

## Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse



Laget for

**KS**

Juli 2022

# Innhold

Forord .....	3
Sammendrag .....	4
Executive summary .....	6
1. Innledning og bakgrunn .....	8
1.1 Hovedmodellen og alternative driftsformer.....	8
1.2 Finansiering av fastlegeordningen.....	10
2. Om utredningen og analysene .....	11
3. Metode.....	12
3.1 Survey.....	13
3.2 Statistikkinnhenting.....	14
3.3 Frafallsvurdering.....	15
4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen .....	16
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger.....	16
4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger .....	22
4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger.....	25
5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen .....	30
6. Drøfting og konklusjon .....	32
Referanseliste.....	34
Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen.....	35
Vedlegg 2. Beregninger av merkostnader for kommunene.....	36
Vedlegg 3. Spørreskjema .....	38

## Forord

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) kartlagt omfanget av kommunenes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Videre har vi undersøkt innretning av, formål med og kommunenes merkostnader knyttet til slik subsidiering. Årets gjennomføring er den femte i rekken av undersøkelser som er gjennomført årlig i perioden 2018 til 2022. Formålet har vært å få oppdaterte tall og vurdere om det har vært endring over tid.

FoU-prosjektet er utført av Linn Sørensen Holst (Ipsos), Britt Kristine Ludvigsen (Ipsos), Eirik Øye (Ipsos), Vegard Salte Flatval (SØA) og Amund Kordt (SØA). Kontaktperson hos KS har vært Hege Lorentzen.

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

Oslo, Juli 2022

Ipsos og SØA

## Sammendrag

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

Bakgrunn for disse kartleggingene er et behov for bedre kunnskapsgrunnlag om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen på tvers av kommuner og over tid. De foregående kartleggingene har pekt i retning av at egenfinansiering av fastlegeordningen blir mer utbredt i kommune-Norge.

Årets kartlegging er, i likhet med de fire foregående, gjennomført via surveyundersøkelse og innhenting av statistikk for å besvare prosjektets problemstillinger. Målgruppen i surveyen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Gjennom surveyen har vi i år samlet inn 237 svar, noe som innebærer svar fra 66 % av kommunene. Ved alle gjennomføringene har vi hatt høy respons, med deltakelse fra 57 % – 66 % av kommunene.

**I år har vi sett at 81 % av landets 356 kommuner (287 kommuner) subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen).** Det er kun et mindretall på 16 % av kommunene som *ikke* subsidierer. I fjor estimerte vi at 267 kommuner subsidierte fastlegeordningen. I år estimerer vi dette til 287 kommuner. Endringen fra i fjor (75 %) til i år (81 %) er innenfor feilmarginene, og er dermed ikke statistisk signifikant. I kartleggingen i 2020 oppga 81 % av kommunene at de subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 288 kommuner. En større andel av mellomstore og mellomstore kommuner målt i folkemengde subsidierer fastlegeordningen, sammenlignet med gjennomsnittet. I perioden 2018-2020 så vi en betydelig økning i andelen av de mest folkerike og mest sentrale kommunene som oppga at de subsidierte fastlegeordningen. Denne trenden virket å ha stoppet opp i fjor, men i årets undersøkelse har økningen fortsatt. Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen, svarer majoriteten at bruk av fastlønn (70 %), avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende (53 %), avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (51 %) og bruk av vikarer og vikarbyråer (50 %) er de oftest benyttede ordningene. 18 % av kommunene har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2021, dette er på samme nivå som i de to foregående målingene.

**Som tidligere er det slik at flere av de mest folkerike (19 %) og mest sentrale kommunene (27 %) som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette i mindre enn ett år, sammenlignet med gjennomsnittet (9 %).** Blant kommuner med under 10000 innbyggere har 85 % av de som subsidierer gjort dette over flere år. Denne andelen er omtrent lik for mindre sentrale kommuner også. Samtidig vurderer rundt 6 av 10 kommuner som per i dag ikke subsidierer fastlegeordningen at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag.

<sup>1</sup> Årets gjennomføring er en oppfølging av kartleggingene gjennomført i mai 2018 (nullpunktsmåling), juni 2019 (første oppfølgingsundersøkelse) og november 2020 (andre oppfølgingsundersøkelse): Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#), (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#), (2020) [Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#) og (2021) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – tredje oppfølgingsundersøkelse](#). Ipsos-rapporter laget for KS FoU.

**Stabilitets- og rekrutteringsutfordringer er stadig de hyppigst nevnte årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen.** Som tidligere oppgir over 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen, at de gjør dette for å beholde fastleger over tid. Rundt 8 av 10 kommuner som subsidierer gjør det for å rekruttere fastleger. Andre nevnte årsaker til subsidiering er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (48 %), for å få leger til å veilede leger under spesialisering (46 %) og stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (45 %).

**Fortsatt opplever de fleste kommunene som subsidierer fastlegeordningen at den fungerer etter hensikten.** Andelen som vurderer at subsidieringen fungerer meget eller ganske godt sank fra 87 % i 2018 til 69 % i 2021, og har holdt seg stabil siden i fjor. Andelen kommuner som vurderer at subsidieringen fungerer litt eller meget dårlig har økt marginalt over tid, fra 3 % i 2018 til 9 % i år.

**Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen (81 % dvs. totalt 287 kommuner) svarer 81 % (totalt 233 kommuner) at dette påfører kommunene merkostnader.** Vi estimerer de samlede merkostnadene for kommunesektoren til 813 millioner kroner i 2021. Til sammenligning estimerte vi tilsvarende merkostnader til 591 millioner kroner i 2020 og til 378 millioner kroner ved vår første kartlegging som gjaldt for 2017. Etter at fjoråret viste en avtagende vekstrate sammenlignet med tidligere år, indikerer årets resultater en stigning; med et estimat på 38 % vekst fra 2020 til 2021 mot 14 % vekst fra 2019 til 2020. Forskjellen i anslått merkostnad mellom 2020 og 2021 er imidlertid innenfor feilmarginene, men den anslåtte merkostnaden for 2021 er signifikant høyere enn anslagene for 2019 og tidligere målinger. Estimaten baserer seg på rapporterte merkostnader og gjennomsnittskostnad fra surveyene. Det tilsier at estimatene har en viss usikkerhet. Estimerte konfidensintervall for gjennomsnittskostnaden belyser usikkerheten. For et inntrykk av merkostnadenes omfang, ses de i kontekst av kommunenes samlede utgifter ved den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Vi anslår samlet finansiering ved den ordinære fastlegeordningen til rundt 12,8 milliarder kroner i 2021. Av dette utgjør basistilskudd og utjamningstilskudd i overkant av 3,4 milliarder kroner. Kommunesektorenes estimerte samlede merkostnader på 813 millioner kroner utgjør dermed 24 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd ved finansiering av fastlegeordningen i 2021. Estimerte konfidensintervall fra minimum 19 % til høyest 29 % belyser usikkerheten i estimatet. Til sammenligning var estimatet for 2020 mellom 15 % og 23 % og for 2017 mellom 12 % og 20 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd.

**Som i de foregående kartleggingene vurderer vi at egenfinansiering eller subsidiering av fastlegeordningen forekommer hyppig, og at innsatsen utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommune-Norge.** Dette er også vår vurdering dersom nederste anslag på 19 % merkostnad ved subsidiering i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskuddet legges til grunn. Gjennom utredningen har vi kartlagt at 8 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader knyttet til dette. Subsidiering forekommer oftere blant mellomstore og mellomstore kommuner. Over tid har det blitt mer vanlig med subsidiering blant de mest sentrale og mest folkerike kommunene også, og forskjellen avhengig av størrelse er mindre nå enn ved de første kartleggingene. Rundt 6 av 10 kommuner som per nå ikke subsidierer fastlegeordningen vurderer at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter slik den er i dag. Kommunenes hyppigste formål med alternative subsidieringstilbud er stadig å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette funnet er på nivå med resultatene fra de foregående kartleggingene. Årets kartlegging støtter dermed opp under vår konklusjon fra de foregående kartleggingene; om at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid, på tvers av kommuner. Vi estimerer også at kommunenes merkostnader ved subsidiering av fastlegeordningen har økt over tid.

## Executive summary

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

The background for these studies is the need for a better knowledge base on variations in the funding of this scheme across municipalities and over time. The previous studies have pointed in the direction of self-financing of the RGP scheme becoming more widespread in the Norwegian municipalities.

This year's study, like the previous four, was carried out by a survey and collection of statistics to answer the project's main questions. The target group in the survey is the leader with financial responsibility for the RGP scheme in all municipalities. Through the survey, we have this year collected 237 responses, which means responses from 66% of the municipalities. In all the implementations, we have had a high response rate, with answers from 57%–66% of the municipalities.

**This year, we have seen that 81 % of the country's 356 municipalities (287 municipalities) subsidize the RGP scheme in addition to the ordinary RGP scheme (the main model).** Only a minority of 16% do not subsidize. Last year, we estimated that 267 municipalities subsidized the RGP scheme. This year, we estimate this at 287 municipalities. The change from last year (75%) to this year (81%) is within the margins of error, and thus not statistically significant. In the study in 2020, 81 % of the municipalities stated that they subsidized the RGP scheme. This corresponded to 288 municipalities. A larger proportion of mid-central and medium-sized municipalities measured in population size subsidize the RGP scheme, compared with the average. In the period 2018-2020, we saw a significant increase in the proportion of the most populous and most central municipalities that subsidized the RGP scheme. In last year's study, this trend seemed to have stagnated, but in this year's study the increase continues. Of the municipalities that subsidize the RGP scheme, the majority answer that the use of fixed salary (70%), favorable agreements for renting practice premises / equipment to businesses (53%), agreements on the provision of municipal support functions or other health personnel (51%) and use of temps and temp agencies (50%) are the most commonly used solutions. 18% of the municipalities have provided financial compensation to resigning RGPs upon transfer of a RGP contract in 2020, this is on a par with the two previous studies.

**As in the previous studies, several of the most populous (18%) and most central municipalities (27%) that subsidize the RGP scheme have done this for less than a year, compared with the average (9 %).** Among municipalities with less than 10,000 inhabitants, 85% of those who subsidize have done so over several years. At the same time, around 6 out of 10 municipalities that currently do not subsidize the RGP scheme consider that they will have to do this in the future, given that the main model for the RGP scheme continues as it is today.

**Stability and recruitment challenges are still the most frequently mentioned reasons why the municipalities subsidize the RGP scheme beyond the main model.** As before, over 9 out of 10 municipalities that subsidize the RGP scheme state that they do this in order to retain RGPs over time.

Close to 8 out of 10 municipalities that subsidize do so to recruit RGPs. Other mentioned reasons for subsidy are to better cover other GP tasks (48 %), to get doctors to guide doctors under specialization (46%) and stimulate better integration between the RGP service and other municipal health and care services (45%).

**Still most municipalities that subsidize the GP scheme feel that it works as intended.** The proportion who consider that the subsidy works very or fairly well fell from 87% in 2018 to 69% in 2021 and has remained stable since last year. The proportion of municipalities that consider that the subsidy works a little or very poorly has increased marginally over time, from 3% in 2018 to 9% this year

**Of the municipalities that subsidize the RGP scheme (81% i.e. a total of 287 municipalities), 81% (a total of 233 municipalities) answer that this imposes additional costs on the municipalities.** We estimate the total additional costs for the municipal sector at NOK 813 million in 2021. In comparison, we estimated corresponding additional costs at NOK 591 million in 2020 and NOK 378 million in 2017. Last year's study showed a declining growth rate compared to previous years, but this year's results indicate an increase; with an estimate of 38% growth from 2020 to 2021 against 14% growth from 2019 to 2020. However, the difference in estimated additional cost between 2020 and 2021 is within the margins of error, but the estimated additional cost for 2021 is significantly higher than the estimates for 2019 and previous studies. The estimates are based on reported additional costs and average cost from the surveys. This indicates that the estimates have some uncertainty. Estimated confidence intervals for the average cost shed light on the uncertainty. For an impression of the extent of the additional costs, they are seen in the context of the municipalities' total expenditure on the ordinary RGP scheme (the main model), i.e. basic grants and any equalization grants. We estimate total funding for the ordinary RGP scheme to be around NOK 12.8 billion in 2021. Of this, basic grants and equalization grants amount to just over NOK 3.4 billion. The municipal sector's estimated total additional costs of NOK 813 million thus constitute 24% of the municipalities' costs for basic grants and equalization grants when financing the RGP scheme in 2021. Estimated confidence intervals from a minimum of 19% to a maximum of 29% illustrate the uncertainty in the estimate. In comparison, the estimate in 2020 was between 15% and 23 % and in 2017 between 12% and 20% of the municipalities' costs for basic grants and equalization grants.

**As in the previous studies, we consider that self-financing or subsidization of the RGP scheme occurs frequently, and that the effort constitutes a not insignificant cost for the municipalities of Norway.** This is also our assessment if the lowest estimate of 19% additional cost of subsidy in relation to the basic grant and the equalization grant is used as a basis. Through the report, we have mapped that 8 out of 10 municipalities that subsidize the RGP scheme have additional costs related to this. Subsidization occurs more frequently among mid-central and medium-sized municipalities. Over time, subsidies have become more common among the most central and most populous municipalities as well, and the difference depending on size is smaller than in the initial studies. About 6 out of 10 municipalities that currently do not subsidize the RGP scheme consider that they will have to do so in the future, given that the RGP scheme continues as it is today. The municipalities' most frequent purpose with alternative subsidy offers is to constantly recruit and retain RGPs over time. This finding is on a par with the results from the previous studies. This year's study thus supports our conclusion from the previous studies that the RGP scheme's main model does not provide sufficient incentives for RGPs to be recruited and remain in their positions over time, across municipalities. We also estimate that the municipalities' additional costs of subsidizing the RGP scheme have increased over time.

# 1. Innledning og bakgrunn

Flere undersøkelser indikerer at det er betydelige utfordringer blant kommunene med å rekruttere og beholde fastleger.<sup>2</sup> For å gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid, ser mange kommuner seg derfor nødt til å legge til rette for løsninger som går utover fastlegeordningens hovedmodell som er privat næringsdrift. Kommunale fastlønnsstillinger, kommunale leieavtaler for lokaler, utstyr og/eller personell, såkalte «8.2 avtaler», er blant løsningene enkelte kommuner tilbyr. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer har ofte blitt knyttet til de mindre og de perifere kommunene. Imidlertid er det nå tegn til at utfordringene også øker blant de større og mer sentrale kommunene.<sup>3</sup> Da det per i dag ikke finnes et datagrunnlag som tallfester kommunenes kostnader ved finansieringen av fastlegeordningen,<sup>4</sup> er det behov for å innhente mer kunnskap om dette.

Ipsos og SØA har på oppdrag fra KS FoU for femte gang utført en nasjonal kartlegging av omfang og innretning av kommuners egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover fastlegeordningens hovedmodell. Subsidieringsordninger kan gi merkostnader for kommunene, men behøver i prinsippet ikke gjøre det. Vi utreder i hvilken utstrekning slike løsninger gir merkostnader i tillegg til kostnadenes størrelse. Videre undersøker vi årsakene til at kommunene velger å yte bidrag utover fastlegeordningens hovedmodell. Vi har også undersøkt om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter hensikten. I denne kartleggingen har vi også sett på utvikling i resultatene over de fem årene kartleggingen er gjennomført.

## 1.1 Hovedmodellen og alternative driftsformer

Fastlegeordningen finansieres av ulike kilder. Staten bidrar gjennom folketrygdens takster, kommunene yter ulike tilskudd og pasientene betaler egenandeler. **Hovedmodellen** for drift i fastlegeordningen er basert på *privat næringsdrift* finansiert gjennom listepasienttilskudd (basistilskudd per registrert person på legens liste, utbetalt fra kommunen), folketrygdrefusjon (statlig) og egenandeler fra pasienter. Basistilskuddet inkluderer fra og med mai 2020 et knekkpunkttillegg og ble innført som en del av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.<sup>5</sup> Knekkpunkttillegget ble gitt som et økt basistilskudd for de første 1000 listeinnbyggerne med formål om å gi legene bedre rom for å gå ned i listelengde uten å gå ned i inntjening.

Det kan også gis et grunntilskudd til leger med ufrivillig korte lister. Formålet er å redusere terskelen for å gå inn i fastlegeordningen, og legge til rette for at leger kan eller vil gå inn i en ny praksis.<sup>6</sup> Tilskuddet ble gitt for første gang i 2020. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere kan det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer.<sup>7</sup>

Regjeringen ønsker gjennom tiltak 3 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten å øke antall ALIS-avtaler.<sup>8</sup> Formålet med ALIS-avtalene er å øke rekrutteringen av fastleger i de aktuelle kommunene, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabilitet rundt allmennleger i spesialisering. Som nevnt i handlingsplanen har det de senere årene vært lagt opp ulike innretninger for tilskudd til ALIS-avtaler:

<sup>2</sup> Bl.a. Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2022): [Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#) og EY og Vista analyse (2019) [Evaluering av fastlegeordningen](#)

<sup>3</sup> (Ibid.)

<sup>4</sup> Helsedirektoratet 2021: [Oppfølging av Handlingsplan for allmennlege tjenesten 2020-2024](#)

<sup>5</sup> (Ibid.)

<sup>6</sup> (Ibid.)

<sup>7</sup> Tilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen.

<sup>8</sup> ALIS-avtaler er avtaler mellom kommuner med rekrutteringsutfordringer og lege i spesialisering i allmennmedisin (ALIS) om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging enn det som ligger i dagens avtale- og regelverk.



- Rekruttering av fastleger og stabilitet blant leger i kommuner med rekrutteringsvansker (rekrutteringstilskuddet, gjeldende fram til 2019)
- ALIS-tilskudd til fastleger med næringsdrift (2019 og 2020)
- ALIS-avtaler til fastleger med næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover 1 års varighet (ny i 2021)
- ALIS-avtaler til fastleger ansatt i kommunen og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover 1 års varighet (ny i 2021)

Tilskuddsregelverket ble endret for 2021, og kommuner kan igjen søke tilskudd til ALIS for ansatte i kommunen. I tråd med dette økte også utbetalingene og antall kommuner som fikk tilskudd betydelig, til 130 millioner kroner i 2021 fra 16 millioner kroner i 2020. Blant de 80 kommunene som er definert som særlig rekrutteringssvake mottok 25 tilskudd til én eller flere ALIS-avtaler. Disse 25 kommunene mottok om lag to tredeler av tilskuddene til ALIS-avtaler i 2020, totalt 61 tilskudd.

I mange kommuner er det ikke grunnlag for kommersiell privat næringsdrift. I slike tilfeller kan kommunene velge å tilby **fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak** for å rekruttere og beholde fastleger. Alternativene til ren næringsdrift er:

- Kommunal drift med fastlege på fastlønn
- Næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn og med aktivitetsavhengig bonusavtale

Ifølge styringsdata for fastlegeordningen, tilgjengelig fra Helsedirektoratet, var antall fastlegepraksiser/hjemler (med fast tilknyttet lege) 5 223 ved utgangen av 2021 (en økning på 90 hjemler, eller i underkant av 2 % fra 2020), se tabell V4 i vedlegg 1. Antall praksiser med fastlønn var 863 (en økning på 58 hjemler, eller i overkant av 7 % fra 2020). Fastlønnspraksisene utgjør 16,5 % av alle fastlegehjemler. Andelen praksiser med fastlønn øker jevnt, og har sett en økning på over 11 prosentpoeng siden første måling i 2016, som viste en fastlønnsandel på 5 %.

De foregående kartleggingene av variasjon i finansieringen av fastlegeordningen som Ipsos og SØA har gjennomført for KS har vist at kommuner av ulik størrelse og sentralitet har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Mange kommuner opplever at det er krevende å få søkere til ledige fastlegehjemler etter fastlegeordningens hovedmodell for drift, som er privat næringsdrift. Det skyldes blant annet at legene selv ønsker fast ansettelse, og særlig de yngste legene. Vi står også overfor en omfattende utskiftingsprosess av leger de neste 10 årene, siden nærmere en tredjedel av fastlegene i Norge er 56 år eller eldre.<sup>9</sup>

Stadig flere kommuner ser det som nødvendig å omgjøre hjemler fra næringsdrift til ansettelse, selv om det stort sett gjør fastlegetjenesten langt dyrere. Omgjøring av hjemler skaper dessuten store utfordringer fordi kommunenes rammevilkår i hovedsak er tilpasset fastlegeordningens hovedmodell. Vi fant i kartleggingen fra 2020 at det er de største og mer sentrale kommunene som oftest har gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemler. Andelen kommuner som har gitt denne typen økonomisk kompensasjon øker med økende antall fastlegehjemler i kommunen.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> KS (2021): <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/finansiering-av-fastlegeordningen---hva-er-den-rette-medisin/> [Hentedato 01.07.2021]

<sup>10</sup> Ipsos (2021): [Innløsning/overdragelse av fastlegehjemler 2021](#), Ipsos-rapport laget for KS

## 1.2 Finansiering av fastlegeordningen

Kommunene har det overordnede ansvaret for å tilby fastlegetjenester (jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 tredje ledd). Kommunen har slik også ansvaret for å organisere ordningen samt sørge for at personer som ønsker det får et tilbud om plass på fastlegens liste. Finansieringen av fastlegeordningen er regulert i forskrift med hjemmel i folketrygdloven § 5-4. Forskriften inneholder takster som er gjenstand for årlige forhandlinger mellom Legeforeningen, staten (HOD og RHF-ene) og KS.

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). I tillegg får kommunen normalt innbetalingene av trygderefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt), samt eventuelle øremerkede tilskudd. Årlige tilskudd fordeles til kommunene gjennom rammetilskuddet som skal dekke basisramme/per capita tilskuddet til fastlegene.

Kommunens frie midler fordeles til kommunene gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner har som formål å gi kommuner og fylkeskommuner like forutsetninger for å tilby likeverdige tjenester. For å gjøre dette bygger systemet på to omfordelingsmekanismer:

- Skatteutjevning: Omfordeling fra kommuner med høye inntekter fra skatt på inntekt og formue til kommuner med lave skatteinntekter.
- Utgiftsutjevning: Kommunenes utgiftsbehov beregnes basert på sammensetning av innbyggere (alder og andre objektive kriterier). I tillegg vektet kommunens geografi. Kommuner med et beregnet behov over landsgjennomsnittet får sitt rammetilskudd økt. Økningen finansieres i sin helhet av redusert rammetilskudd til kommuner med lavere behov enn landsgjennomsnittet.

Kommunene refunderes ikke særskilt for eventuelle utjamningstilskudd, subsidier som kommunen bidrar med til næringsdrivende leger, bonusavtaler eller andre goder til fastlønnede leger. Gjennom utgiftsutjevningen skal i teorien kommuner med særlige utfordringer knyttet til geografi og sammensetning av befolkningen mv. kompenseres for dette. Kommuner som typisk er tynt befolket og lokalisert langt fra større tettsteder har gjerne større utfordringer med rekruttering og slik et større utgiftsbehov i helse- og omsorgstjenestene.

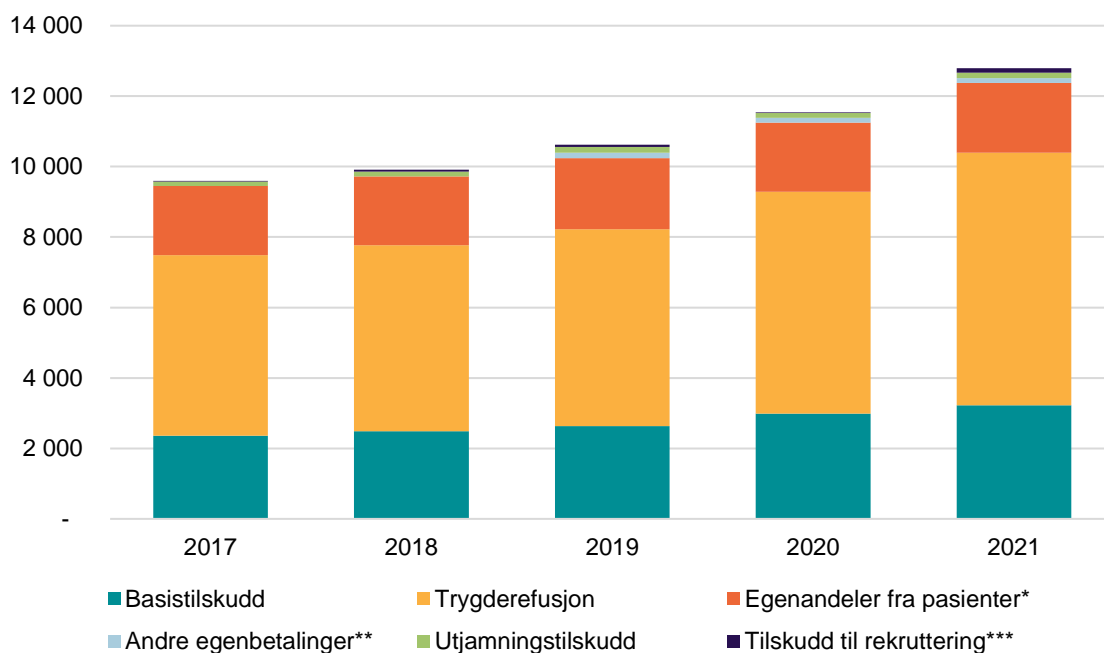
Denne rapporten estimerer kommunenes merkostnader til finansiering og drift av fastlegeordningen ut over det som ligger til grunn i hovedmodellen. Noe av denne merkostnaden er trolig kompensert gjennom utgiftsutjevningen, men det er utfordrende for oss å anslå eksakt hvor stor andel. Som vi kommer tilbake til, er hovedmodellen som ramme for fastlegedriftens kostnader i kommunene ikke tilstrekkelig, da majoriteten av kommunene må tilleggfinansiere ordningen.

Hovedmodellen slik den er beskrevet over, skal som utgangspunkt dekke fastlegenes kostnader til investeringer og drift. Den samlede finansieringen ble anslått til 9,6 milliarder kroner i 2017.<sup>11</sup> Oppdaterte tall for 2021 viser en samlet kostnad på i overkant av 12,8 milliarder kroner, jf. figur 1.1. Kommunenes kostnader til finansiering av fastlegeordningen begrenser seg til basistilskuddet på 3,2 milliarder kroner og eventuelle utjamningstilskudd summert til om lag 156 millioner kroner. Resterende finansiering kommer fra pasienter i form av egenandeler og Helfo (Folketrygden) gjennom refusjoner for utførte takster.

---

<sup>11</sup> Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#)

**Figur 1.1 Finansiering av fastlegeordningen i 2017-2021. Millioner kroner\***



\*Note 1: Beregningen for utjamningstilskudd for 2017 ble gjennomført av Helsedirektoratet i januar 2018. Helsedirektoratet har beregnet utjamningstilskudd for 2019 og 2020 i sin rapport «Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024». <sup>12</sup> Vi legger til grunn et gjennomsnitt mellom 2017 og 2019 for utjamningstilskuddet i 2018. Utjamningstilskuddet for 2021 antas uendret fra 2020. Utjamningstilskuddet utgjør en liten del av den samlede finansieringen av fastlegeordningen og påvirker dermed øvrige beregninger i svært liten grad.

\*Note 2: *Basistilskuddet* er beregnet basert på månedlige rapporteringer fra Helfo om antall pasienter, listelengde og basistilskudd for alle fastlegehjemler. Basistilskuddet utgjør 653 kroner (642 i 2021) per listeinnbygger per år inntil 1000 listeinnbyggere. Fra 1001 listeinnbyggere til og med 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner per listeinnbygger. Basistilskuddet inkluderer knekkpunkttillegg fra og med 2020. For 2020 utgjorde knekkpunkttillegget 234,4 millioner kroner. <sup>13</sup>

\*Note 3: Vi har mottatt beregninger fra KUHR (Helsedirektoratet) på utbetalte *trygderefusjoner* fra Helfo og innbetalte *egenandeler fra pasienter* samt *andre egenbetalinger*. Beregningene for 2021 er basert på nærmere 37 millioner godkjente regninger fra fastleger (inkludert fastlønnede fastleger og fastlønnede turnusleger). Refusjoner inkluderer også beløpene der pasienten har rett til fri egenandel, og egenandelsbetalinger inkluderer både takster som teller knyttet til rett til frikort og for takster som ikke teller for frikort (gebyrer for utskrift av pasientjournal o.l.).

## 2. Om utredningen og analysene

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

**Figur 2.1 Illustrasjon av inndeling av prosjektet**



For det første kartlegger vi *omfang og innretning* av kommunenes subsidieringsløsninger av fastlegeordningen. Vi ser nærmere på innretning av alternative løsninger, som bruk av fastlønn, tilbud

<sup>12</sup> Helsedirektoratet 2021: [Oppfølging av Handlingsplan for allmennlege tjenesten 2020-2024](#)

<sup>13</sup> Ibid.

om gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende eller avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell mv. Vi gir et inntrykk av utvikling av omfang av subsidiering over tid. Videre anslår vi hvor mange kommuner som forventes å benytte subsidieringsordninger for å gi et samlet bilde.

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

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

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

Vi gjør integrerte analyser av utredningens datagrunnlag, både knyttet til svar i surveyundersøkelsen og innhentet statistikk. I årets analyser har vi også sett på eventuelle endringer i resultatene over de 5 årene kartleggingen er gjennomført.

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

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

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

### 3. Metode

Underveis i perioden disse kartleggingene er gjennomført har det vært en kommunereform, med påfølgende fylkes- og kommunesammenslåing fra 1. januar 2020. Antall kommuner gikk da ned fra 422 til 356. Fra og med 2020-kartlegging har vi derfor henvendt oss til kommunene innenfor den nye kommuneinndelingen.

I nullpunktskartleggingen i 2018 gjennomførte vi innledende og utforskende intervju, survey og statistikkinnhenting for å besvare prosjektets problemstillinger. I de påfølgende gjennomføringene har vi sendt ut en survey og innhentet statistikk for å kunne måle utvikling over tid.

### 3.1 Survey

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

Ved første kartlegging i 2018 ble spørreskjemaet testet/pilotert elektronisk i målgruppen. Ved de påfølgende gjennomføringene er det kun gjort mindre justeringer i spørreskjemaet for at resultatene skal være sammenlignbare over tid. I 2019 ble det lagt inn et nytt spørsmål om hvor mye av merkostnaden til kommunene som subsidierer fastlegeordningen som gikk til fastlønn. I 2021 ble det på samme spørsmål lagt til en presisering i spørsmålsteksten og i forklaringsteksten under spørsmålet.<sup>14</sup> I 2019 ble det også lagt inn et nytt alternativ «finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)»<sup>15</sup> under spørsmålet om formål med subsidieringen. I 2020 ble det lagt til to nye spørsmål som omhandler overdragelse av hjemler og kostnadene dette eventuelt medførte for kommunene. Dette spørsmålet ble justert noe i 2021 for å øke nytteverdien. Kommunene kunne fra da skrive inn antall hjemler, noe som har gjort at vi lettere kan regne ut gjennomsnittskostnad ved overføring av hjemler.<sup>16</sup> I 2022-gjennomføringen er det gjort noen presiseringer i enkelte spørsmål (omtalt i tilknytning til aktuelle figurer). Det er videre lagt inn nytt spørsmål om hvor mange fastlegeavtaler av ulike typer kommunen har samt hvor mange fastlønnede leger som omfattes av merkostnadene ved fastlønnsdrift i 2021.

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

Datainnsamlingen er gjennomført i følgende perioder:

- 2018: 12. – 30. april
- 2019: 15. – 31. mai
- 2020: 14. september – 9. oktober
- 2021: 26. mai – 15. juni
- 2022: 5. mai – 2. juni

Responser har vært som følger:

- 2018: 241 svar (182 elektroniske intervju og 59 telefonintervju) / 57 % av 422 kommuner
- 2019: 275 svar (243 elektroniske intervju og 32 telefonintervju) / 65 % av 422 kommuner
- 2020: 229 svar (225 elektroniske intervju og 4 telefonintervju) / 64 % av 356 kommuner
- 2021: 217 svar (alle elektroniske intervju) / 61 % av 356 kommuner
- 2022: 233 svar (229 elektroniske intervju og 4 telefonintervju) / 66 % av 356 kommuner

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

<sup>14</sup> Spørsmålsteksten ble endret til å presisere at fastlønn var en del av merkostnadene og følgende tekst lagt til: *Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekontor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.*

<sup>15</sup> Jf. nytt krav fra 1. mars 2019, om at leger som blir ansatt i kurativ stilling i primærhelsetjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering.

<sup>16</sup> Spørsmålet var i første runde med alternativene, «Nei», «Ja, én hjemmel», «Ja, to hjemler» og «Ja, tre hjemler eller flere». I 2021 er dette endret til å ha ett spørsmål først hvor vi avklarer om de har hatt merkostnader i forbindelse med overdragelse av hjemler. Etter dette er det stilt et åpent oppfølgingsspørsmål hvor de ble bedt om å skrive inn antall hjemler før kostnad for overdragelse.

**Tabell 3.1 Svarfordeling etter sentralitet**

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021	Antall 2022	Prosent 2022
Nivå 1–3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %	56	26 %	62	26 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %	52	24 %	47	20 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %	54	25 %	64	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %	55	25 %	64	27 %
<b>Sum</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>229</b>	<b>100 %</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>	<b>237</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 3.2 Svarfordeling etter folkemengde**

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021	Antall 2022	Prosent 2022
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %	59	27 %	73	31 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %	79	36 %	77	32 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %	79	36 %	87	37 %
<b>Sum</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>229</b>	<b>100 %</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>	<b>237</b>	<b>100 %</b>

## 3.2 Statistikkinnhenting

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

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

- SSBs sentralitetsindeks<sup>17</sup>
- Folkemengde per 1. januar 2022
- Omfang av fastlegehjemler per 1. desember 2021 (antall og basistilskudd)

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

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

<sup>17</sup> Se nærmere forklaring av SSBs sentralitetsindeks i Høydal, E. (2020), [Sentralitetsindeks. Oppdatering med 2020-kommuner](#) Notater 2020/04. Statistisk sentralbyrå

**Tabell 3.3 Fordeling av kommuner etter sentralitet**

Sentralitetsklasser	Kommuner 2021	Andel 2021
Nivå 1–3 Mest sentrale	76	21 %
Nivå 4	71	20 %
Nivå 5	96	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	113	32 %
<b>Sum</b>	<b>356</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 3.4 Fordeling av kommuner etter folkemengde**

Folkemengde	Kommuner 2022	Andel 2022
Under 3000	131	37 %
3000–9999	114	32 %
10 000 og over	111	31 %
<b>Sum</b>	<b>356</b>	<b>100 %</b>

### 3.3 Frafallsvurdering

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

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

## 4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen

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

### 4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger

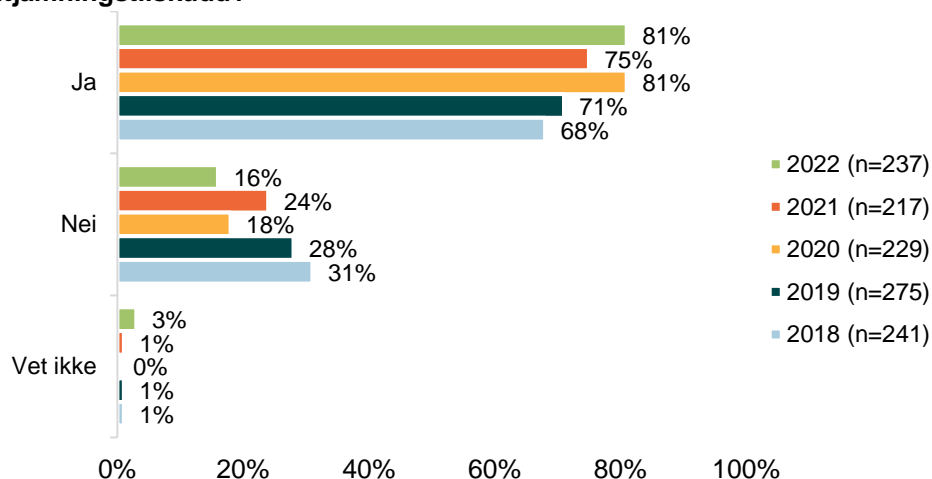
I år ser vi at 81 % av kommunene subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), se figur 4.1. Andelen kommuner som subsidierer fastlegeordningen er dermed tilbake på samme nivå som i 2020, etter en liten nedgang i fjor. Endringen fra fjorårets til årets måling er ikke signifikant.

Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen finner vi større andeler *mellomsentrale kommuner* (sentralitetsnivå 4 og 5) sammenlignet med gjennomsnittet. Som ved de to foregående kartleggingene, er det dessuten en noe større andel av de *mellomstore kommunene* (3000-9999 innbyggere) som subsidierer fastlegeordningen.

I perioden 2018 til 2020 var det en signifikant økning i andelen som oppga at de subsidierte fastlegeordningen blant de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1–3) og de største kommunene. I målingen for 2021 så det ut som denne trenden hadde stagnert, men i årets måling ser vi igjen at det har vært en betydelig og statistisk signifikant økning siden i fjor i andelen som subsidierer fastlegeordningen blant de mest sentrale og de største kommunene. Blant de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1–3) subsidierer nå 71 % av kommunene, opp fra 54 % i fjor. I de største kommunene subsidierer nå 83 %, opp fra 70 % i fjor.

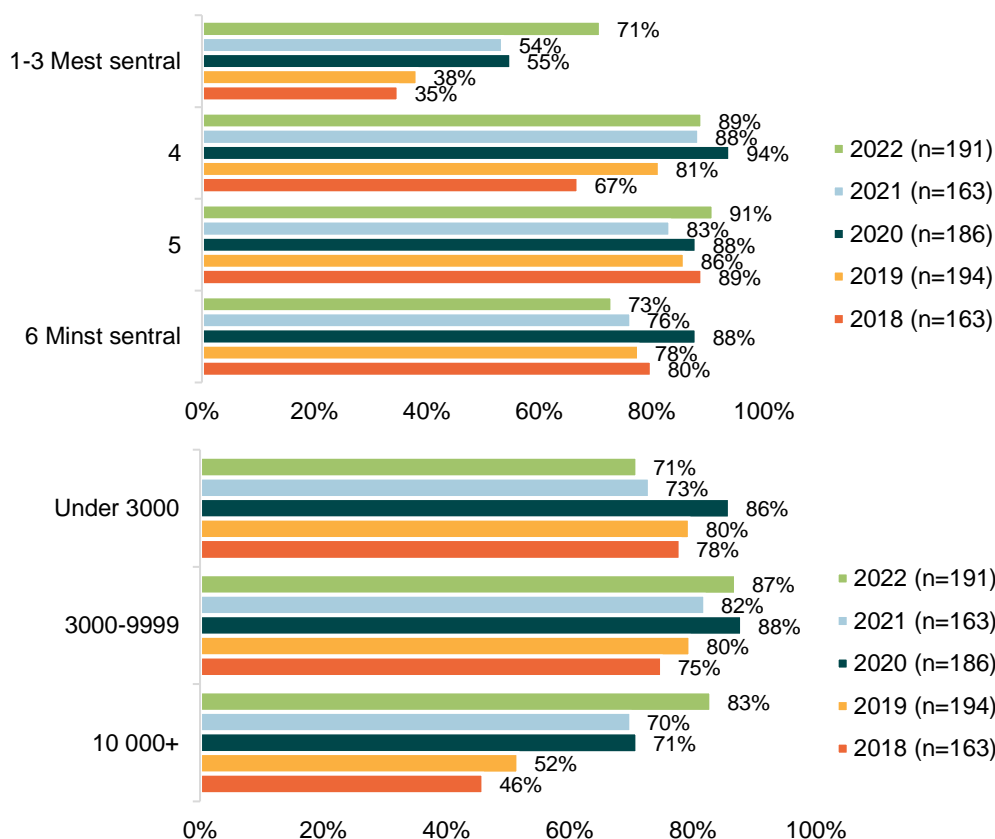
I likhet med i fjor er forskjellen mellom de minste og de største kommunene mindre enn vi fant i de tidligere kartleggingene.

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





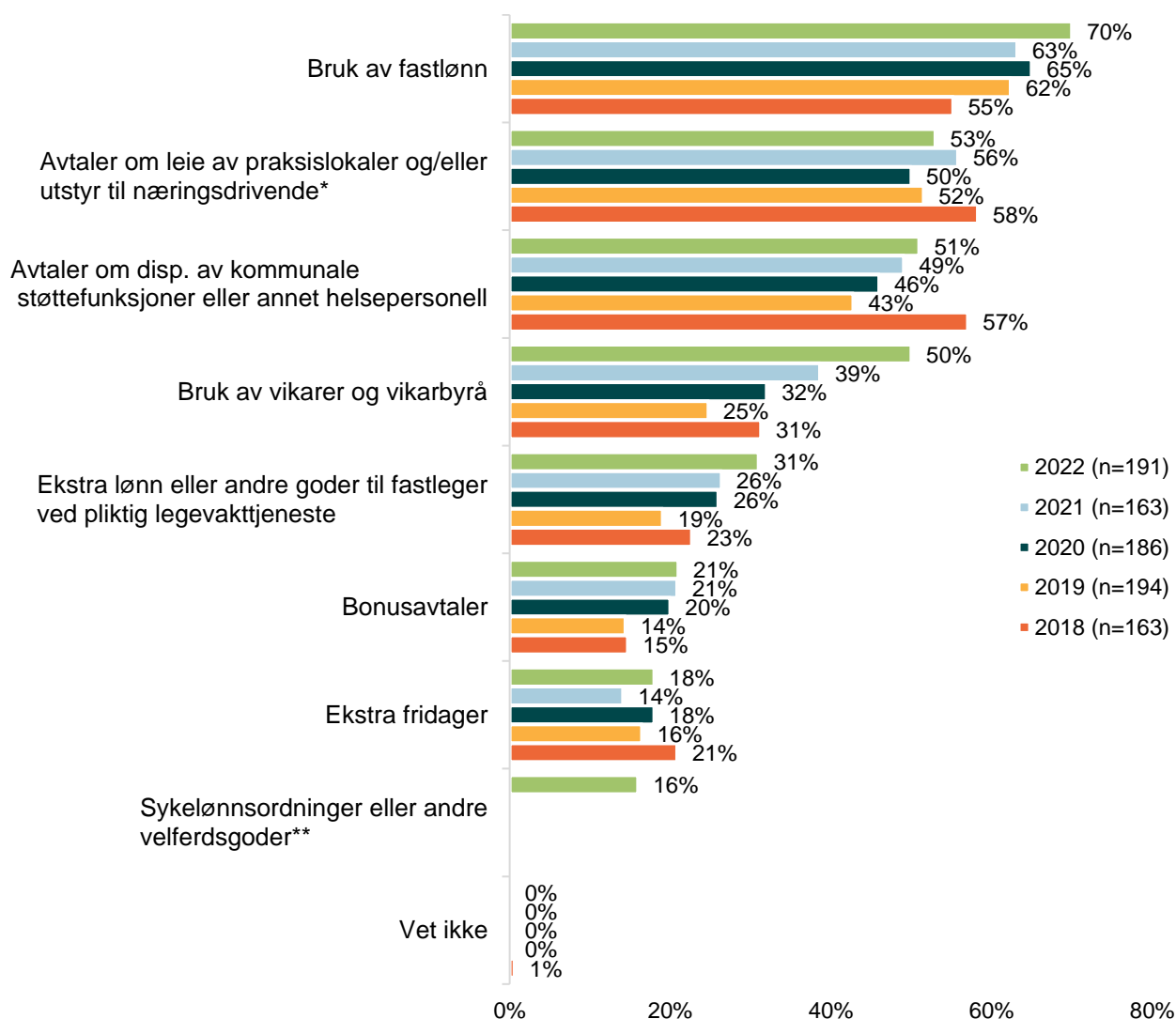
**Figur 4.2 Kommuner som egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Sentralitet og folkemengde**



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

Som en følge av kommunereformen i januar 2020, gikk antall kommuner i Norge ned fra 422 til 356. Vi kan derfor ikke sammenligne anslag for 2018 og 2019 på *antall* kommuner som subsidierer fastlegeordningen med anslag fra og med undersøkelsen i 2020. Under forutsetning av at fordelingen i utvalget gir et riktig bilde av fordelingen i den sanne populasjonen (alle kommuner), anslo vi at det i 2021 var 267 kommuner som subsidierte fastlegeordningen utover hovedmodellen. I 2022 ser det ut til å være 287 kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. Både antallet og andelen kommuner som subsidierer går altså noe opp i årets måling sammenlignet med i fjor, men endringene er innenfor feilmarginene. Det vil si at forskjellene fra forrige måling ikke er statistisk signifikant og kan skyldes tilfeldigheter.

**Figur 4.3 Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune?**<sup>18</sup> Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Fortsatt er det slik at majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter fastlønn og avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, se figur 4.3. Sistnevnte lå i nullpunktsmålingen fra 2018 øverst over typene subsidieringsløsninger som ble benyttet, etterfulgt av avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell. I 2018-undersøkelsen var bruk av fastlønn den tredje oftest nevnte subsidieringstypen. Av endringer i type subsidieringsløsninger fra 2021 til 2022 er det kun økningen på 11 prosentpoeng i bruk av vikarer og vikarbyråer som er signifikant.

Bruk av vikarer og vikarbyråer er mest utbredt blant kommuner med 10000 innbyggere eller over (65 %) og de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1–3) (64 %) sammenlignet med gjennomsnittet (50 %). Ellers ser vi de samme svarmønstrene blant undergrupper av kommuner som tidligere. Bruk av fastlønn er også i år mest utbredt blant de minst sentrale og de minste kommunene målt i antall innbyggere (begge 81 %), sammenlignet med gjennomsnittet (70 %). 16 % av kommunene som egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen benytter sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder. Dette alternativet er nytt i årets kartlegging.

<sup>18</sup> \*Fra 2018-2021 var alternativet «Gunstige avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende»

\*\*Nytt alternativ i 2022

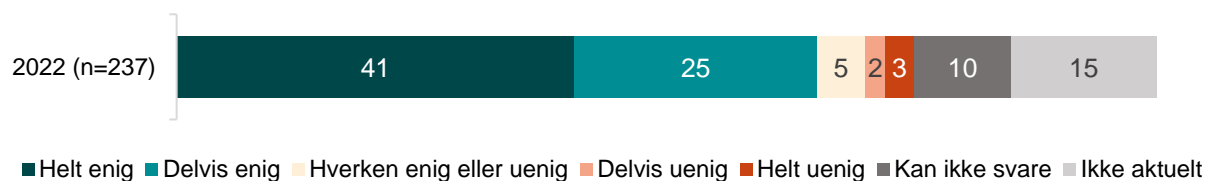
Vi finner at ekstra fridager er mer brukt blant de minst sentrale kommunene (36 %), og blant kommunene med færrest innbyggere (37 %) sammenlignet med gjennomsnittet (18 %). Som tidligere år ser vi at bonusavtaler og ekstra fridager i Nord-Norge enn blant gjennomsnittet av kommunene. Bruk av sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder forekommer også mer hyppig i Nord-Norge sammenlignet med i resten av landet. I år har Nord-Norge og Vestlandet høyest andel bruk av fastlønn og ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste, mens Midt-Norge har høyest bruk av avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende.

Kommunene oppgir i gjennomsnitt at de har rundt tre<sup>19</sup> ulike typer subsidieringsløsninger.<sup>20</sup> Her ser vi enkelte mønstre som sammenfaller med det vi har sett i de tre foregående kartleggingene:

- ✓ Kommunene som benytter fastlønn som subsidieringsløsning bruker også i større grad enn snittet bonusavtaler (29 % mot 21 % i gjennomsnitt), ekstra fridager (24 % mot 18 % i gjennomsnitt) og vikarer og vikarbyrå (58 % mot 50 % i gjennomsnitt).
- ✓ Kommuner som bruker avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende bruker ofte også avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (76 % mot 51 % i gjennomsnitt) som subsidieringsløsning. Korrelasjonen mellom disse svaralternativene handler trolig om at kommuner med 8.2-avtale (omtalt i neste avsnitt) ofte omfatter både subsidiering av lokaler, utstyr og personell.
- ✓ Kommuner som har avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (53 %) oppgir i mindre grad enn gjennomsnittet at de bruker fastlønn (63 %) og ekstra fridager (12 %) som subsidieringsløsninger.

26 % av kommunene har skrevet inn kommentarer i åpent felt for andre svar enn de oppgitte svaralternativene. En gjennomgang av årets kommentarer viser, som ved de tidligere kartleggingene, at de fleste rent innholdsmessig kunne vært sortert innunder et av de eksisterende svaralternativene som er vist i figur 4.3. Det vil si at disse på ulike måter handler om enten bruk av vikarer og vikarbyrå, avtaler om leie av lokaler/utstyr eller at legene disponerer kommunale støttefunksjoner eller helsepersonell.

**Figur 4.4 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? – Næringsdrivende fastleger ønsker 8.2-avtaler / økonomiske avtaler eller annen godtgjøring utover basis- eller utjamningstilskudd. Prosent. Base: Alle**



I tidligere gjennomføringer har det i åpne kommentarer kommet fram at kommunene i stor grad har hatt utgifter til drift, hvor kommunene har brukt terminologi om disse formene for subsidiering, som «8.2-avtale»<sup>21</sup> eller «null-avtale». I årets undersøkelse er det et eget spørsmål om dette til alle kommunene. Som det fremgår av figur 4.4 er 2 av 3 kommuner (66 %) helt eller delvis enige i påstanden om at næringsdrivende fastleger ønsker 8.2-avtaler / økonomiske avtaler eller annen godtgjøring utover basis- eller utjamningstilskudd.

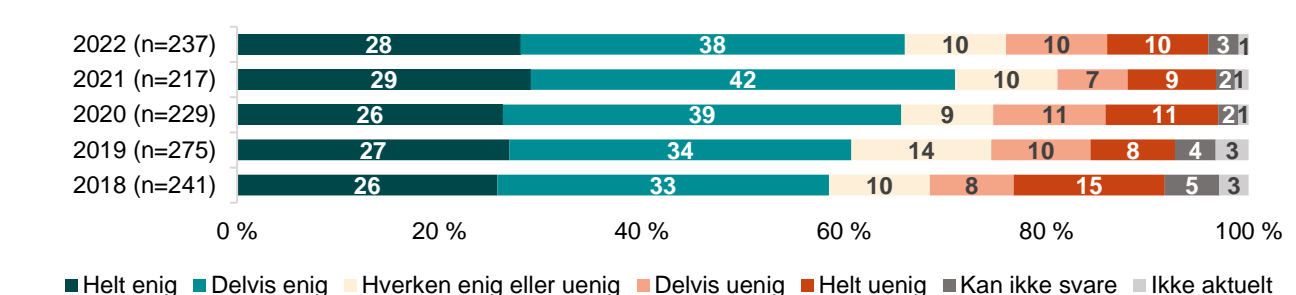
<sup>19</sup> Differansen i gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger fra i fjor til i år er på 0,4 (fra 2,8 til 3,2) per kommune som egenfinansierer fastlegeordningen. I nullpunktsmålingen i 2018 var gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger på 2,6.

<sup>20</sup> Dette er ekskludert «annet, skriv inn»-svar.

<sup>21</sup> ASA 4310 - [Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene](#) (prolongert frem til 31.08.2022), del III kommunens oppgave; 8.2-Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, helsepersonell mv.

Slike avtaler innebærer at kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, helsepersonell, utstyr, IT-støtte mv. En slik avtale kan også innebære at kommunen ansetter helsepersonell og har arbeidsgiveransvar. Kommunene påpeker i både åpne svar og i de innledende, utforskende intervjuene fra nullpunktsmålingen fra 2018, at slike avtaler avlaster fastlegene for tidkrevende oppgaver ved for eksempel vikarbruk og sykefravær.

**Figur 4.5 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? – Legene ønsker fastlønnsavtaler. Prosent. Base: Alle**



Som vi så i figur 4.3, oppgir 7 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen at de benytter fastlønn som en form for subsidiering. Denne andelen har økt signifikant siden første måling i 2018 hvor den var på 55 %. Majoriteten av kommunene, 2 av 3 (66 %), er helt eller delvis enige i påstanden om at legene ønsker fastlønnsavtale, se figur 4.5. Endringen fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene.

**Tabell 4.1: Fordeling av fastlønnsavtaler på ulike varianter fordelt på kommunestørrelse Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen og har oppgitt fordeling av fastlønnsavtaler (n=178)**

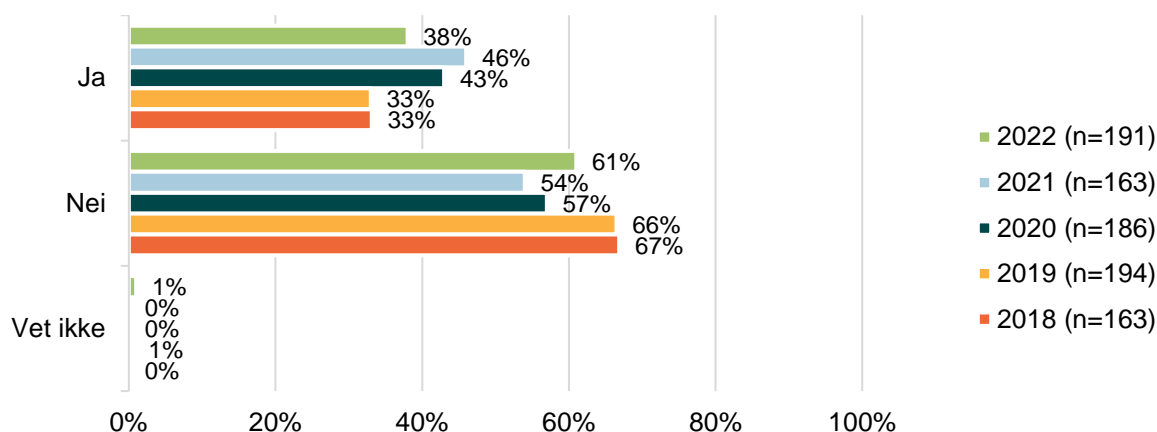
Antall innbyggere	Ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen)	Selvstendig næringsdrift med tilleggsgoder eller varianter av 8.2-avtaler	Ren fastlønn	Fastlønn med bonus (f.eks. prosentandel av inntjent takstinntekter)	Andre ordninger	Totalt
Under 3000	8,6 %	21,6 %	43,2 %	25,2 %	1,4 %	139
3000-9999	18,5 %	44,6 %	15,7 %	18,2 %	3,0 %	428
Over 10000	72,1 %	13,1 %	7,3 %	5,9 %	1,7 %	2471

**Tabell 4.2: Fordeling av fastlønnsavtaler på ulike varianter fordelt på sentralitet Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen og har oppgitt fordeling av fastlønnsavtaler (n=178)**

Sentralitet	Ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen)	Selvstendig næringsdrift med tilleggsgoder eller varianter av 8.2-avtaler	Ren fastlønn	Fastlønn med bonus (f.eks. prosentandel av inntjent takstinntekter)	Andre ordninger	Totalt
Mest sentral (1–3)	83,8 %	8,3 %	4,6 %	2,5 %	0,6 %	1857
4	40,4 %	28,5 %	13,2 %	12,1 %	5,8 %	653
5	6,9 %	48,9 %	22,4 %	21,8 %	0,0 %	362
Minst sentral 6	15,7 %	15,7 %	32,5 %	32,5 %	3,6 %	166

Nytt av året er at vi har spurt kommunene som subsidierer fastlegeordningen om hvor mange fastlegeavtaler de har av ulike typer. Som det fremgår av tabell 4.1 og 4.2 står ren selvstendig næringsdrift for majoriteten av fastlegeavtaler i store (over 10000 innbyggere) og mest sentrale kommuner (sentralitetsnivå 1–3), mens det er prosentvis størst innslag av 8.2-avtaler i mellomstore (3000-9999 innbyggere) og mellomsentrale kommuner (sentralitetsnivå 5). Ren fastlønn er mest vanlig i små kommuner (under 3000 innbyggere), hvor disse står for den høyeste andelen fastlegeavtaler.

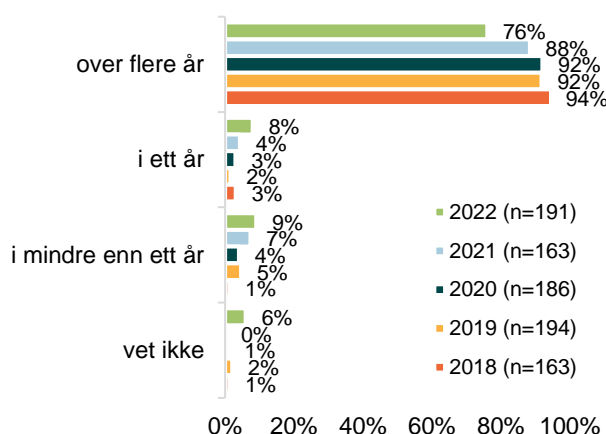
**Figur 4.6 Er det enkelte fastleger som subsidieres og enkelte som ikke subsidieres i din kommune?** Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Andelen kommuner som oppgir at det er enkelte fastleger som subsidieres og enkelte fastleger som ikke subsidieres i kommunen har gått fra 46 % i 2021 til 38 % i årets undersøkelse (ref. figur 4.6), nedgangen fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene. Som tidligere er det langt flere av de største og mest sentrale kommunene som svarer bekreftende på dette. Hele 80 % av kommunene som har sentralitetsnivå 1–3 svarer «Ja» på dette, mot 11 % av de minst sentrale kommunene. Vi ser også at 10 % av de minste kommunene (under 3000 innbyggere) svarer bekreftende på dette, mot hele 74 % av kommunene med 10 000 innbyggere eller mer.

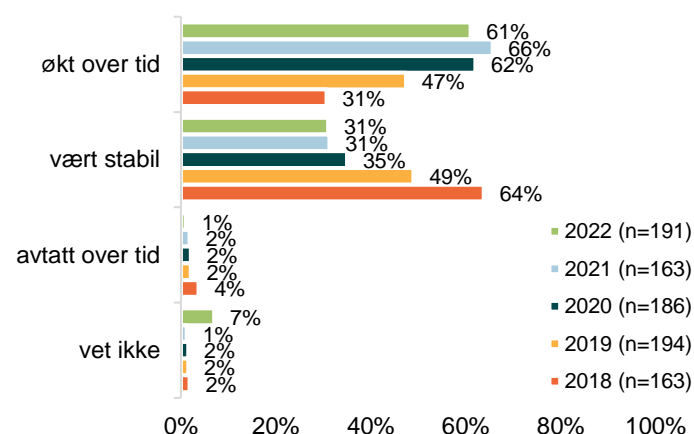
**Figur 4.7 Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen utover basistilskudd og utjamningstilskudd...**<sup>22</sup>

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



**Figur 4.8 Jeg opplever at omfanget av egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen utover basistilskudd og utjamningstilskudd i min kommune har...**

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Figur 4.7 og 4.8 gir informasjon om utviklingen av kommunenes subsidiering av fastlegeordningen over tid. Likt som tidligere oppgir de fleste at deres subsidiering har pågått over flere år (76 %), men det er en signifikant nedgang i denne andelen fra målingen i fjor (88 %).

Andelen kommuner som oppgir at omfanget av subsidieringen har økt over tid har nær doblet seg siden nullpunktsmålingen; fra 31 % i 2018 til 61 % i 2022. Denne endringen er statistisk signifikant.

<sup>22</sup> Presiseringen «utover basistilskudd og utjamningstilskudd» ble lagt til i 2022. Dette gjelder både 4.8 og 4.9.

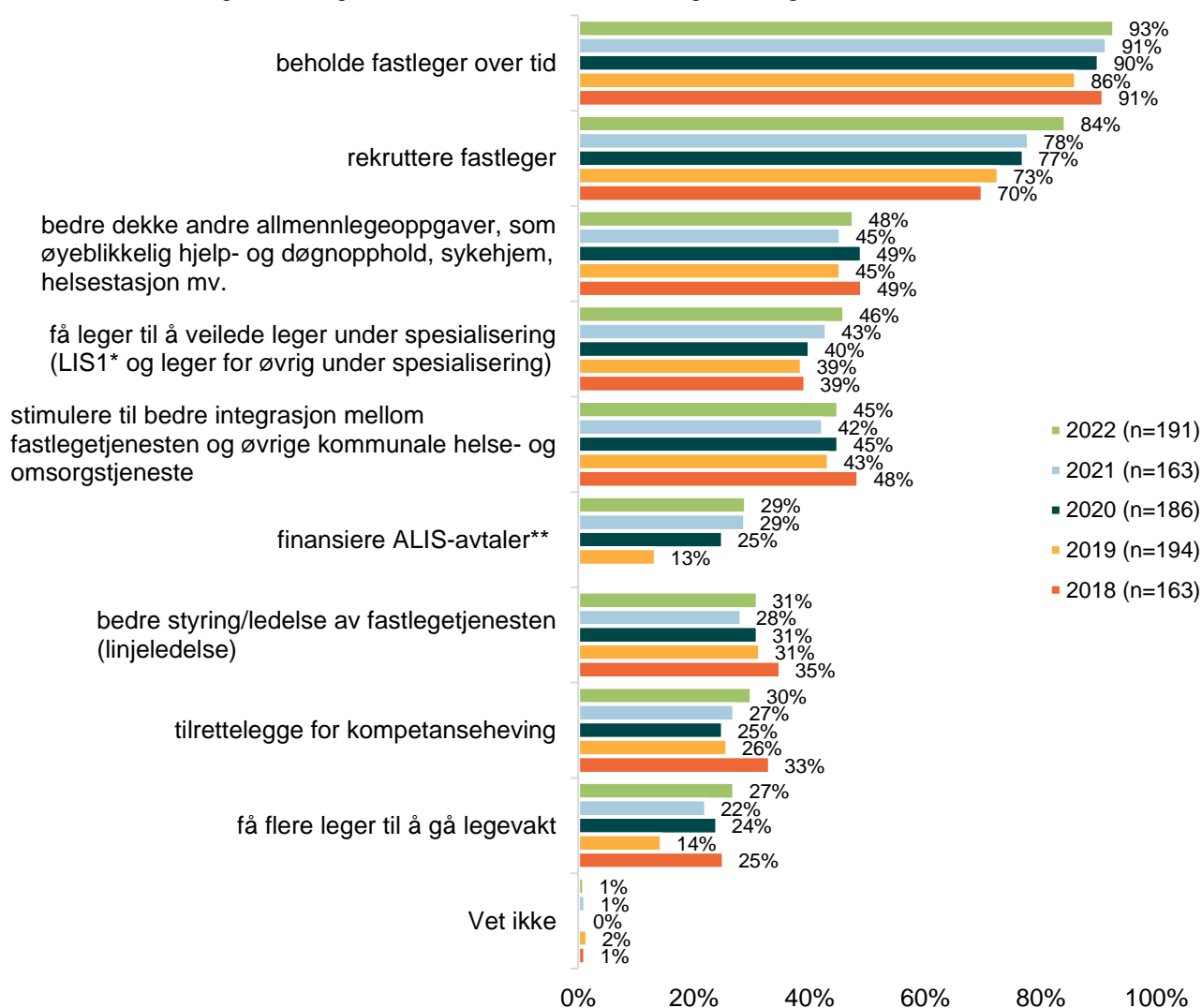
Andelen kommuner som har subsidiert fastlegeordningen over flere år er større blant mindre kommuner (under 10000 innbyggere) og mindre sentrale kommuner (sentralitetsnivå 4–6). Mens andelen som oppgir at subsidieringen har økt over tid er størst blant de mest sentrale (sentralitetsnivå 1–3) og store kommunene (over 10000 innbyggere). Flere av kommunene med over 10000 innbyggere (19 %) og kommuner med sentralitetsnivå 1–3 (27 %) som subsidierer fastlegeordningen svarer at subsidieringen har pågått i mindre enn ett år, sammenlignet med gjennomsnittet (9 %).

Som vi skal se i kapittel 5, vurderer 6 av 10 av kommuner (59 %) som per nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre dette gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag. Tilsvarende andel var på 53 % i fjor. Vi gjør oppmerksom på at antall kommuner som har svart på dette spørsmålet er lavt, noe som gjør at feilmarginene er store.

## 4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger

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

**Figur 4.9 Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å:** Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen<sup>23</sup>



<sup>23</sup> \*F.o.m. 2022 er «turnusleger» er tatt bort fra dette alternativet

\*\*«Finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger) var et nytt alternativ fra 2019, f.o.m. 2022 er «(tidligere kalt utdanningsstillinger)» tatt bort fra dette alternativet

I alle de fem kartleggingene har vi sett at målet flest kommuner har med egenfinansieringen av fastlegeordningen er å *beholde* og *rekruttere* fastleger, se figur 4.9. I likhet med i 2020 og 2021 oppgir over 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen at de gjør dette for å beholde fastlegene over tid, samtidig som rundt 8 av 10 gjør det for å rekruttere fastleger. Vi finner signifikante forskjeller i svar avhengig av sentralitet og kommunestørrelse, når det kommer til andelene som svarer at de subsidierer for å beholde fastlegene over tid. Som i fjor er det i år en lavere andel av de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1–3) som oppgir at de subsidierer for å beholde fastlegene over tid, med 84 % mot 93 % blant gjennomsnittet. Det er også færre av de store kommunene (over 10000 innbyggere) som oppgir at de subsidierer for å beholde fastleger over tid (88 %).

Ved kartleggingen i 2019 ble alternativet *finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)* introdusert for første gang, og da hadde 14 % av kommunene dette som mål med deres subsidiering. Denne andelen har steget signifikant over tid. I år har 29 % av kommunene dette som mål med deres subsidiering, dette er på samme nivå som i 2021.

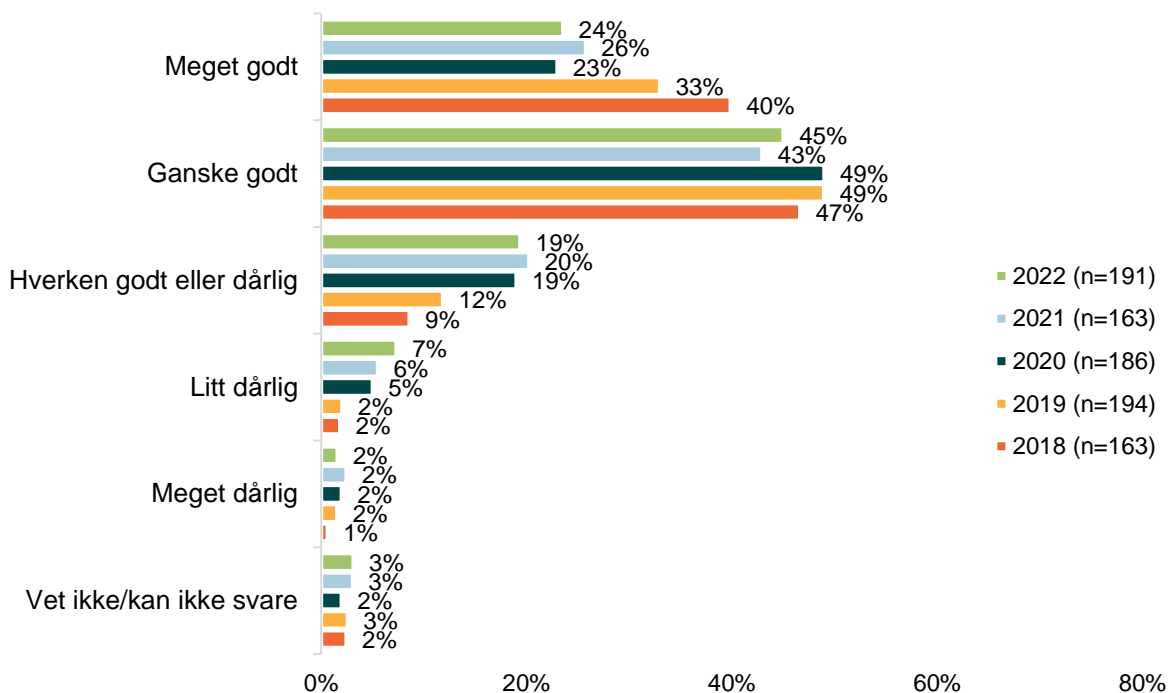
Flere av de største kommunene oppgir at de subsidierer for å rekruttere fastleger (99 % mot 84 % i snitt), for å finansiere ALIS-avtaler (46 % mot 29 % i snitt) og for å tilrettelegge for kompetanseheving (38 % mot 30 % i snitt).

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

46 % av kommuner som subsidierer har som mål å få fastleger til å veilede andre leger under spesialisering. Som ved de to foregående målingene har 3 av 10 kommuner som mål å bedre linjeledelsen, finansiere ALIS-avtaler, eller tilrettelegge for kompetanseheving. 27 % av kommunene som subsidierer har som mål å få flere leger til å gå legevakt.

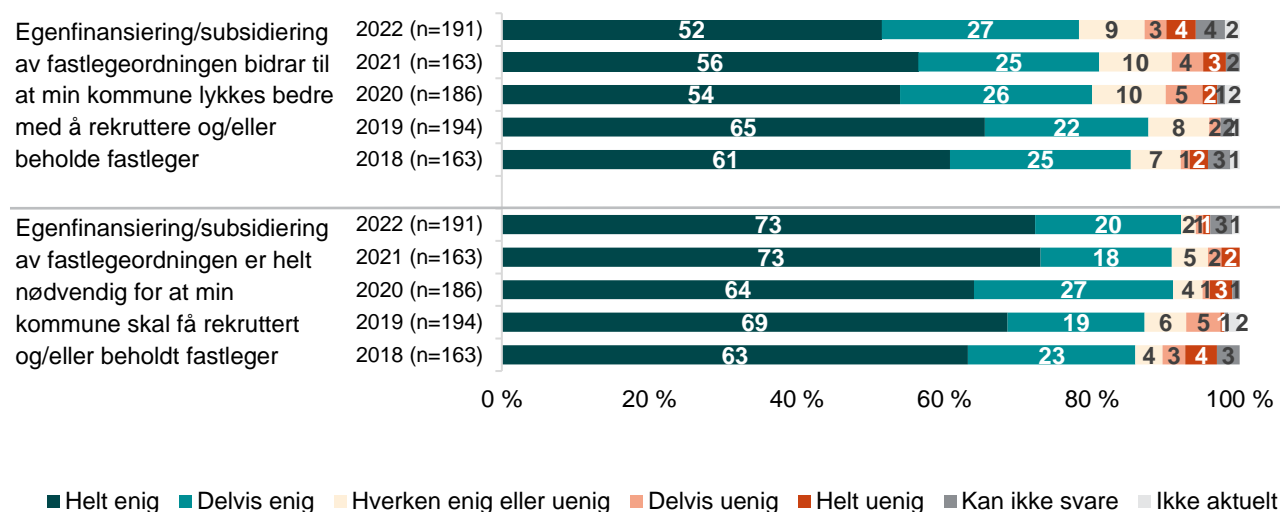
**Figur 4.10 Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen /subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?**

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Som ved tidligere kartlegginger mener stadig et stort flertall av kommunene som subsidierer fastlegeordningen at dette fungerer meget eller ganske godt i egen kommune. Andelen som mener dette har imidlertid sunket over tid; fra 87 % i 2018 til 69 % i 2021, og er i år på samme nivå som i fjor, se figur 4.10. Andelen kommuner som vurderer at subsidieringen fungerer litt eller meget dårlig har økt marginalt over tid, fra 3 % i 2018 til 9 % i år.

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



Med påstandene i figur 4.11 ønsket vi å få frem nyanser i kommunenes beveggrunner for å subsidiere fastlegeordningen. Vi spør både om subsidieringen bidrar til at kommunene opplever å lykkes bedre med å rekruttere og beholde fastleger, og hvorvidt den oppleves som helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger. Teoretisk sett kan det være slik at subsidiering gjør at kommunene lykkes bedre med rekruttering, uten at ordningen vurderes som helt nødvendig eller avgjørende. I likhet med i fjor er ca. 8 av 10 kommuner som subsidierer helt eller delvis enige i at subsidieringen bidrar til at egen kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger. Mens litt flere, rundt 9 av 10, er helt eller delvis enige i at subsidiering er helt nødvendig for å få rekruttert og/eller beholdt leger i egen kommune. Endringene fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene.

Skalaen på disse spørsmålene går fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig), hvor lavere tallverdi er et uttrykk for sterkere enighet i utsagnene. Gjennomsnittet for kommunene som subsidierer var i 2018 1,5 for begge påstandene. I år er gjennomsnittet på 1,7 for at det bidrar til at kommunen lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger, og 1,3 i snitt for at det er helt nødvendig. Dette er omtrent på samme nivå som vi målte i fjor. I år endrer ikke disse gjennomsnittene seg systematisk avhengig av kommunens sentralitet og størrelse slik vi så i fjor.

Kommunene som subsidierer fastlegeordningen, ble stilt et åpent spørsmål om hvordan de vil beskrive effektene av kommunens subsidiering. I år skrev 36 kommuner inn et svar. Som tidligere forsterker kommentarene inntrykket fra de tidligere omtalte tallbaserte funnene. Kommunene understreker at subsidiering av fastlegeordningen er avgjørende for å rekruttere og beholde fastleger, og at effekten av subsidiering er mer stabil legedekning og bedre kvalitet på legetjenestene.

Etter å ha egenfinansiert fastlegeordningen i ca. 1 1/2 år har vi klart å skape rekruttering av nye leger, og beholde de fastlegene vi har. MEN, dette ser vi ikke er nok, og at vi blir nødt til å subsidiere fastlegeordningen betydelig etterhvert, både med tanke på rekruttering, men også for å beholde fastlegene vi har i dag.

Dette er grunnen til at vi får rekruttert og at leger blir værende over tid.



Andre kommentarer går på at subsidiering bidrar til økt *samhandling* mellom fastleger og kommunen, og at det skaper et kollegialt felleskap. Men det pekes også på at fastlønnsavtaler eller de tilpassede avtalene som tidligere har vært nok, ikke lenger er tilstrekkelige for å tiltrekke seg unge/jobbsøkende og beholde dem over tid.



*Yngre legar ønsker fast løn. Viktig å kunne tilby dette. Møtehonorering bidreg til at næringsdrivande legar i større grad deltek på møte slik at ein bedre kan skape samordning og kollegiale fellesskap. Heilt naudsynt når ein har både næringsdrivande og fastlønna legar.*



*Får påskjønnelse etter ekstraordinære år. Like fullt sliter kommunen med å rekruttere og beholde, samt at overgang til fastlønn er betydelig dyrere for kommunen. Kommunen kommer derfor både økonomisk, kompetansemessig, kvalitetsmessig mv. i en stor skvis. Det må tas nasjonale grep for å styrke kommunens handlingsrom for å rekruttere og beholde fastleger.*



*Alle hjemler er besatt, men det må jobbes kontinuerlig med rekruttering/stabiliseringstiltak for å støtte opp under fastlegeordningen.*



*Vi subsidierer eit as som driver legesenteret. Då blir subsidiering fordelt på alle legane. Vi må no til med ekstra startpakkar for å rekruttere nye legar. Stor kostnad for unge legar å kjøpe seg inn og starte opp.*

### 4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger

Ved alle kartleggingene har vi anslått antall kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. I nullpunktsmålingen i 2018 anslo vi at 287 av landets daværende 422 kommuner subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 68 % av kommunene. I år anslås det at 287 av landets 356 kommuner subsidierer fastlegeordningen, altså 81 % av kommunene.

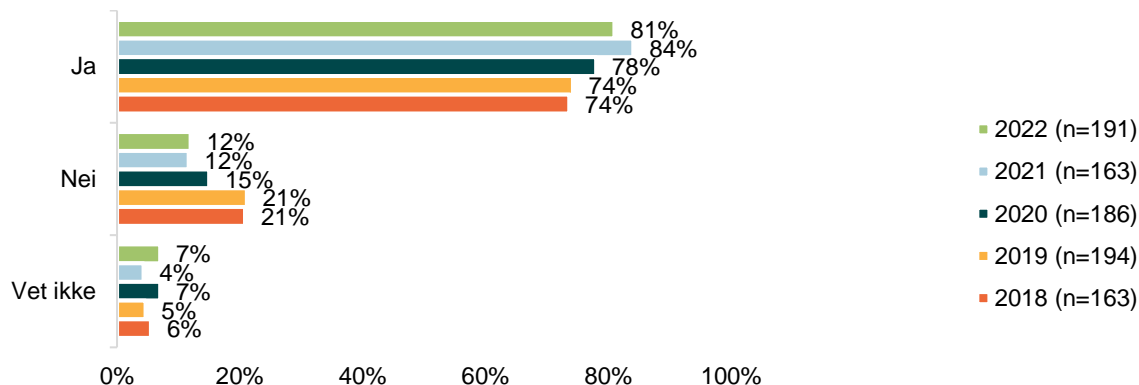
Av kommunene som egenfinansierer fastlegeordningen hadde 81 % også merkostnader knyttet til dette i 2021, jf. figur 4.12. Dette er 3 prosentpoeng lavere enn i 2020. De aller fleste har dermed kostnader forbundet med subsidieringsløsninger. Som sett i figur 4.10 er de hyppigste målene med slike ordninger å beholde eller rekruttere fastleger.

Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger betydelige systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, jf. kapittel 3.3. Med en forventning om at utvalget gir et godt bilde av fordelingen i populasjonen, anslår vi at totalt 233 kommuner hadde merkostnader i 2021 ut over basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd til ulike subsidieringer av fastlegeordningen. Anslaget er tilnærmet uendret fra fjorårets undersøkelse hvor vi anslo at 224 kommuner hadde slike merkostnader i 2020.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Beregningen av de 233 kommunene som subsidierer fastlegeordningen i 2021 er basert på at 81 % av de 287 kommunene som sier de subsidierer, også sier at dette medfører merkostnader. I fjor var tilsvarende beregning av de 224 kommunene basert på at 84 % av de 267 kommunene som subsidierte fastlegeordningen ut over hovedmodellen også svarte at dette medførte merkostnader for dem i 2020.

**Figur 4.12 Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering /subsideringsordninger av fastlegeordningen i [2017/2018/2019/2020/2021]?**

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Ett av hovedspørsmålene i denne kartleggingen er hvor store merkostnader kommunesektoren har til subsidieringsløsninger av fastleger utover det som ligger inne i hovedmodellen. Ettersom vi kun har informasjon fra et utvalg av den samlede populasjonen bestående av Norges 356 kommuner, er det knyttet en viss usikkerhet til slike beregninger. Det er like fullt mulig å tilnærme seg den samlede merkostnaden i populasjonen ved hjelp av svarene fra utvalget.<sup>25</sup>

Vi estimerer gjennomsnittskostnaden for populasjonen med tilhørende usikkerhetsintervall (konfidensintervall) basert på utvalgets rapporterte merkostnader. Populasjonens gjennomsnittskostnad og mediankostnad med tilhørende konfidensintervall er gitt i tabell V5 og V7 i vedlegg 2. Populasjonens gjennomsnittskostnad knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen estimeres til om lag 3,5 millioner kroner i 2021, mot 2,6 millioner kroner i 2020.<sup>26</sup> Estimert mediankostnad for populasjonen er 2,5 millioner kroner i 2021, mot 2,0 millioner kroner i 2020 og 1,8 millioner kroner i 2019. Både median og gjennomsnittlig merkostnad øker noe mer siste år enn mellom tidligere målinger.

Vi legger i det videre til grunn gjennomsnittskostnaden i kostnadsberegningen for alle kommuner. Vi forventer å i tilstrekkelig grad fange opp variasjoner med rapporterte merkostnader og at gjennomsnittet slik gir et godt bilde av de samlede merkostnadene. Vi legger også til grunn at kommunene har vært oppriktige i sin rapportering, men understreker at kommunene kan ha insentiver til å oppgi høyere kostnader enn de egentlig har.

Usikkerhetene i estimert merkostnad basert på en utvalgsundersøkelse belyses ved å presentere et konfidensintervall. Ved å beregne et 95%-konfidensintervall til den estimerte gjennomsnittskostnaden, kan vi med stor sannsynlighet si at vi fanger opp populasjonens faktiske merkostnader. Konfidensintervallet til gjennomsnittskostnaden estimeres for 2021 med en nedre grense på 2,8 millioner kroner og en øvre grense på 4,2 millioner kroner, jf. tabell V5 i vedlegg 2.

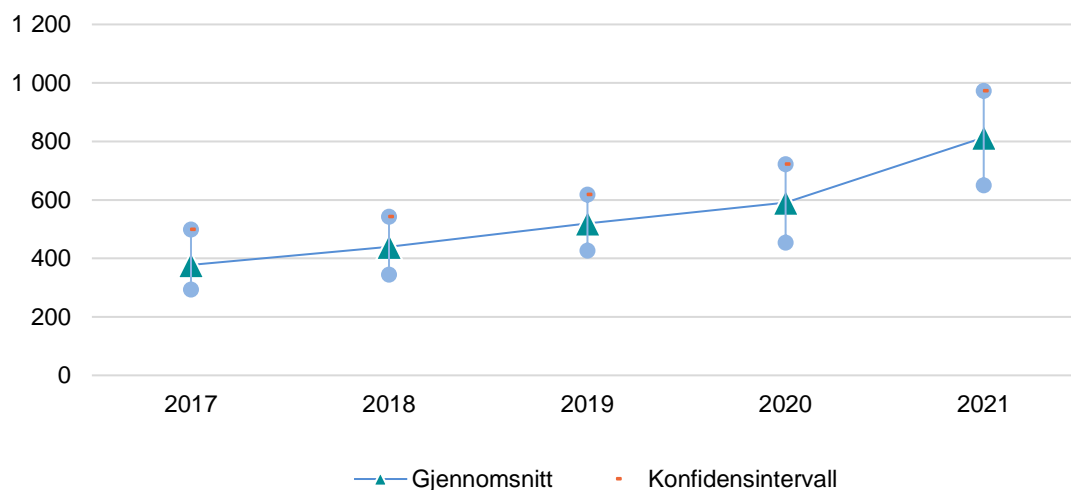
Tolkningen av konfidensintervallet er at dersom vi gjennomfører tilsvarende utvalgsundersøkelse en rekke ganger, vil gjennomsnittskostnaden for utvalget i 19 av 20 tilfeller befinne seg innenfor estimerte

<sup>25</sup> I årets undersøkelse angir 56 % (mot 54 % i fjor) av kommunene som svarer at de har merkostnader til subsidiering et anslag på disse kostnadene. I alt baserer vi oss på 87 (mot 74 i fjor) rapporterte merkostnader til subsidieringsordninger. Dette anser vi som tilstrekkelig til å gi et godt anslag på merkostnadene til populasjonen.

<sup>26</sup> For å beregne konfidensintervall benyttes 'ikke-parametriske bootstrapping'. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker  $n$  tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor  $n$  er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Denne beregningsmetoden innebærer en omlegging av metoden fra og med 2021. Omleggingen gjøres med mål om mer presise estimater på konfidensintervallene. Bootstrapping forbedrer estimatene når utgangspunktet vårt er relativt få observasjoner. Konfidensintervallene beregnes med ny metode også for tidligere års data.

intervall. En repetering av tilsvarende utvalgsundersøkelse betyr å sende tilsvarende spørreskjema til hele populasjonen og oppnå tilsvarende svarprosent, men med et tilfeldig utvalg respondenter. Gjennomsnittskostnaden i det tilfeldige utvalget forventes altså med stor sannsynlighet å befinne seg innenfor konfidensintervallet.

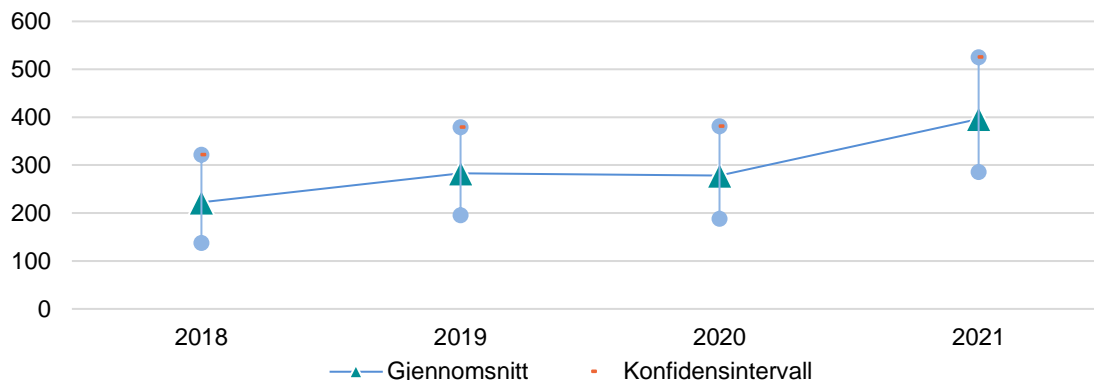
**Figur 4.13 Estimerte samlede merkostnader for norske kommuner knyttet til egenfinansiering/-subsidiierungsordninger av fastlegeordningen i 2017-2021. Mill. kroner. 95%-konfidensintervall**



Tillegger vi alle de 233 kommunene å ha merkostnader til subsidiierungsordninger tilsvarende gjennomsnittskostnaden i utvalget, beløper de samlede merkostnadene for kommunesektoren seg til 813 millioner kroner i 2021, mot 591 millioner kroner i 2020 (jf. figur 4.13). Økningen er med andre ord på nærmere 38 %, eller 222 millioner kroner. Tilsvarende økning fra 2019 til 2020 var på 14 % og 71 millioner kroner. Vi får et konfidensintervall for kommunenes samlede merkostnader på mellom 649 og 973 millioner kroner. Etter at fjoråret viste en avtagende vekstrate i forhold til tidligere år, ser vi i år at veksten i merkostnader tar seg opp.

Fjorårets og årets konfidensintervall for estimerte samlede merkostnader ved subsidiering av fastlegeordningen for norske kommuner overlapper. Derfor kan vi ikke konkludere med at endringen fra 2020 til 2021 er statistisk signifikant ulik null, altså, vi kan ikke statistisk si at merkostnaden har økt i 2021 sammenlignet med i 2020. Konfidensintervallet for 2021 er derimot høyere enn for årene fra og med 2019 og bakover. Vi kan derfor si at merkostnadene til kommunene er statistisk signifikant høyere i 2021 enn i 2019 og foregående målinger.

**Figur 4.14 Estimerte merkostnader for norske kommuner knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen brukt på fastlønn i 2018-2021.** Mill. kroner. 95%-konfidensintervall.<sup>27</sup>



Kommunene ble også spurt om hvor mye av merkostnadene knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som ble brukt på fastlønn. I spørsmålet til kommunene ble det fra 2020-målingen presisert at lønnskostnadene var en merkostnad, *dersom kostnadene til lønn, drift av legekantor inkl. sosiale kostnader oversteg det kommunen sparte i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler.*

I alt 88 kommuner (opp fra 59 i fjorårets undersøkelse) oppgir konkrete tall for merkostnadene som går til fastlønn i årets undersøkelse. Rapporterte merkostnader til fastlønn fra undersøkelsen er i gjennomsnitt 1,7 millioner kroner i 2021, opp fra 1,2 millioner kroner i 2020, jf. tabell V6 i vedlegg 2. Etter en flat utvikling fra 2019 til 2020, ser vi en tydelig økning fra 2020 til 2021 (jf. figur 4.15). Veksten siste år i gjennomsnittlig rapportert fastlønnsutgift er på 37 %. Mediankostnaden til fastlønn som del av merkostnadene til kommunene øker relativt mye sammenlignet med gjennomsnittet. Mediankommunen hadde 950 000 kroner i utgifter til fastlønn i 2021, opp fra 500 000 kroner i 2020, jf. tabell V8 i vedlegg 2. Økningen er på om lag 90 %.

Samlede kostnader til fastlønn anslås å utgjøre 396 millioner kroner i 2021, en økning på 42 % fra fjorårets måling.<sup>28</sup> Årets anslag tilsier at om lag 49 % av kommunenes merkostnader ved finansiering av fastlegeordningen i 2021 ble brukt til fastlønn. Dette er en nedgang på 6 prosentpoeng fra målingen i fjor. Fastlønn kan dermed se ut til å bli relativt mindre viktig for den samlede merkostnaden. Usikkerhetsintervallet for merkostnader til fastlønn spenner seg fra 286 til 525 millioner kroner, jf. figur 4.14. Konfidensintervallet for 2021 overlapper med tidligere års resultater, slik at vi ikke kan konkludere med at årets måling er statistisk forskjellig fra tidligere år.

Nytt i årets kartlegging er et spørsmål knyttet til hvor mange leger i kommunen som mottar støtte til fastlønn. For 2021 oppgir de 88 kommunene at i alt 222 fastleger omfattes av rapporterte merkostnader til fastlønn drift. Antall fastleger per kommune varierer fra 1 til 12, med en gjennomsnittlig merkostnad på nærmere 540 000 kroner per lege med fastlønn.

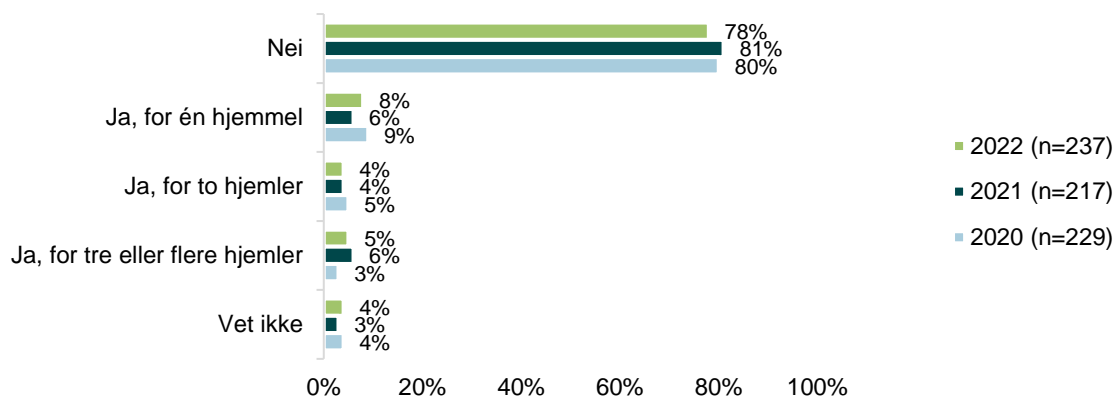
Som i tidligere undersøkelser stiller vi spørsmål knyttet til eventuell økonomisk kompensasjon gitt av kommunen til leger ved overdragelse av hjemler. 3 av 10 kommuner har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste 5 årene. I alt svarer 42 kommuner, eller 18 %, at de har gitt økonomisk kompensasjon i forbindelse med innløsning av hjemmel i 2021.

<sup>27</sup> For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Konfidensintervallet er beregnet på denne måten for alle oppgitte år.

<sup>28</sup> Estimert mediankostnad finnes i tabell V6 i vedlegg 2.

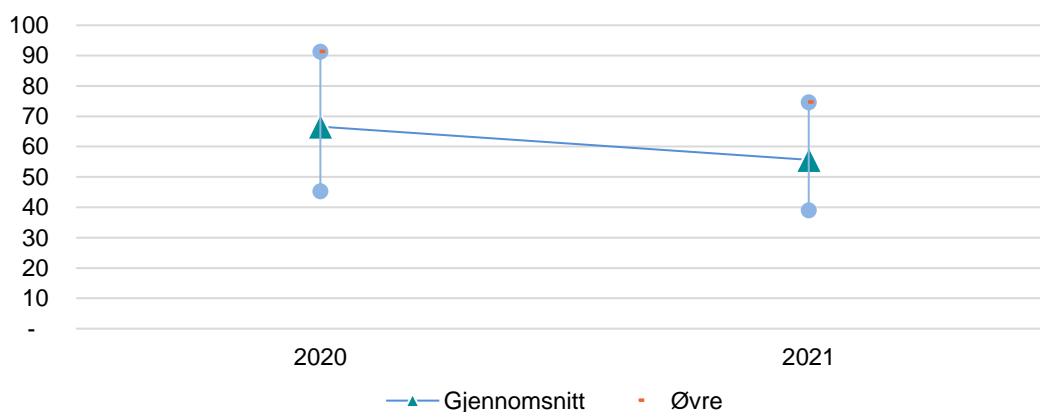
Dette er en økning på 10 kommuner (og to prosentpoeng) fra fjorårets måling. Årets kartlegging indikerer at de 42 kommunene har gitt kompensasjon for 92 hjemler. Vi anslår dermed at 63 kommuner totalt har overført 138 hjemler dersom vi legger til grunn samme fordeling for kommunene som ikke har svart på undersøkelsen i 2021.

**Figur 4.15 Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av [2019/2020/2021]? Ja, skriv inn antall hjemler:**



Spørsmålet om antall overførte hjemler ble endret i fjorårets måling, hvor respondentene fikk mulighet til å skrive inn antall hjemler. I 2020 ble spørsmålet stilt med alternativene gitt over i figur 4.16. I årets kartlegging oppgir 35 kommuner sine merkostnader forbundet med hjemmelsoverføringer. I gjennomsnitt beløper kostnaden seg til 882 000 kroner, ned fra 1,2 millioner kroner i 2020, jf. tabell V9 i vedlegg 2. Legger vi til grunn samme metode som for de andre kostnadsanslagene, anslås de samlede kostnadene til hjemmelsoverføringer til om lag 56 millioner kroner i 2021, slik det fremkommer i figur 4.16.<sup>29</sup> Dette er en nedgang fra anslaget på 67 millioner kroner for 2020, tilsvarende 16 % reduksjon. Estimert konfidensintervall rundt samlede kostnader til hjemmelsoverføringer spenner seg fra 40 millioner til 75 millioner kroner i 2021. Konfidensintervallet overlapper målingen for 2020, og vi kan slik ikke konkludere med at endringen fra 2020 til 2021 er statistisk signifikant.

**Figur 4.16 Estimerte merkostnader knyttet til overføring av hjemler, 2020. Millioner kroner. 95%-konfidensintervall.<sup>30</sup>**



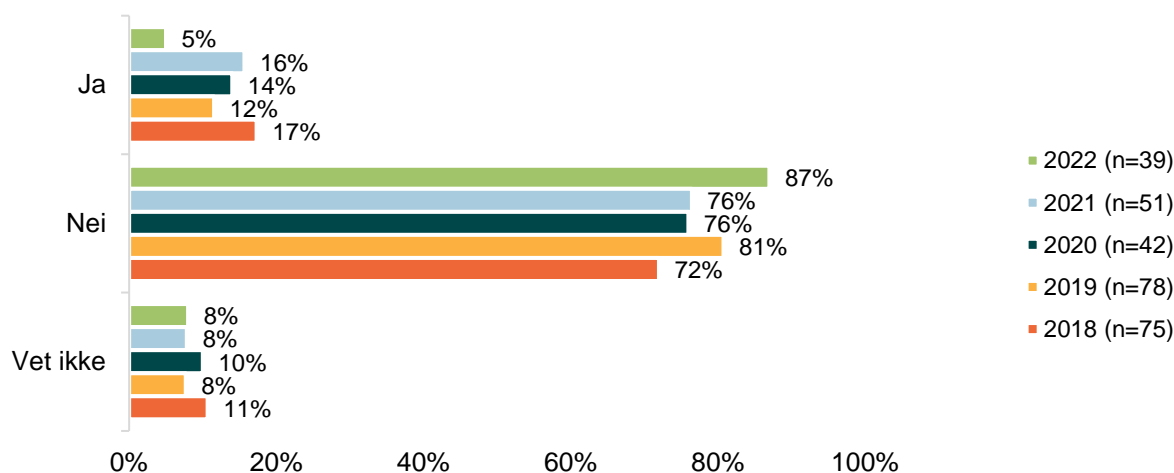
<sup>29</sup> Estimert mediankostnad for hjemmelsoverføringer finnes i tabell V7 i vedlegg 2.

<sup>30</sup> For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Konfidensintervallet er beregnet på denne måten for alle oppgitte år.

## 5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen

Vi har i år sett at 81 % av kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, mens 16 % av kommunene ikke gjør dette, se figur 4.1. Blant kommunene som svarer at de *ikke* subsidierer fastlegeordningen, finner vi en større andel av kommuner med under 3000 innbyggere (23 %), de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1–3) (26 %) og kommuner på Østlandet (22 %), sammenlignet med 16 % av snittet. Som ved flere av de tidligere kartleggingene virker størrelse og sentralitet å forklare mye av variasjonen i om kommunene subsidierer fastlegeordningen eller ikke.

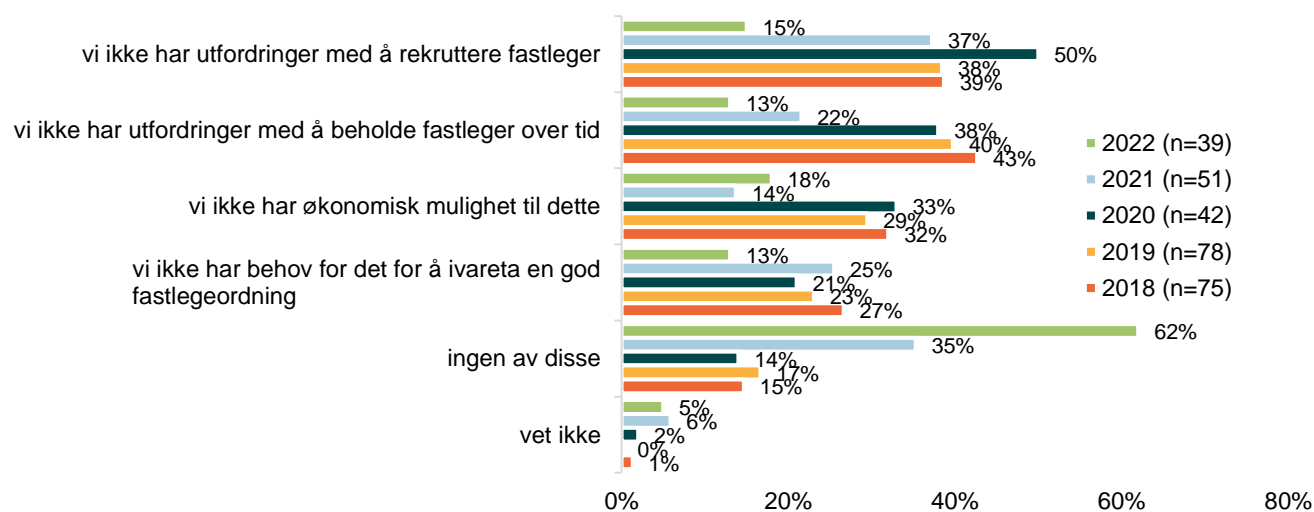
**Figur 5.1 Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det?** Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



Blant kommunene som ikke subsidierer fastlegeordningen nå, har majoriteten (87 %) heller ikke gjort dette tidligere, se figur 5.1. 5 % av disse kommunene har tidligere subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det. Denne andelen har tilsynelatende gått ned siden i fjor, men her må vi være oppmerksom på at det er få kommuner som har svart og at feilmarginene er store.

**Figur 5.2 Min kommune har bare fastleger i ren selvstendig næringsdrift og egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...**<sup>31</sup>

Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen

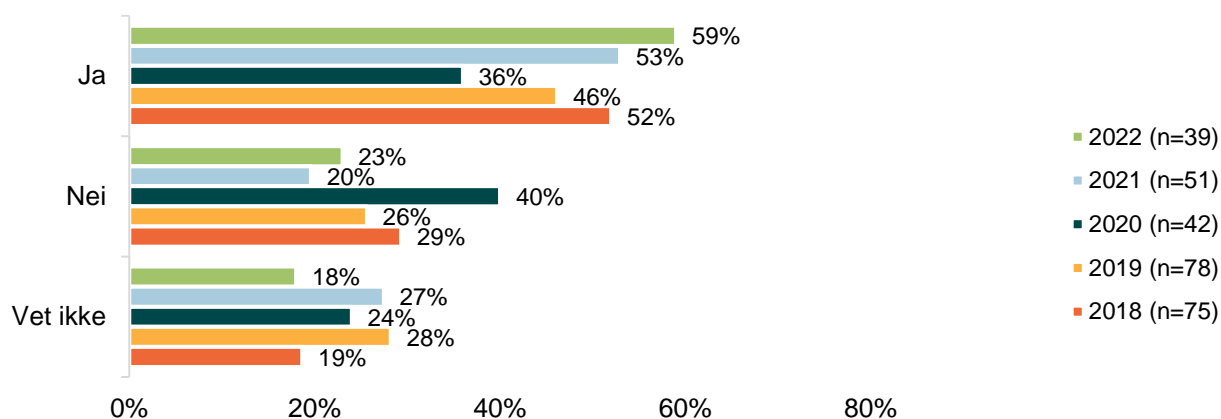


<sup>31</sup> Presiseringen «har bare fastleger i ren selvstendig næringsdrift» ble lagt til i 2022.

Som det fremgår av figur 5.2 er i år den hyppigst oppgitte årsaken til at kommuner ikke subsidierer fastlegeordningen «ingen av disse» (62 %). Det er langt flere enn tidligere som har svart dette alternativet. 18 % av de som ikke subsidierer begrunner dette med at de ikke har økonomisk mulighet. 13 % svarer at de ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid, mens 15 % svarer at de ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger. For sistnevnte alternativ ser vi en signifikant nedgang fra 37 % i 2021. Lavt antall kommuner som har svart på dette spørsmålet ved de siste tre målingene bidrar til at feilmarginene er høyere og at det er en noe større usikkerhet knyttet til resultatene enn ved de to første målingene.

**Figur 5.3 Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag?<sup>32</sup>**

Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



På tvers av de tre første kartleggingene så vi en nedadgående trend i andel kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen, men som vurderer at de vil måtte gjøre dette i fremtiden. Denne trenden ble brutt i fjor, da andelen som trodde de ville måtte subsidiere fastlegeordningen i fremtiden var på 53 %, jf. figur 5.3. I år vurderer 59 % av de som ikke subsidierer i dag at de vil måtte gjøre det i fremtiden. Med små baser er det også stor usikkerhet til tallene, så endringen fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene. Økningen fra 2020 til i år er imidlertid statistisk signifikant. Det er de mest sentrale (sentralitetsnivå 1–3) og mellomstore kommunene (3000-9999 innbyggere) som ikke subsidierer nå som i størst grad tror at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag.

<sup>32</sup> Presiseringen «med hovedmodellen» ble lagt til i 2022

## 6. Drøfting og konklusjon

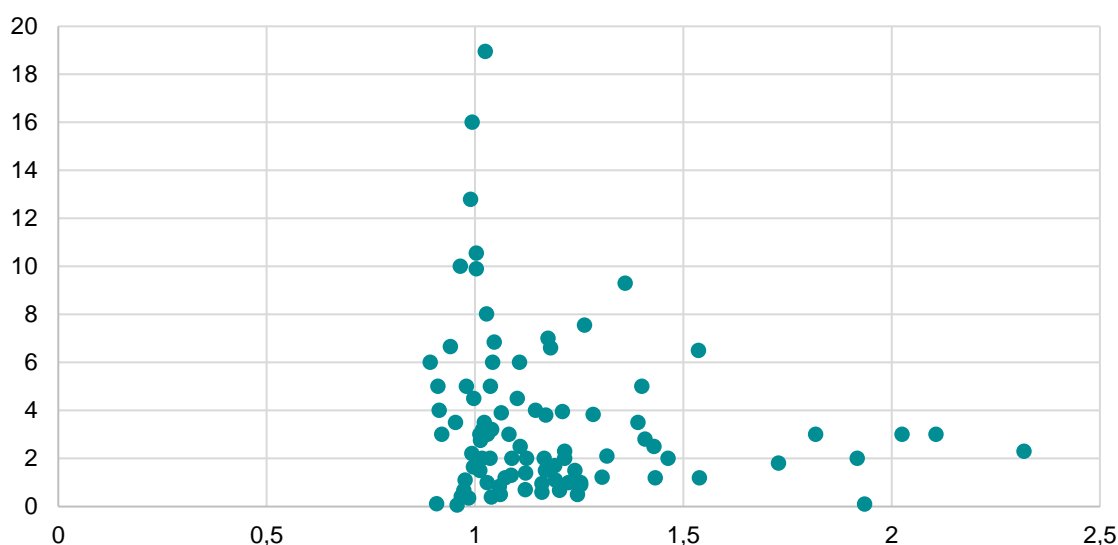
Kommunesektorens direkte kostnader knyttet til finansiering av fastlegeordningen begrenser seg - i utgangspunktet - til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Disse utgjorde til sammen i overkant av 3,4 milliarder kroner i 2021, jf. drøftingen i kapittel 1.1. Kommunene blir verken kompensert for basistilskudd eller eventuelle utjamningstilskudd særskilt, men skal finansiere dette ved sine frie inntekter (årlige rammetilskudd og skatteinntekter). Basistilskuddene og utjamningstilskudd utgjorde omtrent en fjerdedel av den totale finansieringen av fastlegeordningen dersom vi inkluderer trygderefusjoner og egenandeler. Pasienters innbetaling av egenandel og trygderefusjoner tilfaller fastlegene via staten og er på den måten ikke finansiering av kommunens kostnader ved fastlegeordningen som sådan.

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

Slik inntektssystemet for kommunene er definert og slik hovedmodellen for fastlegedrift er satt opp, skulle kommuner med en høy delkostnadsnøkkel for helse i inntektssystemet også oppgi relativt store merkostnader i våre undersøkelser. Vi har ikke fått undersøkt dette temaet i detalj innenfor dette prosjektets rammer, men vi klarer ikke se at det er en systematisk sammenheng mellom beregnet utgiftsbehov til helse og kommunenes oppgitte merkostnader ut over hovedmodellen, jf. figur 6.1.

Selv om det er lite systematikk i sammenhengen vist i figur 6.1, kan det se ut til at mange kommuner med et utgiftsbehov rundt landsgjennomsnittet også har de største merkostnadene. Samtidig har mange av kommunene med det største beregnede utgiftsbehovet oppgitt lave merkostnader.

**Figur 6.1 Sammenheng mellom delkostnadsnøkkel helse i inntektssystemet for kommuner som har oppgitt en merkostnad (1 = landsgjennomsnittet, x-akse) og rapporterte merkostnader i 2021 til finansiering av fastlegeordningen (mill. kroner, y-akse). Base: Kommuner som har oppgitt merkostnader ved egenfinansiering/subsidiering, n=89.**

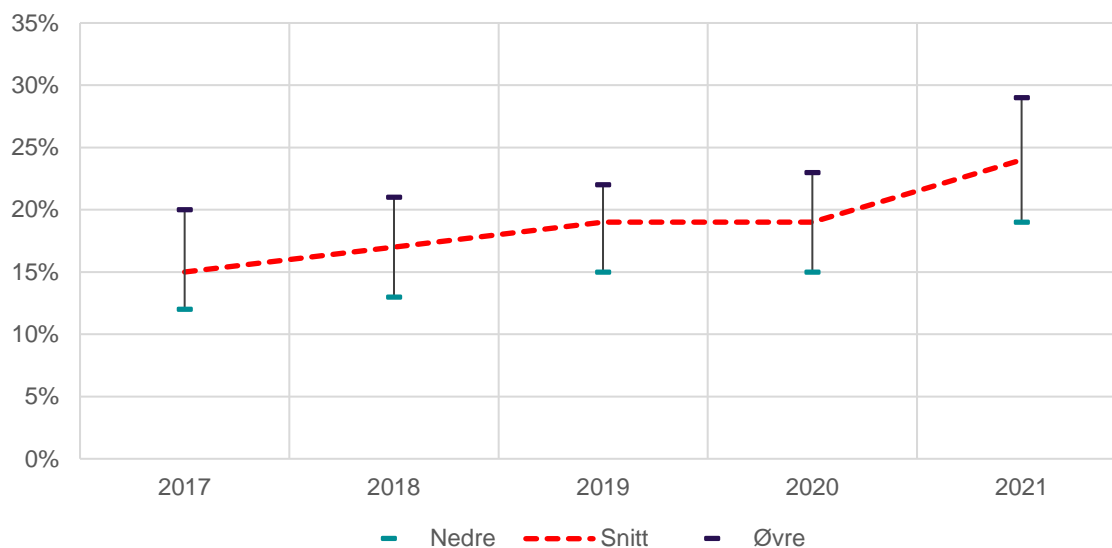


I kapittel 4.3 beregnet vi merkostnaden til kommunesektoren ved subsidieringsordninger av fastlegeordningen til 813 millioner kroner i 2021, opp fra 591 millioner kroner i 2020. Anslaget for merkostnaden i 2021 er statistisk signifikant høyere enn anslagene fra før 2020. De beregnede



merkostnadene utgjør i år om lag 24 % (opp fra 19 % i fjor) av kommunens direkte kostnader ved finansiering av fastlegeordningen, se figur 6.2. Basert på estimert konfidensintervall forventes merkostnaden å utgjøre minimum 19 % og høyest 29 % av kommunens kostnader ved fastlegeordningen. Fra 2019 til 2020 kunne det se ut til at kostnadsnivået flatet ut. Endringen fra 2020 til 2021 indikerer en økning, men kan ikke sies å være statistisk signifikant forskjellig.

**Figur 6.2 Estimerte merkostnader til subsidieringsordninger av fastlegeordningen som andel av basistilskudd og utjamningstilskudd. 95%-konfidensintervall.**



Selv om vi legger det nedre anslaget på 19 % merkostnad i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskudd til grunn, er det rimelig å slå fast at merkostnadene utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommunesektoren samlet. Det vil forekomme variasjoner i omfang av slike merkostnader og kommunenes økonomiske situasjon, men subsidiering av fastlegeordningen er mer utbredt blant de mellomsentrale (sentralitetsnivå 4 og 5) og mellomstore kommunene (3000-9999 innbyggere).

Gjennom denne utredningen har vi kartlagt at 8 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover fastlegeordningens hovedmodell. 8 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen har også merkostnader som følge av dette. Siden forrige måling er det en noe høyere andel av kommunene som rapporterer at de subsidierer fastlegeordningen (81 % i 2021, opp fra 75 % i 2020). Andelen av disse som oppgir at subsidieringen også medfører økte kostnader har gått noe ned (81 % i 2021 mot 84 % i 2020). Disse endringene er innenfor feilmarginene, og er dermed ikke statistisk signifikant.

Rundt 6 av 10 kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen, tror de vil måtte gjøre det i fremtiden dersom ordningen fortsetter slik som i dag. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Som i de tidligere kartleggingene er de hyppigste formålene med å subsidiere fastlegeordningen å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette er på nivå med resultatene fra de fire foregående kartleggingene, og vi finner få signifikante forskjeller. Dermed konkluderer vi som i de tidligere kartleggingene;

- Fastlegeordningens hovedmodell gir ikke tilstrekkelige insentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid, på tvers av kommuner.
- Vi estimerer at kommunenes merkostnader ved subsidiering av fastlegeordningen utover hovedmodellen (det vil si basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd) har økt over tid.

## Referanseliste

ASA 4310 - [Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene](#) (prolongert frem til 31.08.2022)

EY og Vista analyse (2019) [Evaluering av fastlegeordningen](#). Rapport

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

Helsedirektoratet 2021: [Oppfølging av Handlingsplan for allmennlege tjenesten 2020-2024](#). Årsrapport 2020.

Høydal, E. (2020), [Sentralitetsindeks. Oppdatering med 2020-kommuner](#) Notater 2020/04. Statistisk sentralbyrå

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#) Ipsos-rapport laget for KS FoU.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#). Ipsos-rapport laget for KS FoU.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#). Ipsos-rapport laget for KS FoU.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2021) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – tredje oppfølgingsundersøkelse](#). Ipsos-rapport laget for KS FoU.

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

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

Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2022): [Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#). Rapport

## Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Tabell V1. Sentralitetsindeks

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021	Antall 2022	Prosent 2022
Nivå 1 – 3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %	56	26 %	69	29 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %	52	24 %	59	25 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %	54	25 %	61	26 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %	55	25 %	48	20 %
<b>Sum</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>229</b>	<b>100 %</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>	<b>237</b>	<b>100 %</b>

Tabell V2. Folkemengde

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021	Antall 2022	Prosent 2022
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %	59	27 %	73	31 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %	79	36 %	77	32 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %	79	36 %	87	37 %
<b>Sum</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>229</b>	<b>100 %</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>	<b>237</b>	<b>100 %</b>

Tabell V3. Landsdel\*

Landsdel	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020	Antall 2021	Prosent 2021	Antall 2022	Prosent 2022
Østlandet	89	37 %	106	39 %	90	39 %	98	45 %	105	44 %
Vestlandet	53	22 %	67	24 %	44	19 %	40	18 %	43	18 %
Midt-Norge	52	22 %	53	19 %	51	22 %	38	18 %	46	19 %
Nord-Norge	47	20 %	49	18 %	44	19 %	41	19 %	43	18 %
<b>Sum</b>	<b>241</b>	<b>100 %</b>	<b>275</b>	<b>100 %</b>	<b>229</b>	<b>100 %</b>	<b>217</b>	<b>100 %</b>	<b>237</b>	<b>100 %</b>

\* Fordeling etter 1. januar 2020

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

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

**Midt-Norge:** Møre og Romsdal, Trøndelag,

**Nord-Norge:** Nordland og Troms og Finnmark

Fordeling før 2020

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

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

**Midt-Norge:** Møre og Romsdal, Trøndelag,

**Nord-Norge:** Nordland, Troms, Finnmark

Tabell V4. Omfang av fastlegehjemler per 1. des 2021 (antall og basistilskudd) totalt i Norge

Folkemengde	Antall	Basistilskudd (i tusen kroner)
Under 3000	351	11 503
3000 – 9999	766	33 735
10 000 +	4 106	237 834
<b>Sum</b>	<b>5 223</b>	<b>283 072</b>

## Vedlegg 2. Beregninger av merkostnader for kommunene

**Tabell V5. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017-2021. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.**

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	1 382	293 394	1 559	343 988	1 789	426 524	2 027	454 095	2 787	649 353
Gjennomsnitt	1 778	377 658	1 990	439 129	2 289	519 718	2 637	590 680	3 491	813 311
Konfidensintervall øvre grense	2 346	498 218	2 458	542 380	2 725	618 473	3 222	721 680	4 175	972 853

**Tabell V6. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018-2021. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.**

	2018		2019		2020		2021	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Per kommune	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	622	137 628	862	195 640	839	187 889	1 227	285 970
Gjennomsnitt	1 006	222 452	1 248	283 258	1 243	278 369	1 701	396 309
Konfidensintervall øvre grense	1 454	321 562	1 671	379 241	1 702	381 259	2 254	525 132

**Tabell V7. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017-2021. Tusen kroner. 95 %-konfidensintervall.**

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet	Per komm	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	970	206 067	1 000	220 623	1 200	268 187	1 400	313 600	2 000	466 000
Median	1 317	279 577	1 450	319 903	1 800	408 545	2 000	448 000	2 500	582 500
Konfidensintervall øvre grense	1 564	332 093	1 820	401 533	2 500	558 722	2 100	470 400	3 000	699 000

**Tabell V8. Median merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2019-2021. Tusen kroner.**

	2018		2019		2020		2021	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense			100	22 528	300	67 200	500	116 500
Median	584	130 901	500	113 485	500	112 000	950	221 350
Konfidensintervall øvre grense			1 300	295 100	950	212 800	1 600	372 800

**Tabell V9. Estimerte merkostnader knyttet til overføring av hjemler, 2020. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.<sup>33</sup>**

	2020		2021	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	812	45 276	618	38 997
Gjennomsnitt	1 194	66 580	882	55 644
Konfidensintervall øvre grense	1 637	91 295	1183	74 661

**Tabell V10. Median merkostnader knyttet til kompensasjon av lege(r) ved overdragelse av hjemmel. Tusen kroner.**

	2020		2021	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	450	25 100	500	31 544
Median	650	36 256	600	37 853
Konfidensintervall øvre grense	1 518	84 672	800	50 470

<sup>33</sup> For å beregne konfidensintervall har vi benyttet metoden ikke-parametrisk Bootstrap. Konfidensintervallene er beregnet ved at vi trekker n tilfeldige observasjoner fra utvalget, med tilbakelegging, og beregner median eller gjennomsnitt for dette utvalget og hvor n er størrelsen på utvalget av oppgitte beløp. Dette gjennomføres så 10 000 ganger og vi finner 2,5 og 97,5 persentil av alle estimerte verdier for gjennomsnitt og median. Konfidensintervallet er beregnet på denne måten for alle oppgitte år.

## Vedlegg 3. Spørreskjema

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

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

q2	<b>Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune?</b> Flere svar mulig	
Sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder	<input type="checkbox"/>	8
Annet, skriv inn:		Open
♦ <b>exclusive:</b> yes Vet ikke	<input type="radio"/>	9

q3a	<b>Hvor mange fastlegeavtaler av følgende type har din kommune?</b> Skriv inn antall fastlegeavtaler	
♦ <b>filter:</b> \q1.a=1 ♦ <b>range:</b> *		
Ren selvstendig næringsdrift (hovedmodellen):		Open
Selvstendig næringsdrift med tilleggsgoder eller varianter av 8.2-avtaler:		Open
Ren fastlønn:		Open
Fastlønn med bonus (for eksempel prosentandel av inntjent takstinntekter):		Open
Andre ordninger:		Open
♦ <b>exclusive:</b> yes Vet ikke	<input type="radio"/>	1

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

<b>q3</b>	<b>Er det enkelte fastleger som subsidieres og enkelte som ikke subsidieres i din kommune?</b> Dette kan for eksempel være fastlønnsdrift og/eller andre løsninger.
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

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

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



q7	Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?							
♦ range:*								
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Kan ikke svare	Ikke aktuelt	
	1	2	3	4	5	6	7	
Legene ønsker fastlønnsavtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
Næringsdrivende fastleger ønsker 8.2-avtaler / økonomiske avtaler eller annen godtgjøring utover basis- eller utjamningstilskudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
♦ filter:\q1.a=1								
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen bidrar til at min kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
♦ filter:\q1.a=1								
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen er helt nødvendig for at min kommune skal få rekruttert og/eller beholdt fastleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4

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

q9	<b>Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen/subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?</b>
♦ filter:\q1.a=1	
♦ range:*	
Meget godt	<input type="radio"/> 1
Ganske godt	<input type="radio"/> 2

q9	Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen/subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?
Hverken godt eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Litt dårlig	<input type="radio"/> 4
Meget dårlig	<input type="radio"/> 5
Vet ikke/kan ikke svare	<input type="radio"/> 6

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

q10b	<p><b>Nå vil vi stille noen spørsmål om kostnader</b></p> <p>Vi minner om at vi i denne undersøkelsen stiller spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen.</p> <p><b>Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2021?</b></p>
<p>♦ range:*</p> <p>Ja</p>	<input type="radio"/> 1
<p>Nei</p>	<input type="radio"/> 2
<p>Vet ikke</p>	<input type="radio"/> 3

<b>q12a</b>	<b>Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2021 (i kroner)?</b>
♦ filter:\q10b.a=1	
♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2021:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

<b>q13a</b>	<b>Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2021?</b> Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q1.a=1	
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

<b>q14a</b>	<b>Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2021 (i kroner)?</b> Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q13a.a=1	
♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2021:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

<b>q14b</b>	<b>Av kommunens merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2021, hvor mye var merkostnader ved fastlønnsdrift (i kroner)?</b>	
	Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekantor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.	
	♦ filter:\q14a.a=1	
	♦ range:*	
	Skriv inn i kroner for 2021:	Open
	Vet ikke	<input type="radio"/> 1

<b>q14c</b>	<b>Hvor mange fastlønnede leger omfattes av merkostnadene ved fastlønnsdrift i 2021?</b>	
	♦ filter:\q14b.a=1	
	♦ range:*	
	Skriv inn antall:	Open
	Vet ikke	<input type="radio"/> 1

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

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

<b>q2_0</b>	<b>Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av de siste fem årene?</b>
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

<b>q2_1</b>	<b>Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2021?</b>
♦ filter:\q2_0.a=1 ♦ range:* Ja, skriv inn antall hjemler:	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1

<b>Q2_2</b>	<b>Kan du anslå din kommunes kostnader for økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2021?</b>
♦ filter:\q2_1.a.1=1:999 ♦ range:* Skriv inn i kroner for 2021:	
	<input type="text"/> Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

<b>q12</b>	<b>Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det?</b>
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q16	<b>Min kommune har bare fastleger i ren selvstendig næringsdrift og egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...</b> Flere svar mulig
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:* vi ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger	<input type="checkbox"/> 1
vi ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid	<input type="checkbox"/> 2
vi ikke har økonomisk mulighet til dette	<input type="checkbox"/> 3
vi ikke har behov for det for å ivareta en god fastlegeordning	<input type="checkbox"/> 4
♦ exclusive:yes ingen av disse	<input type="radio"/> 5
♦ exclusive:yes vet ikke	<input type="radio"/> 6

q17	<b>Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen med hovedmodellen fortsetter som i dag?</b>
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:* Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q14	<b>Har du andre innspill til oss om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?</b>
♦ range:* Vennligst beskriv:	Open

q14	<b>Har du andre innspill til oss om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?</b>
♦ <b>exclusive:</b> yes Jeg har ikke innspill	<input type="radio"/> 1