

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - oppfølging



Laget for

KS

Juni 2019

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning og bakgrunn	6
1.1 Hovedmodellen.....	6
1.2 Fastleger med fastlønn.....	8
1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner	8
2. Om utredningen og analysene	8
3. Metode.....	10
3.1 Survey.....	10
3.2 Statistikkinnhenting.....	11
3.3 Frafallsvurdering	12
4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen	13
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger	13
4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger	19
4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger.....	22
5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen	24
6. Drøfting og konklusjon	28
Referanseliste.....	30
Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen	31
Vedlegg 2. Spørreskjema	33

Forord

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse 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 merknader knyttet til slik subsidiering. Årets gjennomføring er en oppfølging av kartleggingen gjennomført i mai 2018, for å få oppdaterte tall og se om det har vært endring siden i fjor.

FoU-prosjektet er utført av Linn Sørensen Holst (Ipsos), Daniel Hernes (Ipsos) og Vegard Salte Flatval (Samfunnsøkonomisk analyse). Kontaktpersoner hos KS har vært Torun Risnes og Hilde Ravnaas.

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

Oslo, juni 2019

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse

Sammendrag

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse har på oppdrag fra KS utført en oppfølging av fjorårets nasjonale 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, hjelpepersonell, 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. I årets analyser er det også fokus på eventuell utvikling på de målte områdene sammenlignet med fjorårets kartlegging.

Bakgrunnen for årets kartlegging er Stortingets vedtak om en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen, samt funn fra tilsvarende kartlegging i fjor som peker mot at finansiering av fastlegeordningen blir mer utbredt i kommune-Norge. I lys av dette er det behov for bedre kunnskapsgrunnlag om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen og utviklingen over tid.

I årets kartlegging er det gjennomført en surveyundersøkelse og innhentet statistikk for å besvare prosjektets problemstillinger. I fjorårets kartlegging ble det i tillegg gjennomført innledende og utforskende intervju. Målgruppen i surveyen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Gjennom surveyen har vi samlet inn 275 svar (65 % svar) via elektronisk e-postlenke eller personlig intervju pr. telefon. I fjor ble det samlet inn 241 svar (57 % svar) på samme måte.

I år anslår vi samlet sett at 298 av landets 422 kommuner, ca. 7 av 10, subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Det er kun et mindretall på ca. 3 av 10 kommuner som *ikke* subsidierer. Til sammenligning anslo vi i fjor at 287 kommuner subsidierte fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Endringen fra i fjor til i år er ikke signifikant. En større andel mindre sentrale og mindre kommuner målt i folkemengde subsidierer, sammenlignet med gjennomsnittet. Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen, svarer majoriteten, i likhet med i fjor, at det er bruk av fastlønn (62 %), i tillegg til gunstige avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende (52 %) og avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (43 %) som er de oftest benyttede ordningene.

Større andeler av de mest folkerike (11 %) og mest sentrale kommunene (18 %) som subsidierer fastlegeordningen, har subsidiert ordningen i mindre enn ett år sammenlignet med gjennomsnittet (5 %). Nær alle de minst sentrale kommunene som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette over flere år. Samtidig vurderer omtrent halvparten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter som i dag. Det er tegn til at større andeler av de mest folkerike kommunene opplever det slik.

Som i fjorårets kartlegging er stabilitets- og rekrutteringsutfordringer de hyppigst nevnte årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen. Nær 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen, gjør dette for å beholde fastleger over tid. Omtrent 7 av 10 gjør det for å rekruttere fastleger. Andre nevnte årsaker til subsidiering er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (45 %), stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig helse- og omsorgstjeneste (43 %), og få leger til å veilede leger under spesialisering (39 %).

De fleste kommunene som subsidierer fastlegeordningen opplever at den fungerer etter hensikten. 82 % vurderer at subsidieringen fungerer godt, mens 4 % vurderer at den fungerer dårlig. Her er det ingen signifikant endring sammenlignet med fjorårets kartlegging.

Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen (71 % dvs. totalt 298 kommuner) svarer 74 % (totalt 221 kommuner) at dette påfører kommunene merkostnader. Vi estimerer de samlede merkostnadene for kommunesektoren til 439 millioner kroner i 2018, mot 378 millioner kroner i 2017. Dette er en tilsynelatende økning på 61,5 millioner kroner. Denne endringen er det ikke grunnlag for å si at er statistisk signifikant, men tendensen peker likevel i retning av en økning i merkostnadene ved subsidieringsløsningene. 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 en 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 9,9 milliarder kroner. Av dette utgjør basistilskudd og utjamningstilskudd i overkant av 2,6 milliarder kroner. Kommunesektorens estimerte samlede merkostnader på 439 millioner utgjør dermed 18 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd ved finansiering av fastlegeordningen i 2018. Estimerte konfidensintervall fra minimum 14 % til høyst 22 % belyser usikkerheten i estimatet. For 2017 lå estimatet mellom 12 % og 19 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd.

Som i fjorårets kartlegging vurderer vi at egenfinansiering eller subsidiering av fastlegeordningen forekommer relativt hyppig, og at innsatsen utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommune-Norge. Dette er vår vurdering, dersom nederste anslag på 14 % merkostnad ved subsidiering i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskuddet legges til grunn. Gjennom utredningen har vi kartlagt at majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader knyttet til dette. Subsidiering forekommer oftere blant mindre sentrale og mindre folkerike kommuner. I år vurderer nær halvparten av kommunene som per nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter slik den er i dag. En større andel av de mest folkerike kommunene opplever det slik. Kommunenes hyppigste formål med alternative subsidieringstilbud er å rekruttere og beholde fastleger over tid. Disse funnene er på nivå med resultatene fra fjorårets kartlegging, og vi finner få signifikante forskjeller. Årets kartlegging understøtter fjorårets konklusjon 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.

1. Innledning og bakgrunn

Mange kommuner bidrar med subsidiering av fastlegeordningen utover hovedmodellen for drift. Nasjonalt senter for distriktsmedisin finner at under halvparten av kommunene med under 20 000 innbyggere har ren privat fastlegepraksis, som er hovedmodellen i ordningen med privat næringsdrift.¹ Kommunale fastlønnsstillinger, kommunale leieavtaler for lokaler, utstyr og/eller personell er blant løsningene enkelte kommuner tilbyr. I realiteten innebærer dette en subsidiering av legenes praksis fra kommunenes side. Ifølge Agenda Kaupang kan rekrutteringsutfordringer knyttet til fastleger gi «enkelte kommuner et begrenset handlingsrom og skaper ofte behov for unike avtaler og tilpasninger».² 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.³

Stortinget har vedtatt en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen.⁴ Samtidig foreligger lite faktisk kunnskap om omfanget og innretningen av, formål med og kostnader forbundet med kommunenes egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen. Dette var bakgrunnen for at fjorårets kartlegging ble gjennomført. Motivasjonen for en ny kartlegging i år har vært et ønske om å oppdatere tallene og se om det har vært en utvikling på dette området siden i fjor.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse har på oppdrag fra KS gjentatt fjorårets utredning av variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. Vi har utført en ny 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 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 siden i fjor.

1.1 Hovedmodellen

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på *privat næringsdrift* finansiert gjennom listepasienttilskudd (basistilskudd pr. registrert person på legens liste, utbetalt fra kommunen), folketrygdrefusjon (statlig) og egenandeler fra pasienter. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer.⁵

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). I tillegg får kommunen normalt innbetalingene av trygdrefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt). Kommunen får også et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Utover dette finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker – Spesialistutdanning og andre

¹ Abelsen, B. mfl. (2016), [Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere](#). NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

² Agenda Kaupang (2016), [Kommunal legetjeneste – kan den ledes?](#) Rapportnr. R9010

³ Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentdato: 26.04.2018]

⁴ Innst. 109 S (2017-2018) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:3 S (2017-2018)

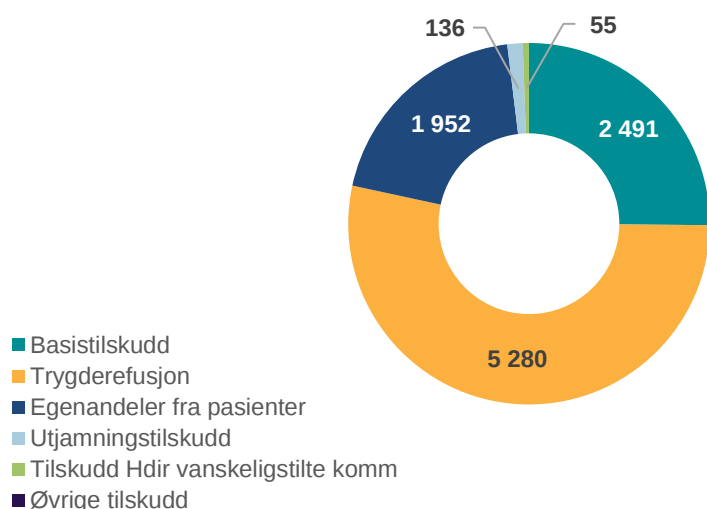
⁵ Tilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen.

kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten.⁶ Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen.

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

Hovedmodellen slik den er beskrevet over, skal som utgangspunkt dekke fastlegenes kostnader til investeringer og drift i praksis. Den samlede finansieringen ble anslått til 9,6 milliarder kroner i 2017. Oppdatering med 2018-tall viser en økning til rundt 9,9 milliarder kroner. Kommunenes kostnader til finansiering av fastlegene begrenser seg til basistilskuddet på i underkant av 2,5 milliarder kroner og eventuelle utjamningstilskudd summert til ca. 136 millioner kroner. Resterende finansiering kommer fra pasienter i form av egenandeler og Helfo (Folketrygden) gjennom refusjoner for utførte takster.

Figur 1.1 Finansiering av fastlegeordningen i 2018. Millioner kroner*



*Note 1: Beregningen for utjamningstilskudd for 2017 ble gjennomført av Helsedirektoratet i januar 2018, og er ikke gjentatt for 2018-tallene. Både i fjorårets og årets survey har kommunene med kostnader til utjamningstilskudd blitt spurt om omfanget av disse kostnadene. Resultatene fra årets survey indikerer at kommunenes kostnader til utjamningstilskudd har gått ned fra i fjor. Like fullt legger vi til grunn Helsedirektoratets beregninger av utjamningstilskudd fra 2017 også for 2018 da dette er den siste tilgjengelige komplette oversikten, og fordi utjamningstilskuddet uansett utgjør en liten del av den samlede finansieringen av fastlegeordningen.

*Note 2: *Basistilskuddet* er beregnet for 2018 basert på månedlige rapporteringer fra Helfo om antall pasienter, listelengde og basistilskudd for alle fastlegehjemler. Basistilskuddet utgjorde 486 kroner pr. pasient pr. år fra og med 1. juli 2018.

*Note 3: Vi har mottatt beregninger for 2018 fra KUHR (Helsedirektoratet) på utbetalte *trygderefusjoner* fra Helfo og innbetalte *egenandeler fra pasienter*. Beregningene er basert på 31 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 og lignende). Tallet for egenbetaling er en del høyere enn tallet fra 2017. Dette skyldes at Helsedirektoratet tidligere ikke lagret dette beløpet konsekvent for alle takster, men som ble forbedret i løpet av 2018.

⁶ Helsedirektoratet (2019) <<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker-spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten>> [Hentdato: 03.06.2019]

1.2 Fastleger med fastlønn

Der hvor fastlegeordningen fungerer som forutsatt, legges privat næringsdrift til grunn. Der rekruttering av fastleger er krevende, har enkelte kommuner blant annet ansatt leger på fast lønn og kommunene bidrar selv med økonomiske midler.⁷ Ifølge styringsdata for fastlegeordningen, tilgjengelig fra Helsedirektoratet, var antall fastlegepraksiser/hjemler (med fast tilknyttet lege) 4 810 ved utgangen av 2018. Antall praksiser med fastlønn var 639, som utgjør 13 % av alle fastlegehjemler. Dette er en betydelig økning fra utgangen av 2016, hvor tilsvarende andel var i overkant av 5 %.

Agenda Kaupang finner i en undersøkelse av ledelse av kommunal legetjeneste at det er langt større innslag av næringsdrift blant legene i større kommuner enn i mindre.⁸ I større kommuner er driften i stor grad organisert i legesentre. Bruk av fastlønn opplyses også å være et mulig virkemiddel for enkelte kommuner for å hjelpe leger til å kunne starte opp en ny praksis som fastlege.

1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner

Nasjonalt senter for distriktsmedisin finner i en undersøkelse blant kommuner med under 20 000 innbyggere at majoriteten (79 %) av fastlegehjemlene/-stillingene var basert på privat næringsdrift.⁹

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

2. Om utredningen og analysene

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

Figur 2.1 Illustrasjon av inndeling av prosjektet



For det første kartlegger vi *omfang og innretning* av kommunenes subsidieringsløsninger av fastlegeordningen. Vi ser nærmere på innretning av alternative løsninger, som bruk av fastlønn, tilbud om gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende eller avtaler om

⁷ KS (2018) <<http://www.ks.no/fagomrader/om-ks/publikasjoner-og-utgivelser/kronikker-og-leserinlegg/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentdato: 24.04.2018]

⁸ Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapportnr. R9010

⁹ Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

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 omsorgstjeneste og for å tilrettelegge for kompetanseheving mv. Vi ser i tillegg på om kommunene opplever at ekstrainnsatsen fungerer etter hensikten.

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

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

Vi gjør integrerte analyser av utredningens datagrunnlag, både knyttet til svar i surveyundersøkelsen og innhentet statistikk. Vi benytter oss i tillegg av innsikt fra de innledende, utforskende intervjuene fra fjorårets kartlegging til å nyansere og utdype kvantitative funn. I årets analyser har vi også sett på eventuelle endringer i resultatene sammenlignet med i fjor.

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 stilingene 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

Vi gjennomførte i fjor innledende og utforskende intervju,¹⁰ survey og statistikkinnhenting for å besvare prosjektets problemstillinger. I årets gjennomføring var det ikke behov for innledende og utforskende intervju, men vi har som sist sendt ut en *survey* og *innhentet statistikk* for å kunne sammenligne med fjorårets funn.

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.

I forkant av datainnsamlingen i fjor ble spørreskjema testet/pilotert elektronisk i målgruppen. Det er kun gjort noen mindre oppdateringer i årets spørreskjema. Det er lagt inn et nytt spørsmål om hvor mye av merkostnaden til kommunene som subsidierer fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018. Det er også lagt inn et nytt alternativ «finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)¹¹» under spørsmålet om formål med subsidieringen.

Som ved forrige gjennomføring ble undersøkelsen 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 pr. telefon og supplerte med mulighet for å besvare undersøkelsen pr. telefon. Kombinasjon av selvutfylling og personlig intervju via telefon var et viktig grep for å innhente tilstrekkelig antall svar innenfor prosjektets tidsramme. Med bakgrunn i undersøkelsens tematikk er det ikke grunn til å forvente at respondentene har besvart spørsmålene ulikt ved forskjellig datainnsamlingsmetode.¹² Ved telefonisk kontakt forsikret vi oss om at respondentene ville være i stand til å svare på spørsmål om kostnader før gjennomføring av intervju.

Datainnsamlingen i 2018 ble utført i perioden 12. – 30. april. I år ble innsamlingen utført i perioden 15. – 31. mai. Parallelt med dette markedsførte KS undersøkelsen på sine hjemmesider med oppfordring om å besvare undersøkelsen. I 2018 mottok vi 241 svar i undersøkelsen, fordelt på 182 elektroniske intervju og 59 telefonintervju. Dette gir 57 % svar. I år mottok vi 275 svar, fordelt på 243 elektroniske intervju og 32 telefonintervju. Dette gir 65 % svar.

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

¹⁰ Med informanter fra tre kommuner.

¹¹ 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.

¹² Ved holdningsundersøkelser eller mer sensitiv tematikk vil det ikke være hensiktsmessig å kombinere metoder på dette viset. Det skyldes blant annet intervjuereffekter, hvor respondentens svar vil kunne påvirkes av at spørsmålene stilles av en intervjuer sammenlignet med selvutfylling.

Tabell 3.1 Svarfordeling etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %
Sum	241	100 %	275	100 %

Tabell 3.2 Svarfordeling etter folkemengde pr. 1. januar 2018

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019
Under 3000	77	32 %	83	30 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %
Sum	241	100 %	275	100 %

3.2 Statistikkinnhenting

Som i fjorårets kartlegging ble det parallelt med gjennomføringen av surveyen 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 pr. 1. januar 2019 er innhentet:

- SSBs sentralitetsindeks¹³
- Folkemengde pr. 1. januar 2018
- Omfang av fastlegehjemler pr. 1. desember 2018 (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 pr. 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

¹³ Se nærmere forklaring av SSBs sentralitetsindeks i Høydal, E. (2017), [Ny sentralitetsindeks for kommunene](#) Rapport 2017/40. Statistisk sentralbyrå

omfanget av svar fra surveyen skal bli 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.

Tabell 3.3 Fordeling av kommuner etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Kommuner	Andel
Nivå 1-3 Mest sentrale	97	23 %
Nivå 4	105	25 %
Nivå 5	119	28 %
Nivå 6 Minst sentrale	101	24 %
Sum	422	100 %

Tabell 3.4 Fordeling av kommuner etter folkemengde pr. 1. januar 2018

Folkemengde	Kommuner	Andel
Under 3000	158	37 %
3000 – 9999	150	36 %
10 000 og over	114	27 %
Sum	422	100 %

3.3 Frafallsvurdering

I likhet med tidligere har vi 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 systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene. I årets kartlegging har det vært viktig å kunne måle eventuell endring i resultatene siden i fjor. For å sikre at vi måler faktisk endring har vi gjennomført en test hvor vi vektet resultatene, slik at de speilet sammensetningen fra fjorårets undersøkelse med hensyn til fordeling på folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Deretter sammenlignet vi årets resultater med og uten denne vekten. Denne testen viste marginale forskjeller i totalandelene. Vår vurdering er derfor at det ikke er behov for å vekte årets resultater.

Oversikt over bakgrunnskjennetegn 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.

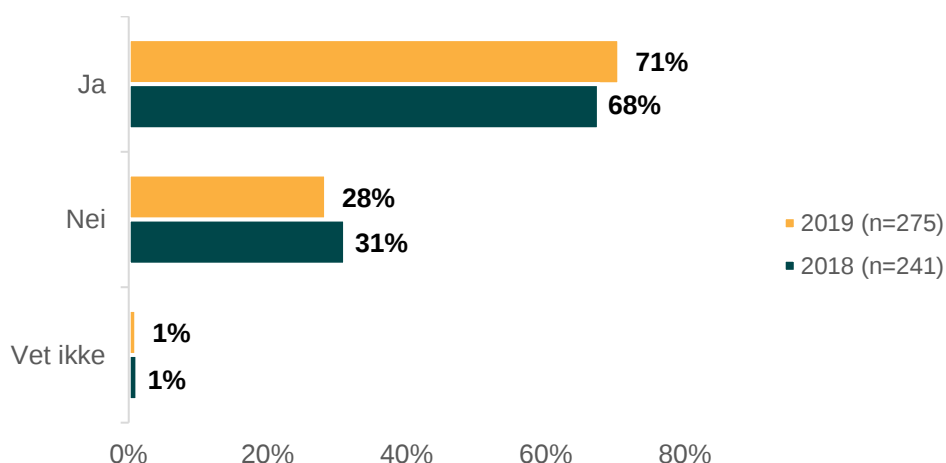
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger

Ca. 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), se figur 4.1. Endringen fra i fjor (68 %) til i år (71 %) er innenfor feilmarginene, og er dermed ikke signifikant.

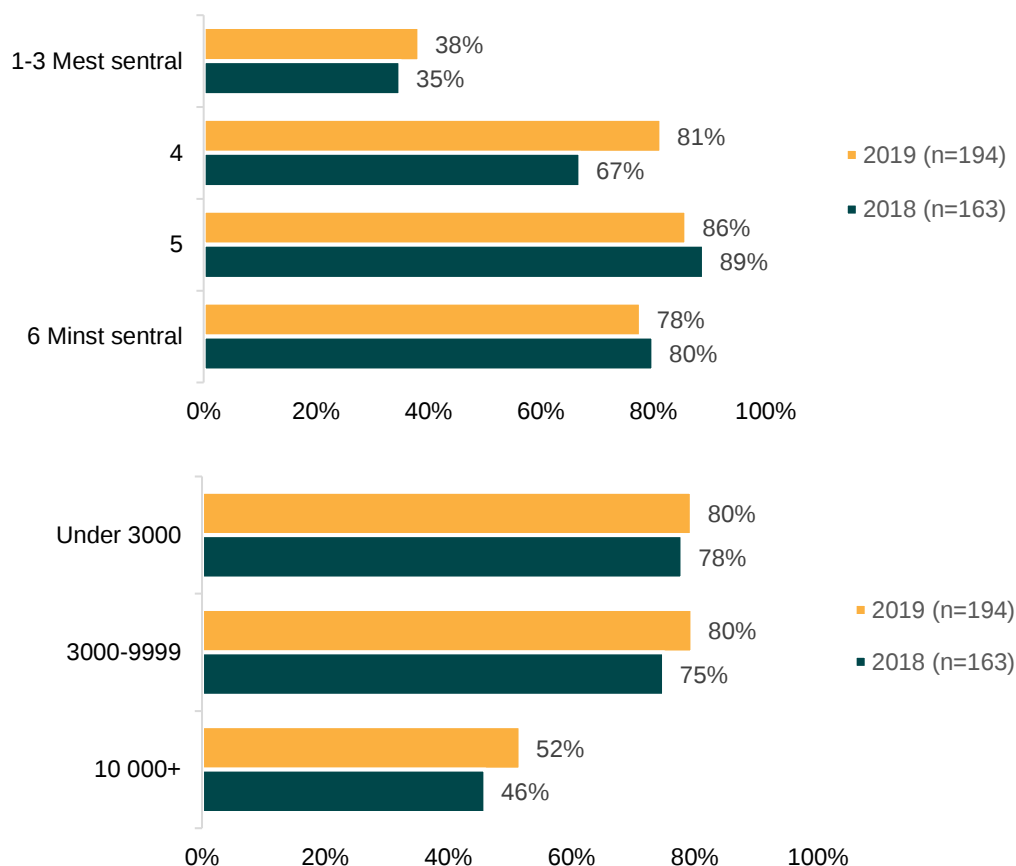
Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen finner vi større andeler *mindre sentrale* kommuner og større andeler *mindre kommuner* målt i folkemengde sammenlignet med gjennomsnittet: Hos kommuner med sentralitetsnivå 4-6 (mindre sentrale) subsidierer 82 % av kommunene sammenlignet med 71 % i gjennomsnitt, se figur 4.2. Ser vi på kommunene med sentralitet 1-3 (mest sentrale) subsidierer kun 38 %. Blant kommuner med folkemengde under 10000 subsidierer 8 av 10 fastlegeordningen, for kommuner over 10 000 subsidierer kun 52 %. Sentralitet og folkemengde er variabler som er knyttet sammen ved at mindre sentrale kommuner oftere har færre innbyggere.

Sentralitet og folkemengde ser ut til å forklare mye av variasjonen i om kommunene subsidierer fastlegeordningen eller ikke.

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. Vi finner ikke at det foreligger systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, 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.

Under forutsetning av at fordelingen i utvalget gir et riktig bilde av fordelingen i den sanne populasjonen (alle kommuner), anslo vi i fjor at 287 kommuner subsidierte fastlegeordningen ut over hovedmodellen. I år anslår vi at 298 kommuner subsidierer fastlegeordningen ut over hovedmodellen.¹⁴ Denne endringen er innenfor feilmarginene (ikke signifikant), og vi kan dermed ikke med sikkerhet si om det er en reell endring eller om den skyldes tilfeldigheter ved utvalgene.

¹⁴ Anslaget for i fjor på 287 kommuner var basert på 68 % av landets 422 kommuner, og for i år er anslaget på 298 basert på 71 % av landets 422 kommuner.

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



Majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter fastlønn og gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, se figur 4.3. I fjor lå sistnevnte øverst over typer subsidiering som ble benyttet, etterfulgt av avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell. Bruk av fastlønn ble nevnt som den tredje mest brukte subsidieringstypen. Den eneste signifikante endringen i typen subsidiering siden i fjor er en nedgang i andelen som benytter avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, fra 57 % til 43 %.

I likhet med i fjor er bruk av vikarer og vikarbyrå en noe mindre utbredt type subsidiering. Også ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjenester, ekstra fridager eller bonusdager er noe mindre brukt av kommunene.

Vi ser like svarmønstre blant undergrupper av kommuner som tidligere. Bruk av fastlønn er mer utbredt blant de minst sentrale kommunene også i år (76 % i 2018 og 90 % i 2019). Dette gjelder også de minste kommunene målt i antall innbyggere (73 % i 2018 og 78 % 2019) sammenlignet med gjennomsnittet (55 % i 2018 og 62 % i 2019). Vi finner også at ekstra fridager er mer brukt blant de minst sentrale (44 % i 2018 og 26 % i 2019) og minste kommunene målt i antall innbyggere (37 % i 2018 og 25 % i 2019) sammenlignet med gjennomsnittet (21 % i 2018 og 16 % i 2019). Fastlønn, bonusavtaler, ekstra fridager og bruk av vikarer og vikarbyrå forekommer mer hyppig i Nord-Norge sammenlignet med landet totalt. Funnene for Nord-Norge er tilsvarende som i fjorårets kartlegging.

I gjennomsnitt oppgir kommunene at de har rundt to¹⁵ ulike typer subsidieringsløsninger.¹⁶ Her ser vi enkelte mønstre:

- ✓ I fjor viste dataene at kommuner som bruker fastlønn som subsidieringsløsning ofte også benytter seg av ekstra fridager (31 % mot 21 % i gjennomsnitt), ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevakttjeneste (28 % mot 23 % i gjennomsnitt) eller bonusavtaler (24 % mot 15 % i gjennomsnitt). I år svarer kommunene som bruker fastlønn som subsidieringsløsning at de i større grad enn gjennomsnittet også bruker bonusavtaler (21 %

¹⁵ Differansen i gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger fra i fjor til i år er på 0,3 (fra 2,6 til 2,3) per kommune som egenfinansierer fastlegeordningen.

¹⁶ Dette er ekskludert «annet, skriv inn»-svar.

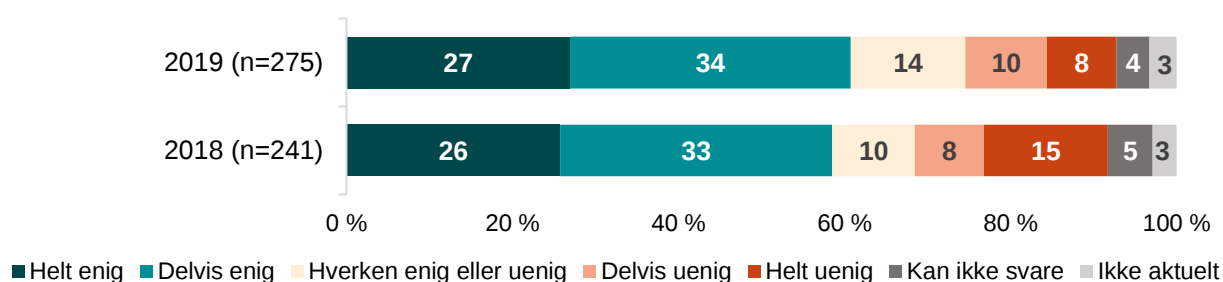
mot 14 % i gjennomsnitt), ekstra fridager (26 % mot 16 % i gjennomsnitt) og bruk av vikarer og vikarbyrå (30 % mot 25 % i gjennomsnitt).

- ✓ Som i fjor er det slik at kommuner som bruker gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende ofte også bruker avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (64 % mot 43 % i gjennomsnitt) som subsidieringsløsning. Korrelasjonen mellom disse svaralternativene handler trolig om at kommuner med 8.2-avtale (omtalt i neste avsnitt) ofte omfatter både subsidiering av lokaler, utstyr og personell.
- ✓ Kommuner som har gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (41 %) eller avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (51 %) svarer i mindre grad enn gjennomsnittet (62 %) at de bruker fastlønn som subsidieringsløsninger.

20 % av kommunene har skrevet inn kommentarer i åpent felt for andre svar enn de oppgitte svaralternativene. Som i fjor viser en gjennomgang av disse kommentarene at de fleste rent innholdsmessig kunne vært sortert innunder et av de eksisterende svaralternativene som er vist i figur 4.3. Det vil si at disse på ulike måter handler om enten gunstige avtaler om leie av lokaler/utstyr eller at legene disponerer kommunale støttefunksjoner eller helsepersonell. Kommentarene i det åpne alternativet handler i stor grad om støtte til drift. Kommunene bruker imidlertid noe ulik terminologi om disse formene for subsidiering, som «8.2-avtale»¹⁷ eller «null-avtale». Begge henviser til en samarbeidsmodell eller kombinasjonsmodell der kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, hjelpepersonell, 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 fjorårets undersøkelse, at slike avtaler avlaster fastlegene for tidkrevende oppgaver ved for eksempel vikarbruk og sykefravær.

Andre åpne kommentarer går på at kommunen har rekrutteringstilskudd, som er tilskudd til leger med små lister eller «null-liste», leger under spesialisering mv. Enkelte kommuner nevner her også Nord-Norge permisjon (fire måneders permisjon med lønn hvert tredje år). Mye av det samme som nevnes i de åpne svarene i dette spørsmålet i år er likt det som fremkom i fjorårets kartlegging.

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



Som vi så i figur 4.3, oppgir over halvparten av kommunene som subsidierer at de benytter fastlønn som en form for subsidiering. Her er det ingen signifikant endring fra i fjor. Majoriteten av kommunene, ca. 6 av 10, er enig i påstanden om at legene ønsker fastlønnssavtaler, se figur 4.4. Kun 2 av 10 er uenig. Andelen som er enig er på nivå med i fjor, mens andelen som er uenig har gått litt ned.

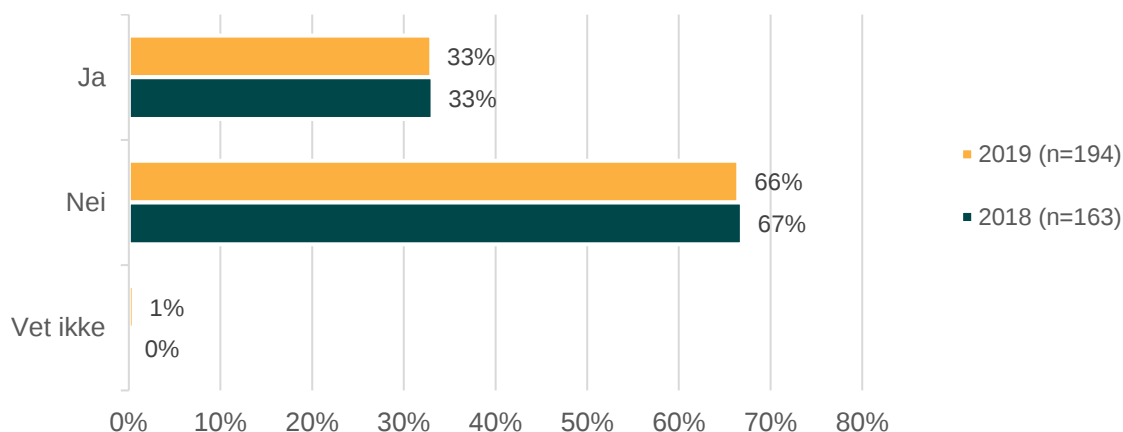
Fastlønn er et gjennomgangstema i de åpne kommentarer i undersøkelsen. Kommunene med denne ordningen peker på flere fordeler. I fjor ble det påpekt at subsidiering fører til at fastlønnede

¹⁷ Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, del III kommunens oppgave, 8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.

legestillinger senker terskelen for unge nyutdannede leger til å prøve seg som fastleger en periode for å se om det er noe for dem, uten for store omkostninger. I år kommer det også frem at det bidrar til å lokke fastleger til distriktene. Det hjelper på rekruttering slik at de får dekt behovet, og fastlønn blir sett på som nødvendig for å ha et stabilt fastlegetilbud. Andre vektlegger det de ser på som en mer generell endring i legestanden, der yngre leger i større grad ønsker seg mer «ordnede arbeidsforhold» og normal/regulert arbeidstid, og at ønsket om fastlønn kan være en del av dette bildet. Dette argumentet ble også trukket frem i fjorårets innledende, utforskende intervjuene. Der blir det pekt på at flere kvinner nå har blitt leger, og de ønsker ordnet arbeidstid fremfor å «jobbe døgnet rundt». Andre nevner at fastlønn gis under spesialisering (ALIS), og bidrar til at det er gunstig for å få yngre leger/leger i spesialisering til å ta jobb i kommunen.

Denne typen argumenter og diskusjoner går igjen i fagtidsskrift og andre undersøkelser: I Tidsskriftet for Den norske legeforening vises det til at et argument for økt bruk av fastlønn har vært at unge leger, og særlig kvinner, flykter fra allmennpraksis på grunn av høye krav til inntjening, få muligheter til faglig oppdatering uten inntektstap samt manglende sykepengere rettigheter og permisjonsordninger i selvstendig næringsdrift som fastlege.¹⁸ Ifølge en studie av norske allmennlegers preferanser på praksisdrift, ønsker nå flere enn før fastlønn fremfor å være selvstendig næringsdrivende.¹⁹ UNI Research viser til nyere undersøkelser som tyder på at yngre leger i større grad foretrekker fastlønn enn hva deres eldre kolleger gjør.²⁰ Sistnevnte studie er riktignok knyttet til legevaktarbeid.

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



Også i år oppgir 1 av 3 kommuner som subsidierer fastlegeordningen at de har en ordning der enkelte fastleger i kommunen subsidieres, og enkelte ikke subsidieres, se figur 4.5. På samme måte som i fjor er det en tydelig tendens til at særlig de store og mest sentrale kommunene svarer bekreftende på dette spørsmålet.

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

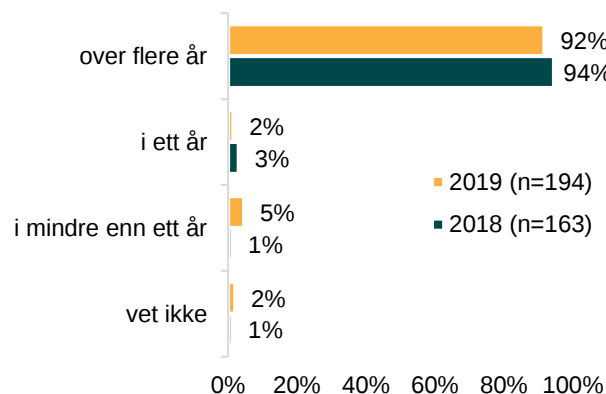
¹⁸ Tidsskriftet for Den norske legeforening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentdato: 15.05.2018]

¹⁹ Holte, J. H. mfl. (2015), "General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?" BMC Health Services Research

²⁰ Godager, G. mfl. (2015), *Fastlønn ved legevaktarbeid*, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015

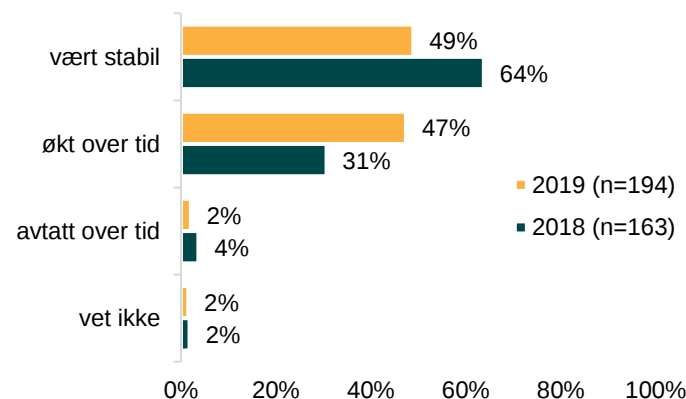
Figur 4.6 Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen...

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



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

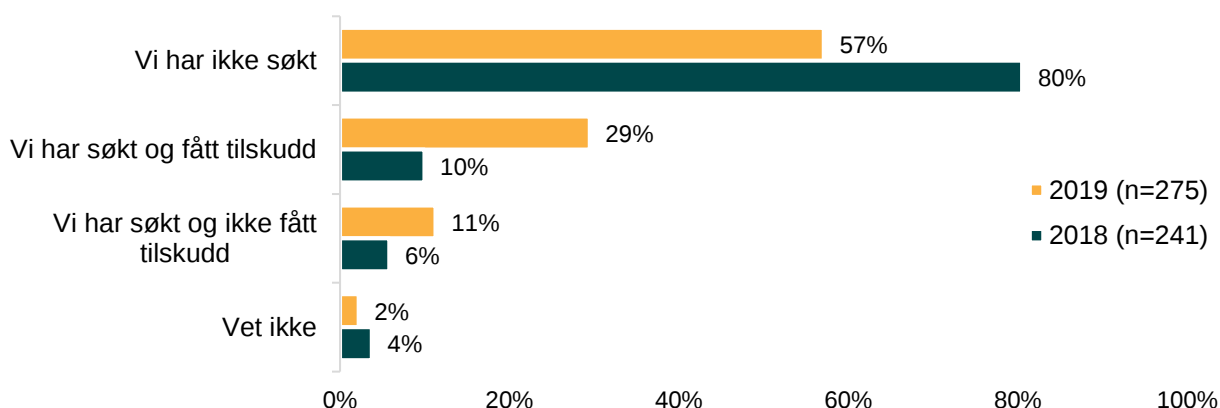
Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Figur 4.6 og 4.7 gir informasjon om kommunenes utvikling over tid når det gjelder subsidiering av fastlegeordningen. Så godt som alle (92 %) kommunene som subsidierer ordningen har gjort dette over flere år. Samtidig har det vært en signifikant økning i andelen som svarer at andelen har økt over tid, fra 31 % i fjor til 47 % i år.

Andelen kommuner som har subsidiert fastlegeordningen i mindre enn ett år øker med økende sentralitet og innbyggertall. Som vi skal se i kapittel 5, vurderer nesten halvparten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det. Det er tegn til at større andeler blant de mest folkerike kommunene opplever dette, jf. figur 5.3. Disse resultatene peker i retning av en økende «tilstrømning» til subsidieringsordninger blant de større kommunene. Bildet er med andre ord sammensatt når det gjelder større kommuners subsidiering.

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



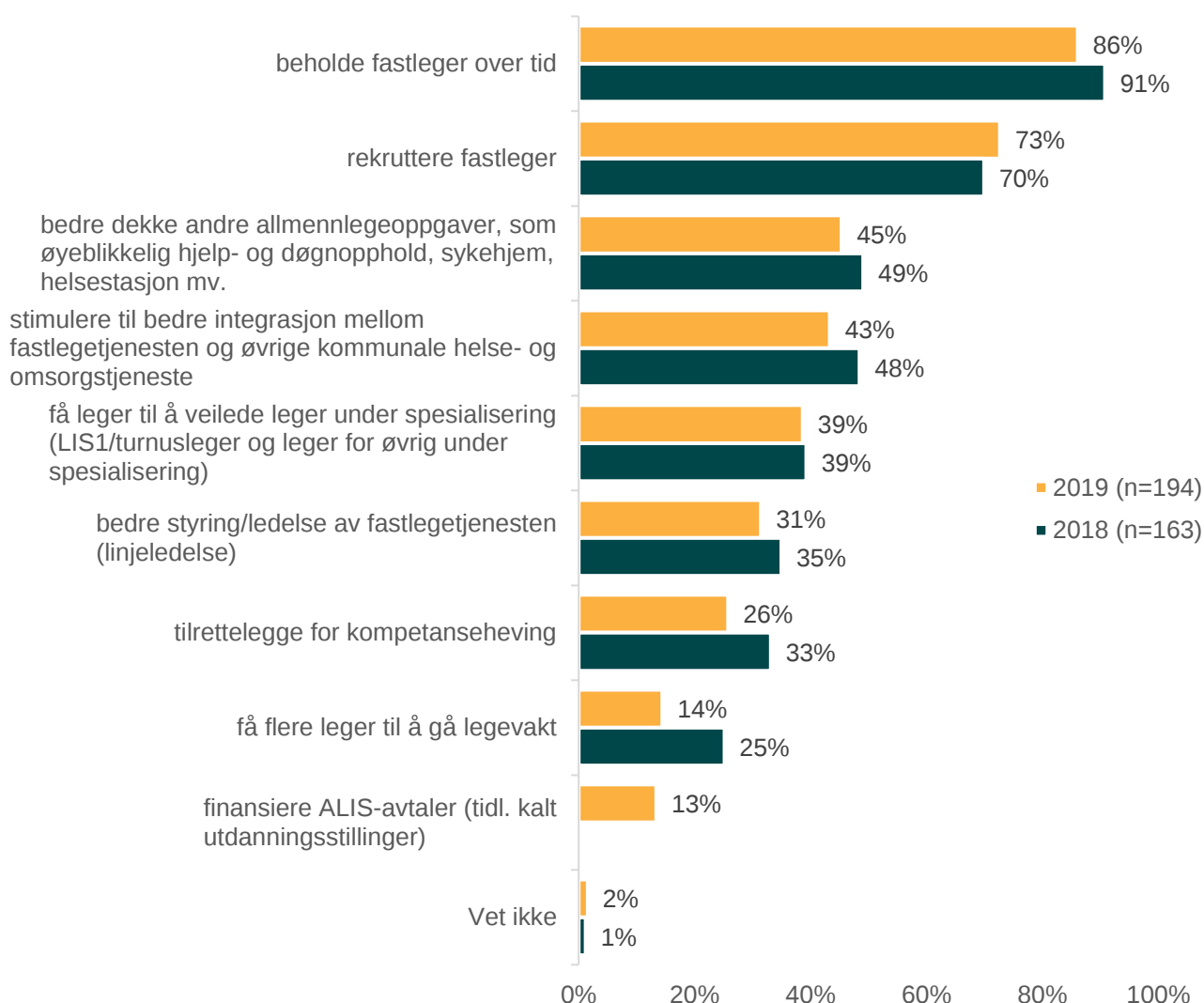
Det finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker – Spesialistutdanning og andre kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten, se kapittel 1.1. Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen. I årets undersøkelse er andelen kommuner som ikke har søkt 57 % mot 80 % i 2018-undersøkelsen. Samtidig har det vært en økning i andelen som har søkt og fått tilskudd fra 10 % i 2018 til 29 % i år. 1 av 10 kommuner har søkt og ikke fått tilskudd. Hele 40 % av de største kommunene har søkt og fått tilskudd. Både nedgangen i andelen kommuner som ikke har søkt og økningen i andelen kommuner som har søkt om og fått innvilget slikt

tilskudd er signifikante. Dette stemmer godt med opplysninger fra Helsedirektoratet om at det fra 2017 til 2018 har vært en kraftig økning både i antall kommuner som søkte om tilskudd og i størrelsen på tilskuddet som ble tildelt.²¹

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 fastlegeordningen²²



Målet flest kommuner oppgir med subsidiering av fastlegeordningen er å *beholde* og *rekruttere* fastleger, se figur 4.9. Dette er likt som i fjor. 86 % svarer at de subsidierer for å beholde fastleger over tid. 73 % av kommunene som subsidierer sier at de gjør det med mål om å rekruttere fastleger. Også i år svarer flere av de små kommunene enn de store kommunene at å beholde legene over tid er et mål. Gjennom de innledende, utforskende intervjuene som ble gjennomført i fjor, ble rekrutterings- og

²¹ I følge Helsedirektoratet ble det innvilget tilskudd for 13,9 millioner kroner i 2017 og 54,6 millioner kroner i 2018. Antall kommuner som søkte om tilskudd gikk fra 33 i 2017 til 120 i 2018.

²² «Finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)» er et nytt svaralternativ i 2019.

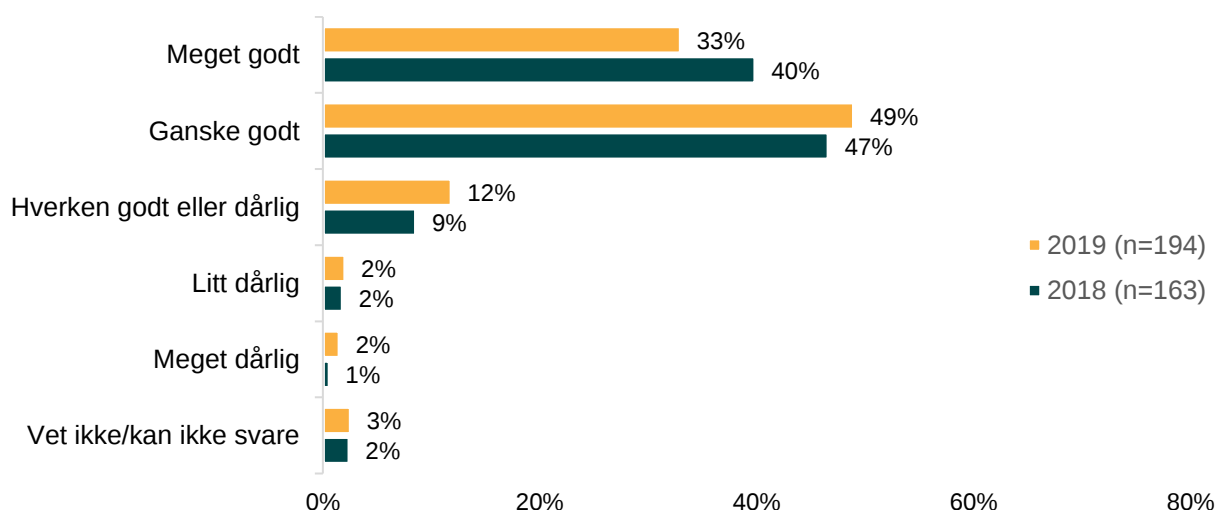
stabiliseringsutfordringer trukket frem som de viktigste årsakene til kommunenes subsidieringsordninger.

Like under halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordninger svarer 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*. Disse to momentene gjentas og utdypes i de åpne svarene, som vi omtaler litt senere.

Omkring 1 av 3 kommuner som subsidierer har som mål å få fastleger til å veilede andre leger under spesialisering og bedre linjeledelsen, mens rundt 1 av 4 har som mål å tilrettelegge for kompetanseheving. Det er også enkelte av kommunene som subsidierer som skriver i de åpne kommentarfeltene at de har som mål å styrke faglig og kollegialt fellesskap for legene og sikre likere rammevilkår for fastlegene i kommunen. Gjennom de utforskende intervjuene fra fjorårets kartlegging ble subsidiering fremhevet som et middel for å bygge fagmiljø.

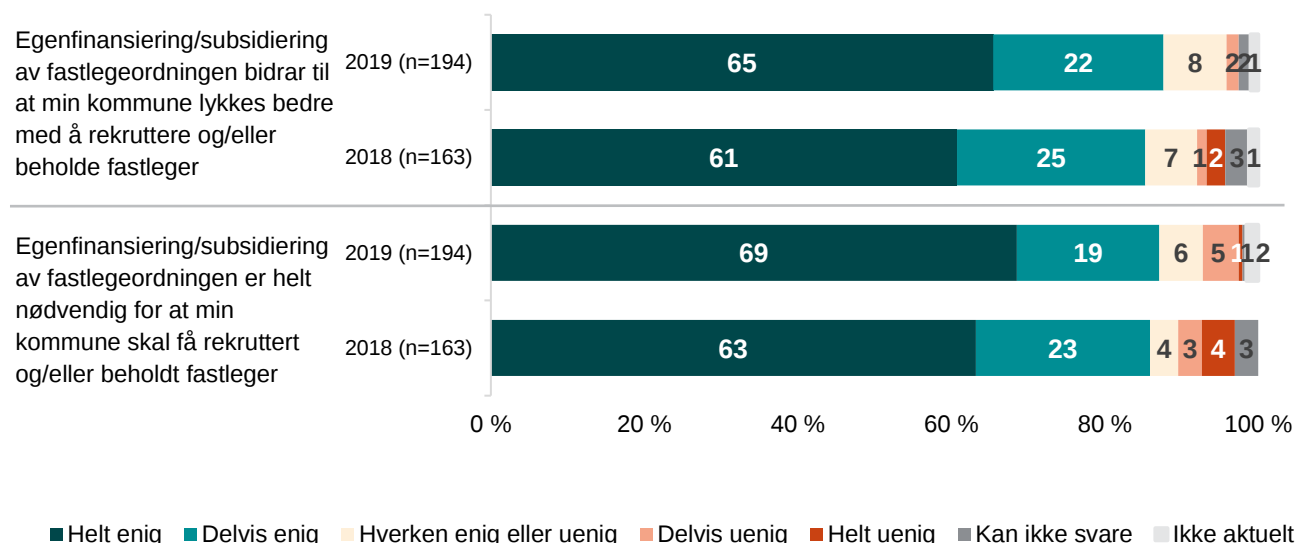
Figur 4.10 Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen /subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Som i fjor mener et stort flertall av kommunene (82 %) som subsidierer fastlegeordningen at dette fungerer godt i egen kommune, mens kun 4 % svarer at ordningen fungerer dårlig, se figur 4.10. Dette er også noe som kom frem i de innledende, utforskende intervjuene fra fjorårets kartlegging hvor vårt inntrykk var at kommunene opplever at subsidieringsløsningene fungerer etter hensikten. Et intervjuobjekt fra en kommune legger til at «Det hadde ikke vært mulig uten».

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



Med påstandene i figur 4.11 ønsket vi å få frem nyanser i kommunenes beveggrunner for å subsidiere fastlegeordningen. Vi spør både om subsidieringen bidrar til at kommunene opplever å lykkes bedre med å rekruttere og beholde fastleger, og hvorvidt den oppleves som *helt nødvendig* for å rekruttere og beholde fastleger. Teoretisk sett kan det være slik at subsidiering gjør at kommunene lykkes bedre med rekruttering, uten at ordningen vurderes som helt nødvendig eller avgjørende. Som figuren viser, fordeler svarene seg svært likt på de to påstandene. 87 % av kommunene som subsidierer er enig i at dette gjør at de lykkes bedre, og 88 % er enig i at ordningen er helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger. Endringen i andelen som er enig i disse påstandene siden 2018 er ikke signifikant.

Skalaen går fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig), hvor lavere tallverdi er et uttrykk for sterkere enighet i utsagnene. Gjennomsnittet for hele utvalget i 2018 var 1,5 for begge påstandene. I 2019 er gjennomsnittet for at det bidrar til å lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger 1,4, og for at det er nødvendig for å rekruttere og/eller beholde fastleger 1,5. I år endrer ikke gjennomsnittet seg like systematisk avhengig av kommunens sentralitet og størrelse som i fjor, men det er en tendens til at de mest sentrale og de største kommunene er noe mindre enige i at subsidiering er helt nødvendig.

Kommunene som subsidierer fastlegeordningen ble stilt et åpent spørsmål om hvordan de vil beskrive *effektene* av kommunens subsidiering. I år skrev 133 kommuner inn et svar. Kommentarene forsterker inntrykket fra de tallbaserte funnene omtalt tidligere. For eksempel understreker mange kommuner at subsidiering av fastlegeordningen er *avgjørende for å rekruttere og beholde fastleger*, og at effekten av subsidiering er mer *stabil legedekning* og *bedre kvalitet* på legetjenestene.



Vi har hatt stabil legedekning de siste årene, men det er en dyr ordning for kommunen som er i en presset økonomisk situasjon.



Stabilitet i stillingene. Lite utskifting av leger, dermed blir legene kjent med pasienten og pasientene får bedre oppfølging.



[Effektene er] stabil legedekning, bygger opp om godt samarbeid, kontinuitet i pasientbehandling og utviklingsarbeid. Viktig for å kunne utvikle kommunen som regionsenter og viktig for å sikre utvikling av kompetansebasen.

Andre kommentarer går på at subsidiering bidrar til økt *samhandling* mellom fastleger og kommunen og at subsidiering gir kommunen styrket *styringsrett* overfor legene, slik at fastleger kan ta større del i

kommunale helseoppgaver. For eksempel muliggjør subsidiering at fastleger deltar i systemarbeid, jobber i skolehelsetjenesten, eller jobber mer med sårbare grupper/pasienter med sammensatte behov, som flyktninger, personer med rusmiddelproblemer eller pasienter med spesielle behov. Flere beskriver at dette er oppgaver som fastleger har få insentiver til å ta tak i pr. i dag.



Samarbeid som er godt mellom lege og administrasjon. Det er fleksibilitet og raushet mellom legene og kommunen. Kommuneoverlegen er med i ledermøter. De krever ikke noe ekstra for dette.



Fører til et godt samarbeidsklima mellom fastlegene og administrasjonen.



[Subsidieringen] tilfører kompetanse i linjen, gir bedre utnyttelse av legeressursene for innbyggerne, gir en robust legetjeneste i samspill mellom fast ansatte og næringsdrivende leger. Gir muligheter for å spesialisere kompetanse – f.eks. til flyktninger hos en kommunalt ansatt lege.

En annen effekt av subsidiering er styrking av faglig og kollegialt fellesskap blant legene. Det går frem at kommunens subsidiering i form av etablering eller drift av legesenter bedrer samlokalisering for leger og danner grunnlag for et større fagmiljø. Det gjør det også lettere å rekruttere vikarer ettersom kolleger i andre kommuner spør om det blir ledig hjemmel som de ønsker søke på, selv om det innebærer reising.



Vi har greid å holde på legene våre over mange år, og de er på lik linje med alle andre ansatte i kommunen. Bra for arbeidsmiljøet at vi har flere faggrupper under samme tak - helsestasjon, jordmor, psykisk helse og rus.

I årets undersøkelse er det enkelte kommuner som påpeker at subsidiering også kan bidra til opplevd skjevhet mellom fastlegene. Subsidieringen nevnes å fungere godt for legene som mottar fastlønnsstillinger, men det kan skape skjevhet ovenfor de som ikke mottar dette. En kommune beskriver også subsidiering som nødvendig i et konkurransepreget marked for å beholde/rekruttere fastleger, siden andre kommuner subsidierer.



[Effektene er] todelt, fungerer godt for de legene som har fastlønnsstillinger, og skaper skjevhet overfor de legene som i dag ikke har noen subsidier.



I dagens finansieringssystem vil det i et konkurransemarked om arbeidskraft alltid bli behov for lokale tiltak for å konkurrere mot andre kommuner som også bruker dette virkemiddelet. Effektene er begrenset, men likevel nødvendig for å kunne rekruttere/beholde i et slikt marked.

4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger

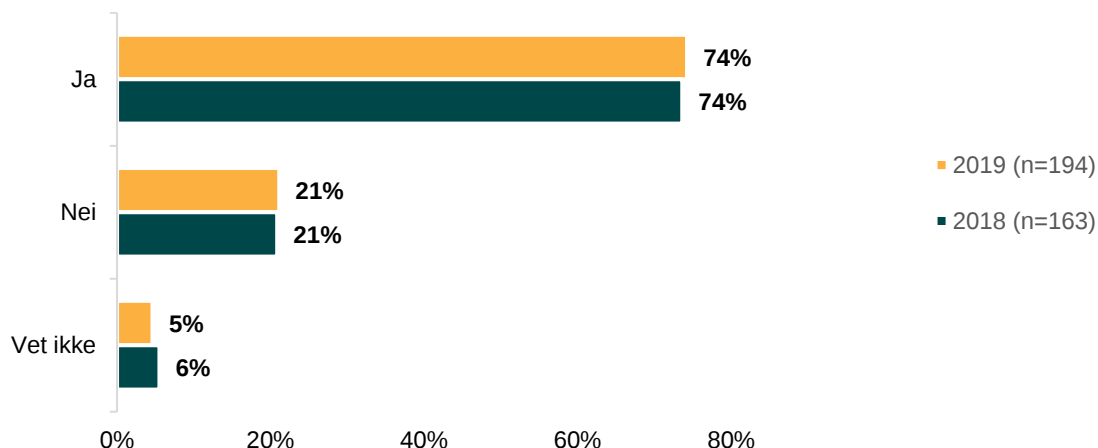
I fjor anslo vi at 287 av landets 422 kommuner subsidierte fastlegeordningen ut over hovedmodellen. I år anslår vi at det er 298 av 422 kommuner som subsidierer, se kapittel 4.1. Nesten 3 av 4 kommuner som subsidierer rapporterer at de også hadde merkostnader knyttet til dette i 2018, se figur 4.12. Dette er likt som for 2017, slik det fremkom i målingen fra i fjor. Dette betyr at ikke alle kommuner har kostnader, eller opplever at de har kostnader, forbundet med subsidieringsløsninger. Som sett i figur 4.9 er de hyppigste målene med slike ordninger å beholde eller rekruttere fastleger.

Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, se kapittel 3.4. Med en forventning om at utvalget gir et godt bilde av fordelingen i populasjonen, anslår vi at totalt 221 kommuner hadde merkostnader i 2018 ut over

basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd til ulike subsidieringer av fastlegeordningen. For 2017 anslo vi dette til å være totalt 212 kommuner.²³

Figur 4.12 Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering /subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017/2018?

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 422 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.²⁴

Vi estimerer gjennomsnittskostnaden for populasjonen med tilhørende usikkerhetsintervall (konfidensintervall) basert på utvalgets rapporterte merkostnader. Populasjonens gjennomsnittskostnad knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen estimeres til i underkant av to millioner kroner i 2018, mot 1,8 millioner i 2017, jf. tabell 4.1.²⁵ Et alternativ til gjennomsnittskostnaden er å estimere mediankostnaden. Estimert mediankostnad for populasjonen er 1,5 millioner kroner i 2018 mot 1,3 millioner kroner i 2017, se estimert mediankostnad og tilhørende 95 %-konfidensintervall i tabell V5 i vedlegg 1.

Vi legger i det videre til grunn gjennomsnittskostnaden i kostnadsberegningen. Vi forventer å i tilstrekkelig grad fange opp variasjoner med rapporterte merkostnader og gjennomsnittet gir en god tilnærming til beregninger av de samlede merkostnadene. Det er like fullt en viss risiko for å at vi overvurderer merkostnaden for majoriteten av kommunene ved å bruke gjennomsnittet fremfor mediankostnaden.

²³ Beregningen av de 221 kommunene er basert på at 74 % av de 298 kommunene som subsidierer fastlegene ut over hovedmodellen svarer at dette medfører merkostnader for dem i 2018. Det er samme beregning som ble gjort i fjor, med 74 % av de 287 kommunene, resulterte i 212 kommuner med merkostnader i 2017.

²⁴ Rundt 40 % av respondentene i surveyundersøkelsen som rapporterer at de har merkostnader til subsidiering angir ikke kostnadene. Samtidig har vi informasjon fra 82 kommuner om merkostnadene til subsidieringsordninger, noe vi anser som godt nok til å gi et godt anslag på merkostnadene til populasjonen.

²⁵ Vi benytter en såkalt ikke-parametrisk estimeringsmetode for å estimere den «sanne» fordelingen av merkostnader for populasjonen av alle norske kommuner. Metoden tar utgangspunkt i en gamma-funksjon tilpasset våre utvalgsdata, der parameterne estimeres med sannsynlighetsmaksimeringsmetoden (maximum likelihood estimering). Ettersom svarene vurderes som gode og uten skjevheter, gir de et godt bilde av kostnadsfordelingen i populasjonen, og vi tilpasser fordelingen i estimeringen til utvalget. Dette gir et presist estimat på gjennomsnitt og median for alle kommunene (populasjonen). Vår eneste antagelse er at dersom alle kommunene hadde besvart spørreundersøkelsen ville merkostnadsfordelingen ha konverget mot den estimerte funksjonen.

Tillegger vi alle de 221 kommunene som anslås å ha merkostnader til subsidieringsordninger tilsvarende gjennomsnittskostnaden i utvalget, beløper de samlede merkostnadene for kommunesektoren seg til 439 millioner kroner i 2018, mot 378 millioner kroner for 2017. Økningen er med andre ord på 16 prosent, eller 61,5 millioner kroner. Det er derimot ikke grunnlag for å si at målingen for 2018 er statistisk signifikant forskjellig fra i fjor, men tendensen er like fullt at merkostnadene ved subsidieringsordningene er økende.

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 med en nedre grense på 1,5 millioner kroner og en øvre grense på 2,5 millioner kroner, jf. tabell 4.1. Dette tilsvarer samlede merkostnader mellom 340 og 545 millioner kroner.

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

Tabell 4.1 Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017 og 2018. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall

	2017		2018	
	Pr. kommune	Samlet	Pr. kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	1 354	287 510	1 540	339 815
Gjennomsnitt	1 778	377 658	1 990	439 129
Konfidensintervall øvre grense	2 197	466 434	2 470	544 837

I år har kommunene også blitt spurt om hvor mye av merkostnadene knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som ble brukt på fastlønn. Ni kommuner oppgir utgifter til fastlønn høyere enn merkostnadene, og er derfor holdt utenfor i beregningen under.

Tabell 4.2. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.²⁶

	2018	
	Pr. kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	660	145 891
Gjennomsnitt	1 006	222 452
Konfidensintervall øvre grense	1 400	309 489

Som det fremkommer av tabell 4.2 estimeres konfidensintervallet til gjennomsnittskostnaden med en nedre grense på 0,7 millioner kroner og en øvre grense på 1,4 millioner kroner. Dette tilsvarer samlede kostnader til fastlønn i 2018 på mellom 146 og 309 millioner kroner, med et gjennomsnitt på

²⁶ Ved beregningen av konfidensintervall har vi lagt til grunn en antatt teoretisk fordeling av merkostnadene på lik linje med det vi la til grunn i estimerte konfidensintervall for merkostnadene. Valget av teoretisk fordeling er basert på det vi observerer i svarene fra surveyen. Ved hjelp av denne antagelsen tilpasses den teoretiske fordelingen til fordelingen av de observerte merkostnadene og vi kan estimere øvre og nedre grense for gjennomsnittlige merkostnader innenfor et 95%-konfidensintervall.

ca. 222 millioner.²⁷ Siden dette anslaget trolig er noe høyere som en følge av at vi har holdt utenfor kommuner som har svart at utgiftene til fastlønn er høyere enn merkostnadene, indikerer våre beregninger at minst halvparten av kommunenes merkostnader ved finansiering av fastlegeordningen i 2018 ble brukt til fastlønn.

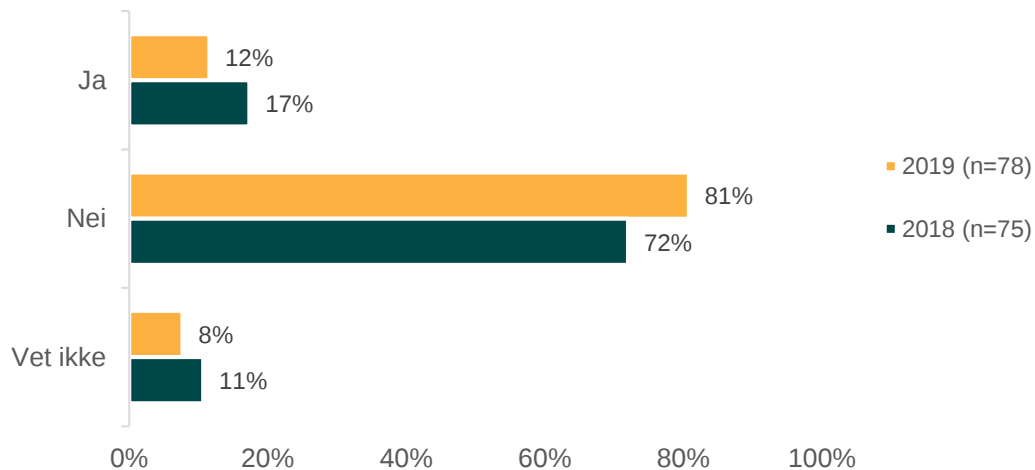
²⁷ Estimert mediankostnad finnes i tabell V6 i vedlegget.

5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen

Vi har tidligere sett at ca. 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, mens nær 3 av 10 kommuner ikke gjør dette, se figur 4.1. Av kommunene som svarer at de *ikke* subsidierer fastlegeordningen, finner vi en større andel av de mest sentrale kommunene (62 % med sentralitetsnivå 1-3) mot henholdsvis 16 % av kommunene med sentralitetsnivå 4-6 (de minst sentrale). Mens 18 % av kommunene med under 3000 innbyggere ikke subsidierer fastlegeordningen, er tilsvarende andel 48 % blant kommunene med 10 000 eller flere innbyggere. Blant kommuner på Østlandet er det større andeler (39 %) som ikke subsidierer fastlegeordningen sammenlignet med gjennomsnittet (28 %).

Sentralitet og folkemengde ser ut til å forklare mye av variasjonen i om kommunene subsidierer fastlegeordningen eller ikke.

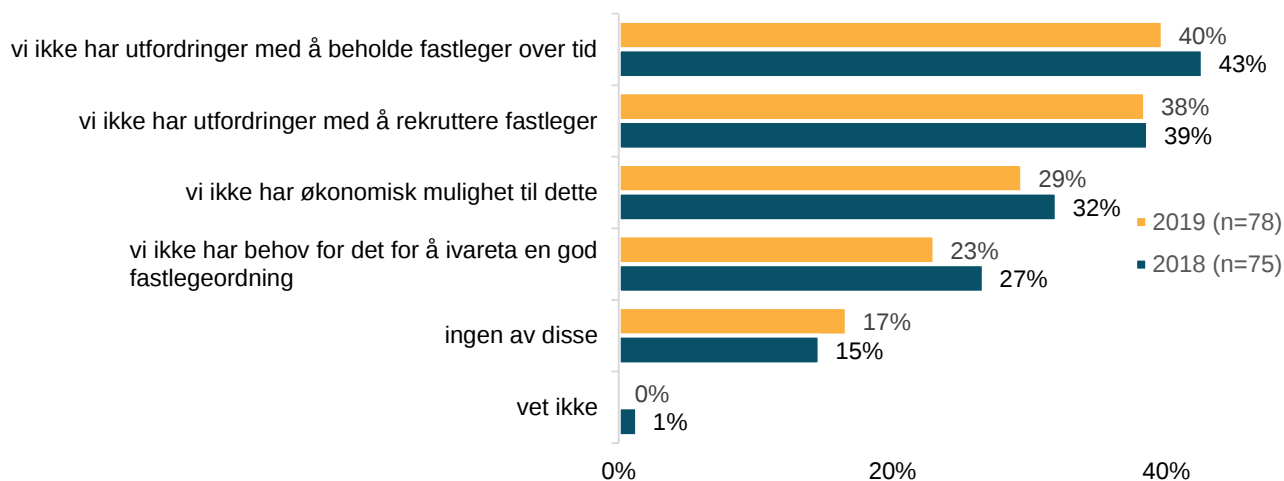
Figur 5.1 Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det? Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



Blant kommunene som ikke subsidierer fastlegeordningen, har majoriteten (81 %) heller ikke gjort dette tidligere, se figur 5.1. Rundt 1 av 10 kommuner har tidligere subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det. Forskjellene fra i fjor til i år er innenfor feilmarginene og er dermed ikke signifikante.

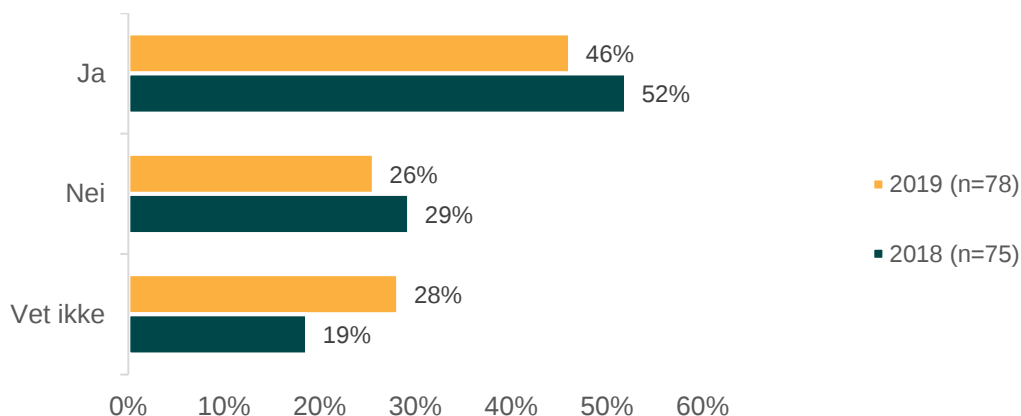
Figur 5.2 Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...

Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



De hyppigst oppgitte årsakene til at kommuner ikke subsidierer fastlegeordningen, er fravær av stabiliserings- eller rekrutteringsutfordringer, se figur 5.2. Det er særlig de mest sentrale kommunene som ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger eller som ikke har behov for egenfinansiere/subsidiere for å ivareta en god fastlegeordning.

Som i fjor påpeker nær 3 av 10 kommuner som ikke subsidierer at de ikke har økonomisk mulighet til slik subsidiering. Litt færre har ikke behov for å subsidiere for å ivareta en god fastlegeordning.

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


Forutsatt at ordningen fortsetter som i dag, er det fortsatt slik at nesten halvparten (46 %) av kommunene som pr. nå ikke subsidierer fastlegeordningen vurderer at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, se figur 5.3. I år er det mindre forskjeller avhengig av sentralitetsnivå, men i likhet med i fjor er det tegn til at flere av de store kommunene svarer «ja» på dette spørsmålet. Dette ses i sammenheng med inntrykket av at større kommuner i økende grad opplever utfordringer som gjør at de ser behov for subsidiering, se figur 4.6 og 4.7.

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 2,6 milliarder kroner i 2018, jf. drøftingen i kapittel 1.1. Kommunene blir verken kompensert for basistilskudd eller eventuelle utjamningstilskudd særskilt, men skal finansiere dette ved sine frie inntekter (årlige rammetilskudd og skatteinntekter). Basistilskuddene og utjamningstilskudd utgjorde omtrent en fjerdedel av den totale finansieringen av fastlegeordningen dersom vi inkluderer trygderefusjoner og egenandeler. Pasienters innbetaling av egenandel og trygderefusjoner tilfaller fastlegene via staten og er på den måten ikke finansiering av kommunens kostnader ved fastlegeordningen som sådan.

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

I kapittel 4.3 beregnet vi merkostnaden til kommunesektoren ved subsidieringsordninger av fastlegeordningen til 439 millioner kroner i 2018, opp fra 378 millioner kroner i 2017. Selv om målingen for 2018 ikke er statistisk signifikant forskjellig fra i fjor, er tendensen like fullt at merkostnadene ved subsidieringsordningene er økende. De beregnede merkostnadene utgjør i år ca. 18 % av kommunens direkte kostnader ved finansiering av fastlegeordningen, se tabell 6.1. Basert på estimert konfidensintervall forventes merkostnaden å utgjøre minimum 14 % og høyst 22 % av kommunens kostnader ved fastlegeordningen.

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

	2017	2018 ²⁸
Konfidensintervall nedre grense	12 %	14 %
Gjennomsnitt	15 %	18 %
Konfidensintervall øvre grense	19 %	22 %

Selv om vi legger det nedre anslaget på 14 % merkostnad i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskudd til grunn, er det rimelig å slå fast at merkostnadene utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommunesektoren samlet. En kostnadsøkning av denne størrelsesorden må forventes å gi utslag i form av omprioriteringer på tjenesteområdet for kommuner med en presset økonomi fra før. Det vil forekomme variasjoner i omfang av slike merkostnader og kommunenes økonomiske situasjon, men subsidiering av fastlegeordningen er mer utbredt blant lite sentrale og mindre folkerike kommuner. Dette er også kommuner som typisk har en lavere økonomisk bærekraft enn andre, jf. drøftingen i fjorårets rapport.²⁹

Gjennom utredningen har vi kartlagt at ca. 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover fastlegeordningens hovedmodell. Rundt tre fjerdedeler av kommunene som egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen har merkostnader som følge av subsidieringsløsningene. Samtidig vurderer omtrent halvparten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i

²⁸ Som det fremgår av kapittel 1.1 indikerer funn i surveyen at kommunenes kostnader til utjamningstilskudd for 2018 er lavere enn det som er lagt til grunn her. Eventuelle endringer i størrelsen på utjamningstilskuddet for 2018 vil høyst sannsynlig ha svært liten innvirkning på de beregnede andelene.

²⁹ Rathe, L., Andersson, S. T., og Flatval, V. S. (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#) Ipsos-rapport laget for KS FoU.

fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter som i dag. Det er tegn til at større andeler av de mest folkerike kommunene opplever det slik. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Vi har også avdekket at de hyppigste formålene med alternative subsidieringsordninger, er å rekruttere og beholde fastleger over tid. Disse funnene er på nivå med resultatene fra fjorårets kartlegging, og vi finner få signifikant forskjeller. Dermed konkluderer vi som i fjorårets rapport 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.

Referanseliste

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

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

Borge, L. E., Brandtzæg, B. A., Flatval, V., Kråkenes, T., Rattsø, J., Røtnes, R., Sørensen, R. og Vinsand, G. (2017), *Nullpunktsmåling: Hovedrapport*. SØF-rapport nr. 01/17

Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentedato: 26.04.2018]

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

Helsedirektoratet (2019) <<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker-spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten>> [Hentedato: 03.06.2019]

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

Høydal, E. (2017), *Ny sentralitetsindeks for kommunene* Rapport 2017/40. Statistisk sentralbyrå

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

KS (2018) <<http://www.ks.no/fagomrader/om-ks/publikasjoner-og-utgivelser/kronikker-og-leserinnlegg/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentedato: 24.04.2018]

Rathe, L., Andersson, S. T., og Flatval, V. S. (2018) *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen* Ipsos-rapport laget for KS FoU.

Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene

Tidsskriftet for Den norske legeforening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentedato: 15.05.2018]

Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Tabell V1. Sentralitetsindeks

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %
Sum	241	100 %	275	100 %

Tabell V2. Folkemengde pr. 1. januar 2018

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019
Under 3000	77	32 %	83	30 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %
10 000+	69	29 %	89	32 %
Sum	241	100 %	275	100 %

Tabell V3. Landsdel*

Landsdel	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019
Østlandet	89	37 %	106	39 %
Vestlandet	53	22 %	67	24 %
Midt-Norge	52	22 %	53	19 %
Nord-Norge	47	20 %	49	18 %
Sum	241	100 %	275	100 %

* **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 pr. 1. des 2018 (antall og basistilskudd)

Folkemengde	Antall	Basistilskudd (i tusen kroner)
Under 3000	350	9 678
3000 – 9999	885	33 259
10 000 +	3575	175 051
Sum	4810	217 988

Tabell V5. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017 og 2018. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.

	2017		2018	
	Pr. kommune	Samlet	Pr. kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	970	206 011	1 062	234 329
Median	1 317	279 577	1 450	319 903
Konfidensintervall øvre grense	1 564	332 094	1 702	375 708

Tabell V6. Median merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018³⁰. Tusen kroner.

	2018	
	Pr. kommune	Samlet
Median	584	130 901

³⁰ Ni kommuner som svarte at utgifter til fastlønn var høyere enn merkostnadene er holdt utenfor beregningene.

Vedlegg 2. Spørreskjema

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

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

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

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

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

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

q6	Har din kommune søkt om og ev. fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i 2018?
♦ range:*	
Vi har søkt og fått tilskudd	☐ 1
Vi har søkt og ikke fått tilskudd	☐ 2
Vi har ikke søkt	☐ 3
Vet ikke	☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1
♦ filter:\q1.a=1 Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen bidrar til at min kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger								
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2
♦ filter:\q1.a=1 Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen er helt nødvendig for at min kommune skal få rekruttert og/eller beholdt fastleger								
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3

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

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

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

q10b	Nå vil vi stille noen spørsmål om kostnader Vi minner om at vi i denne undersøkelsen stiller spørsmål om kommunen tilbyr løsninger som blant annet kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen. Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2018?
♦ range:*	
Ja	☐ 1
Nei	☐ 2
Vet ikke	☐ 3

q12a	Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2018 (i kroner)?
♦ filter:\q10b.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2018:	Open
Vet ikke	☐ 1

q13a	Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2018? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.	
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*		
Ja	☐	1
Nei	☐	2
Vet ikke	☐	3

q14a	Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2018 (i kroner)? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.	
♦ filter:\q13a.a=1 ♦ range:*		
Skriv inn i kroner for 2018:		Open
Vet ikke	☐	1

q14b	Av kommunens merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2018, hvor mye gikk til fastlønn (i kroner)? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.	
♦ filter:\q14a.a=1 ♦ range:*		
Skriv inn i kroner for 2018:		Open
Vet ikke	☐	1

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

q16	Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...	
	Flere svar mulig	
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*		
vi ikke har utfordringer med å rekruttere fastleger	☐	1
vi ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid	☐	2
vi ikke har økonomisk mulighet til dette	☐	3
vi ikke har behov for det for å ivareta en god fastlegeordning	☐	4
♦ exclusive:yes ingen av disse	☐	5
♦ exclusive:yes vet ikke	☐	6

q17	Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen fortsetter som i dag?	
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*		
Ja	☐	1
Nei	☐	2
Vet ikke	☐	3

q14	Har du andre innspill til oss om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?	
♦ range:*		
Vennligst beskriv:		Open
♦ exclusive:yes Jeg har ikke innspill	☐	1