Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse

15.8.2022

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 ekstrainnsatsen fungerer etter hensikten. Ettersom årets kartlegging er den femte i rekken, kommenterer vi også på utvikling over tid.[[1]](#footnote-1)

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 mellomsentrale 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.

**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. Estimatene 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 mellomsentrale 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. Årets gjennomføring er en oppfølgning 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](https://www.ks.no/contentassets/11090ac4bb2445c88e049c469f13b7e6/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen_310518.pdf), (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/lokaldemokrati/internkontroll/Endelig-rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-oppfolging-280619-002-.pdf), (2020) [Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](https://www.ks.no/contentassets/d47d908c3eae436e82dbddbfe09c186c/Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-nov-2020.pdf) og (2021) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – tredje oppfølgingsundersøkelse](https://www.ks.no/contentassets/78de1aaf1c894523b06b8322508a3300/Finansiering-fastlegeordningen-tredje-oppfolging.pdf). Ipsos-rapporter laget for KS FoU. [↑](#footnote-ref-1)