Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen

Mads Wold (SØF), Jon Marius Vaag Iversen (SØF), Jorid Kalseth (SINTEF), Kjartan Sarheim Anthun (SINTEF)

SØF-RAPPORT NR. 05 / 2024



Senter for økonomisk forskning

KS

SINTEF

NTNU | Samfunnsforskning AS

Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen

Mads Wold (SØF), Jon Marius Vaag Iversen (SØF), Jorid Kalseth (SINTEF), Kjartan Sarheim Anthun (SINTEF)

SØF-prosjekt nr. 4023: «Organisering og finansiering av fastlegeordningen»
KS FoU-nummer 244007

NTNU | Samfunnsforskning AS

NTNU
Samfunnsforskning AS

Postadresse: Dragvoll allé 38 B, 7491 Trondheim
Besøksadresse: Dragvoll allé 38 B, 7491 Trondheim
Telefon: 91 89 77 27

E-post: kontakt@samforsk.no
Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning AS
Senter for økonomisk forskning – SØF
November 2024
Prosjektet er finansiert av KS

ISBN 978-82-7570-777-0 (web)
ISSN 1892-7661 (web)

Omslag: Shutterstock

Du har lov til:

Dele — kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle.
Bearbeide — remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle.
Lisensgiver kan ikke kalle tilbake disse frihetene så lenge du respekterer disse lisensvilkårene.

På følgende vilkår:
Navngivelse - Du må oppgi korrekt kreditering , oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av verket.
Ingen ytterligere begrensninger - Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

Notiser:
Du trenger ikke å rette deg etter lisensen for de deler av materialet som er falt i det fri eller der bruken er tillatt av etter låneregleне i åndsverkloven eller annen gjeldende rett.

Ingen garantier er gitt. Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelser som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Les mer om kreditering på creativecommons.org

Forord

Dette prosjektet handler om finansiering og organisering av fastlegeordningen i norske kommuner. Gjennomføringen av prosjektet har vært et samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning ved senter for økonomisk forskning og SINTEF. Fra NTNU Samfunnsforskning har forskerne Jon Marius Vaag Iversen og Mads Fjeld Wold deltatt, mens fra SINTEF har bidraget vært fra Jorid Kalseth og Kjartan Sarheim Anthun.

Vi ønsker å takke KS for gode diskusjoner underveis i prosjektet, særlig Daniel Ødegård og Anne Jensen som har bidratt i prosjektets ulike faser.

Trondheim, november 2024

Jon Marius Vaag Iversen
Prosjektleder

Sammendrag

Denne rapporten er skrevet på oppdrag for KS og formålet med rapporten har vært å kartlegge variasjoner i organisering og finansiering av fastlegeordningen. Kartlegginger av fastlegeordningen de siste årene har vist at flere og flere kommuner har merkostnader i finansieringen av fastlegeordningen.

Merkostnader

Undersøkelsen viser at at 85 prosent av kommunene som svarte på undersøkelsen, har merkostnader for fastlegeordningen i sin kommune. Dette gir et estimat på 301 kommuner med merkostnader på nasjonalt nivå.

I 2021 ble merkostnadene for norske kommuner estimert til i overkant av 800 millioner kroner, som var en økning fra 600 millioner kroner fra 2020. Ved å bruke akkurat samme beregningsmetodikk, finner vi i år estimerte merkostnader på omtrent 1,2 milliarder kroner. Den relativt kraftige utviklingen fra 2020 til 2021, ser dermed ut til å ha fortsatt til 2023.

I analysene har vi også pekt på grunner til å endre litt på beregningsmåtene, for å øke presisjonen på anslagene. Ved å beregne merkostnader per innbygger og aggregere opp til grupper av kommuner etter innbyggertall, sentralitet og/eller geografi, finner vi estimat i overkant av det enkle estimatet. Avhengig av fremgangsmåte finner vi anslag fra 1,2 mrd. kroner til 1,6 mrd. kroner.

Bruk av tilleggsgoder

Insentivlønn/bonusordninger er det tilleggsgodet som er mest vanlig for kommunene å tilby leger med fast ansettelsesforhold i kommunene. En del kommuner nevner også redusert listelengde og at man dekker utgifter til spesialisering, utover nasjonale ordninger. For selvstendig næringsdrivende leger er vikarer og vikarbruk det mest vanlige tilleggsgodet, sammen med avtale om leie av praksislokaler eller utstyr. Mange kommuner nevner også ekstra tilskudd til drift, lavere leiepris og disposisjon av støttefunksjoner.

Bruken av tilleggsgoder varierer en del med kommunekjennetegn. For de minste kommunene, er dekning av ekstrakostnader ved pendling viktig for fastlønte leger, mens dette er mindre viktig i de større kommunene. Turnusordninger/

hjemmekontor er også mer vanlig i de minste kommunene, mens det er mer vanlig med redusert listelengde med full lønn i de store kommunene.

Blant selvstendig næringsdrivende leger, velger de minste kommunene i størst grad «avtale om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende». Også lavere leiepris og disposisjon av støttefunksjoner er mer vanlig i små kommuner enn i større kommuner. I større kommuner ser vi at det er mer vanlig med ekstra tilskudd til drift, redusert legevaktsbelastning eller annen redusert plikt til å delta i kommunens allmenlegeoppgaver. Garantier og rentefrie lån er også mer benyttet i større kommuner enn i småkommunene.

Svarene fra kommunene tyder på at kommuner med mange kvinnelige fastleger har mer utstrakt bruk av tilleggsgoder. Også i kommuner med høy andel unge fastleger ser det ut til å være en mer utstrakt bruk av tilleggsordninger. Forskjellene er ikke veldig store, men vi ser dem både hos fastlønte leger og hos selvstendig næringsdrivende. Vi har diskutert at dette ikke nødvendigvis handler om kjønn eller alder blant legene, men andre kjennetegn ved kommuner som har unge eller kvinnelige leger. Bruken av slike tilleggsordninger er økende over tid, det viser flere av analysene våre. Det er også omtrent en fjerdedel av kommunene som svarer at de har startet opp med det det siste året. Det er særlig mange kommuner som har startet opp med det siste året for selvstendig næringsdrivende leger. Det er også nå like vanlig blant store kommuner å ha merkostnader, selv om omfanget per innbygger fortsatt er høyere i mindre kommuner.

Konkurranse mellom kommuner

Årsaken til at noen kommuner velger å egenfinansiere fastlegeordningen er i all hovedsak rekrutteringsutfordringer. Flertallet av kommuner som ikke egenfinansierer fastlegeordningen sier også at det er fordi de ikke har noen problemer med å rekruttere eller beholde fastlegene sine. Over halvparten av dem sier imidlertid at de vil måtte gjøre det i framtiden. Kommunene er også i stor grad tilfreds med den ordningen de har valgt. De som har flere tilleggsgoder, mener at godene har effekt, men mange kommuner sier likevel at godene har en høy pris.

Kommunene ønsker å trekke til seg fastleger ved å tilby mer generøse ordninger og analysene viser at kommunene er fornøyde med sin organisering. I denne rapporten har vi sett at dette kan være mange ulike tilleggsgoder som både hjelper økonomisk, men også reduserer arbeidsbelastningen. Dersom en kommune velger å tilby

bedre ordninger enn nabokommuner, vil den potensielt trekke til seg fastleger derfra. En sannsynlig respons fra de andre kommunene, er da å tilby like gode eller bedre betingelser. I en slik situasjon vil man da ikke løse rekrutteringsutfordringene, men sitte igjen med de samme utfordringene, men med økte kostnader. Flere kommuner peker på at på lengre sikt, har man like store utfordringer som før, men med enda høyere utgifter.

Fastlegeordningen i endring

Fastlegeordningen er i sterk endring. Det er en økning i andelen fastleger med ansettelsesforhold i kommunen. Det er økning i andelen kvinner som er fastleger og vesentlig flere unge er fastlege nå enn det var for få år siden. Det siste året har det også blitt flere fastleger i norske kommuner, men gjennomsnittlig listelengde er avtagende. Endringen i organisering ser ut til å skje overalt da både små og store kommuner har flere fastlønte leger. Denne organiseringsformen er imidlertid fortsatt mye vanligere i små kommuner enn i store.

Organisering av fastlegeordningen varierer en del etter kommunestørrelse og sentralitet. Spørreundersøkelsen viser at det er svært få småkommuner som kun har selvstendig næringsdrivende leger og nesten ingen storkommuner som kun har leger med fast ansettelsesforhold i kommunen. Samme forskjeller ser vi også for sentralitet, hvor de minst sentrale kommunene har samme kjennetegn som småkommunene.

Merkostnadene og kommunale kjennetegn

Med utgangspunkt i merkostnadene fra spørreundersøkelsen, har vi analysert hvordan kommunale kjennetegn påvirker sannsynligheten for å ha merkostnader og omfanget av merkostnadene. Problemet med disse analysene har vært at variablene vi analyserer er så innbyrdes korrelerte at det er vanskelig å isolere og tolke sammenhengene.
Vi finner ingen sammenhenger mellom enkeltvariabler og sannsynlighet for å ha merkostnader, men i analyser hvor vi inkluderer flere variabler samtidig, ser det ut til at kommunestørrelse, andel eldre i befolkningen og gjennomsnittlig listelengde påvirker sannsynligheten for å ha merkostnader.

Kontrollert for andre kjennetegn, har større kommuner større sannsynlighet for å ha merkostnader, samtidig så øker sannsynligheten for merkostnader med økt andel innbyggere over 65 år. Omfanget av merkostnader per innbygger er imidlertid lavere i store kommuner. I kommuner med lang gjennomsnittlig listelengde er sannsynligheten for merkostnader lavere. Lange lister vil si at det trengs færre fastleger for å tilby alle innbyggerne fastlege, som kan bidra til å redusere presset på fastlegeordningen.

Utvikling over tid

Analysene viser også at sannsynligheten for å ha merkostnader øker over tid. Økningen skjer i de fleste grupper av kommuner, men var størst for større kommuner. Kommuner som har økt innbyggertall og økte frie inntekter har økt sannsynlighet for å gå fra situasjon uten merkostnader til å ha merkostnader i perioden 2018 til 2023. Kommuner som har hatt økning i andel fastlønnede leger har hatt økning i merkostnader, også om vi kontrollert for andre kjennetegn med kommunene.

Endret basistilskudd

Basistilskuddet har blitt styrket ganske mye de siste årene. I 2023 ble, i tillegg til en styrking av ordningen, basistilskuddet endret slik at det varierer med hvilke pasienter fastlegen har på sin liste, det vi kjenner som pasientrettet basistilskudd. Styrkingen og endringen ble finansiert over rammetilskuddet til kommunene, via delkostnadsnøkkelen for kommunehelse. Dette vil si at styrkingen og endringen finansierer hovedsakelig etter innbyggertall og befolkningsandeler, med noen justeringer for bosetting.

I gjennomsnitt fullfinansieres økningen i basistilskuddet gjennom økningen i rammetilskuddet, men at det påvirker kommunene ulikt. Økningen i basistilskudd er for noen kommuner en del høyere enn kompensasjonen i inntekt. For andre kommuner har differansen motsatt fortegn.

Vi finner ingen tydelig systematisk sammenheng med hvilke kommuner som taper eller vinner økonomisk i denne sammenhengen, men vi finner at kvinneandelen blant listeinnbyggerne og andelen kommuner med flere lister under 500 innbyggere har betydning. Begge disse variablene kan tyde på at småkommuner og distriktskommuner (hvor kvinneandelen er lav og flere korte lister) tjener på endringen i basistilskuddet. Vi fant imidlertid ingen sammenheng med innbyggertall og sentralitet. Det er i tillegg noen indikasjoner på at sosioøkonomi har betydning, men her trekker sammenhengene i ulik retning.

Innhold

Forord ... 3

Sammendrag ... 4

Innhold ... 8

1. Innledning ... 10

2. Fastlegeordningen i Norge ... 15

3. Datagrunnlag og metode ... 18

Survey ... 18

Andre kvantitative data ... 21

Metode ... 22

4. Analyse av offentlig statistikk om fastlegene i Norge ... 23

5. Spørreundersøkelse til norske kommuner – gjennomgang ... 30

Kommuner med leger som har ansettelsesforhold i kommunene ... 33

Kommuner med selvstendig næringsdrivende leger ... 40

Utvikling over tid ... 47

Tilfredshet ... 48

Motivasjon for organisering av fastlegeordningen ... 49

Konkurranseeffekt ... 54

Finansiering av tilleggsgoder ... 55

6. Merkostnader til fastlegeordningen ... 59

Basert på spørreundersøkelse ... 59

Fastlønn ... 65

Beregning av merkostnader basert på statistikk ... 68

Regresjonsresultat og kostnadsandeler ... 71

Anslag på merkostnader ... 73

7. Kommunale kjennetegn og pressfaktorer 76
Om analysene 76
Spredning og samvariasjon mellom variabler i 2023 80
Analyser av forskjeller mellom kommuner i 2023 85
Analyser av tidsutvikling 95
8. Endret basistilskudd – konsekvenser for kommunene 102
9. Oppsummering og diskusjon 117
Referanseliste 127
Figurliste 128
Tabelliste 131

Vedlegg 1 133
Vedlegg 2 Spørreundersøkelse 135
Vedlegg kapittel 4 146
Vedlegg kapittel 6 149
Vedlegg kapittel 7 151
Vedlegg kapittel 8 172

1. Innledning

Det har i lengre tid vært store rekrutteringsutfordringer blant fastleger til norske kommuner (Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 2022). KS sin arbeidsgivermonitor peker på leger, ved siden av sykepleiere, som den yrkesgruppen med størst rekrutteringsutfordringer i norske kommuner. 82 prosent av kommunene opplever det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere leger i 2023 (KS, 2023). Kartlegginger av fastlegeordningen de siste årene har vist at flere og flere kommuner har merkostnader i finansieringen av fastlegeordningen. Det vil si at utgiftene til fastlegene er høyere enn hva hovedmodellen for fastlegeordningen skulle tilsi. Årsakene til økte utgifter er at kommunene må se på alternative måter å organisere fastlegene på (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse 2022). Det har vært gjennomført årlige kartlegginger av organisering og finansiering av fastlegeordninger fram mot 2021. Disse kartleggingene har vist at kommunene over år, i større og større grad, egenfinansierer/subsidierer fastlegene i kommunene og at dette i all hovedsak gjøres for å rekruttere og å beholde fastlegene i kommunen (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse 2022). Denne rapporten er en videreføring og videreutvikling av disse kartleggingene.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024 peker på behovet for å styrke rammevilkårene for allmennlegetjenesten, herunder fastlegene, og inneholder 17 finansielle og organisatoriske tiltak som er ment å styrke allmennlegetjeneste. I årets rapport om evaluering av handlingsplanen vises det til at rekrutteringen inn til fastlegetjenesten var historisk høy i 2023, og listelengden ble redusert mer enn noensinne (Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 2024). Denne utviklingen har fortsatt i 2024. Ifølge månedsstatistikk fra Helsedirektoratet[1] var det 258 flere fastleger i oktober 2024 sammenlignet med oktober 2023, som er en større økning både absolutt og prosentvis enn økningen i fra 2022 til 2023. Listelengden fortsetter imidlertid å falle i samme omfang som tidligere. Antall lister uten fast lege er redusert og antall lister med fast lege og antall ledige plasser har økt i løpet av de ti første månedene i 2024. Statistikk fra Helsedirektoratet[2] viser også at gjennomsnittsalderen på fastlegene fortsatt er nedadgående, samtidig som andelen kvinnelige fastleger øker. Det er nå nesten like mange kvinnelige som mannlige

1 https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/statistikk-og-rapporter-om-fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/manedsrapport--utvalgt-fastlegestatistikk

2 https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk

fastleger. Tiltakene i handlingsplanen kan være en årsak til disse endringene, men det er for tidlig å slå fast. Mange fastleger peker selv på nasjonale og lokale tiltak som viktige for bedret rekruttering og stabilitet i ordningen. Ett av tiltakene som det ble pekt på er ALIS-tilskuddet. Evalueringsrapporten pekte også på at det fortsatt var utfordringer med å rekruttere, særlig for usentrale kommuner, hvor antall innbyggere på liste uten fast lege økte i 2023. Selv om dette var stabilt eller bedret i mange kommuner, bodde nesten halvparten av landets innbyggere i kommuner som ikke hadde åpne lister i 2023, og det har vært en stor økning i antall innbyggere på venteliste de senere årene (Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 2024). Statistikken viser et fortsatt høyt, men stabilt antall på venteliste i 2024. Den viser også en nedadgående trend for antall listeinnbyggere uten fast lege fra sommeren 2023.

Kommunene har det overordnede ansvaret for å tilby fastlegetjenester (jf. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-2 tredje ledd). Det er derfor kommunens ansvar å sørge for at innbyggerne får tilbud om en plass på en fastleges liste. Videre regulerer forskrift til folketrygdlovens § 5-4 finansieringen av fastlegeordningen. Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter, som fordeles til kommunene gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. Gjennom delkostnadsnøkkelen for kommunehelse fordeles ressursene til blant annet fastlegeordningen, og det er i hovedsak antall innbyggere i ulike aldersgrupper som inngår i denne.

Hovedmodellen for fastlegeordningen innebærer at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar tilskudd fra kommunen basert på antall innbyggere på sin pasientliste (basistilskudd/per capita-tilskudd), takstrefusjoner fra staten og egenandeler og annen egenbetaling fra pasientene. Kommunene i Norge er imidlertid ulike, og det er ikke finansielt grunnlag for selvstendig næringsdrivende leger overalt, selv om det gjennom handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-24 har blitt innført en del finansielle virkemidler for å hjelpe kommuner med rekrutteringsutfordringer og leger med svakere pasientgrunnlag (Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos 2022). De siste årenes rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer har bidratt til at et økende antall kommuner har tilbudt ulike økonomiske og organisatoriske tiltak for å tiltrekke seg og beholde leger.

Andelen fastleger som er selvstendig næringsdrivende er avtagende. I oktober 2024 er det i underkant av 79 prosent av fastlegene som er selvstendig næringsdrivende. Dette tallet var litt over 84 prosent i januar 2022 og 86 prosent i januar 2020 [3]. Hvert år fra 2017 har det vært en økning i kommunenes merkostnader, fra 378 mill. til sist estimert 813 mill. for året 2021. Kommuner som tilbyr vilkår som avviker fra hovedmodellen øker, og antallet leger med ulike subsidieringsløsninger øker. Konkurransen mellom kommunene er stor, og konsekvensene på sikt kan være økonomiske løsninger med liten bærekraft. I 2021 ble det anslått at 233 kommuner hadde merkostnader ut over basistilskudd og utjamning (Samfunnsøkonomisk analyse og Ipsos, 2022). Denne rapporten skal svare på hvordan merkostnadene har utviklet seg fram mot 2023.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten beskriver behovet for finansiering slik: *Finansiering er et av flere virkemidler for å oppnå og opprettholde ønsket aktivitet, oppmuntre til innovasjon og forbedring, og bidra til å forme og utvikle en allmennlege- og fastlegetjeneste etter befolkningens helsebehov. I tråd med målbildet, bør finansieringsordningen av allmennlegetjenesten innrettes slik at den understøtter målene om best mulig helsehjelp til befolkningen, gitt de ressursene som er til rådighet. Videre bør finansieringssystemet bidra til å fordele kostnader og risiko på en fordelaktig måte for samfunnet som helhet.*

Et av forslagene til ekspertutvalget er å øke basistildelingen per pasient slik at det utgjør 50 prosent av fastlegenes totale inntekt. Dette skal gi et finansielt insentiv for at fastlegene skal ta større listeansvar. I dag utgjør basisfinansieringen i overkant av 30 prosent. Fra kommunens ståsted inngår basisfinansieringen som en del av inntektssystemet og kommunene dekker utgiftene gjennom sine frie inntekter. Resten av fastlegeordningen dekkes av takstrefusjoner og egenandeler.

Siden kommunene dekker utgiftene til fastlegeordningen gjennom frie inntekter vil den, som andre kommunale tjenesteområder som finansieres gjennom rammetilskudd, være påvirket av kommunens prioriteringer og økonomiske handlingsrom. Det økonomiske handlingsrommet er igjen påvirket av faktorer som demografi blant tjenestemottakere, geografi og økonomistyring. Kommunenes ressursbruk til fastlegeordningen vil dermed også være preget av disse faktorene. I tillegg kommer indikatorene som ligger bak inntekts- og utgiftsutjevningen i

3 https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk

inntektssystemet, som også påvirker kommunenes evne til å prioritere sektoren.

Dette prosjektet skal besvare en rekke problemstillinger. For det første har vi gjennomført en survey med hensikt å besvare følgende hovedspørsmål:

- Hva er kommunens merkostnader for fastlegeordningen?
- I hvilken utstrekning subsidierer kommunene fastlegeordningen?
- Hva er årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen?
- Opplever kommunene at subsidiering fungerer etter hensikten?

Videre vil undersøkelsen forsøke å gi svar på:

- Generasjonsskifte blant legene: Hvordan påvirker en annen sammensetning av leger (alder og kjønn) de kommunale tiltakene?
- Utviklingen av ulike «velferdstiltak» overfor næringsdrivende leger, eksempelvis kompensasjon for sykedager, permisjoner mv., altså tiltak som vanligvis er kjennetegnet med et ansettelsesforhold.
- Hvordan har det økte - og den nye innretningen av - basistilskuddet fra juli 2023 påvirket de kommunale merkostnadene?
- Hva kjennetegner de kommunene som ikke har merkostnader knyttet til fastlegeordningen?
- Hvordan vurderer kommunene konsekvensene for andre helse- og omsorgstjenester (gitt økende merkostnader)
- Omfanget av økonomiske samarbeidsavtaler mellom kommunen og legen (8.2-avtaler), hvor kommunene ikke har merkostnader og omfanget av avtaler som gir merkostnader.
- Hvordan påvirker spesialistløpet kommunenes kostnader?

For å besvare analysene har vi for det første utvidet og videreutviklet spørreundersøkelsene som har blitt benyttet tidligere år, men vi har også gjennomført en rekke kvantitative analyser av statistikk om fastlegeordningen og kommuneøkonomi.

Denne rapporten er oppbygd i ni kapitler. Kapittel 2 presenterer hovedkjennetegnene ved fastlegeordningen i Norge. I kapittel 3 går vi gjennom datamaterialet vi bruker i prosjektet, mens vi i kapittel 4 analyserer deskriptive registerdata om fastlege ordningen. I kapittel 5 presenteres resultatene fra surveyen og det gjøres en del sammenligninger med tidligere år. Kommunenes merkostnader til fastlegeordningen estimeres på ulike måter i kapittel 6, mens i kapittel 7 ser vi på sammenhengen

mellom en del kommunale kjennetegn og merkostnader til fastlegene. I kapittel 8 har vi en analyse og drøfting av endringene som har skjedd i det kommunale basistilskuddet. Til slutt oppsummerer vi rapporten og diskuterer den i lys av problemstillingene i kapittel 9.

2. Fastlegeordningen i Norge

Fastlegeordningen i Norge ble innført i 2001. Fastlegen er det første møtet brukerne har med helsetjenesten og alle som er bosatt i en norsk kommune har rett til en fastlege (Helse og omsorgsdepartementet, 2022) [4]. Kommunene har det overordnede ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til dem som oppholder seg i kommunen. Fastlegeordningen inngår i dette ansvaret.

Antallet fastlegeavtaler er ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Den enkelte kommune må inngå avtaler med fastleger, enten som fastlønte leger eller som næringsdrivende, for å sikre sine innbyggere forsvarlig helsehjelp.

Slik som beskrevet i innledningen, er hovedmodellen for organisering av fastlegeordningen at kommunene inngår avtaler med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar tilskudd fra kommunen basert på antall innbyggere på sin pasientliste (per capita-tilskudd), takstrefusjoner fra staten og egenandeler og annen egenbetaling fra pasientene.

Ettersom grunnlaget for ren privat næringsdrift varierer mellom kommunene, kan en kommune velge å tilby fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak for å dekke behovet for fastleger. Alternativene til ren næringsdrift er i hovedsak:

- Kommunal drift med fastlege på fastlønn
- Næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn med andre tilleggsordninger

I vår tilnærming, skiller vi mellom to hovedtyper av organisering: *selvstendig næringsdrivende* leger og fastleger *med ansettelsesforhold i kommunen*. Innenfor disse to hovedtypene finnes imidlertid ulike varianter, hvor kommunene for eksempel tilbyr forskjellige tilleggsordninger eller goder for fastlegene. Et av hovedmålene med dette oppdraget er å kartlegge disse variantene, omfanget og merkostnadene knyttet til dem. Som vi skal se i kapittel 4 er andelen fastleger med ansettelsesforhold i kommunen økende. Det vil si at flere og flere kommuner avviker fra hovedmodellen.

4 Innbyggerne kan imidlertid ha sin fastlege i en annen kommune enn der de bor. På grunn av utfordringer med få åpne lister er det et høyt antall innbyggere som har fastlege i en annen kommune enn der de bor (813641 innbyggere eller 15 % per oktober 2024).

Basistilskudd

Det kommunale tilskuddet til fastlegeordningen, er hovedsakelig basistilskuddet. Basistilskudd ble fram til mai 2023 utbetalt med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt)[5]. Fra mai 2023, ble det innført et differensiert basistilskudd, hvor leger med innbyggere som har antatt større oppfølgingsbehov vil få bedre betalt. Pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i et utvalg indikatorer som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste. Disse indikatorene er

- kjønn
- alder
- bruk av fastlegetjenester
- sentralitet
- sosioøkonomi

Til sammen er indikatorene ment å reflektere behovet for fastlegetjenester på en fastleges liste.

Utjevningstilskudd og grunntilskudd

Utjevningstilskudd og grunntilskudd skal være en økonomisk kompensasjon til næringsdrivende med ufrivillig korte pasientlister. Utjamningstilskudd gis til fastleger i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 pasienter. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Alle fastlegene i kommunen mottar samme beløp. Bare næringsdrivende fastleger vil få utbetalt tilskuddet, og for 2023 utgjør beregnet utjamningstilskudd 69,5 mill. kroner for lister med fast lege. I 2023 var det 188 næringsdrivende fastleger som kunne motta utjamningstilskudd. Det er 36 færre enn året før.

Grunntilskudd kan gis til næringsdrivende fastleger med under 500 listeinnbyggere, hvor listetaket er over 500 og fastlegeavtalen er inngått i løpet av siste to år. Grunntilskuddet beregnes da som basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Ordningen med grunntilskudd ble innført med virkning fra mai 2020. I 2023 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 9,7 mill. kroner. Etter at grunntilskuddet ble innført i mai 2020 er det stadig færre fastleger som kan motta grunntilskudd. I

5 Knekkpunktet ble innført i 2020 som ett av tiltakene i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten (2020-2024). Før det var det et likt beløp per listeinnbygger.

mars 2022 var det 33 fastleger som kunne motta grunntilskudd. Det var 8 færre enn et år tidligere. (Helsedirektoratet, 2024)

Finansiering av fastlegeordningen

Kommunens utgifter til fastlegeordningen finansieres gjennom delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet. Denne delkostnadsnøkkelen består i stor grad av innbyggertall som vektes etter aldersgrupper. Alderskriteriene utgjør omtrent 90 prosent av delkostnadsnøkkelen (Kommunal og Distriktsdepartementet, 2022). Delkostnadsnøkkelen for kommunehelse fordeler midler til kommunene som i regnskapene grupperes etter tre funksjoner i KOSTRA, hvor utgifter til fastlegeordningen kommer inn under funksjon 241. Denne funksjonen utgjør 2/3 av de totale utgiftene til kommunehelse:

232 Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste
233 Annet forebyggende helsearbeid
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

Funksjon 241 omfatter også utgifter til andre tjenesteområder, eksempelvis fengselshelsetjenesten, legevakt, og fysioterapi.

De siste årene har flere undersøkelser og erfaringer fra kommunene, vist at det er betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger, og at det derfor er mer og mer behov for at kommunene må legge til rette for løsninger som går utover fastlegeordningens hovedmodell. IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse har gjennomført en rekke undersøkelser om organisering og finansiering av fastlegeordningen. Fram til 2022 økte andelen som subsidierer eller egenfinansierer fastlegeordningen. Det vil si at de bruker ressurser ut over hovedmodellens forutsetninger. Analysene viste også at i de større byene dominerer fortsatt hovedmodellen, mens i mindre kommuner og kommuner med lavere sentralitet, er det mer vanlig med tilleggsgoder for selvstendig næringsdrivende leger eller fastlønnsavtaler (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse 2022).

3. Datagrunnlag og metode

I dette prosjektet har vi i all hovedsak benyttet kvantitative data. For det første har vi gjennomført en survey, i tråd med tidligere undersøkelser. I tillegg gjør vi en del analyser der vi bruker andre kvantitative data. Nedenfor beskriver vi datagrunnlaget og metoden.

Survey

Tidligere undersøkelse av variasjoner i organisering og finansiering av fastlegeordningen i Norge har blitt gjennomført av Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, hovedsakelig ved hjelp av survey. Siste undersøkelse ble gjort i 2022, basert på data fra 2021.

Undersøkelsen som gjøres i dette prosjektet bygger på tidligere undersøkelser. Med de tidligere undersøkelsene som utgangspunkt, har vi utvidet, tatt bort deler av spørsmålene og endret noen spørsmål. Tidsbruddet og endring av leverandør til disse undersøkelsene, har dermed ført til et brudd i tidsserien av undersøkelser. En del av spørsmålene og dataene, er dermed ikke direkte sammenlignbare med tidligere år. Andre deler av undersøkelsen er uendret og her er sammenligningsgrunnlaget bedre. Vi vil sammenligne med tidligere år, der dette er hensiktsmessig. Undersøkelsen er gjennomført i 2024, men baserer seg i stor grad på innsikt fra 2023.

Undersøkelsen ble sendt ut til alle norske kommuners sentrale postmottak-adresse, med beskjed om å videresende undersøkelsen til leder med økonomiansvar for fastlegeordningen. Det ble deretter sendt tre påminnelser for å øke svarprosenten. Etter disse påminnelsene, ble det sendt en ny e-post til alle kommunalsjefer for helse i de kommunene som ikke hadde svart på den opprinnelige invitasjonen, med påfølgende påminnelse. Den siste strategien var effektiv og fikk svarprosenten på undersøkelsen opp i 58,4 prosent, noe som tilsvarer 208 unike kommuner. Dette er marginalt lavere enn tidligere undersøkelser. Vi ser imidlertid at alle kommunetyper er godt representert.

Selv om vår undersøkelse har marginalt lavere svarprosent enn tidligere undersøkelser, er det en høyere andel av kommunene i undersøkelsen vår som svarer på spørsmålene om merkostnader. Vi har derfor et bedre grunnlag enn tidligere for å estimere og beregne kommune-Norges merkostnader utover hovedmodellen for fastlegeordningen.

Frafallsvurdering

Vår survey har en samlet svarprosent på 58,4 prosent. Vi anser dette som en svært god respons for en spørreundersøkelse til norske kommuner. Svarprosenten er på nivå med de tidligere undersøkelsene som ble gjort på dette temaet i perioden 2018 til 2022.

I de forrige undersøkelsene ble det poengtert at alle slags kommuner var godt representert, men at små kommuner og distriktskommuner var underrepresentert (Ipsos og Samfunnsøkonomisk Analyse, 2023). Nedenfor gjennomfører vi noen analyser av representativitet.

Tabell 3-1: Svarfordeling på survey etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Andel av norske kommuner 2023	Andel survey
Under 3000	36 %	24 %
3000-9999	32 %	37 %
Over 10 000	32 %	39 %

Tabellen viser at 36 prosent av norske kommuner har under 3000 innbyggere. Dersom vi ser på kommunene i vår survey, så har kun 24 prosent av dem under 3000 innbyggere. Videre ser vi at mellomstore og store kommuner er overrepresentert i surveyen. 32 prosent av kommunene i Norge har over 10 000 innbyggere, mens i vår survey har 39 prosent av kommunene innbyggere over 10 000. Dermed ser vi at også i vår undersøkelse er småkommunene underrepresentert. Skjevheten er noe større enn i de tidligere undersøkelsene.

Tabell 3-2: Svarfordeling etter sentralitet

Sentralitet	Andel av norske kommuner 2023	Andel survey
Mest sentral (1-3)	22 %	28 %
4	22 %	25 %
5	26 %	26 %
Minst sentral 6	30 %	21 %

Også om vi sorterer kommunene etter sentralitet, ser vi noe av det samme mønsteret. 30 prosent av norske kommuner kommer inn under kategorien «minst sentral»,

mens i vår survey er denne andelen 21 prosent. For gruppen som er «nest minst sentral» er andelen i vår survey lik med fordelingen i Norge, mens de mest sentrale kommunene er litt overrepresentert i analysene.

Tabell 3-3: Svarfordeling etter fylke

Fylke 2023	Andel av norske kommuner	Andel survey
Troms og Finnmark	11 %	7,2 %
Nordland	11,5 %	9,6 %
Trøndelag	10,7 %	10 %
Møre og Romsdal	7,3 %	8,6 %
Vestland	12,1 %	12,9 %
Rogaland	6,5 %	7,7 %
Agder	7 %	7,2 %
Vestfold og Telemark	6,5 %	7,2 %
Viken	14,3 %	16,3 %
Oslo	0,3 %	0,5 %
Innlandet	12,9 %	12,9 %

Om vi sammenligner fylkesfordelingen blant norske kommuner, ser vi for det første at alle fylker er godt representert. Fordelingen i vår survey er også ganske lik fordelingen blant norske kommuner, men vi ser at Nordland og Troms og Finnmark er underrepresentert, mens vi har noe høyere andel i vår survey fra Viken, Vestland og Rogaland.

Alt i alt vurderer vi at alle kommunetyper, er godt representert i surveyen. Som tidligere er småkommuner noe underrepresentert og vi ser i tillegg at Nordland og Troms og Finnmark er underrepresentert. Isolert sett tror vi dette (alt annet likt) kan gjøre at merkostnadene til fastlegeordningen og utfordringene underestimeres noe. Distriktskommuner og særlig kommuner i Troms og Finnmark har generelt større rekrutteringsutfordringer (KS 2023, Iversen mfl. 2023) og dette gjelder også fastleger (Helsedirektoratet, 2023). Dette kan i det videre bety at disse kommunene har større merkostnader enn gjennomsnittet fordi de må strekke seg lengre for å tiltrekke seg leger. Samtidig er den samlede fastlegekapasiteten større i små enn i store kommuner, som tilsier at det er større variasjon i utfordringsbildet i små kommuner.

Mange større kommuner opplever å ha fulle lister, og mens de minste kommunene har opplevd fall i andelen innbyggere uten fast lege, er bildet motsatt i de øvrige kommunene (Helsedirektoratet, 2023).

Tiltak vi vil gjøre for å sikre at resultatene og diskusjonene er relevante for alle kommuner, er å tolke med varsomhet og at den lille skjevheten vi ser, får betydning i tolkningene. I estimeringer vil vi hensynta kjennetegn med kommunene og vi vil også kontrollere for kommunekjennetegn i noen av analysene våre.

Andre kvantitative data

I tillegg til surveyen har vi gjennomført statistiske analyser for å belyse problemstillingene knyttet til merkostnader og basistilskudd. For det første har vi formulert kommunaløkonomiske modeller som belyser sammenhengen mellom rapporterte merkostnader og kommunale kjennetegn som økonomi og sentralitet, samt kjennetegn ved kommunens fastlegetjeneste, eksempelvis sammensetningen av leger. Videre har vi undersøkt et alternativt beregningsopplegg for merkostnader, basert på statistikk heller enn kommunenes egne beregninger.

For å gjennomføre disse analysene har vi basert oss på data fra ulike kilder, og som dekker perioden 2018 til 2024. For å undersøke kjennetegn ved kommuner med og uten merkostnader har vi brukt tall fra statistikkbanken til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Datagrunnlaget fra SSB inkluderer sentralitet, demografi og frie inntekter. I tillegg har vi brukt tall på lege- og fysioterapiårsverk, og driftsutgifter i primærhelsetjenesten i våre alternative beregninger for merkostnader.

Vi bruker data fra fastlegeordningen (FLO) for å analysere hvordan pressfaktorer påvirker kommunenes kostnader til fastlegeordningen utover hovedmodellen. FLO er et register som Helsedirektoratet bruker til å administrere fastlegeordningen. Registeret er basert på informasjon om inngåtte fastlegeavtaler, og tilknytningen mellom fastlege og innbygger. I forbindelse med dette prosjektet sendte Helsedirektoratet oss aggregerte, månedlige, tall fra FLO på kommunenivå for perioden januar 2018 til mai 2024. Tallgrunnlaget inneholder blant annet antall fastleger, fastlegeavtaler, kjønn på fastleger, snittalder for fastleger, listeinnbyggere, og flere andre variabler som vi har brukt til i de kommunaløkonomiske modellene. I tillegg ga Helsedirektoratet oss tall som viser kommunenes teoretiske utgifter til hovedmodellen. Alle tallene er månedstall, og vi har beregnet gjennomsnitt over året.

Metode

Dette er et prosjekt som utelukkende benytter kvantitative data, enten offentlige data eller data fra spørreundersøkelser. Datamaterialet er analysert ved ulike kvantitative metoder. I all hovedsak er det benyttet enkle deskriptive analyser av fordelinger og sammenligninger. Analysene er fremstilt grafisk eller i tabellform.

I tillegg til de helt enkle analysene, er det i kapittel 6,7 og 8 benyttet regresjonsanalyse. Regresjonsanalyse kan blir brukt for å studere sammenhengen mellom to eller flere variabler (Wooldridge, 2020). I dette prosjekt har vi benyttet både bivariate analyser og multivariate analyser. I en bivariat analyse ser vi på sammenhengen mellom to variabler, mens vi i en multivariat analyse ser på hvordan flere variabler samtidig påvirker en annen variabel (Wooldridge, 2020).

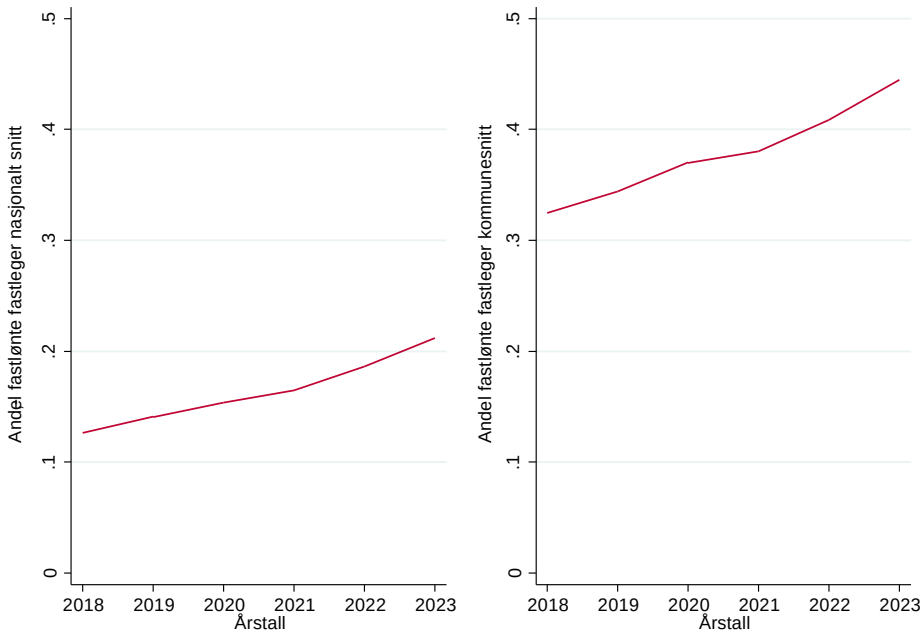
Når vi skal analysere hvordan ulike variabler påvirker sannsynligheten for at en kommune har merkostnader, benytter vi logistisk regresjon. Dette er fordi den avhengige variabelen (variabelen vi studerer, i dette tilfellet sannsynligheten for å ha merkostnader) kan bare ta verdien 0 og 1. I vårt tilfelle har en kommune merkostnader, eller så har den ikke merkostnader. En enkel regresjonsmodell har i slike tilfeller en del svakheter og vi benytter en mer avansert logistisk modell. Denne har en vanskeligere tolkning (Wooldridge 2020). For ytterligere diskusjon, se kapittel 7.

En utfordring i regresjonsanalyser, og særlig i kommunemodeller, er at variablene vi inkluderer er svært korrelerte. Dette vanskeliggjør tolkningen i de enkle bivariate analysene. Om vi finner en sammenheng mellom to variabler, vil de være så korrelerte med andre variabler at det er vanskelig å isolere effekten av en av dem. Eksempelvis kan vi se en sammenheng mellom innbyggertall og merkostnader i denne rapporten. Det er imidlertid vanskelig å si hva som skyldes at det er en liten kommune, hva som skyldes sentralitet eller for eksempel andelen innbyggere som bor i tettbygde strøk. Vi diskuterer slike utfordringer med korrelasjon flere steder i rapporten.

4. Analyse av offentlig statistikk om fastlegene i Norge

Det finnes en god del statistikk om fastleger og fastlegeordningen i Norge. I dette kapitlet skal vi gjøre rede for utviklingen over tid for fastlegene i Norge. Vi analyserer utviklingen i organisering, kjønn, alder, listelengde og lignende. Resultatene i denne delen danner grunnlag for analyser i andre deler av rapporten.

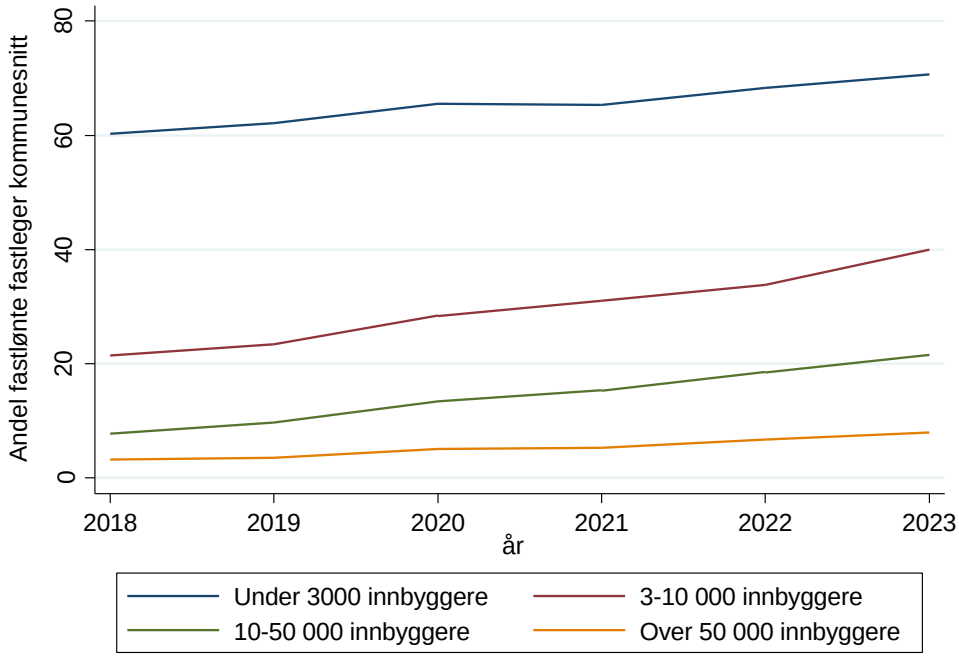
Vi har i denne rapporten gjort et ganske skarpt skille mellom leger som er selvstendig næringsdrivende, og leger med ansettelsesforhold i kommunen. Som vi skal se, er det også en del ulike ordninger innenfor disse hovedordningene. Ser vi på utviklingen mellom 2018 og 2023 i andelen fastlegelister som er knyttet til faste ansettelsesforhold i kommunen, er den klart økende. Panelet til venstre viser utviklingen i andel fastlønte på nasjonalt nivå. Vi ser at denne andelen øker med i underkant 10 prosentpoeng i perioden, noe som tilsvarer en dobling i andelen fastlønte leger. Panelet til høyre viser samme sammenheng, men dette er et gjennomsnitt mellom kommuner. Her er andelene høyere. Dette skyldes at mange småkommuner har en høy andel leger med ansettelsesforhold i kommunene og at disse blir vektet like mye som større kommuner med høyere andel selvstendig næringsdrivende. Figuren viser at om vi sammenligner kommuner, så nærmer nå gjennomsnittskommunen seg en andel leger med ansettelsesforhold i kommunen på 50 prosent.



Figur 4-1: Utvikling i andel fastlønte fastleger i Norge

I figuren nedenfor ser vi på utvikling i organisering etter kommunestørrelse, hvor vi har delt kommunene i fire grupper. Hvilke kommuner er det som har fastlønte leger i dag og hvem har selvstendig næringsdrivende leger? Figuren ovenfor viste at siden gjennomsnittet mellom kommuneandeler er høyere enn nasjonalt snitt, og det er flest småkommuner, er det flere små kommuner med høy andel leger med ansettelsesforhold i kommunen. Figuren under bekrefter dette inntrykket. For det første ser vi at andelen leger med fastlønnsavtaler er høyest i de minste kommunene og forskjellen er stor. For hver økning i innbyggertall mellom gruppene vi har definert, er andelen leger med ansettelsesforhold lavere.

Vi ser imidlertid at andelen er økende overalt. For eksempel er dette tydelig i de midterste gruppene. For kommuner mellom 10 og 50 tusen innbyggere går andelen fra å være svært lav i 2018 til å bli over 20 prosent de siste to årene i perioden. Også i gruppen mellom 3 tusen og 10 tusen innbyggere er det en dobling i andelen fra omtrent 20 prosent i 2018 til over 40 prosent i 2023. Blant de aller største kommunene, er imidlertid andelen fortsatt lav, selv om den også her øker. Det er under 10 prosent av legene som har ansettelsesforhold i kommunen i de største kommunene. Også her har andelen doblet seg over seks år.

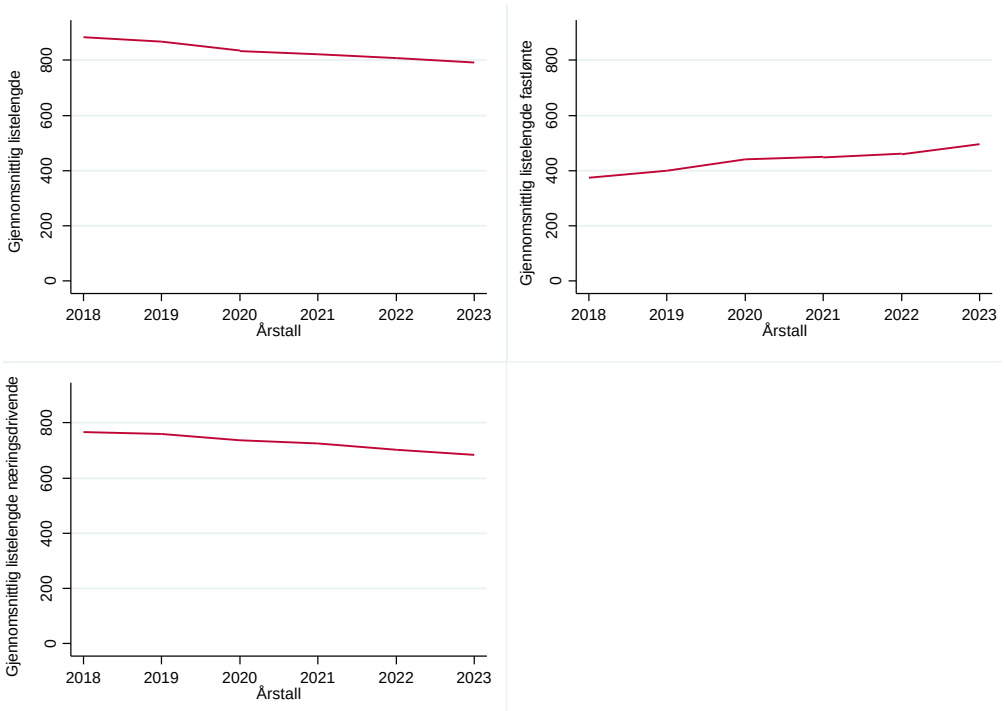


Figur 4-2: Utvikling i andel fastlønte fastleger for ulike grupper kommuner delt etter innbyggertall

Dersom vi hadde delt inn kommunene etter sentralitet, ville vi fått noenlunde samme inntrykk som ovenfor. De mest sentrale kommune har lav andel leger med ansettelsesforhold. Denne andelen er økende med lavere sentralitet, men over tid øker andelen i alle gruppene. Analysen er vist i vedlegg 4.

Når vi ser på listelengde for fastleger, baserer vi analysen på kommunegjennomsnitt. Dette er altså et nasjonalt gjennomsnitt av kommunale gjennomsnitt av listelengder. Dette er fordi vi ikke har informasjon på fastlegenivå, og en summering av antall lister i Norge og antall innbyggere ikke gir et godt inntrykk av listelengden og den kommunale problemstillingen. Selv om det er noe mobilitet på fastlegelister mellom kommuner, er det listelengde innenfor kommunene som er viktigst. Gjennomsnittlig listelengde blant alle fastleger i Norge ligger i 2024 på litt over 950 listeinnbyggere. Gjennomsnittet har avtatt med omtrent 100 innbyggere siste fem år. Siden mange små kommuner har lavere listelengde, vil et kommunegjennomsnitt som denne figuren viser, angi færre innbyggere på listene i gjennomsnitt. Inntrykket fra figuren er likevel totalt sett at gjennomsnittlig listelengde er avtagende over tid. Dette er samme utvikling som på nasjonalt nivå. Videre er listelengden vesentlig lengre for næringsdrivende leger enn for leger med ansettelsesforhold i kommunene. Over

tid ser vi imidlertid at utviklingen er ulik for de to typene organisering. Mens listelengden øker ganske kraftig for leger med fast ansettelsesforhold i kommunen, er den ganske sterkt avtagende for selvstendig næringsdrivende leger.

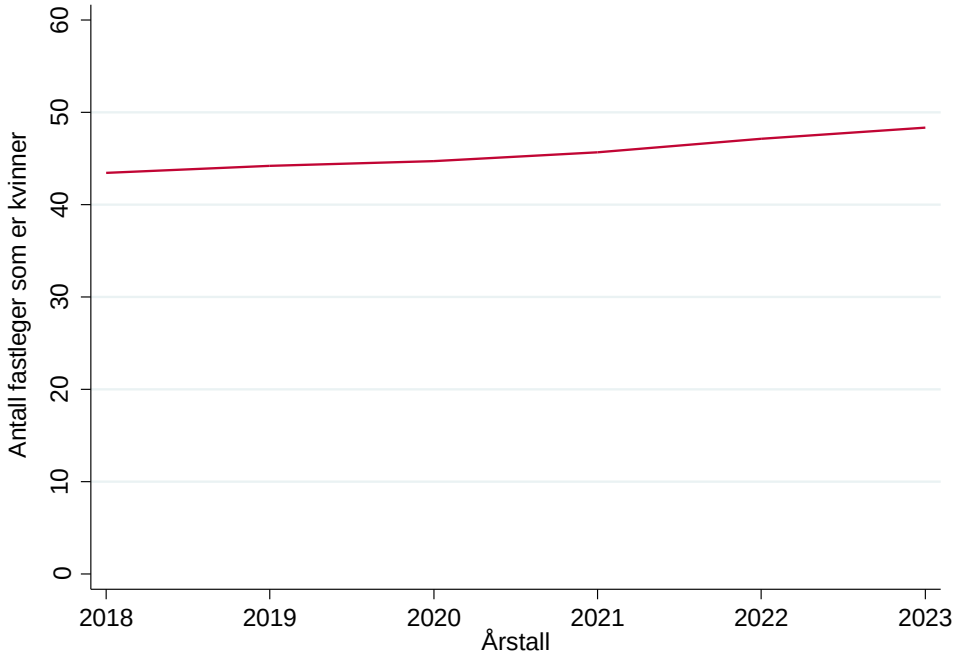


Figur 4-3: Utvikling i listelengde

Vi ser fra vedlegg 4 at listelengden for næringsdrivende leger er avtagende for alle kommunegrupper, målt etter innbyggertall og at takten er ganske lik. Næringsdrivende leger ser ut til å ha redusert listelengde overalt. For fastlønte leger, som vi så ovenfor har økende listelengde fra et vesentlig lavere nivå, er utviklingen ulik mellom kommunegrupper. For de aller største kommunene, som vi vet har ganske få fastlønte leger, og for de aller minste kommunene, er andelen noe avtakende eller stabil i perioden. For kommunene i mellomkategoriene, ser vi imidlertid at listelengden er sterkt økende. Vi ser dette i sammenheng med økningen i antallet leger med ansettelsesforhold i kommunene, som er sterkest i disse kategoriene. Når ansettelsesforhold blir den «normale» organiseringen går listelengden opp. Fastlønte leger kan også ha andre kommunale ansvar, som isolert sett kan gi lavere listelengde.

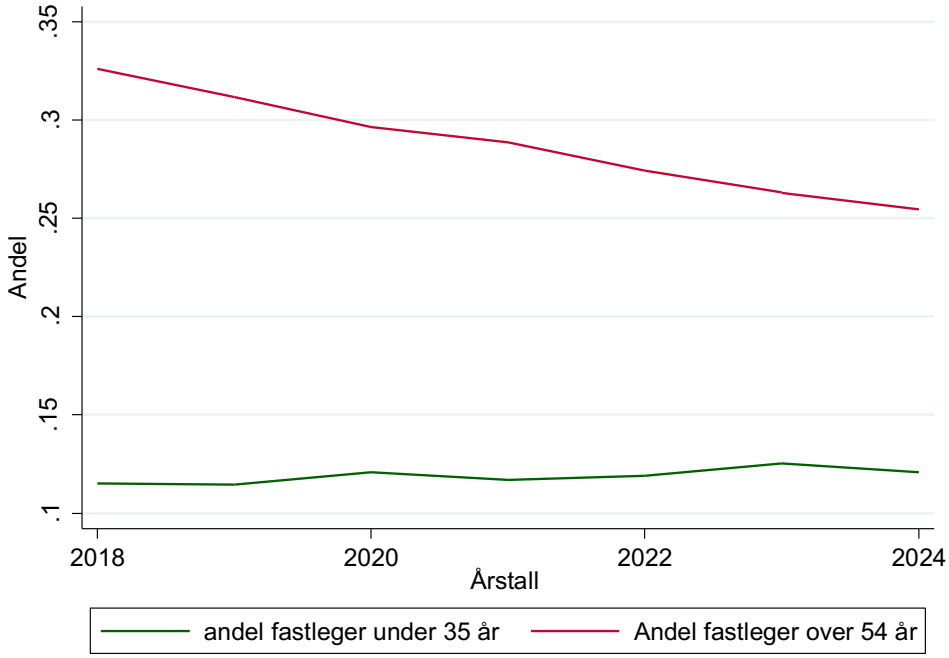
Andel kvinner som er fastleger, er økende. Fra Figur 4-4: Utvikling i andel kvinnelige fastleger ser vi at i dag er omtrent halvparten av fastlegene er kvinner, men dette var ikke tilfelle for få år siden. Det er flere kvinner som har kommet inn i yrket, mens antallet menn er relativt konstant. Vi ser fra figuren under, at andelen kvinner var på omtrent 43 prosent i 2018 og økte til nesten 49 prosent i 2023.

Kvinneandelen er økende i alle kommunetyper om vi deler inn etter innbyggertall. Det er sterkest positiv utvikling i de minste kommunene. Der er også andelen størst. I 2023 er nesten 60 prosent av fastlegene i de minste kommunene kvinner. Analysen er i vedlegg 4.



Figur 4-4: Utvikling i andel kvinnelige fastleger

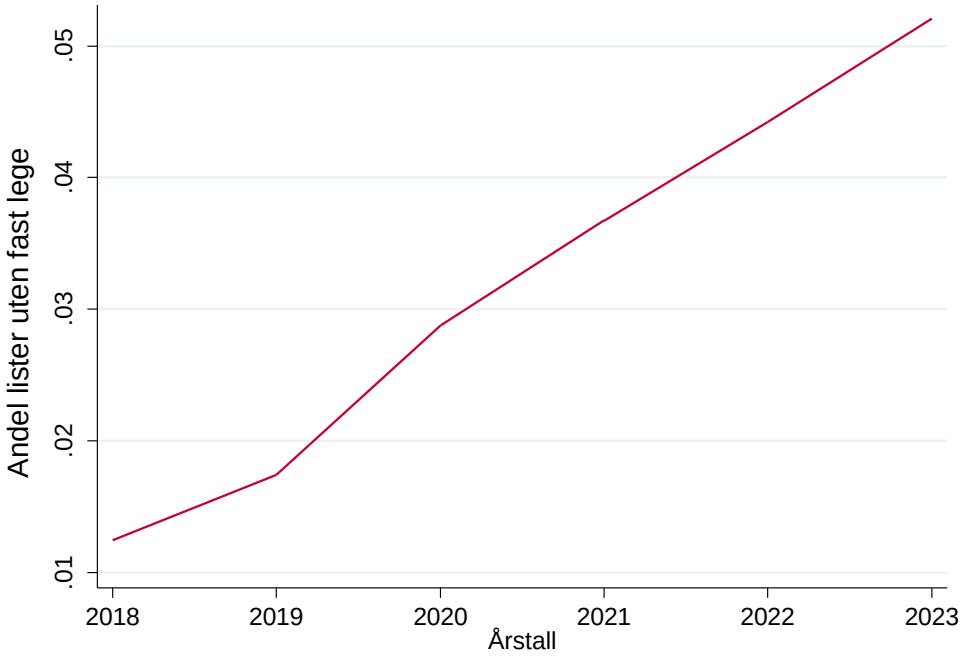
Våre tall viser at gjennomsnittsalderen for fastlegene er synkende. De siste fem årene har snittalderen gått ned med over ett år og er nå på 46,7 år. Tallene i Figur 4 5 Utvikling i aldersgrupper for fastlegene under viser at dette i stor grad skyldes fallende andel av fastleger over 54 år. Andelen under 35 år er ganske lav, men svakt økende.



Figur 4-5: Utvikling i aldersgrupper for fastlegene

Fra figurene i vedlegg 4 ser vi at andel fastleger over 54 år er avtagende i alle de fire kommunegruppene. Det er mindre forskjell mellom gruppene i 2023 enn det var i 2018. Nedgangen blant de største kommunene er noe sterkere enn de andre. De største kommunene har fortsatt en høyere andel fastleger over 54 år, mens for alle gruppene under 50 000 innbyggere er forskjellen i denne andelen liten. For den yngste gruppen av fastleger, er utviklingen mer ulik mellom kommunene. Her ser vi at de største kommunene har lav andel fastleger under 35 år gammel, men økende. Også i kommuner mellom 10 tusen og 50 tusen innbyggere er andelen økende. I de minste kommunene er andelen avtagende. I 2023 er det de største kommunene som skiller seg ut med omtrent 7 prosent av fastlegene som er under 35 år, mens andelen er ganske lik mellom de andre gruppene på mellom 15 og 16 prosent.

De aller fleste fastlegelistene har en fast lege. Men vi ser likevel at andelen lister uten fast lege er økende gjennom perioden. Antallet legelister uten fast lege er doblet siden 2020, noe som også gjør at andelen øker, selv om antallet fastleger samlet sett også øker. Tall som ikke er rapportert her, viser likevel at utover i 2024, ser vi en reduksjon i antall lister uten fast lege.



Figur 4-6: Utvikling i andel lister uten fast lege

Andelen lister uten fast lege er økende for alle de fire kommunegruppene, som vist i vedlegg 4. Forskjellen mellom gruppene er imidlertid økende. I de største kommunene er andelen lav, men øker noe fram til 2023. Etter hvert som innbyggertallet øker, er andelen uten fast lege høyere. For de minste kommunene, under 3000 innbyggere er andelen på omtrent 12 prosent, mens den er på 11 prosent for kommuner mellom 3000 og 10 000 innbyggere.

Den deskriptive fastlegestatistikken viser samlet sett at fastlegeordningen er i endring, både når det gjelder organisering av ordningen i kommunene og sammensetningen av fastlegene. Over tid har vi sett at flere og flere kommuner velger å ansette fastlegene i en kommunal stilling fremfor å ha avtaler med selvstendig næringsdrivende leger. Dette gjelder særlig i små kommuner, selv om utviklingen er i retning av flere fastlønte leger overalt. I tillegg ser vi at vi er på vei gjennom et generasjonsskifte ved at andelen eldre leger er avtagende. Antallet kvinner øker også, mens antallet menn som er fastleger er ganske konstant.

5. Spørreundersøkelse til norske kommuner – gjennomgang

En viktig del av datagrunnlaget i dette prosjektet er en omfattende spørreundersøkelse til alle norske kommuner. Som beskrevet i datakapitlet, ble undersøkelsen først sendt til kommunenes postmottak-adresse og deretter til kommunalsjef for helse i kommunene som ikke besvarte den første invitasjonen. Vi har 208 unike svar fra kommunene, som tilsvarer i alt har 58,4 prosent av kommunene svart på undersøkelsen. I tillegg har vi fått varsel fra enkeltkommuner som har valgt å ikke besvare undersøkelsen.

Frafallsanalysen viser at det er noe skjevhet i utvalget vårt, ved at småkommuner, mindre sentrale kommuner og kommuner fra Nord-Norge er litt underrepresentert. Dette er som i tidligere undersøkelser av fastlegeordningen.

Spørreundersøkelsen skulle besvares av en person med økonomiansvar for fastlegeordningen. Dette ser ut til å ha blitt fulgt godt. De aller fleste av de som har besvart er enten kommunedirektør, kommunalsjef, enhetsleder eller virksomhetsleder. Det er likevel noen kommuneoverleger som har besvart undersøkelsen. Det er usikkert om disse har økonomiansvar for tjenesten.

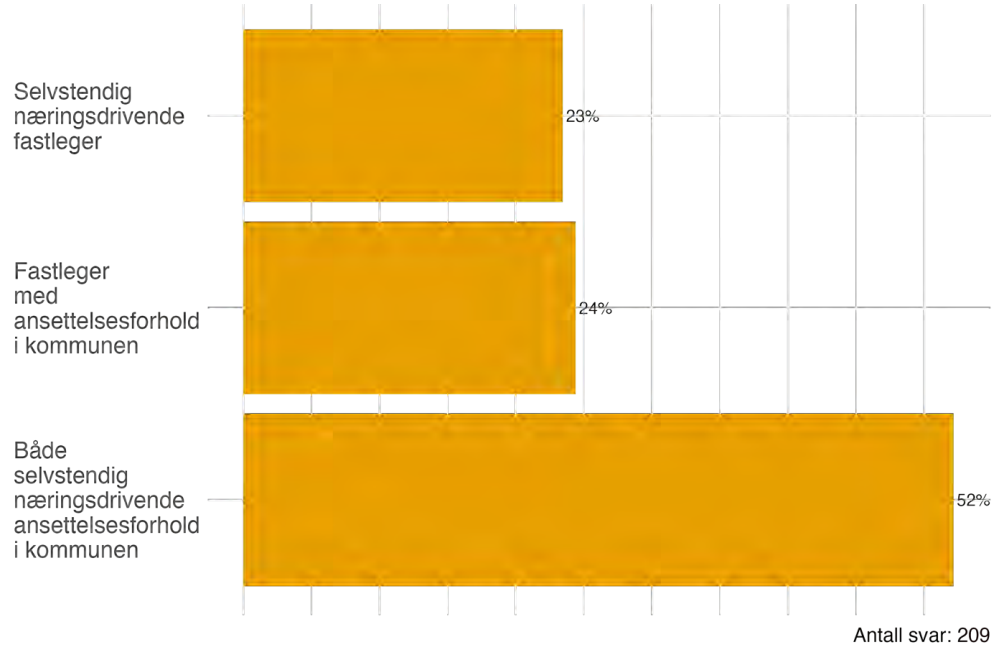
Vi skiller mellom to hovedkategorier for hvordan fastlegeordningen er organisert i vår undersøkelse: selvstendig næringsdrivende leger og leger med ansettelsesforhold i kommunen. Hele undersøkelsen vår er organisert etter hva kommunene svarer på spørsmålet om organisering. Innenfor disse hovedkategoriene finnes det naturligvis flere varianter.

Kommunene svarte først på spørsmålet om organisering og deretter fikk de spørsmål knyttet til den organiseringen de har valgt. Dersom kommunene har svart at de har både selvstendig næringsdrivende leger og leger med fastlønnsavtaler, får de spørsmål knyttet til begge ordningene. Til slutt fikk alle kommuner spørsmål som var felles for begge organisasjonsformene.

Litt over halvparten av kommunene som svarte på undersøkelsen sa at de har både leger med ansettelsesforhold i kommunen, og selvstendig næringsdrivende leger. Den andre halvparten er omtrent likt fordelt mellom kommuner som kun har

enten fastlønte eller selvstendig næringsdrivende leger. Fordelingen er illustrert i Figur 5-1.

Dette spørsmålet ble ikke direkte spurt i tidligere undersøkelser, slik at vi ikke kan sammenligne denne fordelingen med hvordan det har vært tidligere.



Figur 5-1: Organisasjonsform i kommunen. Et mulig alternativ.

Vi antar at organiseringen av fastlegeordningen i stor grad reflekterer kommunens behov og utfordringer i kommunehelsetjenesten. Nedenfor følger noen tabeller som viser hvilke kommuner som har ulike former for organisering. Vi ser at resultatene her stemmer overens med statistikken presentert i kapittel 4. Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen er en organisering vi ser hyppigst i mindre kommuner. Her ser vi i tillegg at i den grad store kommuner har fastleger med ansettelsesforhold i kommunen, så har de begge løsninger. Det er få av de store kommunene, som har kun leger med fast ansettelse i kommune. På samme måte ser vi at i de minste kommunene er det kun 12 prosent av kommunene som kun har selvstendig næringsdrivende fastleger.

Tabell 5-1: Organisering av fastlegeordningen etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Selvstendig næringsdrivende fastleger	Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen	Begge løsninger
Under 3000	12 %	68 %	20 %
3000-9999	27 %	19 %	54 %
Over 10000	26 %	2 %	72 %
Total	23 %	24 %	53 %

Tabell 5-2: Organisering av fastlegeordningen etter sentralitet

Sentralitet	Selvstendig næringsdrivende fastleger	Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen	Begge løsninger
Mest sentral (1-3)	36 %	0 %	64 %
4	18 %	7 %	75 %
5	17 %	35 %	48 %
Minst sentral 6	16 %	68 %	16%
Total	23 %	24 %	53 %

Organiseringen av fastlegeordningen er i utvikling. Vi har i denne undersøkelsen spurt om hvilken organisering av fastlegeordningen, kommunen opplever en økning av. Denne er delt inn i fire kategorier, hvor ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen), er et alternativ. Selvstendig næringsdrift med tilleggsordninger er neste alternativ, mens de to siste alternativene, er fastleger med ansettelsesforhold med eller uten tilleggsordninger.

Undersøkelsen viser at nesten halvparten av kommunene opplever en økning av ordninger med fast ansettelsesforhold og tilleggsordninger. Ytterligere ti prosent mener det er fastlønte fastleger uten tilleggsordninger som øker mest. En tredel av kommunene krysser av for at det er selvstendig næringsdrivende fastleger med ulike tilleggsordninger som øker mest, mens en liten andel mener at hovedmodellen er den ordningen som øker. Svarene fra spørreundersøkelsen samsvarer dermed godt med den offentlige statistikken vi analyserte i kapittel 4. Der så vi at andelen med ansettelsesforhold i kommunen økte sterkt på bekostning av selvstendig næringsdrivende leger og at økningen var sterkest for de middels store kommunene.

Kommuner med leger som har ansettelsesforhold i kommunene

I denne delen analyserer vi resultatene for kommuner som har svart at de enten kun har leger med ansettelsesforhold i kommunen, eller at de har begge organisasjonsformer.

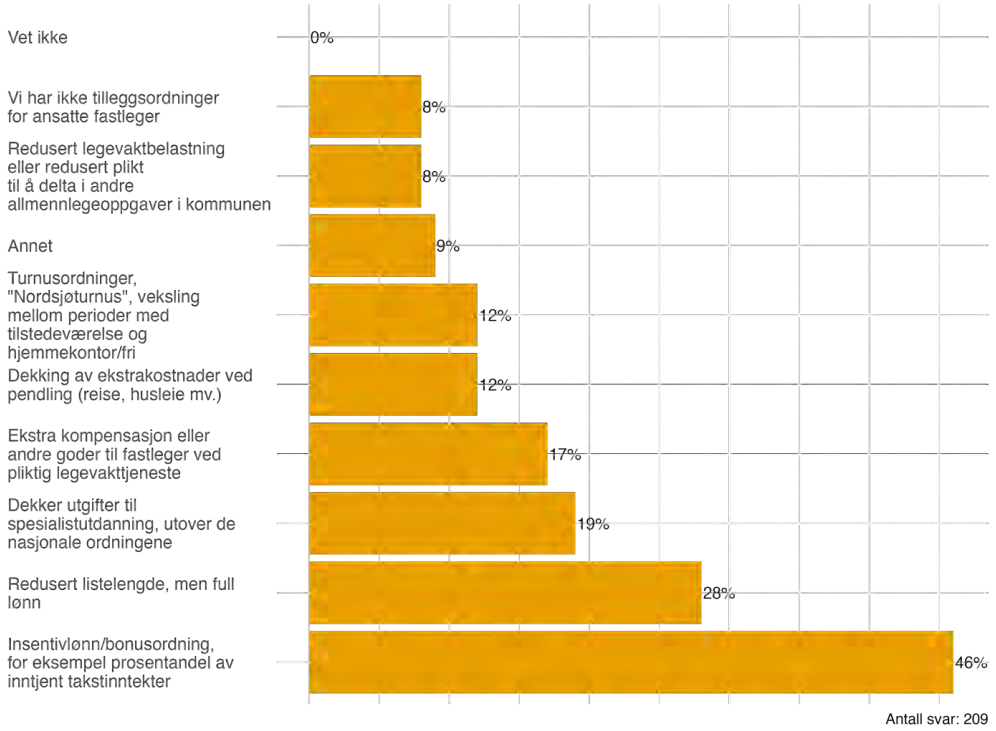
Å ha leger med ansettelsesforhold i kommunen betyr ikke nødvendigvis at man har merkostnader. Kommuner med fastlønte leger mottar i utgangspunktet basistilskuddet[6] (gjennom rammefordelingen) samt egenandeler og refusjoner, mens den ansatte fastlegen mottar lønn fra kommunen. Dersom lønn og eventuelle andre ordninger er høyere enn de inntektene kommunen får, vil kommunen ha merkostnader.

Figur 5-2 viser bruken av tilleggsordninger blant kommunene med ansatte fastleger. De horisontale søylene representerer andelen av kommunene som krysset av for de ulike ordningene. Vi ser fra figuren at den vanligste tilleggsordningen er insentivlønn eller bonusordninger, der vi i spørsmålsstillingene har angitt ordningen der fastlegen mottar en prosentandel av takstinntekter som et eksempel. Nesten halvparten av kommunene svarer at de har denne type tilleggsordning. Det er altså mange kommuner som bruker økonomiske insentiver overfor sine fastleger.

Vi ser derimot at også andre typer insentiver brukes mye av kommunene: omtrent 28 prosent svarer at fastlegene deres har redusert listelengde med full lønn. Det er mange kommuner som sier de dekker utgifter til spesialistutdanning, utover de nasjonale ordningene og en del som gir ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktstjeneste. 12 prosent av kommunene sier de har turnusordninger. Kun 8 prosent av kommunene svarer at de ikke har tilleggsordninger for ansatte fastleger.

Svarene indikerer samlet sett at bruken av tilleggsordninger er utstrakt blant kommunene. Disse betingelsene kan medføre at kommunenes samlede kostnader til ansatte fastleger overstiger det tilbakeholdte basistilskuddet.

6 Betaler ikke ut basistilskudd.



Figur 5-2: Mottar fastlegene med ansettelsesforhold i kommunen noen av tilleggsordningene, utover fast lønn, listet opp nedenfor? Flere valg mulig.

Om vi deler inn kommunene etter kommunestørrelse, ser vi i Tabell 5-3 at felles for alle kommuner, er at insentivlønn/bonusordning er et viktig tilleggsgode. For de minste kommunene, er dekning av ekstrakostnader ved pendling viktig, mens dette er mindre viktig i de større kommunene. Turnusordninger/hjemmekontor er også mer vanlig i de minste kommunene. Det er mer vanlig med redusert listelengde med full lønn i de store kommunene. Sett bort fra det er det små forskjeller etter kommunestørrelse. Dersom vi hadde delt inn kommunene etter sentralitet, ville det gitt noenlunde samme bilde. Vi har ikke rapportert denne analysen, men det er generelt færre tilleggsordninger i de meste sentrale kommunene, men den relative viktigheten av dem er ganske lik. Men også her er dekning av ekstrakostnader ved pendling viktigere i de minst sentrale kommunene.

Tabell 5-3: Bruk av tilleggsgoder/ordninger for ulike kommuner delt etter innbyggertall. Fastlønte leger

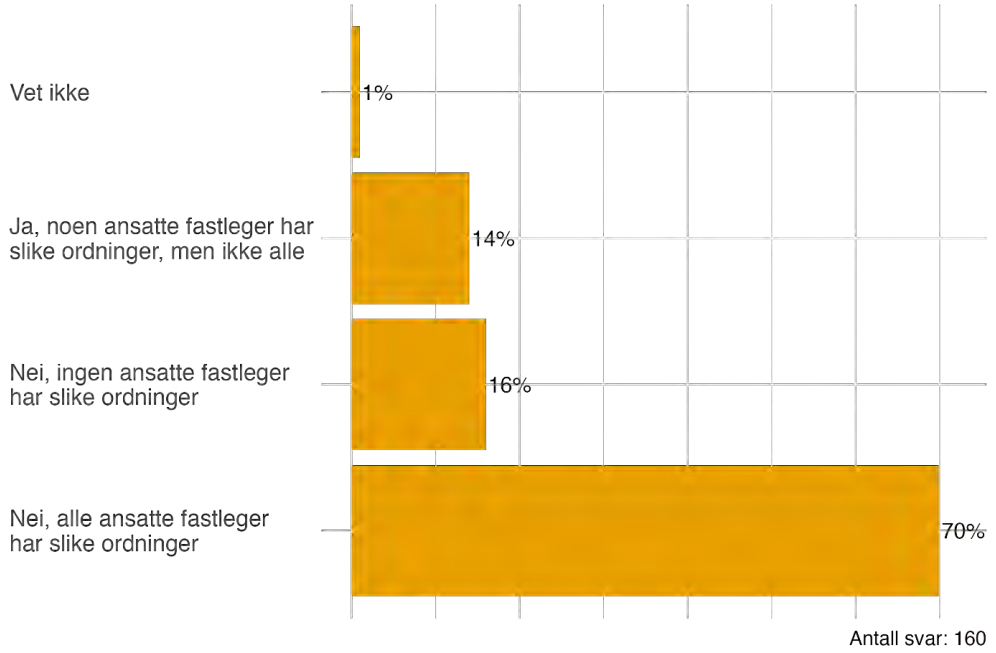
Tilleggsgode	Under 3000 innbyggere	3-10 000 innbyggere	Over 10 000 innbyggere
Turnusordninger, «Nordsjøturnus», veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri	25 %	21 %	5 %
Redusert listelengde, men full lønn	27 %	28 %	57 %
Redusert legevaktsbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen	7 %	7 %	17 %
Insentivlønn/bonusordning for eksempel prosentandel inntjente takstinntekter	57 %	63 %	67 %
Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktstjeneste	32 5	19 %	20 %
Dekking av ekstrakostnader ved pendling	34 %	17 %	5 %
Dekker utgifter til spesialistutdanning, utover de nasjonale ordningene	25 %	30 %	23 %

På dette spørsmålet hadde kommunene mulighet til å svare «annet». Tekstsvarene viser at i tillegg til ordningene som de svarte på ovenfor, finnes det ordninger for ekstra ferie, kursdager, hjemmekontordager og utgiftsdekning for bil og bosted.

Kommunene kunne angi om alle fastlegelegene med ansettelsesforhold hadde tilleggsordninger, eller om kun noen av dem hadde det. Svarene er gjengitt i Figur 5-3. Fra figuren ser vi at i 14 prosent av kommunene er det noen fastleger som har tilleggsordninger og andre ikke, mens i de resterende har enten alle legene tilleggsordninger, eller at ingen av legene har det. I de største kommunene er det mer vanlig at noen leger har ordninger, mens andre ikke har det, mens i de mellomstore kommunene er det vanligere at ingen fastleger har tilleggsordninger.

Kommunene ble deretter spurt om å angi *antallet* fastleger som hadde tilleggs-ordninger og hvor mange av fastlegene som *ikke* hadde det. Blant kommunene som sier at de har tilleggsordninger, har i gjennomsnitt 80 prosent av legene slike ordninger, mens 20 prosent ikke har det. Vi ser i Tabell 5-4 at andelen med tilleggsordninger varierer litt mellom kommunene og det er i småkommunene den største andelen har slike ordninger. Blant de mellomstore kommunene, fra 3000 til 10 000 innbyggere er det nesten en fjerdedel av dem som *ikke* har tilleggsordninger.

Denne andelen er ned mot 10 prosent for de aller minste og de største kommunene. Andelen fastleger uten tilleggsgoder for fastlønnslegene er også lavere i de minst sentrale kommunene. Blant de mest sentrale kommunene, er det en av tre kommuner som *ikke* har tilleggsgoder for de fastlønte legene. Det er imidlertid verdt å merke seg at det er en lav andel av disse kommunene som har leger med ansettelsesforhold i kommunen.



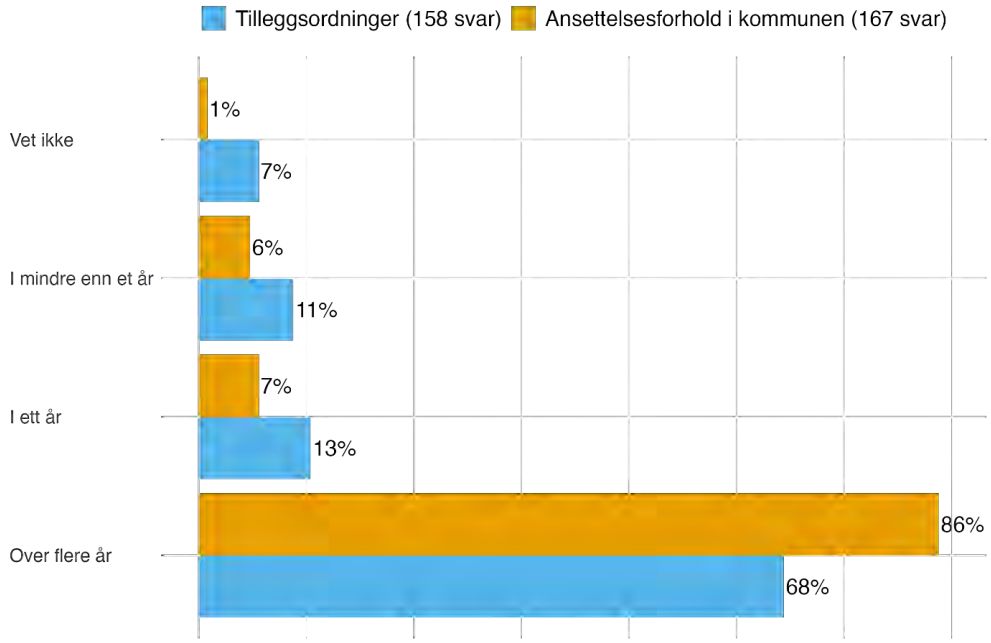
Figur 5-3 Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger?

Tabell 5-4: Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger? Etter kommunestørrelse. Fastlønte leger. Andel fastleger med tilleggsordninger.

	Under 3000 innbyggere	3-10 000 innbyggere	Over 10 000 innbyggere
Ja, noen ansatte fastleger har slike ordninger, men ikke alle	9,3 %	10,2 %	20,7 %
Nei, alle fastleger har slike ordninger	76,7 %	66,1 %	68,9 %
Nei, ingen ansatte fastleger har slike ordninger	11,6 %	23,7 %	10,3 %
Vet ikke	2,3 %	0 %	0 %
Andel av fastlegene som har tilleggsordninger	89,5 %	77,4 %	75,8 %

Vi har også spurt kommunene om utviklingen i ordningen med ansatte fastleger, og tilleggsgoder. Fordelingen av svar er gjengitt i Figur 5-4. Blant kommunene som har leger med ansettelsesforhold i kommunen, har nesten 5 av 6 av kommunene hatt dette over flere år, mens noen få kommuner har hatt det i ett eller i mindre enn ett år.

Blant kommunene som har tilleggsordninger til fastlønte leger, har 2 av 3 av disse hatt det i flere år, mens 1 av 4 har hatt det i ett år eller mindre enn ett år. De resterende informantene vet ikke hvor lenge ordningene har vart. Det er likevel oppsiktsvekkende at så mange som en fjerdedel av kommunene har satt i gang med tilleggsordninger det siste året.



Figur 5-4: Hvor lenge kommunen har hatt fastleger med ansettelsesforhold i kommunen, og hvor lenge kommunen har hatt tilleggsordninger for fastleger med ansettelsesforhold i kommunen.

En problemstilling i dette prosjektet, har vært hvordan etterspørselen etter tilleggsgoder varierer mellom leger og kommuner. Det er noen variasjoner med tanke på innbyggertall og sentralitet. I Tabell 5 5 skal vi se om det er forskjeller med kommunene med tanke på kvinneandel og alder blant fastlegene i kommunene.

Vi ser at det er forskjeller mellom kommunene dersom vi deler etter kjønn og alder. Der andelen kvinner er høy eller andelen unge fastleger er høy, finner vi flere ordninger med ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktstjeneste. For de unge er også redusert legevaktsbelastning eller annen redusert plikt til å delta i andre allmenlegeoppgaver i kommunen mer vanlig. Denne ordningen er også mer vanlig der kvinneandelen er høy. I alle kommuner er bonusordninger eller insentivlønn vanlig. Der andelen kvinnelige fastleger er høy, er det videre mer vanlig at kommunen dekker utgifter til spesialistutdanninger, utover nasjonale ordninger. Vi ser videre at også for turnusordninger, pendlekostnader og redusert listelengde, at disse ordningene er mer vanlig der andelen kvinnelige og unge fastleger er høy.

Samlet sett ser det dermed til at der andelen kvinnelige fastleger er høy og andelen unge fastleger er høy, er det mer utstrakt bruk av tilleggsordninger for de

fastlønte legene. Vi har nevnt noen ordninger som er relativt sett viktigere, men hovedinntrykket er at de fleste tilleggsordningene er mer vanlige i disse kommunene. Undersøkelsen viser også at det er større sannsynlighet for at kommunene har merkostnader, der andelen unge fastleger er høy. Vi finner ingen forskjeller med tanke på kvinneandel.

Tabell 5-5: Forskjeller i bruk av tilleggsgoder/ordninger etter kjennetegn ved fastlegene i kommunene. Fastlønte leger

Tilleggsgode	Andel kvinnelige leger under 40 %	Andel kvinnelige leger over 60 %	Ingen fastleger under 35 år	20 % eller mer av fastlegene under 35 år
Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste	9,1 %	33,3 %	17,2 %	35,3 %
Redusert legevaktbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen	3 %	15,6 %	3,4 %	17,6 %
Insentivlønn/ bonusordning, for eksempel prosentandel av inntjent takstinntekter	54,5 %	64,4 %	56,9 %	56,9 %
Dekker utgifter til spesialistutdanning, utover de nasjonale ordningene	27,3 %	35,5 %	24,1 %	23,5 %
Turnusordninger, "Nordsjøturnus", veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri	12,1 %	26,7 %	17,2 %	19,6 %
Dekking av ekstrakostnader ved pendling (reise, husleie mv.)	12,1 %	31,1 %	15,5 %	29,4 %
Redusert listelengde, men full lønn	30,3 %	42,2 %	27,6 %	39,2 %

Tilfredshet

Kommunene som har leger med ansettelsesforhold i kommunen, er i stor grad tilfreds med ordningen sin. Omtrent 70 prosent av kommunene, er enten meget godt fornøyd eller godt fornøyd med ordningen med leger som har ansettelsesforhold. Kun 12 prosent mener at ordningen fungerer dårlig eller svært dårlig. Vi har sett litt på hvordan tilfredsheten varierer med hvor mange tilleggsordninger kommunen tilbyr sine fastleger. Vi finner ingen særlig sammenheng der. Andelen kommuner som er meget godt fornøyd eller godt fornøyd er ganske lik uavhengig av tilleggsordninger. Det samme gjelder om man har merkostnader eller ikke. Her ser vi faktisk at kommunene som har merkostnader er mer fornøyde med løsningen om å ha fastlønte fastleger enn kommuner som sier de ikke har merkostnader.

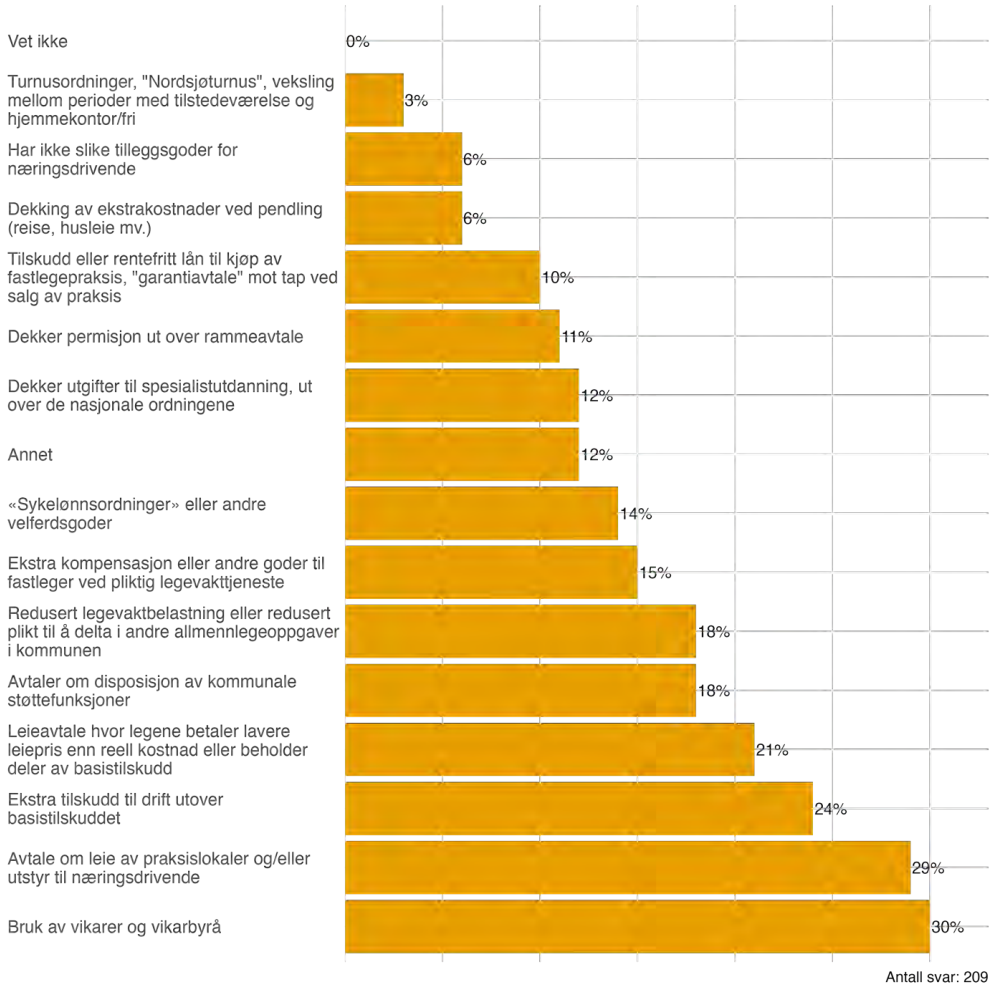
Vi har tidligere i rapporten sett at det er fastlønte leger som øker mest og aller sterkest er økningen blant fastlønte leger som også har tilleggsordninger. I tillegg til dette er det noen kommuner som har hatt fastlønte leger, men som har sluttet med det. Vi spurte kommunene som kun hadde selvstendig næringsdrivende leger i sin kommune i dag, om de hadde hatt fastlønte leger og sluttet med det og i overkant av 20 prosent av disse kommunene sa at de hadde sluttet med fastlønte leger.

Kommuner med selvstendig næringsdrivende leger

Kommunene som besvarte at de hadde selvstendig næringsdrivende eller både selvstendig næringsdrivende leger og fastlønte leger, har fått spørsmål om ordningene for sine selvstendig næringsdrivende leger. Antallet respondenter blir omtrent det samme for begge ordningene, hvor halvparten av respondentene har besvart spørsmål både for leger med ansettelsesforhold i kommunene og selvstendig næringsdrivende leger.

Hovedmodellen for fastlegeordningen er selvstendig næringsdrift hvor kommunens andel av finansieringen tilsvarer basistilskuddet. Tidligere kartlegginger har imidlertid pekt på at kommunene har egne ordninger utover hovedmodellen. Mange av disse ordningene kan medføre merkostnader for kommunen. I spørreundersøkelsen, er det flest kommuner (rundt 30 prosent eller mindre) som krysser av for, er «bruk av vikarer og vikarbyrå», «avtale om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende» og «ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet». Dette vil si at kommunene bruker ekstra ressurser til å subsidiere driften til legekontorene, blant annet med utleie av lokaler og med å finansiere vikarbruk. Det

er også 20 prosent som tilbyr redusert legevaktsbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunene. Tilsvarende andel svarer også at de har avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller lavere leiepris enn reell kostnad. Figuren viser også at det er flere tilleggsordninger av betydning her.



Figur 5-5: Mottar kommunens næringsdrivende leger noen av tilleggsordningene listet opp nedenfor? Flere valg mulig.

Hvilke tilleggsordninger som tilbys, varierer litt mellom kommuner. Tabell 5 6 viser en oversikt over det. De minste kommunene velger i størst grad «avtale om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende». Også lavere leiepris og disposisjon av støttefunksjoner er mer vanlig i små kommuner enn i større

kommuner. I større kommuner ser vi at det er mer vanlig med ekstra tilskudd til drift, redusert legevaktsbelastning eller annen redusert plikt til å delta i kommunens allmenlegeoppgaver. Garantier og rentefrie lån er også mer benyttet i større kommuner enn i småkommunene, i tillegg til mer utstrakt tilbud om vikarer og bruk av vikarbyrå. Vi ser igjen samme mønster dersom vi deler kommunene etter sentralitet. Sentrale kommuner benytter tilleggsgoder som ligner på de som benyttes i større kommuner.

Tabell 5-6: Bruk av tilleggsgoder/ordninger i ulike kommuner delt etter innbyggertall. Selvstendig næringsdrivende leger

Tilleggsgode	Under 3000 innbyggere	3-10 000 innbyggere	Over 10 000 innbyggere
Avtale om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende	63 %	51 %	28 %
Leieavtale hvor legene betaler lavere leiepris enn reell kostnad eller beholder deler av basistilskudd	38 %	35 %	22 %
Avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner	38 %	37 %	15 %
Ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet	13 %	30 5	43 %
Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste	31 %	16 %	22 %
Redusert legevaktbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen	13 %	17 %	37 %
Tilskudd eller rentefritt lån til kjøp av fastlegepraksis, "garantiavtale" mot tap ved salg av praksis	0 %	3 %	25 %
Dekker utgifter til spesialistutdanning, ut over de nasjonale ordningene	25 %	16 %	15 %
Dekker permisjon ut over rammeavtale	6 %	14 %	16 %
Bruk av vikarer og vikarbyrå	31 %	40 %	43 %
Turnusordninger, "Nordsjøturnus", veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri	0 %	6 %	4 %
«Sykelønnsordninger» eller andre velferdsgoder	6 %	21 %	20 %
Dekking av ekstrakostnader ved pendling (reise, husleie mv.)	6 %	11 %	6 %

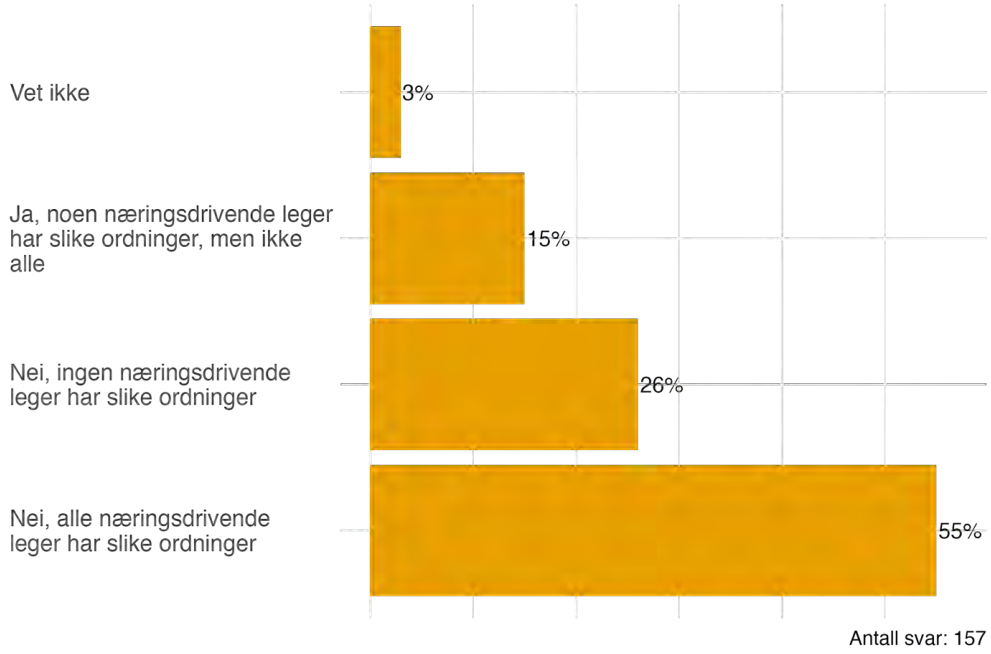
26 av kommunene har også beskrevet andre tilleggsgoder i et tekstalternativ. Mye av dette er versjoner av alternativene presentert ovenfor, men det er også noe på at man beholder andeler av basistilskudd, ekstra praksiskompensasjon, etableringstilskudd, kontantbeløp, pensjonsordninger og lignende.

For fastlønte leger så vi tendenser til at kommuner med mange kvinnelige fastleger og mange unge fastleger, var det mer utstrakt bruk av tilleggsordninger. I Tabell 5-7 ser vi hvordan det ser ut for næringsdrivende leger. Vi ser nedenfor at det er mindre forskjeller mellom disse gruppene når vi ser på nøringsdrivende leger. Her er det mer på enkeltgoder vi ser forskjeller. For eksempel, er ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet en mer vanlig ordning der det er en høy andel unge fastleger. Det samme gjelder ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktstjeneste. Der andelen fastleger under 35 er null, er det nesten ingen tilskudd eller rentefrie lån til kjøp av fastlegepraksis, «garantiavtale» mot tap ved salg av praksis. I de andre gruppene har 10-12 prosent av kommunene slike ordninger. Å dekke utgiftene til spesialistutdanning, er mer vanlig der andelen kvinnelige fastleger er høy, og permisjoner, sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder, dekkes i større grad der det er mange unge fastleger og mange kvinnelige fastleger.

Tabell 5-7: Bruk av tilleggsgoder/ordninger for ulike kommuner, delt etter kjennetegn ved fastlegene. Selvstendig næringsdrivende leger

Tilleggsgode	Andel kvinnelige leger under 40 %	Andel kvinnelige leger over 60 %	Ingen fastleger under 35 år	20 % eller mer av fastlegene under 35 år
Avtale om leie av praksislokaler og/ eller utstyr til næringsdrivende	51 %	48,4 %	45,5 %	41,9 %
Leieavtale hvor legene betaler lavere leiepris enn reell kostnad eller beholder deler av basistilskudd	30,6 %	35,5 %	31,8 %	34,9 %
Avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner	28,6 %	25,8 %	27,3 %	27,9 %
Ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet	34,7 %	25,8 %	25 %	44,2 %
Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste	24,5 %	16,1 %	20,5 %	32,6 %
Redusert legevaktbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen	20,4 %	25,8 %	22,7 %	25,6 %
Tilskudd eller rentefritt lån til kjøp av fastlegepraksis, "garantiavtale" mot tap ved salg av praksis	10,2 %	12,9 %	2,3 %	11,6 %
Dekker utgifter til spesialistutdanning, ut over de nasjonale ordningene	12,2 %	29 %	18,2 %	11,6 %
Dekker permisjon ut over rammeavtale	12,2 %	22,6 %	9,1 %	23,3 %
Bruk av vikarer og vikarbyrå	42,9 %	41,9 %	29,5 %	48,8 %
Turnusordninger, "Nordsjøturnus", veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri	6,1 %	6,5 %	2,3 %	4,7 %
«Sykelønnsordninger» eller andre velferdsgoder	12,2 %	25,8 %	15,9 %	25,6 %
Dekking av ekstrakostnader ved pendling (reise, husleie mv.)	12,2 %	12,9 %	2,3 %	16,3 %

Slik som for leger med ansettelsesforhold i kommunen, spurte vi kommuner med næringsdrivende leger om alle legene hadde tilleggsordninger, om kun noen hadde det eller ingen hadde det. Fordelingen av svar er vist i Figur 5-6. Kun 15 prosent sier at kun noen leger hadde slike ordninger, 55 prosent sier at alle legene hadde slike ordninger, mens omtrent 26 prosent mener ingen leger hadde tilleggsordninger. Som for fastlønte leger, tilsier dette at kommunene i stor grad behandler fastlegene likt. Vi ser fra Tabell 5-8 at i småkommunene er det relativt sett mer vanlig at ingen fastleger har slike ordninger, mens det er i de største kommunene at det er mer vanlig å variere om legene har slike ordninger eller ikke. I de mellomstore kommunene er det så mange som 60 prosent av kommunene som sier at alle fastlegene har tilleggsordninger. Ved å beregne andelen av fastlegene som har tilleggsordninger i kommunene, er denne andelen lavest i de største kommunene.

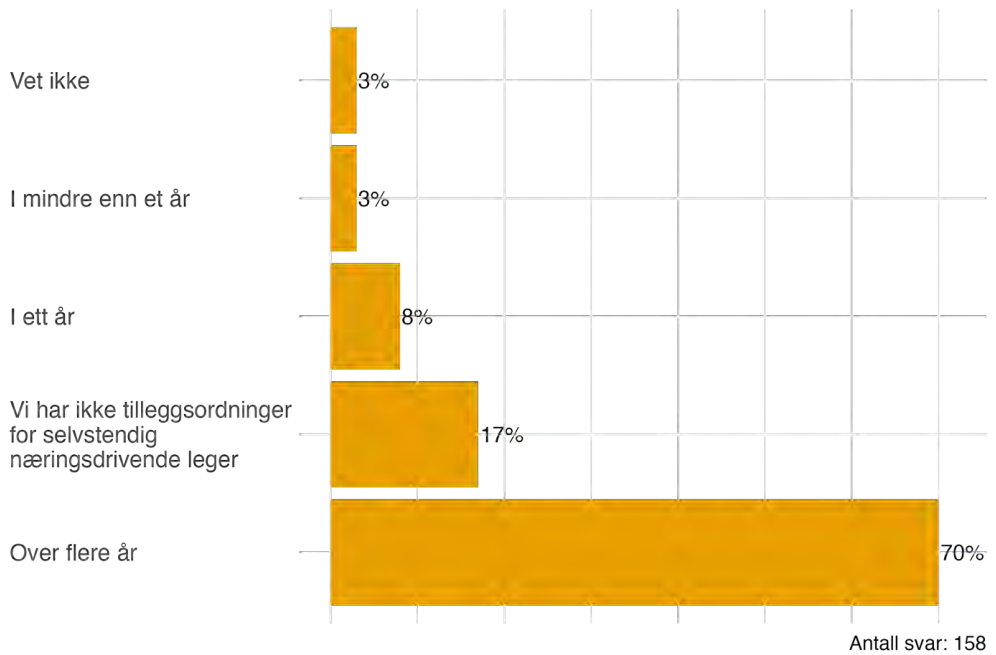


Figur 5-6: Er det enkelte næringsdrivende leger som har tilleggsordninger utover tilskuddene i hovedmodellen og enkelte som ikke får tilleggsordninger i din kommune?

Tabell 5-8: Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger? Etter kommunestørrelse. Selvstendig næringsdrivende leger. Andel fastleger med tilleggsordninger.

	Under 3000 innbyggere	3-10 000 innbyggere	Over 10 000 innbyggere
Ja, noen ansatte fastleger har slike ordninger, men ikke alle	15,8 %	11,5 %	21,1 %
Nei, alle fastleger har slike ordninger	47,3 %	60,7 %	54 %
Nei, ingen ansatte fastleger har slike ordninger	36,8 %	23 %	22,4 %
Vet ikke	0 %	4,9 %	2,6 %
Andel av fastlegene som har tilleggsordninger	68,8 %	71,1 %	58,7 %

Vi har spurt kommuner med næringsdrivende leger om hvor lenge de har hatt tilleggsordninger, ut over hovedmodellen. Figur 5-7 viser hvordan svarene deres fordeler seg. Av figuren ser vi at et klart flertall av kommunene har hatt tilleggsordninger over flere år. Rundt 10 prosent av kommunene har hatt slike ordninger i ett år eller mindre. Resultatene indikerer dermed at slike tilleggsordninger er blitt brukt over lang tid, noe som er i tråd med det kommunene har svart i tidligere spørreundersøkelser om hvor lengde de har subsidiert fastlegeordningen.

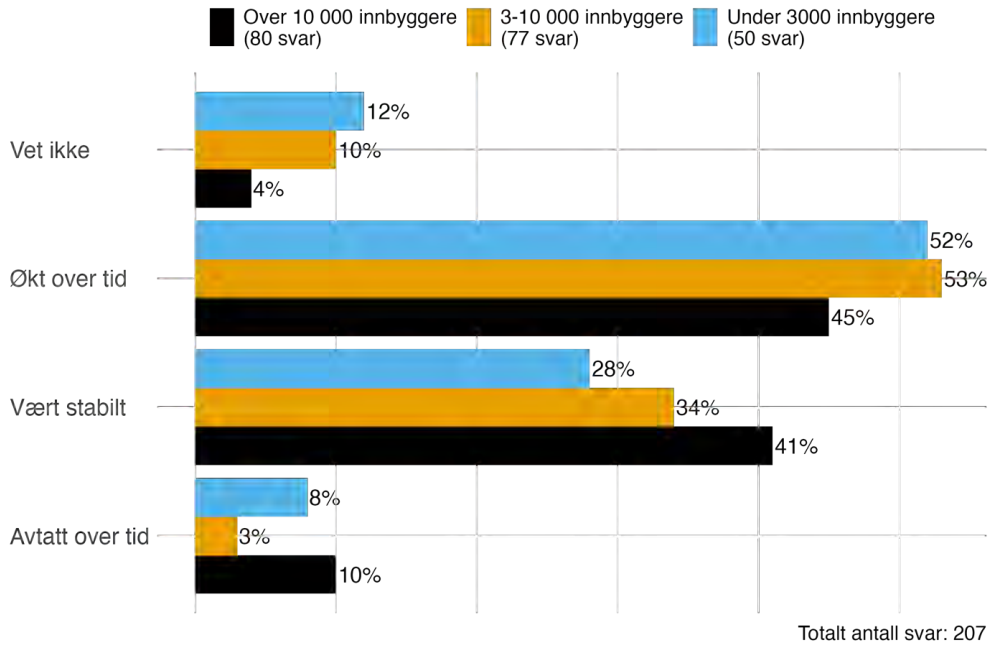


Figur 5-7: Min kommune har hatt tilleggsordninger (ut over hovedmodell) for selvstendig næringsdrivende leger:

Andelen kommuner som ikke har tilleggsgoder varierer ikke særlig med kommunestørrelse. Det er noe høyere andel uten tilleggsgoder blant de minste kommunene, noe overraskende, men forskjellen er ikke stor. Kommunene fikk spørsmål om å angi hvor mange av legene som hadde tilleggsordninger og hvor mange som ikke hadde det. Beregninger basert på dette, tilsier at 65 prosent av legene har tilleggsgoder. Denne andelen er på 70 prosent i de små og mellomstore kommunene, mens den er 59 prosent i de største kommunene. Andelen er også sterkt avtagende med sentralitet, som vil si at andelen med tilleggsgoder er vesentlig lavere i de mest sentrale kommunene (47 prosent) og høyest i de minst sentrale kommunene (68 prosent og 83 prosent).

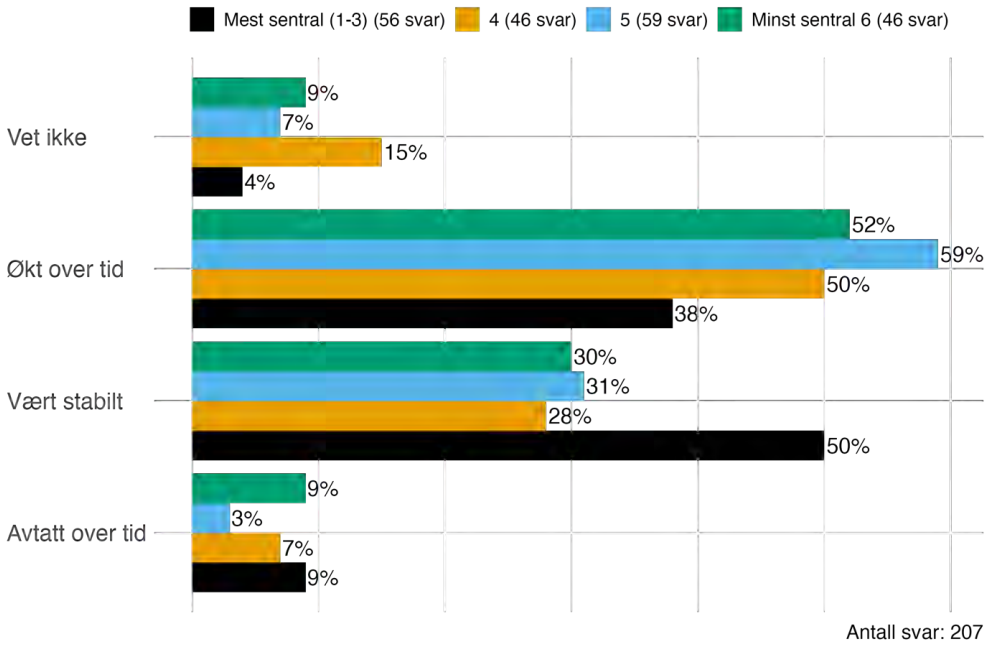
Utvikling over tid

Halvparten av kommunene mener omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader for kommunen, har økt over tid. Kun 7 prosent av kommunene mener den har avtatt. Figur 5-8 Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har. Etter innbyggertall.viser at andelen kommuner som mener omfanget av tilleggsgoder og andre ordninger øker over tid er ganske lik mellom kommuner etter kommunestørrelse. Det er omtrent halvparten som svarer dette i alle gruppene.



Figur 5-8: Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har. Etter innbyggertall.

Dersom vi deler kommunene etter sentralitet, er det heller ikke store forskjeller med tanke på utviklingen i bruk at tilleggsgoder. De aller minst sentrale kommunene opplever en sterkere økning enn de andre kommunene. Blant de mest sentrale kommune rapporterer halvparten om stabil utvikling. Dette er en høyere andel enn de andre kommunene.



Figur 5-9: Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har. Etter sentralitet.

Tilfredshet

Som for kommunene med leger som hadde ansettelsesforhold i kommunen, er kommunene med selvstendig næringsdrivende leger også tilfreds med løsningen sin. 78 prosent av kommunene mener løsningen fungerer litt godt eller meget godt. Det er kun 9 prosent som sier løsningen fungerer litt dårlig eller meget dårlig. Vi har sett litt på om kommunene som har mange ordninger eller har merkostnader er mer eller mindre tilfreds enn andre kommuner. Det er ikke store forskjeller, men en tendens til at kommuner som har merkostnader er mindre tilfredse enn de som ikke har merkostnader.

Blant kommunene som har kun leger med ansettelsesforhold, har 25 prosent tidligere hatt næringsdrivende leger, men sluttet med det. Her er det også 23 prosent som ikke vet, slik at andelen muligens er høyere.

Kommunene har i mange tilfeller avtaler med fastlegene som innebærer leie av lokaler, utstyr eller støttepersonell, såkalte 8.2-avtaler. I en slik avtale skal fastlegen i utgangspunktet refundere kommunens utlegg i sin helhet. Vi har imidlertid sett at kommunene yter mange tilleggsgoder og at gratis/redusert leie, at kommunen tilbyr støttepersonell og lignende, er eksempler på slike tilleggsgoder. I spørreundersøkelsen har vi kartlagt mer om disse 8.2-avtalene. Vi har blant annet spurt om kommunen har 8.2 avtaler som medfører merkostnader eller ikke og hva som kjennetegner de ulike avtalene.

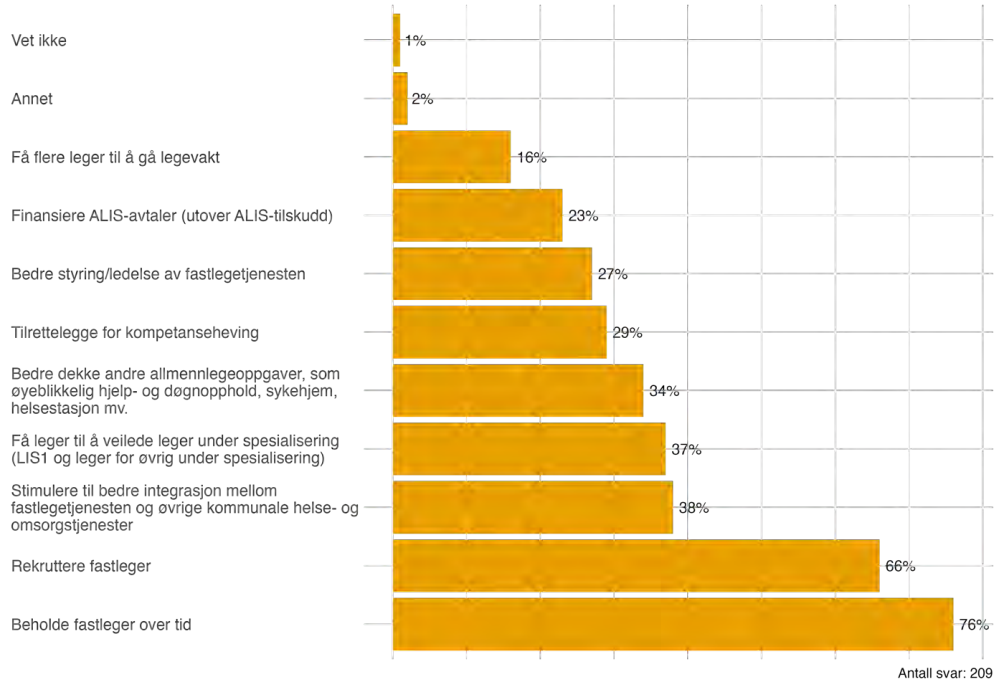
Blant kommunene som hadde selvstendig næringsdrivende leger, hadde halvparten 8.2-avtaler som medførte merkostnader. Det er også en del av kommunene som svarer «vet ikke» på dette spørsmålet, slik at den reelle andelen kan være en del høyere. Kommunene kan imidlertid ha mange andre merkostnader enn gjennom 8.2-avtaler og det har denne rapporten vist. Det er under 10 prosent av kommunene som sier at de har 8.2-avtaler som ikke medfører merkostnader. Når kommunene beskriver disse avtalene, er det avtaler som er i tråd med hensikten med 8.2-avtaler.

Motivasjon for organisering av fastlegeordningen

Det er ganske etablert, både gjennom denne undersøkelsen og tidligere undersøkelser, at kommunen bruker mer ressurser på fastlegeordningen, enn hva basistilskuddet tilsier. Dette vil si at de subsidierer eller egenfinansierer ordningen. Kommunene prioriterer, eller ser seg nødt til å bruke ekstra ressurser på fastlegeordningen på bekostning av andre kommunale tjenester. Et tema i spørreundersøkelsen var motivasjonen for å gjøre ekstra prioriteringer av fastlegeordningen. Ikke alle kommunene egenfinansierer fastlegeordningen og vi har da spurt dem om hvorfor de ikke gjør det.

På spørsmålet: «Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å…», er det flest kommuner som svarer at dette er for å rekruttere fastleger (76 prosent) og å beholde fastleger (66 prosent). Ellers ser vi at kommunene svarer jevnt på mange av de andre alternativene. Mye av dette går på å stimulere til andre kommunale helsetjenester, dekke andre allmenlegeoppgaver,

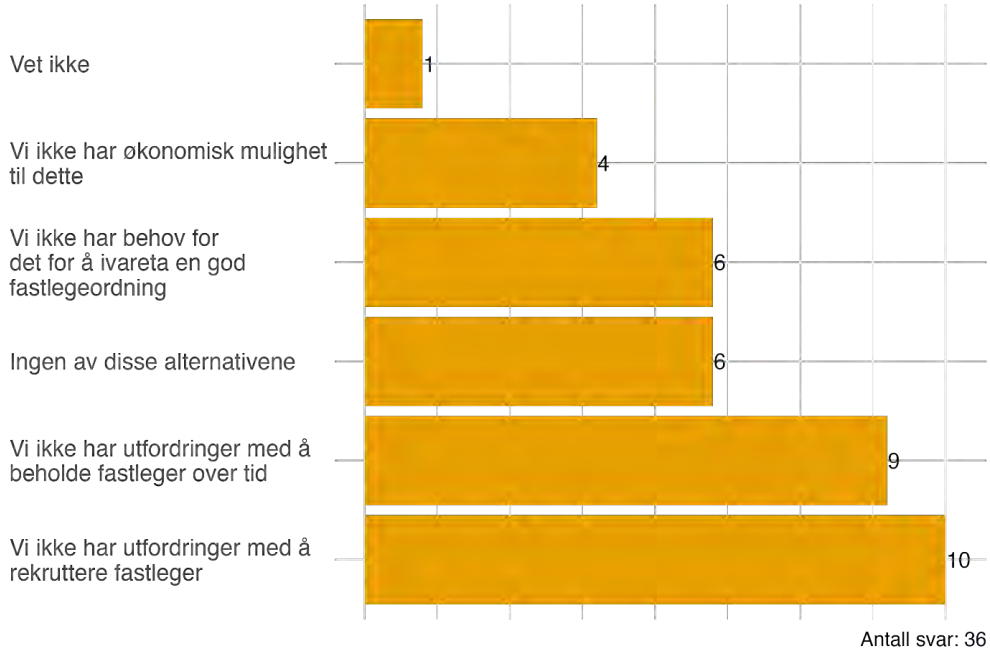
veiledning av leger under spesialisering og tilrettelegge for kompetanseheving. Å få flere leger til å gå legevakt, er det alternativet som færrest kommuner har valgt. Det er derfor tydelig at det er rekrutteringsutfordringer og tiltak for å beholde leger, som er en driver for merkostnadene. Dette er sterkt i tråd med tidligere analyser.



Figur 5-10: Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å:

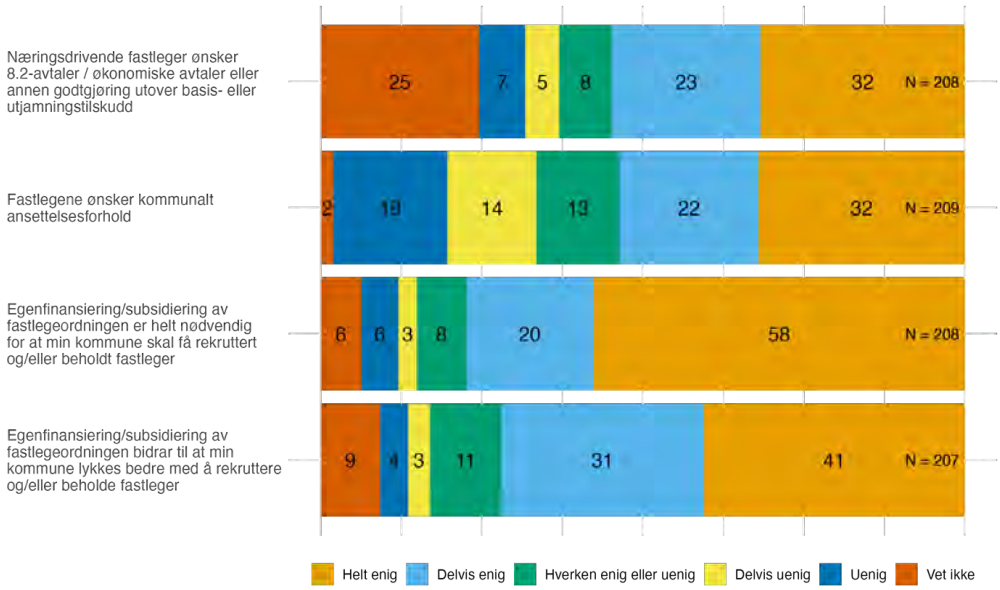
Vi har også sett at valg som å «bedre dekke andre allmenlegeoppgaver, som øyeblikkelig hjelp- og døgnopphold, sykehjem, helsestasjon mv.» er mer vanlig i små kommuner og de minst sentrale kommunene.

I denne undersøkelsen har vi i tillegg spurt kommuner som ikke egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen, om hvorfor de ikke gjør det. Her svarer kommunene at de viktigste årsakene, er at de ikke har utfordringer med verken å rekruttere eller å beholde fastlegene. Det er også noen som ikke ser behovet, eller ikke har økonomiske muligheter til å gjøre det.



Figur 5-11: Min kommune egenfinaniserer eller subsidierer IKKE fastlegeordningen fordi:

I denne rapporten har vi synliggjort at fastlegeordningen er i endring. Dette gjelder både med tanke på organisering og sammensetning av fastleger. Noen spørsmål i undersøkelsen handlet også om hva det er fastlegene selv etterspør, gjengitt i Figur 5-12. Kommunene svarer ganske spredt på påstanden om at «fastlegene ønsker kommunalt ansettelsesforhold». Litt over halvparten er helt eller delvis enig i påstanden, mens resten er verken uenig eller enig eller helt eller delvis uenig. Her er det noen forskjeller mellom kommuner. I småkommunene opplever man i større grad at fastlegene etterspør ansettelsesforhold i kommunen og det er ganske store forskjeller i opplevelsen av fastlegenes ønsker basert på sentralitet. De sentrale kommunene opplever i vesentlig mindre grad at kommunene etterspør ansettelsesforhold.



Figur 5-12: Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om hva som er viktig for å rekruttere fastleger. Prosent.

Kommunene ble også spurt om hva de tenker om påstanden om at «næringsdrivende fastleger ønsker 8.2-avtaler/økonomiske avtaler eller annen godtgjøring utover basis- eller utjevningstilskudd». Omtrent 55 prosent av kommunene er helt eller delvis enige i dette, men så mange som 25 prosent har svart vet ikke, så dermed er det kun et fåtall kommuner som er uenige i påstanden. På dette spørsmålet er det i større grad de store og sentrale kommunene som er mest enige i påstanden. Forskjellene mellom opplevelsen av fastlønte og næringsdrivende leger henger nok tett sammen med at fastlønte leger er mer vanlig i små og usentrale kommuner.

Blant kommunene som ikke egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen, sier nesten halvparten at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at hovedmodellen fortsetter som i dag. Det er kun en liten andel (15 prosent) som sier at de ikke vil måtte gjøre det, mens resten svarer «vet ikke». Alt i alt tyder det på at merkostnader, tilleggsordninger og organisering ut over hovedmodellen er økende og kommunene tror det blir økende framover.

I vår undersøkelse hadde kommunene mulighet til å uttrykke seg fritt i tekstfelt. Blant annet kunne de beskrive effektene av egenfinansieringen eller subsidieringen. Vi har fra svarene vist i figur 5-9 sett at dette ser ut til å ha resultert i bedre

rekruttering og at det er nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger. I teksten både bekreftes dette inntrykket, i tillegg til at tilbakemeldingene er mye bredere.

Det er mange kommuner som beskriver at de mener tiltakene har god effekt.
For eksempel
«Kommunen har hatt en stabil legetjeneste gjennom flere tiår. Vi har skiftet en av fastlegene i 2024, og fastlønn var et klart bra rekrutteringsledd»

«De etablerte fastlegene er fornøyd med tilskudd til resertifisering av spesialiteten og «sykepengedager» Fastlegene er fornøyd over at kommunen bruker bemanningsbyrå når fastlegene skal ha permisjon grunnet sykehustjeneste eller foreldrepermisjon, for fastlegene eller kommunen har ikke klart å rekruttere vikar på annen måte. Etablerte fastleger er fornøyd. Det er fortsatt svært utfordrende å rekruttere nye leger til nullavtaler og fastlegevikariater.»

«Positive effekter så langt. Har oppnådd større stabilitet, alle stillingene er besatte.»

«økning av hjemler fra 2 til 3 gir mer stabilitet og kapasitet i ordningen.»

«effekten har vært formidabel og vi har fått stabilisert fastlegeordningen og til og med fått flere fastleger til kommunen. vi har flere søkere når vi utlyser hjemlene.»

«Min vurdering er at effektene har vært gode. Vi klarer å rekruttere bra, men har måtte bruke fastlønn som virkemiddel når det har vært vanskelig å få ansatt på næringsavtaler. Nå ser vi at vi også rekrutterer til næringshjemler. Målet vårt med forsterket basistilskudd har vært at legen skal gå i balanse når måneden starter, det har gitt den tryggheten som skal til for å være på næring. Vi har hatt veldig god stabilitet blant fastleger, og vi har klart oss med lokale vikarer ved behov. Nå har vi tilnærmet kø av leger som vil bli fastlege, der vi tidligere har kunne tilsette fortløpende. Vi bruker ikke vikarbyrå nå, i 2023 måtte vi har vikarbyrå i 5 uker for en fastlege som sluttet.»

«De skaper gode samarbeidsforhold mellom kommune og fastleger, og bidrar til stabile fastleger med god kvalitet, til gode for befolkningen i kommunen»

«Det er god effekt. Vi har nærmest skiftet ut hele fastlegegruppen pga. pensjon og flytting til andre deler av landet. Har stort sett ansatt unge, nyutdannede, kvinnelige

leger. I tillegg til tilleggsordningene økonomisk tilbyr vi normal arbeidsdag (7,5 timer) (pga. kortere pasientlister) og har hatt god søknadsmengde til våre ledige stillinger.»

Enkelte andre kommuner peker på at det er for tidlige å si hva effekten er, noe som tyder på at man har startet med subsidieringen ganske nylig. Mange kommuner beskriver at det har vært helt nødvendig for å opprettholde fastlegeordningen i kommunen, men også mange peker på at ordningene er effektive, men at kostnadene er for høye.

Konkurranseeffekt

Dersom en kommune starter med ulike ordninger som er attraktive for fastlegene, opplever man ofte en effekt av dette. Men dersom andre kommuner i regionen setter i gang lignende tiltak, blir plutselig konkurransesituasjonen en annen. Flere kommuner peker på en slik kortsiktig effekt, men at konkurransen skjerpes og man faller tilbake til start, men med høyere kostnader enn tidligere. Her er noen eksempler på det kommunene skriver:

«Fungerer ikkje godt nok. Me mister leger til omegnskommuner som startar opp Nordsjøturnus mm Det er svært krevjande å rekruttere nye legar.»

«etter at basistilskuddet økte i 2023 vil legane ha delar av basistilskuddet utbetalt. Nabokommunen overfører det meste av basistilskuddet til legane i tillegg til at dei har forsterka 8.2 avtale. ein lege har sagt opp stillinga si i vår kommune fordi han får betre inntekt i nabokommunen som overfører 75prosent av basistilskuddet tilbake til legen. Vi opplever at legane vil ha lave listelengder ca 7 - 800 pas. og utbetalt delar av basistilskuddet»

«Noe effekt, men en stor utfordring at kommunene overbyr hverandre»

«Det virker en kort stund, så går nabokommunen hen å gir samme tilbud + enda mer - og da er jo effekten av tiltakene plutselig negative.»

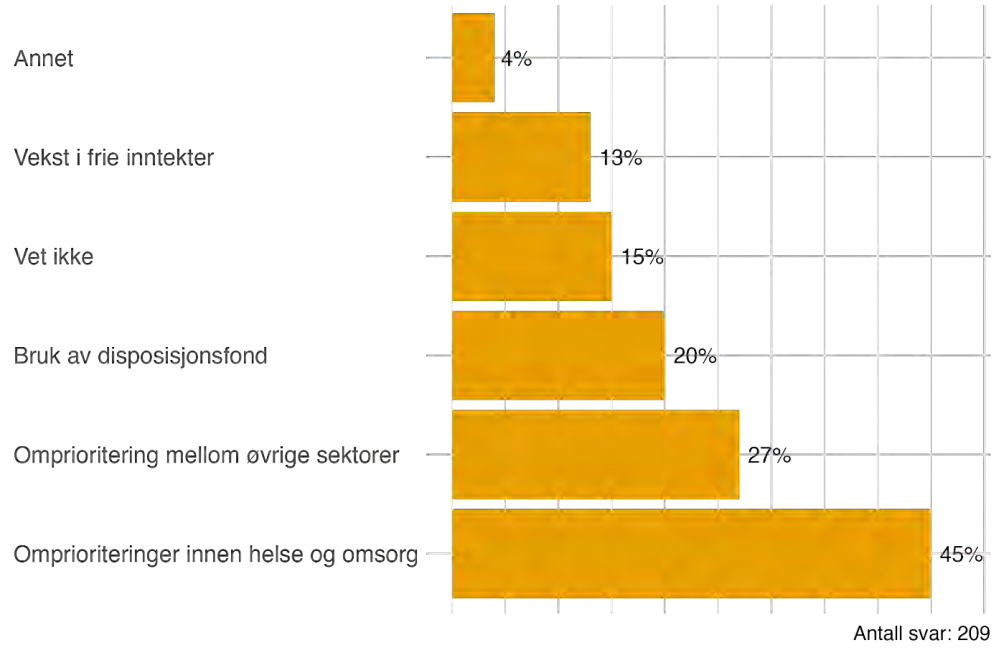
Mer generøse ordninger, kan trekke flere leger inn i fastlegeordningen og bidra til at de samlede rekrutteringsutfordringene blir mindre. Det vil bety at på grunn av bedre lønnsomhet, høyere lønn eller bedre arbeidsforhold, så velger flere å bli fastlege foran noe annet. Men så lenge vi er i en situasjon hvor det ikke er overskudd av fastleger i

Norge, eller i en region, vil en slik konkurranseeffekt være sterk. Kommunene ønsker å trekke til seg fastleger ved å tilby mer generøse ordninger. I denne rapporten har vi sett at dette kan være mange ulike tilleggsgoder som både hjelper økonomisk, men også reduserer arbeidsbelastningen. Dersom en kommune velger å tilby bedre ordninger enn nabokommuner, vil den potensielt trekke til seg fastleger derfra. En sannsynlig respons fra de andre kommunene, er da å tilby like gode eller bedre betingelser. I en slik situasjon vil man da ikke løse rekrutteringsutfordringene, men sitte igjen med de samme utfordringene, men med økte kostnader.

Finansiering av tilleggsgoder

Fastlegeordningen er finansiert gjennom rammefordelingen til norske kommuner. Innenfor et budsjett, må derfor kommunene prioritere mellom sektorer og tjenester. Dersom en kommune må/velger å bruke mer ressurser på fastlegeordningen, vil det gå på bekostning av noe annet.

Vi har spurt kommunene om hvordan merkostnadene blir finansiert. Figurene nedenfor viser hvordan dette fordeler seg. Vi har gitt kommunene fire alternativer, «vekst i frie inntekter», «omprioriteringer innen helse og omsorg», «omprioriteringer mellom øvrige sektorer» og «bruk av disposisjonsfond». Kommunene kunne også velge «annet» og deretter beskrive selv. Her er det for eksempel noen kommuner som sier de følger budsjett. Dette innebærer merkostnader, men ikke nødvendigvis et merforbruk. Dermed er det vanskelig å se på de økonomiske konsekvensene. I budsjettarbeidet har de likevel sannsynligvis måttet gjøre prioriteringer.



Figur 5-13: Hvordan er merkostnadene til fastlegeordningen finansiert? Flere valg mulig.

Blant kommunene som har merkostnader, svarer 45 prosent at dette finansieres gjennom omprioriteringer innen helse og omsorg. Det er også over en tredel som svarer at det omprioriteres mellom andre sektorer. En vesentlig andel (27,2 prosent) sier også de må bruke av disposisjonsfond, mens det er lavest andel som sier det finansieres av vekst i frie inntekter. Svarene fra kommunene, viser at merkostnadene til fastlegeordningen får konsekvenser for andre kommunale tjenester. Kommunene hadde mulighet til å utdype dette, dersom de hadde andre finansieringskilder. Her går forklaringene stort sett i at det er omprioriteringer eller ekstra bevilgninger.

En kommune beskriver for eksempel dette:
«Den går på bekostning av andre tjenester innen helse og omsorg, da finansieringen må tas fra en plass. Fastlegeordningen er meget underfinansiert, og kommunen har lite påvirkningskraft overfor fastleger. Vi betaler dyrt for ordningen, men får lite igjen. Skulle absolutt hatt mer samhandling med fastleger. Kommunen bør ikke vere part som må sørge for at allmennleger har OK lønn. Det bør komme fra sentralt, med mer fleksibel normaltariff. Mye utgifter til legevikarbyrå.»

Det er mange av kommunene som beskriver at selv om ordningene og medfinansieringen har ønsket effekt, så har dette en høy pris og at det i neste steg får konsekvenser for andre tjenester og at det er tungt for kommuneøkonomien. Kommunene beskriver blant annet

«Høye kostnader knyttet til finansieringen av ordningen, noe som er økonomisk utfordrende for en relativt liten kommune. Positive effekter er rekruttere og beholde-effekter, samordning av helhetlige helsetjenester i kommunen og bedre ledelse av tjenesten.»

«Vellykkede i seg selv, men alt for kostbare. Kostnadsnøkkelen mellom stat, helfo og kommune fungerer overhode ikke etter intensjonen - kommunebudsjettet lider i for stor grad.»

«vi har klart å rekruttere leger i en tid med «selgers marked» - men med meget høy kostnad fordi vi har måttet konkurrere oss opp til ordninger med fastlønnede leger med økonomisk svært gode betingelser - et lønnsnivå som ikke er bærekraftig over tid.»

«Det er bra men koster kommunen endel for å opprettholde dette»

«Vi klarer av å rekruttere og beholde legene, men det er veldig kostbar ordning.»

«Nødvendig for å få ansatt, men det skaper en ond sirkel når kommuen ikke har råd, men samtidig må benytte vikarbyrå. ikke helt smertefritt å ha både fastansatte og selvstendig næringsdrivende leger»

«Altfor kostbar ordning som går utover andre sektorer.»

Men det er også en del kommuner som mener noen av merkostnadene i netto er besparende. Det vil si at merkostnadene ville vært like store eller større om man ikke hadde hatt tilleggsordningene. Her er mye av forklaringen vikarer og vikarbyrå.

«Helt nødvendig for å sikre stabilitet, og tjeneste i kommunens utkant. Vikarløsninger ville uansett blitt dyrere.»

«Kommunen hadde ikke noe valg, subsidiering måtte til mens vi har jobbet strategisk med ulike tiltak. Vi ser at det er mer attraktivt å starte opp som fastlege nå, med

kortere lister og økonomisk trygghet. Store utgifter til vikarbyrå. VI har redusert fra 14 vikarbyrå leger ved årsskifte 23/24 til 1 pr dags dato.»

«Lite utskifting av fastleger. Stabil dekning. Lite bruk av vikarbyrå. Godt samarbeid. Mindre rekrutteringsvansker».

6. Merkostnader til fastlegeordningen

Basert på spørreundersøkelse

I årets undersøkelse ble kommunene bedt om å oppgi om de hadde merkostnader, og størrelsen på merkostnadene, både til fastlønnede leger og næringsdrivende (hhv. til 8.2 avtaler og andre merkostnader) separat, og samlet sett.

Vi ser fra svarene at ikke alle har svart konsistent på delspørsmålene om merkostnader, f.eks. har noen krysset av for at de har merkostnader for fastlønnede, men ikke på spørsmålet om samlede merkostnader. Likeledes er det ikke alltid samsvar mellom hva som er oppgitt av merkostnader på de ulike delspørsmålene. Vi har derfor gjort noen korrigeringer av svarene på om de har merkostnader og beløpet for totale merkostnader. Korrigeringene har i stor grad vært selvsagte, ved at vi angir merkostnader basert på hva kommunene selv har beskrevet tidligere i undersøkelsen.

Merkostnader per innbygger – størrelse og spredning

Vi har informasjon om beløp for merkostnader for 157 kommuner. Av disse hadde 24 kommuner eller 15 prosent, ingen merkostnader [7]. Fordi noen kommuner har oppgitt veldig høye beløp, er gjennomsnittlig merkostnad per innbygger (684 kroner) lite representativt for flertallet av kommunene. Halvparten av de vi har beløp for, hadde mindre enn 311 kroner per innbygger i merkostnader i 2023. Av de som hadde positive merkostnader, hadde halvparten mindre enn 408 kroner per innbygger og 25 prosent hadde over 1000 kroner per innbyggermerkostnader til fastlegeordningen i 2023.

Tabell 6-1: Merkostnader (MK) per innbygger oppgitt for 2023.

	N	Min	p25	p50	p75	Max	Gjennom-snitt	Standard-avvik
Alle	157	0	94	311	858	8108	658	990
MK>0	133	3	184	408	1022	8108	777	1032

[7] Gitt at vi mangler opplysninger om beløp for kommuner som har angitt at de har merkostnader, er andelen uten merkostnader noe mindre. Se avsnitt om samlede merkostnader.

Samlede merkostnader

Det er mange framgangsmåter som kan benyttes for å estimere merkostnader for alle 356 (2023) kommuner i Norge, basert på kommunenes svar om merkostnader i undersøkelsen. For å kunne sammenligne med tidligere års undersøkelser, har vi først beregnet merkostnader med samme framgangsmåte som i forrige rapport (Ipsos og SØA, 2022). Vi har deretter beregnet flere estimater basert på alternative framgangsmåter.

Estimat for 2023 beregnet på samme måte som estimat for 2021

Med utgangspunkt i en antakelse om at kommunene som oppga merkostnader var representative for alle kommunene, ble samlede merkostnader i forrige runde beregnet med ved bruk av henholdsvis gjennomsnitt og median beløp for kommunene som oppga positive merkostnader (Ipsos og SØA, 2022). Dette beløpet ble multiplisert med antall kommuner som oppga at de hadde merkostnader, med antakelse om at andelen på landsbasis var den samme som blant kommunene som besvarte undersøkelsen.

Spørsmålene til kommunene om merkostnader er ulikt formulert i tidligere surveyer, sammenlignet med årets survey. Tidligere ble det først stilt følgende spørsmål:

«*Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen) dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Dette kan for eksempel være fastlønnsdrift og/eller andre løsninger (subsidiering av husleiekostnader, inventar, utstyr, helsesekretærer eller annet).*»

Deretter fikk kommunene som svarte ja på dette spørsmålet et nytt spørsmål om merkostnader:

«*Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2021? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.*».

81 prosent av de som svarte på surveyen i 2022 oppga at de subsidierte fastlegeordningen. Av disse svarte 81 prosent at de hadde merkostnader i 2021. Det vil si at 65,6 prosent (81 prosent av 81 prosent) av de som deltok oppga at de hadde merkostnader. Det ble dermed antatt at 233 kommuner på landsbasis hadde merkostnader i 2021. Dette tallet kan vurderes å være for lavt, gitt at flere kommuner

hadde svart «vet ikke» på spørsmålene, og det kan argumenteres for at de burde vært holdt utenfor i anslagene på andel kommuner med merkostnader[8]. Vi har derfor beregnet anslag på samlede merkostnader både tilsvarende som (Ipsos og SØA, 2022) og med utgangspunkt i andel med merkostnader hvor «vet ikke» er holdt utenom.

I årets undersøkelse ble kommunene spurt om merkostnader i flere omganger, både for fastlønte leger og næringsdrivende. I disse beregningene bruker vi imidlertid spørsmål om samlede merkostnader. Spørsmålet er formulert slik:

Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen? Enten via fastleger med kommunalt ansettelsesforhold eller selvstendig næringsdrivende[9].

Spørsmålene er dermed ikke like og dersom kommunene tolker begrepet merkostnader annerledes enn subsidiering/egenfinansiering, kan vi forvente andre tall. Hva som menes med merkostnader, ble i årets i forbindelse med årets undersøkelse beskrevet i et følgebrev, som er gjengitt i vedlegg 1.

Det er en mye høyere andel av kommunene som rapporterer at de hadde merkostnader i 2023. Når «vet ikke» inkluderes i totalt antall kommuner, får vi en andel kommuner med merkostnader på 85 prosent[10]. Dette gir et estimat på 301 kommuner med merkostnader på nasjonalt nivå. Holder vi «vet ikke» utenom blir andelen 88 prosent, som gir et estimat på 313 kommuner med merkostnader i 2023. Andelen med merkostnader i årets undersøkelse er altså vesentlig høyere enn i tidligere undersøkelser. I hvilken grad dette skyldes at spørsmålene er stilt på en ny måte og at vi nå har muligheter for å korrigere for inkonsistens i svarene, er vanskelig å si, men vi ser av svarene på undersøkelsen at en betydelig andel kommuner svarer at de har hatt tilleggsordninger i ett år eller mindre.

I 2022-undersøkelsen ga 56 prosent av kommunene som svarte at de hadde merkostnader i 2021 et estimat på beløpet. I året survey har tre av fire[11] oppgitt beløp for merkostnader i 2023. Vi har derfor et enda bedre utgangspunkt for å estimere merkostnader basert på årets undersøkelse, enn i tidligere undersøkelser.

---

[8] Hvis «vet ikke» holdes utenfor hadde 72 % av kommunene i undersøkelsen merkostnader i 2021.

[9] I tillegg ble det spurt om de hadde merkostnader til fastlønnsleger og til næringsdrivende.

[10] Etter korrigeringer.

[11] Etter korrigeringer.

For å kunne sammenligne med tidligere resultater har vi inflasjonsjustert 2021-tallene fra tidligere rapport (Ipsos og SØA, 2022) med utgangspunkt i konsumprisindeksen (KPI). Vi viser resultater basert på median merkostnad (for kommuner som har merkostnader). I og med at det er knyttet usikkerhet til estimatet for medianen har vi, som i forrige rapport, beregnet konfidensintervallet for estimert medianen med bruk av ikke-parametrisk bootstrapping[12]. Konfidensintervallet gir en nedre og øvre grense for estimatet gitt at det er 95 prosent sannsynlig at den sanne verdien ligger innenfor disse grensene. Tabell 6 2 viser estimatene.

Når vi bruker samme framgangsmåte som tidligere er estimatet for 2023 på 1,2 milliarder kroner mot 650 million i 2021 (inflasjonsjustert). Dette tilsvarer en økning på 85 prosent. Den store økningen i estimerte merkostnader skyldes både at median merkostnad er vesentlig høyere, 4 millioner mot 2,8 millioner, og at andel kommuner som oppgir at de har merkostnader er høyere. 95 prosent-konfidensintervallet tilsier at den totale merkostnaden ligger mellom 1 og 1,4 milliarder i 2023. Når vi holder «vet ikke» utenfor er estimatet for samlede merkostnader litt høyere (1,25 mrd. kr.).

Tabell 6-2: Samlede merkostnader 2021 og 2023, med sammenlignbar metode. Millioner kroner. Estimert verdi for median og for samlet merkostnader med 95 %-konfidensintervall

	2021*		2023		
	Per kommune	**Samlet**	**Per kommune**	**Samlet I****	**Samlet II****
KI Nedre	2.23	520	3.37	1,016	1,057
Median	2.79	650	4.00	1,205	1,253
KI Øvre	3.35	780	4.63	1,394	1,449

*Inflasjonsjustert (KPI), ** Samlet I er med og Samlet II er uten «vet ikke» i nevner.

Estimat for merkostnader i 2023 med alternativ beregningsmåte

Den alternative beregningsmåten baserer seg på median merkostnad per innbygger i ulike grupper av kommuner. Vi har beregnet to varianter. I variant A bruker vi oppgitt beløp for kommuner som har fylt ut beløp. For kommuner der vi ikke har beløp, tilordnes median merkostnad per innbygger for gruppen. Et estimat for merkostnad for disse kommunene blir beregnet ved å multiplisere median merkostnad per innbygger med innbyggertallet. I variant B bruker vi median

[12] Det vil si at konfidensintervallet beregnes basert på gjentatte tilfeldige utvalg fra datasettet.

merkostnad per innbygger for alle kommuner i gruppen. Samlede merkostnader finner vi ved å summere over alle kommunene.

Vi har delt inn kommunene etter:
1. sentralitet (fire grupper)
2. kommunestørrelse (seks grupper)
3. Region og kommunestørrelse (fire ganger tre grupper)

Vi har brukt region og ikke fylke og tre kommunestørrelsesgrupper heller enn seks i inndeling 3) for å unngå at det blir veldig få kommuner i noen av gruppene. Resultatene er vist i tabellene nedenfor.

Alle estimatene ved bruk av variant B ligger innenfor konfidensintervallet beregnet ved bruk av samme framgangsmåte som i Ipsos og SØA (2022), og estimatet basert på median merkostnad i seks kommunestørrelsesgrupper er lik det vi fikk med median beløp i 2023. Generelt får vi høyere estimerte merkostnader med variant A, fordi vi da hensyntar skjev fordeling av merkostnader per innbygger blant de som har oppgitt merkostnader.

Tabell 6-3: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter sentralitet.

Sentralitet	N (undersøkelse)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum A, mill. kroner	Sum B, mill. kroner
Nivå 1-3 Mest sentrale	48	76	126	508	487
Nivå 4	39	71	373	380	332
Nivå 5	44	96	697	380	349
Nivå 6 Minst sentrale	27	113	819	213	191
Sum	158	356		1,481	1,359

Tabell 6-4: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter kommunestørrelse.

Innbyggertall	N (undersøkelse)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum A mill. kroner	Sum B mill. kroner
<2,000	16	78	767	85	74
2,000-4,999	32	96	785	269	238
5,000-9,999	40	71	547	275	274
10,000-19,999	29	46	270	262	176
25,000-49,999	30	45	165	245	218
>=50,000	11	20	95	276	249
Sum	158	356		1,413	1,229

Tabell 6-5: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter region og kommunestørrelse.

Region	Innbyggertall	N (under-søkelse)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum A mill. kroner	Sum B mill. kroner
Sør-Øst	<3,000	12	40	1356	103	103
Sør-Øst	3,000-9,999	26	48	432	148	119
Sør-Øst	>=10,000	39	58	150	426	417
Vest	<3,000	5	21	681	31	25
Vest	3,000-9,999	10	19	695	79	72
Vest	>=10,000	17	26	167	252	167
Midt-Norge	<3,000	4	19	688	24	22
Midt-Norge	3,000-9,999	13	29	408	80	74
Midt-Norge	>=10,000	11	16	273	160	145
Nord-Norge	<3,000	10	50	720	70	59
Nord-Norge	3,000-9,999	8	19	744	84	86
Nord-Norge	>=10,000	3	11	354	102	101
Sum		158	356		1,559	1,390

Fastlønn

Vi har i likhet med Ipsos og SØA (2022) også beregnet merkostnader for fastlønnsleger. Igjen er det noe forskjell i måten spørsmålene er stilt på, som kan gjøre at tallene ikke er helt sammenlignbare. Basert på fastlegestatistikk 2023 (FLO) hadde 277 kommuner lister med fastlønnede leger i 2023. Gitt andel med merkostnader i undersøkelsen vil det tilsvare henholdsvis 206 og 237 kommuner på nasjonalt nivå, avhengig om kommunene som svarer «vet ikke» er inkludert i beregning av andel med merkostnader eller ikke. Fra undersøkelsen har vi beløp for merkostnader knyttet til fastlønnede leger i 2023 for 114 kommuner.

Estimat for 2023 beregnet på samme måte som estimat for 2021

Medianbeløpet er nesten dobbelt så høyt i 2023 enn det var i 2021 og estimatet for samlet merkostnad er nesten 70 prosent høyere, men fordi konfidensintervallene er vide er det estimatene beheftet med stor usikkerhet og konfidensintervallene for 2021 og 2023 er overlappende. Det vil si at økningen fra 2021 til 2023 ikke er statistisk signifikant.

Legger vi til grunn median estimat når «vet ikke» holdes utenfor i beregning av andel kommuner med merkostnader, er samlet estimert merkostnad til fastlønnede leger, basert på median beløp i 2023, 474 millioner kroner. Nedre og øvre grense for estimatet er henholdsvis rundt 271 og 677 millioner kroner.

Tabell 6-6: Merkostnader til fastlønnsleger 2021 og 2023, med sammenlignbar metode. Millioner kroner. Estimert verdi for median og for samlet merkostnader med 95 %-konfidensintervall

	2021*		2023		
	Per kommune	**Samlet**	**Per kommune**	**Samlet I****	**Samlet II****
KI Nedre	0.56	130	1.14	236	271
Median	1.06	247	2.00	412	474
KI Øvre	1.79	416	2.86	589	677

*Inflasjonsjustert (KPI), ** Samlet I er med og Samlet II er uten «vet ikke» i nevner.

Estimat for 2023 med alternativ beregningsmåte

Vi har ikke beregnet estimat basert på kombinasjon av region og kommunestørrelse for merkostnader til fastlønnede leger fordi det er få kommuner å basere estimatene på i enkelte grupper. Estimatene basert på sentralitet (fire grupper) og kommunestørrelse (seks grupper) er relativt like og ligger innenfor konfidensintervallet beregnet med framgangsmåte som i Ipsos og SØA (2022). Igjen ser vi at estimat fra variant A, hvor vi også bruker beløpene som kommunene som har oppgitt i undersøkelsen, gir vesentlig høyere estimat. Gitt at merkostnader er skjevfordelt, er det sannsynlig at estimat basert på punktestimat for median kan undervurdere merkostnadene.

Tabell 6-7: Samlede merkostnader til fastlønnsleger 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter sentralitet.

Sentralitet	N (undersøkelse)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum A, mill. kroner	Sum B, mill. kroner
Nivå 1-3 Mest sentrale	31	76	41	187	157
Nivå 4	29	71	155	150	138
Nivå 5	29	96	180	253	90
Nivå 6 Minst sentrale	25	113	592	159	138
Sum	114	356		749	523

Tabell 6-8: Samlede merkostnader til fastlønnsleger 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter kommunestørrelse.

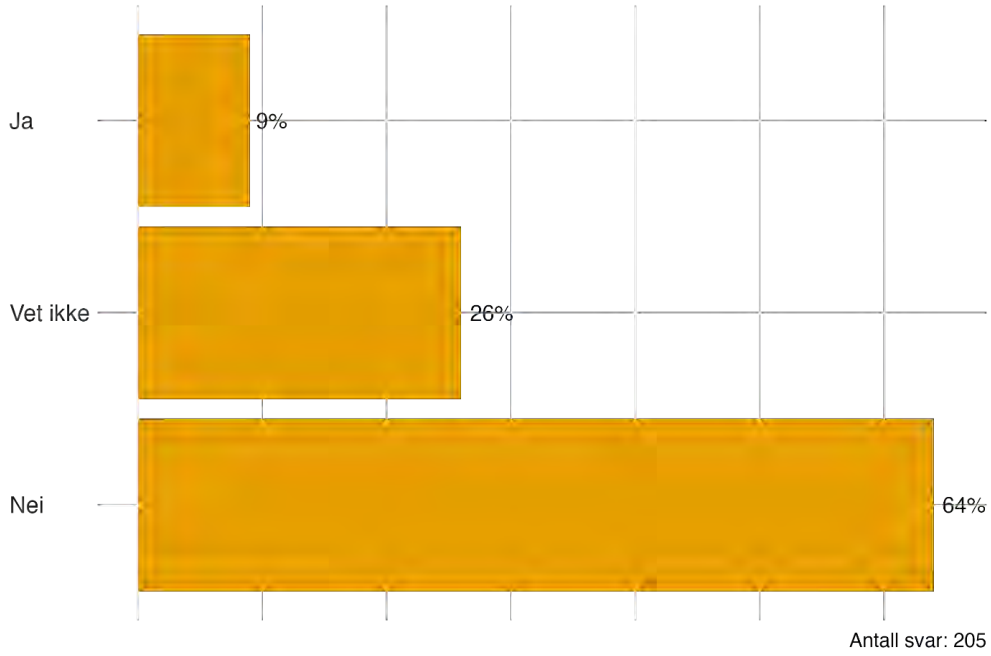
Innbyggertall	N (undersøkelse)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum A, mill. kroner	Sum B, mill. kroner
<2,000	14	78	539	64	52
2,000-4,999	27	96	410	165	124
5,000-9,999	24	71	196	203	98
10,000-19,999	21	46	112	105	73
25,000-49,999	20	45	75	122	99
>=50,000	8	20	35	102	91
Sum	114	356		761	538

Utgifter til utjamningstilskudd og innløsing av hjemmel

Utjamningstilskudd er et tilskudd som utbetales til næringsdrivende fastleger i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere. Utjamningstilskuddet beregnes med en sats på 861,88 kroner per år (fra og med 1. juli 2024) og utbetales i tillegg til basistilskuddet.

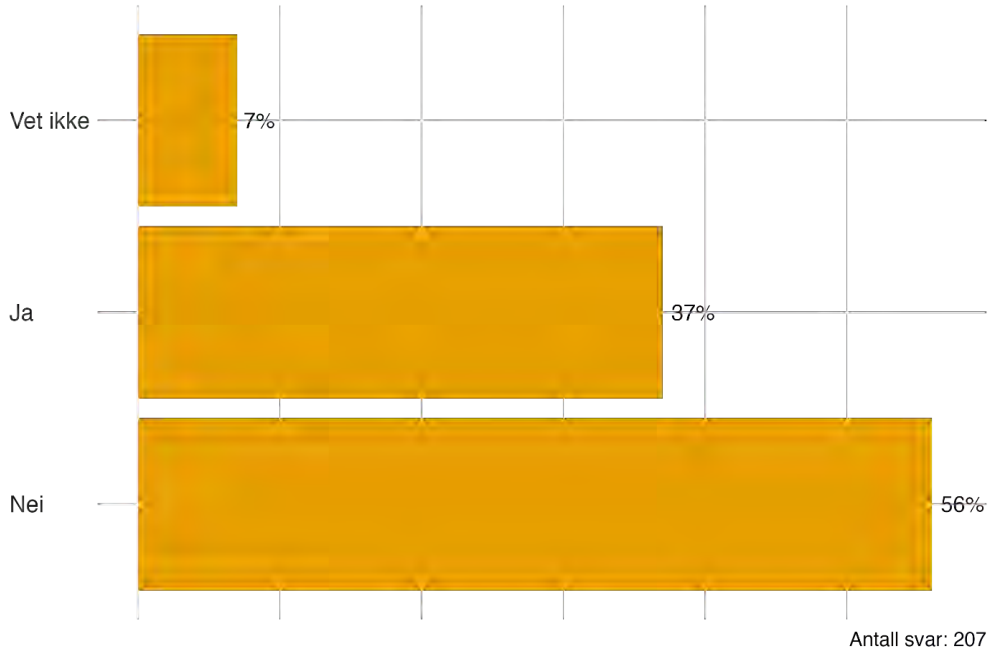
Satsen ganges med differansen mellom avtalt referanseliste (1200) og gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i kommunen ((861,88 kroner x differanse)/12 måneder). Utjamningstilskuddet betales ut med samme beløp til alle fastlegene i kommunen, uavhengig av den enkelte leges listelengde. Det er den enkelte kommune som beregner og eventuelt utbetaler utjamningstilskuddet. Bare næringsdrivende fastleger vil få utbetalt tilskuddet (Helfo 2024).

I underkant av 10 prosent av kommunene hadde kostnader til utjamningstilskudd ifølge vår undersøkelse. Blant kommunene som angir utgiftene til utjamnings-tilskudd, varierer de fra 300 000 i en kommune til 2 116 000 i en annet. I gjennom-snitt angir disse kommunene utgifter på like i overkant av en million kroner for 2023.



Figur 6-1: Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2023?

37 prosent av kommunene i undersøkelsen sier de har gitt økonomisk kompensasjon for fratredende leger ved innløsing av hjemmel de siste 5 årene. I 2023 har 20 prosent av kommunene gitt slik kompensasjon. I gjennomsnitt har de kommunene som har angitt sine anslag på utgifter for innløsing av hjemmel, en utgift på 733 000 kroner. Den kommunen med lavest anslag er på 90 000, mens en kommune anslår utgifter på 3 000 000 kroner for innløsing av hjemler i 2023. Tidligere undersøkelser har anslått samlede merkostnader for norske kommuner i innløsing av hjemler. Vi anser datagrunnlaget som for usikkert til å gjøre slike anslag.



Figur 6-2: Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste fem årene?

Beregning av merkostnader basert på statistikk

Merkostnadene vi beregner basert på spørreundersøkelsen medfører usikkerhet. Før det første er det lite trolig at kommunene bruker samme metode når de beregner merkostnader, selv om vi i størst mulig grad har prøvd å unngå dette ved å sende med et detaljert følgebrev og utforme presise spørsmål. Samtidig antar vi at noe av forskjellene mellom kommunenes rapporterte merkostnader kan tilskrives metodevariasjon.

Videre vil utvalgsskjevhet påvirke beregningene våre. Som vi beskriver i kapittel 3 kan den lave svarprosenten fra småkommuner og kommuner i distriktene medføre at vi undervurderer størrelsen på kommunesektorens samlede merkostnader, dersom det er slik at små kommuner har høyere merkostnader.

I et forsøk på å omgå disse problemene har vi undersøkt muligheten for å beregne merkostnader ved å bruke offentlig tilgjengelig statistikk. I det følgende presenterer vi dette analyseopplegget og sammenligner resultatene med rapporterte merkostnadene fra vår og fra tidligere undersøkelser.

Analyseopplegg

For å beregne merkostnader utover hovedmodellen tar vi utgangspunkt i hva den enkelte kommunes kostnader til hovedmodellen rent teoretisk skal være. Disse kostnadene er gitt ved summen av basistilskudd og eventuelle utjevnings- og grunntilskudd. Fra FLO har vi tall på hva hver kommune i teorien skal ha utbetalt i basis og grunntilskudd, og vi har beregnet utjevningstilskudd ved å bruke de nødvendige indikatorene fra FLO. Den samlede kostnaden vi beregner representerer hva kommunene skulle ha utbetalt til fastlegene i kommunen dersom alle listene tilhørte selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette betyr at vi beregner basistilskudd for lister som tilhører både næringsdrivende og fastlønnede leger.

Vi beregner det teoretiske tilskuddet for en kommunalt ansatt fastlege fordi dette representerer den alternative kostnaden i tilfellet hvor fastlegen hadde vært næringsdrivende. Vi gjør det på denne måten fordi eventuelle merkostnader vil være summen av kostnader ved å ha en fastlønnet lege som overstiger denne summen: målet vårt er å anslå om kommunenes kostnader ved andre ordninger overstiger hva de ville ha betalt dersom de kun hadde dekket behovet sitt for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende fastleger.

Differansen mellom de teoretiske anslaget på kostnader til hovedmodellen, målt ved basistilskudd, og faktiske kostnader vil representere kommunenes merkostnader. Derfor er neste steg i analysen vår å finne et troverdig anslag på faktiske kostnader til fastlegeordningen for hver enkelt kommune. For å gjøre dette har vi tatt utgangspunkt i KOSTRA (kommune-stat-rapportering) tallene, som kommuner og fylkeskommuner rapporter fra alle sine tjenesteområder til SSB. I KOSTRA finner vi tall fra kommunenes driftsregnskap etter utgiftsart (driftsutgifter, lønnsutgifter o.l.) og tjenesteområde (administrasjon, grunnskole o.l.).

Tjenesteområdene defineres av regnskapsfunksjoner i KOSTRA. Ideelt sett hadde det eksistert en egen regnskapsfunksjon for fastlegeordningen, men dette er per i dag ikke tilgjengelig. Derimot kan vi ta utgangspunkt i den mer generelle funksjonen for allmennmedisin (241). Her inngår utgifter til fastlegetjenesten, eksempelvis kommunenes utbetalinger av det statlige fastsatte basistilskuddet (kostnader til hovedmodell), kommunale legekontor, og lønn til kommunalt ansatte fastleger. Selv om det trolig føres kostnader relatert til fastlegetjenesten på andre funksjoner, eksempelvis administrasjon (120), vil for enkelhets skyld anta at kommunene rapporterer mesteparten av utgiftene på funksjon 241.Vår utfordring er at funksjonen også omfatter utgifter til andre tjenesteområder, eksempelvis fengselshelsetjenesten, legevakt, og fysioterapi. Vi må derfor skille ut kostnader til fastlegetjenesten fra de andre utgiftene som rapporteres på funksjonen.

For å gjøre dette har vi fordelt kostnadene ført på funksjon 241 basert på aktivitetsnivået for de de ulike tjenesteområdene. For å fordele kostnadene har vi tatt utgangspunkt i en forenklet *kostnadsfordelingsmodell* som forklarer kostnadene ført på funksjonen med aktiviteten i fastlegetjenesten, fysioterapi, og legevakt. Det er mange andre aktiviteter som føres på denne funksjonen, men vi argumenterer for at modellen vår vil fange opp mesteparten av kostnadene som føres på funksjonen fordi vi vet fra annen statistikk i KOSTRA, og basert på takstbruk registrert i KUHR, at disse områdene er de mest kostnadskrevende. Vi har valgt å bruke én indikator for hver tjeneste for å holde modellen enklest mulig, og fordi en mer komplisert modell hadde krevd mer tid enn vi har til disposisjon på denne delen av prosjektet.

Vi kan formulere modellen som en *regresjonsmodell* der kostnadene for kommune *i* er den avhengige variabelen, og aktivitetsnivåene i kommunen er forklarings-variabler. Regresjonsmodeller er forklart i kapittel 3:

$$kostnad_i = \alpha + \beta fastlege_i + \gamma fysioterapi_i + \theta legevakt_i + \epsilon_i$$

Modellen over gir predikerte verdier for kostnader i kommune *i*, gitt de observerte verdiene for aktivitetsnivået i kommunen. Parameterne β,γ og θ forteller oss hva en økning på én enhet for hver variabel påvirker det observerte kostnadsnivået, samtidig som nivået på de andre variablene holdes konstant. Fordelen med å bruke regresjonsanalysen i dette tilfellet er at vi kan bruke alle de tre viktigste kostnadsdriverne til å forklare utgiftsnivået på funksjon 241. ϵ_i representerer et restledd som fanger opp variasjon i kostnader som ikke forklares av de tre variablene.

α er et konstantledd som representerer kostnaden dersom aktivitetsnivået i alle sektorene er lik null.

Ved å estimere kostnadsfordelingsmodellen får vi verdier parameterne β, γ og θ, som vi deretter kan bruke til å fordele kostnader mellom aktivitetene. For å estimere modellen må vi ha tall for kostnader og aktivitetsnivå. Som kostnadsbegrep har vi valgt å bruke rapporterte netto driftsutgifter ført på funksjon 241. Disse beregnes som driftsutgifter, inkludert avskrivninger, fratrukket driftsinntekter, eksempelvis øremerkede tilskudd, som føres på funksjonen. Vi bruker et utgiftsbegrep som netter ut inntekter for å ta hensyn til direkte overføringer som kommunene får til å dekke sine utgifter til fastlegetjenesten, for eksempel ALIS-tilskudd. Dette fordi merkostnadene vi ønsker å anslå skal være kostnader som kommunene selv må dekke ved bruk av frie inntekter.

Videre må vi velge aktivitetsindikatorer for fastlegeordningen, fysioterapi og i legevakten. I arbeidet med prosjektet har vi vurdert flere ulike måter å måle aktiviteten på. For å holde analysen enklest mulig landet vi på en modell der vi bruker antall fastlegeårsverk registrert på funksjon 241 for hver enkelt kommune som en indikator for aktivitetsnivået i fastlegetjenesten. Likeledes har vi brukt antall fysioterapeutårsverk registrert på samme funksjon som en indikator for aktivitetsnivået i fysioterapitjenesten. For legevakttjenesten har vi valgt å bruke refusjonsbeløp til behandlere ved legevakt fra Helsedirektoratets KUHR-database[13].

Regresjonsresultat og kostnadsandeler

Vi har estimert modellen over ved å bruke tall på netto driftsutgifter (målt i 1000 kroner) ført på KOSTRA funksjon 241 som avhengig variabel. Utgiftene er justert for inflasjon og målt i 2023-kroner. Som forklaringsvariabler har vi brukt fastlege- og fysioårsverk, samt takstbruk i fastlegetjenesten. Tallgrunnlaget vårt er på årlig basis og dekker årene 2018 til 2023. Vi har 2235 observasjoner av kommuner i denne perioden[14].

Tabellen under viser resultatene fra en estimering der vi har brukt minste kvadraters metode (MKM) og det overnevnte datagrunnlaget. Koeffisientene i kolonne to er parameterverdiene α, β, γ og θ fra modellen over. Verdiene angir

[13] https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr

[14] Vi har ikke observasjoner for alle kommuner i alle år da ikke alle kommuner har rapportert tilstrekkelig med tall.

økningen i driftsutgifter som typisk er assosiert med én enhets økning i den respektive variabelen, gitt at de andre variablene holdes konstant. For eksempel viser modellresultatet vårt at en økning i ett legeårsverk i gjennomsnitt i vårt datasett forbundet med en økning i netto driftsutgifter på omtrent en million kroner. Standardfeilen, som er oppgitt under koeffisienten, representerer estimeringsusikkerheten ved dette tallet. Alle koeffisientene vi estimerer er statistisk signifikante gitt et signifikansnivå på 0.01. R^2, oppgitt på nederste linje i tabellen, er et mål på hvor stor andel av variasjonen i kostnadsnivået som forklares av variasjonen i aktivitetsnivået. Denne er svært høy, og indikerer at denne enkle modellen fanger opp mye av variasjonen i kostnadene som kommunene fører på funksjon 241. Dette er et godt utgangspunkt når vi i neste steg skal beregne kostnadsandeler for hver aktivitet.

Tabell 6-9: Regresjonsresultat fra Kostnadsfordelingsmodellen. Avhengig variabel er inflasjonsjusterte (2023 er referanseår) netto driftsutgifter målt i 1000 kroner ført på KOSTRA funksjon 241.

Variabel	Koeffisient (standardfeil)
Konstant	3499 ***
	(431)
Legeårsverk	1210 ***
	(83)
Fysioterapeutårverk	1080 ***
	(98)
Takstbruk legevakt	0.004 ***
	(0.000)
Observasjoner	2235
R^2	0.967

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$.

Neste steg i analysen er å beregne kostnadsandeler for hver av aktivitetene. For å gjøre dette har vi multiplisert hver koeffisient med det respektive tjenestenivået i hver observasjon (kommune-år). Dette gir oss hver aktivitets bidrag til det kostnadsnivået modellen vår predikerer for hver observasjon. Ved å dele dette bidraget på det predikerte kostnadsnivået får vi den predikerte kostnadsandelen for hver aktivitet. Oppsummert har vi altså brukt observerte verdier av aktivitetsnivå og kostnader til å estimere en modell som predikerer kostnader (den avhengige variabelen) basert på aktivitetsnivået i de tre sektorene (uavhengige variabler). Vi har brukt

disse predikerte verdiene til å beregne en kostnadsandel for hver aktivitet, for hver observasjon av en kommune i ett år.

Vi kan bruke disse predikerte andelene til å fordele de faktisk observerte kostnadene på fastlegeordningen, fysioterapi, og legevakt. Dette gir oss et anslag på en kommunes utgifter til fastlegeordningen i et gitt år. Tabellen under viser fordelingen av vår estimerte kostnadsandel for de ulike sektorene blant kommunene. Tabellen viser at medianobservasjonen har en kostnadsandel på 40 prosent for fastlegeordningen. Dette vil si at vi med vårt beregningsopplegg antar at for halvparten av observasjonene (kommune-år), så representerer kostnader til fastlegeordningen 38 prosent eller mindre av de totale kostnadene ført på funksjon 241. Som forventet er andelene mindre for de to andre sektorene, og det at mange kommuner har 0 for legevakt reflekterer at ikke alle kommuner har egen legevakt.

Tabell 6-10: Andeler til fastlegeordningen, fysioterapi, og legevakt i kommunene. Beregning basert på en kostnadsfordelingsmodell der netto driftsutgifter er avhengig variabel. Tall på kommunenivå for perioden 2018 til 2023.

Sektor	10%	25%	50%	75%	90%	99%	100%
Fastlege	0.24	0.31	0.38	0.45	0.50	0.59	0.63
Fysioterapi	0.05	0.10	0.17	0.22	0.27	0.37	0.43
Legevakt	0	0	0.13	0.25	0.32	0.47	0.73

Anslag på merkostnader

Vi har nå skilt ut et anslag på kostnader til fastlegeordningen for hver kommune. Vi beregner merkostnader som forskjellen mellom dette anslaget, og hva kommunen i teorien har i utgifter til hovedmodellen for fastlegeordningen (basistilskudd etc.)[15]. Tabell 6 11 viser i kolonne 1 medianverdien for merkostnader, målt i millioner kroner, for hvert år i perioden 2018 til 2023. Fra tabellen ser vi at de estimerte merkostnadene stiger jevnlig hvert år, og at veksten har vært størst de siste årene. Anslagene på median merkostnader fra analysen vår sammenfaller delvis med resultatene fra spørreundersøkelsen, som er presentert i Tabell 6 2 for 2021 og 2023.

[15] Merk at «mindrekostnader», en negativ differanse mellom anslåtte kostnader til fastlegeordningen og basistilskudd, er mulig basert på denne beregningen. Dette reflekterer at kommunene i teorien kan spare penger på alternative ordninger, sammenlignet med drift etter hovedmodellen. Vi estimerer mindrekostnader for 31 kommuner i 2023. Derimot er det ingen kommuner som har rapportert om mindrekostnader i noen år i spørreundersøkelsen.

Ser vi på totale merkostnader i kolonne 2 er det større forskjeller. Disse er beregnet ved å multiplisere medianen med antall kommuner. Resultatene viser at analysen anslår mye høyere totale merkostnader i både 2023 og 2021, sammenlignet med hva tallene fra spørreundersøkelsen. Anslag fra analysen for 2021 er nesten dobbelt så høye dersom vi beregner totalen ved å multiplisere medianverdien med antall kommuner. For 2023 er forskjellen noe mindre, men analysen gir et anslag på totale merkostnader som ligger utenfor øvre konfidensintervall for totale merkostnader i spørreundersøkelsen.

Vi har også beregnet totale merkostnader ved å summere kommunenes merkostnader hvert år. Dette kan vi gjøre for anslagene fra analysen fordi vi beregner et anslag for hver kommune, i motsetning til spørreundersøkelsen, som baserer seg på de kommunene som har svart. Derimot ser vi fra tabellen at analysen gir et anslag på totale merkostnader som ligger langt høyere enn det vi mener er realistisk å forventes er tilfelle, og hva resultatene hva spørreundersøkelsen skulle tilsi. Vi mener det er lite trolig at merkostnadene for kommunesektoren i 2023 var på hele 4 milliarder.

Grunnen til at vi estimerer veldig høye merkostnader er sannsynligvis fordi den underliggende regresjonsmodellen vår treffer bedre på kommunesektoren sett under ett (medianverdi), men den kan gi urealistiske anslag enkeltkommuner når det kommer til andelen av observerte utgifter som kan tilskrives fastlegetjenesten. Dette gir utslag når vi deretter beregner merkostnader.

Tabell 6-11: Medianverdier for merkostnader, målt i millioner kroner, inflasjonsjustert med 2023 som referanseår.

År	Per kommune	Sum (median)	Sum
2018	2.43	1010	2019
2019	2.76	1134	2158
2020	2.90	1037	2412
2021	3.12	1100	2579
2022	3.85	1351	3063
2023	4.72	1660	4001

I denne delen har vi beskrevet en alternativ metode å beregne merkostnader på basert på statistikk, heller en rapporterte tall fra kommunene fra spørreundersøkelser. Analyseresultatene indikerer at medianen per kommune for merkostnader har økt siden 2018 og frem til 2023, fra rundt to og en halv million til nesten fem millioner i 2023. Analysen gir estimerte merkostnader på 1660 millioner kroner for 2023.

Sammenlignet med anslagene på merkostnader fra spørreundersøkelsen er de vi finner ved den statistiske analysen gjennomgående høyere. Dette gjelder både når vi beregner medianverdier per kommuner, og nasjonalt. Vår vurdering er at begge måtene å beregne merkostnader på har svakheter. Vi har gjennom denne alternative beregningsmåten sett at det er vanskelig å skille ut utgifter til fastlegene fra kommuneregnskapene, særlig på enkeltkommuner. Samtidig viser den veldig enkle analysen vi har foretatt at det er mulig å beregne anslag som ikke ligger veldig langt unna det kommunesektoren sett under ett rapporterer.

Vi har også beregnet merkostnader fordelt på kommunene etter innbyggertall og sentralitet. Resultatene er presentert i Vedlegg kapittel 6. Oppsummert finner vi at dersom vi anvender metoden på enkeltkommuner eller mindre grupper av kommuner, fremstår den som svakere. Vi mener derfor det er fornuftig å arbeide videre med en statistisk modell som på sikt kan bli mer treffsikker når det kommer til relevante faktorer som innbyggertall og sentralitet. Målet er ikke en modell som kan gi korrekte anslag for hver kommune, men heller en som kan gi et realistisk anslag på merkostnader for visse kommunetyper.

7. Kommunale kjennetegn og pressfaktorer

Om analysene

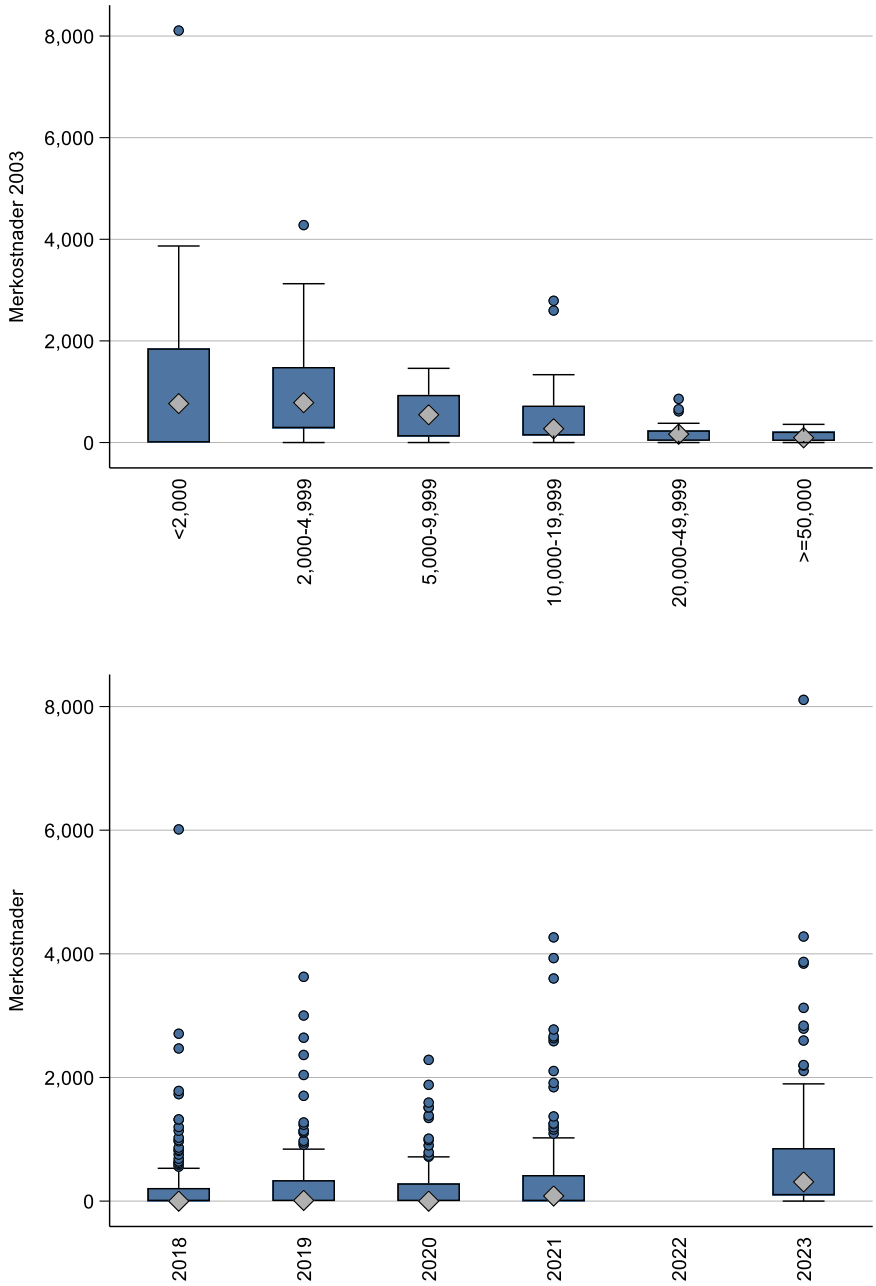
Vi har analysert forskjeller i merkostnader per innbygger mellom norske kommuner i 2023 og endring over tid fra 2018 til 2023. Det er stor variasjon i merkostnader mellom kommunene (jfr. figur 7-1). Variasjonen avtar med kommunestørrelse. Både medianverdien og spredningen er større i 2023 enn i tidligere år. Vi har undersøkt om kommunenes merkostnader, målt per innbygger, og sannsynligheten for å ha merkostnader, samvarierer med ulike kjennetegn ved kommunene. I dette arbeidet har vi skilt mellom to grupper faktorer:

1) **Kommunaløkonomisk modell:** Dette er faktorer som typisk inngår i kommunaløkonomiske modeller for hva som påvirker kommunenes beslutninger mer generelt (f.eks. størrelse, geografi, bosettingsmønster, inntekt, demografi og politikk) (Rattsø, 1989)

2) **FLO-modell:** Dette er kjennetegn ved fastlegesituasjonen (sammensetning av fastlegene, listelengde, underdekning mv.) i kommunen, som kan fange opp pressfaktorer på fastlege-ordningen som påvirker kommunenes merkostnader (Oslo Economics, 2024, Helsedirektoratet. 2023).

Vi har undersøkt tre ulike forhold som beskriver merkostnadene. Dette er:
- Sannsynlighet for å ha merkostnad (MK).
- Størrelse på merkostnad (kroner per innbygger) for de som har merkostnader (MK>0)
- Størrelse på merkostnad (kroner per innbygger) inkludert de som ikke har MK (Alle)

I analysene har vi brukt regresjonsanalyse for å analysere samvariasjon mellom variablene og de tre merkostnadsvariablene. Den første (A) er undersøkt med logistisk regresjon og de to siste (B, C) med regresjon for kontinuerlige variabler. Metodene er forklart i kapittel 3. Antallet kommuner som har oppgitt beløp er mindre enn antallet som har angitt at de har merkostnader. Kommuner som har svart «vet ikke» på spørsmål om de har merkostnader er holdt utenfor.



Figur 7-1: Boksplot for spredning. Kommunekjennetegn. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen.

Resultater av analyser av kommunestørrelse på merkostnad per innbygger er sensitive overfor «ekstremverdier», det vil si at de påvirkes av få kommuner med svært høye merkostnader per innbygger. Merkostnader per innbygger på mer enn 2000 kroner kan betraktes som «ekstremverdier» (j.fr. figur 7-1) og vi har valgt å holde disse utenfor analysene av kommunestørrelse på merkostnad (B, C). Vi har brukt robuste standardfeil for å ta høyde for at variansen til feilleddet varierer mellom observasjonene.Innledningsvis analyserer vi svarene fra årets survey, som omhandler merkostnader i 2023. Dette gir en analyse av forskjeller mellom kommuner. Ved å ta inn data fra tidligere surveyer kan vi utnytte at vi har data for flere av kommunene over flere år til å undersøke endringer over tid innad i kommunene. Vi kan da se om det er sammenheng mellom om kommunene har endret verdi på variabler som beskriver enten kommunaløkonomiske kjennetegn eller fastlege¬situasjon og endring i merkostnader. I disse analysene bruker vi paneldataregresjon med såkalt faste-effekter. Vi kan da kun analysere variabler som varierer over tid innad i kommunene. Data og analyser blir nærmere beskrevet i avsnittet om tidsutvikling. Vi understreker at analysene viser samvariasjon og ikke årsakssammenhenger.

Vi har undersøkt følgende «kommunaløkonomiske» kjennetegn[16]:

- **Sentralitet**: Indeks for sentralitet, opprinnelig inndelt i seks sentralitetsgrupper. Her er de tre mest sentrale slått sammen til en gruppe (Kilde: SSB)
- **Fylke**: Inndeling som i 2023
- **Innbyggertall**: Inndelt i seks grupper; <2,000, 2,000-4,999, 5,000-9,999, 10,000-19,999, 20.000-49,999 og >=50,000 (SSB)
- **Andel av innbyggerne bosatt tettbygde strøk: Inndelt i fire grupper;** <25 %, 25-49,99%, 50-74,99%, >75 % (Kilde: SSB)
- **Frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter) per innbygger**: Inndelt i 3 grupper; <70,000, 70,000-79,999, >=80,000 (Kilde: SSB).
- **Andel av befolkningen som er kvinner** (Kilde: SSB)
- **Andel av befolkningen som er 0-19 år** (Kilde: SSB)
- **Andel av befolkningen som er 65 år eller eldre** (Kilde: SSB)
- **Andel døde** (antall døde i løpet av et år delt på antall innbyggere*100) (Kilde SSB)

[16] Vi har, basert på Fiva, Halse, og Natvik (2023) sitt paneldatasett på kommunepolitikk, også undersøkt hvordan den politiske situasjonen i kommunen påvirker merkostnadene. Politiske kjennetegn korrelerer til dels sterkt med andre kommunekjennetegn og det er derfor ikke klart hva de fanger opp. Vi har derfor valgt å ikke inkludere politikkvariabler i analysene som presenteres i rapporten.

Vi har undersøkt følgende kjennetegn ved fastlegesituasjonen (Kilde: FLO):

- **Andel lister med fastlønnet lege**
- **Gjennomsnittsalder på fastlegene**
- **Andel kvinnelige fastleger**
- **Gjennomsnittlig listelengde**
- **Andel listeinnbyggere uten fastlege**
- **Andel netto endring avtaler** (nye avtaler minus avsluttede avtaler som andel av alle avtaler
- **Andel listeinnbyggere på venteliste**

FLO-dataene er månedsdata, og alle variabler er beregnet som gjennomsnitt over året.

Figur 7-2 og figur 7-3 viser at det er store forskjeller mellom kommunene i kommunale kjennetegn og i viktige kjennetegn ved fastlegeordningen, også innad i kommunestørrelses-grupper. Variasjonen avtar med typisk kommunestørrelse.

Mange av variablene som inngår i analysene er høyt korrelert (se tabell 7-1 og 7-2 i neste avsnitt). Høy korrelasjon (linære sammenhenger) mellom variablene (betegnet multi¬kollinearitet) gjør at det er vanskelig å skille effekter av de ulike variablene dersom de analyseres samtidig. Vi får ustabile resultater som er følsomme for hvilke variabler som er inkludert og hvordan de er operasjonalisert (målt), samtidig som variansen til estimatene øker, noe som påvirker den statistiske signifikansen. Vi har derfor først analysert hver av variablene separat (bivariate analyser), før vi har undersøkt de samtidig (multivariate analyser, «full modell»). Vi har analysert full modell med kommuneøkonomiske («Kommunaløkonomisk-modell») og fastlegevariablene («FLO-modell») separat. Til slutt inkluderes signifikante variabler fra hver av modellene i en felles analyse, for å undersøke om samvariasjon mellom FLO-variabler og merkostnader forklares av felles bakenforliggende strukturelle variabler eller andre kommunekjennetegn.

Tolkning av resultater

Alle resultatene er vist i tabeller i vedlegg. For kommunekjennetegn som er målt som gruppe-variabler (grupper etter hhv. sentralitet, kommunestørrelse, befolkningstetthet og frie inntekter) vil estimatene vise forskjeller i merkostnadsvariabel (A-C) relativ til en referanse¬gruppe. For fastlege- og andre kommunekjennetegn som er målt som kontinuerlige variabler viser resultatene

endring i merkostnadsvariabel (A-C) når verdien på kjennetegnet som studeres endres med en enhet. For eksempel vil det for variabler som er målt som prosentandel med verdi mellom 0 og 100 bety at en enhets endring vil si at andelen øker med ett prosentpoeng. For gjennomsnittlig listelengde viser resultatene endring i merkostnadsvariabel ved en økning av listelengde med en innbygger. I analysene av tidsutvikling er alle variablene målt som kontinuerlige variabler. Dette er omtalt nærmere i delkapittelet som viser resultat for tidsutvikling.

Resultatene fra logistisk regresjonsanalyser (sannsynlighet for å ha merkostnader) har ikke en enkel tolkning. For å lette tolkning av resultatene har vi derfor vist figurer med predikerte verdier av merkostnadsvariablene for ulike verdier på noen utvalgte kommunekjennetegn og fastlege-variabler (figurene 7-4 til 7-11)..

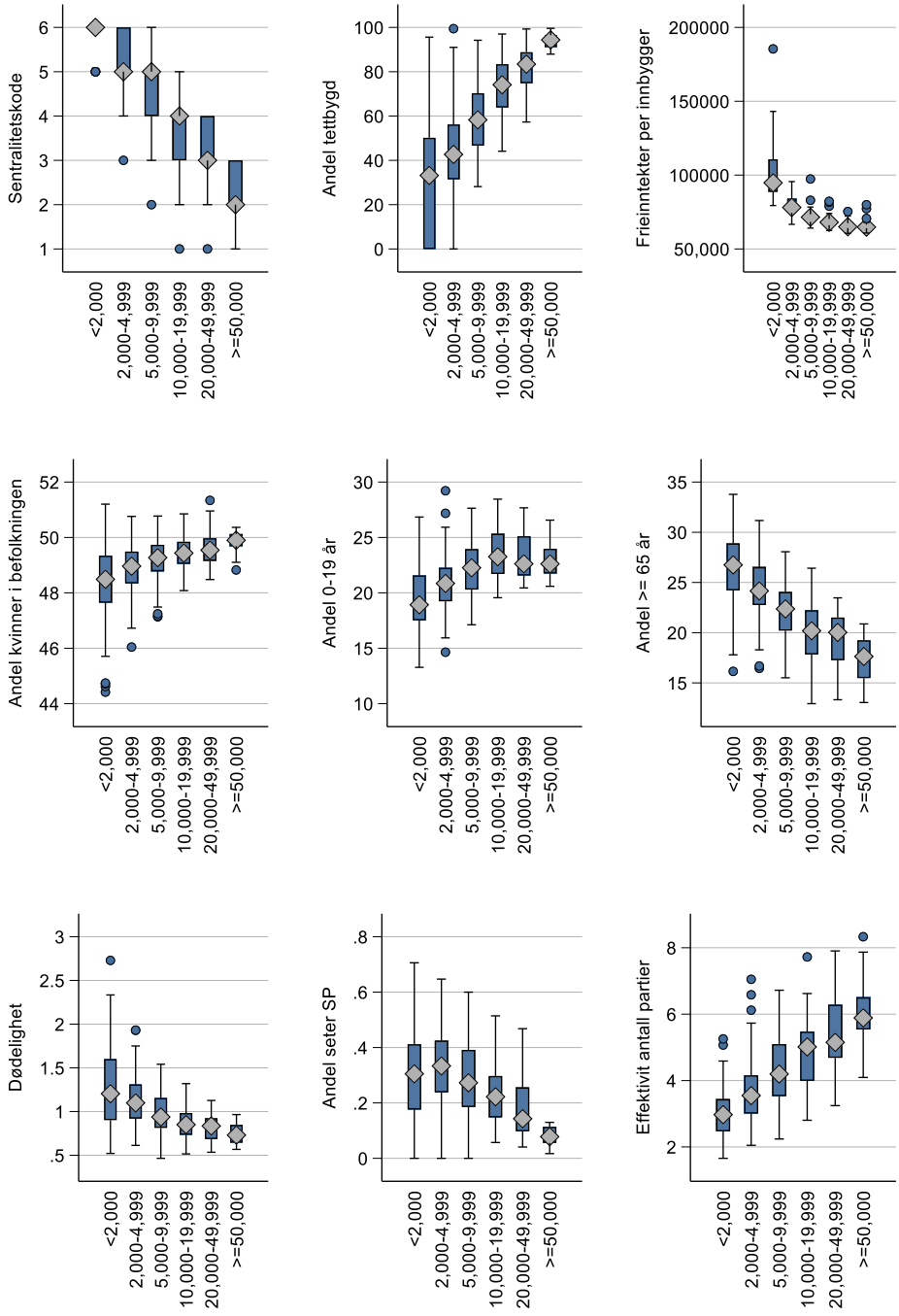
Spredning og samvariasjon mellom variabler i 2023

Deskriptiv statistikk for variablene er vist i vedlegg. Nedenfor illustreres spredning i variablene etter kommunestørrelse og korrelasjon mellom merkostnader og henholdsvis kommunekjennetegn og fastlegevariablene.

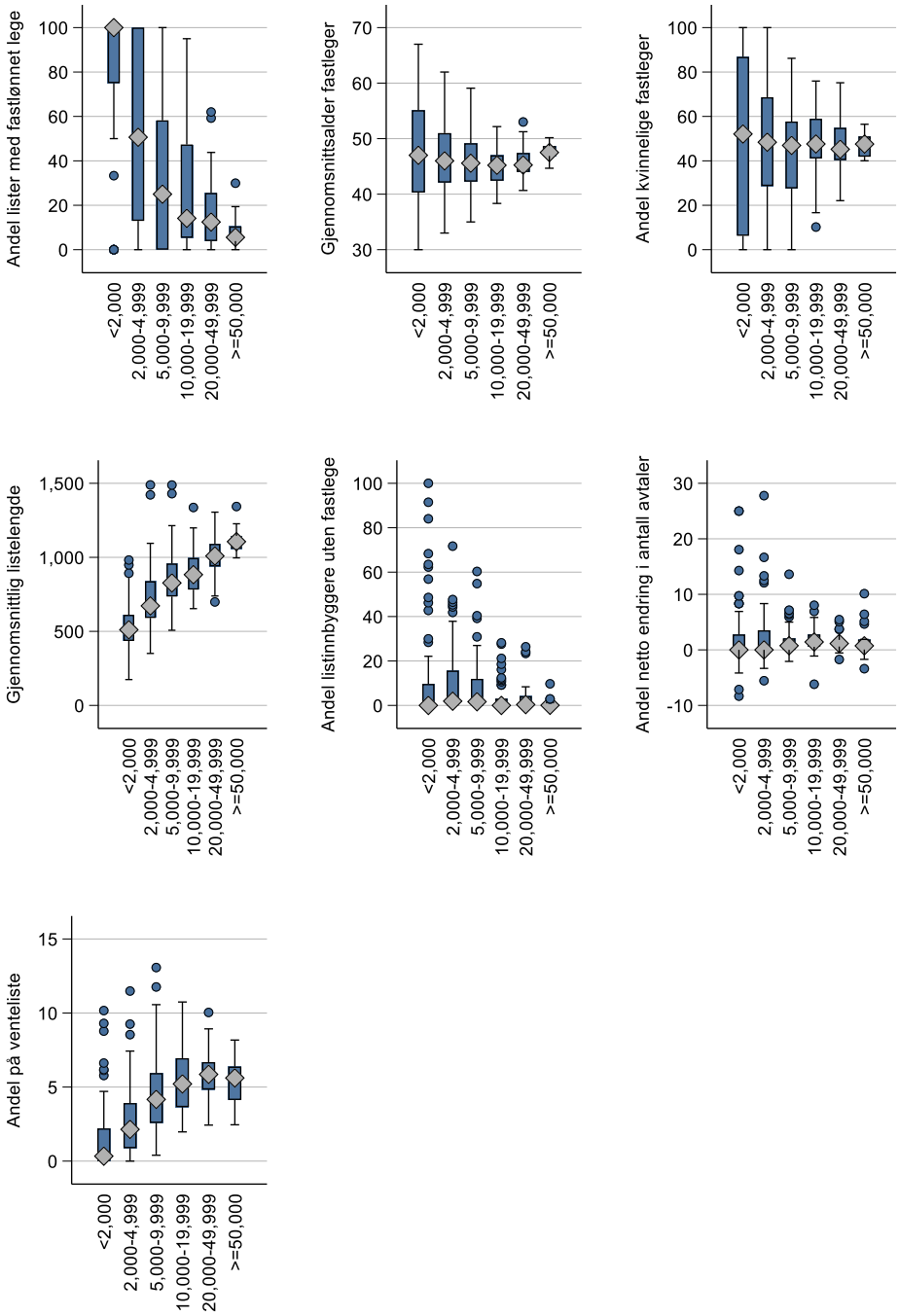
Merkostnadene samvarierer mest med sentralitet, størrelse, frie inntekter, gjennomsnittlig listelengde og andel lister med fastlønnede fastleger.

Det er stor grad av samvariasjon mellom kommunekjennetegnene. For eksempel er variablene for sentralitet, kommunestørrelse, andel bosatt tettbygd og fylke som alle representerer ulike sider av sentralitets-dimensjonen høyt korrelert. Korrelasjonskoeffisienten for sentralitetsgruppe og hhv. kommunestørrelse og andel bosatt tettbygd er henholdsvis 0.81 og 0.67. Sentralitet samvarierer imidlertid i like stor grad med variabelen for friinntekter (0.83) og er også høyt korrelert med «etterspørselsvariabelen» andel i befolkningen som er 65 år og eldre (0.69). Befolkningssammensetning og bosettingsmønster er viktige faktorer for beregning av rammetilskudd i inntektssystemet som fordeler frie inntekter mellom kommunene. Det er naturlig nok også høy korrelasjon mellom andel eldre og dødelighet (0.77).

Det er i tillegg relativ høy korrelasjon mellom noen av fastlegevariablene, i særlig grad mellom gjennomsnittlig listelengde og andel fastlønnede fastleger (-0.63). Kommuner med høy andel fastlønnede leger har typisk kortere gjennomsnittlig listelengde.



Figur 7-2: Boksplot for spredning. Kommunekjennetegn 2023. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen.



Figur 7-3: Boksplot for spredning. Fastlegevariabler 2023. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen.

Tabell 7-1: Korrelasjonsmatrise. Merkostnader (MK) per innbygger og kommunekjennetegn.

	MK	Sentral.-grupper	Tett-steds-grupper	Kom. størr.-grupper	Frie inntekt-grupper	Andel kvinner	Andel 0-19 år	Andel >= 65 år	Andel døde	Andel seter SP	Andel seter venstre-side	Andel seter høyre-side	Eff. antall partier
MK	1.00												
Sentralitets-grupper	0.41	1.00											
Tettsteds-grupper	-0.28	-0.67	1.00										
Kom.størr. grupper	-0.39	-0.81	0.73	1.00									
Frie inntekt-grupper	0.39	0.83	-0.68	-0.76	1.00								
Andel kvinner	-0.11	-0.39	0.33	0.41	-0.36	1.00							
Andel 0-19 år	-0.27	-0.46	0.52	0.46	-0.49	0.13	1.00						
Andel >= 65 år	0.30	0.69	-0.68	-0.66	0.66	-0.10	-0.83	1.00					
Andel døde	0.33	0.56	-0.47	-0.52	0.58	0.03	-0.63	0.77	1.00				
Andel seter SP	0.25	0.46	-0.54	-0.51	0.39	-0.18	-0.37	0.43	0.25	1.00			
Andel seter venstreside	0.11	0.04	-0.04	-0.06	0.17	0.16	-0.39	0.26	0.31	-0.08	1.00		
Andel seter høyreside	-0.21	-0.38	0.49	0.43	-0.42	0.08	0.61	-0.57	-0.40	-0.60	-0.53	1.00	
Eff. antall partier	-0.32	-0.53	0.61	0.65	-0.57	0.21	0.51	-0.58	-0.51	-0.63	-0.32	0.63	1.00

Tabell 7-2: Korrelasjonsmatrise. Merkostnaderper innbygger og fastlege (FL)-variabler.

	Mer-kostnader	Andel fastlønnede FL	Gjennom-snittsalder FL	Andel kvinnelige FL	Andel liste-innbyggere uten FL	Gjennom-snittlig listelengde	Andel netto endring avtaler	Andel på venteliste
Merkostnader	1.00							
Andel fastlønnede FL	0.38	1.00						
Gjennomsnitts-alder FL	-0.04	-0.12	1.00					
Andel kvinnelige FL	0.15	0.31	-0.30	1.00				
Andel listeinnbyggere uten FL	0.12	0.31	0.06	0.19	1.00			
Gjennomsnittlig listelengde	-0.45	-0.66	0.14	-0.32	-0.20	1.00		
Andel netto endring avtaler	-0.16	0.08	-0.01	0.07	0.15	-0.01	1.00	
Andel på venteliste	-0.04	-0.06	-0.06	0.11	0.31	0.10	0.12	1.00

Analyser av forskjeller mellom kommuner i 2023

Det er ulikt antall kommuner som inngår i analysene av de tre variablene for merkostnader. I analysene av sannsynlighet for å ha merkostnader (A) inngår 200 kommuner hvor vi har opplysninger om de har merkostnader eller ikke i 2023. I analysene av merkostnader per innbygger for kommuner som har merkostnader (B) inngår 122 kommuner som har oppgitt beløp for merkostnader. I analysene av merkostnader per innbygger for alle kommunene (C) inngår, inngår i tillegg til de 122 som har oppgitt beløp for merkostnader, også 24 kommuner som har oppgitt at de ikke har merkostnader og som derfor er gitt verdien 0 for beløp. Det vil at det er til sammen 146 kommuner i disse analysene. Vi mangler altså opplysninger om beløp for 54 kommuner som har oppgitt at de har merkostnader med fastlegeordningen.

Kommunaløkonomisk modell

Resultatene fra bivariate analyser, det vil si analyser av en og en variabel, er vist i figurer nedenfor for noen av variablene (sentralitet, fylke, innbyggertall, andel bosatt i tettbygde støk og frie inntekter). Resultatene fra de tre merkostnads-variablene (A, B, C) er da vist i samme figur med overskrift som viser hvilket kommunekjennetegn som er analysert. Figurene viser predikert verdi for merkostnads-variabelen for ulike verdier av kommunekjennetegnet. Videre vises 95 prosent konfidensintervall for punkt estimatet predikert verdi, som illustrerer usikkerheten i punktestimatet. Jo mindre variasjon i avhengig verdi mellom kommuner, jo mindre usikkerhet og jo smalere konfidensintervall. Generelt vil få observasjoner i gruppe (som har gitt verdi på kommunekjennetegnet) bidra til at konfidensintervallene blir videre (for eksempel i ytter-punktene av fordelingene for variablene). Alle resultatene er også vist i tabellene 7-2 til 7-6 i vedlegg 7, som viser estimert størrelse og signifikansnivå for resultatene.

A Sannsynlighet for merkostnader

Selv om det er variasjoner i estimert sannsynlighet for å ha merkostnader mellom kommuner med ulike kjennetegn i 2023, er variasjonen stor mellom kommuner med like kjennetegn og det er derfor vanskelig å finne variabler med signifikant effekt. Når vi undersøker en og en variabel avdekker vi ingen signifikante effekter.

Korrelasjon mellom variabler bidrar til at mønstrene endres når vi analyserer alle variablene samtidig (utenom sentralitet og fylke). Kontrollert for andre faktorer finner vi at sannsynligheten for å ha merkostnader øker med kommunestørrelse. Mer presist finner vi at gruppene av kommuner med over 10,000 innbyggere har høyest

sannsynlighet for å ha merkostnader, og sannsynligheten avtar med kvinneandel i befolkningen.

B Størrelse på merkostnader blant kommuner som har merkostnader

Når vi analyserer størrelsen på merkostnadene blant kommuner som har merkostnader, og først ser på en og en variabel for seg, finner vi at størrelsen avtar med sentralitet, men vi finner ingen signifikant forskjell på de to minst sentrale gruppene (nivå 5 og 6). Vi finner i tillegg betydelige geografiske forskjeller. Troms og Finnmark hadde høyest merkostnader, signifikant høyere enn alle andre fylker hvis vi bruker et signifikansnivå på 10 prosent. Rogaland hadde signifikant lavere merkostnader enn andre fylker, unntatt Viken og Vestfold og Telemark (og Agder og Trøndelag med signifikansnivå på 10 prosent). Størrelsen på merkostnader avtar med kommune-størrelse og med andel bosatt i tettbygde strøk. Den avtar også med andel kvinner og barn og unge i befolkningen. Høyere frie inntekter ser ut til å øke merkostnadene blant de som har merkostnader. Det samme gjør andel eldre over 65 år og dødelighet.

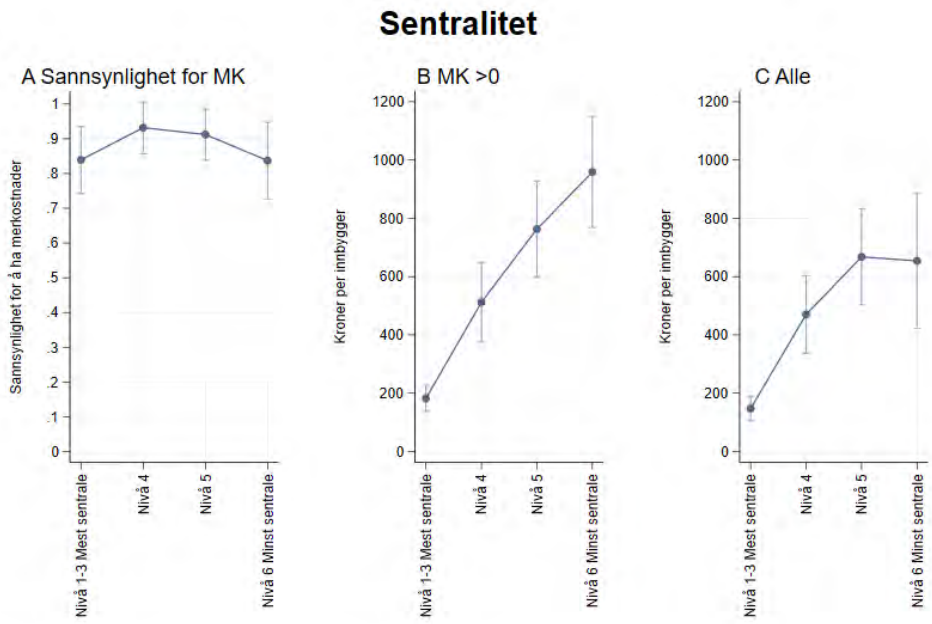
Når vi inkluderer alle variablene (utenom sentralitet og fylke) samtidig i analysen forsvinner mange av de signifikante samvariasjonene vi fant når vi analyserte en og en variabel. Dette er et tegn på utfordring med høy grad av samvariasjon mellom variabler. Kontrollert for andre faktorer, finner vi at størrelsen på merkostnaden øker med andel 65 år eller eldre i befolkningen. Vi finner også at kommuner med inntekter mellom 70 og 80 tusen per innbygger i frie inntekter har høyere merkostnader enn de med lavere nivå på frie inntekter. Dette er imidlertid beheftet med større usikkerhet (signifikant på 10 prosent).

C Størrelse på merkostnader når kommuner uten merkostnader inkluderes

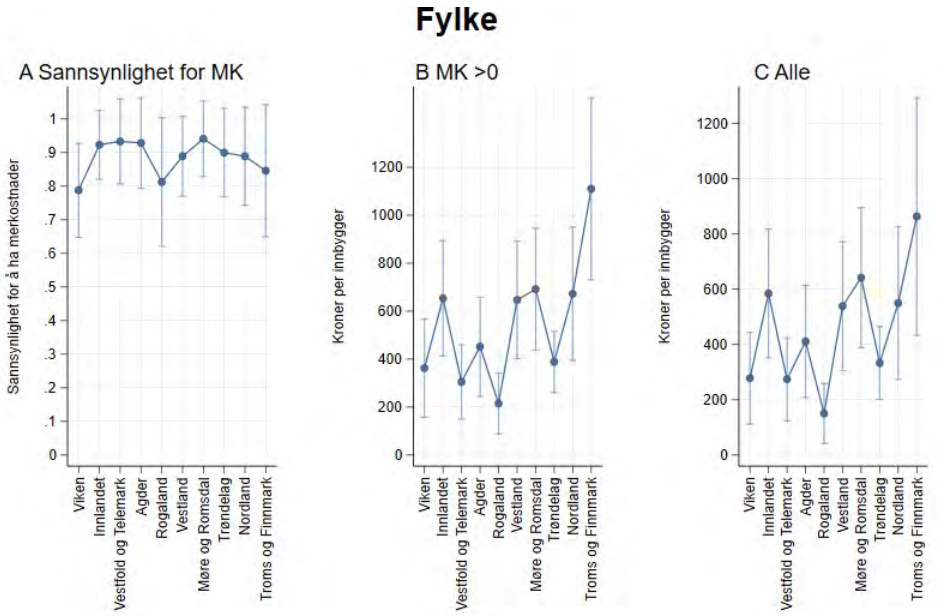
Når vi inkluderer de som ikke har merkostnader i analysen av størrelse på merkostnad, finner vi mange av de samme forskjellene som vi fant for merkostnader blant de som har. Det er likevel med noen modifikasjoner. Når vi ser på en og en variabel finner vi at de mest sentrale kommunene har lavest merkostnader per innbygger, rundt 470 kroner lavere per innbygger enn de minst sentrale. Vi finner ikke lengre signifikante forskjeller mellom Troms og Finnmark og Nordland, Møre og Romsdal, Vestland og Innlandet. Lavest merkostnader hadde Rogaland, Viken og Vestfold og Telemark, 600-700 kroner lavere enn Troms og Finnmark per innbygger. Merkostnadene er minst blant de største kommunene, og avtar med kommunestørrelse blant kommuner med mer enn 10,000 innbyggere (det er stor variasjon blant mindre og spesielt de minste kommunene). Estimatene gir

at kommuner med mellom 2,000 og 10,000 innbyggere har mellom 600 og 400 kroner høyere merkostnader enn kommuner over 50,000 innbyggere. Tendensen er også at merkostnaden avtar med andel bosatt i tettbygde strøk og er lavest blant de mest tettbygde (med en forskjell på 465 kroner), men det er stor spredning innad i spesielt de minst tettbygde kommunene. Merkostnaden er 350-400 kroner lavere i kommuner med frie inntekter under 70,000 per innbygger enn de med høyere frie inntekter. Merkostnaden avtar med andel kvinner og barn og unge i befolkningen og øker med andel eldre over 65 år og dødelighet.

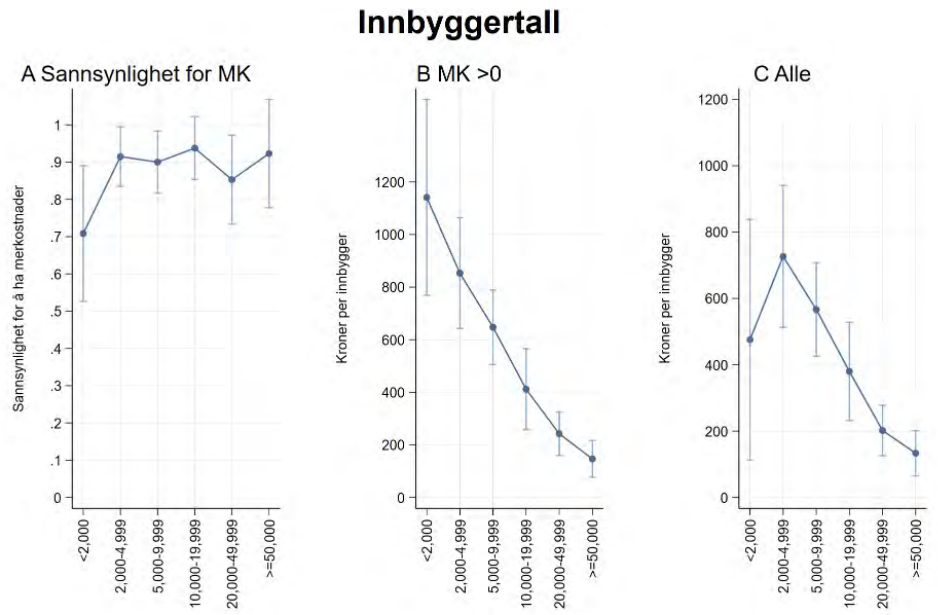
Når vi inkluderer alle variablene (utenom sentralitet og fylke) samtidig, er det få signifikante effekter, selv om modellens samlede forklaringskraft (R^2) er på 0,34. Vi finner at merkostnaden avtar med kvinneandel i befolkningen og at den øker med andel eldre over 65 år. Punkt-estimatene tilsier at en forskjell i kvinneandelen i befolkningen på ett prosentpoeng gir en forskjell i merkostnader på nesten 160 kroner. For eldreandel, utgjør et prosentpoengs forskjell i andel eldre en forskjell i merkostnader på 60 kroner. Det er også en tendens (på 10 % nivå) til at kommuner med frie inntekter mellom 70 og 80 tusen kroner har høyest merkostnader, forskjellen er på rundt 200 kroner når vi kontrollerer for de andre kommunekjennetegnene (det vil si betydelig lavere enn når vi ikke kontrollerte for andre faktorer).



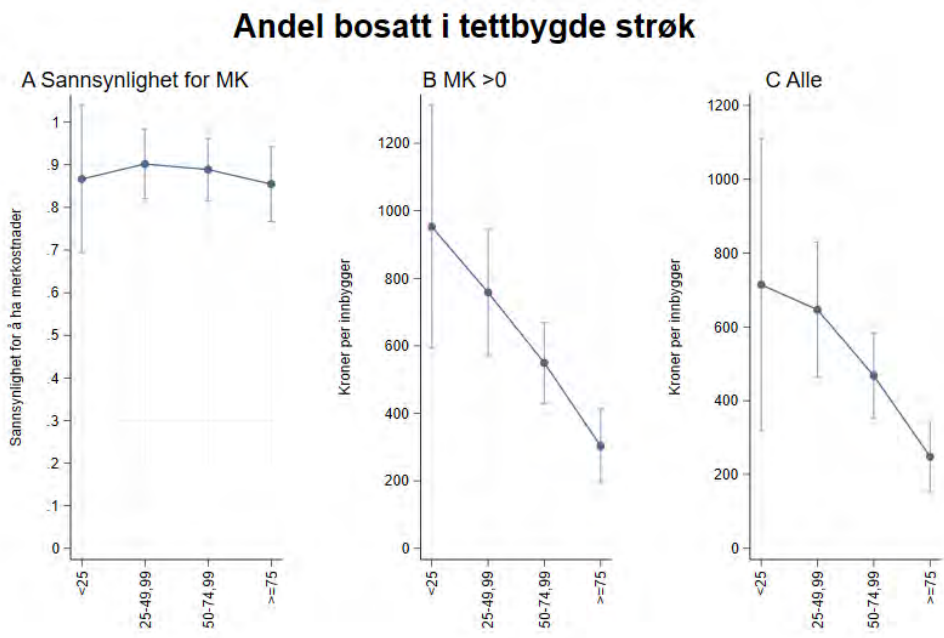
Figur 7-4: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av sentralitet (MK=merkostnader).



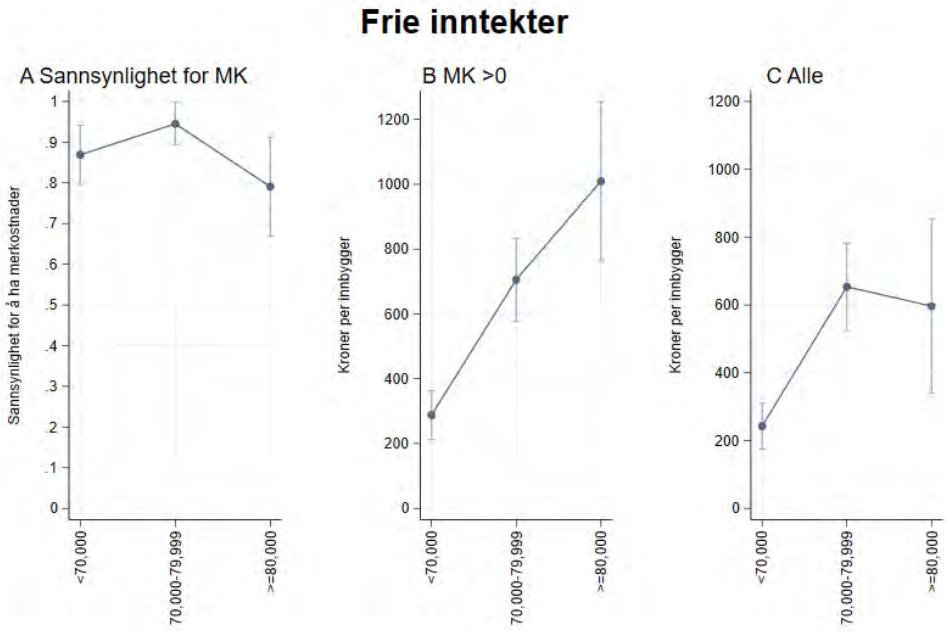
Figur 7-5: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av fylke (MK=merkostnader).



Figur 7-6: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av kommunestørrelse (MK=merkostnader).



Figur 7-7: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel bosatt i tettbygde strøk (MK=merkostnader).



Figur 7-8: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av frie inntekter (MK=merkostnader). Fastlegesituasjon

Alle resultatene fra denne delen av rapporten er dokumentert i tabellene 7-7 til 7-10 i vedlegg 7. Nedenfor vises figurer med resultatene fra bivariate analyser av variabler som vi har funnet at samvarierte signifikant med merkostnadsvariablene. Vi viser til avsnittet om analyse av kommunekjennetegn for beskrivelse av figurene.

A Sannsynlighet for merkostnader

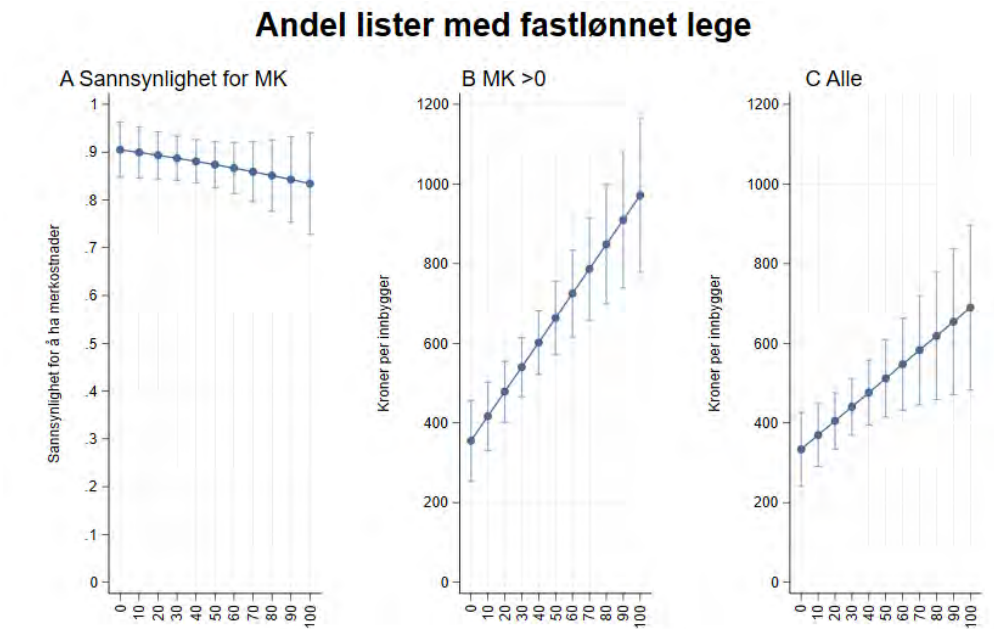
Av de sju variablene vi har undersøkt er det ingen som viser en signifikant bivariat sammenheng med sannsynligheten for å ha merkostnader. Når alle variablene analyseres samtidig, finner vi en negativ sammenheng mellom sannsynlighet for å ha merkostnader og andel lister med fastlønnede leger og med gjennomsnittlig listelengde, og tendens til en positiv sammenheng (på 10 prosent nivå) med andel listeinnbyggere på venteliste.

B Størrelse på merkostnader blant kommuner som har merkostnader

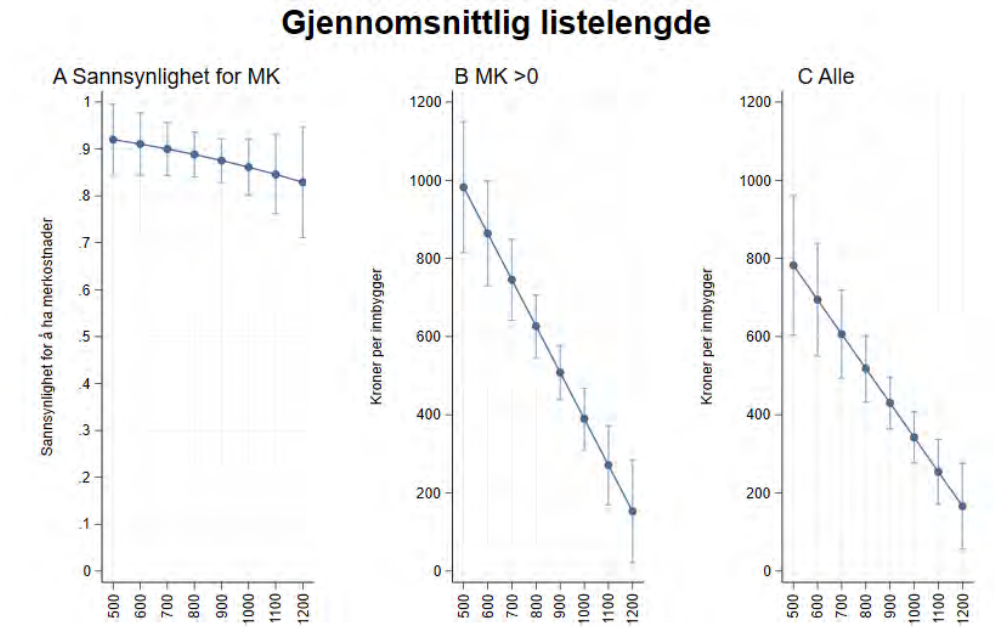
I analysene av en og en variabel finner vi at størrelsen på merkostnaden per innbygger, for kommuner som har merkostnader, øker med andel lister med fastlønnede leger og med andel listeinnbyggere uten fastlege. Merkostnaden avtar med gjennomsnittlig listelengde. Når vi analyserer faktorene samtidig, er det kun resultatet for listelengde som står igjen.

C Størrelse på merkostnader når kommuner uten merkostnader inkluderes

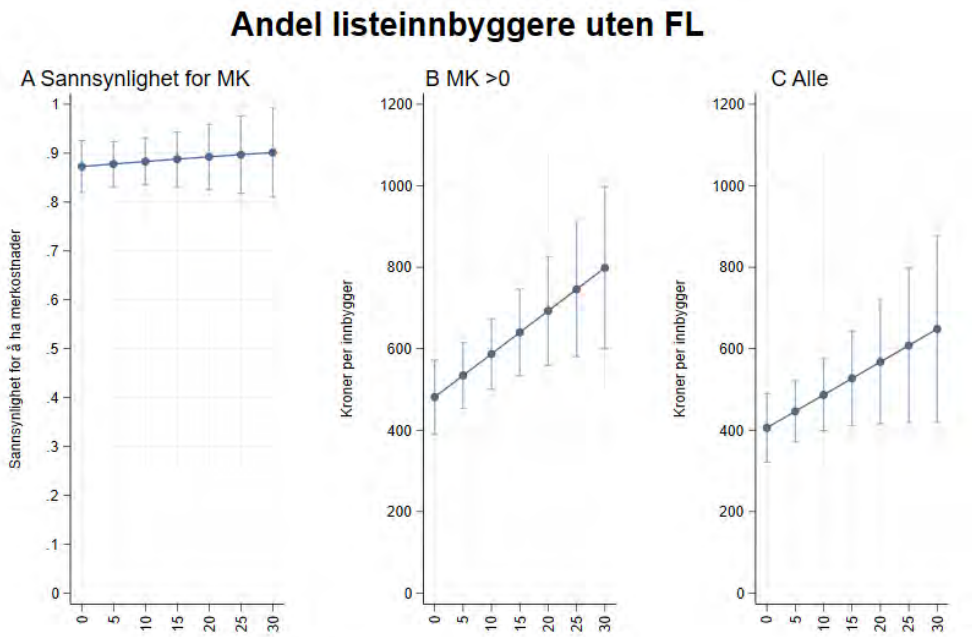
Når vi også inkluderer kommunene som ikke har merkostnader i analysen av merkostnader per innbygger, får vi relativt like resultater når det gjelder variabler som identifiseres og retning på samvariasjon, men størrelsen på estimatene svekkes, sammenlignet med analysen kun av de som har merkostnader. Og likeledes er det kun negativ effekt av listelengde som er signifikant når vi kontrollerer for de andre variablene. Resultatet tilsier at en forskjell i gjennomsnittlig listelistelengde på 100 innbyggere utgjør en forskjell i merkostnader på nesten 100 kroner per innbygger.



Figur 7-9: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel lister med fast ansatt lege (MK=merkostnader).



Figur 7-10: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av gjennomsnittlig listelengde (MK=merkostnader).



Figur 7-11: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel listeinnbyggere uten fastlege (MK=merkostnader).

Både kommunekjennetegn og fastlegevariabler

Som en ytterligere utvidelse, har vi gjort analyser hvor vi inkluderer signifikante variabler fra den multivariate analyse av begge modellene (kommunestørrelses-grupper, andel kvinner og andel 65 år eller mer i befolkning, andel lister med fastlønnslege og gjennomsnittlig listelengde).

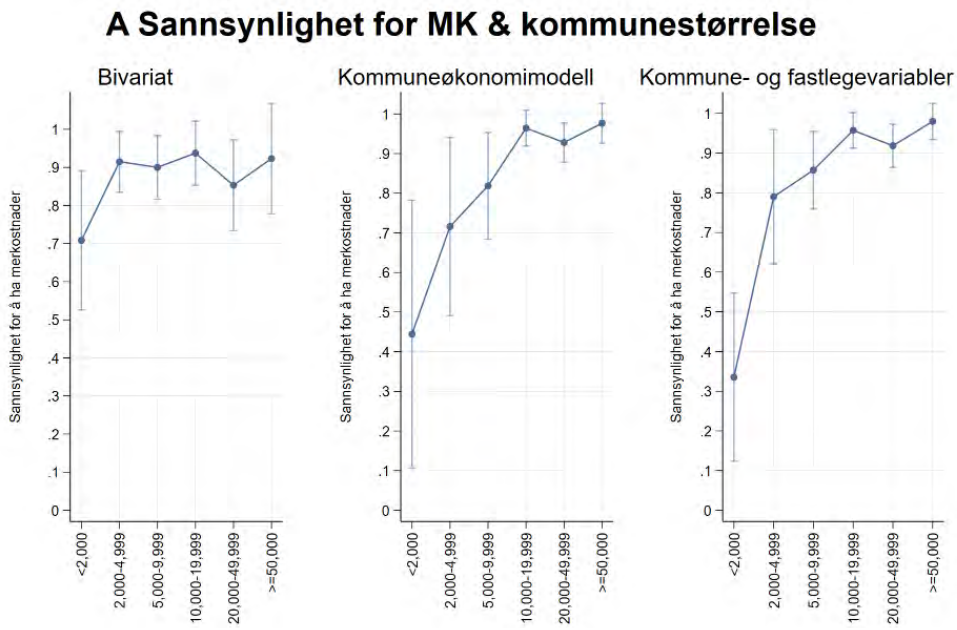
A Sannsynlighet for merkostnader

Av de fem variablene er det kommunestørrelse, andel eldre i befolkningen og gjennomsnittlig listelengde som har signifikante effekter på sannsynlighet for å ha merkostnader. Figurene nedenfor viser, for kommunestørrelse og listelengde, hvordan sammenhengen mellom variablene og estimert verdi for sannsynlighet for merkostnad endres fra bivariat analyse, til multivariat analyse for henholdsvis kommunal¬økonomimodell og FLO-modell, og til slutt når variablene fra de to modellene kombineres.

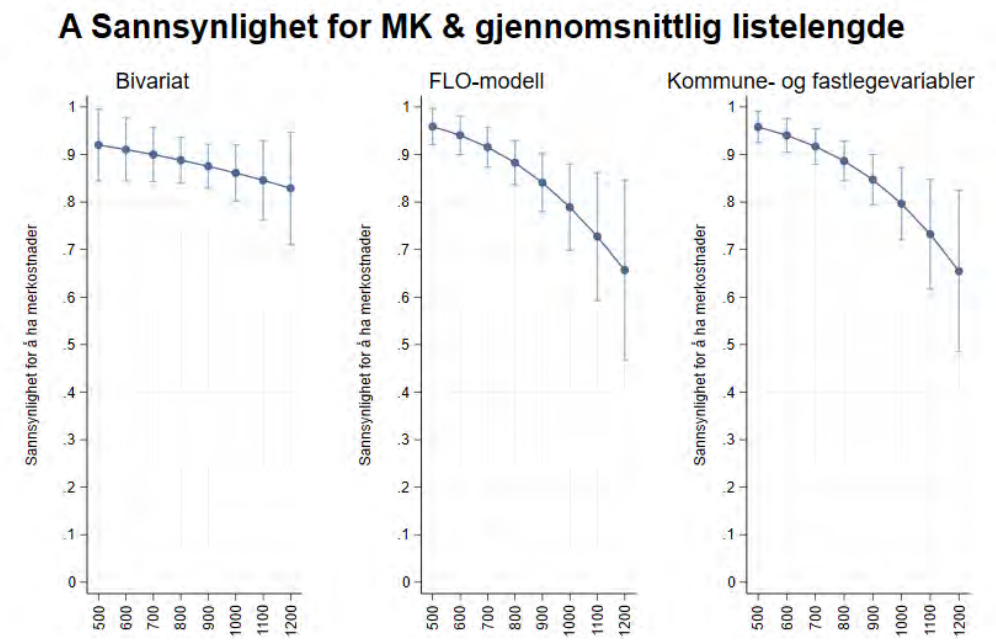
I de bivariate analysene av kommunestørrelse var punktestmatet for sannsynlighet for å ha merkostnader for de minste kommunene (<2000 innbyggere) på 0.7 (70

prosent). Selv om usikkerheten er stor var punktestimatet for denne gruppen signifikant mindre enn 0.9. For de andre gruppene lå estimatet på rundt 0.9 (90 prosent), men ikke signifikant høyere enn de minste kommunene. Når vi kontrollerer for andre kommunekjennetegn faller punktestimatet for de minste kommunene til mellom 0.4 og 0,5 (estimatet er veldig usikkert som ses ved et vidt konfidensintervall). Estimatene øker fram til 10,000 innbyggere. Estimatet for kommuner med mer enn 10,000 innbyggere er mellom 0.9 og 1, og signifikant høyere enn for de minste kommunene. I den siste modellen med utvalgte kommunekjennetegn og fastlegevariabler, er forskjellen mellom de minste og de større kommunene enda litt større.

Vi ser på samme måte at effekten av gjennomsnittlig listelengde øker når vi går fra (insignifikante effekt) bivariat analyse til multivariate modeller. Resultatene er relativt like i de multivariate modellene.



Figur 7-12: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) for sannsynlighet for å ha merkostnader fra bivariat analyse og multivariate analyser av kommunestørrelse (MK=merkostnader).



Figur 7-13: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) for sannsynlighet for å ha merkostnader fra bivariat analyse og multivariate analyser av gjennomsnittlig listelengde (MK=merkostnader).

B Størrelse på merkostnader blant kommuner som har merkostnader

Det er kun andel eldre i befolkningen som er signifikant i analysen av størrelse på merkostnader for kommuner som har merkostnader. Andel lister med fastlønnede leger viser en positiv effekt på 10 prosent signifikansnivå. Sammenligner vi størrelsen på effekten mellom de tre analysene ser vi at for andel innbyggere >=65 år reduseres den positive effekten fra i underkant av 70 kroner (per prosent poengs økning i andel) i bivariat modell, til nesten 55 kroner i kommuneøkonomimodellen, og til ca 40 kroner når både kommunevariable og fastlege variabler inkluderes. For andel fastlønnslister reduseres effekten av ti prosentpoengs økning i andelen, fra rundt 60 kroner i bivariat analyse, til i underkant av 30 kroner i de multivariate analysene.

C Størrelse på merkostnader når kommuner uten merkostnader inkluderes

Når kommuner som ikke har merkostnader også inkluderes i analysen av størrelse på merkostnad, står vi igjen med signifikant positiv effekt av andel innbyggere 65 år og eldre, negativ effekt av andel kvinner og en negativ effekt av listelengde (10 prosent signifikansnivå). Sammenligner vi størrelsen på effekten mellom de tre analysene (bivariat, multivariat kommunaløkonomisk modell, kombinert med utvalgte FLO-variable) ser vi at for andel innbyggere >=65 år endres den positive

effekten fra rundt 50 kroner (per prosentpoengs økning i andel) i bivariat modell, til i underkant av 60 kroner i kommuneøkonomimodellen, og til 50 kroner igjen når både kommunevariable og fastlege variabler inkluderes. For andel kvinner reduseres effekten (av ett prosentpoengs økning) fra rundt 170 kroner i bivariat modell til rundt 160 kroner i kommunaløkonomisk modell til rundt 120 kroner i kombinert modell. For listelengde endres effekten av en økning i listen på 100 innbyggere, fra rundt 90 kroner i bivariat analyse, til rundt 100 kroner i multivariate analyse av fastlegevariable. I modellen hvor det kontrolleres for både kommunekjennetegn og fastlegevariabler, mer enn halveres effekten av gjennomsnittlig listelengde til rundt 45 kroner per 100 listeinnbyggere[17].

Høye merkostnader i de minste kommunene kan forklares med kommunale kjennetegn og fastlegekjennetegn (listelengde, andel fastlønnslister). Når vi kontrollerer for utvalgte faktorer har de minste kommunene signifikant lavere merkostnader enn de andre kommunene.

Analyser av tidsutvikling

Analysene så langt i kapittel 7, har handlet om forskjeller mellom kommuner. I dette avsnittet bruker vi data om merkostnader på kommunenivå over flere år, fra 2018 til 2023, til å se på utviklingen over tid. Det var ikke en tilsvarende undersøkelse i 2023, slik at informasjon om merkostnader for 2022 ikke ble innsamlet (merkostnadene gjelder året før undersøkelsen ble gjennomført). Vi viser først det overordnede bildet for utvikling i de tre merkostnadsvariablene (A, B, C), før vi presenterer resultater fra analyser av tidsutvikling innad i kommuner (paneldataanalyser med faste effekter). Siden vi da analyserer en rendyrket tidsutvikling[18] vil variabler som ikke varierer over tid ikke kunne analyseres (f.eks. gruppetilhørighet for sentralitet). Det vil si at i analyser av sannsynlighet for å ha merkostnader (A) er det kun kommuner som har endret verdi på om de har merkostnader eller ikke som er inkludert i panelanalysene med faste effekter. Av samme årsak inkluderer vi innbyggertall, bosatt tettbygd og frie inntekter (inflasjonsjustert) som kontinuerlige variabler (og ikke som grupper). Vi bruker den naturlige logaritmen av innbyggertall siden variabelen er veldig skjevfordelt. Den estimerte effekten kan da tolkes som endring i merkostnad ved en prosent økning i befolkningstallet (delt på 100).

[17] Listelengde er sterkt korrelert med flere av de kommunaløkonomiske variablene, for eksempel øker gjennomsnittlig listelengde med kommunestørrelse.

[18] Det vil si at vi sammenligner tidsutvikling mellom kommuner og ikke tverrsnitts-forskjeller (nivåforskjeller) mellom kommuner

Det har skjedd en rekke endringer i kommuneinndeling og ikke minst i kommunenummer i analyseperioden. I utgangspunktet har vi kommunenummer for undersøkelsesåret, men vi trenger kommunenummeret som gjaldt året før for å kunne koble på kommunekjennetegn og fastlegevariabler for samme år. Vi har så godt det lar seg gjøre forsøkt å tilordne riktig kommunenummer til merkostnadene. Men dette lar seg ikke gjøre for kommuner som har blitt sammenslått i løpet av perioden. Disse kommunene var delt i flere kommuner året før. Dette er selvsagt spesielt utfordrende for analyseåret 2019, grunnet det store tallet kommune-sammenslåinger i 2020[19]. Dette innebærer at det er en god del kommuner som vi ikke har data for 2019 i panelanalysene. En annen utfordring er at også kommuner som ikke er sammenslått har skiftet kommunenummer i analyseperioden. Dette gjelder alle som har endret fylkestilhørighet. I panelanalysene er vi avhengig av å ha samme identifikasjons¬nummer gjennom hele perioden. Vi har løst dette med å bruke kommunenummer for 2024 for alle årene. For sammenslåtte kommuner vil flere kommuner har samme 2024-kommune¬nummer (for årene før sammenslåingen). Dette skaper støy (tverrsnittsvariasjon) i analysene. For å rendyrke tidsutvikling innad i kommunene, har vi derfor valgt å holde alle kommuner hvor det er flere enn fem observasjoner for et gitt 2024-kommunenummer utenfor i panelanalysene. I analysene av overordnede utviklingstrekk har vi ikke rendyrket tidsutviklingen, så i disse er det flere kommuner inkludert, spesielt er antallet mye høyere i analyser av sannsynlighet for å ha merkostnader.

Kommuner med merkostnader over 2000 per innbygger (inflasjonsjustert) er holdt utenfor i analysene. Dette er ikke fordi anslagene ikke nødvendigvis stemmer, men fordi det vil være enkeltverdier som driver resultatene av analysen.

Tidsutvikling samlet og etter sentralitet og kommunestørrelse

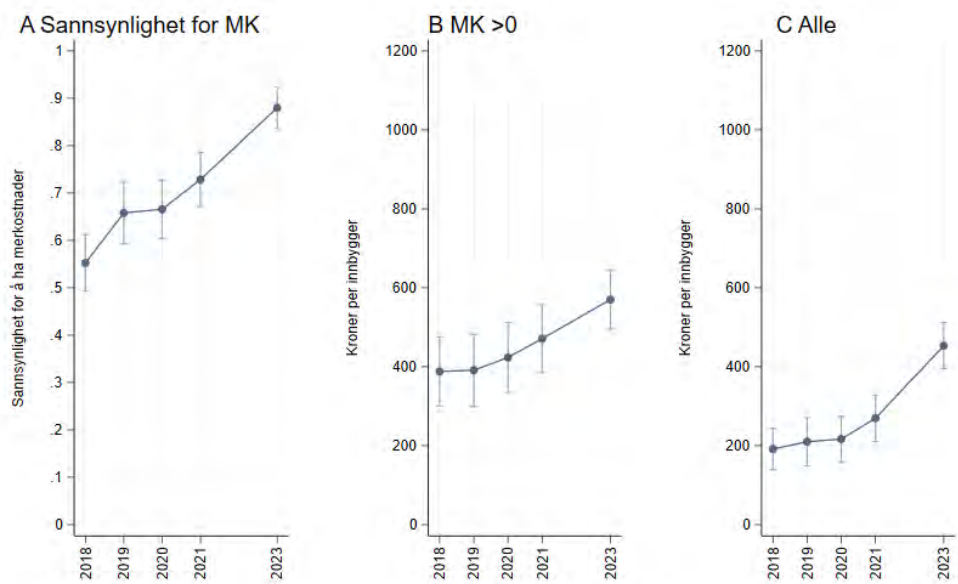
Resultatene er vist i tabellene 7-11 til 7-13 i vedlegg 7 og i figurene 7-14 til 7-16. Trenden har vært at sannsynligheten for å ha merkostnader har økt over tid, fra et punktestimat på mellom 0.5 og 0.6 i 2018 til nesten 0.9 i 2023. Når det gjelder størrelsen på merkostnaden, er det signifikant høyere estimerte merkostnader i 2023 enn i tidligere år, både når vi kun ser på de som har positive merkostnader og når vi inkluderer de som ikke har merkostnader.

[19] De sammenslåtte kommunene skal heller ikke i teorien kunne oppgi merkostnader for kommunen for året før.

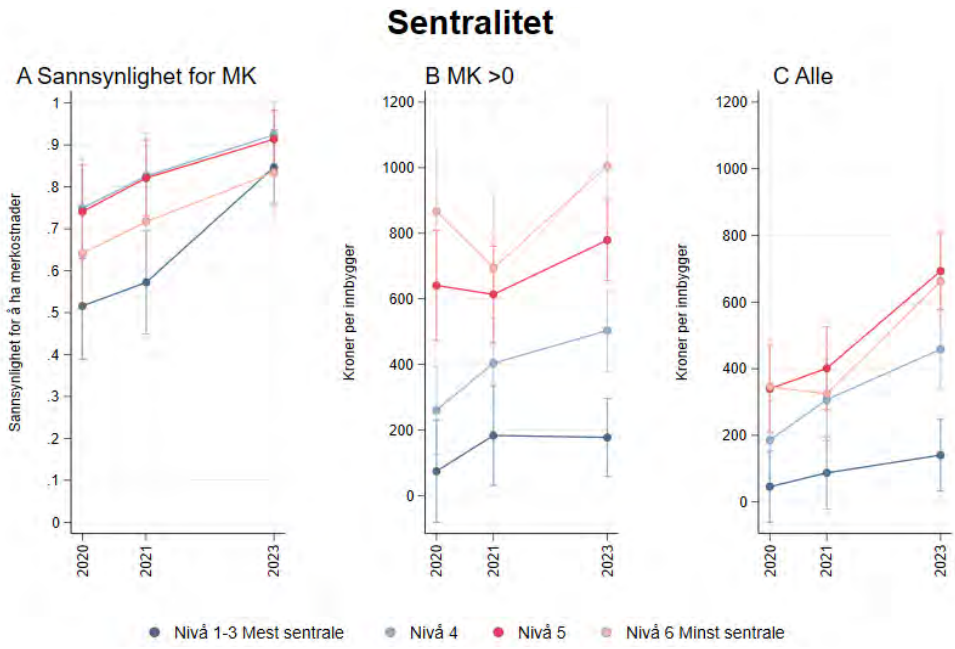
I analysen av tidsutvikling for sentralitetsgrupper, bruker vi data kun for årene etter 2020[20]. Sannsynligheten for merkostnader har økt for alle gruppene. Resultatene indikerer at merkostnaden er lavest i de minst og de mest sentrale kommunene. Selv om vi ikke finner signifikante samspillseffekter mellom år og sentralitetsgruppe, så viser punktestimatene en brattere økning, spesielt siste år, for de mest sentrale kommunene, som nærmer seg de andre gruppene. Resultatene viser ikke et klart mønster i tidsutvikling for størrelse på merkostnadene i de ulike sentralitetsgruppene, men det er tydelige nivåforskjeller i alle årene. Inkluderes de uten merkostnader i analysen, vises en positiv tidstrend, med høyere merkostnader i 2023, for alle unntatt de mest sentrale.

I og med at vi inkluderer muligheter for samspillseffekter mellom kommunestørrelse og år har vi, for enkelthets skyld, brukt en inndeling i tre kommunestørrelsesgrupper: under 3000 innbyggere, 3,000-9,999 og 10,000 og mer. Vi finner en økning over tid i sannsynlighet for å ha merkostnader for alle grupper, og økningen fra 2018 til 2023 er størst blant kommuner over 10 000 innbyggere. Tendensen har i de senere årene vært at de minste kommunene har lavest sannsynlighet for å ha merkostnader. Det er også et klart mønster at merkostnadene per innbygger er høyere i 2023 for alle gruppene enn i de første årene i perioden. Det har også vært et mønster at merkostnadene øker med kommunestørrelse, mellom alle tre gruppene, blant kommuner som har merkostnader. Nivået på merkostnadene er imidlertid lik for de to gruppene under 10,000 innbyggere når vi tar inn kommuner uten merkostnader. Mens de største kommunene ligger lavest.

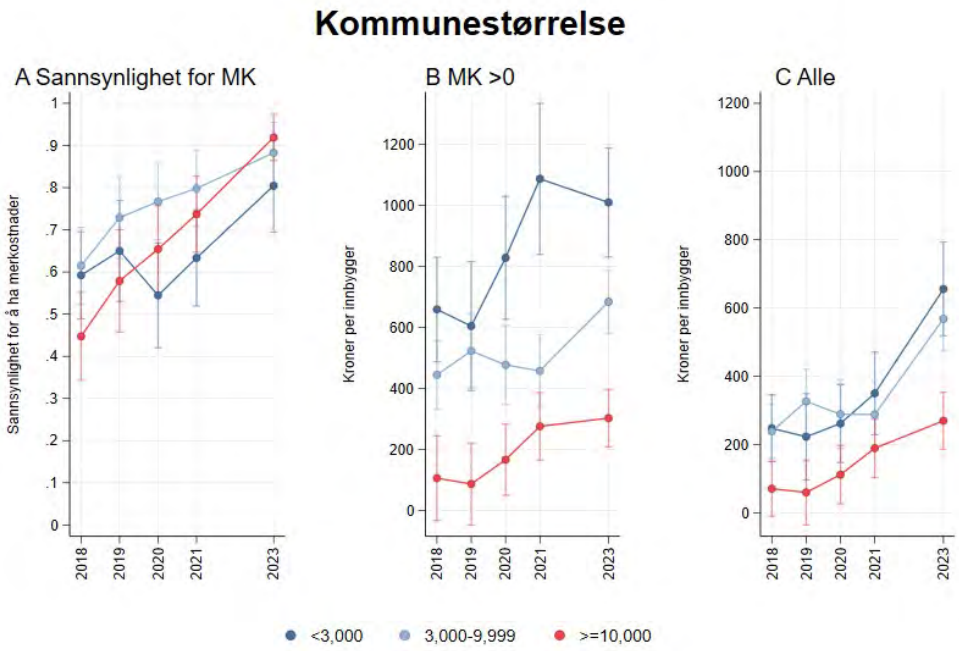
[20] Inndeling i grupper er ikke lik før og etter 2020.



Figur 7-14: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023 (MK=merkostnader).



Figur 7-15: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023. Etter sentralitet (MK=merkostnader).



Figur 7-16: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023. Etter kommunestørrelse/innbyggertall (MK=merkostnader).

Tidsutvikling i merkostnader innad i kommunene

Resultatene fra panelanalysene er vist i tabellene 7-14 til 7-20 i vedlegg 7. Vi beskriver her hovedfunnene.

A Sannsynlighet for merkostnader

Vi finner at sannsynligheten for å ha merkostnader øker med økning i folketall og økning i frie inntekter over tid. Dette finner vi både i bivariate og multivariate analyser av kommunal-økonomiske variabler. I de bivariate analysene er det en negativ effekt av økt eldreandel, men denne forsvinner når vi kontrollerer for de andre kommunaløkonomiske faktorene. Blant FLO-variablene finner vi at sannsynligheten for å ha merkostnader øker med økt gjennomsnittsalder på fastlegene og økt andel kvinnelige fastleger over tid, både når variablene analysers hver for seg og når det kontrolleres for alle FLO-variablene samtidig. Når vi kombinerer de signifikante kommunaløkonomiske variablene og de signifikante FLO-variablene (signifikant variabler fra analysene av alle de tre merkostnadsvariablene) i samme analyse, er det kun innbyggertall og frie inntekter som er signifikant på minst 5 prosent nivå. Andel kvinnelige fastleger er signifikant

på 10 prosent nivå. Det vil si at estimatene av fastlegevariablene blir mindre presist estimert når vi kontrollerer for kommunaløkonomiske kjennetegn.

B Størrelse på merkostnader blant kommuner som har merkostnader

Ingen av de kommunaløkonomiske variablene er signifikante på 5 prosent nivå i analysene av merkostnader per innbygger blant kommuner som har merkostnader. Øker vi signifikans¬nivået til 10 prosent, avtar merkostnadene med andel bosatte innbyggere i tettbygde strøk og andel eldre i befolkningen i de multivariate analysene. Blant FLO-variablene er det endring i andel lister med fastlønnede leger som skiller seg ut. Økt andel fastlønnslister øker merkostnaden. Det er også en mer usikker (10 prosent nivå) økning i merkostnad med reduksjon i gjennomsnittlig listelengde, men denne finner vi kun i bivariat analyse. I analyser som kombinerer utvalgte kommunaløkonomiske variabler og FLO-variabler, er det økt andel fastlønnslister som er klarest assosiert med økte merkostnader over tid. Estimatet tilsier en økning i merkostnader på nesten 60 kroner per innbygger når andel fastlønnslister øker med 10 prosentpoeng blant kommuner som har merkostnader. Med 10 prosent signifikansnivå er det en positiv assosiasjon mellom merkostnader og økt kvinneandel både i befolkning og blant fastleger, mens det er en negativ assosiasjon mellom økt eldreandel i befolkningen og merkostnader.

C Størrelse på merkostnader når kommuner uten merkostnader inkluderes

Når vi analyserer en og en av de kommunaløkonomiske variablene for seg (bivariate analyser), finner vi signifikante positive effekter av økt andel kvinner i befolkningen, og negative effekter av økt andel bosatt tettbygd, økt befolkningsstørrelse og økt andel eldre i befolkningen. De sistnevnte er litt mindre presist estimert. Når vi analyserer alle kommunekjennetegnene samtidig (multivariat analyse) finner vi at effekten av innbyggertall og eldreandel øker, og vi finner også en positiv effekt av økt dødelighet når vi kontrollerer for andre variabler.

Når det gjelder fastlegevariablene er det kun andel lister med fastlønnsleger som har signifikant effekt både i de bivariate og de multivariate analysene. Økt andel lister med fastlønnsleger bidrar til økte merkostnader over tid.

Når de de signifikante variablene fra kommunaløkonomisk modell og FLO-modell analyseres sammen finner vi signifikante effekter av folketall, kvinneandel, eldreandel og andel lister med fastlønnsleger. Størrelsen på effektene tilsier at dersom folketallet øker med en prosent reduseres merkostnaden med 30 kroner

per innbygger. Ett prosentpoengs økning i kvinneandel øker merkostnadene med i overkant av 130 kroner per innbygger, mens ett prosentpoengs økning i eldreandel reduserer merkostnaden med i overkant av180 kroner. En økning i andel lister med fastlønnsleger på ti prosentpoeng øker merkostnaden med nesten 40 kroner per innbygger.

8. Endret basistilskudd – konsekvenser for kommunene

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listeinnbyggertilskudd (basistilskudd) fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling. Listeinnbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av det samlede behovet for listeinnbyggerne på den enkelte fastleges liste. Basistilskuddet finansieres i rammefordelingen og kommunen benytter sine frie inntekter for å finansiere basistilskuddet, som er kommunens bidrag til finansieringen av hovedmodellen for fastlegeordningen.

Før mai 2023 varierte ikke basistilskuddet med hva slags pasienter legene hadde på listen. Pasienttilpasset basistilskudd ble innført 1. mai 2023 og fra samme tidspunkt ble basistilskuddet styrket vesentlig. Knekkpunkt i basistilskuddet ble også avviklet. Knekkpunktet ga ekstra tilskudd basert på hvor mange pasienter man hadde på listen.

Det pasienttilpassede basistilskuddet skal reflektere det antatte behovet for fastlegetjenester for grupper av listeinnbyggere. En liste med mange personer som har stort behov for oppfølging, vil dermed gi større basistilskudd.

Pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i et utvalg indikatorer som skal forutsi det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste. Disse indikatorene er

- kjønn
- alder
- bruk av fastlegetjenester
- sentralitet
- sosioøkonomi

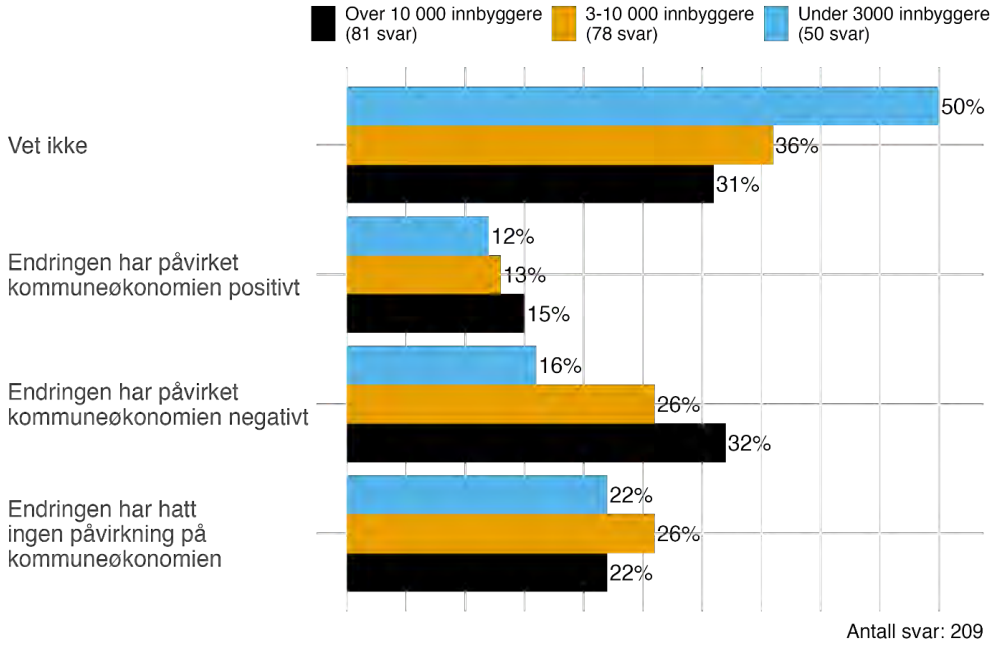
Til sammen er indikatorene ment å reflektere et bilde av behovet for fastlegetjenester på en fastleges liste. (Helfo, 2023)

Sammen med omleggingen av basistilskuddet, ble den statlige overføringen styrket og den ble fordelt til kommunene gjennom delkostnadsnøkkelen for kommunehelse. Vi skal analysere påvirkningen på kommuneøkonomien gjennom å sammenligne

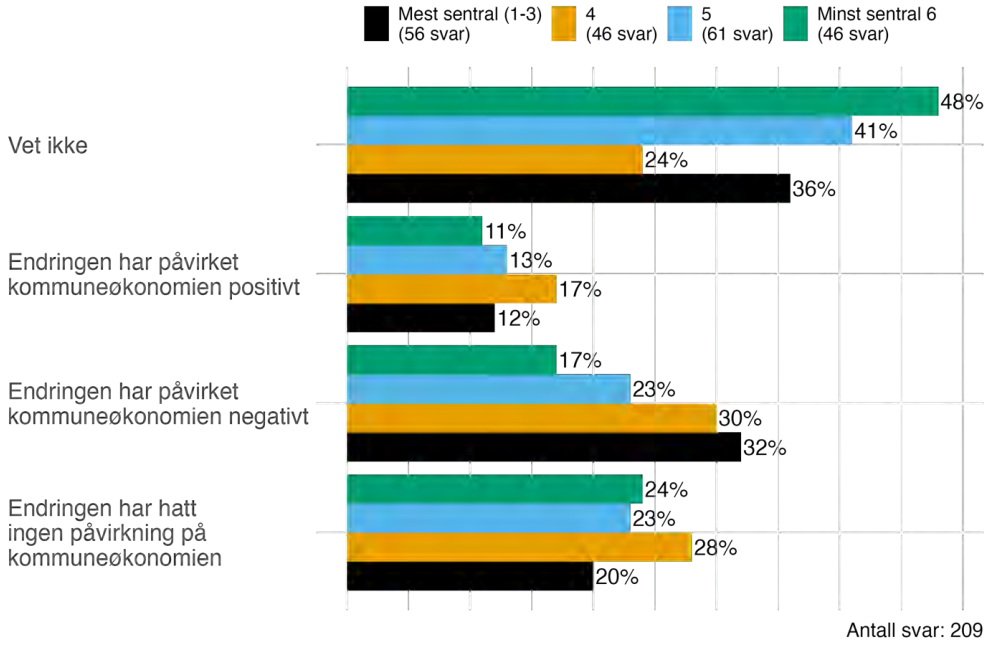
økningen i det kommunale basistilskuddet og økningen i rammetilskudd til kommunene, som følge av denne endringen. I spørreundersøkelsen var også endringen av basistilskuddet et tema.

Vi spurte kommunene om deres opplevelse av hvordan endringen i basistilskuddet (samlet sett, inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i kommunen. Vi ser at kommunene svarer ulikt her. For det første svarer over en tredel av kommunene «vet ikke» på dette spørsmålet. Det er ikke overraskende, fordi det krever en god del innsikt i kommuneøkonomien for å kunne svare på dette. Omtrent en av fire kommuner mener likevel at endringen påvirker kommuneøkonomien negativt og litt under en fjerdedel mener det har ingen påvirkning på kommuneøkonomien. Omtrent 13 prosent av kommunene mener endringen i basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien positivt.

Det er interessant å se hvordan denne opplevelsen varierer med kommune-kjennetegn. Fordelingen av svar etter kommunestørrelse er vist ifigur 8-1. Blant de minste kommunene svarer halvparten at de ikke vet hvordan endringen påvirker kommuneøkonomien. Blant de som velger å svare er det flest som mener at kommuneøkonomien er uendret. Blant de middels store kommunene mellom 3 000 og 10 000 oppleves endringen omtrent som for kommunene samlet, mens de største kommunene i større grad opplever at endringen påvirker kommuneøkonomien negativt. Det er også en tendens til at de mest sentrale kommunene i vårt utvalg opplever at endringen påvirker kommuneøkonomien negativt. Fordelingen etter sentralitet er vist i Figur 8-2.



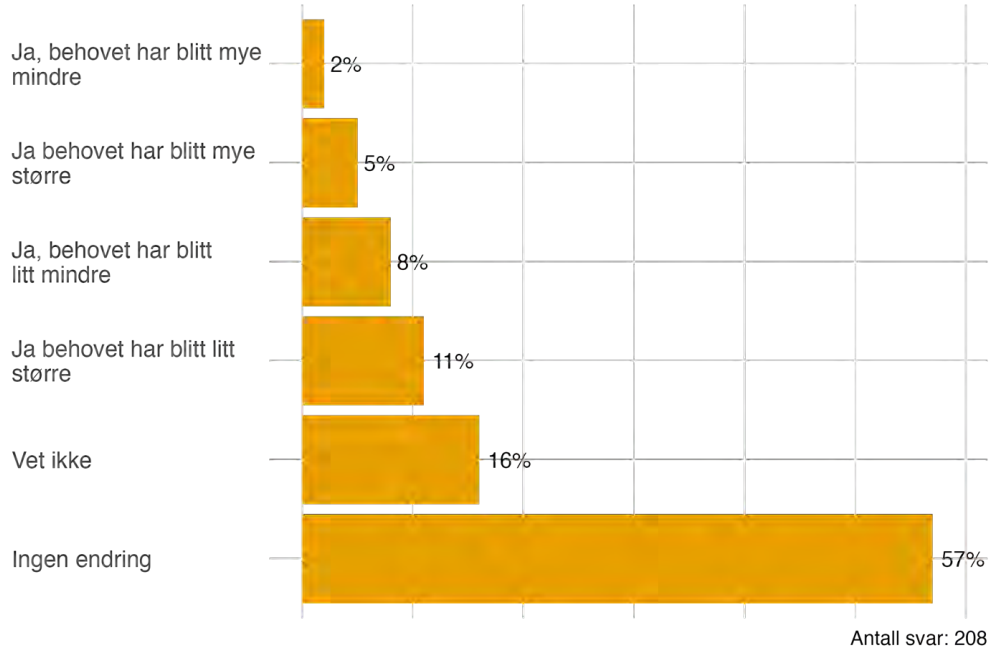
Figur 8-1: Hvordan opplever du at endringen i basistilskuddet (samlet sett. Inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i din kommune? Svar sortert etter kommunestørrelse.



Figur 8-2: Hvordan opplever du at endringen i basistilskuddet (samlet sett. Inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i din kommune? Svar sortert etter sentralitet.

Kommuner som får økt basistilskudd, ved at de må betale fastlegene mer innbyggertilskudd, kan isolert sett tenkes å få mindre behov for tilleggsgoder og merkostnader. Fastlegene får mer inntekt og det kan bli mindre pressende på annen tilrettelegging. Økt basistilskudd kan imidlertid bety dårligere kommuneøkonomi dersom man ikke kompenseres nok i inntektssystemet, uten at det av den grunn defineres som merkostnader.

I spørreundersøkelsen forsøker vi også å se endringen i basistilskuddet i sammenheng med behovet for å tilby fastlegene i kommunen tilleggsgoder utover hovedmodellen. Svarene er vist i Figur 8-3. Her ser vi at kommunene i hovedsak mener at dette ikke påvirker behovet i det hele tatt. Det er noen flere kommuner som mener behovet har blitt større enn at behovet har blitt mindre. Det er sannsynligvis for tidlig å se om endringen påvirker behovet for tilleggsgoder. Oslo Economics (2024) forsøkte også å se litt på konsekvensene for kommunene. De fant at på kort sikt ser det ut til at det er en fallende sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og listelengde. Dette innebærer at de ikke fant tegn til at fastleger med listeinnbyggere med høyere tjenestebehov har endret listelengden sin som følge av innføringen av pasienttilpasset basistilskudd. Rapporten fant imidlertid en stigende sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og antall konsultasjoner per listeinnbygger og antall tidstakster per listeinnbygger. Dette tyder på at innføring av pasienttilpasset basistilskudd har gitt økninger i basistilskudd per listeinnbygger som samsvarer med listeinnbyggernes tjenestebehov. På fastlegelister der hver av innbyggerne mottar flere og lengre konsultasjoner med sin fastlege, er basistilskudd per listeinnbygger større, samtidig som antallet listeinnbyggere er lavere.

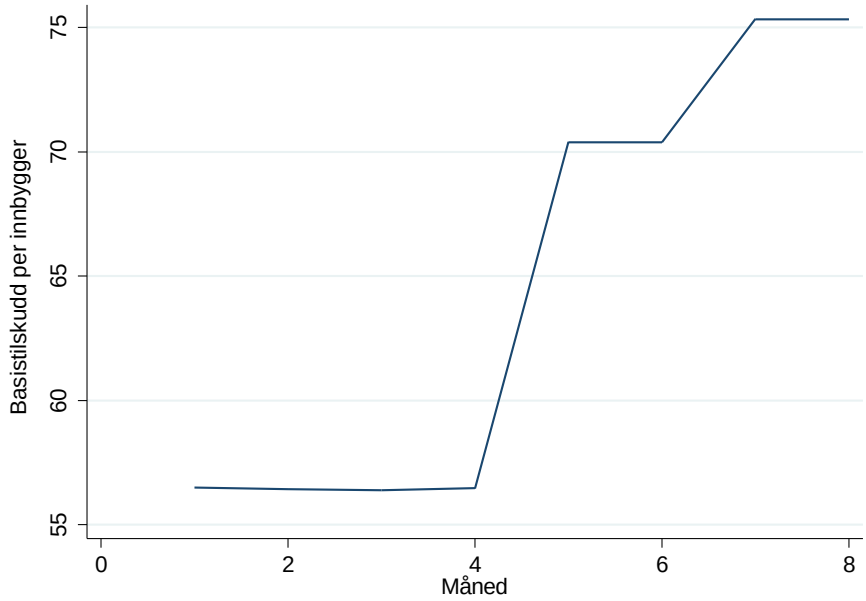


Figur 8-3: Har endringen/styrkingen av kommunenes basistilskudd i 2023 endret behovet for å tilby fastlegene i din kommune noen tilleggsgoder utover hovedmodellen?

Vi har fått tilgang til tall på månedlige basistilskudd før og etter endringen i mai 2023. Samtidig benytter vi delkostnadsnøkkelen for kommunehelse til å fordele den ekstra bevilgningen mellom kommunene. Forskjellen mellom disse to målene vil kunne si noe om påvirkningen på kommuneøkonomien. Økningen i basistilskuddet skyldes en generell styrkning, sammen med endringen som følge av overgangen til pasientrettet basistilskudd. Det vil si at kommunene som ligger høyt på indikatorene i den pasientrettede endringen, vil få en større økning i utgifter til basistilskudd enn kommuner som ikke slår like hardt ut på kriteriene til den pasientrettede endringen. Inntektsøkningen til kommunen fra økt bevilging til kommunesektoren kommer imidlertid i all hovedsak fra fordeling etter innbyggertall og befolkningsandeler. For enkeltkommuner kan det dermed være dårlig samsvar mellom endringen i inntekter og utgifter som følge av styring/endring av basistilskudd.

Oslo Economics (2024) viste at kommuner i distriktene og kommuner med lavt utdanningsnivå måtte utbetale vesentlig mer basistilskudd enn andre kommuner. I denne analysen går vi litt lengre og ser på hvordan økningen i basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien, også når vi hensyntar inntektssiden.

Siden det også er andre styrkinger av fastlegeordningen i 2023, holder vi sammenligningen innenfor budsjettåret 2023. Det vil si at vi sammenligner basistilskuddet to måneder før og to måneder etter endringen 1. mai 2023. Dersom vi studerer utviklingen i månedlig basistilskudd per innbygger på nasjonalt nivå, ser vi i Figur 8-4 Utvikling i basistilskudd per innbygger gjennom 2023. Tall for måned.et tydelig hopp i forbindelse med endringen i mai 2023. Endringen er på mellom 14 og 15 kroner per innbygger. Dette er gjennomsnitt mellom kommuner og ikke vektet etter innbyggertall. I tillegg ser vi at det skjer en endring mellom juni og juli samme år. Dette er i tråd med de årlige forhandlingene om statsavtalen i fastlegeordningen. Denne forhandlingen inkluderer en økning både i basistilskudd og takster/egenandeler og har virkning fra 1.juli hvert år. På grunn av dette andre hoppet, mellom juni og juli, holder vi sammenligningen til to måneder før endringen i basistilskudd og to måneder etterpå.



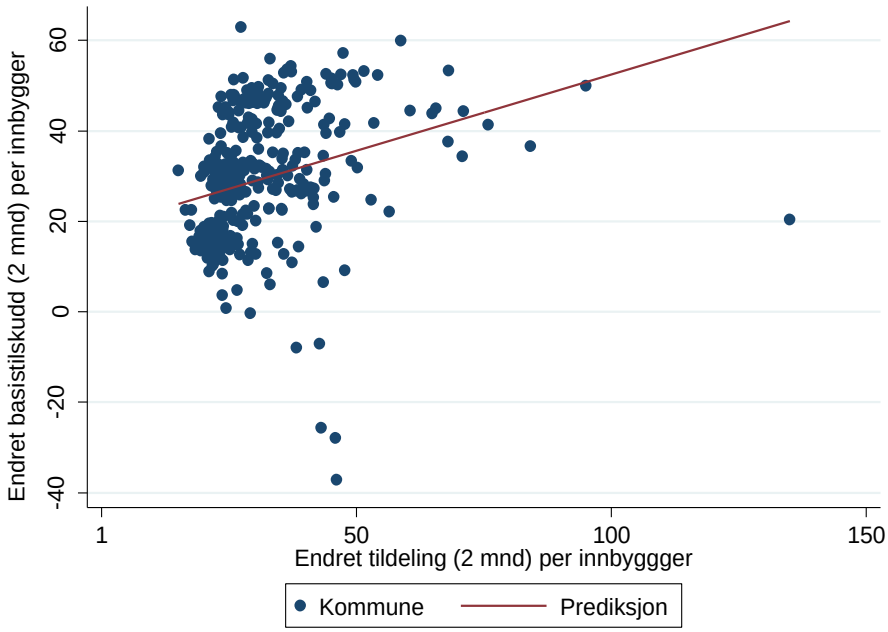
Figur 8-4: Utvikling i basistilskudd per innbygger gjennom 2023. Tall for måned.

I 2023 ble basistilskuddet styrket vesentlig gjennom statsbudsjettet. Dette kom både som en generell styrking og som følge av endringen i pasientrettet basistilskudd. Den generelle styrkingen gjelder for hele 2023, mens styrkingen og endringen til pasientrettet basistilskudd skjedde fra 1.mai 2023. Denne styrkingen fra 1.mai hadde en årseffekt på 720 millioner kroner. Vi har fordelt disse 720 millioner kronene mellom kommunene etter gjeldende delkostnadsnøkkel for kommunehelse.

Denne delkostnadsnøkkelen var i 2023 som følger:

Innbyggere 0-22 år	0,2888
Innbyggere 23-66 år	0,3090
Innbyggere 67 år og oppover	0,2987
Reiseavstand innen sone	0,0291
Reiseavstand til nabokrets	0,0291
Gradert basiskriterium	0,0453

Dette vil si at omtrent 90 prosent av inntektene fordeles etter innbyggertall og befolkningsandeler, mens noen ressurser fordeles etter reiseavstand i tillegg til basiskriteriet som kompenserer for smådriftsulemper.



Figur 8-5: Sammenheng mellom endret tildeling fra inntektssystemet og endret basistilskudd før og etter 1.mai 2023. Tall for 2 måneder før og 2 måneder etter endringen

Figur 8-5 sammenligner vi tildelingen gjennom delkostnadsnøkkelen for kommunehelse og endret basistilskudd etter 1. mai 2023. Tallene er per innbygger og for to måneder samlet. På X-aksen er det dermed endret tildeling per innbygger i mai og juni, mens på y-aksen er endringen i basistilskuddet per innbygger i mai og juni sammenlignet med mars og april. Korrelasjonen mellom målene er positiv på 0,41. Det vil si at økt tildeling per innbygger samvarierer med økt basistilskudd. En korrelasjon på 0,41 er imidlertid ikke svært høyt, som vil si at det er store ulikheter

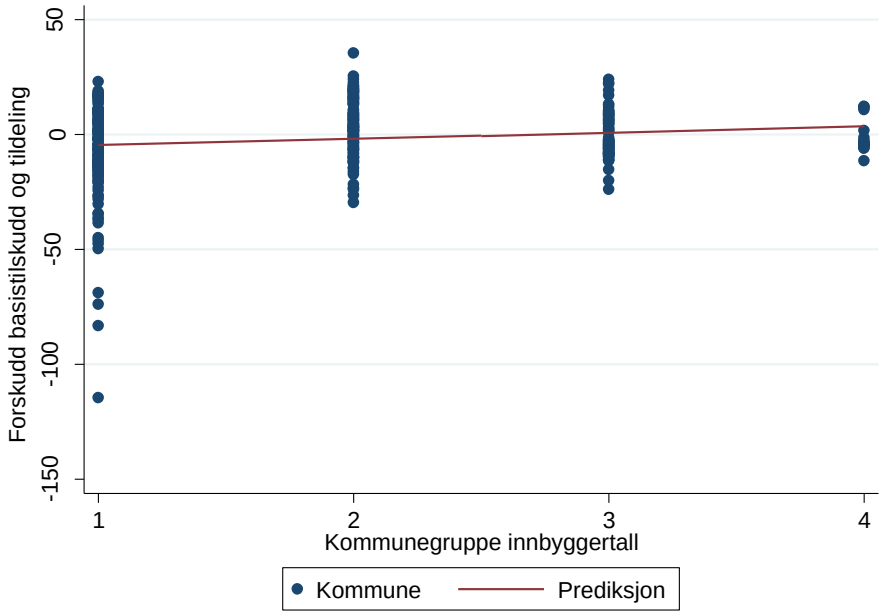
mellom kommunene i hvordan forskjellen mellom tildeling og endret basistilskudd slår ut. Alle kommunene får økte ressurser gjennom inntektssystemet. Nesten alle kommunene får økt basistilskudd, men det ser ut til å være noen få kommuner som har lavere basistilskudd per innbygger etter 1.mai enn hva det hadde før. Vi ser også at en svært høy andel av kommunene har mellom 10 og 40 kroner per innbygger i økt basistilskudd per innbygger over to måneder, mens en høy andel av kommunene får økt tildeling på mellom 20 og 30 kroner per innbygger.

Dersom vi sammenligner tildelingen gjennom inntektssystemet og endringen i basistilskudd per innbygger, er forskjellen i en tomånedersperiode før og en tomåneders periode etter endringen 1.mai, i gjennomsnitt omtrent på null. Det vil si at basert på denne enkle beregningen er den gjennomsnittlige økningen per innbygger i basistilskudd over to måneder omtrent på samme nivå som den ekstra tildelingen. Forskjellen mellom kommunene er likevel ganske stor. For noen kommuner, er forskjellen sterkt negativ og andre sterkt positiv. Det er størst variasjon blant kommunene med få innbyggere. Over halvparten av kommunene opplever en positiv forskjell, altså at endringen i basistilskuddet er høyere enn tildelingen fra delkostnadsnøkkelen, mens resten har en negativ forskjell. Omtrent 60 prosent av kommunene er innenfor intervallet fra en negativ forskjell på 10 kroner per innbygger til en positiv forskjell på 10 kroner per innbygger.

Neste steg er å se på hvilke kommuner som tjener på endringen i basistilskudd og hvem som taper. Hvordan påvirker endringen i basistilskuddet kommune-økonomien? Dette er en veldig forenklet sammenligning. Et viktig aspekt vi ikke trekker inn, er at dersom kommunen får en sterk økning i basistilskudd per innbygger, vil dette komme fastlegene til gode og man kan dermed tenke seg at det er mindre behov for ytterligere merkostnader. Dette tar ikke denne analysen hensyn til. Det er også andre hensyn både på inntektssiden og utgiftssiden denne enkle sammenligningen ikke kan ivareta.

Dersom vi deler kommunene inn i grupper etter kommunestørrelse, slik at gruppe 1 er kommuner under 3000 innbyggere, gruppe 2 er mellom 3 og 10 000 innbyggere, gruppe 3 er mellom 10 og 50 000 innbyggere og gruppe 4 har over 50 000 innbyggere, ser vi fra Figur 8-6 at forskjellen mellom ekstra basistilskudd og ekstra tildeling ikke varierer noe særlig. Figuren indikerer at det er større forskjeller mellom kommuner innad i disse gruppene enn det er mellom gruppene. Særlig ser vi at det er store utslag for de minste kommunene.

På samme måte kan vi studere om forskjellen mellom endret basistilskudd og tildeling i inntektssystemet varierer med sentralitet. Vi bruker den seksdelte sentralitetsindeksen som tidligere i rapporten, og finner at det i gjennomsnitt ikke er noen særlig forskjell mellom gruppene av kommuner. Figuren kan ses i vedlegg 8.

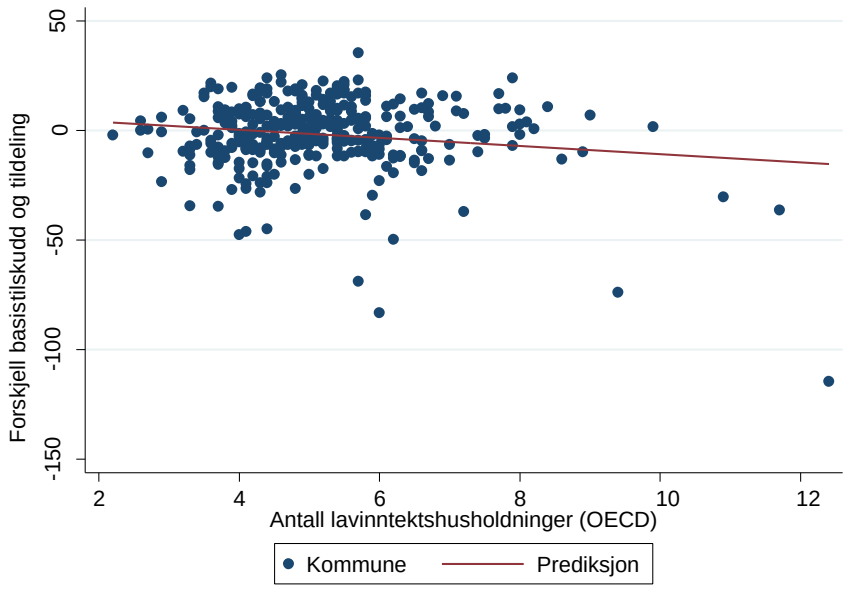


Figur 8-6: Sammenheng mellom kommunegruppe etter innbyggertall og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

Sosioøkonomi er ett av kriteriene som bestemmer det pasientrettede basistilskuddet. Det vil si at om en fastlege har flere pasienter med lav sosioøkonomisk status, vil dette utløse ekstra basistilskudd. I tildelingen inn til kommunene for kommunehelse, inngår ikke sosioøkonomi direkte. Noen forskjeller kan imidlertid tenkes å fanges opp i ulike befolkningsandeler og reiseavstand.

Vi ser en svak negativ sammenheng mellom andel husholdninger definert som lavinntekt og forskjellen mellom endret basistilskudd og kommunens ekstra tildeling i inntektssystemet i Figur 8-7. Korrelasjonen er kun på -0,16, men signifikant forskjellig fra null. Tolkningen av dette er at i kommuner med høyere andel lavinntektsfamilier, er forskjellen mellom endret basistilskudd og tildeling mer negativ. Det vil si at der hvor andelen lavinntektsthusholdninger er høy kompenseres kommunene mer gjennom ekstra tildeling i inntektssystemet, enn de økte utgiftene

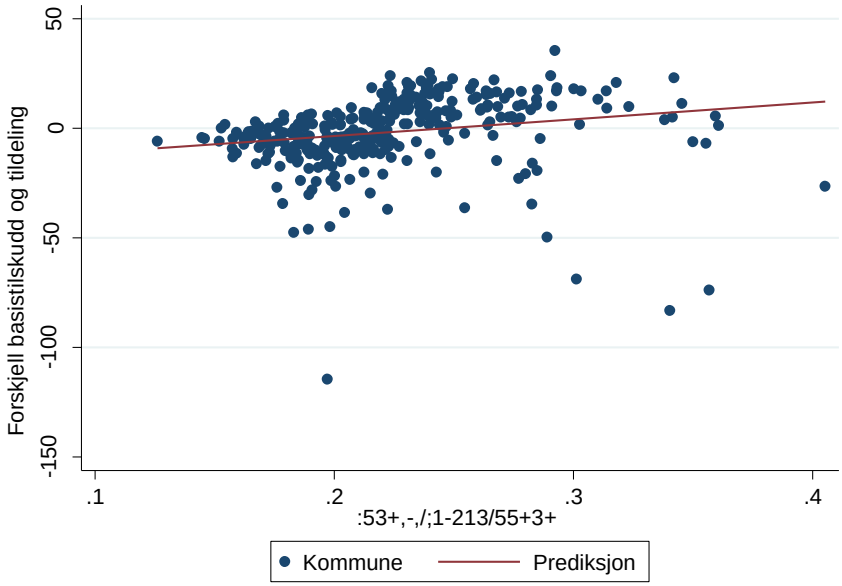
til basistilskudd. Sammenhengen er dermed motsatt fra hva vi kunne forvente med at kommuner med mange innenfor lav sosioøkonomi utløser mer basistilskudd.



Figur 8-7: Sammenheng mellom andel lavinntektshusholdninger i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

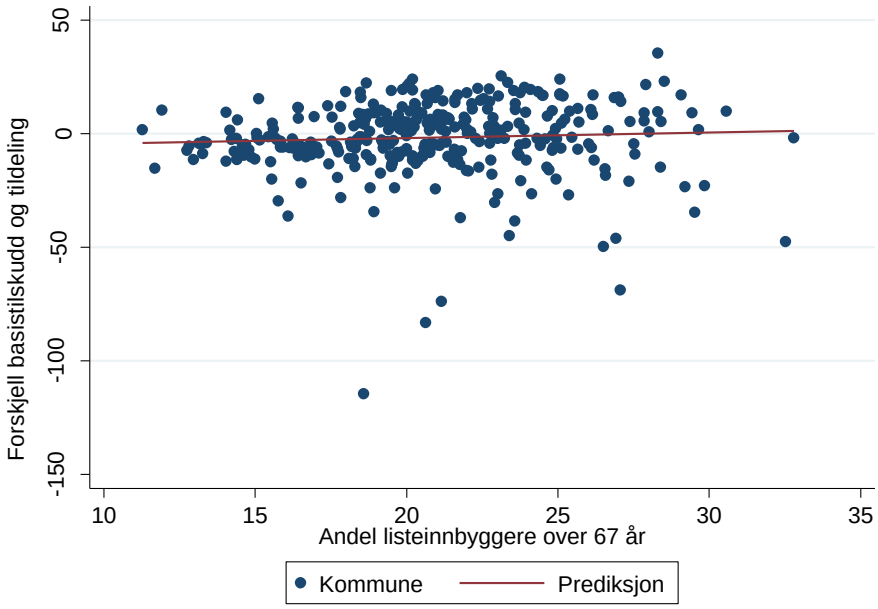
Vi har gjort samme øvelse for andel lavutdannede. Her ser vi en svak positiv relasjon mellom variablene. Det vil si at der andel lavutdannede er høy, er forskjellen mellom endring i basistilskudd og tildelingen fra inntektssystemet høyere, eller går fra negativ til positiv verdi. Det vil si at økningen i basistilskuddet er større enn kompensasjonen i inntekt. Dette er i tråd med hva man skal kunne forvente, men altså en motsatt sammenheng fra relasjonen med andel lavinntektshusholdninger. Korrelasjonen mellom andel lavt utdannede og forskjellen mellom tilskudd og tildeling er signifikant, men ganske lav på 0,2. Retningen her, er likevel i tråd med funnene hos Oslo Economics (2024) at kommuner med lavt utdanningsnivå måtte utbetale mer basistilskudd. Analysen her viser også at inntektssiden ikke kompenserer nok for disse kommunene, slik at endringen har en negativ påvirkning på kommuneøkonomien.

Også andel innvandrere i kommunen, kan være et mål på sosioøkonomi. Vi ser at det er en ganske flat sammenheng mellom variablene. Korrelasjonen er heller ikke signifikant forskjellig fra 0. Denne figuren finnes i vedlegg 8.



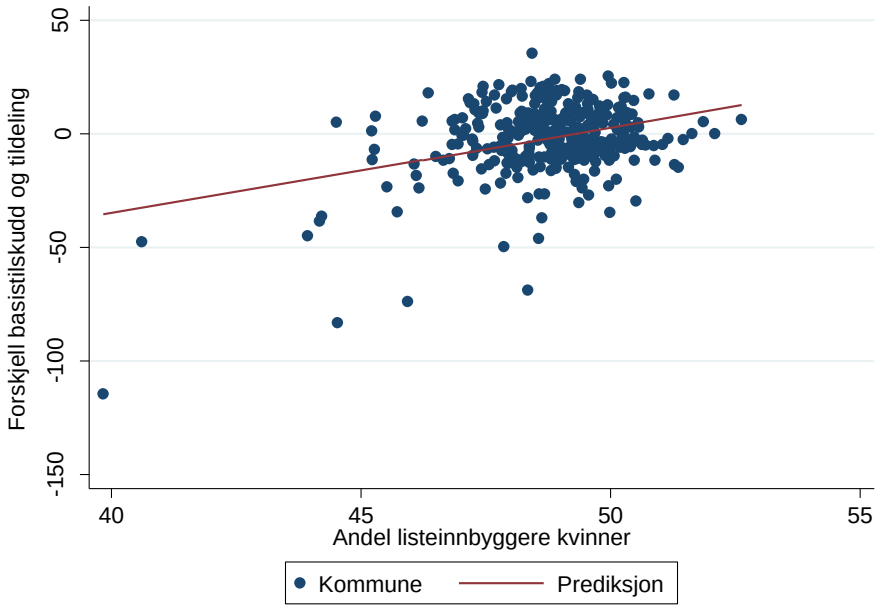
Figur 8-8: Sammenheng mellom andel lavt utdannede i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

Befolkning, alder og andeler går inn både i utregningen av basistilskudd og i inntektssystemet. Figur 8-9 viser vi sammenhengen mellom andel listeinnbyggere over 67 år. vi ser kun svak samvariasjon med forskjellen mellom basistilskudd og ekstra tildeling i inntektssystemet. Sammenhengene er svært svake og ikke signifikante. Samme sammenheng kan ses på andelen listeinnbyggere mellom 0 og 19 år. Figuren finnes i vedlegg 8. Det ser dermed ut til å være andre årsaker som bestemmer disse forskjellene for kommunene.



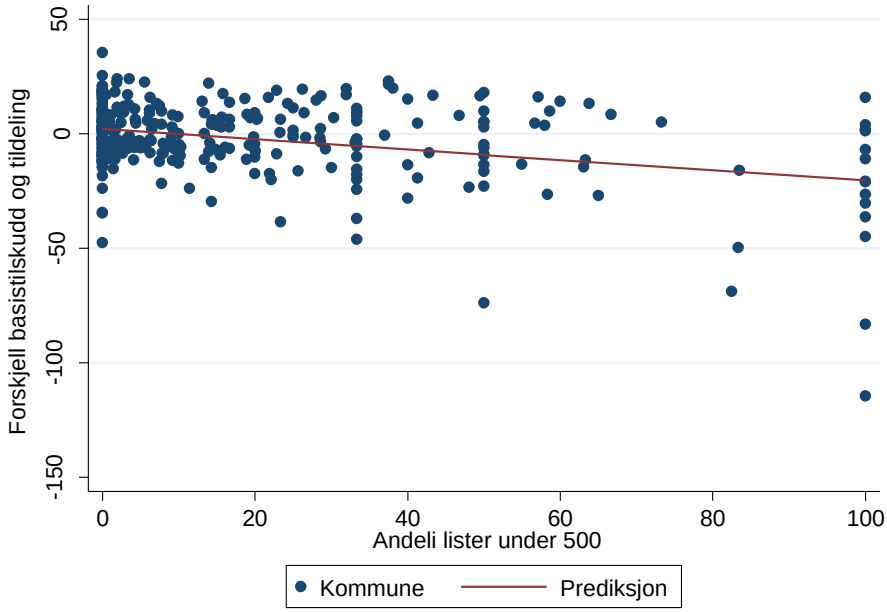
Figur 8-9: Sammenheng mellom andel listeinnbyggere over 67 år i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

Også kjønn inngår i utregning av pasientrettet basistilskudd. Dersom vi studerer andelen av listeinnbyggerne i en kommune som er kvinner og hvordan dette samvarierer med forskjellen mellom endring i basistilskudd og tildelingen fra inntektssystemet, ser vi en ganske tydelig positiv sammenheng. Denne har en korrelasjon på 0,34 og er klart signifikant forskjellig fra 0. Vi ser imidlertid at noe av sammenhengen kan være drevet av uteliggere, det vil si kommuner som skiller seg ut ned mot venstre i figuren. De fleste kommunene ligger ganske samlet lengre opp til høyre i figuren og blant disse er sammenhengen svakere, men likevel positiv. Høy kvinneandel samvarierer med tilfeller hvor økningen i basistilskudd er høyere enn kompensasjonen gjennom ekstra tildeling fra inntektssystemet.



Figur 8-10: Sammenheng mellom andel kvinnelige listeinnbyggere i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

Listelengden varierer mye mellom kommuner. Tidligere hadde basistilskuddet et knekkpunkt, slik at tilskuddet var høyere for de først 1000 innbyggerne og lavere for listelengder over 1000. Disse ulike satsene basert på listelengde ble fjernet gjennom endringen til pasientrettet basistilskudd. I Figur 8-11 ser vi en sammenheng med andelen lister som er under 500 innbyggere og forskjellen i endring i basistilskudd og tildelingen gjennom inntektssystemet. Sammenhengen er ganske klar og negativ, med en signifikant korrelasjon på -0,34. Det vil si at der andelen lister under 500 innbyggere er høy, er endringen i basistilskuddet lavere enn kompensasjonen i inntektssystemet. Dette vil si at for kommunene med mange små lister har endringen påvirket kommuneøkonomien mer positivt enn i andre kommuner.



Figur 8-11: Sammenheng mellom andel lister under 500 i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet

Samlet sett ser vi at endringen i basistilskudd før og etter 1.mai, har blitt tilstrekkelig kompensert gjennom ekstra tildelinger i inntektssystemet, men at det kan ha ulike utslag for enkeltkommuner. De variablene vi har sett på, ser imidlertid ikke ut til å forklare i vesentlig grad forskjellene mellom kommunene i hvor stor grad kommuneøkonomien blir påvirket.

Dersom vi legger til flere variabler i en regresjonsanalyse, kan vi se variablene mer i sammenheng. Da kan vi få muligheten til å isolere effekten av en variabel i større grad. I tillegg kan vi se i hvor stor grad forskjellene mellom kommunene kan forklares ved hjelp av de variablene vi legger til. R-kvadrert kan tolkes som prosentandelen av variasjonen i avhengig variabel som kan forklares av de inkluderte forklaringsvariablene. Avhengig variabel i dette tilfellet, er forskjellen mellom endring i basistilskudd og ekstra tildeling i inntektssystemet. Tabellen finnes i vedlegg 8.

Vi legger til variablene suksessivt og starter med innbyggertall og sentralitet. Slik som figurene viste, har ikke disse variablene en statistisk signifikant effekt på forskjellen mellom endret basistilskudd og tildeling. Signifikante effekter markeres med stjerne i tabellen. Vi ser også at R-kvadrert er nært null, så disse to variablene forklarer nesten

ingenting av forskjellen vi analyserer. I kolonne 2 legger vi til aldersfordelingen og kvinneandelen til listeinnbyggerne. Disse variablene forklarer en del av forskjellen mellom endret basistilskudd og den ekstra tildelingen i inntektssystemet. Samlet forklaringsgrad er på 16 prosent. Ved å legge til de tre sosioøkonomiske variablene i kolonne 3, nemlig andel innvandrere, lavinntektshusholdninger og lavt utdannede, øker forklaringsgraden til 24 prosent. Fortegnene til effektene er som i figurene ovenfor. I kolonne 4 kontrollerer vi for forskjeller mellom fylker. Dette øker forklaringsgraden ytterligere til nesten 30 prosent, mens vi i den siste kolonnen legger til andel liste under 500 og andel lister over 800 innbyggere. Disse slår signifikant til i likhet med hva figuren ovenfor indikerer.

Samlet forklaringsgrad øker opp til 42 prosent. Det vil si at de variablene som er i kolonne 5 forklarer 42 prosent av variasjonen i forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling i inntektssystemet. Dette er en del, men det er likevel en stor andel som ikke forklares av modellen vår.

En positiv effekt i tabellen nedenfor viser at endring i forklaringsvariabelen er forventet å endre forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling positivt. Det vil si at endring i forklaringsvariabelen fører til at basistilskuddet endres mer enn kompensasjonen i inntektssystemet og dermed har en negativ påvirkning på kommuneøkonomien.

I vår fulle modell, ser vi at økt innbyggertall gjør at endringen i basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien negativt. Også mindre sentralitet har samme påvirkning. Koeffisientene har endret fortegn fra den helt enkle modellen. Det er fordi vi kontrollerer for en rekke andre kjennetegn og kan isolere effekten av befolkning og sentralitet i større grad. Andel listeinnbyggere mister sin styrke etter hvert som flere variabler legges til, mens de sosioøkonomiske variablene inntekt og utdanning fortsatt har en statistisk signifikant sammenheng. De har imidlertid ulike fortegn, slik som i figurene. Det er generelt få fylkesforskjeller. Til slutt ser vi at endringen til pasientrettet basistilskudd påvirker kommuneøkonomien positivt for kommuner med mange lister under 500, mens det er en negativ påvirkning for kommuner med mange lister over 800.

9. Oppsummering og diskusjon

I denne delen tar vi utgangspunkt i problemstillingene som ble satt for prosjektet og forsøker å svare ut dem basert på analysene i rapporten.

Hva er kommunens merkostnader for fastlegeordningen?
Vi har brukt både survey og andre kvantitative data til å estimere kommunenes merkostnader i forbindelse med fastlegeordningen. Gjennom surveyen ba vi kommunene anslå sine merkostnader basert på et følgebrev som definerte hva som menes med merkostnader. I all hovedsak er utgangspunktet hovedmodellen ved selvstendig næringsdrift hvor kommunen yter et basistilskudd til fastlegene. Utgifter utover dette, er merkostnader. For kommuner med leger som har ansettelsesforhold i kommunen, må utgiftene til lønn og andre godtgjørelser være høyere enn sparte midler til basistilskudd pluss takstrefusjoner og egenandeler fra pasientene, for at det skal kunne regnes som merkostnader.

Spørsmålene i spørreundersøkelsen har vist at omfanget av tilleggsgoder og andre subsidieringsordninger, er økende. Omfanget er økende for kommuner som allerede har tilleggsordninger og at flere og flere kommuner velger å tilby ekstra tilleggsgoder til sine fastleger utover hovedmodellen. Dette tilsier at merkostnadene skal være høyere i 2023 enn hva de var i 2021.

I 2021 ble merkostnadene for norske kommuner estimert til i overkant av 800 millioner kroner, som var en økning fra 600 millioner kroner fra 2020. Ved å bruke akkurat samme beregningsmetodikk, finner vi i år estimerte merkostnader på omtrent 1,2 milliarder kroner. Den relativt kraftige utviklingen fra 2020 til 2021, ser dermed ut til å ha fortsatt til 2023.

Vi har pekt på grunner til å endre litt på beregningsmåtene, for å øke presisjonen på estimatene. Ved å beregne merkostnader per innbygger og aggregere opp til grupper av kommuner etter innbyggertall, sentralitet og/eller geografi, finner vi estimat som er i overkant av det enkle estimatet. Avhengig av fremgangsmåte finner vi anslag fra 1,2 mrd. kroner til 1,6 mrd. kroner. Det er imidlertid den enkle analysen som er egnet for sammenligninger med tidligere år. Beregningsmetodene tar ikke hensyn til at merkostnadene per innbygger er veldig skjevfordelt, som kan tilsi at estimatene undervurder de samlede merkostnadene.

Vi har også prøvd ut en ny beregningsmetode for merkostnader basert på offentlig statistikk. Her har vi forsøkt å estimere faktiske kostnader til fastlegeordningen ved å sile ut andre utgifter som føres på samme KOSTRA-funksjon ved hjelp av aktivitetstall for de andre tjenestene. Dersom vi sammenligner estimerte kostnader med kostnader som er i tråd med hovedmodellen, har vi et estimat på merkostnader. Analysene viser at for kommunene samlet, stemmer anslaget noenlunde overens med anslag fra spørreundersøkelsen, mens for enkeltkommuner og grupper av kommuner er anslagene urealistiske. Dette skyldes modellen og at den treffer bedre for kommunesektoren samlet.

Vår vurdering, er at det er usikkerhet ved begge metodene for å estimere merkostnader. Slike estimat er i utgangspunktet noe man forsøker å unngå å gjøre i en survey. Selv med en detaljert beskrivelse, vil anslaget fra enkeltkommuner ha ulike premisser og stor usikkerhet. Men ser vi på spredning i anslagene, så avtar den med kommunestørrelse og anslagene for større kommuner kan antas å være rimelig treffsikre. Anslaget fra de kvantitative dataene har andre svakheter, blant annet at det er vanskelig å skille ut utgifter til andre tjenester. Vår foreløpige vurdering er derfor at et kvantitativt anslag kan være en kostnadseffektiv og enkel måte å fremskaffe et nasjonalt anslag på merkostnadene og utvikling over tid. Vi tror også det er mulig å videreutvikle disse anslagene ved å gjøre enda mer detaljerte analyser av utgiftene og finne enda mer presise metoder for å skille ut aktiviteten til andre tjenester innenfor samme KOSTRA-funksjon. Dette hører imidlertid til et eget prosjekt. Foreløpig er vår vurdering at for å få detaljerte anslag på kommuner og kommunegrupper, må vi spørre kommunene.

I hvilken utstrekning subsidierer kommunene fastlegeordningen?

Kommunene subsidierer fastlegeordningen i økende grad i og med at merkostnadene er økende over tid. Det er også flere og flere kommuner som tilbyr fastlegene tilleggsordninger. Mange kommuner har startet med slike ordninger det siste året.

Undersøkelsen viser at 85 prosent av kommunene som svarte på undersøkelsen, har merkostnader for fastlegeordningen i sin kommune. Dette gir et estimat på 301 kommuner med merkostnader på nasjonalt nivå. Holder vi «vet ikke» utenom blir andelen 88 prosent, som gir et estimat på 313 kommuner med merkostnader i 2023. Vi har funnet et estimat for norske kommuner på 1,2 milliarder kroner i merkostnader. Estimatet har noe usikkerhet, som er vist ved et konfidensintervall i analysen.

Kommunene subsidierer fastlegeordningen både gjennom å tilby tilleggsordninger til selvstendig næringsdrivende leger og til leger med ansettelsesforhold i kommunen (fastlønte leger). I tidligere rapporter har i stor grad det å ha fastlønte leger vært regnet som en subsidiering, men i realiteten trenger ikke det å være tilfelle. Om man betaler ut lønn til fastlønte leger, skal man i utgangspunktet beholde basistilskuddet, takstrefusjoner og egenandeler selv. Kun i den grad lønn overgår inntektene, er det snakk om merkostnader.

For fastlønte leger er det i stor grad ulike bonusordninger og insentivlønn som er den vanligste tilleggsordningen for legene. Men også redusert listelengde nevnes av mange kommuner, i tillegg til å dekke utgifter til spesialistutdanning. Det er noe variasjon mellom store og små kommuner, om hvilke ordninger som er mest vanlig. For selvstendig næringsdrivende leger er det litt andre ordninger som dominerer. Her er det for eksempel leie av lokaler, utstyr og støttepersonell som er vanlig. Ekstra tilskudd utover basistilskudd nevnes av mange og bruk av vikarer og vikarbyrå er også nevnt av en rekke kommuner. Også redusert legevaktsbelastning tilbys enkelte leger.

Et flertall av kommunene sier at omfanget av tilleggsordninger øker over tid og det er en rekke kommuner som svarer at de har startet med tilleggsordningene det siste året. At flere kommuner subsidierer fastlegeordningen over tid støttes av analyser av tidsutvikling, hvor vi finner at andelen med merkostnader har økt betydelig, og mest i de største kommunene. Beløp per innbygger er også høyere i 2023 enn i tidligere år.

Hva er årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen?

Nesten ni av ti kommuner svarer de har merkostnader til fastlegeordningen. Dette er en høyere andel enn tidligere år. I spørreundersøkelsen ble kommunene spurt om å begrunne valget om å subsidiere eller egenfinansiere fastlegeordningen. De som ikke har merkostnader, ble spurt om hvorfor de ikke egenfinansierer.

Rekruttering er nøkkelbegrepet for mange kommuner. Egenfinansieringen handler om å rekruttere og å beholde fastlegene. Kommunene peker også på noen andre årsaker, men det er hovedsakelig rekruttering og det å beholde legene i kommunene som er gjennomgående. Også for de som ikke subsidierer eller egenfinansierer fastlegeordningen, er rekruttering viktig. Kommunene peker på at de ikke har slike ordninger, nettopp fordi de ikke har rekrutteringsutfordringer. Mange kommuner som ikke egenfinansierer fastlegeordningen i dag sier likevel at de vil måtte gjøre det i framtiden.

Opplever kommunene at subsidiering fungerer etter hensikten?
Hovedinntrykket fra kommunene, uavhengig av måten de organiserer ordningen på, er at de er fornøyde eller tilfredse med sin organisering, enten om det er gjennom fastlønn, eller avtaler med selvstendig næringsdrivende.

En svært høy andel har merkostnader til fastlegeordningen, med hensikt om å rekruttere eller beholde fastleger. Blant kommunene som egenfinansierer og subsidierer fastlegeordningen svarer nesten 80 prosent at dette er helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger og nesten like mange sier at det faktisk bidrar til å lykkes bedre med rekrutteringsarbeidet. Kommunene føler dermed at de ikke har særlig valg. De må yte ekstra for å kunne få motivert legene til å søke på deres stillinger eller å beholde leger som vurderer å slutte.

Det er imidlertid mange som peker på at tiltakene har en effekt, men også en pris. Flere kommuner sier at de har lyktes på grunn av tiltakene de har satt i gang, men at kostnaden er høy og kanskje ikke bærekraftig. I tillegg er det flere kommuner som peker på konkurranseeffekten mellom kommunene. Kommuner peker på at man har satt i gang tiltak som har effekt, men så har kommunene rundt også satt i gang liknende eller kanskje bedre tiltak, og da er man satt tilbake til utgangspunktet igjen med like store utfordringer, men høyere utgifter enn før.

Konkurranseeffekten mellom kommunene oppleves kostbar og uheldig. Dette er i tråd med Oslo Economics (2024) som også peker på at rekrutteringsutfordringer og mangel på fastleger kan føre med seg ytterligere kostnader fra kommunen fordi legemangel skaper konkurranse mellom kommunene i rekrutteringen. Rapporten fant flere eksempler på hvordan egen kommune ser seg nødt til å tilby stadig bedre vilkår for å sørge for tilstrekkelig legedekning. I en spørreundersøkelse oppga 59 prosent av kommunene å være litt eller helt enig i at konkurranse med nabokommuner om legeressurser medfører vesentlige merkostnader for kommunen

Generasjonsskifte blant legene: Hvordan påvirker en annen sammensetning av leger (alder og kjønn) de kommunale tiltakene?
Vi har i rapporten sett at fastlegeordningen er i endring. Det er flere yngre leger og færre eldre leger og kvinneandelen blant fastlegene er i sterk vekst. I tillegg til at organiseringen er i endring. Vi har forsøkt å se på hvordan endret sammensetning av fastlegene påvirker de kommunale tiltakene. Vi har imidlertid vært påpasselig med å ikke legge for mye i tolkningene av sammenhengene her. Dette trenger ikke

å være årsakssammenhenger, men heller betingede korrelasjoner. Kommuner med høy kvinneandel eller mange unge leger, er ikke nødvendigvis lik andre kommuner på alle andre punkter, slik at når vi ser at organiseringen eller utgiftene varierer med kvinneandel, er det ikke nødvendigvis de kvinnelige legene som driver denne utviklingen. Det kan være andre kjennetegn ved kommuner som har mange kvinnelige leger.

Det er ikke store forskjeller mellom kommuner med ulik kvinneandel for hvorvidt de har merkostnader eller ikke. Det er litt større forskjeller på alder. Kommuner uten leger som er under 35 år har for eksempel i mye mindre grad merkostnader enn kommuner med over 20 prosent av legene som er under 35 år. Som nevnt ovenfor må vi være forsiktige med tolkningene av disse sammenhengene. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er de unge legene som gir høyere merkostnader, men det kan bety det. En annen tolkning er imidlertid at kommuner som sliter mye med rekrutteringen, må tilby mye ekstra for å tiltrekke seg leger og at samtidig ikke klarer å tiltrekke seg fastleger med erfaring. Da har man høy andel unge leger, og samtidig flere tilleggsordninger som medfører merkostnader.

Dersom vi ser på bruken av tilleggsgoder, ser vi likevel at kommuner med mange kvinner ser ut til å ha mer utstrakt bruk av tilleggsgoder. Dette er generelt mer bruk av tilleggsgoder og ingen spesielle goder eller ordninger som skiller seg ut. Det er likevel verdt å nevne at turnusordninger (eks. nordsjøturnus) er vanligst der kvinneandelene er høyest. Vi har også sett at det er størst forskjeller i tilleggsordningene blant fastlønte leger med tanke på kvinneandel. Tilleggsordningene for selvstendig næringsdrivende ser ikke ut til å variere like mye med kjønn.

Også i kommunene med høy andel unge fastleger ser man ut til å ha mer utstrakt bruk av tilleggsordninger. Forskjellene er ikke veldig store, men vi ser dem både hos fastlønte leger og hos selvstendig næringsdrivende. Det er særlig ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet for selvstendig næringsdrivende som er mer vanlig der det er mange unge leger og også ekstra kompensasjon eller goder i forbindelse med legevakt. Dette gjelder både fastlønte og selvstendig næringsdrivende.

Hvordan har det økte – og den nye innretningen av – basistilskuddet fra mai 2023 påvirket de kommunale merkostnadene?

Basistilskuddet har blitt styrket ganske mye de siste årene. I 2023 ble, i tillegg til en styrking av ordningen, basistilskuddet endret slik at det varierer med hvilke pasienter fastlegen har på sin liste, det vi kjenner som pasientrettet basistilskudd.

Styrkingen og endringen ble finansiert over rammetilskuddet til kommunene. Mer spesifikt via delkostnadsnøkkelen for kommunehelse. Dette vil si at styrkingen og endringen hovedsakelig finansieres etter innbyggertall og befolkningsandeler, med noen justeringer for bosetting.

Oslo Economics (2024) viste at kommuner i distriktene måtte øke basistilskuddet mer enn andre kommuner. Disse kommunene var også kjennetegnet ved lavt utdanningsnivå. Vi har gått et steg lengre og sett hvordan endringen i basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien ulikt i ulike kommuner. Tallene viser at i gjennomsnitt finansieres økningen i basistilskuddet gjennom økningen i rammetilskuddet, men at det påvirker kommunene ulikt. Økningen i basistilskudd er for noen kommuner en del høyere enn kompensasjonen i inntekt. For andre kommuner har differansen motsatt fortegn.

Vi finner ingen klar systematisk sammenheng med hvilke kommuner som taper eller vinner økonomisk i denne sammenhengen, men vi finner at kommuner med høyere kvinneandel blant listeinnbyggerne ofte taper økonomisk, mens kommuner med lister under 500 innbyggere i større grad har tjent på omleggingen. Dette kan tyde på at småkommuner og distriktskommuner (hvor kvinneandelen er lav og hvor det er flere korte lister) tjener på endringen i basistilskuddet. På innbyggertall og sentralitet fant vi imidlertid ingen sammenheng. Det er i tillegg noen indikasjoner på at sosioøkonomi har betydning, men her trekker sammenhengene i ulik retning.

Økt basistilskudd går likevel ikke under det vi karakteriserer som merkostnader. Basistilskuddet er en del av hovedmodellen og kommunale utgifter i tråd med basistilskuddet er ikke merkostnader selv om endringen har påvirket kommuneøkonomien negativt. Kommunene sier også i stor grad at endringen

i basistilskuddet ikke har påvirket behovet for å subsidiere fastlegeordningen nevneverdig. Det kan også være for tidlig for å se konsekvenser av dette. Behovet for tilleggsordninger og ekstra egenfinansiering fra kommunene, er behov som utvikler seg over tid.

Isolert sett kan man tenke seg at økt basistilskudd vil redusere behovet for tilleggsordninger og merkostnader for kommunene. Økt basistilskudd innebærer økte overføringer til de selvstendig næringsdrivende fastlegene, og dersom tilleggsordningene er økonomisk motiverte, vil det kunne bli mindre etterspørsel etter annen økonomisk kompensasjon. Oslo Economics (2024) finner at fastlegene selv har tro på at økt basistilskudd kan bidra til å øke rekrutteringen av fastleger. For leger med fast ansettelsesforhold i kommunene endrer ikke økt basistilskudd nødvendigvis legenes lønn om ikke kommunen velger å prioritere økt lønn som følge av økte overføringer fra staten. I kommuner med mange fastlønte leger, kan man tenke seg at styrkingen av basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien positivt ved at inntektene øker uten av utgiftene øker tilsvarende. Det er ingen øremerking av midlene så økt tildeling kan i prinsippet brukes til helt andre ting innenfor for eksempel helse, skole, barnehage eller kultur. Dette vil bli et resultat av kommunens prioriteringer.

Ekspertgruppen for gjennomgangen av allmennlegetjenesten har pekt på behovet for å øke basistilskuddets andel av finansieringen av fastlegeordningen. Motivasjonen er å motivere legene til å ta større listeansvar. Ved å øke basistilskuddets andel vil taksrefusjonene måtte reduseres tilsvarende. Det vil dermed bli mindre aktivitetsstyrt finansiering. Inntekten vil dermed øke mer dersom man har flere innbyggere på listen. Gjennomsnittlig listelengde går kraftig ned for næringsdrivende fastleger. Når finansieringen blir mindre aktivitetsstyrt, vil fastlegene tjene mindre på konsultasjoner og andre aktiviteter. Man tjener dermed på å ha mange pasienter på listen, men mindre på aktiviteten knyttet til hver pasient.

Ekspertgruppen peker på at man vil løse dette med andre behandlingsmetoder/personell. Vi har ikke så langt noe datagrunnlag som kan si noe om hvordan dette påvirker legenes adferd så langt og det er for tidlig å se hvordan endringen i basistilskuddet, som påvirket kommunene ulikt, så langt har hatt innvirkning på ordningen. Oslo Economics (2024) diskuterer at fastlegene er negative til det pasientrettede basistilskuddet. De mener det ikke bidrar til bedre kvalitet i tjenesten og motiverer for lengre lister med kortere konsultasjoner. Fastlegene i prosjektet foretrakk tidligere innretning med knekkpunkt på 1000 innbyggere.

Hva kjennetegner de kommunene som ikke har merkostnader knyttet til fastlegeordningen?

Det er en lav andel av kommunene som ikke har merkostnader. Vi har imidlertid gjennomført en rekke analyser som sier noe om kommunale kjennetegn og sannsynligheten for å ha merkostnader. Problemet med disse analysene har vært at variablene vi analyserer er så innbyrdes korrelerte at det er vanskelig å isolere og tolke sammenhengene. Vi finner ingen sammenhenger mellom enkeltvariabler og sannsynlighet for å ha merkostnader, men i analyser hvor vi inkluderer flere variabler, ser det ut til at kommunestørrelse, andel eldre i befolkningen og gjennomsnittlig listelengde påvirker sannsynligheten for å ha merkostnader.

Større kommuner har større sannsynlighet for å ha merkostnader, alt annet likt, samtidig så øker sannsynligheten for merkostnader med økt andel innbyggere over 65 år. I kommuner med lang gjennomsnittlig listelengde er imidlertid sannsynligheten for merkostnader lavere. Lange lister vil si at det trengs færre fastleger for å tilby alle innbyggerne fastlege, som kan bidra til å redusere presset på fastlegeordningen.

Det er betydelige forskjeller i størrelse på merkostnadene per innbygger både etter sentralitet (lavest i mest sentrale kommuner), bosettingsmønster (lavest i tettbygde strøk), kommunestørrelse (lavest i folkerike kommuner), geografi (lavest i Rogaland og høyest i Troms og Finnmark), inntektsnivå (lavest i kommuner med lave frie inntekter), befolkningssammensetning (avtar med andel kvinner og andel barn og unge, og øker med andel eldre og dødelighet) og fastlegesituasjon (øker med andel lister med fastlønnede leger og andel listeinnbyggere uten fastlege og avtar med gjennomsnittlig listelengde) når vi ser disse faktorene hver for seg. De geografiske forskjellene er betydelige. Estimert forskjell mellom Troms og Finnmark og Rogaland er på rundt 900 kroner per innbygger, når vi kun inkluderer kommuner som har merkostnader, og i overkant av 700 kroner når vi inkluderer også de som ikke har merkostnader.

Analysene viser også at sannsynligheten for å ha merkostnader øker over tid. Økningen skjer i de fleste grupper av kommuner, men var størst for større kommuner. Kommuner som har økt innbyggertall og økte frie inntekter har økt sannsynlighet for å gå fra situasjon uten merkostnader til å ha merkostnader i perioden 2018 til 2023. Kommuner som har hatt økning i andel fastlønnede leger har hatt økning i merkostnader, også om vi kontrollert for andre kjennetegn med kommunene.

Hvordan vurderer kommunene konsekvensene for andre helse- og omsorgstjenester (gitt økende merkostnader)?

Inntektssystemet fordeler og omfordeler penger mellom kommunene. Innenfor sine rammer står kommunene (relativt) fritt til å prioritere midler mellom sektorer og tjenester. For selvstendig næringsdrivende leger, bestemmes basistilskuddet av beregninger av pasienttilpasset tilskudd, mens for fastlønte leger gis en lønn fastsatt i kommunen på lik linje med andre stillinger.

Når en kommune velger å prioritere en tjeneste eller en sektor, vil det skje på bekostning av noe annet. Dette vil si at det er færre midler til fordeling mellom andre tjenester. I spørreundersøkelsen spurte vi hvilke konsekvenser egenfinansiering av fastlegeordningen hadde for kommuneøkonomien, eller nærmere bestemt hvordan merkostnadene finansieres.

Blant kommunene som har merkostnader svarer et flertall at midlene finansieres ved omprioriteringer innen helse og omsorgssektoren, mens en høy andel sier også at det omprioriteres fra andre sektorer. Det er også en vesentlig andel som sier merkostnadene finansieres ved bruk av disposisjonsfond.

Spørsmålet kunne forstås på to måter. Det er omprioriteringer i budsjettarbeidet og omprioriteringer underveis i budsjettåret. Noen kommuner svarer i tekst at det ikke har konsekvenser for andre, fordi man følger budsjettet, men at man i budsjettarbeidet gjorde prioriteringer.

Omfanget av økonomiske samarbeidsavtaler mellom kommunen og legen (8.2-avtaler), hvor kommunene ikke har merkostnader og omfanget av avtaler som gir merkostnader.

Som beskrevet i denne rapporten flere steder, er ikke en 8.2-avtale nødvendigvis en merkostnad. Enkelt forklart innebærer en slik avtale at kommunen stiller lokaler og utstyr til rådighet, og at dette blir kompensert for av legen. Men med en gang kommunen ikke får kompensert for godene den tilbyr, vil det bli merkostnader for kommunen. Hvilke avtaler som gir merkostnader eller ikke forsøkte vi å kartlegge i surveyen. De aller fleste kommunene som sier de har 8.2-avtaler, sier de har merkostnader knyttet til dette. Kun omtrent 10 prosent av kommunene med 8.2-avtaler, har ikke merkostnader. I disse tilfellene beskriver kommunene at legene betaler for de tjenestene de tilbyr, gjennom husleie eller tilbakeholdt basistilskudd.

Det er såpass få kommuner det er snakk om, men de skiller seg ikke ut fra andre kommuner.

Men inntrykket er at 8.2-avtaler, fra kommunenes ståsted, i nesten alle tilfeller har medført merkostnader. Kommunene beskriver dette som at man tilbyr helsesekretærer, gratis leie og andre tjenester. Kommunen kan tilby dette gratis eller til reduserte priser.

Hvordan påvirker spesialistløpet kommunenes kostnader?

Det finnes nasjonale ordninger for hvordan legenes spesialisering i allmennmedisin finansieres med tilskudd (ALIS). Vår kartlegging viser at en del kommuner også har tilleggsgoder knyttet til spesialisering utover de nasjonale ordningene og at dette medfører merkostnader for kommunen. Kartlegging viser at dette gjelder 20 prosent av kommunene som har fastlønte leger og 12,5 prosent av kommunene som har selvstendig næringsdrivende leger. Kommunenes kostnader til administrasjon/ledelse/oppfølging av ALIS er ikke med i beregningen av merkostnader.

Referanseliste

HELFO (2023) Pasientrettet basistilskudd. Pasienttilpasset basistilskudd - Helfo - for helseaktører

HELFO (2024) Fastlegestatistikk. Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører

Helsedirektoratet (2023) Allmenlegetjenesten. Statusrapport 2023. Tilgang til fast lege og kapasitet i fastlegeordningen i et innbyggerperspektiv - Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2024) Handlingsplan for allmenlegetjenesten årsrapport 2024.

Helse og Omsorgsdepartementet (2022) Fastlegeordningen. Fastlegeordningen - regjeringen.no

IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse (2022) Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen -fjerde oppfølgingsundersøkelse

Iversen, J.M.V, Krehic, L. og Haraldsvik, M (2023) Rekruttering av lærere ved norske skoler. SØF-rapport 04/23

Kommunal- og distriktsdepartementet (2022) Inntektssystemet for kommunene NOU 2022:10.

KS (2023) Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2023

Oslo Economics (2024) Evaluering av tiltak i allmenlegetjenesten. Evalueringsrapport III, 2024.

Rattsø, J. (1989) Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway. *Environment and planning C: Government and policy,* 7(3), 273-284.

Wooldridge, J.M (2020) Introductionary econometrics. Cengage Learning. Michigan University.

Figurliste

Figur 4-1: Utvikling i andel fastlønte fastleger i Norge 24
Figur 4-2: Utvikling i andel fastlønte fastleger for ulike grupper kommuner delt etter innbyggertall 25
Figur 4-3: Utvikling i listelengde 26
Figur 4-4: Utvikling i andel kvinnelige fastleger 27
Figur 4-5: Utvikling i aldersgrupper for fastlegene 28
Figur 4-6: Utvikling i andel lister uten fast leg 29
Figur 5-1: Organisasjonsform i kommunen. Et mulig alternativ. 31
Figur 5-2: Mottar fastlegene med ansettelsesforhold i kommunen noen av tilleggsordningene, utover fast lønn, listet opp nedenfor? Flere valg mulig. 34
Figur 5-3 Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger? 36
Figur 5-4: Hvor lenge kommunen har hatt fastleger med ansettelsesforhold i kommunen, og hvor lenge kommunen har hatt tilleggsordninger for fastleger med ansettelsesforhold i kommunen. 38
Figur 5-5: Mottar kommunens næringsdrivende leger noen av tilleggsordningene listet opp nedenfor? Flere valg mulig. 41
Figur 5-6: Er det enkelte næringsdrivende leger som har tilleggsordninger utover tilskuddene i hovedmodellen og enkelte som ikke får tilleggsordninger i din kommune? 45
Figur 5-7: Min kommune har hatt tilleggsordninger (ut over hovedmodell) for selvstendig næringsdrivende leger 46
Figur 5-8: Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har. Etter innbyggertall. 47
Figur 5-9: Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har. Etter sentralitet. 48
Figur 5-11: Min kommune egenfinaniserer eller subsidierer IKKE fastlegeordningen fordi 51
Figur 5-12: Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om hva som er viktig for å rekruttere fastleger. Prosent. 52
Figur 5-13: Hvordan er merkostnadene til fastlegeordningen finansiert? Flere valg mulig. 56
Figur 6-1: Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2023? 67
Figur 6-2: Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste fem årene? 68

Figur 7-1: Boksplot for spredning. Kommunekjennetegn. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen. 77
Figur 7-2: Boksplot for spredning. Kommunekjennetegn 2023. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen. 81
Figur 7-3: Boksplot for spredning. Fastlegevariabler 2023. Diamanten viser median, ytterendende på boksen viser 1. og 3 kvartil, strekene viser grenseverdier som ligger 2/3 av boks-lengden over og under boksen, og punkter utenom dette kan betraktes som «ekstremverdier» innen gruppen.82
Figur 7-4: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av sentralitet (MK=merkostnader). 87
Figur 7-5: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av fylke (MK=merkostnader). 88
Figur 7-6: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av kommunestørrelse (MK=merkostnader). 88
Figur 7-7: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel bosatt i tettbygde strøk (MK=merkostnader). 89
Figur 7-8: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av frie inntekter (MK=merkostnader). Fastlegesituasjon 89
Figur 7-9: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel lister med fast ansatt lege (MK=merkostnader). 91
Figur 7-10: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av gjennomsnittlig listelengde (MK=merkostnader). 91
Figur 7-11: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra bivariat analyse av andel listeinnbyggere uten fastlege (MK=merkostnader). 92
Figur 7-12: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) for sannsynlighet for å ha merkostnader fra bivariat analyse og multivariate analyser av kommunestørrelse (MK=merkostnader). 93
Figur 7-13: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) for sannsynlighet for å ha merkostnader fra bivariat analyse og multivariate analyser av gjennomsnittlig listelengde (MK=merkostnader). 94
Figur 7-14: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023 (MK=merkostnader). 98
Figur 7-15: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023. Etter sentralitet (MK=merkostnader). 98

Figur 7-16: Predikerte verdier (med 95 % konfidensintervall) fra analyse av tidsutvikling 2018-2023. Etter kommunestørrelse/innbyggertall (MK=merkostnader). 99
Figur 8-1: Hvordan opplever du at endringen i basistilskuddet (samlet sett. Inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i din kommune? Svar sortert etter kommunestørrelse. 104
Figur 8-2: Hvordan opplever du at endringen i basistilskuddet (samlet sett. Inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i din kommune? Svar sortert etter sentralitet. 104
Figur 8-3: Har endringen/styrkingen av kommunenes basistilskudd i 2023 endret behovet for å tilby fastlegene i din kommune noen tilleggsgoder utover hovedmodellen? 106
Figur 8-4: Utvikling i basistilskudd per innbygger gjennom 2023. Tall for måned. 107
Figur 8-5: Sammenheng mellom endret tildeling fra inntektssystemet og endret basistilskudd før og etter 1.mai 2023. Tall for 2 måneder før og 2 måneder etter endringen 108
Figur 8-6: Sammenheng mellom kommunegruppe etter innbyggertall og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssysteme 110
Figur 8-7: Sammenheng mellom andel lavinntektshusholdninger i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet 111
Figur 8-8: Sammenheng mellom andel lavt utdannede i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet 112
Figur 8-9: Sammenheng mellom andel listeinnbyggere over 67 år i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssysteme 113
Figur 8-10: Sammenheng mellom andel kvinnelige listeinnbyggere i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet 114
Figur 8-11: Sammenheng mellom andel lister under 500 i kommunen og forskjellen mellom endret basistilskudd og endret tildeling fra inntektssystemet 115

Tabelliste

Tabell 3-1: Svarfordeling på survey etter kommunestørrelse 19
Tabell 3-2: Svarfordeling etter sentralitet 19
Tabell 3-3: Svarfordeling etter fylke 20
Tabell 5-1: Organisering av fastlegeordningen etter kommunestørrelse 32
Tabell 5-2: Organisering av fastlegeordningen etter sentralitet 32
Tabell 5-3: Bruk av tilleggsgoder/ordninger for ulike kommuner delt etter innbyggertall. Fastlønte leger 35
Tabell 5-4: Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger? Etter kommunestørrelse. Fastlønte leger. Andel fastleger med tilleggsordninger. 37
Tabell 5-5: Forskjeller i bruk av tilleggsgoder/ordninger etter kjennetegn ved fastlegene i kommunene. Fastlønte leger 39
Tabell 5-6: Bruk av tilleggsgoder/ordninger i ulike kommuner delt etter innbyggertall. Selvstendig næringsdrivende leger 42
Tabell 5-7: Bruk av tilleggsgoder/ordninger for ulike kommuner, delt etter kjennetegn ved fastlegene. Selvstendig næringsdrivende leger 44
Tabell 5-8: Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger? Etter kommunestørrelse. Selvstendig næringsdrivende leger. Andel fastleger med tilleggsordninger. 46
Tabell 6-1: Merkostnader (MK) per innbygger oppgitt for 2023. 59
Tabell 6-2: Samlede merkostnader 2021 og 2023, med sammenlignbar metode. Millioner kroner. Estimert verdi for median og for samlet merkostnader med 95 %-konfidensintervall 62
Tabell 6-3: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter sentralitet. 63
Tabell 6-4: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter kommunestørrelse. 64
Tabell 6-5: Samlede merkostnader 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter region og kommunestørrelse. 64
Tabell 6-6: Merkostnader til fastlønnsleger 2021 og 2023, med sammenlignbar metode. Millioner kroner. Estimert verdi for median og for samlet merkostnader med 95 %-konfidensintervall 65
Tabell 6-7: Samlede merkostnader til fastlønnsleger 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter sentralitet. 66

Tabell 6-8: Samlede merkostnader til fastlønnsleger 2023, med alternativ metode. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter kommunestørrelse. 66
Tabell 6-9: Regresjonsresultat fra Kostnadsfordelingsmodellen. Avhengig variabel er inflasjonsjusterte (2023 er referanseår) netto driftsutgifter målt i 1000 kroner ført på KOSTRA funksjon 241. 72
Tabell 6-10: Andeler til fastlegeordningen, fysioterapi, og legevakt i kommunene. Beregning basert på en kostnadsfordelingsmodell der netto driftsutgifter er avhengig variabel. Tall på kommunenivå for perioden 2018 til 2023. 73
Tabell 6-11: Medianverdier for merkostnader, målt i millioner kroner, inflasjonsjustert med 2023 som referanseår. 74
Tabell 7-1: Korrelasjonsmatrise. Merkostnader (MK) per innbygger og kommunekjennetegn. 83
Tabell 7-2: Korrelasjonsmatrise. Merkostnaderper innbygger og fastlege (FL)-variabler. 84

Vedlegg 1

Følgebrev/Veiledning til utfylling av spørreundersøkelse om fastleger

Dette dokumentet er en veiledning og forklaring til spørreundersøkelsen om merkostnader til fastlegeordningen. Hensikten med følgebrevet er at kostnadsanslagene vi etterspør i undersøkelsen skal gjøres så likt som mulig. Vi er klar over at å gjøre anslag er forbundet med usikkerhet, men vi håper at denne veiledningen vil bidra til å redusere usikkerheten.

Organisering av fastlegene

Vi skiller mellom to hovedformer for organisering av fastlegene. Enten er de selvstendig næringsdrivende eller så har de et ansettelsesforhold i kommunen. Innenfor disse to kategoriene er det flere varianter og tilleggsordninger.

Hovedmodellen

Ren selvstendig næringsdrivende fastleger regnes som hovedmodellen. Legen driver da praksis for egen regning, men finansieres av det offentlige gjennom basistilskudd, utjevningstilskudd, egenandeler og refusjoner.

Tilleggsordninger

I mange tilfeller har kommuner tilleggsordninger for fastlegene. Dette er goder, tiltak eller andre ordninger som skiller seg fra hovedmodellen. Slike tilleggsordninger kan gi kommunen merkostnader, men trenger ikke det.

Merkostnader

For selvstendig næringsdrivende leger, er kommunens kostnader i utgangspunktet begrenset til basistilskuddet og i noen tilfeller utjevningstilskudd. Dersom kommuner har ordninger, som gjør at utgiftene til fastlegene overstiger dette, har de merkostnader.

For leger med ansettelsesforhold i kommunen er kommunens utgifter knyttet til lønn inkludert sosiale utgifter og drift av legekontor, pluss eventuelle tilleggsgoder. Dersom kommunens utgifter til kommunalt ansatte fastleger samlet overstiger de samlede besparelsene ved tilbakeholdt basistilskudd og utjevningstilskudd pluss inntekter fra refusjoner og egenandeler, har kommunen merkostnader.

Utgifter til ALIS-avtaler må overgå ALIS-tilskudd for at dette kan regnes som merkostnader for kommunen.

Når vi ber om et estimat på merkostnader, er dette derfor årlige kostnader som overstiger hovedmodellen for næringsdrivende. Eller hvor utgiftene med å ansette legene selv overstiger de sparte utgiftene til basistilskudd, ALIS-tilskudd og eventuelt utjevningstilskudd pluss inntektene kommunen får gjennom refusjoner og egenandeler ved å drive virksomheten.

8.2-avtale

Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. I utgangspunktet skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet. I disse tilfellene har ikke kommunen merkostnader. Men i de tilfellene legen etter avtalen IKKE skal refundere alle kommunen utgifter, vil det gi kommunen merkostnader.

Utjamnings/utjevnings-tilskudd

Tilskudd for fastlegeavtaler i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 listeinnbyggere. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Dette er IKKE merkostnader.

Basistilskudd

Basistilskudd fra kommunen til legen er regulert i avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KS og Regionale helseforetak (RHF) og Den norske legeforening (DNLF) (Statsavtalen). Fra 1.mai 2023 ble tilskuddet endret. Beregningen av pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i et forventet behov for fastlegetjenester for ulike grupper av innbyggere på fastlegenes lister. Den samlede rammen for basistilskudd til fastlegene for kommunene ble samtidig økt

Økningen i basistilskuddet finansieres gjennom delkostnadsnøkkelen for helse i inntektssystemet for kommunene. Kommunens inntekter er dermed også styrket. Vi spør om hvordan endringen i basistilskuddet påvirker kommuneøkonomien. I det ligger det en antakelse om at kommunen har en opplevelse av dette. «Vet ikke» er et alternativ, dersom man ikke har inntrykk av hvordan endringen har slått ut økonomisk.

Vedlegg 2 Spørreundersøkelse

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen

Hvilken kommune besvarer du denne undersøkelsen for?

I denne undersøkelsen stiller vi spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen.
I hovedsak er det to finansieringsordninger: næringsdrivende fastleger, og fastleger med fast ansettelsesforhold hos kommunen. Innenfor disse to ordningene kan kommunene tilby ulike modeller der en tilbyr incentivlønnsordninger for faste ansatte fastleger, og ulike varianter av økonomiske og organisatoriske tiltak fra kommunene for næringsdrivende fastleger.
Undersøkelsen er organisert på følgende måte: Først spør vi om hvilke avtaletyper for fastlegeordningen din kommune har. Så følger en bolk for kommuner som har fastleger med ansettelsesforhold i kommunen. Deretter følger en bolk for kommuner som har næringsdrivende fastleger. Til slutt kommer spørsmål som gjelder alle kommuner uavhengig av avtaletype. Kommuner som både har ansatte fastleger og næringsdrivende leger besvarer hele undersøkelsen.

Hva er din stilling i kommunen?

Skriv inn. For eksempel kommunedirektør, kommunalsjef, etatsjef eller lignende.

Har din kommune:

Et kryss er mulig

- Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen
- Selvstendig næringsdrivende fastleger
- Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen

Nå kommer en bolk med spørsmål som besvares av kommuner med fastleger som har ansettelsesforhold i kommunen

Mottar fastlegene med ansettelsesforhold i kommunen noen av tilleggsordningene, utover fast lønn, listet opp nedenfor?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Flere valg mulig. Noen av alternativene kan medføre ekstra direkte kostnader, andre mer indirekte, mens noen av tilleggsordningene medfører trenger ikke å ha merkostnader i det hele tatt.

- Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste
- Redusert legevaktbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen
- Insentivlønn/bonusordning, for eksempel prosentandel av inntjent takstinntekter
- Dekker utgifter til spesialistutdanning, utover de nasjonale ordningene
- Turnusordninger, "Nordsjøturnus", veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri
- Dekking av ekstrakostnader ved pendling (reise, husleie mv.)
- Redusert listelengde, men full lønn
- Annet
- Vi har ikke tilleggsordninger for ansatte fastleger

Vet ikke

Du svarte "annet" på forrige spørsmål. Vennligst spesifiser:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Mottar fastlegene med ansettelsesforhold i kommunen noen av tilleggsordningene, utover fast lønn, listet opp nedenfor?»

Skriv inn

Er det enkelte fastleger med ansettelsesforhold i kommunen som får tilleggsordninger og enkelte som ikke får tilleggsordninger?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Ja, noen ansatte fastleger har slike ordninger, men ikke alle
- Nei, alle ansatte fastleger har slike ordninger
- Nei, ingen ansatte fastleger har slike ordninger
- Vet ikke

Hvor mange ansatte fastleger MED tilleggsordninger finnes i din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Skriv et tall

Hvor mange ansatte fastleger UTEN tilleggsordninger finnes i din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Skriv et tall

Min kommune har hatt fastleger med ansettelsesforhold i kommunen:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Over flere år
- I ett år
- I mindre enn et år
- Vet ikke

Min kommune har hatt tilleggsordninger for fastleger med ansettelsesforhold i kommunen:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Over flere år
- I ett år
- I mindre enn et år
- Vet ikke

Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at løsningen med fastleger med ansettelsesforhold i kommunen fungerer i din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Meget godt

Litt godt

Verken godt eller dårlig

Litt dårlig

Meget dårlig

Vet ikke/kan ikke svare

KOSTNADER

Nå kommer noen spørsmål om kostnader og merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen.

Har kommunen din merkostnader med å ha fastleger med ansettelsesforhold i kommunen?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

For ansatte fastleger er kostnadene for kommunen lik lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekontor, pluss eventuelle tilleggsordninger*. Hvis dette overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd, ALIS-tilskudd utjevningstilskudd pluss inntekter fra takstrefusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasienter, betraktes det som merkostnad for kommunen (egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen).*

Ja, kommunens utgifter til ansatte fastleger overstiger tilbakeholdt tilskudd til fastleger og inntekter fra takstrefusjoner og egenandeler

Nei, kommunen har ikke merkostnader

Vet ikke

Hadde din kommune merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen i 2023?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Ja

Nei

Vet ikke

Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen i 2023?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen i 2023?»

Vi ber om et estimat. Oppgi beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner.

Av anslaget i forrige spørsmål: Hvor mye av merkostnadene var knyttet til fastlønn og drift av legekontor?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen i 2023?»

Vi ber om et estimat. Oppgi beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner

Av anslaget i forrige spørsmål: Hvor mye av merkostnadene var knyttet til andre tilleggsordninger?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune merkostnader knyttet til fastleger med ansettelsesforhold i kommunen i 2023?»

Vi ber om et estimat. Oppgi beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner

Nå følger en bolk med spørsmål som besvares av kommuner med næringsdrivende leger

Hovedmodellen i fastlegeordninger er selvstendig næringsdrift hvor legen mottar grunnfinansiering som består av basistilskudd og/eller utjevningstilskudd fra kommunen. Utjevningstilskudd er tilskudd til næringsdrivende leger med mindre enn 5000 innbyggere, hvor gjennomsnittlig listelengde er under referanseantall (1200). Kommunen kan velge å ha ulike avtaler med selvstendig næringsdrivende leger som går ut over hovedmodellen. Spørsmålene nedenfor kartlegger utbredelse av bruk av ulike ordninger.

Mottar kommunens næringsdrivende leger noen av tilleggsordningene listet opp nedenfor?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Du kan velge flere alternativer. Flere valg mulig. Noen av alternativene kan medføre ekstra direkte kostnader, andre mer indirekte, mens noen av tilleggsordningene medfører trenger ikke å ha merkostnader i det hele tatt.

- Avtale om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende
- Leieavtale hvor legene betaler lavere leiepris enn reell kostnad eller beholder deler av basistilskudd
- Avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner
- Ekstra tilskudd til drift utover basistilskuddet
- Ekstra kompensasjon eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste
- Redusert legevaktbelastning eller redusert plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen
- Tilskudd eller rentefritt lån til kjøp av fastlegepraksis, "garantiavtale" mot tap ved salg av praksis
- Dekker utgifter til spesialistutdanning, ut over de nasjonale ordningene
- Dekker permisjon ut over rammeavtale
- Bruk av vikarer og vikarbyrå
- Turnusordninger, "Nordsjøturnus", veksling mellom perioder med tilstedeværelse og hjemmekontor/fri
- «Sykelønnsordninger» eller andre velferdsgoder
- Dekking av ekstrakostnader ved pendling (reise, husleie mv.)
- Annet
- Har ikke slike tilleggsgoder for næringsdrivende
- Vet ikke

Du svarte "annet" på forrige spørsmål. Vennligst spesifiser:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Mottar kommunens næringsdrivende leger noen av tilleggsordningene listet opp nedenfor?»

Skriv inn

Er det enkelte næringsdrivende leger som har tilleggsordninger utover tilskuddene i hovedmodellen og enkelte som ikke får tilleggsordninger i din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Ja, noen næringsdrivende leger har slike ordninger, men ikke alle
- Nei, alle næringsdrivende leger har slike ordninger
- Nei, ingen næringsdrivende leger har slike ordninger
- Vet ikke

Hvor mange selvstendig næringsdrivende leger UTEN noen tilleggsordinger har din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Skriv et tall

Hvor mange selvstendig næringsdrivende leger MED noen tilleggsordinger har din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Skriv et tall

Min kommune har hatt tilleggsordninger (ut over hovedmodell) for selvstendig næringsdrivende leger

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Over flere år
- I ett år
- I mindre enn et år
- Vi har ikke tilleggsordninger for selvstendig næringsdrivende leger
- Vet ikke

Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at løsningen med selvstendig næringsdrivende leger fungerer i din kommune?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Meget godt
- Litt godt
- Verken godt eller dårlig
- Litt dårlig
- Meget dårlig
- Vet ikke/kan ikke svare

KOSTNADER

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

Har kommunen din merkostnader med å ha selvstendig næringsdrivende fastleger?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Velg ett alternativ

- Ja, kommunen har merkostnader til selvstendig næringsdrivende
- Nei, kommunen har ikke merkostnader til selvstendig næringsdrivende
- Vet ikke

Hadde din kommune merkostnader knyttet til 8.2-avtaler (avtaler om kommunal betaling av drift av legekontor) i 2023?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Ja

Nei

Vet ikke

Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til 8.2-avtaler i 2023 (i kroner)?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune merkostnader knyttet til 8.2-avtaler (avtaler om kommunal betaling av drift av legekontor) i 2023?»

Vi ber om et estimat. Oppgi beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner.

Hva kjennetegner disse avtalene?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune merkostnader knyttet til 8.2-avtaler (avtaler om kommunal betaling av drift av legekontor) i 2023?»

Vennligst beskriv

Har din kommune økonomiske samarbeidsavtaler (8.2-avtaler) med fastleger som IKKE medfører merkostnader (kostnader utover basistilskudd og evt. utjevningstilskudd) for kommunen?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Ja

Nei

Vet ikke

Hva kjennetegner disse avtalene?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune økonomiske samarbeidsavtaler (8.2-avtaler) med fastleger som IKKE medfører merkostnader (kostnader utover basistilskudd og evt. utjevningstilskudd) for kommunen?»

Vennligst beskriv

Hadde din kommune andre merkostnader for selvstendig næringsdrivende (enn for 8.2-avtaler) i 2023?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger eller Både selvstendig næringsdrivende fastleger og fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Dette kan være ekstra tilskudd utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd eller andre tilleggsgoder

Ja

Nei

Vet ikke

Hvor store var disse merkostnadene i 2023 (i kroner)?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune andre merkostnader for selvstendig næringsdrivende (enn for 8.2-avtaler) i 2023?»

Vi ber om et estimat. Oppgi beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner.

De resterende spørsmålene er felles for alle kommuner, uavhengig av organisering av fastlegeordningen

Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?

Enten via fastleger med kommunalt ansettelsesforhold eller selvstendig næringsdrivende. Spørsmålet kan virke overflødig, men brukes for at spørsmålene i resten av undersøkelsen skal komme i riktig rekkefølge.

Ja

Nei

Vet ikke

Hvor store var din kommunes merkostnader for fastlegeordningen i 2023?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

Dette er samlet sett både for leger med ansettelsesforhold i kommunen og for selvstendig næringsdrivende leger. Anslå kommunens samlede merkostnader. i kroner. Se definisjoner i følgebrev.

Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

Rekruttere fastleger

Beholde fastleger over tid

Bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten

Stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

Bedre dekke andre allmennlegeoppgaver, som øyeblikkelig hjelp- og døgnopphold, sykehjem, helsestasjon mv.

Få leger til å veilede leger under spesialisering (LIS1 og leger for øvrig under spesialisering)

Finansiere ALIS-avtaler (utover ALIS-tilskudd)

Få flere leger til å gå legevakt

Tilrettelegge for kompetanseheving

Annet

Vet ikke

Du valgte "annet" på forrige spørsmål. Vennligst spesifiser:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å:»

Hvordan vil du beskrive effektene av din kommunes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen samlet sett?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

Hvordan er merkostnadene til fastlegeordningen finansiert?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

Flere valg mulig

Vekst i frie inntekter

Omprioriteringer innen helse og omsorg

Omprioritering mellom øvrige sektorer

Bruk av disposisjonsfond

Annet

Vet ikke

Du valgte "annet" på forrige spørsmål. Vennligst spesifiser:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Annet» er valgt i spørsmålet «Hvordan er merkostnadene til fastlegeordningen finansiert?»

Min kommune egenfinanserer eller subsidierer IKKE fastlegeordningen fordi:

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

vi ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger

vi ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid

vi ikke har økonomisk mulighet til dette

vi ikke har behov for det for å ivareta en god fastlegeordning

Ingen av disse alternativene

Vet ikke

Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Har din kommune samlet sett merkostnader til fastlegeordningen?»

Ja

Nei

Vet ikke

Jeg opplever at omfanget av tilleggsgoder og ordninger som medfører merkostnader (fastlønte, 8.2-avtaler og andre goder) i fastlegeordningen i min kommune har

Velg et alternativ

Avtatt over tid

Vært stabilt

Økt over tid

Vet ikke

Hvilke(n) av disse fastlegeavtalene opplever din kommune en økning av?

Flere svar mulig

Ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen)

Selvstendig næringsdrift med tilleggsordninger eller varianter av 8.2-avtaler

Fastleger med kommunalt ansettelsesforhold UTEN ytterligere tilleggsordninger

Fastleger med kommunalt ansettelsesforhold MED tilleggsordninger

Vet ikke

Ta stilling til følgende påstander

Fastlegene ønsker kommunalt ansettelsesforhold

Helt enig

Delvis enig

Hverken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Vet ikke

Næringsdrivende fastleger ønsker 8.2-avtaler / økonomiske avtaler eller annen godtgjøring utover basis- eller utjamningstilskudd

Helt enig

Delvis enig

Hverken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Vet ikke

Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen bidrar til at min kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger

Helt enig

Delvis enig

Hverken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Vet ikke

Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen er helt nødvendig for at min kommune skal få rekruttert og/eller beholdt fastleger

Helt enig

Delvis enig

Hverken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Vet ikke

Har din kommune tidligere hatt fastleger med ansettelsesforhold i kommunen, men sluttet med det?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Selvstendig næringsdrivende fastleger» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Ja

Nei

Vet ikke

Har din kommune tidligere hatt næringsdrivende leger med tilleggsordninger (som for eksempel 8.2-avtaler), men sluttet med det?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fastleger med ansettelsesforhold i kommunen» er valgt i spørsmålet «Har din kommune:»

Ja

Nei

Vet ikke

Har du andre innspill til oss om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?

Nedenfor følger noen spørsmål om utjamningstilskudd.
Dette er tilskudd for fastlegeavtaler i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 listeinnbyggere. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Dette er IKKE merkostnader.

Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2023?

Se beskrivelse i følgebrevet

Ja

Nei

Vet ikke

Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2023 (i kroner)?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2023?»

Vi ber om et estimat. Skriv inn beløp i kroner. Se følgebrev for definisjoner og beskrivelser.

Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste fem årene?

Ja

Nei

Vet ikke

Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2023?

Ja

Nei

Vet ikke

Kan du anslå din kommunes kostnader for økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2023?

*Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel **i løpet av 2023?**»*

Siden du svarte "Ja" på forrige spørsmål. Hvor mange hjemler har din kommune gitt kompensasjon for?

*Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel **i løpet av 2023?**»*

Endret basistilskudd

Basistilskuddet har etter 1.mai 2023 blitt pasientrettet, ved at det varierer etter pasientenes behov. Den samlede rammen til basistilskuddet ble samtidig økt. Økningen i basistilskuddet fordeles til kommunene etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet.

Hvordan opplever du at endringen i basistilskuddet (samlet sett. Inntekter og utgifter tatt i betraktning) påvirker den samlede kommuneøkonomien i din kommune?

Dette et komplekst spørsmål å svare på. Vi er likevel ute etter din opplevelse av det. Svar "vet ikke" om du ikke har noen formening om dette.

Endringen har påvirket kommuneøkonomien negativt

Endringen har hatt ingen påvirkning på kommuneøkonomien

Endringen har påvirket kommuneøkonomien positivt

Vet ikke

Har endringen/styrkingen av kommunenes basistilskudd i 2023 endret behovet for å tilby fastlegene i din kommune noen tilleggsgoder utover hovedmodellen?

Ja, behovet har blitt mye mindre

Ja, behovet har blitt litt mindre

Ingen endring

Ja behovet har blitt litt større

Ja behovet har blitt mye større

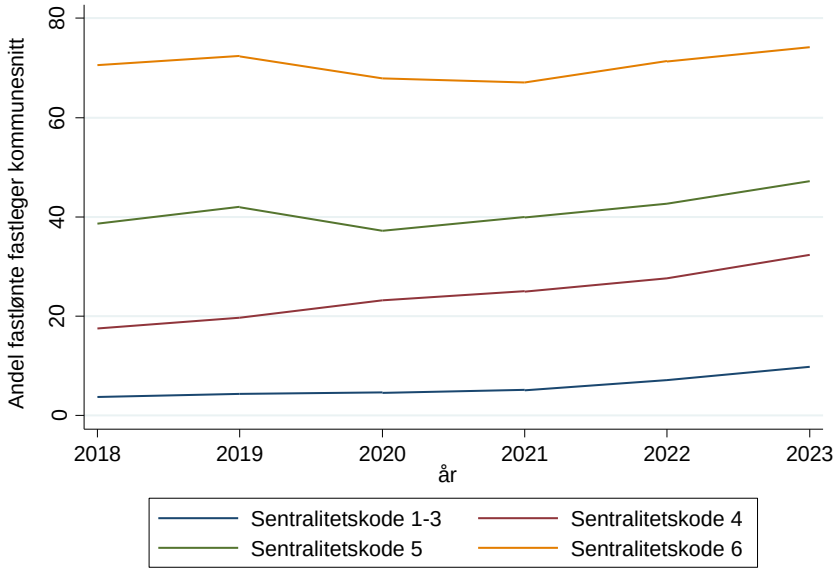
Vet ikke

Til slutt ber vi deg dele noen refleksjoner om hvordan fastlegeordningen fungerer i din kommune. Hva er de største utfordringene? Hvordan fungerer det nå, hvordan har det vært, og hva er status fremover. Har det skjedd spesifikke endringer. Er det annet vi burde kjenne til som ikke har kommet frem i de overstående spørsmålene? Er det tiltak som burde vært gjort for at fastlegeordningen skal fungere enda bedre?

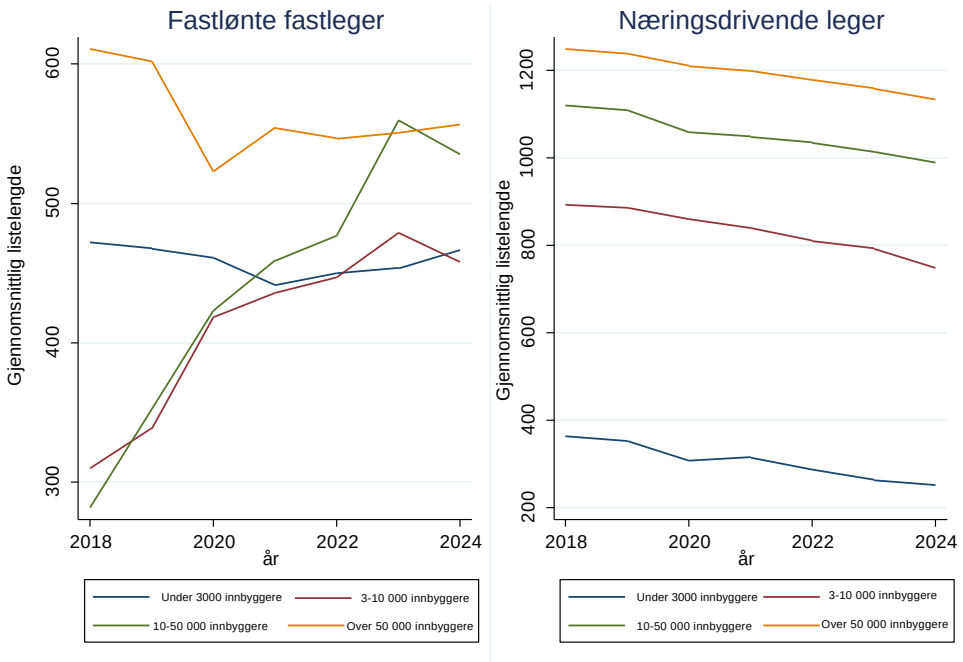
Dersom vi har behov for å følge opp dine svar, ønsker vi gjerne å kontakte deg. Dersom du samtykker til dette, skriv gjerne inn e-post adressen din her

Generert: 2024-12-06 11:49:36.

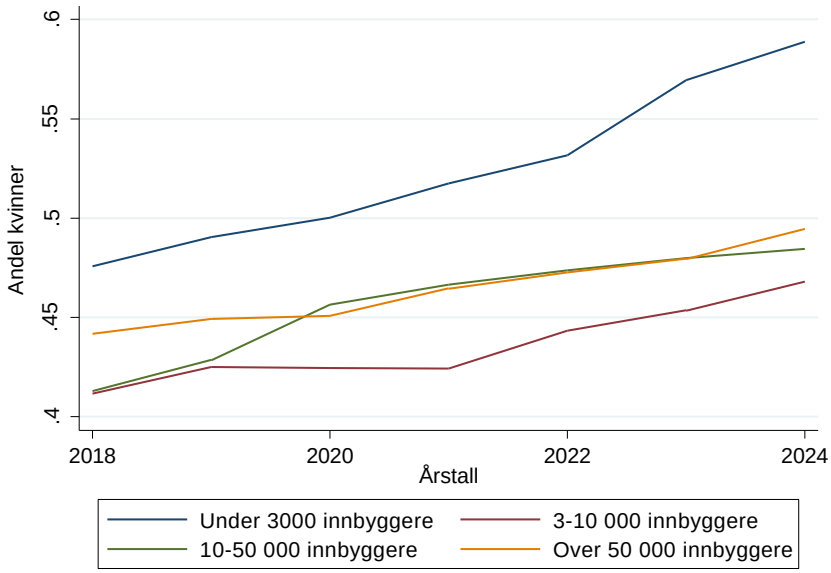
Vedlegg kapittel 4



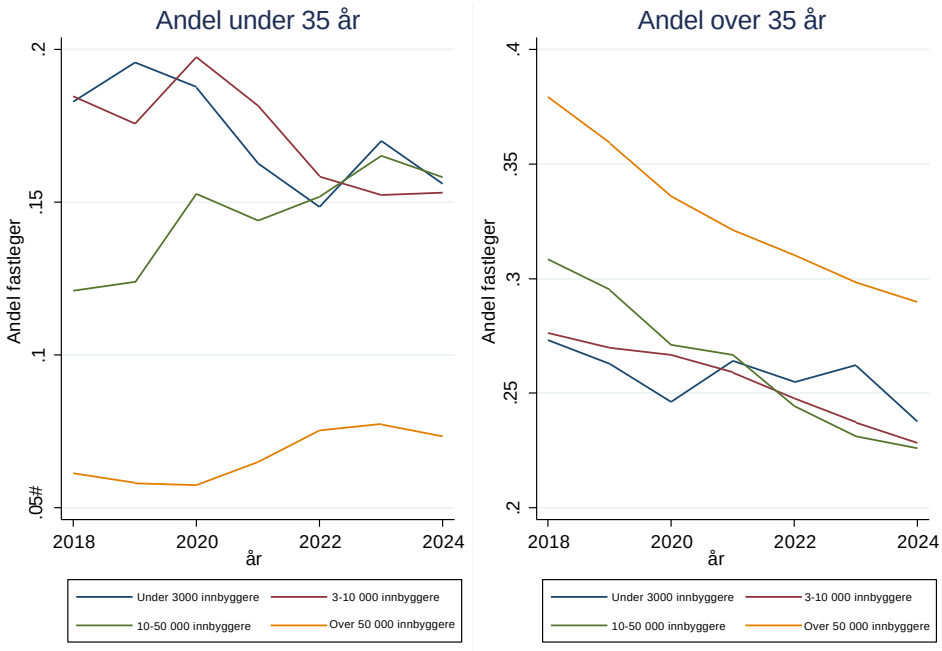
Figur V4-1: Utvikling i andelen fastlønte fastleger for sentralitetsgrupper



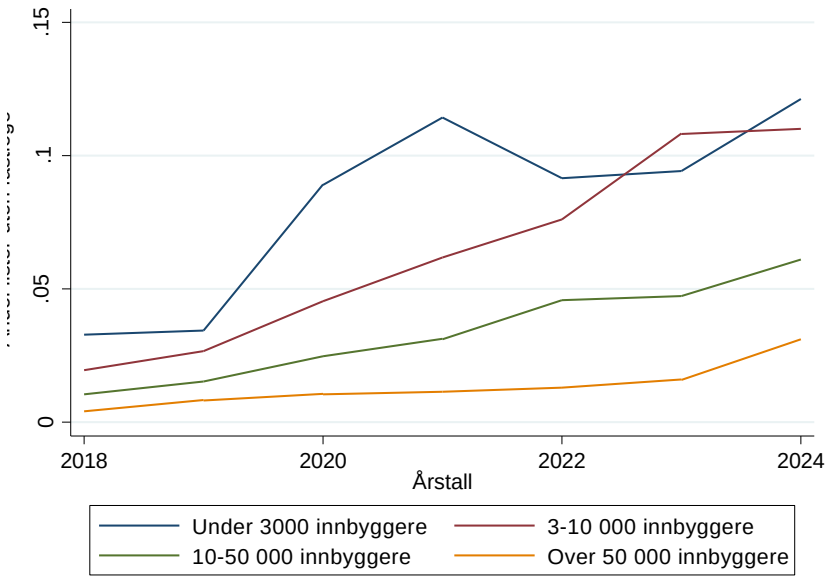
Figur V4-2 Utvikling i listelengde for ulike kommuner



Figur V4-3: Utvikling i andel kvinnelige fastleger for ulike grupper kommuner



Figur V4-3: Utvikling i aldersgrupper blant fastleger for ulike grupper kommuner



Figur V4-4: Utvikling i andel lister uten fastlege for grupper av kommuner

Vedlegg kapittel 6

Merkostnader basert på statistisk analyse – sentralitet og innbygger tall

Vi kan sammenligne resultatene fra analysen vår med de vi har beregnet ved bruk av svar fra spørreundersøkelsen videre ved å se på merkostnader per innbygger fordelt på innbygger- og sentralitetsgrupper. Tabellen under viser hvordan estimerte merkostnader fordeler seg mellom kommunene ut ifra sentralitet. Det er de mest sentrale kommunene som har lavest medianverdi for merkostnader per innbygger. Dette er i tråd med anslagene fra spørreundersøkelsen i Tabell 6-3, og kan reflektere at sentrale kommune har mindre rekrutteringsproblemer enn distriktskommuner. Samtidig er estimatet vårt for de minst sentrale kommunenes merkostnader lavt sammenlignet med estimatet fra spørreundersøkelsen, og med tanke på de store rekrutteringsproblemene og den ustrakte bruken av tilleggsordninger distriktskommunene i spørreundersøkelsen vår melder om. Ellers er anslagene på merkostnader svært forskjellige mellom de to metodene for alle sentralitetsgrupper. Så langt der det ut til at metoden ikke treffer særlig godt når vi deler opp kommunene i grupper eller enkeltkommuner.

Tabell 6-12: Merkostnader for 2023, basert på alternativt analyseopplegg. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter sentralitet.

Sentralitet	N (datagrunnlag)	N (totalt)	Median, kroner per innbygger	Sum mill. kroner
Nivå 1-3 Mest sentrale	76	76	644	2299
Nivå 4	71	71	855	878
Nivå 5	96	96	965	594
Nivå 6 Minst sentrale	109	113	805	229
Sum	158	356		4001

Tabell 6-12 viser hvordan våre estimerte merkostnader fordeler seg på kommunene etter innbyggertall. Anslagene på merkostnader er minst i kommunene med lavest innbyggertall. Dette er motsatt av hva anslagene og erfaringene fra spørreundersøkelsen skulle tilsi: resultatene fra Tabell 6-4 viser at kommunene med under 5000 innbyggere hadde høyest median. Estimatene våre viser at det er kommunene med mellom 5000 og 20000 innbyggere som har størst merkostnader.

Ellers er også våre estimerte merkostnader fordelt på innbyggergrupper svært forskjellig mellom de to metodene. Det ser igjen ut som om denne metoden fungerer dårligere på mer disaggregerte grupper.

Tabell 6-13: Merkostnader for 2023, basert på alternativt analyseopplegg. Estimat basert på median merkostnad per innbygger i grupper etter kommunestørrelse.

Innbyggertall	**N (datagrunnlag)**	**N (totalt)**	**Median, kroner per innbygger**	**Sum mill. kroner**
<2,000	73	78	322	49
2,000-4,999	96	96	857	267
5,000-9,999	71	71	976	546
10,000-19,999	46	46	946	671
20,000-49,999	45	45	789	1054
>=50,000	20	20	569	1411
Sum	351	356		4001

Vedlegg kapittel 7

Vedleggstabell 7-:1 Deskriptiv statistikk. Kommuner som deltok i undersøkelsen i 2024.

	N	%	Gjennomsnitt	Standardavvik
Sentralitet				
1-3 Mest sentrale	56	26.9		
4	45	21.6		
5	61	29.3		
6 Minst sentrale	46	22.1		
Andel bostatt tettbygdestrøk				
<25 %	17	8.2		
25-49,99 %	54	26.0		
50-74,99 %	74	35.6		
>=75 %	63	30.3		
Innbyggertall				
<2,000	27	13.0		
2,000-4,999	49	23.6		
5,000-9,999	52	25.0		
10,000-19,999	33	15.9		
20,000-49,999	34	16.4		
>=50,000	13	6.3		
Frie inntekter				
<70,000	86	41.4		
70,000-79,999	75	36.1		
>=80,000	47	22.6		
Andel kvinner	208		49.2	1.0
Andel 0-19 år	208		22.3	2.7
Andel >= 65 år	208		22.0	4.0
Andel døde	208		1.0	0.3
Andel seter SP	208		0.26	0.15
Andel seter venstreside	208		0.34	0.12
Andel seter høyreside	208		0.30	0.16
Eff. antall partier	208		4.4	1.3
Andel fastlønnede FL	208		38.9	38.2
Gjennomsnittsalder FL	208		46.0	5.1
Andel kvinnelige FL	208		48.7	23.0
Andel listeinnbyggere uten FL	207		7.0	13.9
Gjennomsnittliglistelengde	208		834	231
Andel netto endring avtaler	208		1.6	3.4
Andel på venteliste	208		4.1	2.7

Tverrsnittsanalyser 2023

For alle resultat-tabellene vises robuste standard feil i parentes, og *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Referansegrupper i tabellene 7-2 til7-4:

Modell (1) er kommuner med andel av befolkningen i tettbygde strøk <25 %,
Modell (2) er kommuner med innbyggertall <2,000
Modell (2) er kommuner med frie inntekter <70,000
Modell (8) er kommuner med andel av befolkningen i tettbygde strøk <25 % & innbyggertall <2,000 & frie inntekter <70,000

Resultater for sentralitetsgrupper, fylke, politikkvariabler er vist i vedleggstabellene 7-5 til 7-10.

MK=merkostnader
FL=fastlege

Vedleggstabell 7-2 A Sannsynlighet for å ha merkostnader. 2023. Bivariat og multivariat logistisk regresjon. Kommunaløkonimiske variabler.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Innbyggertall 2,000-4,999		1.488**						1.778
		(0.691)						(1.121)
Innbyggertall 5,000-9,999		1.310**						2.601*
		(0.653)						(1.379)
Innbyggertall 10,000-19,999		1.821**						4.717***
		(0.859)						(1.570)
Innbyggertall 20,000-49,000		0.871						3.899***
		(0.662)						(1.474)
Innbyggertall >=50,000		1.598						5.173**
		(1.136)						(2.074)
Tettbygd 25-49,99 %	0.347							-0.428
	(0.896)							(1.243)
Tettbygd 50-74,99 %	0.208							-0.849
	(0.849)							(1.355)
Tettbygd >=75 %	-0.0987							-1.666
	(0.843)							(1.434)
Frie inntekter 70,000-79,999			0.955					0.736
			(0.609)					(0.891)
Frie inntekter >=80,000			-0.563					-0.348
			(0.496)					(1.359)
Andel kvinner				-0.276				-0.687**
				(0.280)				(0.326)
Andel 0-19 år					-0.101			-0.0334
					(0.0813)			(0.148)
Andel >= 65 år						0.0507		0.208
						(0.0660)		(0.145)
Dødelighet							0.125	0.194
							(1.089)	(1.022)
Konstant	1.872**	0.887**	1.893***	15.58	4.271**	0.895	1.869*	30.15**
	(0.761)	(0.450)	(0.324)	(13.83)	(1.871)	(1.419)	(1.094)	(14.64)
Antall observasjoner	200	200	200	200	200	200	200	200

Vedleggstabell 7-3 B Merkostnader per innbygger. 2023. Kommuner som har merkostnader (MK>0). Bivariat og multivariat regresjon. Kom.øk. var

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Innbyggertall 2,000-4,999		-288.1						-103.9
		(216.0)						(260.3)
Innbyggertall 5,000-9,999		-493.8**						-168.2
		(201.2)						(286.8)
Innbyggertall 10,000-19,999		-729.6***						-270.2
		(203.5)						(309.6)
Innbyggertall 20,000-49,000		-899.0***						-392.4
		(192.6)						(304.5)
Innbyggertall >=50,000		-994.6***						-394.0
		(191.3)						(338.2)
Tettbygd 25-49,99 %	-194.5							60.24
	(204.5)							(279.7)
Tettbygd 50-74,99 %	-403.2**							211.3
	(191.1)							(280.6)
Tettbygd >=75 %	-649.3***							285.5
	(189.6)							(287.6)
Frie inntekter 70,000-79,999			418.2***					196.5*
			(74.82)					(110.4)
Frie inntekter >=80,000			722.0***					223.8
			(129.7)					(270.8)
Andel kvinner				-186.0***				-90.16
				(51.73)				(62.64)
Andel 0-19 år					-74.48***			9.696
					(17.25)			(36.22)
Andel >= 65 år						67.74***		53.99**
						(8.517)		(23.64)
Dødelighet							727.2***	-37.82
							(152.3)	(333.9)
Konstant	952.6***	1,141***	287.8***	9,693***	2,207***	-924.5***	-161.9	3,569
	(181.3)	(188.0)	(37.87)	(2,555)	(390.7)	(180.1)	(148.6)	(2,750)
Antall observasjoner	122	122	122	122	122	122	122	122
R^2	0.184	0.337	0.313	0.102	0.167	0.295	0.179	0.435

Vedleggstabell 7-4 C Merkostnader per innbygger. 2023. Alle kommuner. Bivariat og multivariat regresjon. Kommunaløkonimiske variabler.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Innbyggertall 2,000-4,999		251.3						276.8
		(212.8)						(242.5)
Innbyggertall 5,000-9,999		91.06						339.3
		(196.7)						(285.8)
Innbyggertall 10,000-19,999		-95.49						367.4
		(198.0)						(305.1)
Innbyggertall 20,000-49,000		-273.6						261.2
		(187.3)						(301.9)
Innbyggertall >=50,000		-342.1*						271.3
		(186.5)						(321.6)
Tettbygd 25-49,99 %	-67.86							-33.26
	(221.1)							(255.2)
Tettbygd 50-74,99 %	-246.5							0.350
	(208.9)							(277.5)
Tettbygd >=75 %	-465.7**							58.41
	(206.4)							(300.4)
Frie inntekter 70,000-79,999			411.1***					196.6*
			(73.33)					(100.7)
Frie inntekter >=80,000			354.1***					28.91
			(134.0)					(256.5)
Andel kvinner				-167.7***				-157.9**
				(50.90)				(62.06)
Andel 0-19 år					-67.11***			4.661
					(16.35)			(31.11)
Andel >= 65 år						51.02***		59.28**
						(8.995)		(23.65)
Dødelighet							404.6**	-13.93
							(195.4)	(206.9)
Konstant	714.5***	475.6**	242.6***	8,712***	1,959***	-649.3***	58.01	6,486**
	(200.7)	(183.3)	(34.28)	(2,518)	(376.5)	(180.6)	(180.4)	(3,099)
Antall observasjoner	146	146	146	146	146	146	146	146
R^2	0.125	0.182	0.183	0.084	0.135	0.187	0.078	0.337

Vedleggstabell 7-5 Sentralitet (Referanse: Nivå 6 Mest usentrale). 2023.

Variabeler	(1) A Sannsynlighet for MK	(2) B MK>0	(3) C MK alle
Nivå 1-3 Mest sentrale	0.0153	-777.1***	-506.8***
	(0.552)	(98.97)	(118.6)
Nivå 4	0.977	-447.3***	-183.6
	(0.729)	(118.5)	(134.7)
Nivå 5	0.704	-196.0	13.77
	(0.626)	(127.4)	(143.3)
Konstant	1.638***	959.1***	653.9***
	(0.414)	(96.35)	(116.7)
Antall observasjoner	200	122	146
R^2		0.363	0.228

Vedleggstabell 7-6 Fylke (Referanse: Troms og Finnmark). 2023.

Variabeler	(1) A Sannsynlighet for MK	(2) B MK>0	(3) C MK alle
Viken	-0.393	-748.0***	-585.8**
	(0.881)	(217.9)	(233.3)
Innlandet	0.780	-457.0**	-279.0
	(1.067)	(227.0)	(247.5)
Vestfold og Telemark	0.934	-805.8***	-589.4**
	(1.293)	(207.2)	(230.6)
Agder	0.860	-658.1***	-452.4*
	(1.295)	(218.4)	(240.6)
Rogaland	-0.238	-895.7***	-713.4***
	(1.003)	(202.2)	(224.5)
Vestland	0.375	-463.8**	-324.8
	(0.985)	(228.2)	(247.5)
Møre og Romsdal	1.068	-419.0*	-221.6
	(1.289)	(230.8)	(252.5)
Trøndelag	0.492	-722.2***	-530.9**
	(1.073)	(202.4)	(227.6)
Nordland	0.375	-438.2*	-313.6
	(1.077)	(237.7)	(258.7)
Konstant	1.705**	1,111***	863.8***
	(0.771)	(191.8)	(217.6)
Antall observasjoner	199	122	146
R^2		0.213	0.158

Vedleggstabell 7-7 A Sannsynlighet for å ha merkostnader. 2023. Bivariat og multivariat logistisk regresjon. FLO-variable.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Andel fastlønnede FL	-0.00640							-0.0226**
	(0.00592)							(0.00895)
Gjennomsnitts-alder FL		-0.0551						-0.0646
		(0.0402)						(0.0473)
Andel kvinnelige FL			-0.00661					-0.0147
			(0.0118)					(0.0151)
Gjennomsnittlig listelengde				-0.00124				-0.00424***
				(0.00120)				(0.00159)
Andel liste-innbyggere uten FL					0.00961			0.0115
					(0.0196)			(0.0191)
Andel netto endring avtaler						0.0507		0.0757
						(0.0577)		(0.0643)
Andel på venteliste							0.131	0.145*
							(0.0821)	(0.0878)
Konstant	2.256***	4.559**	2.324***	3.061***	1.926***	1.923***	1.497***	9.602***
	(0.345)	(1.904)	(0.648)	(1.097)	(0.245)	(0.230)	(0.360)	(3.164)
Antall observasjoner	200	200	200	200	199	200	200	199

Vedleggstabell 7-8 B Merkostnader per innbygger. 2023. Kommuner som har merkostnader (MK>0). Bivariat og multivariat regresjon. FLO-var.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Andel fastlønnede FL	6.163***							2.690
	(1.254)							(1.669)
Gjennomsnitts-alder FL		4.951						0.419
		(10.15)						(9.590)
Andel kvinnelige FL			0.950					-3.835
			(2.707)					(2.920)
Gjennomsnittlig-listelengde				-1.185***				-0.949***
				(0.191)				(0.239)
Andel liste-innbyggere uten FL					10.58***			3.159
					(3.768)			(4.406)
Andel netto endring avtaler						15.77		3.612
						(15.95)		(13.26)
Andel på venteliste							-24.32	-5.940
							(18.09)	(17.06)
Konstant	355.3***	308.2	491.0***	1,575***	481.4***	510.4***	649.9***	1,458***
	(50.92)	(464.4)	(141.2)	(176.0)	(46.03)	(46.34)	(93.52)	(542.7)
Antall observa-sjoner	122	122	122	122	121	122	122	121
R^2	0.203	0.002	0.001	0.278	0.057	0.009	0.019	0.328

Vedleggstabell 7-9 C Merkostnader per innbygger. 2023. Alle kommuner. Bivariat og multivariat regresjon. FLO-variabler.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Andel fastlønnede FL	3.559***							0.141
	(1.293)							(1.684)
Gjennomsnitts-alder FL		-0.945						3.096
		(9.177)						(8.824)
Andel kvinnelige FL			-0.155					-3.786
			(2.242)					(2.599)
Gjennomsnittlig-listelengde				-0.880***				-0.963***
				(0.185)				(0.236)
Andel liste-innbyggere uten FL					8.085*			3.241
					(4.320)			(4.149)
Andel netto endring avtaler						19.35		10.44
						(15.10)		(13.40)
Andel på venteliste							-6.295	12.32
							(16.75)	(16.49)
Konstant	333.8***	491.7	455.5***	1,223***	405.9***	418.0***	476.1***	1,242**
	(47.03)	(421.7)	(117.5)	(179.6)	(42.68)	(42.34)	(87.00)	(504.7)
Antall observasjoner	146	146	146	146	145	146	146	145
R^2	0.075	0.000	0.000	0.175	0.035	0.012	0.001	0.212

Kombinert modell: kommunaløkonomiske variabler og FLO-variabler

MK= merkosntader

FL=fastlege

Vedleggstabell 7-10 Kombinert modell (referansegruppe: innbyggertall <2,000). 2023

	(1) A Sannsynlighet for MK	(2) B MK>0	(3) C MK alle
Innbyggertall 2,000-4,999	2.941***	7.620	501.6**
	(0.981)	(270.7)	(230.6)
Innbyggertall 5,000-9,999	3.551***	7.332	594.9***
	(1.051)	(282.6)	(223.6)
Innbyggertall 10,000-19,999	5.125***	-49.55	627.6**
	(1.100)	(310.3)	(245.6)
Innbyggertall 20,000-49,000	4.329***	-178.0	521.1**
	(1.107)	(311.1)	(242.0)
Innbyggertall >=50,000	5.978***	-157.5	566.6**
	(1.838)	(334.1)	(253.9)
Andel kvinner i befolkningen	-0.491	-68.10	-122.1**
	(0.350)	(59.53)	(60.99)
Andel >=65 år i befolkningen	0.209**	41.45***	49.89***
	(0.0859)	(13.47)	(12.63)
Andel fastlønnede FL	-0.0140	2.638*	0.999
	(0.00989)	(1.368)	(1.658)
Gjennomsnittlig-listelengde	-0.00508***	-0.253	-0.449*
	(0.00160)	(0.273)	(0.259)
Konstant	23.42	3,195	5,234*
	(16.23)	(2,712)	(2,774)
Antall observasjoner	200	122	146
R^2		0.448	0.344

Panelanalyser

For alle resultat-tabellene vises robuste standard feil i parentes, og *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Vedleggstabellene 7-15 til 7-17 viser tidsutvikling for alle og henholdsvis sentralitet og kommunestørrelse.

Sentralitetskodene endret seg fra 2020 og vi har derfor kun inkludert årene fom 2020 i sentralitetsanalysene.

Analyser av kommunaløkonomiske og FLO-variabler undersøker tidsutvikling innen kommuner (resultater av panelanalyser med faste effekter)

MK=Merkostnader
FL=fastlege

Vedleggstabell 7-11 Utvikling over tid. 2018-2023 (referanse: 2018).

	(1) A Sannsynlighet for MK	(3) B MK>0	(4) C MK alle
2019	0.726***	2.972	18.39
	(0.275)	(53.30)	(34.16)
2020	0.781***	35.53	25.23
	(0.265)	(52.04)	(32.64)
2021	1.259***	82.97	77.84**
	(0.273)	(51.88)	(32.87)
2023	2.776***	182.0***	261.6***
	(0.353)	(47.41)	(32.64)
Konstant	0.348*	388.1***	191.7***
	(0.206)	(44.62)	(26.81)
Antall observasjoner	1,073	425	769
Antall kommunenummer	343	212	300

Vedleggstabell 7-12 Utvikling over tid etter sentralitet. 2018-2023 (referanse: 2018, Nivå 1-3 Mest sentral).

	(1) A Sannsynlighet for MK	(3) B MK>0	(4) B MK alle
2021	0.482	109.2	41.47
	(0.583)	(95.05)	(58.56)
2023	3.302***	103.2	94.87
	(0.795)	(86.31)	(58.75)
Nivå 4	2.103**	185.8*	139.7*
	(0.863)	(104.8)	(80.87)
Nivå 5	2.014**	566.9***	293.6***
	(0.834)	(116.9)	(85.96)
Nivå 6 Minst sentrale	1.083	792.5***	299.6***
	(0.813)	(145.1)	(89.16)
2021 × Nivå4	0.422	34.56	80.12
	(0.971)	(123.8)	(88.31)
2021 × Nivå5	0.454	-136.7	20.39
	(0.915)	(138.8)	(96.27)
2021 × Nivå 6 Minst sentrale	0.211	-282.2	-62.02
	(0.894)	(183.5)	(102.3)
2023 × Nivå4	-0.717	140.2	178.2**
	(1.233)	(114.6)	(87.68)
2023 × Nivå5	-0.865	34.91	258.9***
	(1.097)	(128.4)	(94.09)
2023 × Nivå 6 Minst sentrale	-1.260	35.83	222.2**
	(1.099)	(167.0)	(107.6)
Konstant	0.136	74.07	45.84
	(0.556)	(79.36)	(54.41)
Antall observasjoner	623	277	434
Antall kommunenummer	309	179	245

Vedleggstabell 7-13 Utvikling over tid etter kommunestørrelse. 2018-2023 (referanse: 2018, Innbyggertall <3,000).

	(1) A Sannsynlighet for MK	(3) B MK>0	(4) B MK alle
2019	0.402	-54.76	-24.98
	(0.513)	(131.9)	(74.78)
2020	-0.321	169.3	13.92
	(0.500)	(125.6)	(69.24)
2021	0.284	428.3***	102.2
	(0.487)	(147.3)	(72.06)
2023	1.661***	350.9***	408.2***
	(0.614)	(120.5)	(80.50)
3,000-9,999	0.155	-215.0**	-9.450
	(0.479)	(104.3)	(64.00)
>=10,000	-0.968**	-553.9***	-177.2***
	(0.493)	(112.1)	(63.31)
2019 × 3,000-9,999	0.438	133.2	113.2
	(0.678)	(150.6)	(91.76)
2019 × >=10,000	0.476	35.73	14.02
	(0.698)	(158.0)	(91.31)
2020 × 3,000-9,999	1.482**	-136.3	36.46
	(0.679)	(147.5)	(88.97)
2020 × >=10,000	1.722**	-108.7	27.18
	(0.672)	(148.9)	(84.09)
2021 × 3,000-9,999	1.161*	-415.1**	-52.12
	(0.686)	(164.7)	(90.80)
2021 × >=10,000	1.747***	-258.1	16.44
	(0.662)	(167.5)	(86.72)
2023 × 3,000-9,999	0.740	-111.0	-77.89
	(0.823)	(138.0)	(96.40)
2023 × >=10,000	2.442***	-154.0	-209.1**
	(0.855)	(143.0)	(93.72)
Konstant	0.617*	659.2***	247.7***
	(0.362)	(87.41)	(50.09)
Antall observasjoner	1,073	425	769
Antall kommunenummer	343	212	300

Vedleggstabell 7-14 A Sannsynlighet for å ha merkostnader. 2018-2023. Bivariat og multivariat logistisk regresjon. Kommunaløkonimiske variabler.

(referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	0.498	0.622**	0.327	0.503	0.743**	0.942***	0.503*	0.578
	(0.306)	(0.314)	(0.315)	(0.306)	(0.332)	(0.346)	(0.306)	(0.381)
2020	0.564*	0.759**	0.0994	0.561*	1.024***	1.444***	0.562*	0.545
	(0.305)	(0.318)	(0.364)	(0.306)	(0.395)	(0.440)	(0.306)	(0.552)
2021	1.055***	1.278***	0.202	1.042***	1.773***	2.347***	1.041***	0.794
	(0.310)	(0.331)	(0.476)	(0.312)	(0.503)	(0.558)	(0.312)	(0.791)
2023	2.218***	2.347***	2.071***	2.270***	3.233***	4.233***	2.286***	2.990***
	(0.393)	(0.414)	(0.394)	(0.391)	(0.659)	(0.806)	(0.396)	(1.022)
Andel tettbygd	0.0682							0.00801
	(0.0565)							(0.0590)
Innbyggertall (ln)		24.83***						24.57***
		(7.182)						(9.355)
Frie inntekter			0.000135**					0.000164**
			(6.10e-05)					(6.38e-05)
Andel kvinner				0.115				-0.105
				(0.418)				(0.455)
Andel 0-19 år					0.574*			-0.0315
					(0.299)			(0.372)
Andel >=65 år						-0.858***		-0.395
						(0.294)		(0.401)
Dødelighet							-0.156	0.167
							(0.624)	(0.697)
Observasjoner	418	418	418	418	418	418	418	418
Antall kommune-nummer	114	114	114	114	114	114	114	114

Vedleggstabell 7-15 B Merkostnader per innbygger. 2018-2023. Kommuner som har merkostnader (MK>0). Bivariat og multivariat regresjon. Kom.øk. var. (referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	40.39	29.35	35.08	41.93	46.20	72.16	35.89	109.4
	(60.13)	(60.94)	(63.58)	(60.63)	(67.12)	(68.00)	(60.65)	(75.24)
2020	85.77	71.76	79.22	87.07	102.8	156.1*	76.29	219.6**
	(60.19)	(61.05)	(70.06)	(60.79)	(85.59)	(88.41)	(60.56)	(108.7)
2021	140.4**	118.8*	126.4	137.8**	160.2	239.6**	117.7*	341.0**
	(61.94)	(61.96)	(90.05)	(62.62)	(108.3)	(113.9)	(62.13)	(154.4)
2023	303.8***	272.1***	268.2***	262.2***	315.9**	439.8***	260.3***	588.5***
	(61.16)	(59.15)	(65.14)	(58.38)	(129.6)	(153.0)	(59.24)	(190.2)
Andel tettbygd	-31.97*							-30.88*
	(16.56)							(17.04)
Innbyggertall (ln)		-1,005						-1,746
		(1,523)						(1,737)
Frie inntekter			-0.000746					-0.000738
			(0.0115)					(0.0116)
Andel kvinner				142.0				132.8
				(105.2)				(105.9)
Andel 0-19 år					33.28			3.347
					(77.67)			(85.16)
Andel >=65 år						-80.84		-132.8*
						(65.95)		(79.69)
Dødelighet							95.27	186.0
							(146.2)	(150.6)
Konstant	2,242**	9,383	403.1	-6,632	-428.1	1,976	260.5*	13,814
	(980.7)	(13,688)	(812.7)	(5,172)	(1,818)	(1,327)	(144.7)	(17,546)
Observasjoner	369	369	369	369	369	369	369	369
R^2	0.141	0.126	0.124	0.133	0.125	0.131	0.126	0.168
Antall kommune-nummer	178	178	178	178	178	178	178	178

Vedleggstabell 7-16 C Merkostnader per innbygger. 218-2023.Alle kommuner. Bivariat og multivariat regresjon. Kommunaløkonimiske variabler. (referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	11.96	7.315	14.42	14.68	8.122	36.72	9.225	85.93*
	(39.92)	(39.92)	(41.74)	(39.83)	(42.58)	(43.01)	(40.02)	(46.90)
2020	22.77	18.46	30.65	30.16	15.89	75.56	17.18	184.1***
	(39.51)	(39.44)	(48.50)	(39.62)	(50.46)	(51.71)	(39.56)	(69.17)
2021	81.78**	76.47*	96.41	90.47**	70.13	158.4**	71.13*	329.5***
	(40.40)	(40.18)	(65.27)	(40.63)	(60.73)	(63.75)	(40.33)	(98.90)
2023	292.0***	284.1***	276.4***	264.3***	263.4***	395.1***	263.0***	628.9***
	(42.96)	(41.90)	(45.46)	(40.62)	(73.72)	(84.57)	(41.26)	(120.8)
Andel tettbygd	-21.81*							-20.21*
	(12.11)							(12.22)
Innbyggertall (ln)		-1,256*						-2,613***
		(738.2)						(928.2)
Frie inntekter			-0.00396					-0.00506
			(0.00875)					(0.00860)
Andel kvinner				148.6**				137.9**
				(61.77)				(62.67)
Andel 0-19 år					-2.764			-42.45
					(41.86)			(46.42)
Andel >=65 år						-62.84*		-182.0***
						(36.49)		(48.17)
Dødelighet							66.85	180.9**
							(85.74)	(90.40)
Konstant	1,489**	11,320*	479.1	-7,119**	256.6	1,447**	128.7	22,607**
	(721.0)	(6,542)	(635.9)	(3,039)	(990.4)	(729.7)	(84.42)	(9,446)
Observasjoner	660	660	660	660	660	660	660	660
R^2	0.130	0.129	0.123	0.136	0.123	0.130	0.124	0.178
Antall kommune-nummer	258	258	258	258	258	258	258	258

Vedleggstabell 7-17 A Sannsynlighet for å ha merkostnader. 2018-2023. Bivariat og multivariat logistisk regresjon. FLO-variabler.

(referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	0.511*	0.501	0.405	0.499	0.483	0.475	0.407	0.326
	(0.310)	(0.308)	(0.310)	(0.313)	(0.306)	(0.307)	(0.311)	(0.327)
2020	0.566*	0.590*	0.439	0.551*	0.521*	0.550*	0.416	0.417
	(0.316)	(0.311)	(0.310)	(0.328)	(0.307)	(0.309)	(0.318)	(0.348)
2021	1.059***	1.071***	0.964***	1.056***	1.021***	1.064***	0.822**	0.915**
	(0.317)	(0.313)	(0.314)	(0.345)	(0.311)	(0.315)	(0.344)	(0.392)
2023	2.370***	2.427***	2.133***	2.328***	2.277***	2.320***	1.785***	1.988***
	(0.434)	(0.412)	(0.399)	(0.477)	(0.407)	(0.400)	(0.532)	(0.640)
Andel fastlønnede FL	-0.00766							-0.00210
	(0.0117)							(0.0129)
Gjennom-snittsalder FL		0.0890**						0.0959**
		(0.0423)						(0.0474)
Andel kvinnelige FL			0.0304**					0.0326**
			(0.0146)					(0.0150)
Gjennom-snittlig listelengde				0.000681				-0.000278
				(0.00244)				(0.00267)
Andel liste-innbyggere uten FL					-0.00327			-0.0236
					(0.0149)			(0.0179)
Andel netto endring avtaler						-0.0313		-0.0278
						(0.0349)		(0.0366)
Andel på venteliste							0.163	0.181
							(0.134)	(0.141)
Observasjoner	416	416	416	416	416	416	416	416
Antall kommune-nummer	113	113	113	113	113	113	113	113

Vedleggstabell 7-18 B Merkostnader per innbygger. 2018-2023. Kommuner som har merkostnader (MK>0). Bivariat og multivariat regresjon. FLO- variabler (referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	21.00	33.22	26.61	11.75	25.51	26.23	31.98	1.175
	(58.60)	(60.61)	(60.41)	(61.46)	(60.82)	(60.86)	(61.29)	(60.92)
2020	68.60	75.93	68.43	42.77	63.26	63.53	73.32	39.75
	(58.53)	(60.62)	(60.46)	(63.24)	(61.50)	(61.71)	(63.11)	(64.53)
2021	92.13	121.0*	107.4*	76.61	106.7*	102.6	117.4*	54.75
	(60.19)	(61.84)	(62.13)	(66.66)	(62.96)	(64.26)	(66.01)	(69.50)
2023	182.2***	264.4***	246.9***	184.1**	242.3***	244.8***	253.9***	140.4
	(60.87)	(58.71)	(59.49)	(74.86)	(61.82)	(61.76)	(84.01)	(90.52)
Andel fastlønnede FL	5.996***							5.462***
	(1.612)							(1.712)
Gjennom-snittsalder FL		-4.442						-0.304
		(9.741)						(10.07)
Andel kvinnelige FL			4.182					3.369
			(2.662)					(2.682)
Gjennom-snittlig listelengde				-0.736*				-0.323
				(0.422)				(0.446)
Andel liste-innbyggere uten FL					4.502			4.302
					(3.816)			(3.820)
Andel netto endring avtaler						11.16		3.201
						(10.41)		(10.62)
Andel på venteliste							4.097	-10.48
							(19.88)	(20.66)
Konstant	229.7***	557.2	171.0	1,051**	344.2***	354.3***	345.1***	426.8
	(52.69)	(454.5)	(122.2)	(404.2)	(43.14)	(42.91)	(51.21)	(643.4)
Observasjoner	368	368	368	368	368	368	368	368
R^2	0.185	0.125	0.136	0.138	0.131	0.130	0.124	0.202
Antall kommune-nummer	177	177	177	177	177	177	177	177

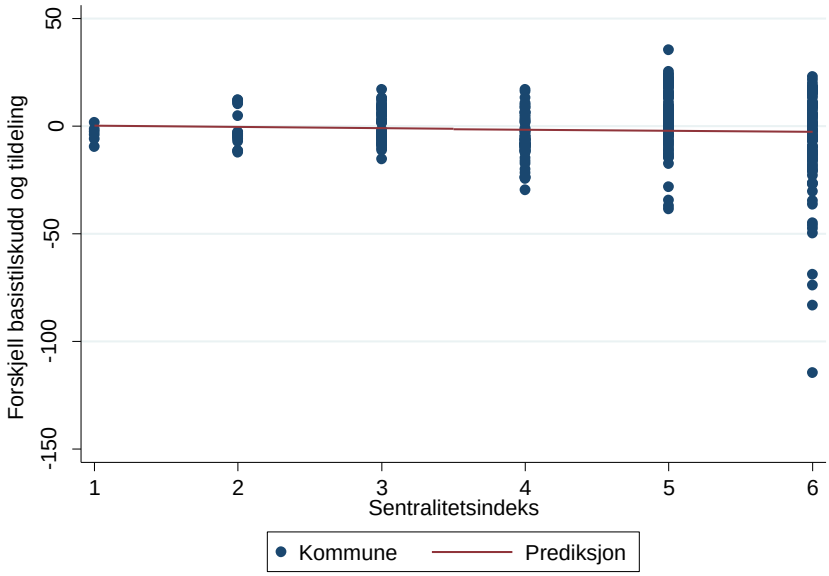
Vedleggstabell 7-19 C Merkostnader per innbygger. 218-2023.Alle kommuner. Bivariat og multivariat regresjon. FLO-variabler. (referanse: 2018)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
2019	0.0397	8.289	4.619	-4.073	2.075	7.079	13.23	-5.400
	(39.82)	(40.22)	(40.27)	(40.78)	(40.20)	(40.11)	(40.82)	(41.42)
2020	4.916	14.81	9.840	-6.342	6.274	10.14	24.17	-5.180
	(39.57)	(40.06)	(40.31)	(42.22)	(40.16)	(40.44)	(41.69)	(43.95)
2021	55.90	71.95*	65.77	44.13	60.77	64.92	86.44*	48.49
	(40.35)	(40.44)	(40.79)	(44.27)	(40.95)	(41.51)	(45.29)	(48.31)
2023	220.5***	264.8***	256.5***	222.0***	247.0***	258.9***	298.0***	227.7***
	(43.67)	(41.23)	(41.99)	(50.36)	(42.90)	(42.21)	(60.77)	(65.82)
Andel fastlønnede FL	3.549***							3.232**
	(1.259)							(1.335)
Gjennom-snitts-alder FL		-2.178						3.312
		(5.867)						(6.269)
Andel kvinnelige FL			1.804					1.385
			(1.681)					(1.762)
Gjennom-snittlig listelengde				-0.439				-0.269
				(0.292)				(0.309)
Andel liste-innbyggere uten FL					3.797			3.103
					(2.596)			(2.692)
Andel netto endring avtaler						4.084		1.710
						(5.797)		(5.932)
Andel på venteliste							-10.08	-17.17
							(14.24)	(14.60)
Konstant	105.9***	295.4	116.6	611.3**	186.4***	193.1***	204.0***	172.2
	(40.58)	(275.7)	(76.44)	(279.9)	(26.92)	(26.60)	(30.86)	(440.6)
Observasjoner	657	655	655	657	657	657	657	655
R^2	0.140	0.123	0.126	0.128	0.128	0.124	0.124	0.150
Antall kommune-nummer	256	255	255	256	256	256	256	255

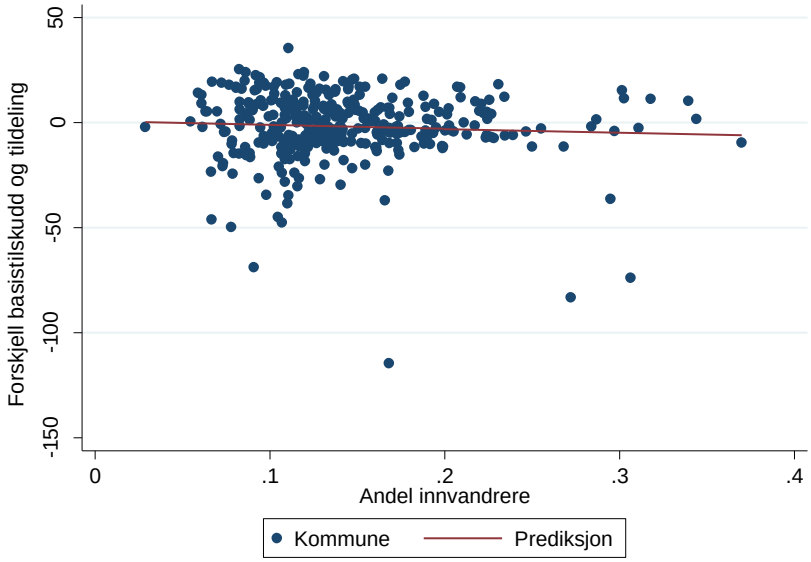
Vedleggstabell 7-20 Kombinert modell. 2018- 2023. (referanse: 2018)

	(1) A Sannsynlighet MK	(2) B MK > 0	(3) C MK alle
2019	0.563	73.03	81.41*
	(0.376)	(70.34)	(45.72)
2020	0.663	176.7*	188.3***
	(0.541)	(97.47)	(65.21)
2021	1.066	257.0*	334.8***
	(0.768)	(138.1)	(93.21)
2023	3.319***	424.1**	616.1***
	(0.992)	(176.1)	(112.0)
Innbyggertall (ln)	20.96**	-2,680	-2,988***
	(8.911)	(1,683)	(893.7)
Frie inntekter	0.000158**	-0.000120	-0.00315
	(6.48e-05)	(0.0112)	(0.00871)
Andel kvinner	-0.0696	173.8*	133.4**
	(0.471)	(103.0)	(61.94)
Andel >=65 år	-0.596	-121.6*	-183.4***
	(0.402)	(73.01)	(46.70)
Dødelighet	0.553	167.8	146.8
	(0.736)	(144.5)	(90.29)
Andel fastlønnede FL	0.00707	5.885***	3.862***
	(0.0145)	(1.633)	(1.297)
Gjennomsnittsalder FL	0.0748	0.446	4.104
	(0.0503)	(9.657)	(6.112)
Andel kvinnelige FL	0.0317*	4.456*	1.793
	(0.0162)	(2.654)	(1.711)
Konstant		17,872	23,536**
		(17,134)	(9,405)
Observasjoner	416	368	655
R^2		0.226	0.192
Antall kommunenummer	113	177	255

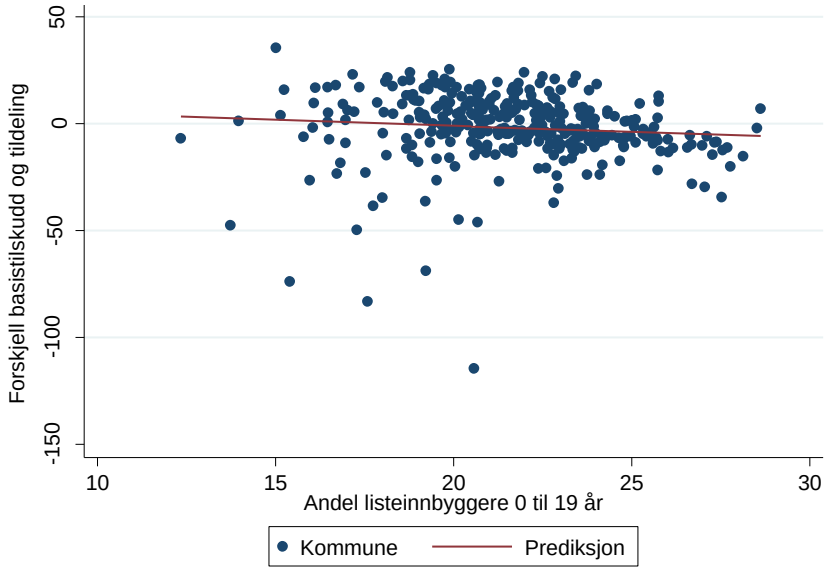
Vedlegg kapittel 8



Figur vedlegg 8-1: Sammenheng mellom sentralitet og forskjellen mellom endret basistilskudd og endring i tildeling fra inntektssystemet



Figur vedlegg 8-2: Sammenheng mellom andel innvandrere og forskjellen mellom endret basistilskudd og endring i tildeling fra inntektssystemet



Figur vedlegg 8-3: Sammenheng mellom andel listeinnbyggere 0 til 19 år og forskjellen mellom endret basistilskudd og endring i tildeling fra inntektssystemet

Tabell vedlegg 8-1: Regresjonsanalyse - sammenhengen mellom kjennetegn ved kommuner og fastleger og forskjellen mellom endring i basistilskudd og endret tildeling i inntektssystemet

	Forskjell mellom endring i basistilskudd og endret tildeling for delkostnadsnøkkel helse i inntektssystemet				
Innbyggertall	-4.18e-08	-9.01e-06	1.44e-05	4.62e-05**	4.55e-05**
	(6.41e-06)	(9.41e-06)	(8.98e-06)	(2.07e-05)	(2.05e-05)
Sentralitetskode	-0.565	0.628	0.825	2.441**	5.121***
	(0.711)	(0.855)	(0.850)	(0.942)	(1.102)
Andel listeinnbyggere 0 til 19 år		-1.152*	-0.401	0.419	0.139
		(0.589)	(0.529)	(0.617)	(0.577)
Andel listeinnbyggere over 67 år		0.586	0.651	0.475	-0.0677
		(0.635)	(0.591)	(0.592)	(0.553)
Andel listeinnbyggere over 80 år		-2.132	-2.441*	-2.203	-0.185
		(1.596)	(1.394)	(1.422)	(1.357)
Andel kvinnelige listeinnbyggere		4.492***	4.566***	4.076***	3.292***
		(1.238)	(1.012)	(0.928)	(0.789)
Andel med lav utdanning			113.0***	97.87***	89.61***
			(30.98)	(32.07)	(27.73)
Andel lavinntekts-husholdninger			-1.958*	-1.967*	-1.555*
			(1.047)	(1.121)	(0.925)
Andel innvandrere			1.994	-6.507	-1.004
			(28.88)	(33.20)	(28.63)
Viken				18.20*	18.64
				(11.00)	(11.36)
Innlandet				20.95*	18.58
				(10.83)	(11.36)
Vestfold og Telemark				11.91	10.85
				(10.68)	(11.07)
Agder				6.011	6.759
				(10.45)	(10.94)
Rogaland				6.529	4.430
				(10.42)	(10.87)
Vestland				9.667	9.433
				(10.02)	(10.51)
Møre og Romsdal				16.89	11.65
				(10.59)	(11.12)

	Forskjell mellom endring i basistilskudd og endret tildeling for delkostnadsnøkkel helse i inntektssystemet				
Trøndelag				10.00	5.919
				(10.50)	(11.07)
Nordland				14.76	17.08
				(10.98)	(11.30)
Troms og Finnmark				14.89	18.50*
				(10.80)	(11.13)
Andel lister under 500 innbyggere					-0.221***
					(0.0561)
Andel lister over 800 innbyggere					0.102***
					(0.0317)
Konstantledd	0.858	-197.9***	-233.9***	-242.5***	-212.6***
	(2.845)	(67.43)	(58.90)	(55.41)	(46.85)
Antall kommuner	347	346	346	346	346
R-kvadrert	0.002	0.163	0.242	0.298	0.420

NTNU Samfunnsforskning AS

NTNU Samfunnsforskning AS er et uavhengig forsknings-institutt med tilhørende nasjonalt kompetansesenter. Vi utvikler og formidler kunnskap innenfor et bredt spekter av samfunnsfaglige og samfunnsrelaterte problemstillinger.

NTNU Samfunnsforskning AS eies i sin helhet av NTNU, og har et nært faglig samarbeid med flere miljøer ved universitetet. Gjennom faglig samarbeid søker vi berikelse både for NTNU og NTNU Samfunnsforskning AS.

Instituttet er godkjent forskningsorganisasjon og mottar årlig grunnbevilgning fra Norges forskningsråd. Denne benyttes til strategisk utvikling av forskningsaktivitet og kompetansebygging.

Instituttet tilbyr beslutningsorientert og anvendt forskning og kunnskap til oppdragsgivere i offentlig og privat sektor, nasjonalt og internasjonalt.

Senter for økonomisk forskning / desember 2024

ISBN-nummer: 978-82-7570-777-0 (web)
ISSN-nummer: 1892-7661 (web)