enhetlig forståelse av spørsmålene ble respondentene i surveyen innledningsvis informert om følgende:

«I undersøkelsen stiller vi spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen.»

I rapporten benytter vi begrepet *subsidiering* om kommuners egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidieringsløsninger utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen).

3. Metode

Underveis i perioden disse kartleggingene er gjennomført har det vært en kommunereform, med påfølgende fylkes- og kommunesammenslåing fra 1. januar 2020. Antall kommuner gikk da ned fra 422 til 356. Fra og med fjorårets kartlegging har vi derfor henvendt oss til kommunene innenfor den nye kommuneinndelingen. Et interessant funn i årets gjennomføring er at tallene og andelene vi ser i årets gjennomføring, som gjelder det første hele året etter kommunesammenslåingen, i stor grad ligner på funnene i fjorårets undersøkelse.

I første kartlegging i 2018 gjennomførte vi innledende og utforskende intervju, survey og statistikkinnhenting for å besvare prosjektets problemstillinger. I de påfølgende gjennomføringene har det ikke vært behov for innledende og utforskende intervju, men vi har på samme måte som ved den første kartleggingen sendt ut en survey og innhentet statistikk for å kunne måle utvikling over tid.

3.1 Survey

Data er samlet inn gjennom en survey rettet mot leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Dette kan være kommunens helse- og omsorgssjef, helse- og sosialsjef, kommunalsjef for helse og velferd eller annen stillingstittel, avhengig av kommunens organisering.

Ved første kartlegging i 2018 ble spørreskjemaet testet/pilotert elektronisk i målgruppen. Det er kun gjort noen mindre oppdateringer i spørreskjemaet ved de påfølgende gjennomføringene. Det ble i 2019 lagt inn et nytt spørsmål om hvor mye av merkostnaden til kommunene som subsidierer fastlegeordningen som gikk til fastlønn. I fjor ble det på samme spørsmål lagt til en presisering i spørsmålsteksten og i forklaringsteksten under spørsmålet.¹⁵ Det ble i 2019 også lagt inn et nytt alternativ «finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)»¹⁶ under spørsmålet om formål med subsidieringen. I fjor ble det dessuten lagt til to nye spørsmål som omhandler overdragelse av hjemler og kostnadene dette eventuelt medførte for kommunene. Dette spørsmålet ble i år justert noe for å øke nytteverdien. Kommunene kunne fra i år skrive inn antall hjemler, noe som har gjort at vi lettere kan regne ut gjennomsnittskostnad ved overføring av hjemler.¹⁷

Undersøkelsen ble sendt ut elektronisk til kommunenes postmottak, tydelig merket målgruppen for undersøkelsen. Listegrunnlaget bestod av kontaktliste fra KF med henholdsvis e-postadresse og telefonnummer til kommunenes postmottak og sentralbord. I løpet av feltperioden ble det sendt elektronisk påminnelse til kommunene som ikke hadde besvart. Parallelt påminnet vi kommunene som ikke hadde besvart per telefon og supplerte med mulighet for å besvare undersøkelsen per telefon. Ved alle gjennomføringene har KS markedsført undersøkelsen på sine hjemmesider med oppfordring om å besvare undersøkelsen.

Datainnsamlingen er gjennomført i følgende perioder:

- 2018: 12. – 30. april
- 2019: 15. – 31. mai
- 2020: 14. september – 9. oktober
- 2021: 26. mai – 15. juni

Responser har vært som følger:

- 2018: 241 svar (182 elektroniske intervju og 59 telefonintervju) / 57 % av 422 kommuner
- 2019: 275 svar (243 elektroniske intervju og 32 telefonintervju) / 65 % av 422 kommuner
- 2020: 229 svar (225 elektroniske intervju og 4 telefonintervju) / 64 % av 356 kommuner
- 2021: 217 svar (alle elektroniske intervju) / 61 % av 356 kommuner

Under følger svarfordeling for henholdsvis ulik sentralitet og folkemengde i de fire surveyene, se tabell 3.1 og 3.2. Tabellene viser en relativt jevn fordeling på de ulike undergruppene.

¹⁵ Spørsmålsteksten ble endret til å presisere at fastlønn var en del av merkostnadene og følgende tekst lagt til: *Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekontor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.*

¹⁶ Jf. nytt krav fra 1. mars 2019, om at leger som blir ansatt i kurativ stilling i primærhelsetjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering.

¹⁷ Spørsmålet var i første runde med alternativene, «Nei», «Ja, en hjemmel», «Ja, to hjemler» og «Ja, tre hjemler eller flere». I år er dette endret til å ha ett spørsmål først hvor vi avklarer om de har hatt merkostnader i forbindelse med overdragelse av hjemler. Etter dette er det stilt et åpent oppfølgingsspørsmål hvor de ble bedt om å skrive inn antall hjemler før kostnad for overdragelse.

Tabell 3.1 Svarfordeling etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021
Nivå 1 – 3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %	56	26 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %	52	24 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %	54	25 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %	55	25 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %	217	100 %

Tabell 3.2 Svarfordeling etter folkemengde

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %	59	27 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %	79	36 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %	79	36 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %	217	100 %

3.2 Statistikkinnhenting

Parallelt med gjennomføringen av surveyen ble det innhentet relevant statistikk for å belyse kjennetegn ved kommunene. Inngående kjennskap til kjennetegn ved respondentene muliggjør for det første en effektivisering av spørreskjemaet ved at vi kan innhente relevant informasjon uten å stille spørsmål om det. For eksempel kan informasjon om hvor mange fastlegehjemler som finnes i den enkelte kommune hentes fra Helsedirektoratet. Videre muliggjør koblingen av statistikken en bedre vurdering av frafall og skjevheter i besvarelser av undersøkelsen.

Vi har gjort et utvalg av data som vi vurderer er relevante kjennetegn for kommuner som i større eller mindre grad subsidierer eller ikke subsidierer fastleger utover fastlegeordningens hovedmodell. Datainnhenting er basert på datakilder som er del av offentlig tilgjengelig statistikkproduksjon, hovedsakelig fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Følgende data for kommuner er innhentet:

- SSBs sentralitetsindeks¹⁸
- Folkemengde per 1. januar 2020
- Omfang av fastlegehjemler per 1. desember 2020 (antall og basistilskudd)

Koblingen av statistikken på kommunenivå gir et rikere datamateriale og stor fleksibilitet i beregninger på tvers av surveydata og bakgrunnsdata. Bakgrunnsinformasjonen benyttes til å analysere funn fra surveyen på tvers av sentralitet, folkemengde og landsdel. Vi benytter disse variablene for å analysere eventuelle forskjeller i besvarelser fordelt på disse undergruppene av utvalget.

Vi grupperer sentralitetsindeksen og folkemengde med mål om å sikre nok observasjoner per undergruppe. Sentralitetsindeksen firedeles, og vi betrakter de tre mest sentrale kommunetypene (1 til 3) samlet. Det gjøres en tredeling av kommunene basert på folkemengde. De minste kommunene defineres som kommuner med under 3000 innbyggere, mellomstore kommuner har fra og med 3000 til og med 9999 innbyggere og de største kommunene har innbyggertall på 10 000 og over. Det er relativt stor variasjon i størrelsen blant kommunene i gruppen med over 10 000 innbyggere, men for et omfang av svar fra surveyen skal blir stort nok ved nedbrytninger er det nødvendig med et såpass stort spenn i folkemengde. Se tabellene under for en fordeling av kommuner etter de to typologiene.

¹⁸ Se nærmere forklaring av SSBs sentralitetsindeks i Høydal, E. (2020), [Sentralitetsindeks. Oppdatering med 2020-kommuner](#) Notater 2020/04. Statistisk sentralbyrå

Tabell 3.3 Fordeling av kommuner etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Kommuner 2021	Andel 2021
Nivå 1– 3 Mest sentrale	76	21 %
Nivå 4	73	21 %
Nivå 5	95	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	112	32 %
Sum	356	100 %

Tabell 3.4 Fordeling av kommuner etter folkemengde

Folkemengde	Kommuner 2021	Andel 2021
Under 3000	130	37 %
3000 – 9999	114	32 %
10 000 og over	112	31 %
Sum	356	100 %

3.3 Frafallsvurdering

Vi har koblet svar fra surveyundersøkelsen med innhentet statistikk. Det er gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger betydelige systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, men de små og minst sentrale kommunene er noe underrepresentert. Slik har det vært i de foregående kartleggingene også. I 2019-kartleggingen ble det gjennomført en test hvor vi vektet resultatene, slik at de speilet sammensetningen i denne undersøkelsen med hensyn til faktisk fordeling på folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå i kommune-Norge. Deretter sammenlignet vi resultatene med og uten denne vekten. Denne testen viste marginale forskjeller i totalandelene, og vår vurdering var derfor at det ikke var behov for å vekte resultatene. Årets resultater ligner i stor grad sammensetningen fra tidligere mht. folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå, og vi har derfor vurdert at det ikke er behov for å vekte resultatene i år heller.

Oversikt over kjennetegn ved kommunene som har besvart undersøkelsen presenteres i vedlegg 1.

4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen

I kapittel 4.1 ser vi først på omfanget av kommuner med subsidieringsordninger. Deretter drøftes innretningen av disse ordningene. Formål med og effekter av subsidieringsordningene belyses i kapittel 4.2, før vi i kapittel 4.3 ser nærmere på kostnadene knyttet til subsidieringsordninger.

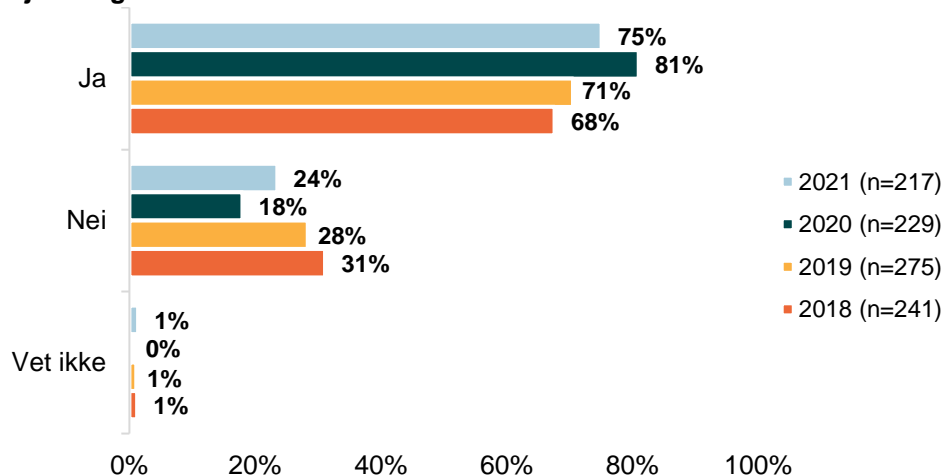
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger

I år ser vi at 3 av 4 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), se figur 4.1. Denne andelen har tilsynelatende gått noe ned fra i fjor, men endringen er ikke signifikant.

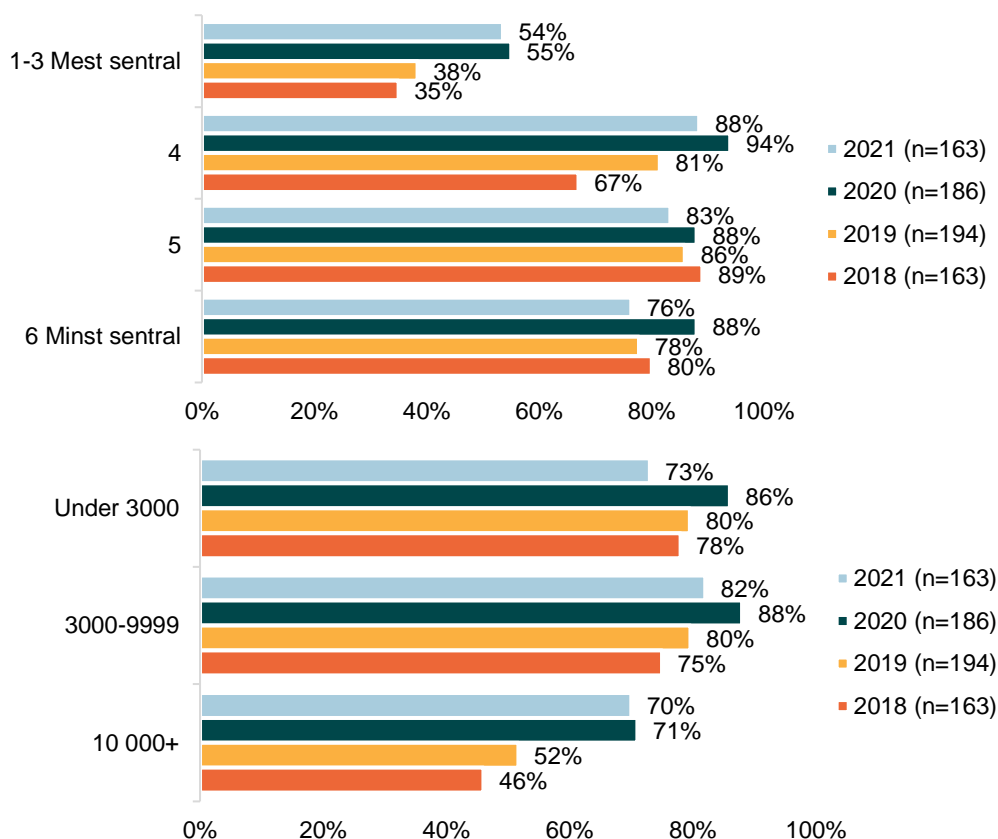
Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen finner vi, i likhet med tidligere gjennomføringer, større andeler *mindre sentrale* kommuner sammenlignet med gjennomsnittet. Som i fjor, er det dessuten en noe større andel av de *mellomstore kommunene* som subsidierer fastlegeordningen. I perioden 2018 til 2020 var det en signifikant økning i andelen av de mest sentrale kommunene (35 % i 2018 til 55 % i 2020) og de største kommunene (46 % i 2018 til 71 % i 2020) som oppga at de subsidierer fastlegeordningen. Denne trenden ser ut til å ha stagnert, og andelen av de mest sentrale (54 %) og de største kommunene (70 %) som subsidierer fastlegeordningen i 2021 er på nivå med det vi fant i 2020.

I mindre sentrale kommuner (sentralitetsnivå 4 – 6) subsidierer 83 % av kommunene, mot 75 % i gjennomsnitt, se figur 4.2. I fjor var andelen blant de mindre sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4 – 6) som subsidierte 90 %. Blant de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1 – 3) subsidierer 54 % av kommunene, likt fjoråret. Der hvor det tidligere har vært et tydeligere skille mellom de minste og de største kommunene, er det i år mindre forskjell. 73 % av kommunene med under 3000 innbyggere, 82 % av kommunene med 3000 – 9999 innbyggere og 70 % av de med over 10 000 innbyggere subsidierer fastlegeordningen. Selv om størrelse og sentralitet er tett knyttet sammen, ser det nå ut til at sentralitet i større grad enn størrelse er knyttet til subsidieringen av fastlegeordningen utover hovedmodellen.

Figur 4.1 Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd?



Figur 4.2 Kommuner som egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Sentralitet og folkekemngde

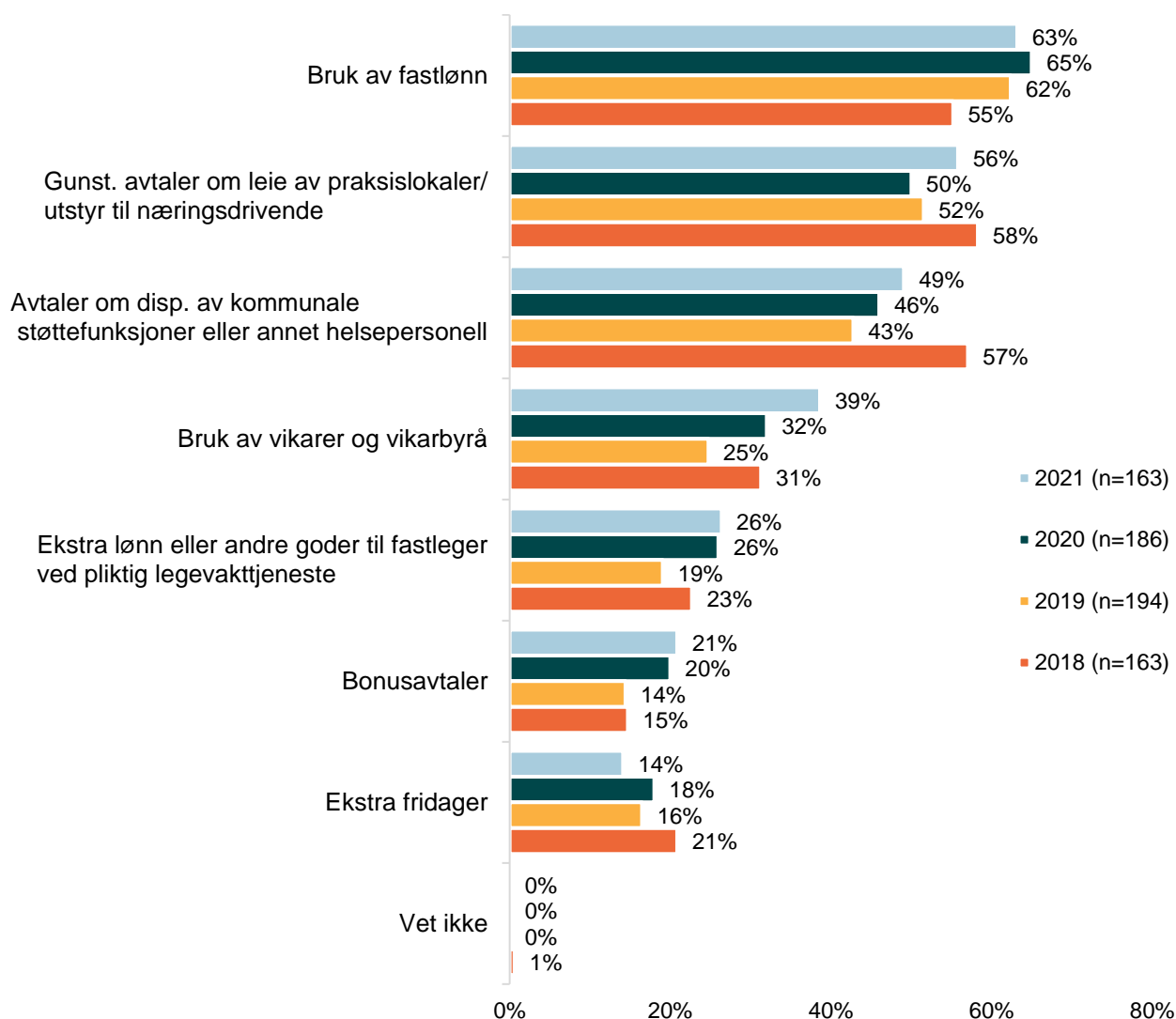


Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkekemngde, landsdel og sentralitetsnivå. Vår vurdering er at resultatene gir et godt bilde av tilstanden i kommune-Norge med hensyn til disse variablene, for mer informasjon se kapittel 3.3. Dette gjør oss i stand til å beregne det totale omfanget av kommuner som vi forventer subsidierer fastlegeordningen ut over basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd. Vi refererer til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd som «hovedmodellen» heretter.

Som en følge av kommunereformen i januar 2020, gikk antall kommuner i Norge ned fra 422 til 356. Vi kan derfor ikke sammenligne anslag for 2018 og 2019 på *antall* kommuner som subsidierer fastlegeordningen med anslag fra og med fjorårets undersøkelse. Under forutsetning av at fordelingen i utvalget gir et riktig bilde av fordelingen i den sanne populasjonen (alle kommuner), anslø vi at det i 2020 var 288 kommuner som subsidierte fastlegeordningen utover hovedmodellen. I 2021 ser det ut til å være 267 kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. Selv om *antallet* er lavere enn ved fjorårets måling, er *andelen* tilnærmet lik (75 % i 2021 mot 81 % i 2020). Det er ingen statistisk signifikant endring fra i fjor eller fra 2019.¹⁹ Det er derfor vanskelig å si om dette peker mot en stagnering eller justering etter kommunesammenslåingen.

¹⁹ Ansløget på 267 kommuner for 2021, er basert på 75 % av 356 kommuner. Ansløget på 288 kommuner for 2020 er basert på 81 % av 356 kommuner etter kommunesammenslåingen. Ansløget på 298 kommuner for 2019 er basert på 71 % av 422 kommuner, mens ansløget for 2018 på 287 kommuner er basert på 68 % av 422 kommuner.

Figur 4.3 Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Det er stadig slik at majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter fastlønn og gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, se figur 4.3. Sistnevnte lå i nullpunktsmålingen fra 2018 øverst over typene subsidieringsløsninger som ble benyttet, etterfulgt av avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell. I 2018-undersøkelsen var bruk av fastlønn den tredje oftest nevnte subsidieringstypen. Ingen av endringene fra 2020 til 2021 er signifikante.

Vi ser de samme svarmønstrene blant undergrupper av kommuner som tidligere. Bruk av fastlønn er mest utbredt blant de minst sentrale kommunene også i år (79 %). Dette gjelder også de minste kommunene målt i antall innbyggere (77 %), sammenlignet med gjennomsnittet (63 %). Vi finner at ekstra fridager er mer brukt blant de minst sentrale kommunene (33 %), og blant kommunene med færrest innbyggere (28 %) sammenlignet med gjennomsnittet (14 %). Som tidligere år ser vi at fastlønn, bonusavtaler og ekstra fridager forekommer mer hyppig i Nord-Norge enn blant gjennomsnittet av kommunene. Dette har vært gjennomgående resultater i alle gjennomføringene. I år har Vestlandet høyest andel bruk av fastlønn og ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste.

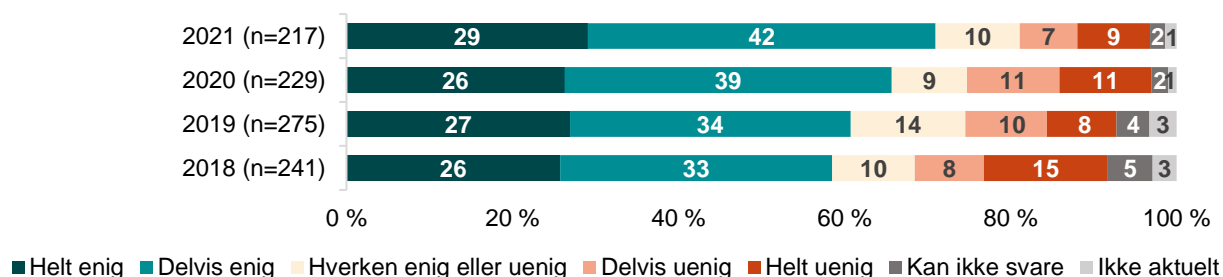
Kommunene oppgir i gjennomsnitt at de har rundt nær tre²⁰ ulike typer subsidieringsløsninger.²¹ Her ser vi enkelte mønstre som sammenfaller med det vi har sett i de tre foregående kartleggingene:

- ✓ Kommunene som benytter fastlønn som subsidieringsløsning bruker også i større grad enn snittet bonusavtaler (31 % mot 21 % i gjennomsnitt), ekstra fridager (20 % mot 14 % i gjennomsnitt) og vikarer og vikarbyrå (44 % mot 39 % i gjennomsnitt).
- ✓ Kommuner som bruker gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende bruker ofte også avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (69 % mot 49 % i gjennomsnitt) som subsidieringsløsning. Korrelasjonen mellom disse svaralternativene handler trolig om at kommuner med 8.2-avtale (omtalt i neste avsnitt) ofte omfatter både subsidiering av lokaler, utstyr og personell.
- ✓ Kommuner som har gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (54 %) oppgir i mindre grad enn gjennomsnittet (63 %) at de bruker fastlønn som subsidieringsløsninger.

28 % av kommunene har skrevet inn kommentarer i åpent felt for andre svar enn de oppgitte svaralternativene. En gjennomgang av årets kommentarer viser, på samme måte som ved de tidligere kartleggingene, at de fleste rent innholdsmessig kunne vært sortert innunder et av de eksisterende svaralternativene som er vist i figur 4.3. Det vil si at disse på ulike måter handler om enten gunstige avtaler om leie av lokaler/utstyr eller at legene disponerer kommunale støttefunksjoner eller helsepersonell. Som ved tidligere gjennomføringer handler kommentarene i det åpne alternativet i stor grad om støtte til drift. Kommunene bruker imidlertid noe ulik terminologi om disse formene for subsidiering, som «8.2-avtale»²² eller «null-avtale». Begge henviser til en samarbeidsmodell eller kombinasjonsmodell der kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, helsepersonell, utstyr, IT-støtte mv. En slik avtale kan også innebære at kommunen ansetter helsepersonell og har arbeidsgiveransvar. Kommunene påpeker i både åpne svar og i de innledende, utforskende intervjuene fra nullpunktsmålingen fra 2018, at slike avtaler avlaster fastlegene for tidkrevende oppgaver ved for eksempel vikarbruk og sykefravær.

Andre åpne kommentarer går på at kommunen har rekrutteringstilskudd, som er tilskudd til leger med små lister eller «null-liste», leger under spesialisering mv. I år har vi også sett at det er enkelte som nevner tiltak i forbindelse med korona-pandemien, som økonomisk støtte til fastlegene som skal erstatte tapt inntekt, honorar ved pandemioppgaver og hjemmekontor. Utover dette er det mye av det samme som nevnes i de åpne svarene i år som i de foregående kartleggingene.

Figur 4.4 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? – Legene ønsker fastlønnsavtaler. Prosent. Base: Alle



²⁰ Differansen i gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger fra i fjor til i år er på 0,7 (fra 2,1 til 2,8) per kommune som egenfinansierer fastlegeordningen. I første gjennomføring var gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger på 2,6, og i andre gjennomføring 2,3.

²¹ Dette er ekskludert « annet, skriv inn »-svar.

²² Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, del III kommunens oppgave, 8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, helsepersonell mv.

Som vi så i figur 4.3, og har sett i de foregående gjennomføringene, oppgir over halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen at de benytter fastlønn som en form for subsidiering. Det er ingen signifikant endring i denne andelen over de fire målingene. Majoriteten av kommunene, over 7 av 10, er helt eller delvis enige i påstanden om at legene ønsker fastlønnsavtale, se figur 4.4. Det er ingen signifikante endringer i andelen som er enig siden i fjor. Andelen som er helt eller delvis enig har imidlertid steget signifikant fra 2018 til 2021, fra 59 % til 71 %.

Som tidligere er fastlønn et gjennomgangstema i de åpne kommentarene. Kommunene med denne ordningen peker på flere fordeler, men i år kommer det også frem økt usikkerhet rundt effekten av fastlønnsavtalene. I første kartlegging i 2018 ble det trukket frem at subsidiering fører til at nyutdannede leger forsøker seg som fastleger i en periode for å se om det er noe for dem. I 2019-undersøkelsen kom det frem at det lokker fastleger til distriktene. Begge disse funnene fant vi igjen i kommentarene i fjorårets undersøkelse. Kommentarene pekte på at fastlønnsordningen førte til at flere unge leger flyttet til regionene, i søken etter den økonomiske tryggheten dette ga. Som tidligere ser flere en mer generell endring i legestanden, der yngre leger i større grad ønsker seg mer «ordnede arbeidsforhold» og normal/regulert arbeidstid, og at ønsket om fastlønn kan være en del av dette bildet. Det samme bildet kom frem i de innledende utforskende intervjuene i 2018-undersøkelsen. Der ble det vist til at flere kvinner nå har blitt leger, og at de ønsker ordnet arbeidstid fremfor å «jobbe døgnet rundt». Andre kommuner nevner at fastlønn gis under spesialisering (ALIS), og bidrar til at det er gunstig for å få yngre leger eller leger i spesialisering til å ta jobb i kommunen. Fastlønnsstillinger gir ifølge noen kommuner *god rekruttering, bedre integrering og legekompentanse i kommunens øvrige helse- og omsorgssektor og bedre styring av legetjenesten*. Samtidig som det påpekes at det gir *betydelige merutgifter*. I år oppgir dessuten enkelte kommuner at subsidieringsordningene de har hatt til nå, ikke lenger fungerer like godt. De ser ikke lenger den samme effekten dette har hatt på stabilitet og rekruttering som tidligere.

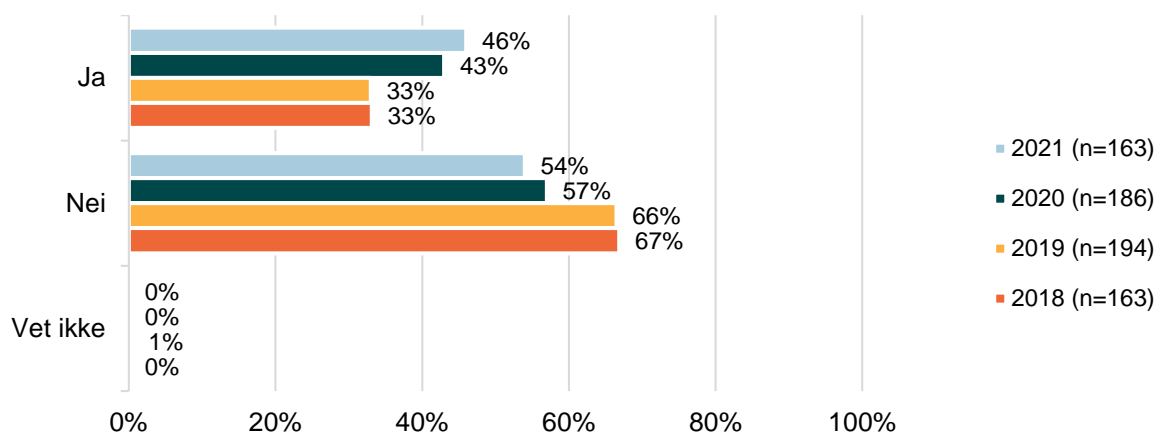
Denne typen argumenter og diskusjoner går igjen i fagtidsskrift og andre undersøkelser: I Tidsskriftet for Den norske legeförening vises det til at et argument for økt bruk av fastlønn har vært at unge leger, og særlig kvinner, flykter fra allmennpraksis på grunn av høye krav til inntjening, få muligheter til faglig oppdatering uten inntektstap samt manglende sykepengere rettigheter og permisjonsordninger i selvstendig næringsdrift som fastlege.²³ Ifølge en studie av norske allmennlegers preferanser på praksisdrift, ønsker nå flere enn før fastlønn fremfor å være selvstendig næringsdrivende.²⁴ UNI Research viser til nyere undersøkelser som tyder på at yngre leger i større grad foretrekker fastlønn enn hva deres eldre kolleger gjør.²⁵ Sistnevnte studie er riktignok knyttet til legevaktarbeid.

²³ Tidsskriftet for Den norske legeförening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentedato: 01.07.2021]

²⁴ Holte, J. H. mfl. (2015), "General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?" BMC Health Services Research

²⁵ Godager, G. mfl. (2015), *Fastlønn ved legevaktarbeid*, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015

Figur 4.5 Er det enkelte fastleger som subsidieres og enkelte som ikke subsidieres i din kommune? Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen

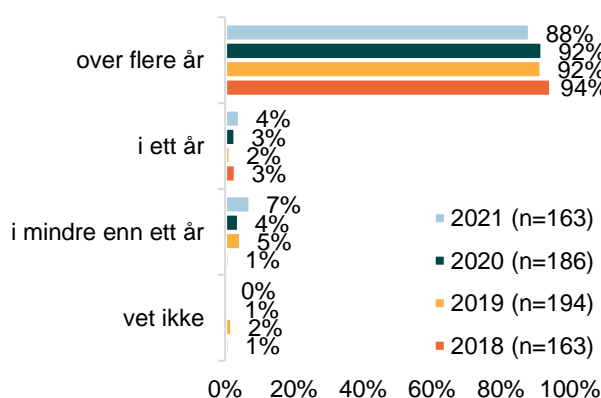


Andelen kommuner som oppgir at det er enkelte fastleger som subsidieres og enkelte fastleger som ikke subsidieres i kommunen har gått fra 33 % i 2018 og 2019 til 43 % i 2020 og 46 % i årets undersøkelse. Denne andelen økte signifikant fra 2019 til 2020, mens endringen fra i fjor til i år ikke er signifikant. Samtidig ser vi fortsatt like trender som tidligere, ved at det er langt flere av de største og mest sentrale kommunene som svarer bekreftende på dette. Hele 87 % av kommunene som har sentralitetsnivå 1 – 3 svarer «Ja» på dette, mot 37 % av kommunene som har sentralitetsnivå 4 – 6. Vi ser også at 23 % av de minste kommunene (under 3000 innbyggere) svarer bekreftende på dette, mot hele 78 % av kommunene med 10 000 innbyggere eller mer.

I de åpne kommentarene fra de tidligere kartleggingene gikk det flere steder frem at kommuner subsidierer noen leger og ikke andre. Én kommune skrev for eksempel at det offentlige legearbeidet, både allmenn- og samfunnsmedisinsk, er lagt til et fåtall av legene og gjør at disse får betydelig lengre arbeidsuke enn leger som ikke har slike oppgaver. Kommunen kan altså velge å subsidiere leger som tar på seg slike kommunale helsetjenester, for eksempel ved bruk av 8.2-avtale eller «null-avtale».

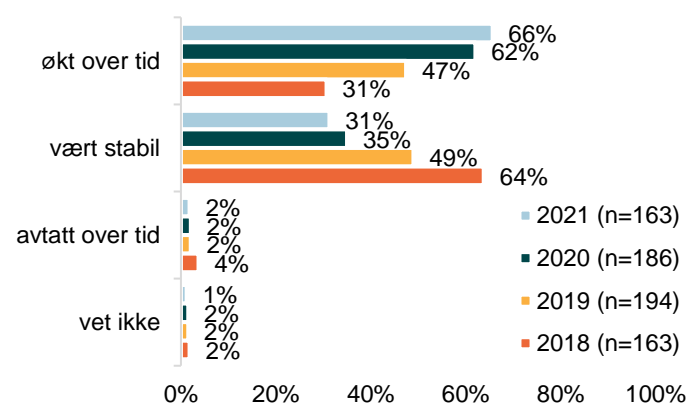
Figur 4.6 Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen...

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Figur 4.7 Jeg opplever at omfanget av egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen i min kommune har...

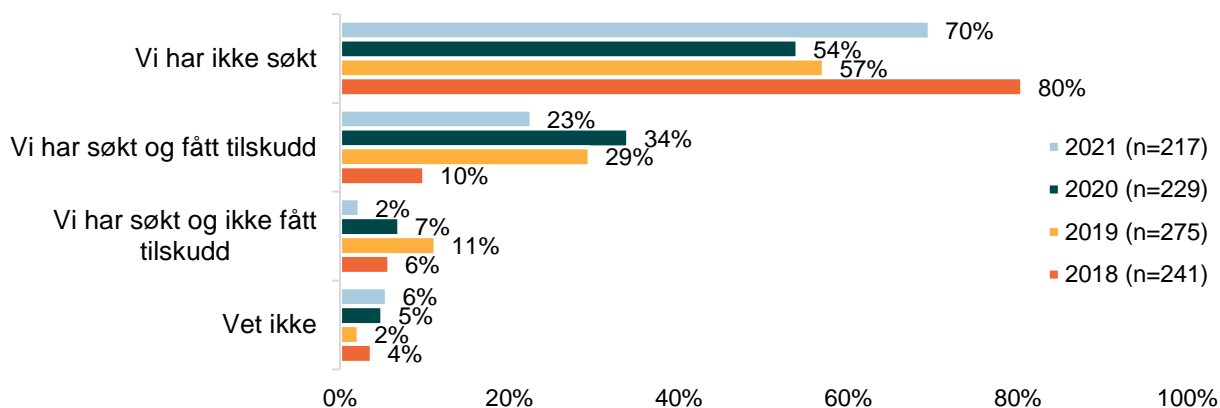
Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Figur 4.6 og 4.7 gir informasjon om utviklingen av kommunenes subsidiering av fastlegeordningen over tid. Likt som tidligere oppgir de fleste at deres subsidiering har pågått i over flere år (88 %). Andelen kommuner som oppgir at omfanget av subsidieringen har økt signifikant over tid, fra 31 % i 2018 til 66 % i år.

Andelen kommuner som har subsidiert fastlegeordningen over flere år er større blant de minste og minst sentrale kommunene. Vi ser at 92 % av kommunene med sentralitetsnivå 4 – 6 oppgir at de har subsidiert fastlegeordningen over flere år, mot 70 % av kommunene med sentralitetsnivå 1 – 3. Som vi skal se i kapittel 5, vurderer ca. halvparten av kommuner som per nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det. Fra 2018 til 2020 var det en nedgang i andelen kommuner som anslo at de ville måtte subsidiere fastlegeordningen i fremtiden. I år er denne andelen tilbake på nivået i 2018. Vi gjør oppmerksom på at antall kommuner som har svart på dette spørsmålet er lavt, noe som gjør at feilmarginene er store.

Figur 4.8 Har din kommune søkt om og eventuelt fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i [2017/2018/2019/2020]?



Det finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker, se kapittel 1.1. Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennelegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen.

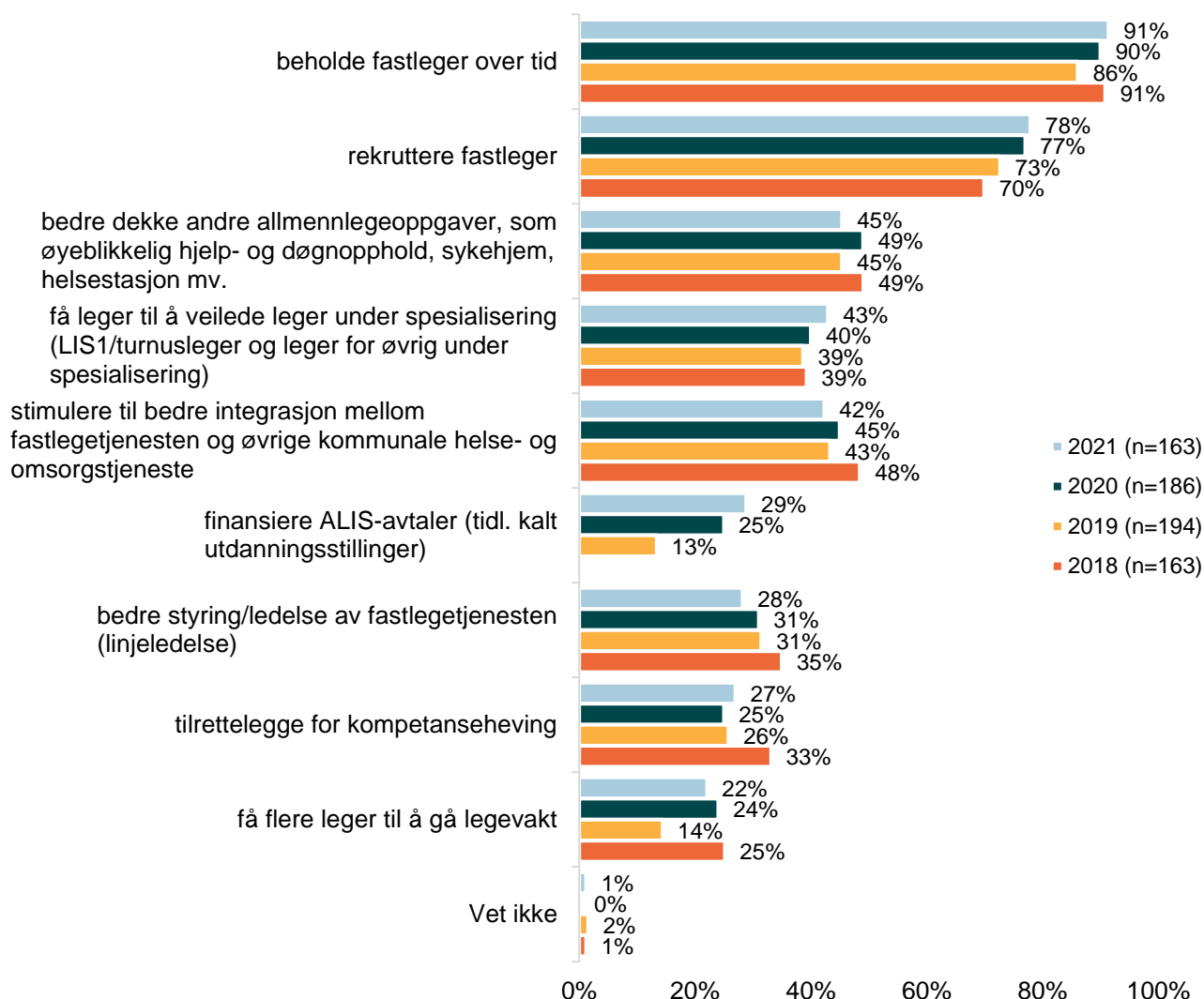
Andelen kommuner som ikke har søkt har økt, fra 54 % i fjor til 70 % i år. Vi ser også at andelen som har søkt og fått tilskudd har gått ned fra 34 % i fjor til 23 % i år. 34 % av de største kommunene har søkt og fått tilskudd i 2020, mot kun 7 % av de minste kommunene. I fjor var disse andelenene henholdsvis 51 % av de største kommunene, mot 19 % av de minste kommunene. At det er en økning i andelen som ikke har søkt, stemmer tilsynelatende godt med opplysninger vi har mottatt fra Helsedirektoratet, hvor vi ser at størrelsen på tilskuddet som ble tildelt har sunket betydelig fra 63,9 millioner i 2019 til 16,2 millioner kroner i 2020.²⁶

²⁶ Ifølge Helsedirektoratet ble det innvilget tilskudd for 13,9 millioner kroner i 2017, 54,6 millioner kroner i 2018 og 63,9 millioner kroner i 2019. Antall kommuner som søkte om tilskudd gikk fra 33 i 2017 til 120 i 2018. Vi har ikke tall for antall søkere for 2019, men det må ha vært betydelig høyere enn tidligere år siden 201 kommuner fikk innvilget tilskudd i 2019. I 2020 ble det utdelt 16,2 millioner kroner, fordelt på 34 kommuner.

4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger

Det finnes en rekke årsaker til at kommunene subsidierer den ordinære fastlegeordningen.

Figur 4.9 Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å: Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen ²⁷



I alle de fire kartleggingene har vi sett at målet flest kommuner har med egenfinansieringen av fastlegeordningen er å *beholde* og *rekruttere* fastleger, se figur 4.9. Som i fjor oppgir 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen at de gjør dette for å beholde fastlegene over tid, samtidig som nær 8 av 10 gjør det for å rekruttere fastleger. I motsetning til tidligere er det få signifikante forskjeller i svar avhengig av kommunestørrelse eller sentralitet, når det kommer til andelene som svarer at de subsidierer for å beholde fastlegene over tid. Tidligere var det flere av de minste som oppga dette. I år ser vi at en lavere andel av de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1 – 3) oppgir at de subsidierer for å beholde fastlegene over tid, med 80 % mot 91 % i snitt.

Ved kartleggingen i 2019 ble alternativet *finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)* introdusert for første gang, hvor 14 % av kommunene hadde dette som mål med deres subsidiering. I

²⁷ «Finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)» er et nytt svaralternativ fra 2019.

2020 hadde andelen steget signifikant til 25 % av kommunene. I år er denne andelen på 29 %, men endringen fra i fjor er ikke signifikant.

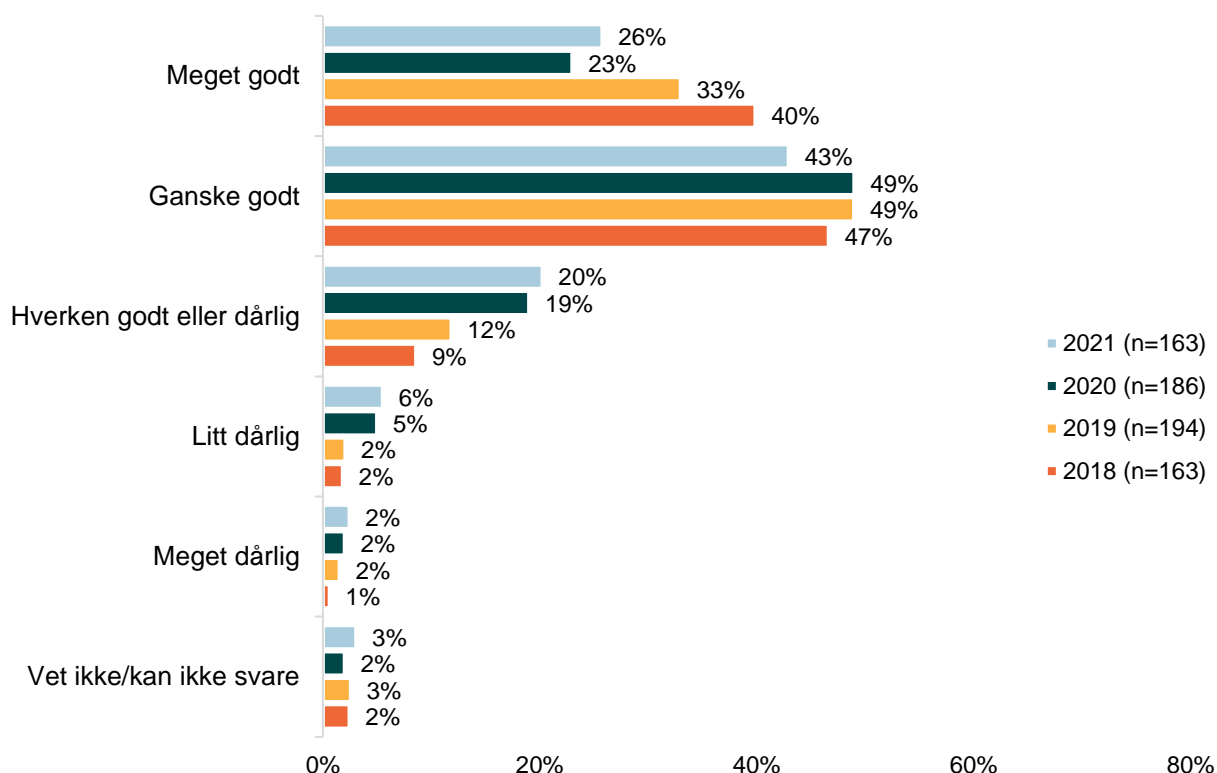
Flere av de største kommunene oppgir at de subsidierer for å rekruttere fastleger (85 % mot 78 % i snitt), og for å finansiere ALIS-avtaler (42 % mot 29 % i snitt). Gjennom de innledende, utforskende intervjuene i nullpunktsmålingen fra 2018, ble rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer trukket frem som de viktigste årsakene til kommunenes subsidieringsordninger.

Ved alle de fire kartleggingene har rett under halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen svart at de gjør dette med mål om å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver og for å stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Rundt 4 av 10 kommuner som subsidierer har som mål å få fastleger til å veilede andre leger under spesialisering. Nær 3 av 10 kommuner har som mål å bedre linjeledelsen, finansiere ALIS-avtaler, eller tilrettelegge for kompetanseheving, samtidig som over 2 av 10 kommuner som subsidierer har som mål å få flere leger til å gå legevakt. I fjor fremhevet enkelte kommuner vanskeligheter med å opprette individuelle avtaler med enkelte fastleger utfra et likebehandlingsperspektiv, samtidig som andre påpekte problematikken med å ha en fellesavtale som alle legene er fornøyde med. I årets undersøkelse nevner én kommune at de har store utfordringer med å rekruttere nye fastleger, med få eller ingen søkere på utlyste næringsdrivende fastlegestillinger. Dette fører til at kommunen tvinges til å bruke store summer på å leie inn midlertidige vikarleger.

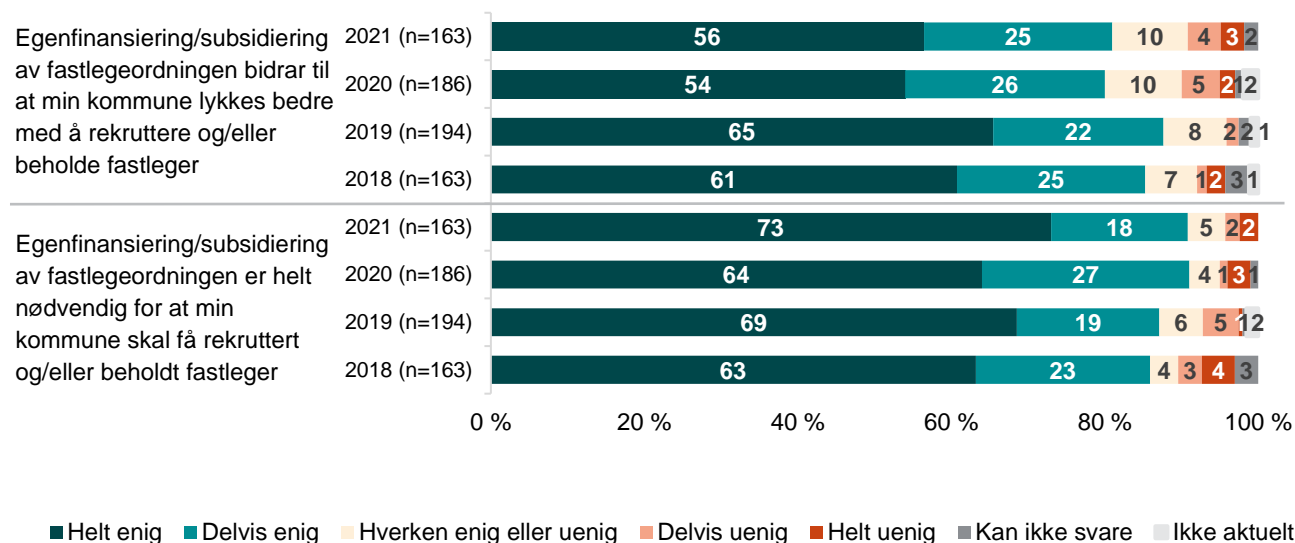
Figur 4.10 Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen /subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Fortsatt mener et stort flertall av kommunene som subsidierer fastlegeordningen at dette fungerer meget eller ganske godt i egen kommune. Andelen som mener dette har imidlertid sunket over tid, fra 87 % i 2018 til 69 % i år, se figur 4.10. Denne endringen kan vi se igjen i økning i andelen som svarer at subsidieringen fungerer hverken godt eller dårlig, fra 9 % i 2018 til 20 % i 2021.

Figur 4.11 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? Prosent. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Med påstandene i figur 4.11 ønsket vi å få frem nyanser i kommunenes beveggrunner for å subsidiere fastlegeordningen. Vi spør både om subsidieringen bidrar til at kommunene opplever å lykkes bedre med å rekruttere og beholde fastleger, og hvorvidt den oppleves som helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger. Teoretisk sett kan det være slik at subsidiering gjør at kommunene lykkes bedre med rekruttering, uten at ordningen vurderes som helt nødvendig eller avgjørende. Som figuren viser, er ca. 8 av 10 kommuner som subsidierer helt eller delvis enig i at subsidieringen bidrar til at egen kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger. Litt flere, ca. 9 av 10, er helt eller delvis enig i at subsidiering er helt nødvendig for å få rekruttert og/eller beholdt leger i egen kommune. Endringene fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene. Det vil si at forskjellene fra forrige måling ikke er signifikant og kan skyldes tilfeldigheter.

Skalaen på disse spørsmålene går fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig), hvor lavere tallverdi er et uttrykk for sterkere enighet i utsagnene. Gjennomsnittet for kommunene som subsidierer var i 2018 1,5 for begge påstandene. I år er gjennomsnittet på 1,7 for at det bidrar til at kommunen lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger, og 1,4 i snitt for at det er helt nødvendig.

I år endrer gjennomsnittet seg tilsynelatende systematisk avhengig av kommunens sentralitet og størrelse. Vi ser at snittet for de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1 – 3) er på 2,1 for at subsidiering bidrar til at kommunen lykkes bedre med å rekruttere/eller beholde fastleger, mot 1,6 for de mindre sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4 – 6). Det samme mønsteret ser vi avhengig av størrelse, hvor kommunene med under 3000 innbyggere har et snitt på 1,5 for at subsidiering bidrar til at de lykkes bedre med å rekruttere/eller beholde fastleger, mot 1,9 for kommunene med over 10 000 innbyggere. Dette ligner på resultatene fra første kartlegging i 2018.

Kommunene som subsidierer fastlegeordningen, ble stilt et åpent spørsmål om hvordan de vil beskrive effektene av kommunens subsidiering. I år skrev 120 kommuner inn et svar. Kommentarene forsterker inntrykket fra de tidligere omtalte tallbaserte funnene. Eksempelvis understreker mange kommuner at subsidiering av fastlegeordningen er avgjørende for å rekruttere og beholde fastleger, og at effekten av subsidiering er mer stabil legedekning og bedre kvalitet på legetjenestene.



Bidrar til stabil legedekning, men er ressurskrevende for kommunen.

De er den direkte årsaken til at vi har full legedekning i vår kommune nå for første gang på mange år.

Liten kommune, lite pasientgrunnlag. For å rekruttere og beholde må kommunen tilby fastlønn i legevakt da inntektsgrunnlaget blir for lavt.

Andre kommentarer går på at subsidiering bidrar til økt *samhandling* mellom fastleger og kommunen, og at subsidiering gir styrket *styringsrett* overfor legene slik at kompetansen blir og opprettholdes i kommunen, og at det sikrer stabilitet i legestillinger også i flere områder innen helsetjenestene.



Lettere å rekruttere og beholde. Lettere å få legene til å delta i annet kommunalt arbeid. Høye lønnskostnader. Gir seg bedre tid til pasientene. Vi som kommunen har i større grad mulighet til å stille krav til utøvelse og følge dem opp som arbeidstakere. De er nå en del av arbeidstokken i kommunen.



Et godt faglig samarbeid med de øvrige kommunale fagtenestene. En legetjeneste som sammen er opptatt av å gjøre det beste for innbyggerne og kommunen.



Stabile fastleger som blir over lang tid. Økonomien er mer stabil for dem. Gir mindre stress og mindre konflikter. Samarbeidsvillige fastleger som stiller opp for omsorgstjenestene, bla sjukebesøk, heimebesøk til eldre osv.



Egenfinansiering er et av midlene som kommunen bruker til å ha forsvarlig legedekning. Det gir mer fleksibilitet ved utlysninger av nye stillinger og vi får flere søkere. Egenfinansiering/subsidiering gir leger mer trygghet i arbeidshverdagen og viser kommunen sin vilje til å ha robust og sterk helsetjeneste.

Samtidig er det enkelte kommuner som er usikre på om subsidiering av fastlegeordningen tar av ressurser som burde vært brukt på andre helsetjenester.



Egenfinansiering er nødvendig ift. fastlegeordningen, men fører til en styring av ressurser vekk fra andre helsetjenester, og minsker handlingsrommet ift. gode forebyggende tjenester.

Enkelte kommuner påpeker at subsidieringen har bidratt til en skjevhet mellom fastlegene. Subsidieringen oppleves å fungere godt for legene som mottar subsidiering, samtidig som det fremmer en likebehandlingsutfordring, hvor individuelle avtaler brukes som pressmiddel mot kommunen. Dette er likt funn fra i fjor. Det nevnes også i år at det oppleves tidkrevende og vanskelig med egen subsidiering, da hver kommune selv må lage egne løsninger som ikke oppleves som gode.



Effekten er at kommunen får på plass nye fastleger, men det skaper urettferdighet ovenfor de eldste fastlegene i kommunen.



Finansieringen av fastlegeordningen oppleves å ha mer eller mindre havarert, og hver kommune må lage egne løsninger som blir dyre og ofte også dårlige. Vi MÅ NÅ få en nasjonal ordning for finansiering som fungerer.



Har noe effekt for egen kommune. Men for kommunal sektor er det jo uheldig at kommuner må overby hverandre for å konkurrere. Men dette er konsekvensen av at Norge har laget legetjenesten til et kommersialisert marked hvor økonomisk fortjeneste er drivkraft og motivasjon for svært mye av tjenesten. Legetjeneste er grunnmuren i kommunal helsetjeneste. Hvorfor denne grunnmuren må baseres på privat forretningsdrift når man ellers er skeptisk til private helsetjenester er ganske oppsiktsvekkende. Å få legetjeneste tilbake til fastlønn er eneste mulighet for å stoppe galoppen med subsidiering. og et hav av ordninger som de færreste har oversikt over.



I rekrutteringssammenheng hjelper det lite med kommunal subsidiering, når det ikke er søkere til private hjemler. Kommunal subsidiering medfører bare økt konkurranse mellom kommunene, som undergraver hele hovedmodellen. Resultatet blir bare tvungen bruk av vikarbyråer som presser subsidieringen ytterligere opp

Enkelte kommuner opplever også at det tidligere har fungert med subsidiering, men at de nå sliter med rekruttering og å oppnå stabil fastlegedekning. Det pekes på at fastlønnsavtaler eller de tilpassede avtalene som tidligere har vært nok, ikke lenger er tilstrekkelig for å appellere til unge/jobbsøkende og beholde dem over tid.



Ikke tilstrekkelig til å rekruttere/beholde fastleger.



Vi har hatt slik finansiering over flere år og har inntil for tre år siden hatt stabil legedekning i 15 år. Nå sliter vi veldig med å rekruttere nye fastleger - selv om legene har en meget god avtale med kommunen og vi har mye å tilby. Jeg er ikke så sikker på at det kun er lønn og avtaler som er viktigst for jobbsøkende leger lenger - de er på utkikk etter mer forutsigbare arbeidsdager og mer avgrensede oppgaver. Vår kommune skal i løpet av året foreta en større evaluering av hele avtalen og overgang til fastlønnsavtaler er ett av alternativene.



Vi har hatt en stabil fastlegedekning i mange år, men i de siste 3 årene har dette endret seg til det verre. Situasjonen er nå ustabil.



Vi vil ikke få flere leger til å jobbe som fastleger bare ved å se på om de er tilsatt kommunalt eller som selvstendig næringsdrivende, og tilskuddsordninger med tanke på det. Vi og kommunene rundt oss, har i en årrekke ansatt leger kommunalt, hatt økte lønninger, gått ned på listelengde (600 i 100% stilling), lagt til rette for fagmiljø og kurs. Likevel har alle kommuner jeg har snakket med rekrutteringsutfordringer. Der det før kun var små kommuner som slet med rekruttering er det nå også byer som sliter, til tross for kommunale stillinger.

4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger

Ved de foregående kartleggingene har vi anslått antall kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. Antallet for fjorårets og årets kartlegging er ikke direkte sammenlignbare med tidligere gjennomføringer pga. kommunereformen fra januar 2020. I 2018-kartlegging anslo vi at 287 av landets daværende 422 kommuner subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 68 % av kommunene. I år anslås det at 267 av landets 356 kommuner subsidierer fastlegeordningen, altså 75 % av kommunene.

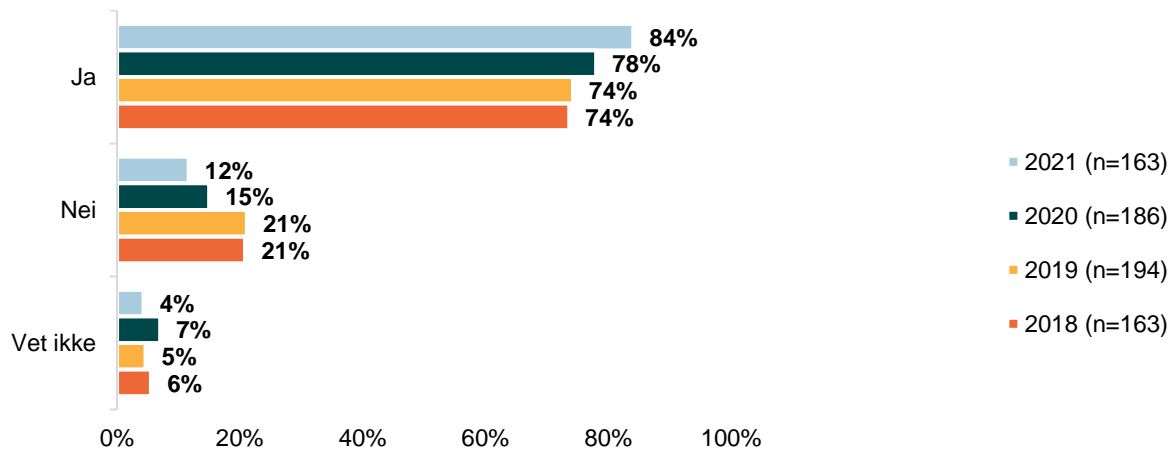
Av kommunene som egenfinansierer fastlegeordningen hadde hele 84 % også merkostnader knyttet til dette i 2020, jf. figur 4.12. Dette er seks prosentpoeng høyere enn i fjor. De aller fleste har dermed kostnader forbundet med subsidieringsløsninger. Som sett i figur 4.9 er de hyppigste målene med slike ordninger å beholde eller rekruttere fastleger.

Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger betydelige systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, jf. kapittel 3.3. Med en forventning om at utvalget gir et godt bilde av fordelingen i populasjonen, anslår vi at totalt 224 kommuner hadde merkostnader i 2020 ut over basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd til ulike subsidieringer av fastlegeordningen. Anslaget er tilnærmet uendret fra fjorårets undersøkelse, hvor vi anslo at 227 kommuner hadde slike merkostnader i 2019.²⁸

²⁸ Beregningen av de 224 kommunene er basert på at 84 % av de 267 kommunene som subsidierer fastlegeordningen ut over hovedmodellen svarer at dette medførte merkostnader for dem i 2020. I fjor var tilsvarende beregning av de 227 kommunene basert på at 78 % av de 288 kommunene som subsidierte fastlegeordningen hadde merkostnader til dette i 2019.

Figur 4.12 Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering /subsideringsordninger av fastlegeordningen i [2017/2018/2019/2020]?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Ett av hovedspørsmålene i denne kartleggingen er hvor store merkostnader kommunesektoren har til subsidieringsløsninger av fastleger utover det som ligger inne i hovedmodellen. Ettersom vi kun har informasjon fra et utvalg av den samlede populasjonen bestående av Norges 356 kommuner, er det knyttet en viss usikkerhet til slike beregninger. Det er like fullt mulig å tilnærme seg den samlede merkostnaden i populasjonen ved hjelp av svarene fra utvalget.²⁹

Vi estimerer gjennomsnittskostnaden for populasjonen med tilhørende usikkerhetsintervall (konfidensintervall) basert på utvalgets rapporterte merkostnader. Populasjonens gjennomsnittskostnad knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen estimeres til om lag 2,6 millioner kroner i 2020, mot 2,3 millioner i 2019, jf. tabell 4.1.³⁰ Et alternativ til gjennomsnittskostnaden er å estimere mediankostnaden. Estimert mediankostnad for populasjonen er 2,0 millioner kroner i 2020 mot 1,8 millioner kroner i 2019 og 1,45 millioner i 2018, se estimert mediankostnad og tilhørende 95 %-konfidensintervall i tabell V5 i vedlegg 1.

Vi legger i det videre til grunn gjennomsnittskostnaden i kostnadsberegningen. Vi forventer å i tilstrekkelig grad fange opp variasjoner med rapporterte merkostnader og gjennomsnittet gir en god tilnærming til beregninger av de samlede merkostnadene. Videre legger vi til grunn at kommunene har vært oppriktige i sin rapportering, men understreker at kommunene kan, av ulike grunner, ha insentiver til å oppgi høyere kostnader enn de egentlig har.

²⁹ Rundt 54 % av respondentene i surveyundersøkelsen som rapporterer at de har merkostnader til subsidiering angir også anslag på kostnadene. I alt baserer vi oss på 74 rapporterte merkostnader til subsidieringsordninger, noe vi anser som godt nok til å gi et godt anslag på merkostnadene til populasjonen.

³⁰ For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Denne beregningsmetoden innebærer en omlegging av metoden fra tidligere runder av denne kartleggingen, for å få presise estimater på konfidensintervallene. Bootstrapping forbedrer estimatene når utgangspunktet vårt er relativt få observasjoner. Med bakgrunn i denne endringen er konfidensintervallene beregnet på ny måte for alle oppgitte år i relevante tabeller i årets rapport.

Tabell 4.1 Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017-2020. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall

	2017		2018		2019		2020	
	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	1 382	293 394	1 559	343 988	1 789	426 524	2 027	454 095
Gjennomsnitt	1 778	377 658	1 990	439 129	2 289	519 718	2 637	590 680
Konfidensintervall øvre grense	2 346	498 218	2 458	542 380	2 725	618 473	3 222	721 680

Usikkerhetene i estimert merkostnad basert på en utvalgsundersøkelse belyses ved å presentere et konfidensintervall. Ved å beregne et 95%-konfidensintervall til den estimerte gjennomsnittskostnaden, kan vi med stor sannsynlighet si at vi fanger opp populasjonens faktiske merkostnader. Konfidensintervallet til gjennomsnittskostnaden estimeres for 2020 med en nedre grense på 2,0 millioner kroner og en øvre grense på 3,2 millioner, jf. tabell 4.1. Det er ikke grunnlag for å si at målingen per kommune for 2020 er statistisk signifikant forskjellig fra i fjor. Dette fordi fjorårets gjennomsnitt (punktestimert) befinner seg innenfor årets konfidensintervall. Målingene for 2018 og 2017 derimot kan betraktes som signifikant forskjellig (lavere) enn målingen fra 2020.

Tolkningen av konfidensintervallet er at dersom vi gjennomfører tilsvarende utvalgsundersøkelse en rekke ganger, vil gjennomsnittskostnaden for utvalget i 19 av 20 tilfeller befinne seg innenfor estimerte intervall. En repetering av tilsvarende utvalgsundersøkelse betyr å sende tilsvarende spørreskjema til hele populasjonen og oppnå tilsvarende svarprosent, men med et tilfeldig utvalg respondenter. Gjennomsnittskostnaden i det tilfeldige utvalget forventes altså med stor sannsynlighet å befinne seg innenfor konfidensintervallet.

Tillegger vi alle de 224 kommunene å ha merkostnader til subsidieringsordninger tilsvarende gjennomsnittskostnaden i utvalget, beløper de samlede merkostnadene for kommunesektoren seg til 591 millioner kroner i 2020 mot 520 millioner kroner i 2019, 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner i 2017. Økningen er med andre ord på nærmere 14 prosent, eller 71 millioner kroner. Vi får et konfidensintervall for kommunenes samlede merkostnader på mellom 454 og 722 millioner kroner. Veksten i kommunenes kostnader ser ut til å ha avtatt noe, med 14 prosent siste år mot 18 prosent vekst fra 2018 til 2019.

Tabell 4.2. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018-2020. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.³¹

	2018		2019		2020	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	622	137 628	862	195 640	839	187 889
Gjennomsnitt	1 006	222 452	1 248	283 258	1 243	278 369
Konfidensintervall øvre grense	1 454	321 562	1 671	379 241	1 702	381 259

³¹ For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Konfidensintervallet er beregnet på denne måten for alle oppgitte år.

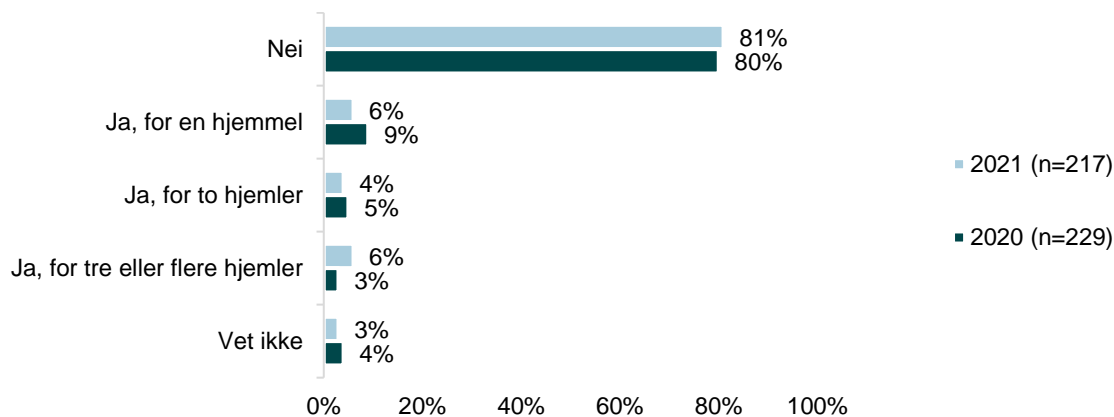
Kommunene blir også spurt om hvor mye av merkostnadene knyttet til egenfinansiering/ subsidieringsordninger av fastlegeordningen som ble brukt på fastlønn. I spørsmålet til kommunene ble det i fjor presisert at lønnskostnadene var en merkostnad, *dersom kostnadene til lønn, drift av legekontor inkl. sosiale kostnader oversteg det kommunen sparte i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler.*

I alt 59 kommuner oppgir konkrete tall for merkostnadene som går til fastlønn i årets undersøkelse. Rapporterte merkostnader til fastlønn fra undersøkelsen er i gjennomsnitt 1,2 millioner kroner i 2020, jf. tabell 4.2. Dette er mer eller mindre uendret fra undersøkelsen i 2019. Mediankostnaden til fastlønn som del av merkostnadene kommunene er også uendret, og utgjør 500 000 kroner både i 2020 og i 2019. Øvre og nedre grense for konfidensintervallet blir estimert til henholdsvis 1,7 millioner og 839 000 kroner i 2020. Dette gjør at vi ikke kan si at tidligere målinger er statistisk signifikant forskjellig fra tidligere år.

Samlede kostnader til fastlønn anslås å utgjøre 278 millioner kroner per 2020, en liten nedgang fra 283 millioner fra fjorårets undersøkelse.³² Vi anslår dermed at om lag 55 prosent av kommunenes merkostnader ved finansiering av fastlegeordningen i 2020 ble brukt til fastlønn.

Som i fjorårets undersøkelse stiller vi også spørsmål knyttet til eventuell økonomisk kompensasjon gitt av kommunen til leger ved overdragelse av hjemler, og størrelsen på eventuell økonomisk kompensasjon. Én av fire kommuner har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste 5 årene. I alt svarer 34 kommuner, eller 16 %, at de har gjort dette i 2020. Dette er omtrent like mange som for 2019. De 34 kommunene har gitt kompensasjon for 74 hjemler. Vi anslår dermed at 56 kommuner totalt har overført 81 hjemler dersom vi legger til grunn samme fordeling for kommunene som ikke har svart på undersøkelsen i 2020.

Figur 4.13 Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2019/2020? Ja, skriv inn antall hjemler:



Spørsmålet om antall overførte hjemler ble endret i 2021, hvor respondentene fikk mulighet til å skrive inn antall hjemler. I 2020 ble spørsmålet stilt med alternativene gitt over i figur 4.13. 31 av de 34 kommunene som hadde merkostnader forbundet med hjemmeloverføringer oppga også konkrete kostnader. I gjennomsnitt beløper kostnaden seg til 1,2 millioner kroner i 2020, jf. tabell 4.3. Estimert konfidensintervall strekker seg fra 812 000 til i overkant av 1,6 millioner kroner. Legger vi til grunn samme metode som for de andre kostnadsanslagene, anslås de samlede kostnadene til hjemmeloverføringer til om lag 67 millioner kroner i 2020.³³ Siden vi ikke har de samme detaljerte tallene fra tidligere undersøkelser, er det dessverre ikke mulig å si noe om endringen over tid. I kartleggingen for 2019 ble derimot den gjennomsnittlige kostnaden gitt til 815 000 kroner per

³² Estimert mediankostnad finnes i tabell V6 i vedlegget.

³³ Estimert mediankostnad for hjemmeloverføringer finnes i tabell V7 i vedlegget.

kommune, slik at det er grunn til å tro at også de samlede kostnadene har økt til overføring av hjemler i 2020 sammenlignet med i 2019.

Tabell 4.3. Estimerte merkostnader knyttet til overføring av hjemler, 2020. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.³⁴

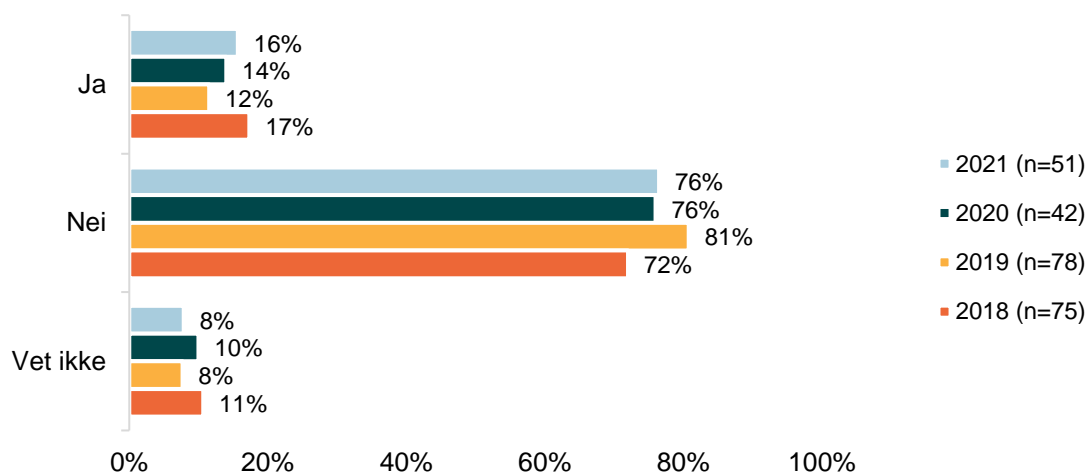
	2020	
	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	812	45 276
Gjennomsnitt	1 194	66 580
Konfidensintervall øvre grense	1 637	91 295

³⁴ For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Konfidensintervallet er beregnet på denne måten for alle oppgitte år.

5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen

Vi har i år sett at 3 av 4 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, mens ca. 1 av 4 kommuner ikke gjør dette, se figur 4.1. Av kommunene som svarer at de *ikke* subsidierer fastlegeordningen, finner vi en større andel av de mest sentrale kommunene med 45 % (sentralitetsnivå 1 – 3) mot 16 % av de mindre sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4 – 6). Blant kommuner på Østlandet er det en større andel som ikke subsidierer fastlegeordningen (30 %) sammenlignet ned gjennomsnittet (24 %). Dette ligner på det vi så i fjorårets kartlegging, men vi ser i år ingen signifikant forskjell avhengig av størrelse blant kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen. Sentralitet ser stadig ut til å forklare mye av variasjonen i om kommunene subsidierer fastlegeordningen eller ikke.

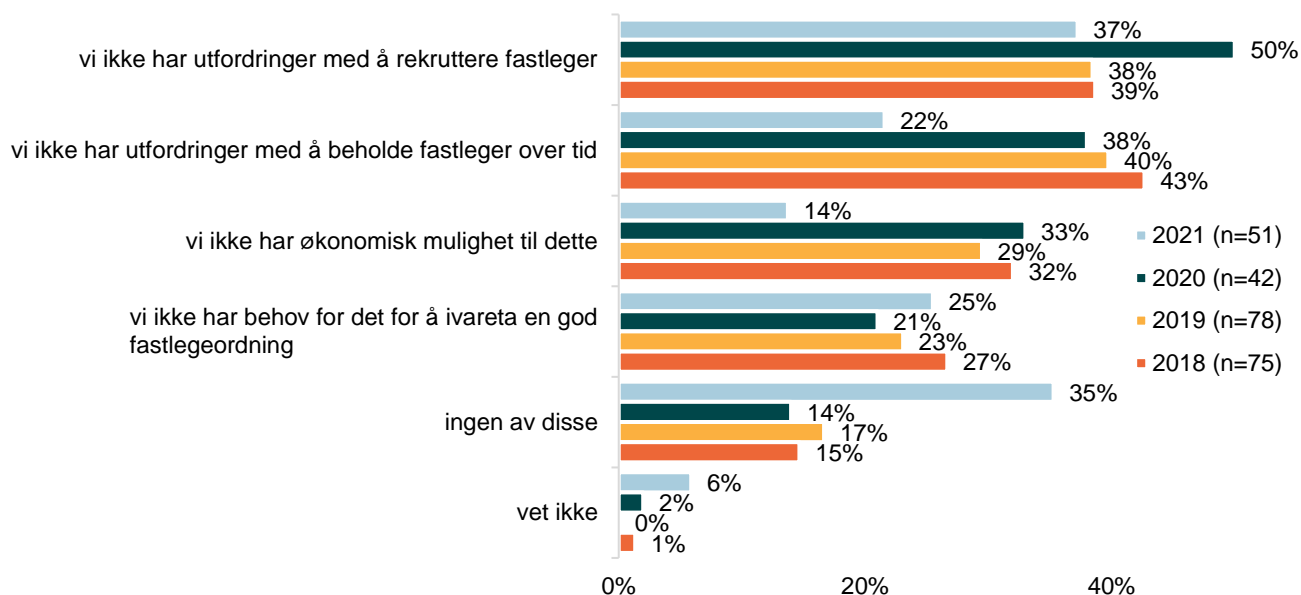
Figur 5.1 Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det? Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



Blant kommunene som nå ikke subsidierer fastlegeordningen, har majoriteten (76 %) heller ikke gjort dette tidligere, se figur 5.1. 16 % av disse kommunene har tidligere subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det. Forskjellene over årene er innenfor feilmarginene og dermed ikke signifikante.

Figur 5.2 Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...

Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen

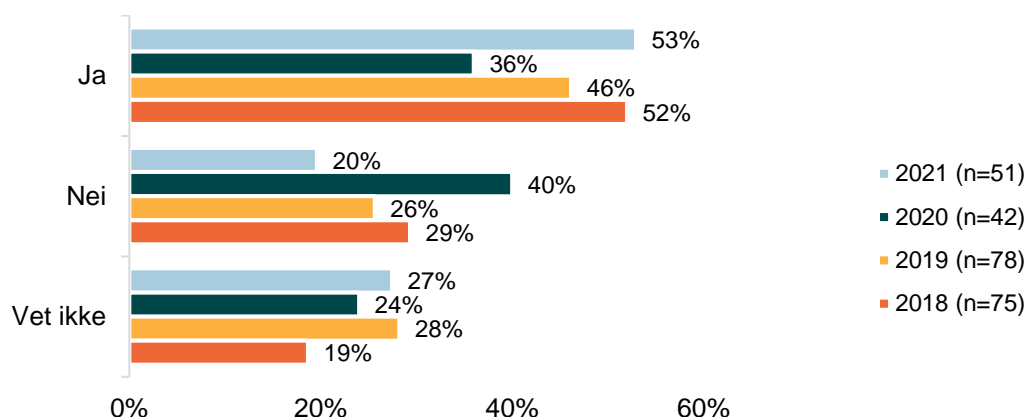


Ved de to siste gjennomføringene er det færre kommuner enn ved de foregående kartleggingene som svarte på hvorfor de ikke subsidierte fastlegeordningen. Dette er både en konsekvens av at det etter kommunereformen er færre kommuner totalt sett, og at det har vært en nedgang i andelen kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen. Lavere antall kommuner bidrar til at feilmarginene er høyere, og at det derfor er heftet en noe større usikkerhet til årets og fjorårets tall enn ved de to første kartleggingene.

De hyppigst oppgitte årsakene til at kommuner ikke subsidierer fastlegeordningen, er fravær av stabiliserings- eller rekrutteringsutfordringer, se figur 5.2. I år er det som i fjorårets kartlegging ingen signifikante forskjeller i svar avhengig av kommunestørrelse eller sentralitet. Dette kan skyldes et lavt antall svar.

I år oppgir kun 14 % av de som ikke subsidierer, at de ikke har økonomisk mulighet til dette. 22 % svarer at de ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid, og 37 % at de ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger. En noe større andel av kommunene med 10 000 innbyggere og over oppgir at de ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger (48 %), sammenlignet med kommunene med under 3000 innbyggere (21 %).

Figur 5.3 Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen fortsetter som i dag? Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



På tvers av de tre første kartleggingene har det vært en nedadgående trend i andel kommuner som per nå ikke subsidierer fastlegeordningen, men som vurderer at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, se figur 5.3. I år er nivået for første gang siden 2018 tilbake på rundt halvparten av de som ikke subsidierer i dag. Med små baser er det også stor usikkerhet til tallene, så endringen fra i fjor til i år er ikke signifikant. Det er få systematiske forskjeller, men det er antydninger til at det er de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1 – 3) som i størst grad tror at de i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidierer fastlegeordningen gitt at den fortsetter som i dag med 64 %, mot 42 % av de mindre sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4 – 6). På grunn av få svar og store feilmarginer er denne forskjellen ikke signifikant.

6. Drøfting og konklusjon

Kommunesektorens direkte kostnader knyttet til finansiering av fastlegeordningen begrenser seg - i utgangspunktet - til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Disse utgjorde til sammen i overkant av 3,1 milliarder kroner i 2020, jf. drøftingen i kapittel 1.1. Kommunene blir verken kompensert for basistilskudd eller eventuelle utjamningstilskudd særskilt, men skal finansiere dette ved sine frie inntekter (årlige rammetilskudd og skatteinntekter). Basistilskuddene og utjamningstilskudd utgjorde omtrent en fjerdedel av den totale finansieringen av fastlegeordningen dersom vi inkluderer trygderefusjoner og egenandeler. Pasienters innbetaling av egenandel og trygderefusjoner tilfaller fastlegene via staten og er på den måten ikke finansiering av kommunens kostnader ved fastlegeordningen som sådan.

Kommunenes frie inntekter skal i prinsippet være dekkende for kommunenes finansiering av lovpålagte tjenester, inkludert fastlegetilbudet. Det er flere grunner til at kostnadene for å opprettholde et godt fastlegetilbud varierer mellom kommunene og kan medføre at basistilskuddet ikke er dekkende. Merkostnader for å opprettholde fastlegetilbudet i en kommune vil, alt annet likt, medføre strammere rammer for å finansiere alle de andre lovpålagte oppgavene til kommunen. I ytterste konsekvens må tjenester nedskaleres eller avvikes.

I kapittel 4.3 beregnet vi merkostnaden til kommunesektoren ved subsidieringsordninger av fastlegeordningen til 591 millioner kroner i 2020, opp fra 520 millioner i 2019, 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner i 2017. Anslaget for merkostnaden i 2020 er statistisk signifikant høyere enn anslaget for 2018 og 2017. De beregnede merkostnadene utgjør i år om lag 19 % av kommunens direkte kostnader ved finansiering av fastlegeordningen, se tabell 6.1. Basert på estimert konfidensintervall forventes merkostnaden å utgjøre minimum 15 % og høyest 23 % av kommunens kostnader ved fastlegeordningen. Dette er på linje med det vi fant i fjorårets måling.

Tabell 6.1 Estimerte merkostnader til subsidieringsordninger av fastlegeordningen som andel av basistilskudd og utjamningstilskudd. 95%-konfidensintervall.

	2017	2018	2019	2020
Konfidensintervall nedre grense	12 %	13 %	16 %	15 %
Gjennomsnitt	15 %	18 %	21 %	19 %
Konfidensintervall øvre grense	20 %	21 %	23 %	23 %

Selv om vi legger det nedre anslaget på 15 % merkostnad i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskudd til grunn, er det rimelig å slå fast at merkostnadene utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommunesektoren samlet. En merkostnad av denne størrelsesorden må forventes å gi utslag i form av omprioriteringer på tjenesteområdet for kommuner med en presset økonomi fra før. Det vil forekomme variasjoner i omfang av slike merkostnader og kommunenes økonomiske situasjon, men subsidiering av fastlegeordningen er mer utbredt blant de mindre sentrale og mellomstore kommunene.

Gjennom denne utredningen har vi kartlagt at tre av fire kommuner subsidierer fastlegeordningen utover fastlegeordningens hovedmodell. Om lag 84 % av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader som følger av disse. Fra forrige måling er det en noe lavere andel av kommunene som rapporterer at de subsidierer fastlegeordningen (75 % i 2020, ned fra 81 %), men en større andel av disse oppgir at subsidieringen også medfører økte kostnader (84 % i 2020 mot 78 % i 2019). Ingen av disse endringene er signifikante.

Rundt halvparten av kommunene som ikke subsidierer fastlegeordningen, tror de vil måtte gjøre det i fremtiden dersom ordningen fortsetter slik som i dag. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Som i de tidligere gjennomføringene er de hyppigste

formålene med å subsidiere fastlegeordningen å rekruttere og beholde fastleger over tid. Disse funnene er på nivå med resultatene fra de tre foregående kartleggingene, og vi finner få signifikante forskjeller. Dermed konkluderer vi som i de tidligere kartleggingene 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.

Referanseliste

- Abelsen, B. mfl. (2016), [Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere](#). NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin
- Agenda Kaupang (2016), [Kommunal legetjeneste - kan den ledes?](#) Rapportnr. R9010
- Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentedato: 01.07.2021]
- Den norske legeforening (2019) [Utviklingsplan for fastlegeordningen](#). Utviklingsplan.
- EY og Vista analyse (2019) [Evaluering av fastlegeordningen](#). Rapport
- Godager, G. mfl. (2015), [Fastlønn ved legevaktarbeid](#), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015
- Helsedirektoratet (2019) <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker--spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten> [Hentedato: 01.07.2021]
- Holte, J. H. mfl. (2015), "General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?" BMC Health Services Research
- Høydal, E. (2020), [Sentralitetsindeks. Oppdatering med 2020-kommuner](#) Notater 2020/04. Statistisk sentralbyrå
- Innst. 109 S (2017-2018) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:3 S (2017-2018)
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#) Ipsos-rapport laget for KS FoU.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#). Ipsos-rapport laget for KS FoU.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#). Ipsos-rapport laget for KS FoU.
- Ipsos (2021): [Innløsning/overdragelse av fastlegehjemler 2021](#), Ipsos-rapport laget for KS
- KS (2017) <<https://www.ks.no/kronikker/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentedato: 01.07.2021]
- KS (2021): <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/finansiering-av-fastlegeordningen---hva-er-den-rette-medisin/> [Hentedato 01.07.2021]
- Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene
- Regjeringen, revidert nasjonalbudsjett: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/styrket-basistilskudd-for-fastleger/id2849086/> [Hentedato: 01.07.2021]
- Tidsskriftet for Den norske legeforening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentedato: 01.07.2021]

Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Tabell V1. Sentralitetsindeks

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %	56	26 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %	52	24 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %	54	25 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %	55	25 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %	217	100 %

Tabell V2. Folkemengde per 1. januar 2020

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %	59	27 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %	79	36 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %	79	36 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %	217	100 %

Tabell V3. Landsdel*

Landsdel	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021
Østlandet	89	37 %	106	39 %	90	39 %	98	45 %
Vestlandet	53	22 %	67	24 %	44	19 %	40	18 %
Midt-Norge	52	22 %	53	19 %	51	22 %	38	18 %
Nord-Norge	47	20 %	49	18 %	44	19 %	41	19 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %	217	100 %

* Fordeling etter 1. januar 2020

Østlandet: Viken (Østfold, Akershus, Buskerud) Oslo, Innlandet (Hedmark, Oppland), Vestfold og Telemark og Agder (Aust-Agder og Vest-Agder)

Vestlandet: Rogaland og Vestland (Hordaland, Sogn og Fjordane)

Midt-Norge: Møre og Romsdal, Trøndelag,

Nord-Norge: Nordland og Troms og Finnmark

Fordeling før 2020

Østlandet: Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder,

Vestlandet: Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane,

Midt-Norge: Møre og Romsdal, Trøndelag,

Nord-Norge: Nordland, Troms, Finnmark

Tabell V4. Omfang av fastlegehjemler per 1. des 2020 (antall og basistilskudd)

Folkemengde	Antall	Basistilskudd (i tusen kroner)
Under 3000	336	10 114
3000 – 9999	746	29 949
10 000 +	4 051	214 722
Sum	5 133	254 785

Tabell V5. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017-2020. Tusen kroner. 95 %-konfidensintervall.

	2017		2018		2019		2020	
	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet	Per komm.	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	970	206 067	1 000	220 623	1 200	268 187	1 400	313 600
Median	1 317	279 577	1 450	319 903	1 800	408 545	2 000	448 000
Konfidensintervall øvre grense	1 564	332 093	1 820	401 533	2 500	558 722	2 100	470 400

Tabell V6. Median merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2019 og 2020. Tusen kroner.

	2018		2019		2020	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense			100	22 528	300	67 200
Median	584	130 901	500	113 485	500	112 000
Konfidensintervall øvre grense			1 300	295 100	950	212 800

Tabell V7. Median merkostnader knyttet til kompensasjon av lege(r) ved overdragelse av hjemmel. Tusen kroner.

	2020	
	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	450	25 100
Median	650	36 256
Konfidensintervall øvre grense	1 518	84 672

Vedlegg 2. Spørreskjema

Information	
<p>I undersøkelsen stiller vi spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen. Klikk "neste" for å besvare undersøkelsen</p>	

q1	Først noen spørsmål om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, omfang og innretning Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Dette kan for eksempel være fastlønnsdrift og/eller andre løsninger (subsidiering av husleiekostnader, inventar, utstyr, helsesekretærer eller annet).
<p>♦ range:*</p>	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q2	Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Flere svar mulig
<p>♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*</p>	
Bruk av fastlønn	<input type="checkbox"/> 1
Gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende	<input type="checkbox"/> 2
Avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell	<input type="checkbox"/> 3
Ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste	<input type="checkbox"/> 4
Bonusavtaler	<input type="checkbox"/> 5
Ekstra fridager	<input type="checkbox"/> 6
Bruk av vikarer og vikarbyrå	<input type="checkbox"/> 7
Annet, skriv inn:	Open
<p>♦ exclusive:yes</p>	
Vet ikke	<input type="radio"/> 8

q3	Er det enkelte fastleger som subsidieres og enkelte som ikke subsidieres i din kommune? Dette kan for eksempel være fastlønnsdrift og/eller andre løsninger.
<p>♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*</p>	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q4	Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen...
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
over flere år	<input type="radio"/> 1
i ett år	<input type="radio"/> 2
i mindre enn ett år	<input type="radio"/> 3
vet ikke	<input type="radio"/> 4

q5	Jeg opplever at omfanget av egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen i min kommune har...
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
avtatt over tid	<input type="radio"/> 1
økt over tid	<input type="radio"/> 2
vært stabil	<input type="radio"/> 3
vet ikke	<input type="radio"/> 4

q6	Har din kommune søkt om og ev. fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i 2020?
♦ range:*	
Vi har søkt og fått tilskudd	<input type="radio"/> 1
Vi har søkt og ikke fått tilskudd	<input type="radio"/> 2
Vi har ikke søkt	<input type="radio"/> 3
Vet ikke	<input type="radio"/> 4

q7	Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?							
♦ range:*								
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Kan ikke svare	Ikke aktuelt	
	1	2	3	4	5	6	7	
Legene ønsker fastlønsavtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
♦ filter:\q1.a=1								
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen bidrar til at min kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
♦ filter:\q1.a=1								
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen er helt nødvendig for at min kommune skal få rekruttert og/eller beholdt fastleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3

q8	Nå noen spørsmål om årsakene til egenfinansiering/subsidiering Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å: Flere svar mulig	
♦ filter:\q1.a=1		
♦ range:*		
rekruttere fastleger	<input type="checkbox"/>	1
beholde fastleger over tid	<input type="checkbox"/>	2
bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten (linjeledelse)	<input type="checkbox"/>	3
stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>	4
bedre dekke andre allmennlegeoppgaver, som øyeblikkelig hjelp- og døgnopphold, sykehjem, helsestasjon mv.	<input type="checkbox"/>	5
få leger til å veilede leger under spesialisering (LIS1/turnusleger og leger for øvrig under spesialisering)	<input type="checkbox"/>	6
finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)	<input type="checkbox"/>	7
få flere leger til å gå legevakt	<input type="checkbox"/>	8
tilrettelegge for kompetanseheving	<input type="checkbox"/>	9
Annet, skriv inn:		Open
♦ exclusive:yes		
Vet ikke	<input type="radio"/>	10

q9	Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen/subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
Meget godt	<input type="radio"/> 1
Ganske godt	<input type="radio"/> 2
Hverken godt eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Litt dårlig	<input type="radio"/> 4
Meget dårlig	<input type="radio"/> 5
Vet ikke/kan ikke svare	<input type="radio"/> 6

q10	Hvordan vil du beskrive effektene av din kommunes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
Vennligst beskriv:	Open
♦ exclusive:yes	<input type="radio"/> 1
Jeg har ikke innspill	

q10b	Nå vil vi stille noen spørsmål om kostnader
Vi minner om at vi i denne undersøkelsen stiller spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen.	
Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2020?	
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q12a	Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2020 (i kroner)?
♦ filter:\q10b.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2020:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q13a	Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q14a	Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020 (i kroner)? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q13a.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2020:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q14b	Av kommunens merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020, hvor mye var merkostnader ved fastlønnsdrift (i kroner)? Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekantor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.
♦ filter:\q14a.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2020:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

Information	
Så noen spørsmål om erfaringer og kostnader ved innløsning/overdragelse av fastlegehjemler i din kommune, dvs. der hvor kommunen må betale næringsdrivende fastlege for overdragelse av praksis Trykk "neste" for å gå videre	

q2_0	Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste fem årene?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q2_1	Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020 ?
♦ filter:\q2_0.a=1 ♦ range:*	
Ja, skriv inn antall hjemler: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1	
Q2_2	Kan du anslå din kommunes kostnader for økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020?
♦ filter:\q2_1.a.1=1:999 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2020: Open	
Vet ikke <input type="radio"/> 1	
q12	Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det?
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3
q16	Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi... Flere svar mulig
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*	
vi ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger	<input type="checkbox"/> 1
vi ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid	<input type="checkbox"/> 2
vi ikke har økonomisk mulighet til dette	<input type="checkbox"/> 3
vi ikke har behov for det for å ivareta en god fastlegeordning	<input type="checkbox"/> 4
♦ exclusive:yes ingen av disse	<input type="radio"/> 5
♦ exclusive:yes vet ikke	<input type="radio"/> 6
q17	Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen fortsetter som i dag?
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3
q14	Har du andre innspill til oss om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?
Vennligst beskriv:	Open
Jeg har ikke innspill	<input type="radio"/> 1