

FINANSIERING AV FASTLEGEORDNINGEN

MEKANISMER – UTFORDRINGER – MULIGHETER – LØSNINGER



KS FoU

HELSEØKONOMISK ANALYSE A/S

RAPPORT 2021:2



Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1. Om rapporten.....	8
2. Et tilbakeblikk på fastlegereformens formål og innhold	9
2.1 Bakgrunn	9
2.2 Insentivene i FLOs hovedmodell for betaling av fastleger	10
2.2.1 Insentiver for legene	10
2.2.2 Implikasjoner av sentralt bestemt per capita sats i kombinasjon med kommunalt mangfold	12
3. Utviklingen i sentrale styringsvariabler, 2001-2020.....	14
3.1 Legemangelen som forsvant. Kortere ventetid og valgmuligheter for innbyggere.....	14
3.2 Utviklingen av kapasiteten i FLO, 2001-2020.....	14
3.3 Stabilitet i FLO	17
4. Beskrivelser av kommunefinansiering og det mangfold av modeller som kommuner bruker for å rekruttere og beholde fastleger.....	20
4.1 Beskrivelse av nåværende kommunefinansiering og avtaleverk	20
4.2 Modeller for fastlegedrift i praksis.....	21
4.3 Driftsmodeller blant fastleger i nordnorske kommuner.....	23
4.3.1 Hovedmodellen.....	24
4.3.2 Næringsdrift med 8.2-avtale	24
4.3.3 Fastlønnsavtaler med bonus	24
4.3.4 Fastlønn.....	25
4.3.5 Utvikling i driftsmodellene i Nord-Norge etter 2019.....	25
4.4 Endrede utdanningskrav.....	26
5. Modeller for behovsjustering av bevilgninger til FLO i kommunene.....	28
5.1 Kriteriemodell.....	28
5.1.1 Merutgifter per capita.....	29
5.1.2 Turnover	29
5.1.3 Alternative kriterier, modellspesifikasjon og metode	29
5.2 Eksempler på fordelingsvirkninger av modellene.....	32
Tall for kroner per innbygger	32
Tall per kommune. (Tusen kroner)	32
5.3 Om alternative data og metoder samt forholdet til eksisterende fordelingsnøkler	33
6. Oppsummering og diskusjon	34
7. Referanser	35
8. Vedlegg: Analyse og talleksempler	37
8.1 Tilbud og etterspørsel etter listeansvar i FLO	37
8.2 Talleksempel på underfinansiering.....	39



Forord

Rapporten er skrevet av Birgit Abelsen, Geir Godager og Terje P. Hagen på oppdrag for KS. Kontaktpersoner hos KS har vært Jon Anders Drøpping og Martin Fjordholm. Vi takker KS for god dialog underveis i oppdraget.

Oslo, 15.5.2021

Birgit Abelsen, Geir Godager og Terje P. Hagen

Sammendrag

Mekanismer

Med innføring av fastlegeordning (FLO) ble det avklart hvilke allmennleger som hadde ansvar for hvilke innbyggere. FLOs hovedmodell for betaling, kombinerer per capita betaling og aktivitetsbasert betaling. Per capita satsen i FLOs hovedmodell kan tolkes som en enhetspris på listeansvar. Leger med listeansvar for mange innbyggere får mer betaling enn leger med listeansvar for få. FLOs dominerende markedsandel medfører at per capita satsen i hovedmodellen er egnet til å påvirke det nasjonale tilbudet av listeansvar.

I motsetningen til 1990-tallets ordning med faste driftstilskudd til allmennlegene, er per capita betaling av fastleger kostnadsnøytral for kommunen. Kommunens utgifter til tjenesten blir bestemt entydig av folketallet. Fastlegereformen med listeansvar, per capita betaling og sterkere insentiver for opprettelse av legehjemler i kommunene, førte til at legemangel ble snudd til pasientmangel på nasjonalt nivå.

Ved å betale legene en kombinasjon av per capita betaling og aktivitetsbasert betaling i henhold til normaltariffen, får myndighetene to virkemidler som ivaretar to ulike mål. Mens aktivitetsbasert betaling ivaretar et drop-in insentiv som oppmuntrer til aktivitet, oppmuntrer per capita betaling legene til å ta listeansvar ved å kompensere for de deler av aktiviteten i en fastlegepraksis som ikke enkelt kan telles.

Fastlegereformen synliggjorde overskuddskapasitet i allmennlegetjenesten på nasjonalt nivå. Legenes samlede tilbud av listeansvar ved utgangen av 2001 var 108,5 listeplasser per hundre innbyggere.

Vi illustrerer at svak vekst i per capita insentivet kan føre til svak vekst i samlet listetak. Vi viser at selv om svak vekst i tilbudt listeansvar på nasjonalt nivå er uproblematisk for en representativ kommune, vil svak vekst i det nasjonale tilbudet av listeansvar føre til at stadig flere kommuner får utfordringer med å drive FLO med satsene i hovedmodellen.

Utfordringer

Utfordringen med noe mer ustabil legedekning i distriktene ble ikke borte med FLO (Sandvik, 2006, Abelsen et al., 2015), og det var heller ikke slikt at samtlige fastleger ble betalt med hovedmodellen under de første årene med FLO. Betaling av allmennleger med fastlønn har hele tiden forekommet, og da særlig i distriktkommuner. Over tid har det vært mindre vekst i per capita satsen sammenlignet med lønnsutviklingen for leger. I tillegg har antakelig tidsbruk per listepasient gått opp. Gjennomsnittlig listelengde for en fastlege er redusert med 10% fra 2001 til 2020. Kortere gjennomsnittslister og økt tidsbruk per listepasient er definisjonsmessig forbundet. Tallene kan tyde på at per capita inntektens andel av praksisinntekten har avtatt. Over tid har dermed insentivet til å tilby listeansvar blitt redusert.

FLO preges nå av et stort og voksende mangfold av modeller for betaling av fastlegene, og en rekke av modellene innebærer at kommunene i praksis tilbyr (varianter av) basistilskudd som er større enn tilskuddet som følger av hovedmodellen. En rimelig tolkning av en slik observasjon, er at per capita satsen fra hovedmodellen blir for lav i mange norske kommuner. Alternative lokale modeller vurderes nå innført av kommuner der FLO med hovedmodell har fungert relativt godt fram til nå. Et eksempel på dette er Tromsø kommune, som har hatt FLO helt fra 1993, og som nå vurderer å innføre en ordning med 60% større per capita betaling.

De første årene etter fastlegereformen hadde mange fastleger åpen liste, innbyggerne hadde mange leger å velge mellom, ventetid til legetime ble redusert, og brukerne av FLO var fornøyde. Aldringen utviklet seg relativt sakte i Norge de første årene etter fastlegereformen, før aldringen tiltok fra 2013. Den nasjonale overskuddskapasiteten i fastlegetjenesten er redusert over tid. En betydelig del av reduksjonen kom i perioden 2015-2020. Andelen åpne lister har falt jevnt i perioden fra 2001. Fra om lag 2014 er det liten eller ingen vekst i tilbudet av listeansvar: Kapasiteten i FLO målt ved samlet listetak har flat utvikling fra 2014, og i samme periode øker antallet innbyggere uten fastlege. I fjerde kvartal 2020 var mer enn 110 tusen innbyggere uten fastlege, og dette er det høyeste antallet siden 2002.

Styringsdata om ufrivillige legebytter fra Helsedirektoratet er upresise fra de første årene etter fastlegereformen, men fra 2008 har antallet pasienter som opplever ufrivillig legebytte, økt og i løpet av 2020 var det over 600 000 innbyggere som måtte bytte lege uten at dette var etter eget ønske. Bruken av vikarer i FLO har tiltatt. Andelen fastlegelister betjent av vikar i løpet av kvartalet er doblet i løpet av de siste tre år og i fjerde kvartal 2020 var 21% av listene betjent av vikar i mer enn en måned.

I fjerde kvartal 2020 var det 243 av fastlegene som var 67 år eller eldre. På samme tid var det 182 «lister uten lege». Netto tilvekst av fastlegepraksiser var kun 67 i løpet av 2020.

Muligheter

Tiltak for å øke det nasjonale tilbudet av listeansvar kan begrunnes. Det er grunn til å hevde at et tiltak med økte per capita tilskudd til fastlegene vil bidra til å øke det samlede tilbudet av listeansvar. Som følge av mellom-kommune-forskjeller i hvor utfordrende det er å rekruttere fastleger er det behov for høyere per capita sats i noen kommuner enn i andre. Per capita satser kan behovsjusteres etter samme prinsipper og metoder som allerede brukes for behovsjustering av overføringer til kommunene.

Løsninger

Vi skisserer to modeller for å behovsjustere basistilskudd og overføringer til kommunene, en modell basert på merutgifter til drift av FLO, og en modell basert på turnover i fastlegetjenesten. Utgiftsmodellen er den mest konvensjonelle av de to modellene og tolkningen av resultatene fra denne er at per capita satsen i de kommunene det er vanskeligst å rekruttere fastleger blir om lag 24% høyere enn i de kommunene det er aller enklest å rekruttere fastleger.

1. Om rapporten

Denne rapporten er utarbeidet av Helseøkonomisk analyse AS på oppdrag for KS. Bakgrunnen for oppdraget er de store forskjellene mellom kommunene med hensyn til forutsetningene for drift av en fastlegetjeneste med stabil legedekning, og at mange kommuner erfarer at det per i dag ikke er reell fullfinansiering av driften av fastlegeordningen (FLO). Med begrepet «fullfinansiering av fastlegeordningen» menes en situasjon der det er mulig for kommunen å drifte FLO ved å betale fastlegene ordinært basistilskudd basert på per capita satsen i FLOs «*hovedmodell*». Begrepet «underfinansiering» bruker vi om en situasjon der kommunen må tilby større betaling til fastleger enn det som følger av hovedmodellen. KS anslår i sin rapport (Ipsos, KS FOU og Samfunnsøkonomisk analyse, 2020) at kommunene i 2019 hadde mer enn 500 millioner kroner i utgifter til FLO utover utgiftene som følger av *hovedmodellen*. I denne rapporten referer vi til disse utgiftene som *merutgifter til drift av fastlegetjenesten*. Dette er altså utgifter utover den kompensasjonen kommunene får gjennom de spesifikke overføringene for å drive denne tjenesten.

Formålet med rapporten er å diskutere og redegjøre for hvorvidt merutgifter til drift av FLO er forbundet med objektive observerbare kommunekjennetegn, samt skissere en modell for hvordan en overføring til kommunesektoren kan behovsjusteres ved bruk av objektive kriterier for å bidra til å sikre en reell fullfinansiering av FLO. Vi redegjør for mulige årsakssammenhenger som kan forklare systematiske forskjeller i merutgifter mellom kommuner, og at et nivå på hovedmodellens per capita betaling som er tilstrekkelig for en *representativ* kommune, vil være utilstrekkelig for å drifte FLO i mange kommuner.

I kapittel 2 gir vi et tilbakeblikk på statusbeskrivelser forut for fastlegereformen i 2001. Her redegjør vi også for de fundamentale insentivenelementene i FLOs hovedmodell for avlønning av legene. Vi redegjør analytisk for plausible sammenhenger mellom nivå på per capita satsen i hovedmodellen og tilbudet av listeansvar på nasjonalt- og kommunalt nivå. I kapittel 3 oppsummerer vi utviklingene i sentrale styringsvariabler over perioden 2001-2020. I kapittel 4 beskrives finansieringen av kommunene og det mangfold av modeller som kommuner bruker for å rekruttere og beholde fastleger. I kapittel 5 redegjør vi for mellom-kommuner-variasjon i merutgifter til drift av FLO og stabilitet i legedekningen, og vi rapporterer analyseresultater som antyder systematiske sammenhenger mellom observerbare kommunekjennetegn og merutgifter til drift av FLO i kommunene. Vi redegjør for kriterier som kan være aktuelle i en modell for å behovsjustere en ekstrabevilgning til kommunesektoren. Vi presenterer skisser til to mulige kriteriemodeller og illustrerer fordelingsvirkningene til hver av modellene. Kapittel 6 inneholder oppsummering og diskusjon.

2. Et tilbakeblikk på fastlegereformens formål og innhold

2.1 Bakgrunn

FLO og finansieringen av den ble utformet for å svare på samtidsaktuelle utfordringer. Relevante kilder for situasjonsbeskrivelser av primærlegetjenesten i 1990-årene er Stortingsmelding 23 (1996-1997) og økonomievalueringen av forsøkskommunene (Iversen og Lurås, 1996). Situasjonsbeskrivelsene av primærlegetjenesten fra årene før fastlegereformen har fortsatt høy grad av relevans. Vi gjengir i det følgende noen utdrag fra Stortingsmeldingen i Boks 1.

Boks 1: Utdrag fra Stortingsmelding 23 (1996-1997), Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen

Fra innledningskapittelet i Stortingsmelding 23 (1996-1997).

«...Og at en pasient i deler av Nord-Norge må bytte allmenlege to ganger i året og kanskje vente i flere uker på konsultasjon, mens en mange steder i sør-Norge kan velge mellom flere leger og ofte slippe til på dagen.»

«Rammene må forandres

Historisk sett har vi aldri hatt så gode muligheter for å gripe fatt i befolkningens helseproblemer som nå. Likevel viser de siste års erfaringer at det er lang vei til målet. Ingen av tiltakene som har vært satt inn, har strukket til. Kostnadene i helsetjenesten har økt jevnt. Utgiftene til legemidler og lønninger har økt betydelig. Helsebudsjettene er blitt stadig fyldigere. Men verken øremerkede tilskudd, toppfinansiering eller dugnader har klart å fjerne ventelister eller ulikheter. Forskjellene er fortsatt store - til tross for ressurstilførsel. Hvordan kan dette henge sammen? Forklaringen er at helsetjenesten har mye ressurser - både personell og utstyr - totalt sett. Men den får ikke full nytte av dem, blant annet fordi rammene virksomheten er satt inn i, ikke sikrer at hvert enkelt bidrag kommer fullt ut til sin rett.

Hvordan skal allmennpraksis kunne opparbeide nærhet, når legen ikke vet hvem hun har et spesielt ansvar for og pasienten ikke vet hvem som er hans eller hennes lege? Hvordan skal en allmennpraktiserende lege kunne behandle hele mennesket når pasienten søker forskjellige leger for ulike problemer? Kan en allmennpraktiker være pasientens reiseguide i helsetjenestens mange spesialtilbud, og være pasientens faste holdepunkt før og etter sykehusopphold, uten at pasienten holder seg til henne over lengre tid? Hvordan skal kommunene kunne stille krav til kvalitet og tilgjengelighet, når det ikke er bygget et forpliktende forhold mellom legetjenestene og innbyggerne de betjener?»

Fra kapittel 2 i Stortingsmelding 23 (1996-1997).

«Tall fra SSB viser at i utkantstrøk er det stor utskiftning i legestillingene. Stadig færre leger blir lenge på ett sted - mange blir bare noen få måneder eller år i et distrikt. Derfor opplever også pasientene ofte å få ny lege. I de mest utsatte kommunene dekkes legestillingene av korttidsvikarer, for eksempel leger fra utlandet som tjener ekstra i Norge i sine ferier eller avspaseringsperioder.»

«Legedekningen er ulik i forskjellige deler av landet. I noen kommuner er den stabil og fullgod, i andre ustabil og ufullstendig. Kommuner i utkantstrøk har gjennomgående flere leger i forhold til innbyggertallet enn kommuner i sentrale strøk. For å kunne opprettholde akuttberedskap døgnet rundt, trengs det et visst antall leger for å dele på jobben. Derfor kan det bli forholdsvis mange legestillinger i forhold til innbyggertallet i små kommuner. Men det er også disse kommunene som har størst problemer med stabiliteten i legestaben. Legedekningen er derfor reelt sett dårligere enn den ser ut til fordi mange av stillingene er ubesatte eller dekket av korttidsvikarer.»

I Stortingsmeldingen beskrives problemene fra et pasientperspektiv, legenes perspektiv og fra myndighetenes perspektiv:

Problemer for pasientene: Pasientene opplever at det er «*vanskelig å slippe til*». Det oppleves vanskelig å nå legen på telefon. Mange leger tar ikke imot nye pasienter, og ventetiden for timeavtale er for lang. Pasientene opplever ofte å få ny lege, og at legen har for lite tid.

Problemer for legene: Allmennlegene opplever usikkerhet om hvem som er deres pasienter. Journalarkivene kan inneholde journaler fra flere tusen pasienter, men mange av journalene er for pasienter som bare har oppsøkt legekantoret for engangskonsultasjon. Det gis beskrivelser av

legekontor som har ti ganger som mange journaler som antall pasienter som praksisen skulle dekke. Det beskrives som vanskelig å gjøre en god jobb når det er uklart hvilke pasienter som er enkeltlegens ansvar. Rollen som portvakt, beskrives som utfordrende, såkalt «doktorshopping» er et kjent fenomen, og det er store variasjoner i legenes forskrivningspraksis.

Myndighetenes problemer:

Myndighetene opplever at det store mangfoldet i avlønnings- og tilknytningsformer for allmennlegene, gjør det vanskelig for både statlige og kommunale myndigheter å få god nok oversikt til å kunne lage gode planer for virksomheten. Det er vanskelig å styre, og dårlig kontroll over utgiftene til tjenesten. Det beskrives som nødvendig med flere leger som blir værende over tid.

Før innføring av FLO ble det i 1993-1996 gjennomført et forsøk med fastlegeordning i de fire kommunene Åsnes, Lillehammer, Trondheim og Tromsø. Etter forsøksperioden valgte kommunene å videreføre forsøksordningen fram til FLO ble innført nasjonalt i 2001. Ordningen ble evaluert, blant annet av Iversen og Lurås (1996), og analyser av datamateriale innsamlet fra forsøkskommunene ble publisert internasjonalt (Iversen og Lurås, 2000)

2.2 Insentivene i FLOs hovedmodell for betaling av fastleger

2.2.1 Insentiver for legene

Med innføring av FLO fulgte en sentral endring i betalingsystemet ved at ordningen med faste driftstilskudd i ulike klasser, ble erstattet av per capita betaling.¹ Med hovedmodellen mottok legene betaling i form av per capita betaling fra kommunen kombinert med stykkprisbetaling i henhold til normaltariffen betalt av pasienter og/eller Rikstrygdeverket (senere HELFO). Inntekten fra per capita betalingen skulle utgjøre om lag 30 prosent av fastlegenes inntekt (Godager og Lurås 2005, Godager m. fl. 2005, Sandvik, 2006). De endrede incentivene for legene var viktige for de endringene fastlegereformen medførte. Incentivvirkninger i hovedmodellen er grundig belyst i den økonomiske delen av den forskningsbaserte evalueringen av FLO og assosierte internasjonale publikasjoner, herunder Iversen og Lurås (2000).

Boks 2:

Insentivstruktur i tre modeller for betaling av allmennleger

Definisjoner

n: Antall pasienter; *s*: Tjenester per pasient ; *a*: Per capita betaling. ; *b*: Stykkpris ; *D*: Fast driftstilskudd.

Driftstilskudd og stykkpris:

BETALING = $D + bsn$

Talleksempel: Med $D = 500\,000$, $b = 160$ (2ad), $s = 3$ (konsultasjoner per pasient per år), $n = 1000$, får vi $bsn = 980\,000$.

Særtrekk: Like stor betaling ved å yte mange tjenester til noen få, enn å yte få tjenester til mange siden betalingen avhenger av det samlede tjenestevolumet sn , ikke s og n hver for seg.

Per capita og stykkpris:

BETALING = $an + bsn$

Talleksempel: Med $a = 577$, $b = 160$ (2ad), $s = 3$ (konsultasjoner per pasient per år), $n = 1000$, får vi $an + bsn = 1\,057\,000$.

Særtrekk: Mindre betaling ved å yte mange tjenester til få, enn å yte få tjenester til mange. Per capita betalingen a og stykkprisbetaling b er to ulike styringsparametere med ulik incentivvirkning. Mens b er et drop-in insentiv, oppmuntrer a til listeansvar.

Insentivvirkningen av at per capita betaling erstattet faste driftstilskudd, beskrives i Boks 2 og Tabell 2-1. Med kombinasjon av per capita betaling og aktivitetsbasert betaling blir det større betaling om legen velger å øke sin aktivitet gjennom å gi tjenester til en *ny* pasient sammenlignet med om legen velger å øke sin aktivitet gjennom å gi flere tjenester til *eksisterende* pasienter. Denne insentivforskjellen, mellom å gi tjenester til nye versus eksisterende pasienter, er fraværende med betalingsystem som kombinerer fast driftstilskudd og stykkprisbetaling.

Ved å kombinere per capita- og stykkprisbetaling får myndighetene to forskjellige styringsparametere: Per capita satsen kan tolkes som betaling for listeansvar, mens stykkprisbetalingen oppmuntrer til å tilby drop-in mulighet for pasientene ved at legene mottar betaling for tjenesteyting som er enkelt å telle. Det er kjent fra internasjonal forskning at betalingens nivå og innretning har innvirkning på hvordan markedet for allmennlegetjenester fungerer. De endrede

insentivene på lege- og kommunenivå medførte betydelige endringer i den norske allmennlegetjenesten. Flere viktige endringer var som forutsett. Iversen og Lurås (1998) beskrev

¹ Flere detaljer om driftstilskuddsklassene og betalingsmodellen i forsøkskommunene er beskrevet i Godager mfl. (2005).

hvordan en sektor med legemangel under ett betalingssystem, vil kunne få overskuddskapasitet med et annet betalingssystem.

Tabell 2-1: Eksempler som illustrerer hvordan valg av betalingssystem i allmennpraksis påvirker legenes incentiver til å øke aktiviteten i praksisen

	Marginalinntekt ved å ta inn 1 ny pasient som får 3 stykk 2ad	Marginalinntekt ved å levere 3 ekstra 2ad til eksisterende pasienter
Driftstilskudd + aktivitetsbasert	480 kr	480 kr
Per capita +aktivitetsbasert		
Under knekkpunkt	1057 kr	480 kr
Over knekkpunkt	979 kr	480 kr

Kommunens ansvar for å betale fastlegene basistilskudd ble videreført under FLO. Med per capita betaling av fastlegene skulle kommunenes driftsutgifter til allmennlegetjenester bli uavhengig av antallet legehjemler i kommunen, siden summen av fastlegenes basistilskudd blir entydig bestemt av folketallet. Denne kostnadsnøytraliteten for kommunene var en viktig endring, som medførte at det ikke

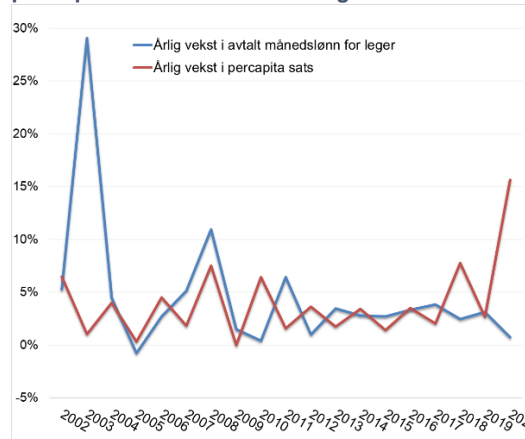
lenger var kostnadsbesparende for kommuner å være tilbakeholdne med etablering av nye legehjemler. I Figur 2-1 og Figur 2-2 beskrives utvikling i per capita satsen og avtalt månedslønn for leger. Vi ser at selv om per capita satsen i store trekk har fulgt prosentvis årlig vekst i månedslønnen til ansatte leger siden FLO ble innført (Figur 2-1), så kan tallene fra SSB tyde på at den relative økningen i legelønninger er større enn den relative økningen i per capita satsen i perioden.

Ekstraordinære lønnstillegg og avtaleendringer i helseforetakene i 2003 ga uvanlig sterk vekst i avtalt lønn. I Figur 2-2 viser den heltrukne blå kurven samlet økning i lønn med 2003-tallene inkludert uten justeringer. Den stiplede blå kurven viser legelønnsutviklingen om veksten i 2003 erstattes med gjennomsnittet av veksten i 2002 og 2004. I Figur 2-2 viser den røde kurven at samlet økning i per capita satsen i perioden 2001 til 2019 er 79%, mens lønnsøkningen i samme periode er 129% illustrert ved den heltrukne blå linjen. Om den ekstraordinære lønnsveksten i 2003 tas ut, blir samlet lønnsvekst over perioden 86%, som fortsatt overstiger veksten i per capita satsen.

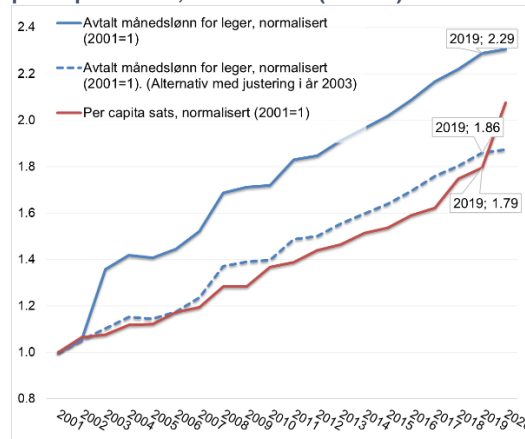
Gjennomsnittlig tidsbruk per listeinnbygger per år har antakelig økt over perioden (Rebnord m. fl., 2018, Birkeli m. fl., 2020). Dersom oppjustering av per capita satsen over tid skulle kompensert for økt tidsbruk per listeinnbygger i tillegg til å reflektere generell lønnsvekst, måtte per capita taksten vokst *raskere* enn den generelle lønnsveksten. Det finnes altså grunnlag for å hevde at per capita satsen er blitt underregulert i forhold til den oppjustering som er nødvendig for å opprettholde per capita inntektens andel av praksisinntekten, og dermed incentivet til å tilby listeansvar.

For å anslå virkningen av underreguleringen av per capita satsen, er det nødvendig med en mer detaljert beskrivelse av sammensetningen fastlegenes inntekter enn det som har vært mulig i arbeidet med denne rapporten. Basert på tallene i Abelsen m. fl.

Figur 2-1: Avtalt månedslønn for ansatte leger*, og per capita sats. Prosentvis årlig vekst 2002-2020.**



Figur 2-2: Avtalt månedslønn for ansatte leger*, og per capita sats, normalisert. (2001=1)**



*Kilde for utviklingen i avtalt månedslønn: SSBs Tabell 04207 (årene 2002-2003), SSBs Tabell 06039 (årene 2004-2007) og SSBs Tabell 11418 (årene 2015-2020). **For 2020 er per capita sats for listelengde under knekkpunkt benyttet.

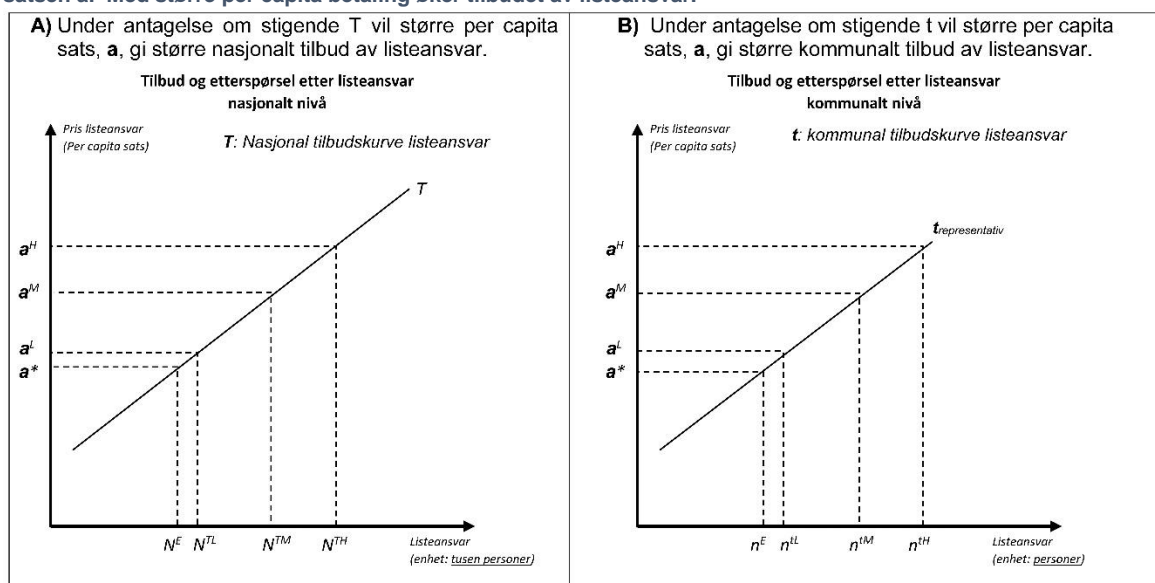
(2019), kan det anslås at inntekt fra per capita utgjorde om lag 26 prosent i 2017.² Anslaget er usikkert, og vil potensielt kunne være sensitivt for hvordan stykkprisinntekten til vikarleger er registrert i tallmaterialet.³ Da FLO ble innført skulle inntekt fra per capita betaling utgjøre om lag 30 prosent av driftsinntekten (Godager og Lurås 2005, Godager m. fl. 2005, Sandvik, 2006). Tallene fra Abelsen m. fl. (2019) tyder altså på at oppjusteringer i per capita satsen ikke har vært store nok til å opprettholde en inntektsandel på 30% fra per capita betaling. Det betyr i så fall at insentivet til å tilby listeansvar er redusert.

2.2.2 Implikasjoner av sentralt bestemt per capita sats i kombinasjon med kommunalt mangfold

Vi gjengir nå hovedresultatene fra en enkel analyse av markedet for listeansvar i FLO. Analysen gir klare prediksjoner for hvilke virkninger en kan forvente i fastlegetjenesten dersom insentivene til å tilby listeansvar svekkes over tid. Vi gjengir kun hovedresultatene i dette avsnittet, og oppsummerer disse i Boks 3 og Tabell 2-2. Flere detaljer finnes i rapportens vedlegg.

Tilbud og etterspørsel etter listeansvar beskrives i Figur 2-3. Til venstre i del A) beskrives nasjonalt nivå, mens B) beskriver kommunalt nivå. På nasjonalt nivå er etterspørselen etter listeansvar gitt ved folke mengden, N^E . Tilbudet av listeansvar på nasjonalt nivå må være større enn folke mengden dersom det skal være mulig for distriktskommuner å rekruttere nok fastleger ved å bruke hovedmodellen. Blir nasjonalt tilbud av listeansvar likt folke mengden vil tilbudet av listeansvar i en *representativ* kommune bli akkurat likt antall innbyggere i kommunen (n^E i Figur 2-3, del B). Om en *representativ* kommune bare akkurat får nok listeplasser til sine innbyggere med bruk av hovedmodellen, blir det umulig for mange *distriktskommuner* å oppnå samme resultat. I det samlet tilbud av listeansvar nærmer seg samlet folke mengde blir FLO underfinansiert i stadig flere kommuner. Som vi skal se i neste kapittel, har det

Figur 2-3 : Tilbudet av listeansvar på nasjonalt nivå (A) og i en representativ kommune (B) er avhenger av per capita satsen a. Med større per capita betaling øker tilbudet av listeansvar.



nasjonale tilbudet av listeansvar nærmet seg samlet folke mengde.

Vi redegjør nå for årsakssammenhengen mellom nivået på per capita satsen i hovedmodellen og *merutgifter* til drift av FLO i enkeltkommuner, og illustrerer hvordan rekrutteringsforskjeller mellom kommuner kombinert med sentralt bestemt per capita sats, fører til at FLO blir underfinansiert i enkelte kommuner, og at de det blir en systematikk i hvilke typer av kommuner som først kommer i en situasjon med underfinansiering av FLO. For lav per capita sats i hovedmodellen, vil treffe kommunene ulikt. Kommuner som er mindre attraktive for fastleger enn en *representativ* kommune, vil oppleve at per capita satsen i hovedmodellen blir lavere enn det nivået som trengs for at fastlegers tilbud av listeansvar

² I dette anslaget har vi benyttet månedstallene for fastleger utenfor forsøk med primærhelseteam rapportert i Tabell 5.3 i Abelsen m. fl. (2019), og vi har regnet om til helårstall og tatt hensyn aktivitetsforskjell i første og andre halvår.

³ Dersom takstbruk hos vikarleger ikke assosieres med den pasientliste legen vikarierer på vil det bidra til at anslaget på 26 prosent inntekt fra per capita blir et for høyt anslag på andelen inntekt fra per capita.

til enkeltkommunen får et tilstrekkelig omfang. Samtidig vil kommuner som er *representative* eller *attraktive* for fastleger få fullfinansiert fastlegetjenesten også med en lav per capita sats. Vår analyse bygger på to antakelser:

- Antakelse 1:** Større per capita betaling fører til økt nasjonalt nivå på legers tilbud av listeansvar.
- Antakelse 2:** Rekruttering av fastleger er ikke like lett å få til i alle kommuner.

Antakelsene er rimelige og har empirisk støtte.⁴ De analytiske resultatene vi redegjør for, følger logisk fra antakelsene. Ved stigende tilbudskurve i markedet for listeansvar, blir virkningen av økt enhetspris for listeansvar (mens alle andre faktorer forblir uendret) en bevegelse *langs* tilbudskurven. Økt per capita sats i hovedmodellen vil altså øke tilbudet av listeansvar, så sant andre faktorer forblir uendret.

Tilbudskurver kan skifte. Eksempler på faktorer som kan skifte tilbudskurven(e) i Figur 2-3 mot venstre (reduert tilbud av listeansvar for enhver per capita sats), er:

- Større omkostninger ved å etablere fastlegepraksis (herunder «goodwilloppgjør»).
- Strengere formelle krav, for eksempel med hensyn til tilgjengelighet og spesialistutdanning.
- Endringer i arbeidsoppgaver og arbeidsvilkår som gjør fastlegearbeid mindre attraktivt.

I analysen skiller vi mellom fire kommunetyper. En *representativ* kommune defineres som en kommune som er representativ for landet med hensyn til hvor enkelt det er for kommunen å rekruttere fastleger. Tilsvarende er en *attraktiv* kommune, en kommune der det er lettere å rekruttere fastleger enn i en *representativ* kommune. I eksemplene er kommunetypen *usentral* den kommunetypen der det er vanskeligst å rekruttere fastleger. Kommunetypen *mindre sentral* kommune har litt lettere for å rekruttere leger enn *usentral*, men rekrutteringsutfordringene er større enn i en *representativ* kommune.

Boks 3: Oppsummering av de analytiske resultatene

- Med tilstrekkelig høy per capita sats blir FLO i kommunene fullfinansiert gjennom *hovedmodellen*, selv i en *usentral* kommune
- Om insentivene til å tilby listeansvar reduseres vil tilbudet av listeansvar avta eller vokse saktere, og antall kommuner som opplever rekrutteringsutfordringer i fastlegetjenesten vil da øke.
- Reduseres per capita satsen fra *høy* til *middels* vil det føre til at det oppstår merutgifter til drift av FLO i en *usentral* kommune. FLO forblir fullfinansiert i en *mindre sentral* kommune.
- Reduseres per capita satsen videre, fra *middels* til *lav*, blir FLO blir underfinansiert, i både *usentrale* og *mindre sentrale* kommuner. FLO forblir fullfinansiert i *representative* og *attraktive* kommuner.
- Antallet kommuner der FLO er underfinansiert øker gradvis dersom insentivene til listeansvar gradvis avtar. I det per capita satsen blir tilstrekkelig lav, vil merutgifter til drift av FLO oppstå selv i kommuner som bare er litt mindre *attraktive* enn en *representativ* kommune.

2-2 Sammenhengen mellom nivået på per capita sats og hvorvidt FLO blir fullfinansiert ved hovedmodellen. Resultater fra enkel økonomisk analyse.

Kommunetype	Per capita sats i <i>hovedmodell</i>		
	Lav	Middels	Høy
<i>Representativ</i>	Fullfinansiert	Fullfinansiert	Fullfinansiert
<i>Attraktiv</i>	Fullfinansiert	Fullfinansiert	Fullfinansiert
<i>Mindre sentral</i>	Underfinansiert	Fullfinansiert	Fullfinansiert
<i>Usentral</i>	Underfinansiert	Underfinansiert	Fullfinansiert

I kapittel 8.2 i vedlegget gir vi talleksempler på underfinansiering av FLO med utgangspunkt i en hypotetisk kommune som har fellestrekk med Tromsø.

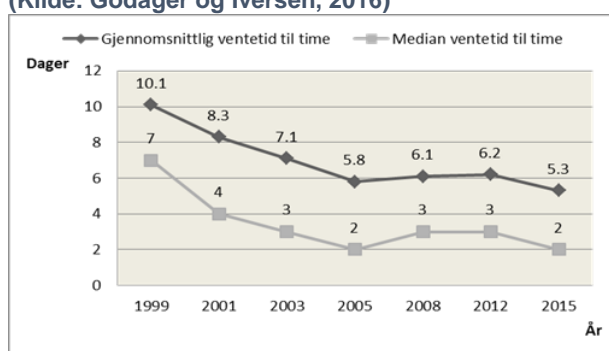
⁴ Det kan være uenighet om hvorvidt Antakelse 1 er oppfylt (Høie, 2018).

3. Utviklingen i sentrale styringsvariabler, 2001-2020

3.1 Legemangelen som forsvant. Kortere ventetid og valgmuligheter for innbyggere

Med fastlegereformen forsvant legemangelen og, som beskrevet av Lurås og Iversen (2002), var det mange fastleger som fikk kortere liste enn de ønsket seg. Tilbudet av listeansvar i fastlegetjenesten, beskrevet med det samlede listetaket, var langt større enn innbyggertallet: Fastlegenes samlede listetak ved utgangen av 2001, var 4,90 millioner (Helsedirektoratet, 2020), betydelig over folketallet på 4,52 millioner (SSB). Videre utvikling beskrives i Tabell 3-1, Tabell 3-2 og Figur 3-4 Vi ser at det var lite vekst i det samlede listetaket i fram mot 2005. Fra 2005 fulgte et tiår med økende listetak. Fra rundt 2014 har det ikke vært økning i de samlede listetakene. For en rekke styringsvariabler mangler tall for andre kvartal 2020.⁵ Med listesystemet var det ikke lenger uklart hvilke leger som hadde ansvar for hvilke pasienter.

Figur 3-1: Utviklingen i ventetid til time 1999-2015.
(Kilde: Godager og Iversen, 2016)

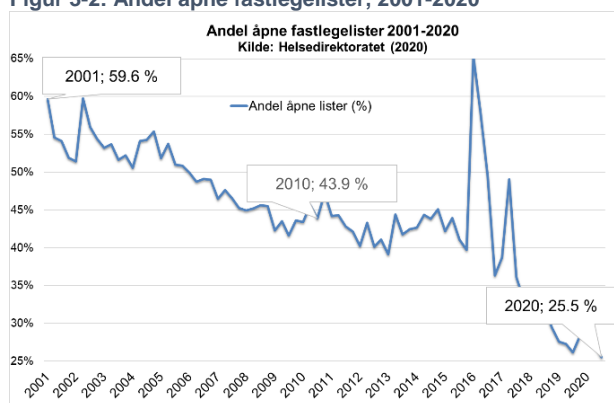


Godager m. fl. (2007) og Godager og Iversen (2010, 2016) har ved bruk av data fra levekårsundersøkelsen til SSB beskrevet utviklingen i ventetid til time. I Figur 3-1 beskrives utviklingen i median- og gjennomsnittlig ventetid til time. Samtidig med innføring av FLO skjer en klar reduksjon i den rapporterte ventetiden hos respondentene i det representative utvalget i SSBs levekårsundersøkelse. Median ventetid reduseres fra 7 dager i 1999 til 3 dager i 2003. Det å tilby lang ventetid til time er lite hensiktsmessig for fastleger som ønsker seg lengre liste. Redusert ventetid kan være et resultat av mer konkurranse.

3.2 Utviklingen av kapasiteten i FLO, 2001-2020

Det var mange leger å velge mellom for pasienter som ønsket å bytte fastlege. Som vi ser i Tabell 3-1 og Figur 3-2, var det til å begynne med en stor andel fastleger som hadde åpen liste. Andelen åpne lister begynte tidlig å avta, og, som beskrevet i Tabell 3-1 og Figur 3-2, har andelen åpne lister i hovedtrekk vært avtakende fra FLO ble innført og fram til i dag.

Figur 3-2: Andel åpne fastlegelister, 2001-2020



Figur 3-2: Færre åpne lister innebærer færre fastleger å velge mellom for innbyggere som ønsker å bytte fastlege.

Gjennomsnittlig listelengde er redusert med 10 % fra 2001 til 2020. Gjennomsnittlig tidsbruk per listeinnbygger per år har antakelig økt (Rebnord m. fl., 2018, Birkeli m. fl., 2020), og kortere gjennomsnittslister reflekterer denne endringen.

⁵ Manglende tall for andre kvartal 2020 gir brudd i kurvene for enkelte figurer.

Kapasiteten i FLO kan beskrives på ulike måter. For eksempel kan differanser (mellom tilbud- og etterspørsel av listeplasser) eller forholdstall (mellom tilbudte og etterspurte listeplasser) tolkes som indikator på tjenestens kapasitet, og større tilbud enn etterspørsel har tolkning som *reservekapasitet*, eller *overskuddskapasitet*. I Figur 3-4 ser vi at samlet listetak (tilbudet av listeansvar til fastlegemarkedet) viser liten eller ingen vekst i perioden fra 2014, mens folke mengden og antallet innbyggere på fastlegelister øker hele perioden 2001-2020. Figur 3-4 illustrerer også at folke mengden har vokst raskere enn «innbyggere på liste» i årene etter 2016, og dette har skjedd fordi tallet på innbyggere uten fastlege øker i perioden (se beskrivelsen i Figur 3-5).

Tabell 3-1 Utvalgte styringsvariabler i FLO. 2001-2020. Kilde: Helsedirektoratet (2020)

Styringsvariabel	Kvartal (utgang)				
	2001/4	2005/4	2010/4	2015/4	2020/4
Antall fastlegepraksiser	3 693	3 782	4 129	4 602	4 951
Antall fastleger	3 661	3 757	4 109	4 585	4 930
Gjennomsnittsliste	1194	1212	1184	1132	1073
Antall lister uten lege	164	111	76	52	182
Antall nye fastlegeavtaler. (Samlet for året)	148 ⁶	250	323	358	.
Antall avsluttede avtaler. (Samlet for året)	74 ⁷	256	258	300	.
Netto tilvekst praksiser. (Samlet for året)		78	65	71	67
Fastleger 67 år og eldre	31	41	81	152	243
Åpne lister (%)	54,1	51,0	43,9	41,1	25,5
Innbyggere med kvinnelig fastlege (%)	26,3	28,2	32,9	38,1	42,7
Vikar i mer enn to måneder [1 måned] (%)	1,0	4,6	4,6	4,8	[21,6]

Helsedirektoratet (Gaardsrud, 2021), og SSB (se, for eksempel Tabell 12005) bruker antallet *listeinnbyggere* istedenfor folke mengden i sine beskrivelser av kapasiteten i FLO. Helt fra 2001 har styringsdataene inkludert variabelen «Ledige plasser på fastlegelister», og dette kapasitetsmålet på differanseform er definert ved «Samlet listetak» minus «Innbyggere på liste».⁸

Kapasitetsmålet Helsedirektoratet og SSB kaller «Reservekapasitet fastlege», er et kapasitetsmål gitt ved forholdstallet «listeplasser per hundre listeinnbyggere».⁹ I Tabell 3-2 ser vi at dersom antall *listeinnbyggere* brukes som mål på samlet etterspørsel etter listeplasser i FLO, var det 532 tusen ledige listeplasser i fjerde kvartal 2001 og 172 tusen ledige listeplasser i fjerde kvartal 2020. Vi ser at «Reservekapasitet fastlege» er redusert fra 112,2 i fjerde kvartal 2001 til 103,2 i fjerde kvartal 2020.

På nasjonalt nivå er folke mengden en god indikator på etterspørselen etter listeplass.¹⁰ Nederst i Tabell 3-2 beskriver vi utviklingen i FLOs overskuddskapasitet ved bruk av folke mengden som referanse. Vi ser at dersom folke mengden brukes som referanse for kapasitetsbeskrivelser i FLO, blir overskuddskapasiteten lavere enn om Helsedirektoratets beskrivelse av «Reservekapasitet fastlege» benyttes. «Listeplasser minus folke mengde» utgjorde 386 tusen personer i fjerde kvartal 2001 men kun 76 tusen personer i fjerde kvartal 2020. Vi ser at antallet listeplasser per 100 innbyggere er redusert fra 108,5 i fjerde kvartal 2001 til 101,4 i fjerde kvartal 2020.

Siden antallet *listeinnbyggere* alltid vil være lavere enn antallet *innbyggere*, gir Helsedirektoratets «Reservekapasitet fastlege» et skjevt bilde av kapasiteten i tjenesten idet kapasiteten systematisk overvurderes. Som vi ser i Tabell 3-2 og Figur 3-3, har ledig kapasitet i FLO avtatt fra 2001 og fram til i dag, uavhengig av om overskuddskapasitet måles ved bruk av Helsedirektoratets «Ledige plasser på fastlegelister» (rød kurve), eller differansen mellom antallet listeplasser og folke mengden (blå kurve).

⁶ Nye avtaler i tredje og fjerde kvartal 2001.

⁷ Avsluttede avtaler i tredje og fjerde kvartal 2001.

⁸ I perioden 2001-2005 ble styringsdataene for fastlegeordningen tilrettelagt ved Rikstrykdeverket. Fra 2005 har styringsdataene blitt tilrettelagt av Helsedirektoratet. Forfatterne av denne rapporten kjenner ikke bakgrunnen for at «innbyggere på liste» har blitt brukt til å beskrive kapasitet i FLO. Bruk av «innbyggere på liste» kan være hensiktsmessig ved beskrivelser av kapasitet på kommunenivå på siden mange innbyggere har fastlege utenfor bostedskommunen.

⁹ Se, for eksempel Tabell 12005 (SSB): der *Reservekapasitet fastlege* har følgende definisjon: «Indikatoren angir kapasiteten (listetaket) i forhold til antall pasienter på listene i prosent. En verdi > 100 betyr at det er ledig plass. Data hentes fra Helsedirektoratets Fastlegeregister og gjelder pr. 31.12. Beregning: (("Kapasitet hos fastlegene (iht. liste)") / ("Antall pasienter på fastlegeliste")) * 100»

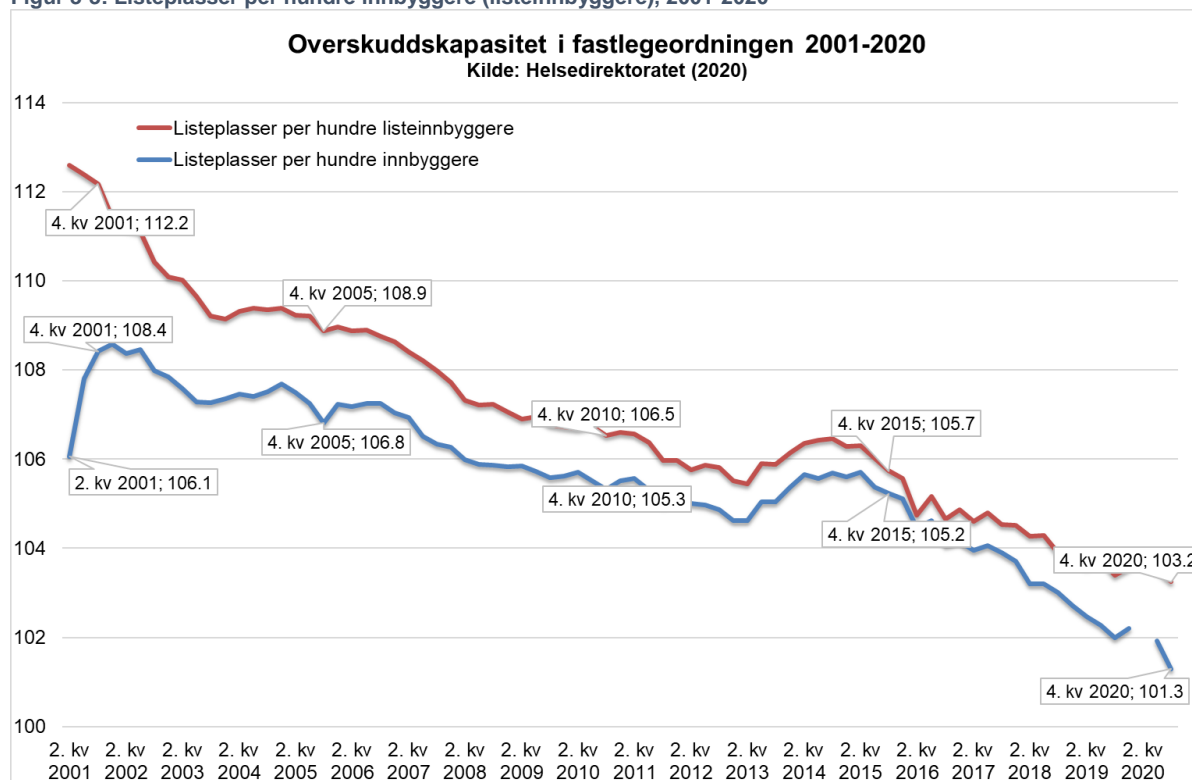
¹⁰ Antallet innbyggere som ikke etterspør listeplass er få. Totalt 11 461 innbyggere var utmeldt av fastlegeordningen i fjerde kvartal 2020

Det er imidlertid en viktig forskjell på de to kurvene. Den røde kurven faller relativt jevnt over perioden fra 2001 og fram til i dag og kan gi inntrykk av at overskuddskapasiteten i FLO har avtatt jevnt i to tiår. Måles overskuddskapasitet relativt til folkemengden ser vi et annet bilde: Reduksjonen i overskuddskapasitet har i all hovedsak skjedd i årene 2015-2020. Antallet ledige listeplasser per hundre *innbyggere* var 5,4 fjerde kvartal 2015 og 1,4 i fjerde kvartal 2020, en reduksjon på 74 prosent. Til sammenligning ser vi at ledige listeplasser per hundre *listeinnbyggere* var 5,7 fjerde kvartal 2015 og 3,2 i fjerde kvartal 2020, en reduksjon på 44%.

Tabell 3-2 Utviklingen i kapasiteten i FLO. 2001-2020. Kilde: Helsedirektoratet (2020)

Styringsvariabel	Kvartal (utgang)				
	2001/4	2005/4	2010/4	2015/4	2020/4
Samlet listetak (tusen)	4 905	4 957	5 182	5 486	5 461
Helsedirektoratets kapasitetsbeskrivelse i styringsdataene:					
«Antall innbyggere på liste» (tusen personer)	4 372	4 552	4 864	5 189	5 289
«Ledige plasser på fastlegelister» (tusen personer)	532	404	317	298	172
«Reservekapasitet fastlege»	112,2	108,9	106,5	105,7	103,2
Kapasitetsbeskrivelse ved kombinasjon av Listetak og folkemengde (SSB):					
Folkemengde (tusen personer)	4 524	4 613	4 920	5 214	5 391
Listeplasser minus folkemengde (tusen personer)	381	316	262	273	70
Listeplasser per 100 innbyggere	108,4	106,8	105,3	105,2	101,3

Figur 3-3: Listeplasser per hundre innbyggere (listeinnbyggere), 2001-2020

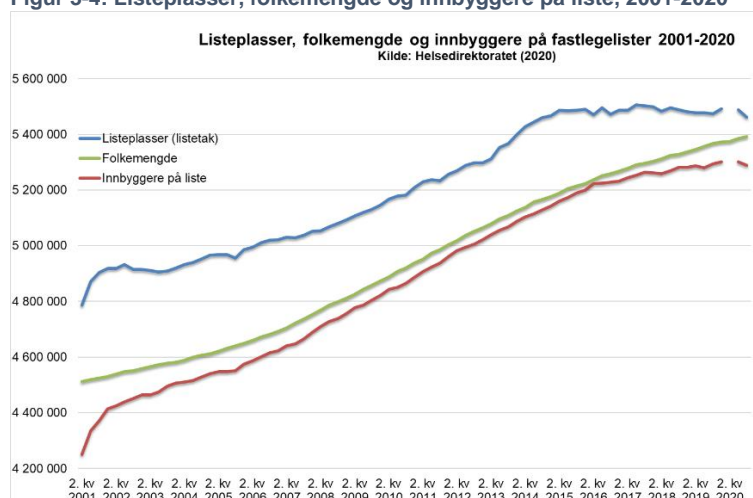


I tillegg til at «Reservekapasitet fastlege» overvurderer kapasiteten i FLO, vil presisjonsgraden variere over tid. Dersom antallet innbyggere uten listeplass går opp (innbyggere på listene går ned), vil «Reservekapasitet fastlege» bli særlig upresis. Dette illustreres Figur 3-4 og i Figur 3-3, der vi ser at «Reservekapasitet fastlege» i særlig grad overvurderer kapasiteten i periodene 2001-2008 og 2017-

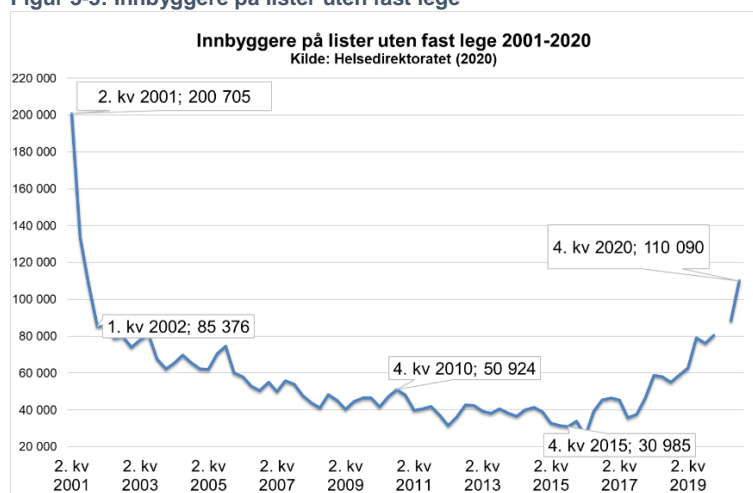
2020. Dette er perioder der forskjellen mellom folkemengden og antallet listeinnbyggere (grønn og rød kurve i Figur 3-4) er stor.

Tallene viser at fastlegetjenestens overskuddskapasitet på nasjonalt nivå er blitt redusert over tid, og at en relativ stor andel av reduksjonen i overskuddskapasiteten har skjedd etter 2015. Utviklingen i samlet listetak fra 2014 viser liten eller ingen vekst i det samlede tilbudet av listeansvar til fastlegetjenesten.

Figur 3-4: Listeplasser, folkemengde og innbyggere på liste, 2001-2020



Figur 3-5: Innbyggere på lister uten fast lege



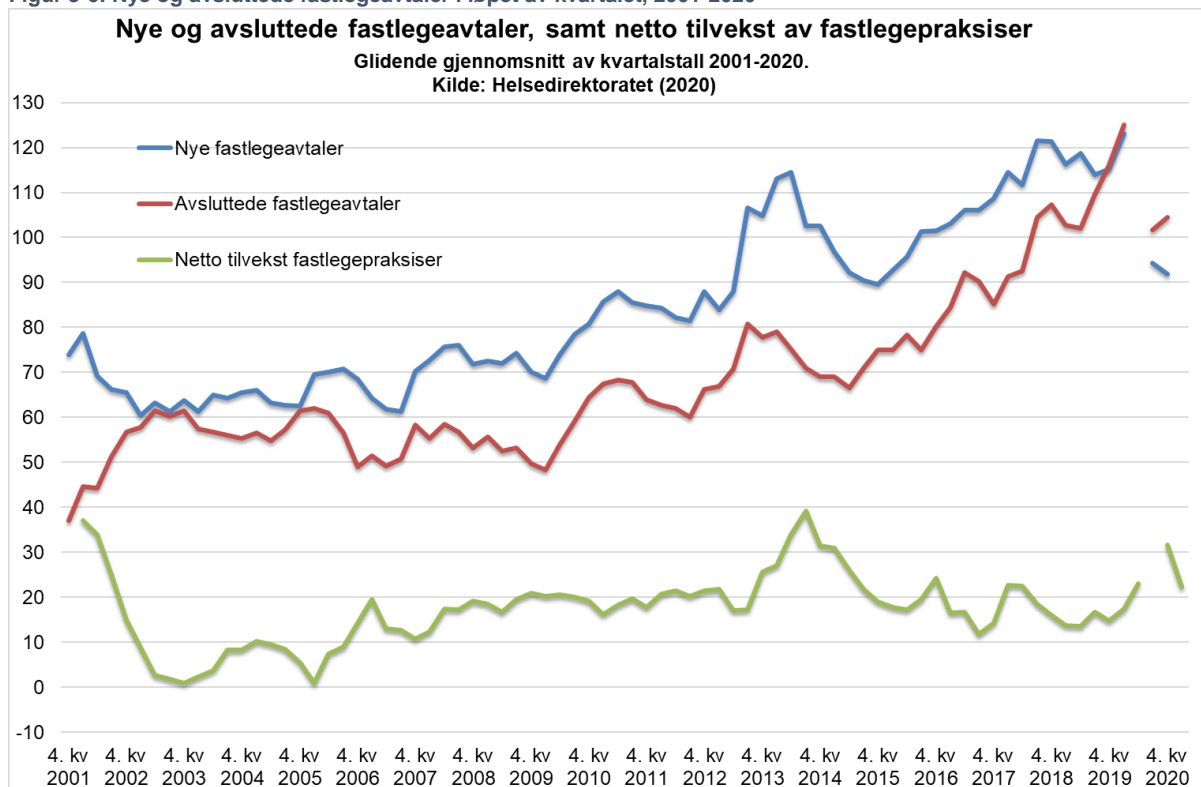
«Reservekapasitet fastlege» og liknende kapasitetsmål som tar utgangspunkt i «Antall innbyggere på liste» vil systematisk overvurdere kapasiteten i tjenesten. «Reservekapasitet fastlege» og liknende kapasitetsmål er heller ikke egnet til å beskrive kapasitetsutvikling over tid. For eksempel gir «Reservekapasitet fastlege» en gradvis mindre presis beskrivelse av overskuddskapasitet i perioden 2015-2020. Grunnen til dette er at antall innbyggere uten fastlege økte i denne perioden (Figur 3-5).

3.3 Stabilitet i FLO

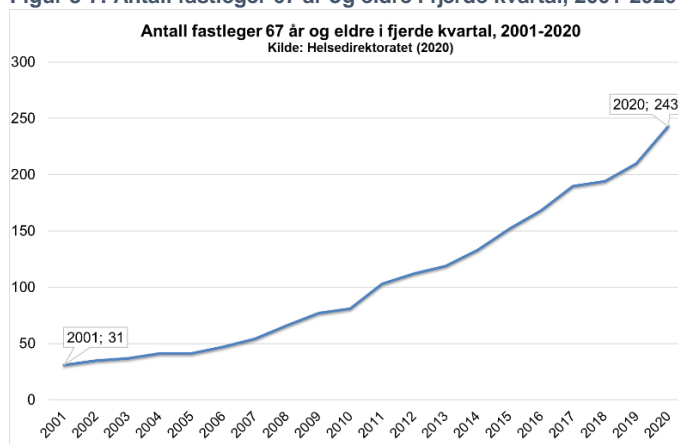
Utfordringen med noe mer ustabil legedekning i distriktene ble ikke borte med FLO (Sandvik, 2006, Abelsen et al., 2015), og det var heller ikke slikt at samtlige fastleger ble betalt med hovedmodellen. Betaling av fastleger med fastlønn har hele tiden forekommet, og da særlig i distriktskommuner. Helsedirektoratets styringsdata har hatt svakheter hva gjelder rapportering av fastlønnbruk.

Den grønne kurven i Figur 3-6 beskriver netto tilvekst i fastlegepraksiser. De fleste av årene har netto tilvekst av fastlegepraksiser vært mellom 10 og 20 per kvartal (40 og 80 per år). I Figur 3-6 ser vi at kvartalstallene for både etableringer (blå kurve) og avslutninger (rød kurve) av fastlegeavtaler har økt over tid. Tallene viser altså at kommunene lykkes med å etablere mange nye fastlegeavtaler. Likevel blir netto tilvekst av fastlegepraksiser svak som følge av det store antallet avtaler som avsluttes. I løpet av 2020 økte antallet fastlegepraksiser med 67.

Figur 3-6: Nye og avsluttede fastlegeavtaler i løpet av kvartalet, 2001-2020

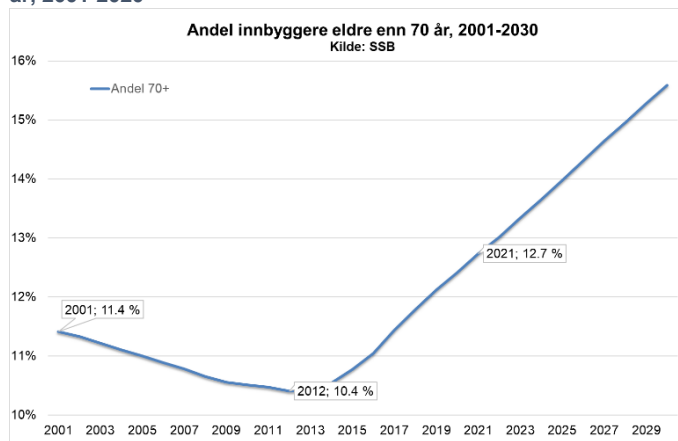


Figur 3-7: Antall fastleger 67 år og eldre i fjerde kvartal, 2001-2020



Aldersfordelingen blant fastlegene er en faktor som nå bidrar til å øke tallet på avsluttede fastlegeavtaler. I Figur 3-7 ser vi at tallet på fastleger eldre enn 67 i fjerde kvartal er på et rekordnivå. Fastlegeavtaler opphører normalt når legen fyller 70 år. Kommunen og fastlegen har, etter fastlegeforskriften §32, anledning til å inngå en tidsbegrenset fastlegeavtale for tiden fram til legen fyller 75 år. Tallene inkluderer enkeltleger som har fått forlenget fastlegeavtale til fylte 75 år.

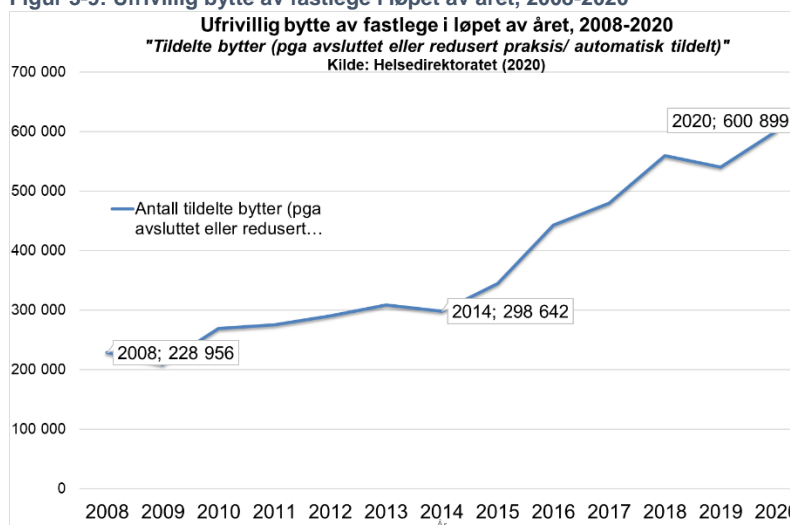
Figur 3-8: Aldring på nasjonalt nivå. Andel innbyggere eldre enn 70 år, 2001-2020



Det er sterk sammenheng mellom alder og behovet for helsetjenester. Andelen innbyggere eldre enn 70 år er derfor en viktig demografisk variabel. Andelen eldre er også en viktig styringsvariabel for sektorplanlegging, siden det er stor grad av kjennskap til andelen eldre, også framover i tid. Utviklingen i andelen innbyggere eldre enn 70 år på nasjonalt nivå, beskrives i Figur 3-8. Vi ser at andelen eldre enn 70 år var avtakende i årene etter fastlegereformen, før rask vekst tok til fra 2013.

Når en fastlegeavtale avsluttes blir også mange lege-pasientrelasjoner avsluttet. Listepasientene bytte lege uten at dette skjer etter pasientens eget ønske. Styringsdata om ufrivillige legebytter fra Helsedirektoratet er upresise fra de første årene, men fra 2008 har antallet pasienter som opplever ufrivillig legebytte økt, og vi beskriver denne utviklingen i Figur 3-9. Tallet på ufrivillige legebytter doblet seg i perioden fra 2014 til 2020, og i 2020 måtte mer enn 600 000 innbyggere bytte fastlege uten at dette var etter eget ønske.

Figur 3-9: Ufrivillig bytte av fastlege i løpet av året, 2008-2020



Samtidig har bruken av vikarer tiltatt, og vi beskriver denne utviklingen i Figur 3-10. Variabelen som beskriver vikarbruk ble endret i 2016. Fra andre kvartal 2001 til og med andre kvartal 2016 ble vikarbruk utover 2 måneder registrert, og i Figur 3-10 er denne tidsserien beskrevet med den blå linjen. Fra og med tredje kvartal 2016 registreres vikarbruk allerede idet vikarbruken utgjør mer enn *en* måned, og i Figur 3-10 er denne tidsserien beskrevet med den blå linjen. Denne siste måten å definere vikarbruk på, vil nødvendigvis måtte resultere i at et større antall tilfeller av vikarbruk registreres. Tallene fra før andre kvartal 2016 (blå kurve) og etter andre kvartal 2016 (rød kurve), er altså ikke direkte sammenliknbare.

Sammenlikning av de to tidsseriene for vikarbruk gir likevel nyttig informasjon om trender¹¹: Vikarbruken var stabil i perioden 2002-2016, mens den økte i perioden 2016-2020. Andelen fastlegelister betjent av vikar i løpet av kvartalet er fordoblet i løpet av de siste tre år, og i fjerde kvartal 2020 var 21% av listene betjent av vikar i mer enn en måned.

Figur 3-10: Vikarbruk i fastlegeordningen, 2001-2020



¹¹ Både ved beskrivelse av trenden for blå kurve og ved beskrivelse av trenden for rød kurve sammenlignes «likt med likt», idet begge trendene hver for seg beskriver endring i en og samme variabel.

4. Beskrivelser av kommunefinansiering og det mangfold av modeller som kommuner bruker for å rekruttere og beholde fastleger

4.1 Beskrivelse av nåværende kommunefinansiering og avtaleverk

Hovedmodellen for drift i FLO er privat næringsdrift (jfr. fastlegeforskriften og annet sentralt avtaleverk¹²). Fastlegen får sin inntekt fra et årlig basistilskudd som kommunen betaler med 1/12 hver måned for antall listeinnbyggere den 1. hver måned. I tillegg får fastlegen aktivitetsbasert inntekt fra statlige trygderefusjoner og pasienters egenandeler.

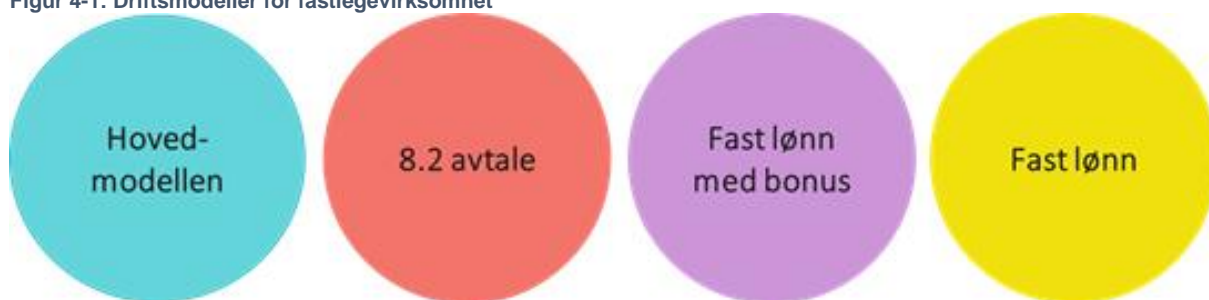
Rammeavtalen mellom KS og legeforeningen¹³ (punkt 8.2) åpner for at det kan foregå et praktisk/økonomisk samarbeid mellom kommunen og en privat næringsdrivende fastlege ved at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell mot at fastlegen betaler et månedlig eller årlig beløp for dette. Bestemmelsen forutsetter at «legen refunderer kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen av rekrutteringshensyn o.a. for et avtalt tidsrom aksepterer redusert innbetaling». Denne modellen omtales gjerne som en 8.2-avtale.

Kommunen kan selv drive fastlegevirksomhet med kommunalt ansatte fastleger med fast lønn. Statlige trygderefusjoner og pasienters egenandeler går da til kommunen. Lønnsnivået til fastleger på fastlønn skal, i henhold til hovedtariffavtalen, fastsettes lokalt i den enkelte kommune. Lønnen reguleres da ved årlige lokale lønnsforhandlinger hvor det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariff-området og kommunens totale situasjon. Det kan avtales både generelle og individuelle tillegg. Ved lønnsfastsettelsen skal det bl.a. tas hensyn til behov for å rekruttere og beholde arbeidstakere.

Hovedtariffavtalen (kap. 3.6) åpner for bonusordninger som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering. Denne bestemmelsen åpner for at kommunen kan etablere bonusordninger som gir tilleggsinntekt for fastlønnede fastleger.

Figur 4-1 illustrer de fire driftsmodellene som det sentrale avtaleverket åpner for. Basistilskuddet per innbygger er ment å dekke kommunens kostnader til FLO (Ot.prp. nr 99 (1998-99)). De merkostnadene kommunen måtte ha utover dette, må dekkes gjennom kommunenes frie inntekter. En annen driftsmodell enn hovedmodellen, vil med stor sannsynlighet innebære en merkostnad for kommunen.

Figur 4-1: Driftsmodeller for fastlegevirksomhet



FLO utgiftsføres sammen med andre utgifter til allmennlegetjenesten, kommunale legekantor, legevakt og kommunalt ansatte fysioterapeuter innenfor KOSTRA-funksjon 241 Diagnose, behandling og rehabilitering. KOSTRA-funksjon 241 definerer sammen med Funksjon 232 Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste og Funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid, de samlede utgiftene til kommunehelsetjenesten. Brutto driftsutgifter var i 2020 vel 23,6 milliarder kroner (Tabell 4-1).

¹² ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og legeforeningen, SFS 2305 Særavtale mellom KS og legeforeningen

¹³ ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og legeforeningen

Tabell 4-1: Brutto driftsutgifter til kommunehelse 2020

	Beløp (mill. kroner)	Beløp per innbygger (kroner)
232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	4 744	880
233 Annet forebyggende helsearbeid	2 552	473
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehab.	16 317	3 027
Sum brutto driftsutgifter	23 613	4 380

Kostnadsnøkklene for kommunehelsetjenesten samlet ble sist revidert i 2017 og har i dag kriterievekter som definert i Tabell 4-2 (Prop. 123 S (2015–2016)).

Tabell 4-2: Kostnadsnøkkel for kommunehelsetjenesten

Kriterium	Kriterievekt
Innbyggere 0 – 22 år	0,2815
Innbyggere 23 – 66 år	0,3011
Innbyggere over 67 år	0,2911
Sonekriteriet	0,0284
Nabokriteriet	0,0284
Basiskriteriet	0,0695
Sum	1,0000

Finansieringen av kommunenes økonomiske bidrag til FLO er hensyntatt gjennom basiskriteriet. Basistilskuddet ble innført med FLO i 2001. Siden kriteriet innebærer et tilskudd som har lik sats per innbygger, har det karakter av å være et 'per capita'-tilskudd (NOU 2005: 18).

Fra 1.mai 2020 ble det som ledd i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten innført et knekkpunkt i basistilskuddet i FLO. Basistilskuddet utgjør i 2020 577 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500, utgjør basistilskuddet 499 kroner per listeinnbygger. Kommunene ble kompensert for endringen gjennom en økning i rammetilskuddet. I tillegg til styrket basistilskudd, ble det fra 1. mai 2020 innført et grunntilskudd. Grunntilskudd er tilskudd for to år til fastleger som har færre enn 500 listeinnbyggere på sin liste, dersom de har et listetak over 500. Også dette ble kompensert gjennom rammetilskuddet (Prop. 105 S 2019–2020 Kommuneproposisjonen 2021).

Alle næringsdrivende fastleger får basistilskuddet. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere finansieres næringsdrivende fastleger, i tillegg til basistilskuddet, av et utjamningstilskudd dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer. Hensikten er å kompensere for dårlig næringsgrunnlag for de selvstendig næringsdrivende fastlegene i disse kommunene. Utjamningstilskuddet finansieres av kommunenes skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten, men er ikke direkte knyttet opp mot kriterier i inntektssystemet. I kapittel 5 redegjør vi for to alternative modeller for behovsjustering av basistilskudd og overføringer til kommunene.

4.2 Modeller for fastlegedrift i praksis

Selv om avtaleverket helt fra FLO ble etablert, har åpnet for ulike driftsmodeller, så har vi lite systematisk kunnskap om det praktiske omfanget av de ulike variantene. Helsedirektoratet har samlet inn og rapportert styringsinformasjon om FLO i årlige styringsdatarapporter siden 2001¹⁴. Men den eneste informasjonen om driftsform som har blitt rapportert her, er andelen fastlegepraksiser med fast lønn. Tabell 4-3 viser utviklingen i fastlønsandelen over tid. Andelen med fast lønn nådde ifølge framstillingen sitt laveste nivå i 2015, med 4,2 prosent fastlegepraksiser med fast lønn. I styringsdatarapporten som viste status ved utgangen av 2018 (Gaardsrud 2019), kom det imidlertid fram at gamle fastlegeavtaler som skulle ha vært registrert med fastlønn, ikke hadde vært registrert riktig. Det hadde derfor vært

¹⁴ Disse utarbeides av Per Øyvind Gaardsrud, Avdeling for finansiering, Helsedirektoratet.

nødvendig med en «opprydding» i fastlegeregisteret ved årsskiftet 2017/2018. Denne oppryddingen er en viktig årsak til økningen som vises fra 2016 til 2017 i Tabell 4-3. Ved utgangen av 2020 var 14,8 prosent av fastlegepraksisene registrert som fastlønnet i denne statistikken.

Tabell 4-3: Andel fastlegepraksiser med fast lønn per 31.12. Tall i prosent.

År	2001	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prosent	10,5	8,4	6,1	4,2	5,1	13,5	12,7	13,7	14,8

Kilde: Gaardsrud (2010, 2013, 2014, 2019, 2021)

En survey som ble gjennomført i 2009 blant landets fastleger (Halvorsen et al. 2012), var den første som undersøkte omfanget av de fire ulike driftsmodellene som avtaleverket åpner for. Tabell 2 viser at 74 prosent av fastlegene som deltok i surveyen, oppga at de drev etter hovedmodellen, mens 18 prosent drev privat næringsdrift med utgangspunkt i en 8.2-avtale med kommunen. De resterende hadde en form for fastlønnsavtale; 4 prosent hadde bare fast lønn og 4 prosent hadde fastlønn kombinert med bonus. Om lag 40 prosent av landets fastleger deltok i undersøkelsen. Surveyen ble i 2012 gjentatt av Holte og medarbeidere (2015). Her deltok 30 prosent av landets fastleger. Tabell 4-4 viser at andelen som drev etter hovedmodellen var noe lavere og andelen med fast lønn var noe høyere, sammenliknet med undersøkelsen som ble gjort i 2009. I forbindelse med evalueringen av FLO, ble det i 2019 gjennomført en tredje survey blant landets fastleger som kartla driftsform (EY og Vista Analyse 2019). Her deltok 46 prosent av landets fastleger. Resultatet viste at 80 prosent oppga å drifte etter hovedmodellen, 12 prosent drev næringsdrift med en 8.2-avtale og 9 prosent hadde en variant av fastlønn. Variasjonen i resultatene fra de tre surveyene og de relativt lave svarprosentene, gjør at disse undersøkelsene ikke gir sikker informasjon om det praktiske omfanget av de ulike driftsmodellene.

Tabell 4-4: Kjennetegn ved surveyer gjennomført blant fastleger og helseledere i kommuner som er gjennomført for å kartlegge driftsmodeller som er i bruk i fastlegeordningen

	Undersøkelles-område					
	Hele landet			Kommuner (utvalg)		
				(<20 000 innb.)	(Nord-Norge)	(Nord-Norge)
Publikasjon	Halvorsen et al. 2012	Holte et al. 2015	EY og Vista Analyse 2019	Abelsen et al. 2016	Helse Nord 2019	Helse Nord 2019
Måletidspunkt	Desember 2009	Mai 2012	Mai/juni 2019	Januar 2015	Januar 2015	Januar 2019
Privat næringsdrift	74	71	80	44	36	38
Variant av 8.2 avtale	18	19	12	34	32	19
Fast lønn med bonus	4	4	4	12	17	28
Fast lønn	4	6	5	8	15	15
Total prosent	100	100	100	100	100	100
Totalt antall fastleger	1 294	1 262	2 118	1 911	539	572
Type undersøkelse	Survey til fastleger	Survey til fastleger	Survey til fastleger	Survey til kommuner	Survey til kommuner	Survey til kommuner
Svarprosent	40%	30%	46%	96%	93%	91%

Det er videre gjennomført tre surveyer rettet mot kommuner for å kartlegge omfanget av de ulike driftsmodellene (se Tabell 4-4). I disse undersøkelsene har en helseleder svart om hvilke driftsmodeller kommunen har inngått avtale om med sine fastleger. Disse surveyene har høy svarprosent, men ingen av dem har hatt som mål å inkludere alle landets kommuner. I 2015 kartla Abelsen og medarbeidere (2016) kommuner med under 20 000 innbyggere. Disse kommunene hadde 42 prosent av landets fastleger. Undersøkelsen viste at 44 prosent av fastlegene drev etter hovedmodellen, 34 prosent drev næringsdrift med en 8.2-avtale, 12 prosent av fastlegene hadde fast lønn med bonus og 8 prosent hadde fast lønn. I forbindelse med at Helse Nord satte ned en arbeidsgruppe med mandat om å utforme forslag

til tiltak som kan bidra til å styrke rekruttering og stabilitet av fastleger i Nord-Norge, ble kartleggingen til Abelsen og medarbeidere fra 2015, supplert med data om fastleger i nordnorske kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Surveyen ble i tillegg gjentatt i alle kommuner i Nord-Norge per januar 2019 (Helse Nord 2019). Resultatene viste at i 2015 drev 36 prosent av fastlegene i Nord-Norge etter hovedmodellen, 32 prosent etter en 8.2-avtale, 17 prosent hadde fast lønn med bonus og 15 prosent hadde fast lønn. I 2019 var andelen fastleger som drev etter hovedmodellen eller hadde fast lønn omtrent som i 2015. Det hadde imidlertid skjedd en dreining fra 8.2-avtaler til fast lønn med bonus.

Abelsen og medarbeidere (2016) viste at driftsform blant fastleger i kommuner med under 20 000 innbyggere varierte signifikant både med kommunens innbyggertall og sentralitet. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i kommuner med lavt folketall, mens privat næringsdrift i henhold til hovedmodellen var mest vanlig i de folkerike kommunene. Folketall har større betydning enn sentralitet for valg av driftsform. Det er ikke overraskende at man finner et stort innslag fastleger med fast lønn i de minst folkerike kommunene. Dette har sammenheng med at det er vanskelig å organisere legetjenesten med lange nok lister for et rimelig økonomisk utkomme ved privat næringsdrift, spesielt hvis det er store avstander til andre tjenesteytere, slik at fastlegene i større grad må håndtere oppgaver som fastleger andre steder slipper. Behovet for en legevaktordning der antallet vakter per leger er akseptabelt, kan videre øke antall leger per capita som gjør privat næringsdrift som fastlege enda mer uaktuelt.

Valg av driftsmodell for fastleger har også sammenheng med rekrutterings- og stabilitetsutfordringer. For å tiltrekke seg og beholde fastleger, benytter kommunene ulike incitamenter. Noen tilbyr økt lønn, ekstra ferie og har etablert permisjonsordninger (Abelsen og Bæck 2005). Andre har etablert vikarordninger hvor faste vikarer tar seg av legevakten deler av året for å lette belastningen på de faste legene (Brandstorp 2014). Enkelte har slått sammen små legekontor til ett større for å skape større fagmiljø (Gaski og Abelsen 2015). Organisatoriske forhold som samarbeidsklima mellom fastleger og kommunes administrative og/eller politiske ledelse og bruken av incentiver (økonomiske og andre), er viktige forklarende faktorer når man søker å forstå årsakene til variasjoner i rekrutteringsutfordringer og fastlegestabilitet (Abelsen og Bæck 2005). Mange distriktskommuner har gode og stabile fastleger. Men dette fordrer gjerne noe ekstra av kommunen.

Surveyene om kommunene i Nord-Norge (Helse Nord 2019) tyder på at fastlegetjenesten der er organisert på måter som avviker vesentlig fra resten av landet. Lavt folketall, store geografiske avstander og utfordrede vær er forhold kommuner i nord ikke kan velge å se bort fra. De må finne praktiske og ofte kostbare løsninger for å avbøte disse ulempene. I 2019 var det bare sju av 87 kommuner i Nord-Norge som hadde fastleger som drev etter hovedmodellen. Disse kommunene hadde til gjengjeld hele 38 prosent av fastlegene i Nord-Norge (Helse Nord 2019). Majoriteten av kommuner i Nord-Norge har inngått avtaler med sine fastleger om andre driftsmodeller enn hovedmodellen. I det videre skal vi se nærmere på innholdet i disse avtalene.

4.3 Driftsmodeller blant fastleger i nordnorske kommuner

Helse Nords arbeidsgruppe som var virksom i 2019, gjennomførte i løpet av våren en kartlegging av innholdet i fastlegeavtaler i kommunene i Nord-Norge (Helse Nord 2019)¹⁵. Data ble i hovedsak innhentet fra kommuneoverlegene i de ulike kommunene. Informasjon om innholdet i fastlegeavtalene ble i ulik grad ansett som sensitiv informasjon blant legeinformantene. I noen tilfeller ble det ikke gitt informasjon om lønnsnivå.

Kartleggingen inkluderte informasjon fra 77 av de 87 kommunene i landsdelen. Alle kommuner i Troms og Finnmark var inkludert og 34 av 44 kommuner i Nordland¹⁶.

Under gis en beskrivelse av driftsmodellene slik det ble praktisert våren 2019, med vekt på å få fram elementer som bidro til merkostnader til driften av FLO innenfor rammen av den enkelte modell. De faktiske merkostnadene ble ikke beregnet.

Mange kommuner bruker de ulike driftsformene parallelt, hvor noen fastleger driver næringsdrift mens andre har en variant av fastlønn. Dette indikerer at kommunene i stor grad skreddersyr avtalene til

¹⁵ Flere detaljer enn det som er gjengitt her finnes i kapittel 11 i rapporten.

¹⁶ Kartleggingen omfattet fastlegeavtaler som dekker 91 prosent av befolkningen i Nordland.

fastlegenes personlige preferanser. Kommunene tilbyr også goder som ekstra ferie med lønn, fri med lønn til kurs og permisjonsrettigheter med lønn. Disse godene framkommer i beskrivelsene under. I de aller fleste tilfeller kompenseres arbeid med legevakt særskilt. Kompensasjon for legevakt holdt utenom for å redusere kompleksiteten.

4.3.1 Hovedmodellen

Hovedmodellen var i bruk i de fem mest folkerike kommunene i Nordland og de to mest folkerike i Troms og Finnmark. To kommuner brukte bare hovedmodellen, mens fem kommuner hadde noen fastleger med andre driftsmodeller.

I én av de syv kommunene var gjennomsnittlig listelengde langt lavere (720 listeinnbyggere) enn i de øvrige kommunene (1085 listeinnbyggere). Listene var redusert på grunn av omfattende rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i fastlegetjenesten som hadde vart over tid. Kommunen praktiserte i tillegg en subsidiert variant av hovedmodellen hvor fastlegene fikk utbetalte 30 prosent høyere basistilskudd per listeinnbygger for å gjøre jobben mer attraktivt. Denne kommunen dekket også legenes utgifter til spesialistutdanning fra et eget utdanningsfond etter søknad og tok ansvar for å skaffe vikar når fastleger tar sykehusåret som del av spesialiseringen i allmenntilleggsmedisin. Kommunen hadde også ansatt tre leger i fulle legevaktstillinger for å redusere vaktbelastningen på de øvrige fastlegene.

Fastlønnsnivået for fastlegenes bistillinger for å gjøre annet kommunalt legearbeid, varierte mellom 680 000 kroner og 1,1 millioner kroner (årslønn) i de sju kommunene. I to kommuner hadde fastlegene rett til permisjon i inntil fire måneder hvert tredje år.

4.3.2 Næringsdrift med 8.2-avtale

Denne driftsmodellen ble brukt i 24 kommuner i landsdelen. Kommunale merkostnad påløp i form av:

- «all inclusive» avtaler for lokaler, hjelpepersonell og medisinsk teknisk utstyr hvor prisen for fastlegene lå under den faktiske kostnaden for kommunen. Noen kommuner praktiserte rundsummer, mens andre justerte prisen med listelengde.
 - En av disse kommunene ga i tillegg botilskudd til en fastlege som pendlet.
 - En annen kommune ga en årlig bonus for hvert år fastlegene praktiserer i kommunen (maksimal bonus var kr 100 000 per år).
 - I en tredje kommune delte fastlegene 50 prosent av LIS1-legenes inntjening (trygderufusjoner og pasienters egenandeler).
- nullavtale, hvor kommunen beholder basistilskuddet mot at legen(e) får tilgang til lokaler, hjelpepersonell og medisinsk teknisk utstyr uten vederlag.
- driftstilskudd på 400 000 kroner per fastlege
- subsidiert husleie

Fastlønnsnivået for fastlegenes bistillinger for å gjøre annet kommunalt legearbeid, varierte mellom 730 000 og 1,4 millioner kroner (årslønn)¹⁷. Ekstra ferie med lønn (1-3 uker per år) ble gitt av sju kommuner. Fri til kurs med lønn (inntil to uker per år) ble gitt av sju kommuner. I en kommune opparbeider fastlegene rett til to måneder permisjon med lønn hvert tredje år, mens legene i seks andre kommuner opparbeidet seg rett til fire måneder permisjon med lønn hvert tredje år. Sistnevnte permisjonsomfang går under betegnelsen *Nord-Norgepermisjon*.

4.3.3 Fastlønnsavtaler med bonus

33 kommuner hadde fastlønnsavtaler med bonus. Avtalene skiller mellom ikke-spesialister og spesialister i allmenntilleggsmedisin. Fastlønnsnivået mellom de lavest og høyest lønnede ikke-spesialistene varierte mellom 730 000 og 1,5 mill. kroner, mens fastlønnsnivået for spesialister i allmenntilleggsmedisin varierte mellom 860 000 og 2 mill. kroner.

Det var stor variasjon med hensyn til hvordan bonusdelen er utformet. Noen fastleger får en andel av all inntjening (HELFO-refusjoner og egenbetaling fra pasienter) ved legekantoret. Andre fastleger får en

¹⁷ Det mangler opplysninger om fastlønnsnivået for fem kommuner.

andel av sin egen inntjening. Andelene varierer mellom 10% og 100%. Det er også eksempel på at fastleger får en andel av LIS1-leges inntjening.

En annen variant av slike bonusavtaler er en avgrensning hvor legene får en andel av HELFO-refusjonene (egen eller legekontorets) varierende mellom 50% og 100%, mens egenandeler fra pasientene tilfaller kommunen.

En tredje variant, er at legene får 100 % av egen inntjening, etter at de har tjent inn nok til å dekke egen fastlønn. Flere steder er bonusandelen høyere for spesialister sammenliknet med ikke-spesialister.

Bonusdelen varierer fra kommune til kommune og i enkelte tilfeller mellom legene i en og samme kommune.

En kommune gir 300 000 kroner i engangsbonus når leger oppnår spesialitet i allmennmedisin. En kommune som har en del fastleger i deltidsstillinger som ikke er fastboende, dekker legenes reisekostnader til og fra jobb på inntil 100 000 kroner per år.

I 21 kommuner gis det fri til kurs med lønn (2-4 uker per år). Ekstra ferie med lønn gis i 14 kommunene (1-6 uker per år). Ti kommuner gir rett til permisjon i 4 måneder; ni av dem etter tre år og en etter fem år. Fire kommuner dekker alle utgifter til spesialistutdanning.

4.3.4 Fastlønn

Fastlønn ble brukt i 24 kommuner i Nord-Norge. I 12 av disse kommunene var fast lønn den eneste driftsmodellen som var i bruk. Kommunene med fastlønn har lavt folketall, få fastleger og lav gjennomsnittlig listelengde. Fastlønnsnivået varierte mellom 680 000 og 1,41 mill. kroner¹⁸.

I enkelte av kommunen som tilbyr fast lønn, er det bare én fastlege, med svært begrensede muligheter til å ta ut ekstra ferie eller permisjon selv om vedkommende har slike rettigheter.

I 12 kommuner har legene rett til to uker ekstra ferie med lønn per år, mens de i en kommune kan få mellom tre og fem uker ferie med lønn. 14 kommuner gir fri til kurs med lønn (i fire uker per år). Mens fire kommuner dekker legenes utgifter til spesialistutdanning. En kommune ga fire måneder permisjon med lønn etter tre år. I en annen kommune hadde en av legene rett til fire måneder permisjon med lønn etter tre år, mens den andre legen fikk en kompensasjon for manglende permisjonsrettigheter på 100 000 kroner per år.

4.3.5 Utvikling i driftsmodellene i Nord-Norge etter 2019

I flere av de mest folkerike og sentrale kommunene i Nord-Norge har det i den senere tid blitt gjort politiske vedtak som innebærer økt kommunal medfinansiering av fastlegetjenesten. Årsaken til disse vedtakene er en stadig vanskeligere situasjon både med å rekruttere nye og beholde de fastlegene man har. Dette omfatter kommuner som har en næringsdriftvariant – enten hovedmodellen eller en 8.2-modell. Harstad kommune som over år har hatt store utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger, behandlet fastlegesituasjonen på nytt i november 2020. Allerede iverksatte tiltak som innbefatter et 30% økt basistilskudd, beløp seg før denne behandlingen til om lag 7 millioner kroner. Vedtaket i november omfattet blant annet kommunal overtakelse av driften av to private legesenter. Rana kommune har også hatt store utfordringer over lang tid i sin fastlegetjeneste. Der vedtok kommunestyret i desember 2019 en plan for legetjenesten som blant annet innebærer at næringsdrivende leger får et ekstra driftstilskudd fra kommunen. Driftstilskuddet beregnes med utgangspunkt i basistilskuddet og listelengde og innebærer en ekstra utbetaling per måned som varierer med listelengde på mellom 89% (listelengde: 700) og 52% (listelengde: 1500) av basistilskuddet. Sør-Varanger kommune har nylig gjort vedtak om å gi kommunens fastleger 50% økt basistilskudd per måned. Tiltaket trer i kraft fra 1. juni i år og innebærer en økt kostnad for kommunen på inntil 3 millioner kroner per år. I Tromsø kommune er det foreløpig ikke gjort politiske vedtak, men en sak om en svært omfattende tiltakspakke for fastlegetjenesten skal snart opp til politisk behandling¹⁹. Tiltakspakken som er forslått, omfatter - for å nevne noe - rekrutteringstiltak med fastlønn de to første årene for nye fastleger, støtte til kjøp av liste (300 000 kroner), 60% økt basistilskudd til eksisterende fastleger, organisatoriske omlegginger og økt

¹⁸ En fastlege som var spesialist i allmennmedisin.

¹⁹ <https://innsyn.tromso.kommune.no/application/getMoteDokument?dokid=200651111>
<https://innsyn.tromso.kommune.no/motekalender/motedag/200382669#>

administrativ kapasitet i legetjenesten. Økonomisk er tiltakspakken samlet sett beregnet til å koste nær 90 millioner kroner over en fireårsperiode.

4.4 Endrede utdanningskrav

I beskrivelsen av driftsmodeller som er i bruk i FLO i Nord-Norge, kommer det fram at kommunene har merutgifter knyttet til legers kursdeltakelse i forbindelse med spesialisering. Det er også relativt utbredt i kommunene å gi fastleger jevnlig permisjon med lønn. Fastleger synes å ha brukt disse permisjonene til faglig utvikling generelt og til spesialisering spesielt. Men det finnes ingen studier som kan dokumentere dette. Tidligere var det frivillig for fastleger å spesialisere seg i allmenntidmedisin, og gjennomføring av utdanningen har i stor grad vært et anliggende for den enkelte lege, både å organisere og til dels finansiere. Et økonomisk insentiv for spesialisering er at spesialister i allmenntidmedisin utløser høyere refusjonstakster enn fastleger som ikke er spesialister. For fastleger med fast lønn har dette insentivet liten betydning. Men for dem har det trolig hatt stor betydning at kommunen har bidratt økonomisk til å sikre dem faglig utvikling.

Siden 1. mars 2017 har det vært et krav om at kommunen skal sikre at leger som gjør klinisk arbeid for kommunen, enten er spesialister i allmenntidmedisin eller under slik spesialisering²⁰. Fra 1. mars 2019 kom det nye regler for spesialistutdanningen av leger²¹, som innebar til dels store endringer av selve utdanningen og nytt utdanningsansvar for kommunen. Spesialistutdanningen i allmenntidmedisin omfatter del 1 (som må gjennomføres i LIS1-stillinger, som har erstattet tidligere turnuslegestillinger) og del 3 (som kan, men ikke må, gjennomføres i tilrettelagte ALIS-stillinger).

Spesialistforskriften slår fast at faste utdanningsstillinger skal være normen i helseforetak²¹. Men den samme bestemmelsen gjelder ikke for spesialiseringen i allmenntidmedisin. Det er imidlertid grunn til å anta at unge leger på vei inn i fastlegeyrket vil foretrekke å starte i utdanningsstillinger (ALIS-stillinger) som sikrer veiledning, supervisjon, ordnede arbeidsforhold og økonomisk sikkerhet under spesialisering som ligner de faste utdanningsstillingene i spesialisthelsetjenesten. En vanskelig rekrutteringssituasjon i fastlegetjenesten i mange kommuner, er en viktig årsak til at ALIS-stillinger prøves ut i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. ALIS-Vest omfatter utvalgte kommuner i Vestland, Rogaland og Møre og Romsdal, mens ALIS-Nord omfatter utvalgte kommuner i Nord-Norge. Begge prosjekt prøver ut både fastlønnede ALIS-stillinger og ALIS-stillinger med næringsdrift. I ALIS-Nord har dette vært en ambisjon hele veien, mens muligheten for å prøve ut ALIS-stillinger med næringsdrift kom i ALIS-Vest da prosjektet ble utvidet til Møre og Romsdal og Rogaland mot slutten av 2019. Begge prosjekt dokumenteres med følgeforskning.

I ALIS-Nord ble det i utgangspunktet lagt opp til en 50/50-fordeling mellom fastlønn- og næringsdriftstillinger. Resultatene så langt viser at det er inngått svært få avtaler om næringsdrift (Holte 2020). I intervju gir kommunale helseledere uttrykk for at det er utfordrende å rekruttere unge leger til næringsdrift, og flere har sett seg nødt til å inngå avtale om fastlønn selv om de egentlig ønsket å delta i prosjektet med næringsdrift. ALIS peker selv på tre hovedgrunner til at de foretrekker fastlønn framfor næringsdrift:

- De ønsker ikke å binde seg til stillingen, siden de fortsatt er usikre på om de skal bli fastlege og/eller er usikre på om de ønsker å bli værende i kommunen på lengre sikt.
- De ønsker å konsentrere seg om det faglige framfor å styre med administrasjon og økonomi.
- De ønsker trygderettighetene som følger med kommunal ansettelse.

I følgeforskningen av ALIS-Vest har man studert kommunenes kostnader med å ha en fastlønn ALIS ved å inngående følge et skjønsmessig utvalg av fire ALIS-stillinger over tid (Gaski et al. 2021). Eksemplene viser at kommunenes kostnader er svært kontekststøttede. I 2019 varierte kommunens årlige merkostnad knyttet til de fire ALIS-stillingene mellom 402 000 og 571 000 kroner. Kommunenes kostnader var i 2019 lavere enn i 2018 for tre av fire ALIS, og kostnadsvariasjonen de fire ALIS-ene imellom var betydelig mindre i 2019 sammenlignet med 2018. Deltakelsen i ALIS-Vest har bidratt til å endre legetjenesten i deltakerkommunene. ALIS-Vest modellen med fastlønnede ALIS-stillinger er spredt innenfor noen av deltakerkommunene i den forstand at flere ALIS-stillinger er opprettet uten at

²⁰ Forskrift om kompetansekrav for leger, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

²¹ Spesialistforskriften, <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

de har fått noe økonomisk tilskudd til dette fra helsemyndighetene. Innenfor rammene av både ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektet får kommunene et tilskudd til opprettelsen av ALIS-stillinger. Dette er imidlertid langt fra tilstrekkelig til å dekke de merkostnadene kommunene har til disse stillingene. Merkostnadene det spesifikt er referert til over, er eksklusiv tilskuddet.

Utover ALIS-Nord og ALIS-Vest, kan kommuner søke Helsedirektoratet om økonomisk tilskudd på inntil 240 000 kroner per år til å opprette ALIS-avtaler for fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover et års varighet²². ALIS-avtale er en avtale mellom kommune og ALIS om ekstra tiltak som skal bidra til økt trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Tiltakene kan eksempelvis handle om mer veiledning enn forskriftskravet tilsier, inntektsgaranti og/eller kortere lister i en periode. Det forutsettes at kommunen bidrar med 20% finansiering per år ved inngåelse av ALIS-avtaler. Kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i FLO kan få tilskudd. Ordningen ble nylig utvidet til å også gjelde fast ansatte leger i kommunen. Tidligere gjaldt den bare for næringsdrivende leger. For 2021 omfatter tilskuddsordning 48 millioner kroner for næringsdrivende fastleger og 54 millioner kroner for fastleger ansatt i kommunen. Hvis man legger beregningene fra ALIS-Vest til grunn, er det tvilsomt om tilskuddet vil kunne dekke kommunenes merutgifter til å etablere en fastlønnet ALIS-stilling.

²² <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ending-i-tilskuddsordningen-alis-avtaler-for-kommuner-med-rekrutteringsutfordringer>

5. Modeller for behovsjustering av bevilgninger til FLO i kommunene

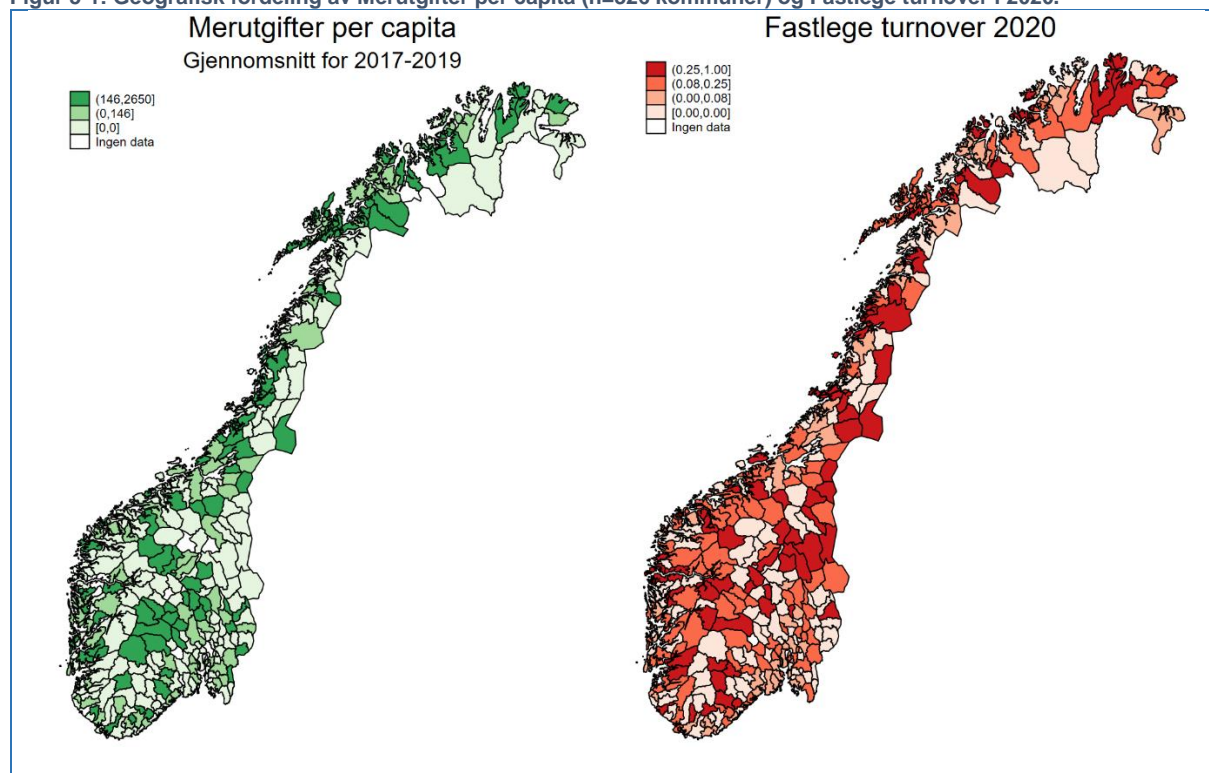
5.1 Kriteriemodell

Tiltak for å øke tilbudet av listeansvar på nasjonalt nivå, kan begrunnes. Videre er det grunn til å hevde at et tiltak med økte per capita tilskudd til fastlegene vil bidra til å øke det samlede tilbudet av listeansvar. Som følge av mellom-kommune-forskjeller i hvor utfordrende det er å rekruttere fastleger, er det behov for høyere per capita sats i noen kommuner enn i andre. I dette kapittelet skisserer vi to kriteriemodeller for behovsjustering av basistilskudd og overføringer til kommunene.

Formålet med en kriteriemodell er å fordele en bevilgning mellom enheter, her kommuner, etter et entydig og objektivt prinsipp operasjonalisert ved en matematisk formel. For at en kriteriemodell skal ha legitimitet, bør den være kunnskapsbasert. I Norge er kriteriemodellene som benyttes for fordeling av bevilgninger til kommuner, regionale helseforetak, lokale helseforetak, bydeler og skoler, basert på resultater fra regresjonsanalyser. Som oftest, er *utgifter* avhengig variabel i analysene. Men kriteriemodeller kan også ta i bruk andre variabler som avhengig variabler, for eksempel i situasjoner der det er ønskelig å styre bevilgninger etter et resultatmål, eller der informasjon om utgifter mangler.

De uavhengige variablene i regresjonsanalysen, er de kriteriene som skal inngå kriteriemodellen. Hvilke kriterier som skal inkluderes, handler om noe mer enn rent statistiske egenskaper (Smith, 2007). I tillegg til å forklare variasjon i den avhengige variabelen, er det viktig at kriteriene er *legitime*. Gode kriterier bør være objektive, lettforståelige og enkle å måle. For å forhindre store endringer i bevilgninger mellom år, bør kriteriene være forholdsvis stabile over tid. Kriterier bør i liten grad kunne påvirkes av den enkelte enhet (her kommune/bydel). Nedenfor presenteres to slike kriteriemodeller. I *utgiftsmodellen* er den avhengige variabelen kommunens merutgifter til drift av FLO. I *turnovermodellen* er den avhengige variabelen et mål på ustabil legedekning i kommunene. Utgiftsmodellen er den mest konvensjonelle, og den har fellesskap med modeller som allerede er i bruk i dag. Turnovermodellen gir en beskrivelse av de substansielle problemene som kommunene opplever. Denne modellen kan derfor støtte konklusjonene fra utgiftsanalysen og samtidig bidra til den helhetlige fortolkningen av resultatene.

Figur 5-1: Geografisk fordeling av Merutgifter per capita (n=326 kommuner) og Fastlege turnover i 2020.



5.1.1 Merutgifter per capita

I årene 2017-2019 gjennomførte KS spørreundersøkelser for å kartlegge omfang og utvikling av kommunale merutgifter for drift av FLO (Ipsos, KS FOU og Samfunnsøkonomisk analyse, 2020). Det er varierende svarprosent i spørreundersøkelsene og få kommuner har besvart undersøkelsen hvert av de tre årene, enkelte kommuner har ikke svart noen av de tre årene. Det er en god del eksempler på at kommuner har respondert på selve spørreundersøkelsen uten å gi anslag på merutgiftene.²³ For kommuner som har besvart undersøkelsen uten å oppgi tall for merutgifter, er tall for merutgifter satt til null. I diskusjonen av modellimplikasjonene, nedenfor, kommer vil tilbake til de utfordringer som følger av en slik tilnærming. Idet vi benytter kommunestrukturen per 2020, kan vi samlet for de tre årene angi gjennomsnittstall for merutgifter per innbygger for 326 kommuner.

5.1.2 Turnover

Stabilitet i allmennlegedekningen er et tilbakevendende tema i mange land. Stabilitet i fastlegedekningen på kommune nivå og varige lege-pasient-relasjoner var sentrale målsetninger da FLO ble innført (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Beskrivelsen av at ustabil legedekning ofte sammenfaller med utfordringer med å rekruttere fastleger, har vært kjent lenge. Ofte brukes begrepet «turnover» om graden av utskifting av allmennleger i kommunen (se, for eksempel, Finnvoll, 1997).

Turnover i allmennlegetjenesten blir av Taylor og Leese (1998) definert på følgende måte:

Definisjoner:

$$\text{Fastlege Turnover} = \frac{\text{Antall leger som sluttet i år t}}{\text{Antall leger som sluttet i år t} + \text{Antall leger som ikke sluttet i år t}}$$

$$\text{Turnover per capita} = \frac{\text{Antall leger som sluttet i år t}}{\text{Antall innbyggere i år t}}$$

I arbeidet med å utvikle en kriteriemodell har vi funnet empirisk støtte for at det er en sammenheng mellom kommunenes merutgifter per capita og ustabil fastlegedekning i kommunene, målt ved Turnover. Den vektete korrelasjonskoeffisienten mellom Merutgifter per capita og Turnover per capita er 0,2543 ($p < 0,0001$). I undergruppen av kommuner som har rapportert Merutgifter > 0 , er den vektete korrelasjonskoeffisienten 0,4152. Vi kan forkaste nullhypotesen om at Merutgifter og Turnover er uavhengige. I Figur 5-1 beskrives geografisk fordeling av de to variablene *Merutgifter per capita* og *Turnover per capita*. Vi ser, særlig for kommuner i Nord-Norge, at mange av kommunene med mørk grønn farge i venstre del av Figur 5-1 (kommuner som har rapportert merutgifter per capita > 146 kroner) også har mørk rød farge i høyre del av Figur 5-1. Kommuner som har mørk rød farge, er kommuner med Fastlege turnover $> 25\%$ i 2020.

5.1.3 Alternative kriterier, modellspesifikasjon og metode

Vi undersøkte flere ulike sett av kriterier i de statistiske analysene. Vi undersøkte alternative modellspesifikasjoner og metode for å håndtere mellom-kommune-forskjeller i folketall. I Tabell 5-1 redegjør vi for hvilke kriterier vi har undersøkt, hva som eventuelt skulle være motivet for å inkludere variabelen og begrunnelsen for konklusjonen om å inkludere eller ekskludere variabelen.

Regresjonsanalysen der Merutgifter som avhengig variabel er en såkalt tverrsnittsanalyse, der én observasjon av hver kommune inkluderes i analysen. I analysen benyttes vektet regresjon, en metode som bidrar til å øke presisjonen på estimatene i analyser av aggregerte tall fra kommuner, som varierer betydelig med innbyggertall. Modellen er estimert ved bruk av vektete minste kvadraters metode.²⁴ Estimeringsresultatene presenteres i Tabell 5-2. Med utgangspunkt i koeffisientestimatene presentert i Tabell 5-2, har vi beregnet kriterievektene som vi presenterer i Tabell 5-3.

²³ Vi er kjent med eksempler på kommuner i Nord-Norge som åpenbart må ha merutgifter i henhold til beskrivelsene i forrige kapittel, men som likevel ikke har rapportert merutgifter i spørreundersøkelsen.

²⁴ Modellen er estimert ved bruk av STATA 16. Kommunens folketall er benyttet som analytiske vektorer. Metoden inkluderer vektene på en måte som gir korrekt spesifikasjon av konstantleddet.

Tabell 5-1: Alternative kriterier

Variabel	Hypotese/argument for inklusjon i modell	Konklusjon og begrunnelse
Andel spredtbygd	Kommuner som over tid har hatt utfordringer med rekruttering av fastleger er ofte distriktskommuner der mange bor spredt.	Variabelen inkluderes i begge modeller. Da den har statistisk signifikant virkning på både Merutgifter og Turnover, og fortegnet er som forventet.
Andel Menn	Kommuner som over tid preges av fraflytting kjennetegnes ved forskyvning av kjønnsfordelingen, ved at gjenværende innbyggere ofte er menn med arbeid i primærnærings. Hypotesen er at det kan være kostbart for kommuner å motivere fastleger til å flytte <i>til</i> kommuner som mange andre flytter <i>fra</i> .	Variabelen inkluderes i begge kriteriemodeller. Da den har statistisk signifikant virkning på både Merutgifter og Turnover, og fortegnet er som forventet.
Andel 80+	Kommuner som over tid preges av fraflytting kjennetegnes ved forskyvning av aldersfordelingen, ved at yngre har større tendens til å flytte enn eldre. Eldre har større behov for fastlegetjenester. Det forventede tjenestebehovet per listeinnbygger blir dermed høyere i kommuner med høy andel eldre. Siden basistilskuddet i hovedmodellen ikke risikjustert, kan drift av en fastlegepraksis i en kommune med mange eldre oppfattes som mindre fordelaktig sammenlignet med kommuner med en representativ aldersfordeling.	Variabelen inkluderes i begge kriteriemodeller. Da den har statistisk signifikant virkning på både Merutgifter og Turnover, og fortegnet er som forventet.
Andel m/høyere utdanning	Kommuner som over tid preges av fraflytting kjennetegnes ved at andelen med høyere utdanning blir lav. Unge som flytter til byene for å ta høyere utdanning kommer ofte ikke tilbake igjen. At mennesker trives blant mennesker de har et felleskap med, er en kjent hypotese fra sosiologien. Overført til spørsmålet om legererekruttering blir hypotesen at leger, som selv har høyere utdanning, finner det mer attraktivt å etablere seg i et område der det også er mange andre med høyere utdanning.	Variabelen inkluderes ikke i kriteriemodeller. Den har ikke statistisk signifikant virkning på hverken Merutgifter eller Turnover.
Befolkningsvekst	Kommuner som over tid har hatt utfordringer med rekruttering av fastleger, er ofte distriktskommuner preget av fraflytting. Hypotesen er at det kan være kostbart for kommuner å motivere fastleger til å flytte <i>til</i> kommuner som mange andre flytter <i>fra</i> .	Variabelen inkluderes ikke i kriteriemodeller. Den har ikke statistisk signifikant virkning på hverken Merutgifter eller Turnover.
Fødsler	I kommuner der mange unge etablerer seg med familie, blir fødslene flere. Å etablere seg som fastlege med en plan om å bli værende, antas å være mer attraktivt om det samtidig er mulig å etablere familie. Hypotesen er at det kan være kostbart for kommuner å motivere fastleger til å etablere familie i en kommune der få andre ønsker etablere familie.	Variabelen inkluderes ikke i kriteriemodeller. Den har ikke statistisk signifikant virkning på hverken Merutgifter eller Turnover.

Regresjonsanalysen med Turnover som avhengig variabel, er en såkalt paneldataanalyse, med gjentatte observasjon av hver kommune inkluderes i analysen. Tallene for turnover er fra basistilskuddsrapportene (HELFO), og Turnover er beregnet ved bruk av antall endringer i enkeltkommuners fastlegepopulasjonen fra desember et år til desember påfølgende år. I analysen tas det hensyn til at gjentatte observasjoner av samme kommune ikke er uavhengige. Det tas også hensyn til at antallet fastleger som har sluttet i løpet av et år, er telledata. Modellen er estimert ved bruk av sannsynlighetsmaksimeringsmetoden.²⁵ Estimeringsresultatene presenteres i Tabell 5-4.

²⁵ Den estimerte modellen er en negativ binomisk modell. Modellen er estimert ved bruk av STATA 16. Kommunens folketall er benyttet som eksponeringsvariabel.

Tabell 5-2: Resultater fra vektet lineær regresjonsanalyse med Merutgifter (per innbygger) som avhengig variabel. Tverrsnittsanalyse.

Avhengig variabel: Merutgifter per capita (gjennomsnitt for perioden 2017-2019)		
Regressor	Koeffisient	P-verdi
Andel spredtbygd	116	0,040
Andel Menn	2887	0,031
Andel 80+	3227	0,001
Konstant	-1576	0,021

Antall observasjoner (Kommuner): 326
 For høyresidevariablene anvendes observasjoner fra 2020.

Tabell 5-3: Kriterievekter basert på analyser av merutgifter til drift av FLO

Kriterium	Vekt
Andel spredtbygd	1,26
Andel Menn	90,16
Andel 80+	8,59
SUM	100,00

Tabell 5-4 Resultater fra regresjonsanalyse med Turnover som avhengig variabel.

Resultater fra en Negativ binomial regresjon med antall Fastleger som sluttet forrige år som avhengig variabel. Folkemengde i kommunen er inkludert som eksponeringsvariabel, og det tas hensyn til korrelasjon mellom gjentatte observasjoner av samme kommune.

Avhengig variabel: Turnover. (Antall Fastleger som sluttet forrige år)		
Regressor	Koeffisient	P-verdi
Andel spredtbygd	0.55	0.042
Andel Menn	28.15	0.000
Andel 80+	24.44	0.000
År 2016	0.00	0.966
År 2017	0.02	0.806
År 2018	0.21	0.008
År 2019	0.12	0.157
År 2020	0.22	0.006
Konstant	-24.86	0.000
log(folkemengde)	1	

Antall observasjoner: 2 099
Antall kommuner: 355
Antall observasjoner per kommune: min: 1, gj.snitt: 5.9, max: 6

Med utgangspunkt i resultatene for de to modellene, har vi beregnet to behovsindekser. For begge behovsindekser gjelder at behovsindeksen er lik 1 for en gjennomsnittsinbygger. Vi gir her en kort beskrivelse av fordelingsvirkningene ved de to tilnærmingene idet vi tar utgangspunkt i året 2020. Detaljene for alle kommuner er tilgjengelig i Excel-filen *Behov_fastlege.xls*. Rangkorrelasjonen (Spearman's rho) mellom de to indeksene er 0,9904 (p-verdi <0,0001).

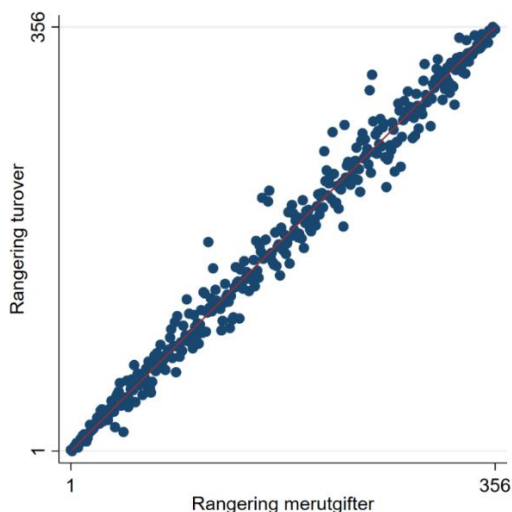
Tabell 5-5: Beskrivelse av fordelingen til behovsindeksene.

Behovsindeks	Gj.snitt	Median	min	max	p10	p90
Merutgift	1,00	0,99	0,95	1,19	0,95	1,05
Turnover	1,00	0,79	0,51	10,11	0,52	1,64

5.2 Eksempler på fordelingsvirkninger av modellene

I Tabell 5-6 gir vi utvalgte eksempler på fordelingsvirkninger. I eksempelet tar vi utgangspunkt i en satsning som svarer til kroner 100 per innbygger. Bevilgningene behovsjusteres etter indeksene fra de to kriteriemodellen slik at kommuner med stort behov får en større sats per innbygger enn kommuner med lite behov. Vi ser at behovsjustering etter utgiftsmodellen fordeler kroner 95 per innbygger til Oslo, 99 per innbygger til Vennesla og 119 kroner per innbygger til Beiarn.

Figur 5-2: Rangering på turnoverindeks plottet mot rangering på merutgiftsindeksen.



Tolkningen er at behovet i Beiarn er 19 prosent over det nasjonale gjennomsnittet, mens behovet i Oslo er 5 prosent under det nasjonale gjennomsnittet. At Utgiftsmodellen følger prinsippene om analyser av utgifter fra inntektsmodellarbeidet og er den mest konvensjonelle av modellene, er fordelaktige aspekter som kan begrunne et valg om ta i bruk indeksen som er basert på Utgiftsmodellen.

Behovsjustering etter indeksen basert på turnovermodellen kan gjøres ved å anta at merutgifter til drift av FLO er proporsjonal med turnover i FLO. Vi ser at behovsjustering etter indeksen basert på turnovermodellen gir en sterkere omfordeling: Denne fordeler kroner 52 per innbygger til Oslo, 80 kroner per innbygger til Vennesla og 773 kroner per innbygger til Beiarn. Med andre ord indikerer behovsjustering etter turnovermodellen at behovet i Beiarn er nær 8 ganger større enn det nasjonale

gjennomsnittet. Behovet i Oslo er om lag halvparten av det nasjonale gjennomsnittet.

Tabell 5-6: Fordelingseksempler med utgangspunkt i en nasjonal satsning på kroner 100 per innbygger.

Tall for kroner per innbygger

Rangering Utgiftsindeksen (kvartil)	Kommune	Kroner per innbygger	
		Utgiftsindeks	Turnoverindeks
1	0301 Oslo	95	52
14 (første kvartil)	3022 Frogn	98	65
34 (median)	4223 Vennesla	99	80
94 (tredje kvartil)	3007 Ringerike	102	103
356	1839 Beiarn	119	773

Tabell 5-7: Fordelingseksempler med utgangspunkt i en nasjonal satsning på kroner 100 per innbygger.

Tall per kommune. (Tusen kroner)

Rangering Utgiftsindeksen (kvartil)	Kommune	Kommunebevilgning. (Tusen kroner)	
		Utgiftsindeks	Turnoverindeks
1	0301 Oslo	66 170	36 356
14 (første kvartil)	3022 Frogn	1 554	1 031
34 (median)	4223 Vennesla	1 462	1 174
94 (tredje kvartil)	3007 Ringerike	3 114	3 143
356	1839 Beiarn	121	786

5.3 Om alternative data og metoder samt forholdet til eksisterende fordelingsnøkler

I tillegg til resultatene som rapporteres i Tabell 5-2, har vi for de lineære modellene testet ut effekter av folketall operasjonalisert på ulike måter (lineært, kvadratisk, invers, samt kombinasjoner av disse). Folketall operasjonalisert på disse måtene, har ikke signifikante effekter, rapporteres ikke, og inngår ikke i behovsindeksene. At folketall ikke har statistisk signifikante effekter betyr at vi ikke har sikre anslag på skalafordeler (eller skalaulemper).²⁶

Spredtbygdhet og andel eldre er kriterier som allerede inngår i andre delkriteriesett for bevilgninger til kommunene. Kommunenes merutgifter kan derfor i noen grad ha blitt tatt hensyn til i disse modellene. Andel menn er, i denne sammenheng, en ny variabel.

Variablene i Tabell 5-1 (også de som ikke ble statistisk signifikante i våre analyser), kan med fordel testes ut i en mer omfattende simultan modell (Langørgen, 2011, Borge m. fl., 2020), med flere sektorer for å foreta en helhetlig vurdering av om de eventuelt bør inngå som kriterier.

Modellen som benyttes for finansiering av regionale helseforetak, bygger på analyser av tjenestebehov på individnivå. En liknende tilnærming er gjennomførbar for allmennlegetjenesten. Det er også en tilnærming vi anbefaler å undersøke nærmere i framtidige analyser. Per capita satsen i hovedmodellen for FLO kan behovsjusteres med utgangspunkt i slike individnivåanalyser. Med slik risikojustert per capita sats i hovedmodellen, er det mulig å behovsjustere både betaling av fastleger og overføringer til kommuner etter samme objektive kriterier. Per capita betalingen til fastleger blir større for lister der listeinnbyggerne har større tjenestebehov. Etter samme prinsipp kan overføringen til kommuner være større der innbyggerne har større tjenestebehov. I arbeidet med denne rapporten har vi ikke hatt tilgang til data på individnivå.

Merutgiftsvariabelen er en såkalt 'trunkert' variabel, idet den ikke kan ta negative verdier. Variabelen er observert med mange nuller i datamaterialet. Ved analyser av trunkerte avhengige variabler, vil estimerte koeffisienter fra ordinær lineær regresjonsanalyse ha statistisk skjevhet som medfører at koeffisientenes tallverdi blir underestimert (Greene, 2012). I dette tilfellet, kan det bety et at fordelingsvirkningene av kriteriemodellen dempes.

Det er et faktum at utgifter til primærhelsetjenester varierer systematisk med alder og kjønn (se for eksempel Ash og Ellis, 2012), og er gjenstand for behovsjustering i en rekke land (Rice og Smith, 1999). I nyere analyser av utgifter til kommunehelsetjenesten, er det likevel ingen kriterier som har statistisk signifikant virkning på utgiftene (Borge m. fl., 2020). Det kan være flere årsaker til at konklusjonene blir forskjellige. Utgifter til kommunehelsetjenesten er også et eksempel på en trunkert variabel, og trunkeringen har samme årsak som for merutgiftsvariabelen: For en del kommuner er per capita satsen tilstrekkelig for rekrutteringen av leger til FLO, samtidig vil ingen kommuner få lavere utgifter til kommunehelsetjenesten enn de utgiftene som følger av å betale fastlegene per capita satsen i hovedmodellen. Det er i tillegg flere andre årsaker til at resultater fra analyser av kommunale utgifter i liten grad er sammenlignbare med resultater i internasjonale analyser av primærhelsetjenesteutgifter:

- Internasjonale analyser av utgifter til primærhelsetjenester inkluderer typisk de totale utgiftene. Til sammenligning er norske kommuners utgifter til primærhelsetjenester en *andel* av utgiftene, da en betydelig andel av aktiviteten finansieres via HELFO.
- Per capita satsen i hovedmodellen er ikke justert for tjenestebehovene til pasientene. Det er likevel rimelig å anta at listeansvar for personer med stort tjenestebehov er mer tidkrevende enn listeansvar for personer med mindre tjenestebehov. Siden per capita betalingen under hovedmodellen ikke reflekterer variasjon i behov, vil per capita betalingen til fastlegene være et upresist mål på legenes kostnader ved listeansvar. I kommuner der innbyggerne har større tjenestebehov (flere eldre) vil fastlegenes kostnader ved listeansvaret bli større enn der behovene er mindre (færre eldre).
- Som beskrevet i forrige kapitell, har kommuner i økende grad tatt i bruk av fastlønnssavtaler. Kommunale stillinger som står ubesatt i perioder gir kortsiktige budsjettbesparelser, og dette fenomenet er kjent fra 1990-tallet.

²⁶ Med andre ord gir resultatene oss ikke grunnlag for å konkludere med at skalafordeler (eller skalaulemper) er fraværende.

6. Oppsummering og diskusjon

FLO ble innført i en situasjon med legemangel i primærlegetjenesten. Med fastlegereformen ble insentivene endret. Endringer i organisering og betalingsmodell førte til at en overskuddskapasitet i fastlegetjenesten på nasjonalt nivå ble synliggjort. Med fastlegereformen fikk fastlegene betalt for å påta seg listeansvar for innbyggere. Fastlegenes samlede tilbud av listeansvar ved utgangen av 2001 var 108,5 listeplasser per hundre innbyggere. Mange fastleger hadde åpne lister, innbyggerne fikk mange fastleger å velge mellom, ventetid til legetime ble redusert, og brukerne av FLO var fornøyde med ordningen.

De senere års beskrivelser av fastlegetjenesten har fellestrekk med beskrivelsene av 1990-tallets allmennlegetjeneste. Utfordringen med noe mer ustabil legedekning i distriktene ble ikke borte med FLO (Sandvik, 2006, Abelsen et al., 2015), men ustabil legedekning og rekrutteringsutfordringer ser ut til å forekomme i flere kommuner enn før, og forekommer nå også i bykommuner. Den nasjonale overskuddskapasiteten i fastlegetjenesten er redusert over tid. En betydelig del av reduksjonen kom i perioden 2015-2020. Fra om lag 2014, er det liten eller ingen vekst i tilbudet av listeansvar. Tallet på innbyggere uten fastlege er nå økende. I fjerde kvartal 2020 var mer enn 110 tusen innbyggere uten fastlege, og dette er det høyeste antallet siden 2002. Antallet «lister uten lege» er mer enn tredoblet fra 2015 til 2020. I fjerde kvartal 2020 var det 182 lister uten lege. Netto tilvekst av fastlegepraksiser var 67 i løpet av året 2020. I fjerde kvartal 2020 var det 243 fastleger som var 67 år eller eldre.

Stadig flere innbyggere opplever ufrivillig bytte av fastlege, og i løpet av 2020 var det over 600 tusen innbyggere som måtte bytte fastlege uten at dette var etter eget ønske. Bruken av vikarer i fastlegetjenesten har tiltatt. Andelen fastlegelister betjent av vikar i løpet av kvartalet er doblet i løpet av de siste tre år og i fjerde kvartal 2020 var 21% av listene betjent av vikar i mer enn en måned.

Det er grunn til å hevde at innføring av per capita betaling og dermed betaling for listeansvar bidro til at nittitallets legemangel forsvant med fastlegereformen. Tilsvarende, vil reduksjon i betalingen for listeansvar kunne føre til *listeplassmangel* i en situasjon med FLO. Over tid har veksten i per capita satsen vært lavere enn veksten i lønn for leger som er lønnsmottakere. I tillegg har antakelig tidsbruk per listepasient i FLO gått opp. Over tid har dermed per capita satsens insentiv til å tilby listeansvar blitt redusert relativt til drop-in insentivet, og relativt til insentivet til å arbeide i sykehus.

Redusert insentiv til listeansvar er, så vidt vi kjenner til, ikke et resultat av aktiv politikk. De senere år har politikktiltak i fastlegetjenesten fokusert primært på endringer i regler og forskrifter. Ny fastlegeforskrift, med krav til fastlegenes tilgjengelighet, ble innført januar 2013. Siden mars 2017 har det vært et krav at leger som gjør klinisk arbeid for kommunen, enten er spesialister i allmenntjenestemedisin eller under slik spesialisering. Fra mars 2019 kom det nye regler for spesialistutdanningen av leger.

Tiltak for å øke det nasjonale tilbudet av listeansvar kan begrunnes. Det er grunn til å hevde at et tiltak med økte per capita tilskudd til fastlegene vil bidra til å øke det samlede tilbudet av listeansvar. Som følge av mellom-kommune-forskjeller i hvor utfordrende det er å rekruttere fastleger er det behov for høyere per capita sats i noen kommuner enn i andre.

Vi skisserer to modeller for å behovsjustere basistilskudd og overføringer til kommunene, en modell basert på merutgifter til drift av FLO, og en modell basert på turnover i fastlegetjenesten. Utgiftsmodellen er den mest konvensjonelle av de to modellene og tolkningen av resultatene fra denne er at per capita satsen i de kommunene det er vanskeligst å rekruttere fastleger blir om lag 24% høyere enn i de kommunene det er aller enklest å rekruttere allmennleger.

Modellen som benyttes for finansiering av regionale helseforetak bygger på analyser av tjenestebehov på individnivå. En liknende tilnærming er gjennomførbart for fastlegetjenesten. Det er også en tilnærming vi anbefaler å undersøke nærmere i framtidige analyser.

7. Referanser

Abelsen, Birgit; Gaski, Margrete; Godager, Geir; Iversen, Tor; Løyland, Hanna Isabel; Pedersen, Kine; Snilsberg, Øyvind. (2019), Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport 2. Oslo: Universitetet i Oslo.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2016), Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2015), Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045–9. doi: 10.4045/tidsskr.15.0003

Abelsen B, Karlsen Bæck U-D (red) (2005), Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Norut Tromsø rapport nr. SF 2005:6.

Ash, Arlene S., og Randall P. Ellis (2012), Risk-Adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care, Medical Care, 50(8)

Birkeli, C. N., Rosta, J., Aasland, O. G., & Rø, K. I. (2020), Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? Tidsskrift for Den norske legeförening.

Borge, Borge, L-E., T. Kråkenes, L. Marcinko og O.H. Nyhus, (2020), Betydningen av kostnads- og etterspørselsfaktorer: Sammenlikning av simultane utgiftsanalyser, partielle utgiftsanalyser og partielle analyser av enhetskostnader, SØF-rapport nr. 06/20

Brandstorp H. (2014), Akuttmedisin og legevakt i distrikt. NSDM-rapport (2014), Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

EY og Vista Analyse (2019), Evaluering av fastlegeordningen. Oslo: EY og Vista Analyse.

Finnvold, J. E. (1997), 'Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene', Samfunnsspeilet 1997(2).

Gaardsrud, PØ. (2021), Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2020. Oslo: Helsedirektoratet.

Gaardsrud, PØ. (2019), Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2018. Oslo: Helsedirektoratet.

Gaardsrud, PØ. (2014), Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2013. Oslo: Helsedirektoratet.

Gaardsrud, PØ. (2013), Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2012. Oslo: Helsedirektoratet.

Gaardsrud, PØ. (2010), Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2009. Oslo: Helsedirektoratet.

Gaski M, Kvamme MF, Abelsen B, Nordberg EKM. (2021), Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 4. NSDM-rapport (2021), Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Gaski M, Abelsen B. (2015), Senjalegen. En evaluering. Rapport 31.10.2015. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Godager, G. og Lurås, H. (2005), 'I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet?', HERO Skriftserie 2005:6, Universitetet i Oslo

Godager, G., Iversen, T. og Lurås, H. (2005), 'Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk,' HERO Skriftserie 2005:3, Universitetet i Oslo

Godager, G., Iversen, T. og Lurås, H. (2007), 'Fastlegeordningen - Utvikling i bruk, tilgjengelighet og fornøydheth,' HERO Skriftserie 2007:6, Universitetet i Oslo

Godager, G. og Iversen, T. (2010), 'Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2008 - Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydheth,' HERO Skriftserie 2010:1, Universitetet i Oslo

- Godager, G. og Iversen, T. (2016), 'Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2015', HERO Skriftserie 2016:10.
- Greene, W. H. (2012), *Econometric analysis* (7th (International) ed.). New York University, Pearson.
- Halvorsen PA, Steinert S, Aaraas IJ. (2012), Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(4):229–33.
- Helse Nord (2019), *Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak*. Bodø: Helse Nord.
- Hjortdahl, P. og Laerum, E. (1992), 'Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction.', *British Medical Journal* 304(6837), 1287–1290.
- Holte JH. (2020), *Følgstudie: ALIS-Nord. Underveisnotat. Fafo-notat 2020:10*.
- Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA, Olsen JA. (2015), General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Service Research*, 2015, 5:119.
- Høie, B. (2018), 'Pengene i oppgjøret gir ikke flere leger', *Kronikk, Dagens Medisin*, <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/07/04/-pengene-i-oppgjoret-gir-ikke-flere-leger/>
- Iversen, T. og Lurås, H. (1996), *Forsøk med fastlegeordning. Økonomievaluering av forsøkskommunene.*, Rapport 1996:1, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.
- Iversen, T. og Lurås, H. (1998), 'Innføring av fastlegeordning — hva med legenes tilpasning?', *Sosialøkonomen* (7), 26–31.
- Ipsos, KS FOU og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), 'Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelser', Rapport .
- Langørgen, A. (2011), 'Alternative metoder for beregning av kostnadsnøkler for utgiftsutjevning mellom kommuner', Rapport 23/2011, Statistisk sentralbyrå.
- Lurås, H. og Iversen, T. (2002), 'Legemangelen som ble til pasientmangel: variasjoner i listønsker og pasientknapphet ved innføring av fastlegeordningen', *Økonomisk forum* (8), 26–31.
- Rice, N., og Smith, P. (1999). *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. York: University of York, Centre for Health Economics.
- Sandvik, H. (2006), *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*, Norges forskningsråd, Oslo.
- Smith, P. C. (2007), *Formula funding of public services*, Taylor & Francis.
- Sosial- og helsedepartementet (1997), 'Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen', St. Melding 23 (1996-1997).
- Taylor, D. H. og Leese, B. (1998), 'General Practitioner Turnover and Migration in England 1990-94.', *British journal of general practice* 48(428), 1070–1072.

8. Vedlegg: Analyse og talleksempler

8.1 Tilbud og etterspørsel etter listeansvar i FLO

Modellresultatene utledes i Figur 8-1, Figur 8-2, og Figur 8-3 nedenfor. Figur 8-1 del A) illustrerer implikasjoner som følger logisk av Antakelse 1: Tilbudskurven i det nasjonale markedet for listeansvar, T , er stigende. Etterspørselen i det nasjonale markedet for listeansvar er gitt ved samlet folkemengde, N^E . Per capita satsen, a^* , er en per capita sats av ukjent størrelse som gjør at det nasjonale tilbudet av listeansvar, blir akkurat likt samlet folkemengde. Ved enhver per capita sats større enn a^* vil det nasjonale tilbudet av listeansvar bli større enn den nasjonale etterspørselen. Figur 8-1 del B) illustrerer også implikasjoner som følger logisk av Antakelse 1, men i del B) beskrives markedet for listeansvar i en *representativ* kommune: Tilbudskurven i den representative kommunens marked for listeansvar, $t_{representativ}$, er stigende. Etterspørselen etter listeansvar i den representative kommunen er gitt ved kommunens innbyggertall, n^E . Ved enhver per capita sats større enn a^* vil tilbudet av listeansvar til en representativ kommune bli større enn kommunens etterspørsel.

I Figur 8-2 illustreres implikasjoner som følger logisk av Antakelse 2: Vi sammenlikner kommuner som er like av størrelse, men varierer med hensyn til hvor enkelt det er å rekruttere fastleger. I enkelte kommuner er rekruttering av fastleger mer utfordrende enn i en representativ kommune. Kommuner der det er vanskeligere å rekruttere fastleger har tilbudskurver som er plassert til venstre for tilbudskurven til den representative kommunen, siden de for en gitt per capita sats opplever lavere tilbud av listeansvar enn hva som er tilfellet i en representativ kommune.

I Figur 8-2 del C) ser vi at med en høy per capita sats, a^H , vil tilbudet av listeansvar til en usentral kommune bli n^A , og det er tilstrekkelig for å dekke tjenestebehov til kommunens innbyggere, n^E . **Med tilstrekkelig høy per capita sats blir FLO fullfinansiert gjennom hovedmodellen, selv i en usentral kommune.** Samtidig ser vi at om per capita satsen reduseres til middels nivå, a^M , så vil tilbudet av listeansvar til en usentral kommune bli n^B . Siden n^B ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet, n^E , må en usentrale kommune betale mer enn per capita satsen i hovedmodellen for å øke kommunens tilgang på listeansvar. Resultatet illustrerer hvordan en reduksjon i per capita satsen (fra høy til middels) fører til at det oppstår merutgifter til drift av FLO i en *usentral* kommune.

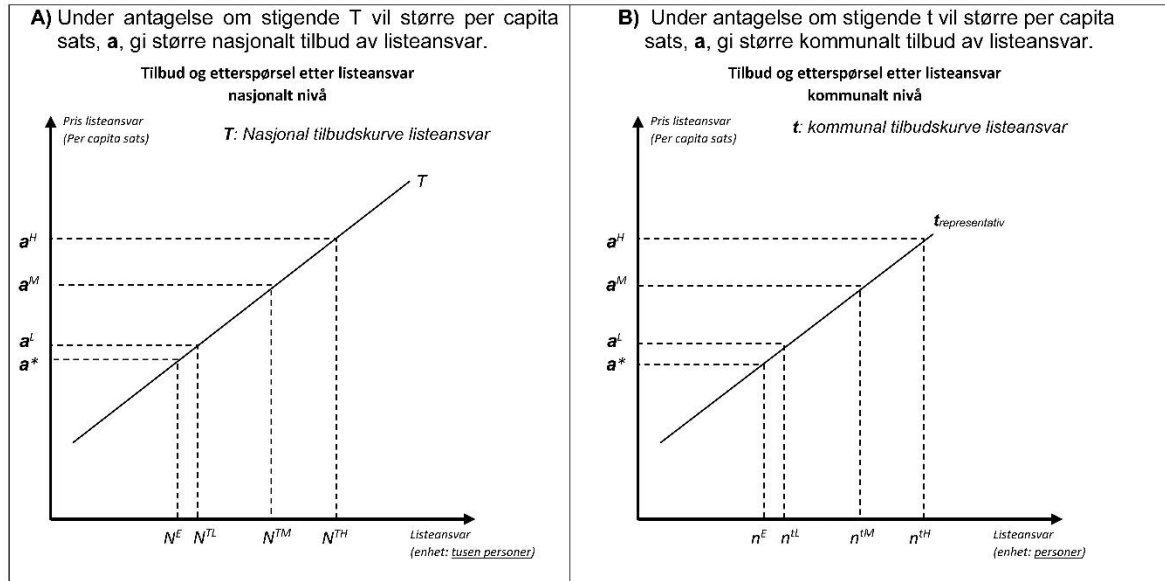
I Figur 8-2 del D) ser vi at middels nivå på hovedmodellens per capita sats, a^M , kan være tilstrekkelig til at FLO i en *mindre sentral* kommune, blir fullfinansiert gjennom hovedmodellen. Med per capita satsen, a^M , blir tilbudet av listeansvar til en *mindre sentral* kommune n^C , som er større enn behovet, n^E .

I Figur 8-3 del E) illustreres virkningen av å redusere per capita satsen videre, fra a^M til a^L . I eksempelet er per capita satsen, a^L , i hovedmodellen lavere enn det som er nødvendig for å sikre stort nok tilbud av listeansvar. I eksempelet er fastlegeordningen nå underfinansiert i både *usentrale* og *mindre sentrale* kommuner. I Figur 8-3 del E) gis også en presis definisjon av kommunale merutgifter til drift av fastlegeordningen. I figuren ser vi at den per capita satsen som er nødvendig for å sikre stort nok tilbud av listeansvar til usentral kommune er a'' . Tilsvarende er den per capita satsen som er nødvendig for å sikre stort nok tilbud av listeansvar til en *mindre sentral* kommune er a' . Dersom per capita satsen i hovedmodellen er gitt ved a^L , blir $a'' - a^L$ et per-innbygger-mål på *merutgift til drift av fastlegeordningen* i en *usentral* kommune, og $a' - a^L$ blir et per-innbygger-mål på *merutgift til drift av FLO* i en *mindre sentral* kommune. Vi ser at merutgift per innbygger er størst i usentral kommune, siden $a'' > a'$.

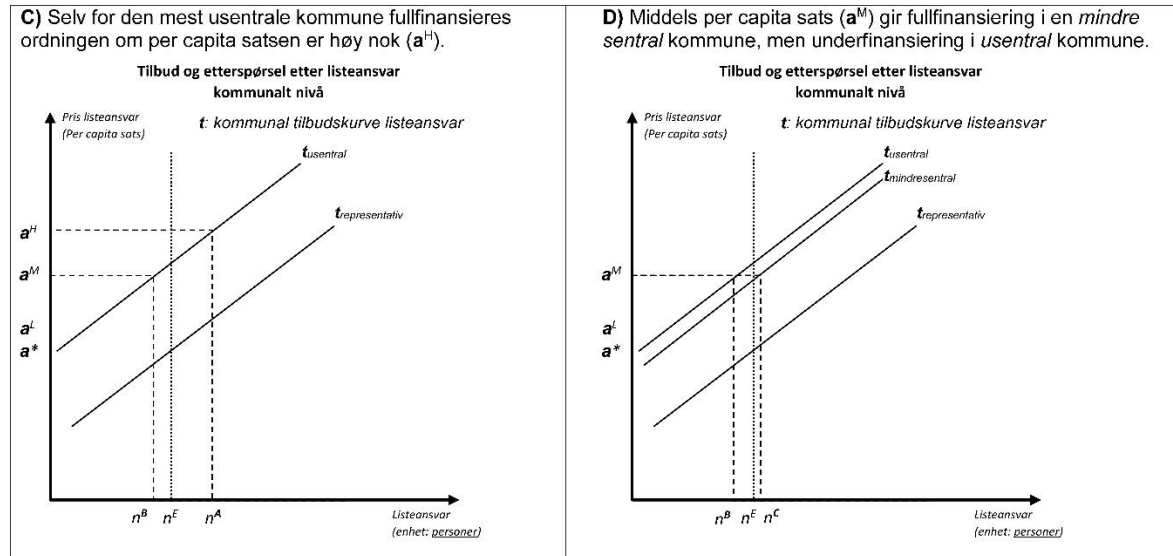
Figur 8-3 del F) illustrerer at selv ved lav per capita sats i hovedmodellen, vil FLO fremdeles være fullfinansiert i *representative* kommuner og kommuner som er *attraktive* kommuner for allmennleger.

Et sentralt resultat fra modellen, er at med hovedmodellen i FLO vil antallet kommuner der FLO er underfinansiert, bli gradvis større med gradvis fallende per capita sats, og når per capita satsen blir tilstrekkelig lav vil merutgifter til drift av FLO oppstå selv i kommuner som bare er litt mindre *attraktive* enn en *representativ* kommune.

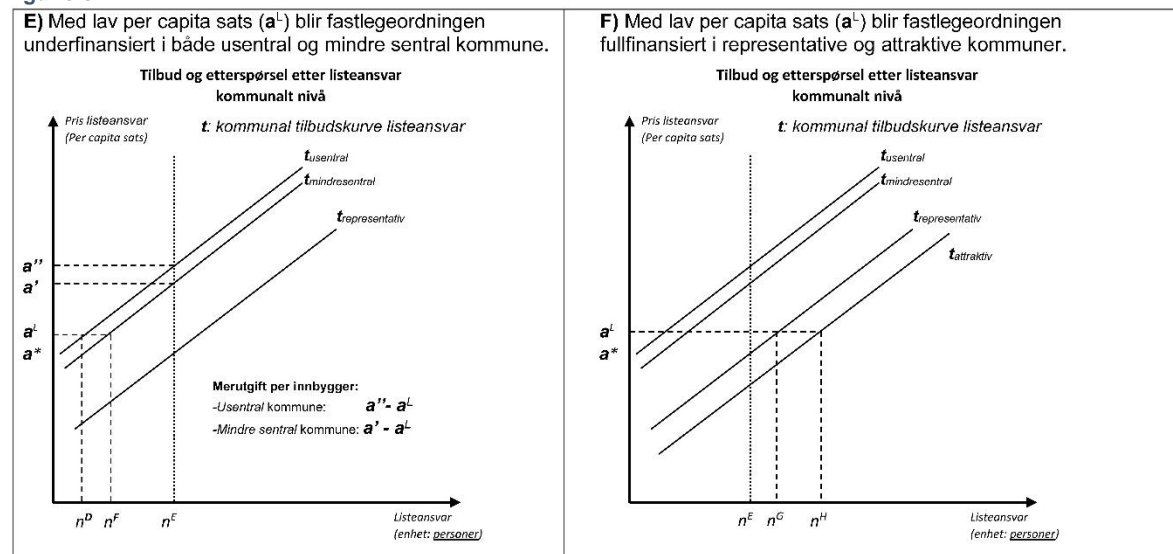
Figur 8-1



Figur 8-2



Figur 8-3



8.2 Talleksempel på underfinansiering

Som illustrert i Figur 8-3 kan *merutgift til fastlegeordningen* defineres entydig i en økonomisk modell for tilbud av listeansvar til en aktuell kommune. Målt per innbygger defineres *merutgift til fastlegeordningen* som det kronebeløpet per capita satsen må økes med for at tilbudet av listeansvar til kommunen blir akkurat tilstrekkelig til at alle kommunens fastleger får en listeplass. For å illustrere gir vi noen talleksempel, for en tenkt eksempelkommune vi kaller Tromsby. Vi ser i eksempelet bort fra knekkpunkt, og tilreisende listepasienter. Utviklingen i befolkningen i Tromsby beskrives i del A av Tabell 8-1.

I del B av Tabell 8-1, beskrives tilbudet av listeansvar og kommunale utgifter i en situasjon der det er fravær av rekrutteringsutfordringer. Vi ser at om det i Tromsby er et vedvarende fravær av rekrutteringsutfordringer, blir fastlegeordningen i Tromsby fullfinansiert med per capita satsen i hovedmodellen, som øker fra 380 kroner per pasient per år i 2010 til 427 kroner per pasient per år i 2015 og videre til dagens nivå på 570 kroner per pasient per år i 2020. I eksempelet med fravær av rekrutteringsutfordringer vokser tilbudt listeansvar raskt nok til at tilbudt listeansvar hele tiden overstiger etterspurt listeansvar.

Tabell 8-1: Underfinansiering av fastlegeordningen i «Tromsby» kommune

A			
Befolkning	ÅR		
	2010	2015	2020
Innbyggertall Tromsby	70 000	76000	81000
Listeinnbyggere bosatt utenfor byen	0	0	0
Etterspørsel listeansvar i Tromsby	70 000	76 000	81 000

B			
Fravær av rekrutteringsutfordringer			
Tilbudssiden			
Per capita sats inklusiv evt kommunal medfinansiering	380	427	570
Tilbudt listeansvar i Tromsby			
-med per capita sats hovedmodellen	74000	77000	82000
Kommunale utgifter			
Kommunal utgifter FLO (Mill. KR)	26.6	32.5	46.2
Merutgifter til FLO (Mill kr)	0	0	0
Merutgifter til FLO per innbygger	0	0	0

C			
Økende rekrutteringsutfordringer			
Tilbudssiden			
Per capita sats inklusiv evt kommunal medfinansiering	380	555	912
Tilbudt listeansvar i Tromsby			
-med per capita sats hovedmodellen	74000	75000	76000
-med per capita sats som inkluderer kommunal medfinansiering	74000	76000	81000
Kommunale utgifter			
Kommunal utgifter FLO (Mill. KR)	26.6	42.2	73.9
Merutgifter til FLO (Mill kr)	0.0	9.7	27.7
Merutgifter til FLO per innbygger	0	128	342



I del C av Tabell 8-1, beskrives tilbudet av listeansvar og kommunale utgifter i en situasjon der det er økende rekrutteringsutfordringer.

Dersom det i Tromsby er økende rekrutteringsutfordringer, blir ikke fastlegeordningen i Tromsby fullfinansiert med per capita satsen i hovedmodellen. Dersom Tromsby hadde benyttet per capita satsen i hovedmodellen ville tilbudet av listeansvar kun bli 75000 i 2015, og Tromsby ville dermed ikke kunnet tilby listeplass til de 76000 innbyggerne. I vårt eksempel må Tromsby i 2015 tilby en 30% høyere per capita sats (555 kroner per pasient per år istedenfor 427) i dersom tilbudet av listeansvar skal bli akkurat stort nok til at Tromsbys innbyggere får listeplass. I eksempelet blir merutgiftene til drift av fastlegeordningen 9,7 millioner kr, eller 128 kroner per innbygger i 2015.

I vårt eksempel må Tromsby i 2020 tilby en 60% høyere per capita sats (912 kroner per pasient per år istedenfor 570) i dersom tilbudet av listeansvar skal bli akkurat stort nok til at Tromsbys innbyggere får listeplass. I eksempelet blir merutgiftene til drift av fastlegeordningen 27,7 millioner kr, eller 342 kroner per innbygger i 2020.

Talleksempellet i dette avsnittet har substansiell relevans: Antallet listeinnbyggere i Tromsø kommune er om lag 81 000. I pågående politiske prosesser er det fremmet forslag om å tilby fastlegene en per capita sats som er 60 prosent over satsen i hovedmodellen, og i Kommunedirektørens i Tromsøs innstilling til vedtak²⁷ er de beregnede årlige merutgifter ved «forsterket basistilskudd» beregnet til 20,17 millioner kroner i 2022.

²⁷ <https://innsyn.tromso.kommune.no/application/getMoteDokument?dokid=200651111>

