



Rapport

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse



Laget for

KS

November 2020

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning og bakgrunn	6
1.1 Hovedmodellen.....	7
1.2 Fastleger med fastlønn	8
1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner	9
2. Om utredningen og analysene	10
3. Metode.....	11
3.1 Survey.....	11
3.2 Statistikkinnhenting.....	12
3.3 Frafallsvurdering.....	13
4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen	14
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger.....	14
4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger	20
4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger.....	24
5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen	28
6. Drøfting og konklusjon	31
Referanseliste.....	33
Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen	34
Vedlegg 2. Spørreskjema	36

Forord

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse (SØA) kartlagt omfanget av kommunenes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Videre har vi undersøkt innretning av, formål med og kommunenes merkostnader knyttet til slik subsidiering. Årets gjennomføring er den tredje i rekken, og er en oppfølging av kartleggingen gjennomført i mai 2018 (nullpunktsmåling) og juni 2019 (første oppfølgingsundersøkelse). Formålet har vært å få oppdaterte tall og vurdere om det har vært endring over tid.

FoU-prosjektet er utført av Linn Sørensen Holst (Ipsos), Daniel Ritland Hernes (Ipsos), Vegard Salte Flatval (SØA) og Amund Kordt (SØA). 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, november 2020

Ipsos og SØA

Sammendrag

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

Bakgrunnen for den første kartleggingen var Stortingets vedtak om en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen og et behov for bedre kunnskapsgrunnlag om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. De to foregående kartleggingene har pekt i retning av at egenfinansiering av fastlegeordningen blir mer utbredt i kommune-Norge. I lys av dette er det ønskelig å måle utvikling over tid.

Årets kartlegging er i likhet med de to foregående gjennomført via en surveyundersøkelse og innhenting av statistikk for å besvare prosjektets problemstillinger. I første 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 i år samlet inn 229 svar (64 % svar) via elektronisk e-postlenke eller personlig intervju per telefon. I fjor ble det på samme måte samlet inn 275 svar (65 % svar) og i 2018 241 svar (57 % svar).

I år har vi sett at 81 % av landets 356 kommuner (288 kommuner) subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Det er kun et mindretall på ca. 2 av 10 kommuner som *ikke* subsidierer. På grunn av kommunesammenslåinger fra 1. januar 2020 kan ikke årets anslag på antall kommuner sammenlignes direkte med tidligere gjennomføringer. I fjorårets kartlegging oppgav 71 % av kommunene at de subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 298 av landets daværende 422 kommuner. Endringen fra 71 % til 81 % er signifikant. En større andel mindre sentrale og mindre kommuner målt i folkemengde subsidierer, sammenlignet med gjennomsnittet. Det har imidlertid vært en betydelig økning i andelen av de mest folkerike og mest sentrale kommunene som oppgir at de subsidierer fastlegeordningen i perioden 2018-2020. Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen, svarer majoriteten at bruk av fastlønn (65 %), gunstige avtaler om leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende (50 %) og avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (46 %) er de oftest benyttede ordningene.

Flere av de mest folkerike (10 %) og mest sentrale kommunene (13 %) som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette i mindre enn ett år, sammenlignet med gjennomsnittet (4 %). Hele 95 % av de minst sentrale kommunene og 98 % av kommunene med 3000 innbyggere eller færre som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette over flere år. Samtidig vurderer over 1 av 3 kommuner som per i dag ikke subsidierer fastlegeordningen at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, gitt at ordningen fortsetter som i dag.

¹ Årets gjennomføring er en oppfølging av kartleggingen gjennomført i mai 2018 (nullpunktsmåling) og juni 2019 (første oppfølgingsundersøkelse): Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#) og (2019) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#). Ipsos-rapporter laget for KS FoU.

Stabilitets- og rekrutteringsutfordringer er stadig de hyppigst nevnte årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen, gjør dette for å beholde fastleger over tid. Nær 8 av 10 kommuner som subsidierer gjør det for å rekruttere fastleger. Andre nevnte årsaker til subsidiering er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (49 %), stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (45 %), og for å få leger til å veilede leger under spesialisering (40 %).

De fleste kommunene som subsidierer fastlegeordningen opplever at den fungerer etter hensikten. 72 % av kommunene som subsidierer, vurderer at subsidieringen fungerer godt, mens 7 % vurderer at den fungerer dårlig. Andelen som vurderer at subsidieringen fungerer godt har sunket fra 82 % i fjor, men det har ikke vært en signifikant økning i andelen kommuner som vurderer at den fungerer dårlig.

Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen (81 % dvs. totalt 288 kommuner) svarer 78 % (totalt 227 kommuner) at dette påfører kommunene merkostnader. Vi estimerer de samlede merkostnadene for kommunesektoren til 520 millioner kroner i 2019. Til sammenligning estimerte vi tilsvarende merkostnader til 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner kroner i 2017. Dette er tilsynelatende en økning på 28 %, eller 80,6 millioner kroner fra 2018 til 2019. Denne endringen er det ikke grunnlag for å si at er statistisk signifikant, men tendensen peker likevel i retning av en økning i merkostnader ved subsidiering. Estimaten baserer seg på rapporterte merkostnader og gjennomsnittskostnad fra surveyene. Det tilsier at estimatene har en viss usikkerhet. Estimerte konfidensintervall for gjennomsnittskostnaden belyser usikkerheten. For et inntrykk av merkostnadenes omfang, ses de i kontekst av kommunenes samlede utgifter ved den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Vi anslår samlet finansiering ved den ordinære fastlegeordningen til rundt 10,5 milliarder kroner. Av dette utgjør basistilskudd og utjamningstilskudd i overkant av 2,7 milliarder kroner. Kommunesektorenes estimerte samlede merkostnader på 520 millioner kroner utgjør dermed 21 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd ved finansiering av fastlegeordningen i 2019. Estimerte konfidensintervall fra minimum 16 % til høyest 27 % belyser usikkerheten i estimatet. For 2018 lå estimatet mellom 14 % og 22 %, og i 2017 var det mellom 12 % og 19 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd.

Som i de foregående kartleggingene vurderer vi at egenfinansiering eller subsidiering av fastlegeordningen forekommer relativt hyppig, og at innsatsen utgjør en ikke-ubetydelig kostnad for kommune-Norge. Dette er også vår vurdering dersom nederste anslag på 16 % 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, men vi ser at subsidiering blir vanligere blant de mest folkerike og mest sentrale kommunene også. I år vurderer rundt en tredjedel 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. Kommunenes hyppigste formål med alternative subsidieringstilbud er å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette funnet er på nivå med resultatene fra de foregående kartleggingene. Dermed konkluderer vi også i årets kartlegging med 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.

1. Innledning og bakgrunn

Det er mange kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen for drift. Nasjonalt senter for distriktsmedisin fant i 2016 at under halvparten av kommunene med under 20 000 innbyggere har ren privat fastlegepraksis, som er hovedmodellen i ordningen med privat næringsdrift.² 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».³ 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.⁴

I 2018 vedtok Stortinget en evaluering av finansieringen av fastlegeordningen⁵. Det forelå da lite faktisk kunnskap om omfanget og innretningen av, formålet med, og kostnader forbundet med kommunenes egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen. Dette var også bakgrunnen for den første av KS' kartlegginger av variasjonene i finansieringen av fastlegeordningen i 2018, og oppfølgingsundersøkelsen i 2019.

EY og Vista analyse gjennomførte evalueringen av finansieringen av fastlegeordningen i 2019. Evaluering fant at fastlegeordningen var og er under press.⁶ Flere fastleger oppgir at de er under et stort og økt arbeidspress, og flere ønsker å slutte som fastlege. EY og Vista analyses evaluering tilsier at fastlegenes tilbøyelighet til å slutte øker. Rapporten fant at over 70 % av kommunene har merutgifter som går utover basistilskuddet. Dette er særlig utbredt blant små kommuner med under 5000 innbyggere hvorav bare 5 % har kun selvstendig næringsdrift i tråd med hovedmodellen. Blant de store kommunene har 36 % ren selvstendig næringsdrift uten bruk av 8.2-avtaler eller lignende subsidiering. Rapporten peker særlig på fremtredende bruk av 8.2-avtaler. Et av formålene med slike avtaler er fra kommunenes side å øke rekruttering og bedre vilkårene for fastlegene. Videre viser rapporten til positive effekter av slike avtaler, nemlig økt lønnstilfredshet blant fastlegene sammenlignet med kommuner med ren næringsdrift, at arbeidsmengden i større grad oppleves som håndterbar, økt samhandling mellom fastleger og kommunene, bedre oppfølging fra kommunene, og at kommunene i større grad har utarbeidet strategier for rekruttering og stabilitet. Både kommunerepresentantene og fastlegene i undersøkelsen mener at det er behov for blant annet økt basistilskudd for at ikke kommunene skal måtte stå for deknningen av tilsynelatende økende merutgifter for å opprettholde et godt fastlegetilbud i kommunen.

Ipsos og SØA har på oppdrag fra KS utført en ny oppfølgingsundersøkelse av kartleggingene fra 2018 og 2019, for å oppdatere tallene og se om det har vært en utvikling. 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 i prinsippet ikke gjøre det. Vi utreder i hvilken utstrekning slike løsninger gir merkostnader i tillegg til kostnadenes størrelse. Videre undersøker vi årsakene til at kommunene velger å yte bidrag utover fastlegeordningens hovedmodell. Vi har også undersøkt om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter

² Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

³ Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* Rapportnr. R9010

⁴ Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmenmedisin/>> [Hentdato: 23.10.2020]

⁵ Innst. 109 S (2017-2018) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:3 S (2017-2018)

⁶ EY og Vista analyse (2019) *Evaluering av fastlegeordningen*. Rapport

hensikten. I denne kartleggingen har vi også sett på utvikling i resultatene over de tre årene kartleggingen er gjennomført.

1.1 Hovedmodellen

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på *privat næringsdrift* finansiert gjennom listepasienttilskudd (basistilskudd per registrert person på legens liste, utbetalt fra kommunen), folketrygdrefusjon (statlig) og egenandeler fra pasienter. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere kan det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer.⁷

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). I tillegg får kommunen normalt innbetalingene av trygderefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt). 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.⁸ Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter ordningen.

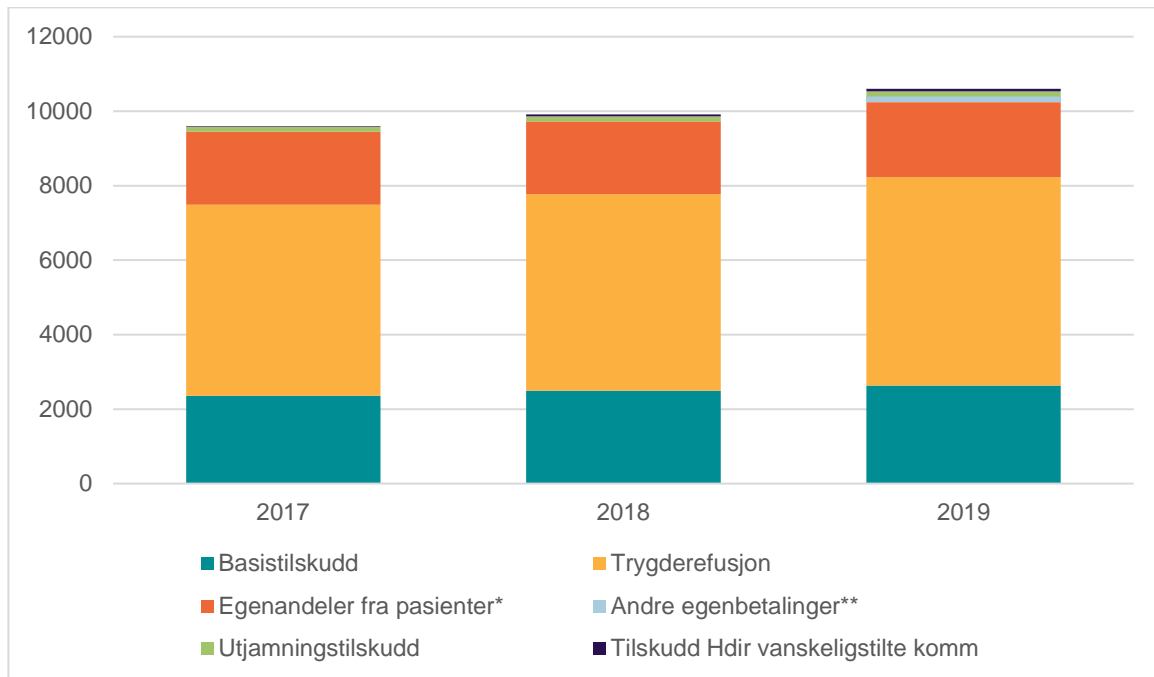
Kommunene refunderes ikke særskilt for eventuelle utjamningstilskudd, subsidier som kommunen bidrar med til næringsdrivende leger, bonusavtaler eller andre goder til fastlønnede leger.

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 (ref. første rapport) og rundt 9,9 milliarder kroner i 2018 (ref. andre rapport). Oppdaterte tall for 2019 viser en samlet kostnad på i overkant av 10,5 milliarder kroner, jf. figur 1.1. Kommunenes kostnader til finansiering av fastlegene begrenser seg til basistilskuddet på i overkant av 2,6 milliarder kroner og eventuelle utjamningstilskudd summert til om lag 136 millioner kroner. Resterende finansiering kommer fra pasienter i form av egenandeler og Helfo (Folketrygden) gjennom refusjoner for utførte takster.

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

⁸ Helsedirektoratet (2019) <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker--spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten> [Hentedato: 23.10.2020]

Figur 1.1 Finansiering av fastlegeordningen i 2017-2019. Millioner kroner*



*Note 1: Beregningen for utjamningstilskudd for 2017 ble gjennomført av Helsedirektoratet i januar 2018, og er ikke gjentatt for 2018 eller 2019-tallene. Vi legger til grunn Helsedirektoratets beregninger av utjamningstilskudd for 2017 også for 2018 og 2019 da dette er den siste tilgjengelige komplette oversikten. Utjamningstilskuddet utgjør uansett en liten del av den samlede finansieringen av fastlegeordningen og påvirker dermed øvrige beregninger i svært liten grad.

*Note 2: *Basistilskuddet* er beregnet basert på månedlige rapporteringer fra Helfo om antall pasienter, listelengde og basistilskudd for alle fastlegehjemler. Basistilskuddet utgjorde 499 kroner per pasient per år fra og med 1. juni 2019.

*Note 3: Vi har mottatt beregninger fra KUHR (Helsedirektoratet) på utbetalte *trygderefusjoner* fra Helfo og innbetalte *egenandeler fra pasienter* samt *andre egenbetalinger*. Beregningene for 2019 er basert på over 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).

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.⁹ Ifølge styringsdata for fastlegeordningen, tilgjengelig fra Helsedirektoratet, var antall fastlegepraksiser/hjemler (med fast tilknyttet lege) 4 853 ved utgangen av 2019. Antall praksiser med fastlønn var 689, som utgjør 14 % 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 blant ledelse av kommunal legetjeneste at det er langt større innslag av næringsdrift blant legene i større kommuner enn i mindre.¹⁰ I større kommuner er

⁹ KS (2018) <<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentedato: 23.10.2020]

¹⁰ Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapportnr. R9010

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 fra 2016 blant kommuner med under 20 000 innbyggere at majoriteten (79 %) av fastlegehjemlene/-stillingene var basert på privat næringsdrift.¹¹

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.

¹¹ Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin

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 disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell mv. Vi gir et inntrykk av utvikling av omfang av subsidiering over tid. Videre anslår vi hvor mange kommuner som forventes å benytte subsidieringsordninger for å gi et samlet bilde.

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

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

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

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 den første kartleggingen i 2018 til å nyansere og utdype kvantitative funn. I årets analyser har vi også sett på eventuelle endringer i resultatene sammenlignet med de to første kartleggingene.

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

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

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

3. Metode

I årets undersøkelse er det viktig å være oppmerksom på kommunereformen, med påfølgende fylkes- og kommunesammenslåing fra 1. januar 2020. Antall kommuner gikk ned fra 422 til 356. Som en følge av dette har vi henvendt oss til de nye kommunene i surveyen, selv om deler av undersøkelsen gjelder spørsmål for 2019 hvor den gamle kommuneinndelingen gjaldt. Vårt inntrykk er at de nye kommunene stort sett har klart å svare på spørsmålene for 2019, med utgangspunkt i tilstanden i de gamle kommunene som etter 1. januar 2020 inngår i den nye kommunen. Dette er også bekreftet gjennom kontakt med flere av de aktuelle kommunene. En konsekvens av at antall kommuner nå har gått ned er at vi fokuserer mer på utvikling i *andel kommuner* heller enn i *antall kommuner*.

En annen endring fra tidligere er at det i 2019 ble opprettet en vertskommuneordning, hvor enkelte kommuner har det finansielle ansvaret for fastlegeordningen i flere kommuner.

Vertskommunesamarbeidet skal legge til rette for et bedre helsetjenestetilbud for kommuner hvor det ikke er realistisk å utvikle et godt tilbud alene, gjennom å samarbeide med andre kommuner. En av kommunene som inngår i samarbeidet har funksjonen som vertskommune og skal bistå i administrasjonen og finansieringen av helsetjenestetilbudet. Dette er en del av utviklingsplanen for fastlegeordningen.¹² Det er 3 vertskommuner som har svart på undersøkelsen. Totalt dekker disse 3 besvarelsene 6 kommuner. Vi har valgt å ikke gjøre noen justeringer for dette i datamaterialet, da dette ville hatt marginal betydning for resultatene.

I første kartlegging i 2018 gjennomførte vi innledende og utforskende intervju, survey og statistikkinnhenting for å besvare prosjektets problemstillinger. I fjorårets og årets gjennomføring var det ikke behov for innledende og utforskende intervju, men vi har på samme måte sendt ut en survey og innhentet statistikk for å kunne måle utvikling.

3.1 Survey

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

Ved første kartlegging i 2018 ble spørreskjemaet testet/pilotert elektronisk i målgruppen. Det er kun gjort noen mindre oppdateringer i spørreskjemaet ved de påfølgende gjennomføringene. Det ble i fjor lagt inn et nytt spørsmål om hvor mye av merkostnaden til kommunene som subsidierer fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018. I år ble det på samme spørsmål lagt til en presisering i spørsmålsteksten og i forklaringsteksten under spørsmålet¹³. Det ble i fjor også lagt inn et nytt alternativ «finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)¹⁴» under spørsmålet om formål med subsidieringen. I år ble det dessuten lagt til to nye spørsmål som omhandler overdragelse av hjemler i løpet av 2019, og kostnadene dette eventuelt medførte for kommunene.

Undersøkelsen ble sendt ut elektronisk til kommunenes postmottak, tydelig merket målgruppen for undersøkelsen. Listegrunnlaget bestod av kontaktliste fra KF med henholdsvis e-postadresse og telefonnummer til kommunenes postmottak og sentralbord. I løpet av feltperioden ble det sendt elektronisk påminnelse til kommunene som ikke hadde besvart.

Parallelt påminnet vi kommunene som ikke hadde besvart per telefon og supplerte med mulighet for å besvare undersøkelsen per telefon. Kombinasjon av selvutfylling og personlig intervju via telefon var

¹² Den norske legeforeningen (2019), [Utviklingsplan for fastlegeordningen](#). Utviklingsplan.

¹³ Spørsmålsteksten ble endret til å presisere at fastlønn var en del av merkostnadene og følgende tekst lagt til: *Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekontor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.*

¹⁴ 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.

ved de foregående undersøkelsene 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.¹⁵ Ved telefonisk kontakt forsikret vi oss om at respondentene ville være i stand til å svare på spørsmål om kostnader før gjennomføring av intervju. I år var det betydelig færre enn tidligere som ønsket å gjennomføre undersøkelsen via telefon.

I 2018 ble datainnsamlingen utført i perioden 12. – 30. april. I 2019 ble innsamlingen utført i perioden 15. – 31. mai. I år ble innsamlingen gjennomført i perioden 14. september til 9. oktober. Parallelt med dette markedsførte KS undersøkelsen på sine hjemmesider med oppfordring om å besvare undersøkelsen. I år måtte datainnsamlingsperioden utvides noe for å nå en akseptabel responsrate. HelseDirektoratet gjennomførte samtidig en undersøkelse om finansielle aspekter ved fastlegeordningen i kommunene, og vi fikk tilbakemelding om at enkelte kommuner blandet sammen de to undersøkelsene. I 2018 mottok vi 241 svar i undersøkelsen, fordelt på 182 elektroniske intervju og 59 telefonintervju. Dette gir 57 % svar. I 2019 mottok vi 257 svar, fordelt på 243 elektroniske intervju og 32 telefonintervju. Dette gir 65 % svar. I år mottok vi totalt 229 svar, fordelt på 225 elektroniske intervju og 4 telefonintervju. Siden antallet kommuner f.o.m. 1. januar 2020 er 356 utgjør dette 64 % svar.

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

Tabell 3.1 Svarfordeling etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %

Tabell 3.2 Svarfordeling etter folkekemengde

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %

3.2 Statistikkinnhenting

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

¹⁵ 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.

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

- SSBs sentralitetsindeks¹⁶
- Folkemengde per 1. januar 2020
- Omfang av fastlegehjempler per 1. desember 2019 (antall og basistilskudd)

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

Vi grupperer sentralitetsindeksen og folkemengde med mål om å sikre nok observasjoner per undergruppe. Sentralitetsindeksen firedeles, og vi betrakter de tre mest sentrale kommunetypene (1 til 3) samlet. Det gjøres en tredeling av kommunene basert på folkemengde. De minste kommunene defineres som kommuner med under 3000 innbyggere, mellomstore kommuner har fra og med 3000 til og med 9999 innbyggere og de største kommunene har innbyggertall på 10 000 og over. Det er relativt stor variasjon i størrelsen blant kommunene i gruppen med over 10 000 innbyggere, men for at omfanget av svar fra surveyen skal 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 2020	Andel 2020
Nivå 1-3 Mest sentrale	82	23 %
Nivå 4	91	26 %
Nivå 5	97	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	86	24 %
Sum	356	100 %

Tabell 3.4 Fordeling av kommuner etter folkemengde

Folkemengde	Kommuner 2020	Andel 2020
Under 3000	128	36 %
3000 – 9999	106	30 %
10 000 og over	122	34 %
Sum	356	100 %

3.3 Frafallsvurdering

Vi har koblet svar fra surveyundersøkelsen med innhentet statistikk. Det er gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger betydelige systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, men de små kommunene er noe underrepresentert. Slik har det vært i de to foregående kartleggingene også, men tendensen er noe større i år. I fjorårets kartlegging ble det 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 resultatene med og uten denne vekten. Denne testen viste marginale forskjeller i totalandelene, og vår vurdering var derfor at det ikke var behov for å vekte resultatene. Årets resultater ligner i stor grad sammensetningen fra i fjor mht. folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå, og vi har derfor vurdert at det ikke er behov for å vekte resultatene i år heller.

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

¹⁶ Se nærmere forklaring av SSBs sentralitetsindeks i Høydal, E. (2017), [Ny sentralitetsindeks for kommunene](#) Rapport 2017/40. Statistisk sentralbyrå

4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen

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

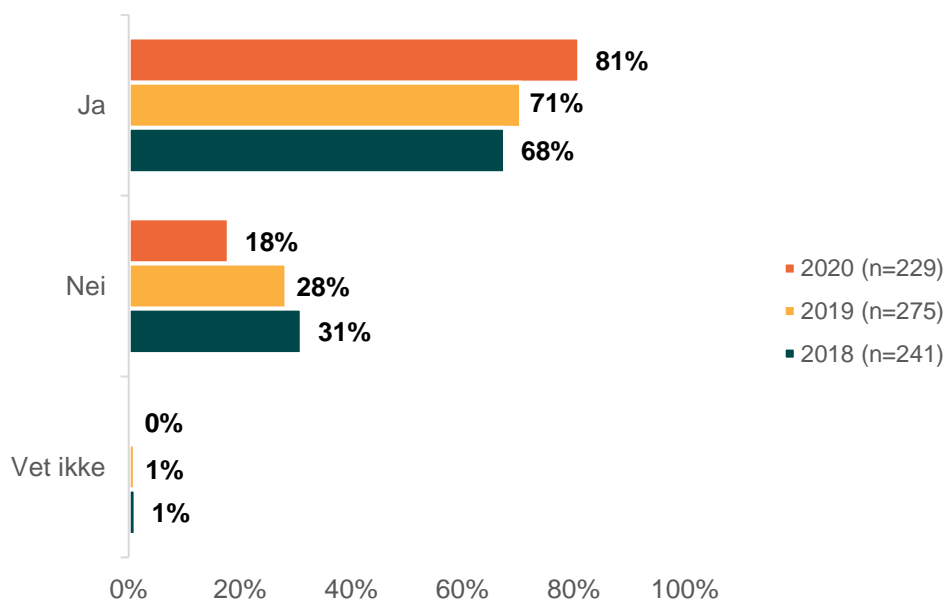
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger

I år ser vi at ca. 8 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), se figur 4.1. Denne andelen har økt signifikant siden i fjor.

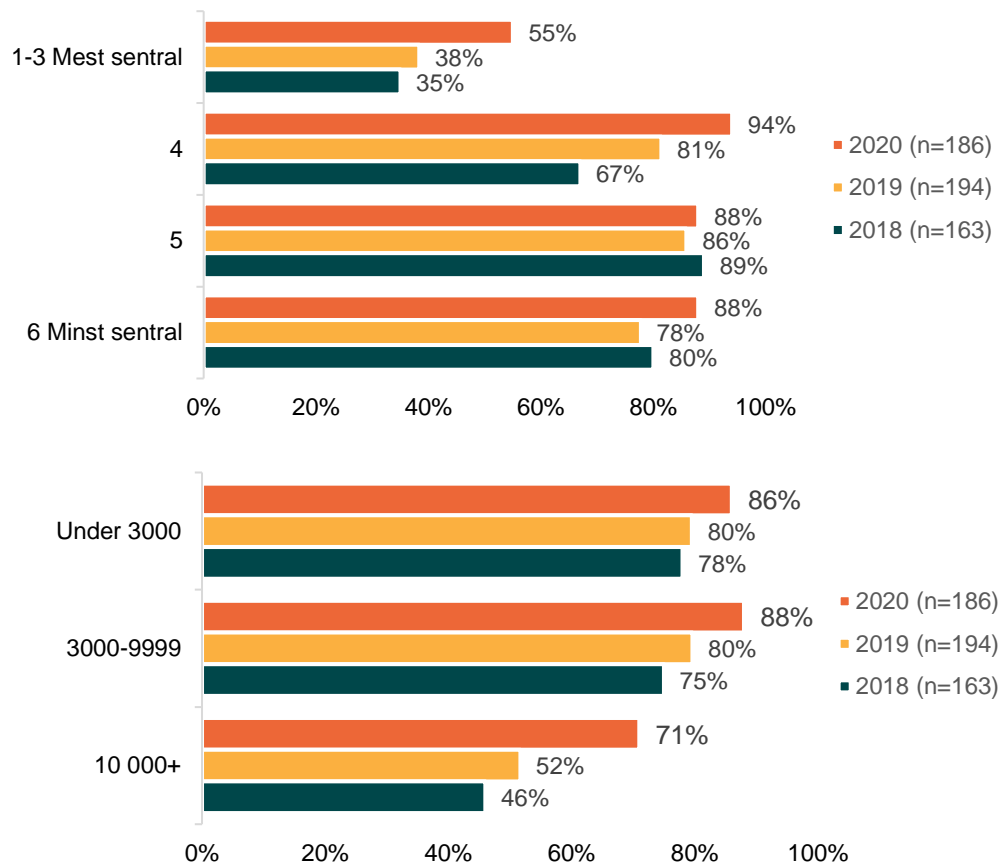
Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen finner vi i likhet med tidligere gjennomføringer større andeler *mindre sentrale* kommuner sammenlignet med gjennomsnittet. I år er det dessuten en marginalt større andel av de *mellomstore kommunene* som subsidierer fastlegeordningen. Likt med tidligere er det minst andel av de *største kommunene* som gjør dette. Det har imidlertid over tid vært en signifikant økning i andelen av de mest sentrale kommunene (35 % i 2018 til 55 % i 2020) og de største kommunene (46 % i 2018 til 71 % i 2020) som oppgir at de subsidierer fastlegeordningen. I kommuner med sentralitetsnivå 4-6 (mindre sentrale) subsidierer 90 % av kommunene, mot 81 % i gjennomsnitt, se figur 4.2. Ser vi på kommunene med sentralitetsnivå 1-3 (mest sentrale) subsidierer 55 % av kommunene. I kommuner med under 10 000 innbyggere subsidierer nær 9 av 10, mot 7 av 10 i kommuner med over 10 000 innbyggere. Sentralitet og folke mengde er variabler som er knyttet sammen ved at mindre sentrale kommuner oftere har færre innbyggere.

Sentralitet og folke mengde ser ut til å forklare noe 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



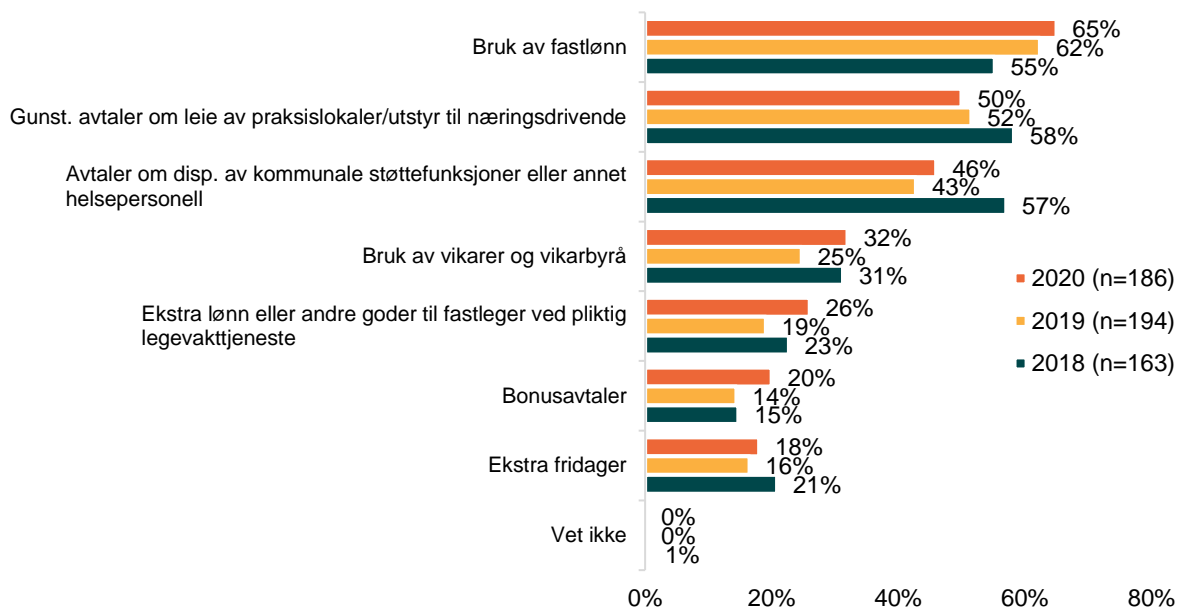
Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vår vurdering er at resultatene gir et godt bilde av tilstanden i kommune-Norge med hensyn til disse variablene, for mer informasjon se kapittel 3.3.

Dette gjør oss i stand til å beregne det totale omfanget av kommuner som vi forventer subsidierer fastlegeordningen ut over basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd. Vi refererer til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd som «hovedmodellen» heretter.

Som en følge av kommunereformen i januar i år, har antall kommuner i Norge gått ned fra 422 til 356. Vi vil dermed ikke kunne sammenligne tidligere anslag på *antall* kommuner som subsidierer fastlegeordningen med et nytt anslag av årets kommuner. Under forutsetning av at fordelingen i utvalget gir et riktig bilde av fordelingen i den sanne populasjonen (alle kommuner), anslår vi i år at det er 288 kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. Selv om dette antallet er noe lavere enn anslaget på 298 fra i fjor, har *andelen* kommuner som subsidierer fastlegeordningen økt fra 71 % til 81 %.¹⁷

¹⁷ Anslaget for 2019 på 298 kommuner var basert på 71 % av landets 422 kommuner. I 2020 er anslaget på 288 av landets kommuner, basert på 81 % av 356 kommuner etter kommunesammenslåingen. I kartleggingen fra 2018 var anslaget på 287 kommuner, basert på 68 % av 422 kommuner.

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



Det er stadig slik at majoriteten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter fastlønn og gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, se figur 4.3. Sistnevnte lå i 2018-undersøkelsen øverst over typene subsidieringsløsninger som ble benyttet, etterfulgt av avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell. I første gjennomføring var bruk av fastlønn den tredje oftest nevnte subsidieringstypen. Ingen av endringene fra 2019 til 2020 er signifikante.

Vi ser like svarmønstre blant undergrupper av kommuner som tidligere. Bruk av fastlønn er mest utbredt blant de minst sentrale kommunene også i år (76 % i 2018, 90 % i 2019 og 82 % i 2020). Dette gjelder også de minste kommunene målt i antall innbyggere (73 % i 2018, 78 % i 2019 og 80 % i 2020), sammenlignet med gjennomsnittet (55 % i 2018, 62 % i 2019 og 65 % i 2020). Vi finner at ekstra fridager er mer brukt blant de minst sentrale (44 % i 2018, 26 % i 2019 og 37 % i 2020), og blant kommunene med minst befolkning (37 % 2018, 25 % i 2019 og 31 % i 2020) sammenlignet med gjennomsnittet (21 % i 2018, 16 % i 2019 og 18 % i 2020). Fastlønn, bonusavtaler og ekstra fridager forekommer mer hyppig i Nord-Norge enn gjennomsnittet, noe vi også fant i de forrige gjennomføringene. I år har Vestlandet høyest andel bruk av fastlønn og gunstige avtaler om leie av lokaler og/eller utstyr til næringsdrivende.

Kommunene oppgir i gjennomsnitt at de har rundt to¹⁸ ulike typer subsidieringsløsninger.¹⁹ Her ser vi enkelte mønstre som sammenfaller med det vi har sett i de to foregående kartleggingene:

- ✓ Kommunene som benytter fastlønn som subsidieringsløsning bruker også i større grad enn snittet bonusavtaler (26 % mot 20 % i gjennomsnitt), ekstra fridager (24 % mot 18 % i gjennomsnitt) og vikarer og vikarbyrå (36 % mot 32 % i gjennomsnitt).
- ✓ Kommuner som bruker gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende bruker ofte også avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (68 % mot 46 % 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.

¹⁸ Differansen i gjennomsnittlig antall subsidieringsløsninger fra i fjor til i år er på 0,2 (fra 2,3 til 2,1) per kommune som egenfinansierer fastlegeordningen (I første gjennomføring var det på 2,6).

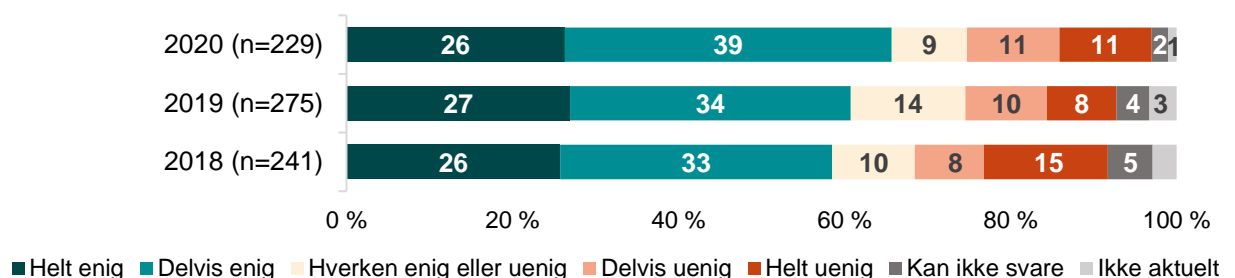
¹⁹ Dette er ekskludert «annet, skriv inn»-svar.

- ✓ Kommuner som har gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (55 %) eller avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (58 %), oppgir i mindre grad enn gjennomsnittet (65 %) at de bruker fastlønn som subsidieringsløsninger.

19 % av kommunene har skrevet inn kommentarer i åpent felt for andre svar enn de oppgitte svaralternativene. En gjennomgang av årets kommentarer viser 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»²⁰ eller «null-avtale». Begge henviser til en samarbeidsmodell eller kombinasjonsmodell der kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, helsepersonell, utstyr, IT-støtte mv. En slik avtale kan også innebære at kommunen ansetter helsepersonell og har arbeidsgiveransvar. Kommunene påpeker i både åpne svar og i de innledende, utforskende intervjuene fra 2018-undersøkelsen, 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 også økonomisk støtte til fastlegene under koronaepidemien som skal erstatte tapt inntekt. Utover dette er det mye av det samme som nevnes i de åpne svarene i år som i de forrige kartleggingene.

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



Som vi så i figur 4.3, og har sett i de foregående gjennomføringene, oppgir over halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen at de benytter fastlønn som en form for subsidiering. Det er ingen signifikant endring i denne andelen over de tre målingene. Majoriteten av kommunene, nær 2 av 3, er enige i påstanden om at legene ønsker fastlønnsavtale, se figur 4.4. Det er ingen signifikante endringer i andelen som er enig siden i fjor eller 2018. Andelen som er uenig er også lik som tidligere gjennomføringer.

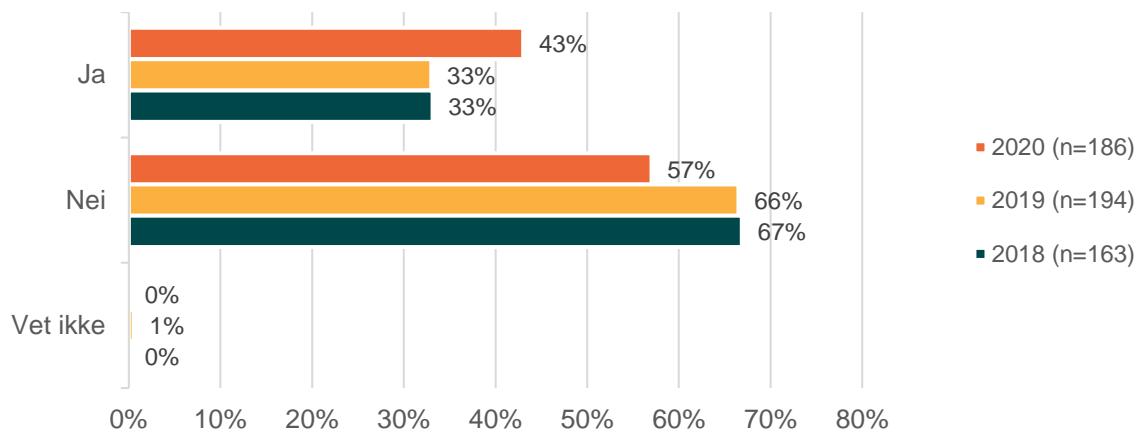
Fastlønn er også i år et gjennomgangstema i de åpne kommentarene i undersøkelsen. Kommunene med denne ordningen peker på flere fordeler. I første gjennomføring ble det påpekt at subsidiering fører til at nyutdannede leger forsøker seg som fastleger i en periode for å se om det er noe for dem. I 2019-undersøkelsen kom det frem at det lokker fastleger til distriktene. Begge disse funnene gjenfinner vi i kommentarene i årets undersøkelse. Fastlønnsordningen fører til at flere unge leger flytter til regionene, i søken etter den økonomiske tryggheten dette gir. Som tidligere ser flere 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. Det samme bildet ble trukket frem i de innledende utforskende intervjuene i 2018-undersøkelsen. Der ble det pekt

²⁰ Rammaavtalen 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, helsepersonell mv.

på at flere kvinner nå har blitt leger, og at 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 eller leger i spesialisering til å ta jobb i kommunen. Fastlønnstillinger gir ifølge noen kommuner *god rekruttering, bedre integrering og legekompentanse i kommunens øvrige helse- og omsorgssektor og bedre styring av legetjenesten*. Samtidig som det påpekes at det gir *betydelige merutgifter*.

Denne typen argumenter og diskusjoner går igjen i fagtidsskrift og andre undersøkelser: I Tidsskriftet for Den norske legeförening 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 sykepengerrettigheter og permisjonsordninger i selvstendig næringsdrift som fastlege.²¹ Ifølge en studie av norske allmennlegers preferanser på praksisdrift, ønsker nå flere enn før fastlønn fremfor å være selvstendig næringsdrivende.²² UNI Research viser til nyere undersøkelser som tyder på at yngre leger i større grad foretrekker fastlønn enn hva deres eldre kolleger gjør.²³ 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



Andelen som oppgir at det er enkelte fastleger som subsidieres og enkelte fastleger som ikke subsidieres i kommunen har økt signifikant siden i fjor. Vi ser at andelen som svarer ja på dette har gått fra 33 % i de to foregående gjennomføringene til 43 % i årets undersøkelse. Samtidig ser vi like trender som tidligere vet at det er de største og mest sentrale kommunene som svarer bekreftende på dette. Hele 83 % av kommunene som har sentralitetsnivå 1 – 3 svarer *Ja* på dette, mot 35 % av kommunene som har sentralitetsnivå 4 – 6. Vi ser også at 20 % av de minste kommunene (under 3000 innbyggere) svarer bekreftende på dette, mot hele 81 % av kommunene med 10 000 innbyggere eller mer.

I de åpne kommentarene fra de tidligere kartleggingene 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».

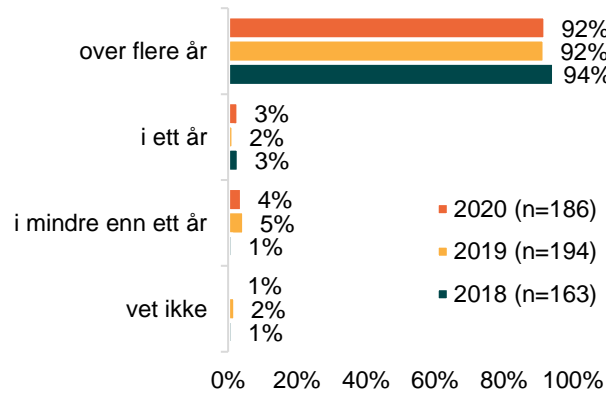
²¹ Tidsskriftet for Den norske legeförening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentedato: 23.10.2020]

²² 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

²³ Godager, G. mfl. (2015), *Fastlønn ved legevaktarbeid*, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015

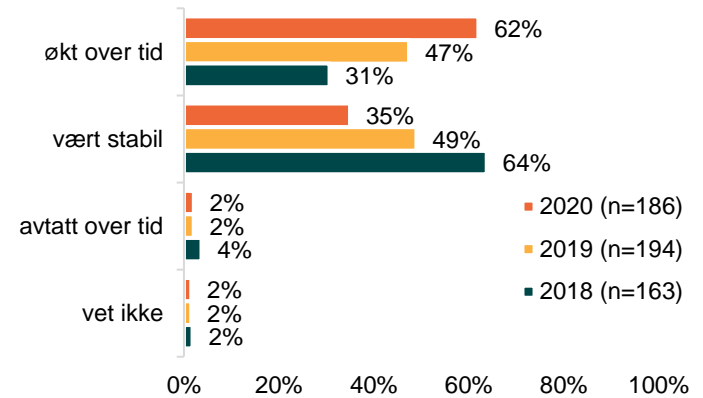
Figur 4.6 Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen...

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



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

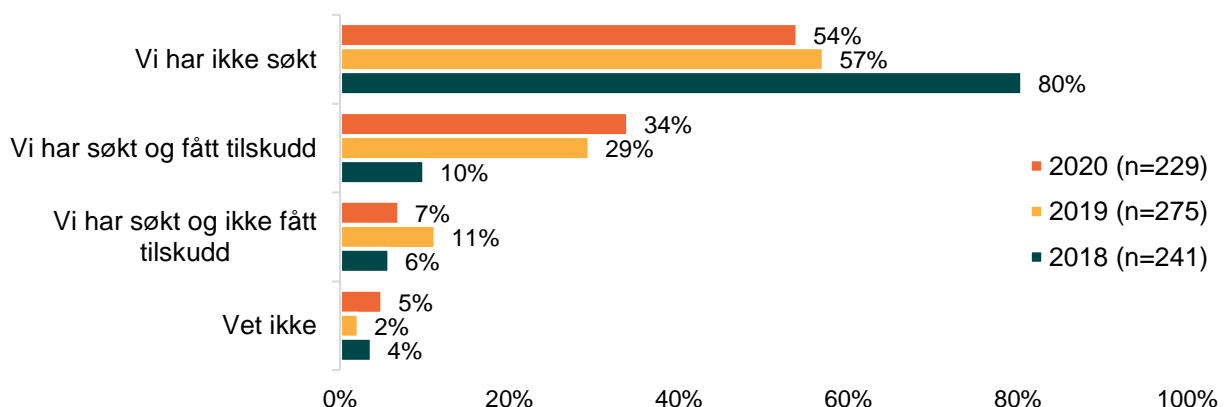
Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Figur 4.6 og 4.7 gir informasjon om utviklingen av kommunenes subsidiering av fastlegeordningen over tid. Likt som tidligere oppgir de fleste at deres subsidiering har pågått i over flere år (92 %). Samtidig ser vi en signifikant økning i andelen som oppgir at omfanget av subsidieringen har økt over tid, fra 31 % ved første gjennomføring, til 47 % i fjor, og hele 62 % i år.

Andelen kommuner som har subsidiert fastlegeordningen over flere år er større blant de minste og minst sentrale kommunene. Vi ser at 95 % av kommunene med sentralitetsnivå 4-6 oppgir at de har subsidiert fastlegeordningen over flere år, mot 77 % av kommunene med sentralitetsnivå 1-3. Som vi skal se i kapittel 5, vurderer over 1 av 3 kommuner som per nå *ikke* subsidiierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det. I år er det ikke noen forskjell i andelen som svarer *ja*, og andelen som svarer *nei* på dette. Det at det har vært en økning i andelen som oppgir at de subsidiierer fastlegeordningen, kan ha påvirket andelen av kommunene som per nå *ikke* subsidiierer fastlegeordningen, men som i fremtiden vurderer at de vil måtte dette.

Figur 4.8 Har din kommune søkt om og eventuelt fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i [2017/2018/2019]?



Det finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker, se kapittel 1.1. Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i allmennelegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen.

Andelen kommuner som ikke har søkt om tilskudd er omtrent som i fjor, 54 % av kommunene har ikke søkt. Vi ser også at andelen som har søkt og fått tilskudd har holdt seg relativt stabil siden i fjor og

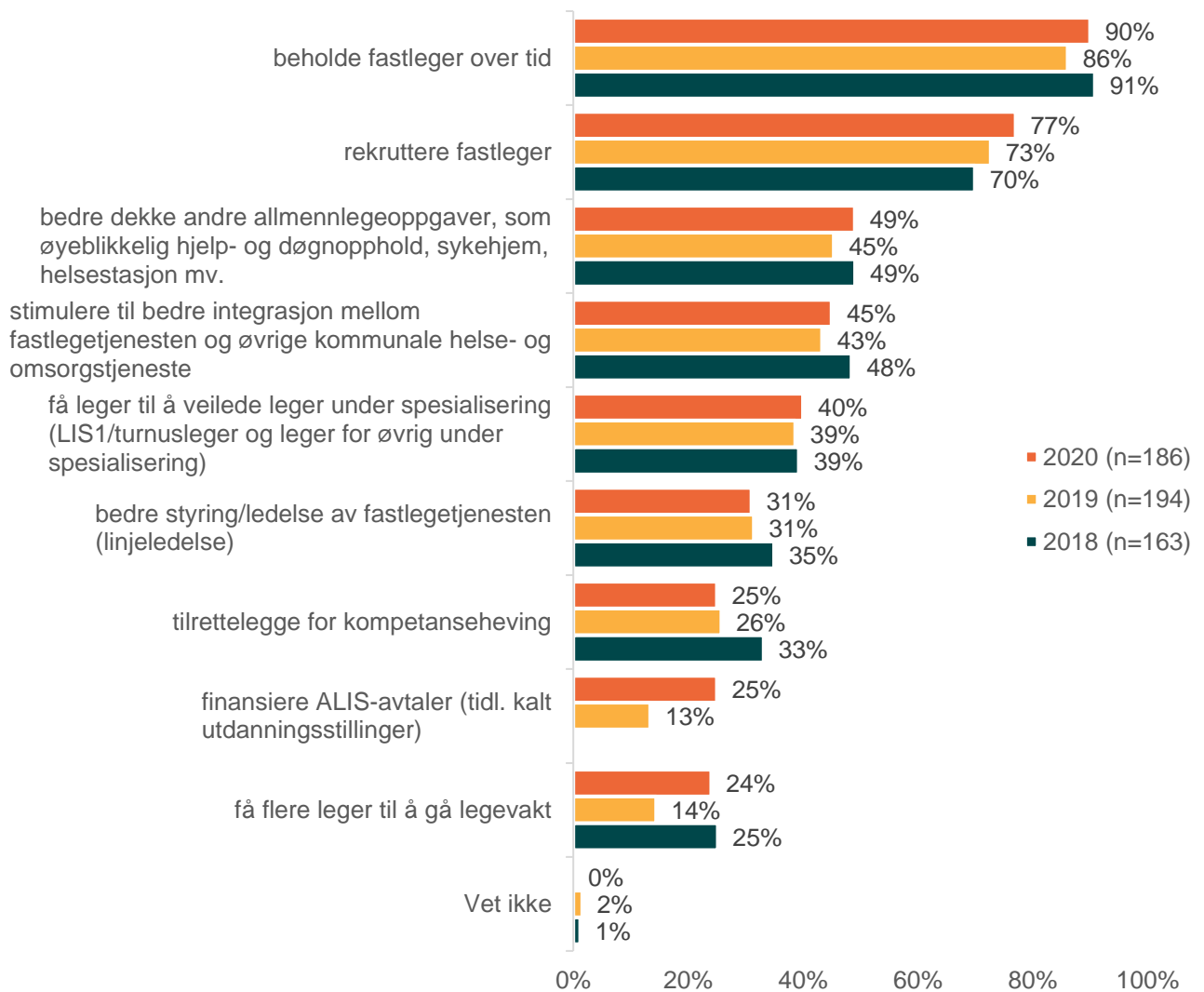
utgjør 34 % av kommunene. 51 % av de største kommunene har søkt og fått tilskudd i 2019, mot 19 % av de minste.

Dette stemmer godt med opplysninger fra Helsedirektoratet om at antall kommuner som mottok tilskudd og størrelsen på tilskuddet som ble tildelt i 2019 har fortsatt å øke siden 2018, etter en betydelig økning fra 2017 til 2018.²⁴

4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger

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

Figur 4.9 Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å: Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen ²⁵



I alle de tre kartleggingene har vi sett at målet flest kommuner har med egenfinansieringen av fastlegeordningen er å *beholde* og *rekruttere* fastleger, se figur 4.9. I år oppgir 9 av 10 kommuner som

²⁴ Ifølge Helsedirektoratet ble det innvilget tilskudd for 13,9 millioner kroner i 2017, 54,6 millioner kroner i 2018 og 63,9 millioner kroner i 2019. Antall kommuner som søkte om tilskudd gikk fra 33 i 2017 til 120 i 2018. Vi har ikke tall for antall søkere for 2019, men det må ha vært betydelig høyere enn tidligere år siden 201 kommuner fikk innvilget tilskudd i 2019.

²⁵ «Finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)» er et nytt svaralternativ i 2019.

subsidierer fastlegeordningen at de gjør dette for å beholde fastlegene over tid, samtidig som nær 8 av 10 gjør det for å rekruttere fastleger. Som i de to tidligere kartleggingene oppgir flere av de små kommunene at de subsidierer fastlegeordningen for å beholde fastlegene over tid (98 % mot 90 % i gjennomsnitt).

I fjorårets gjennomføring ble alternativet *finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)* introdusert for første gang, hvor 14 % av kommunene hadde dette som mål med deres subsidiering. I år har andelen steget til 25 % av kommunene. Dette er en signifikant økning.

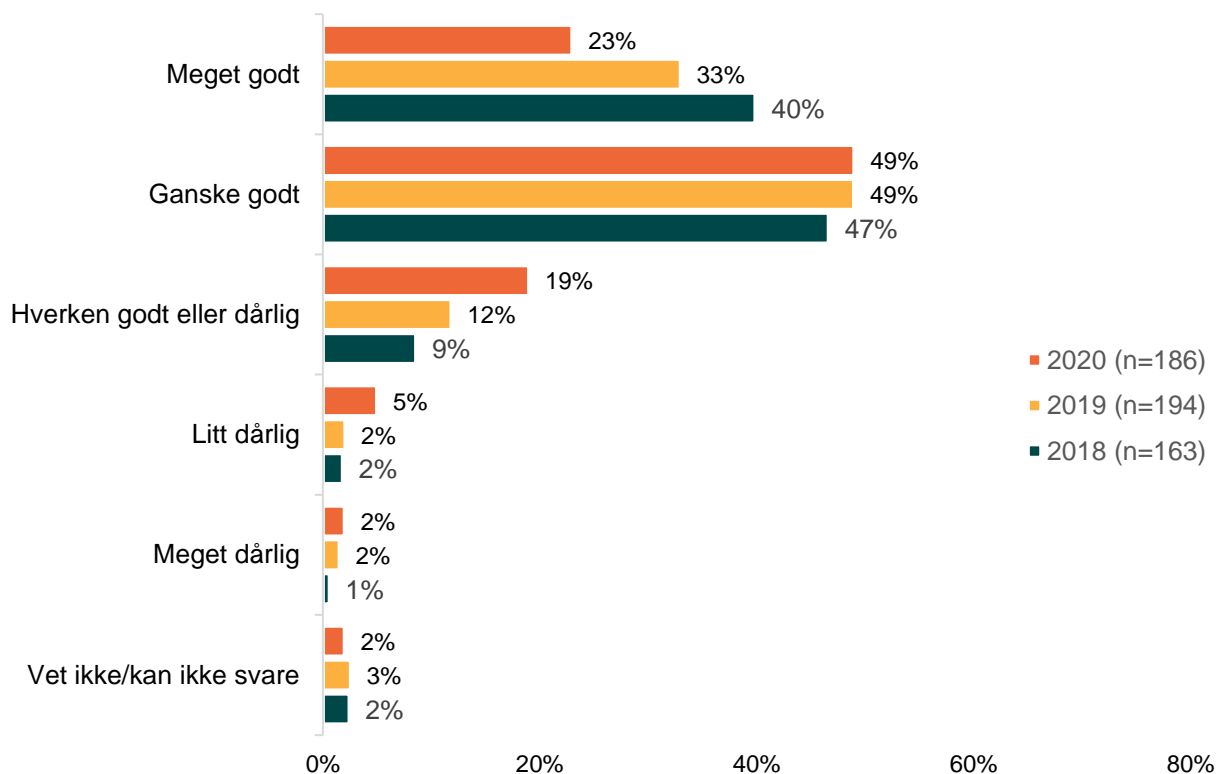
Flere av de minste (98 %) og minst sentrale kommunene (94 %) som subsidierer, oppgir at å beholde legene over tid er et mål med subsidieringen. Gjennom de innledende, utforskende intervjuene i 2018-kartleggingen, ble rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer trukket frem som de viktigste årsakene til kommunenes subsidieringsordninger.

Ved alle de 3 kartleggingene har rett under halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen svart at de gjør dette med mål om å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver og for å stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

4 av 10 kommuner som subsidierer har som mål å få fastleger til å veilede andre leger under spesialisering, 3 av 10 har som mål å bedre linjeledelsen, samtidig som over 2 av 10 kommuner som subsidierer har som mål å tilrettelegge for kompetanseheving, finansiere ALIS-avtaler, eller få flere leger til å gå legevakt. I år har enkelte kommuner fremhevet vanskeligheter ved å opprette individuelle avtaler med enkelte fastleger utfra et likebehandlingsperspektiv, samtidig som andre påpeker problematikken med å ha en fellesavtale som alle legene er fornøyde med.

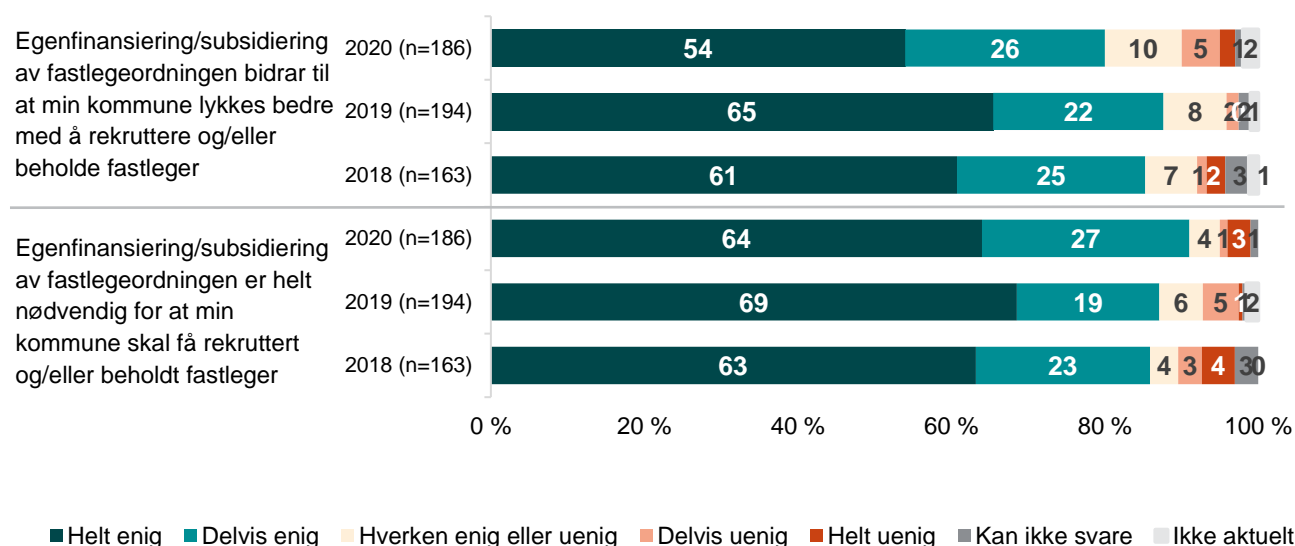
Figur 4.10 Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen /subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Fortsatt mener et stort flertall av kommunene som subsidierer fastlegeordningen at dette fungerer meget eller ganske godt i egen kommune, men andelen har gått noe ned fra 82 % i fjor til 72 % i år, se figur 4.10.

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, om 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 forholdsvis likt på de to påstandene. Endringene fra i fjor er innenfor feilmarginene. Det vil si at forskjellene fra forrige måling ikke er signifikant og kan skyldes tilfeldigheter. I år ser vi at 8 av 10 kommuner som subsidierer mener at subsidieringen bidrar til at egen kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger, mot 9 av 10 som oppgir at det er helt nødvendig.


Skalaen på disse spørsmålene går fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig), hvor lavere tallverdi er et uttrykk for sterkere enighet i utsagnene. Gjennomsnittet for kommunene som subsidierer var i 2018 1,5 for begge påstandene. I 2019 var 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 ligger gjennomsnittet på 1,7 for at det bidrar til at kommunen lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger, og 1,5 i snitt for at det er helt nødvendig.

Gjennomsnittet har ikke endret seg like systematisk avhengig av kommunens sentralitet og størrelse som i første kartlegging i 2018, 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 122 kommuner inn et svar. Kommentarene forsterker inntrykket fra de tidligere omtalte tallbaserte funnene. Eksempelvis 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*.

 Gjennom dagens organisering har vi sikret kompetente leger, som har blitt værende over tid.


 *Det har uten tvil ført til at kommunen har klart å rekruttere nye fastleger. Alternativet hadde vært å bruke vikarer/vikarbyrå - og det er uheldig på mange måter, både faglig og økonomisk.*


 *Mer stabil legedekning over tid, men erfarer at dersom legen ikke har annen tilhørighet til kommunen slutter de etter fullført spesialisering. Viktig å opprettholde mangedelt legevakt.*


Andre kommentarer går på at subsidiering bidrar til økt *samhandling* mellom fastleger og kommunen, og at subsidiering gir styrket *styringsrett* overfor legene slik at kompetansen blir og opprettholdes i kommunen, og at det sikrer stabilitet i legestillinger også i flere områder innen helsetjenestene slik som skolehelsetjenesten. I tillegg blir det mer attraktivt for yngre leger å bosette seg i regionene.

 *Det gir bedre mulighet for helhetlig styring og tverrfaglig samarbeid. Fastlønnstillinger er ønsket av unge leger som bosetter seg i regionen.*


 *Stabil legegruppe. Godt samarbeidsklima mellom legar og kommune.*

 *Gjør at legene kan ha kortare liste og dermed litt kortare arbeidstid. Gir godt klima for samarbeid i forhold til omsorgssektoren. Auka løn på legevakt stimulerer til å ta vakter.*


 *På plussiden gir fastlønnstillinger god rekruttering, bedre integrering og legekompetanse i kommunens øvrige helse- og omsorgssektor, bedre styring av legetjenesten. På minussiden gir det betydelige merutgifter.*


 *Det sikrer kompetanse (spesialitet i allmenn- og/eller samfunnsmedisin) og stabilitet i legestillinger i helsestasjon skolehelsetjeneste og samfunnsmedisin.*


En annen effekt av subsidiering av fastlegeordningen er en opplevelse av konkurranse kommunene imellom. Der hvor en kommunes subsidiering tidligere har fungert godt, opplever de at dette nå ikke fungerer som et resultat av at andre kommuner har mer attraktive avtaler.

 *Tidligere god effekt, men verdien har avtatt siste årene. Mulig årsak er at andre kommuner overbyr oss nå.*

Enkelte kommuner påpeker at subsidieringen har bidratt til en skjevhet mellom fastlegene. Subsidieringen oppleves å fungere godt for legene som mottar subsidiering, samtidig som det fremmer en likebehandlingsutfordring, hvor individuelle avtaler brukes som pressmiddel mot kommunen. Samtidig kommenteres det at det i enkelte tilfeller er vanskelig å få til en fellesavtale for flere leger ved delte legekontor.

 *Vi ser at en subsidiering medfører at likebehandling blir ett tema, dermed havner man i en situasjon der individuelle avtaler brukes som et pressmiddel mot arbeidsgiver.*

 *Legesenteret i vår kommune er privat drevet som et DA. Vi har etter et utall utlysinger fått rekruttert i en fastlegehjemmel ved å subsidiere ved å gi en såkalt "nullavtale", der kommunen dekker driftsutgiftene for legen ved senteret mot at legen betaler en kompensasjon tilbake til kommune som er mindre enn basistilskuddet. Uten subsidiering har vi ikke fått søkere eller fått rekruttert. Resultatet har vært at de andre legene ved senteret som er eiere av legesenteret fremsetter krav om å få samme avtale, "nullavtale" som den nye legen. Dette medfører så store kostnader for kommunen at kommunen like gjerne har kunne ha tatt over hele drifta ved legesenteret. Mellomlegget mellom basistilskuddet og de faktiske driftskostnadene ved legesenteret er på flere ti-talls tusen per lege per måned.*

 *I vår kommune har vi to legekontor. På det ene kontoret arbeider det 3 spesialister i allmennmedisin og på det andre kontoret arbeider det 3 unge lege uten spesialisering. Vi opplever at disse to gruppene har veldig forskjellige forventninger til hvilke subsidier de krever og som gjør det vanskelig å forhandle om en felles avtale.*

4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger

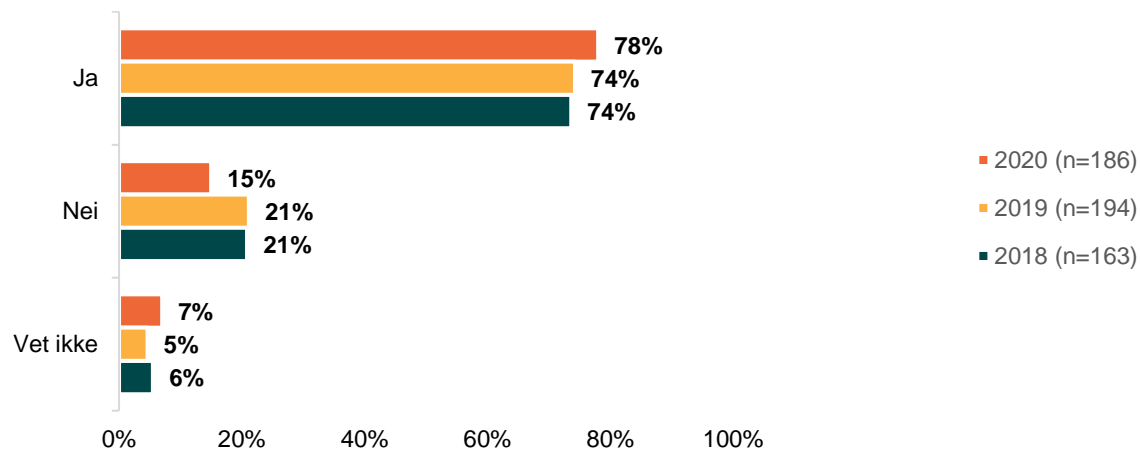
Ved de to foregående kartleggingene har vi anslått antall kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. Antallet for i år er ikke direkte sammenlignbart med tidligere gjennomføringer pga. kommunereformen fra januar 2020, hvor antall kommuner gikk fra 422 til 356. I 2018-kartlegging anslo vi at 287 av landets daværende 422 kommuner subsidierte fastlegeordningen. Dette tilsvarte 68 % av kommunene.

I fjor anslo vi at 298 av landets 422 kommuner subsidierte fastlegeordningen ut over hovedmodellen. I år anslår vi at det er 288 av 356 kommuner som subsidierer, se kapittel 4.1. Litt over 3 av 4 kommuner som subsidierer rapporterer at de hadde merkostnader knyttet til dette i 2019, se figur 4.12. Dette er omtrent likt som for 2018, 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 folkekemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger betydelige systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, se kapittel 3.3. Med en forventning om at utvalget gir et godt bilde av fordelingen i populasjonen, anslår vi at totalt 227 kommuner hadde merkostnader i 2019 ut over basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd til ulike subsidieringer av fastlegeordningen. For 2018 anslo vi dette til å være totalt 221 kommuner.²⁶

Figur 4.12 Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering /subsidieringsordninger av fastlegeordningen i [2017/2018/2019]?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen



Ett av hovedspørsmålene i denne kartleggingen er hvor store merkostnader kommunesektoren har til subsidieringsløsninger av fastleger utover det som ligger inne i hovedmodellen. Ettersom vi kun har informasjon fra et utvalg av den samlede populasjonen bestående av Norges 356 kommuner, er det knyttet en viss usikkerhet til slike beregninger. Det er like fullt mulig å tilnærme seg den samlede merkostnaden i populasjonen ved hjelp av svarene fra utvalget.²⁷

²⁶ Beregningen av de 227 kommunene er basert på at 78 % av de 288 kommunene som subsidierer fastlegene ut over hovedmodellen svarer at dette medfører merkostnader for dem i 2019. Det er samme beregning som ble gjort i fjor, med 74 % av de 298 kommunene, resulterte i 221 kommuner med merkostnader i 2018.

²⁷ Rundt 42 % av respondentene i surveyundersøkelsen som rapporterer at de har merkostnader til subsidiering angir ikke kostnadene. Samtidig har vi informasjon fra 85 kommuner om merkostnadene til subsidieringsordninger, noe vi anser som godt nok til å gi et godt anslag på merkostnadene til populasjonen.

Vi estimerer gjennomsnittskostnaden for populasjonen med tilhørende usikkerhetsintervall (konfidensintervall) basert på utvalgets rapporterte merkostnader.²⁸ Populasjonens gjennomsnittskostnad knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen estimeres til om lag 2,3 millioner kroner i 2019, mot 1,9 millioner i 2018, jf. tabell 4.1.²⁹ Et alternativ til gjennomsnittskostnaden er å estimere mediankostnaden. Estimert mediankostnad for populasjonen er 1,8 millioner kroner i 2019 mot 1,5 millioner kroner i 2018 og 1,3 millioner og 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.

Videre legger vi til grunn at kommunene har vært oppriktige i sin rapportering, men understreker at kommunene kan, av ulike grunner, ha insentiver til å oppgi høyere kostnader enn de egentlig har.

Tabell 4.1 Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017-2019. Tusen kroner. 95 %-konfidensintervall

	2017		2018		2019	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	1 354	287 510	1 540	339 815	1 799	408 345
Gjennomsnitt	1 778	377 658	1 990	439 129	2 289	519 718
Konfidensintervall øvre grense	2 197	466 434	2 470	544 837	2 934	666 018

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 1,8 millioner kroner og en øvre grense på 2,9 millioner kroner, jf. tabell 4.1. Det er ikke grunnlag for å si at målingen per kommune for 2019 er statistisk signifikant forskjellig fra i fjor. Årets anslag for merkostnader per kommune er imidlertid svært nært å være statistisk signifikant forskjellig fra anslaget for 2017. Tendensen er like fullt at merkostnadene ved subsidieringsordningene er økende.

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.

²⁸ I utvalget har 6 av kommunene oppgitt at de har et vertskommunesamarbeid. I estimeringen av merkostnader har vi gjennomført sensitivitetsanalyser av innvirkningen dette har på kommunenes merkostnader og basert på oppgitte merkostnader fra disse kommunene har vi ikke funnet at dette er utslagsgivende.

²⁹ Vi benytter en såkalt ikke-parametriske 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 227 kommunene å ha merkostnader til subsidieringsordninger tilsvarende gjennomsnittskostnaden i utvalget, beløper de samlede merkostnadene for kommunesektoren seg til 520 millioner kroner i 2019 mot 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner kroner for 2017. Økningen er med andre ord på 28 prosent, eller 80,6 millioner kroner. Vi får et konfidensintervall for kommunenes samlede mellom 408 og 666 millioner kroner.

Tabell 4.2. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018-2019. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.³⁰

	2018		2019	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	660	145 891	558	126 649
Gjennomsnitt	1 006	222 452	1 248	283 258
Konfidensintervall øvre grense	1 400	309 489	2 695	611 683

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

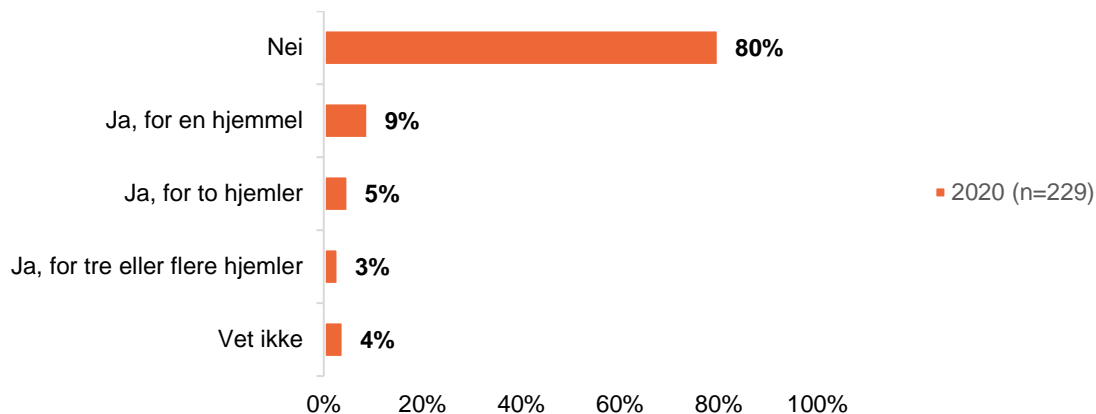
Som det fremkommer av tabell 4.2 ble konfidensintervallet til gjennomsnittskostnaden i 2018 estimert med en nedre grense på 0,7 millioner kroner og en øvre grense på 1,4 millioner kroner, det tilsvarende intervallet ble for 2019 estimert til å være mellom 0,5 og 2,7 millioner kroner. En viktig årsak til den økte spredningen i intervallet er at det er større spredning i utvalget i årets besvarelser. Om vi legger til grunn disse beregningene tilsvarer det samlede kostnader til fastlønn i 2019 på mellom 126 og 611 millioner kroner, med et gjennomsnitt på ca. 283 millioner.³¹ Dette anslaget for samlede lønnskostnader innebærer at over halvparten av kommunenes merkostnader ved finansiering av fastlegeordningen i 2019 ble brukt til fastlønn.

Nytt av året er også to spørsmål om eventuell økonomisk kompensasjon gitt av kommunen til leger ved overdragelse av hjemler, og størrelsen på eventuell økonomisk kompensasjon. 8 av 10 kommuner har ikke gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019. 9 % har gjort dette for én hjemmel, 5 % for to og 3 % for tre eller flere hjemler. 38 kommuner har svart at de gav økonomisk kompensasjon ved overdragelse av hjemmel i 2019.

³⁰ 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.

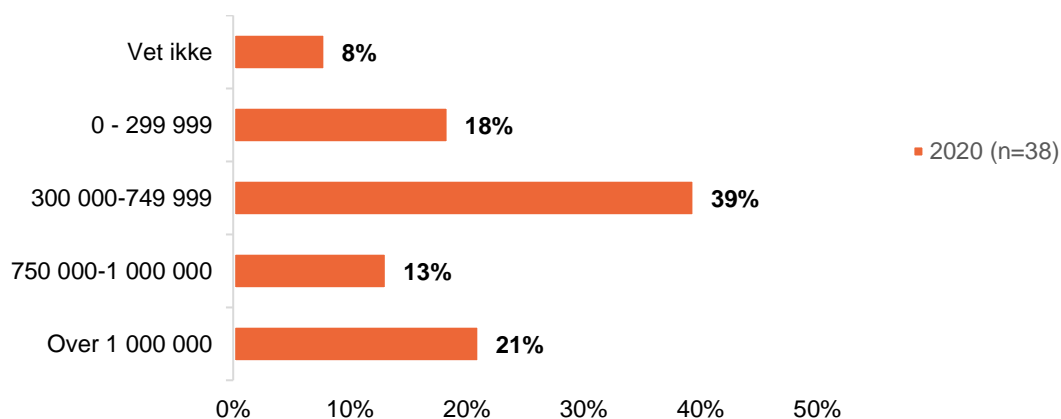
³¹ Estimert mediankostnad finnes i tabell V6 i vedlegget.

Figur 4.13 Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019?



Av de 38 kommunene som oppga merkostnader forbundet med hjemmelsoverføringer svarte 8 % at de ikke viste beløpet. Svarfordelingen av oppgitt beløp er fremstilt i Figur 4.14. Gjennomsnittet per kommune som oppga å ha kostnader med hjemmelsoverføring var på 815 000 kroner.

Figur 4.14 Kan du anslå kommunens kostnader for økonomisk kompensasjon til leger(r) ved overdragelse av hjemmel i 2019?

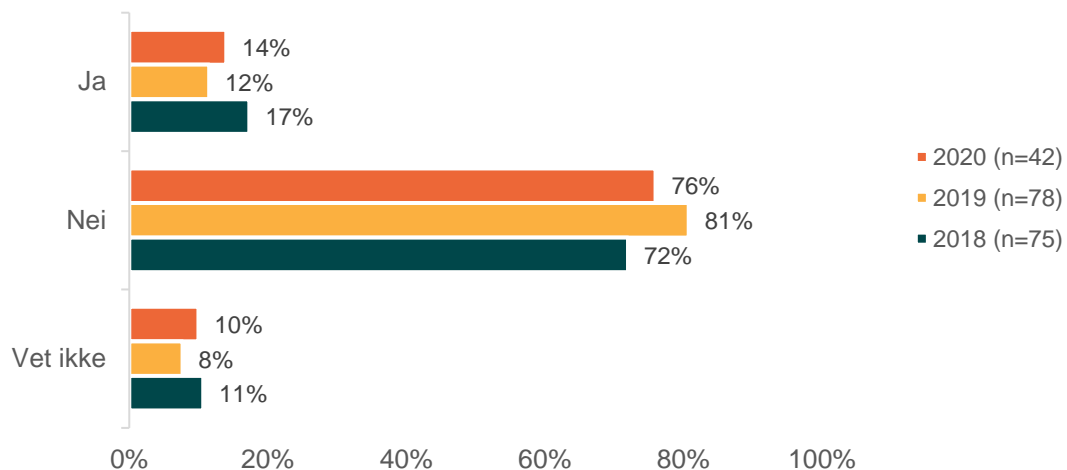


5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen

Vi har i år sett at det er ca. 8 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, mens nær 2 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 (45 % sentralitetsnivå 1-3) mot henholdsvis 10 % av kommunene med sentralitetsnivå 4-6 (de minst sentrale). Mens 14 % av kommunene med under 3000 innbyggere ikke subsidierer fastlegeordningen, er tilsvarende andel 28 % blant kommuner med 10 000 eller flere innbyggere. Blant kommuner på Østlandet er det større andeler som ikke subsidierer fastlegeordningen (29 %) sammenlignet ned gjennomsnittet (18 %). Dette ligner i stor grad på det vi så i fjorårets kartlegging. Samtidig er andelen generelt sett noe lavere, ettersom det er en større andel som subsidierer fastlegeordningen.

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

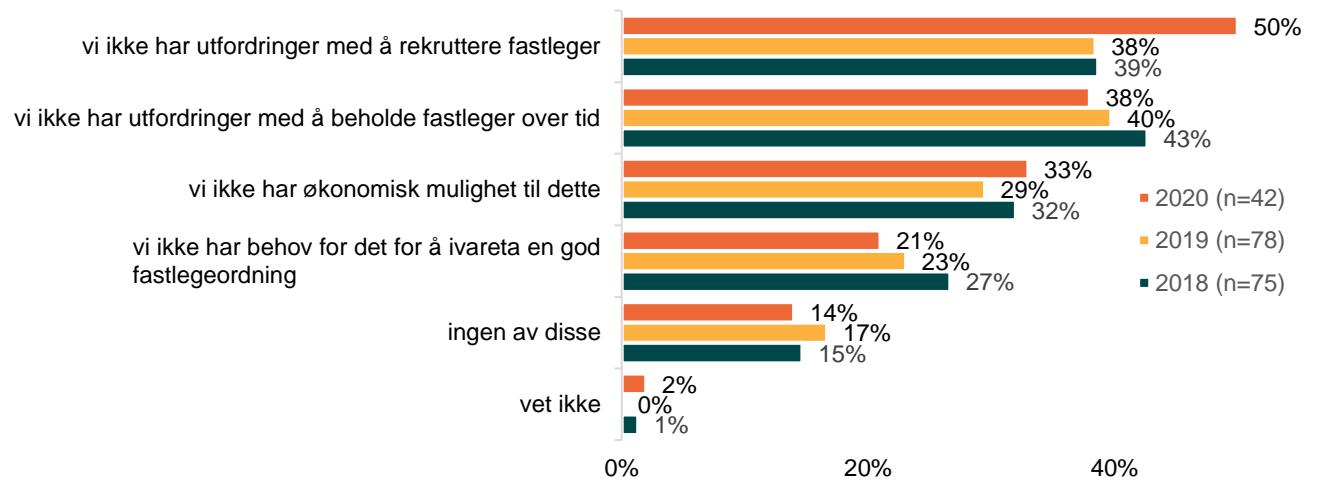
Figur 5.1 Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det? Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen



Blant kommunene som nå ikke subsidierer fastlegeordningen, har majoriteten (76 %) heller ikke gjort dette tidligere, se figur 5.1. Rett over 1 av 10 kommuner har tidligere subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det. Forskjellene over årene er innenfor feilmarginene og dermed ikke signifikante.

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

Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen

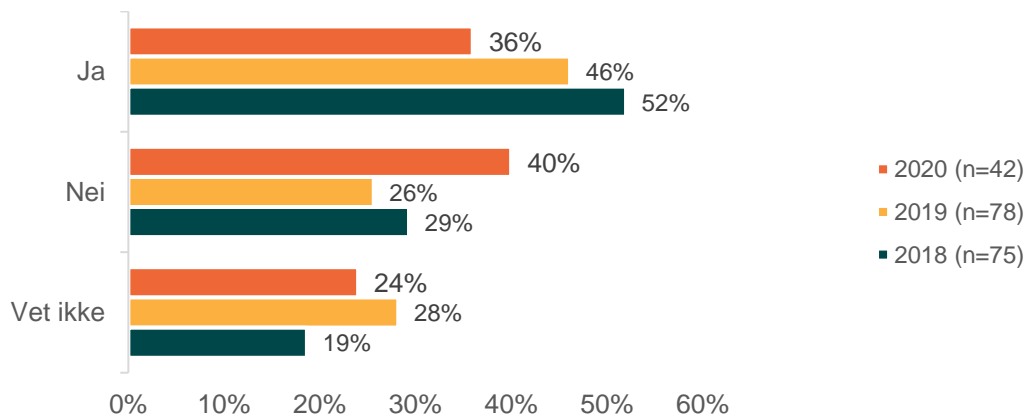


Det er i år færre kommuner enn ved de foregående kartleggingene som har svart på hvorfor de ikke subsidierer fastlegeordningen. Dette er både en konsekvens av at det i år er færre kommuner totalt sett, og at det har vært en nedgang i andelen kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen. Det er heftet en noe større usikkerhet til disse tallene enn ved de foregående kartleggingene, siden feilmarginene er høyere.

De hyppigst oppgitte årsakene til at kommuner ikke subsidierer fastlegeordningen, er fravær av stabiliserings- eller rekrutteringsutfordringer, se figur 5.2. I årets gjennomføring er det ingen signifikant forskjell med hensyn til kommunestørrelse eller -sentralitet. Dette kan skyldes et lavt antall svar.

Som i fjor og året før oppgir 3 av 10 kommuner som ikke subsidierer at de ikke har økonomisk mulighet til slik subsidiering. 2 av 10 har ikke behov for å subsidiere for å ivareta en god fastlegeordning. En større andel av de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1-3) oppgir at de ikke har økonomisk mulighet til dette (48 %) og at de ikke har behov for å subsidiere for å ivareta en god fastlegeordning (32 %) sammenlignet med de minst sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4-6), hvor kun 12 % oppgir at de ikke har økonomisk mulighet og 6 % oppgir at de ikke har behov for å subsidiere.

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, ser vi at det tilsynelatende er en nedgang i antall kommuner som per nå ikke subsidierer fastlegeordningen som vurderer at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, se figur 5.3. Lavt antall svar gjør at denne endringen ikke er signifikant. I år er det få forskjeller blant kommuner som har svart «ja» på dette spørsmålet, men det er en større andel av de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1-3) som er usikre på dette og har svart «vet ikke» (36 %). Samtidig oppgir en større andel (59 %) av de minst sentrale kommunene (sentralitetsnivå 4-6) at de ikke vil måtte subsidiere fastlegeordningen i fremtiden, gitt at den fortsetter som i dag. I år er det for første gang siden kartleggingene startet ikke noen signifikant forskjell i andelene som vurderer at de vil måtte subsidiere, og andelene som vurderer at de *ikke* ville måtte subsidiere fastlegeordningen utover hovedmodellen, gitt at ordningen fortsetter som i dag.

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 2,7 milliarder kroner i 2019, 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 520 millioner i 2019, opp fra 439 millioner kroner i 2018 og 378 millioner kroner i 2017. Selv om målingen for merkostnader per kommune for 2019 ikke er statistisk signifikant forskjellig fra de foregående årene, er tendensen like fullt at merkostnadene ved subsidieringsordningene er økende. De beregnede merkostnadene utgjør i år ca. 21 % av kommunens direkte kostnader ved finansiering av fastlegeordningen, se tabell 6.1. Basert på estimert konfidensintervall forventes merkostnaden å utgjøre minimum 16 % og høyest 27 % av kommunens kostnader ved fastlegeordningen.

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

	2017	2018	2019 ³²
Konfidensintervall nedre grense	12 %	14 %	16 %
Gjennomsnitt	15 %	18 %	21 %
Konfidensintervall øvre grense	19 %	22 %	27 %

Selv om vi legger det nedre anslaget på 16 % 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 den første rapporten.³³

Gjennom denne utredningen har vi kartlagt at ca. 8 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover fastlegeordningens hovedmodell. Over tre fjerdedeler av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader som følge av subsidieringsløsningene. Det har vært en økning fra

³² Som det fremgår av kapittel 1.1 indikerer funn i surveyen at kommunenes kostnader til utjamningstilskudd for 2018 og 2019 er lavere enn det som er lagt til grunn her. Eventuelle endringer i størrelsen på utjamningstilskuddet for 2018 og 2019 vil høyst sannsynlig ha svært liten innvirkning på de beregnede andelene.

³³ Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018) [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#) Ipsos-rapport laget for KS FoU.

2019 til 2020 i andelen kommuner som oppgir at de subsidierer fastlegeordningen. Rundt en tredjedel av kommunene som ikke subsidierer fastlegeordningen, tror de vil måtte gjøre det i fremtiden dersom ordningen fortsetter slik som i dag. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Som i de tidligere gjennomføringene er de hyppigste formålene med å subsidiere fastlegeordningen å rekruttere og beholde fastleger over tid. Disse funnene er på nivå med resultatene fra de to foregående kartleggingene, og vi finner få signifikante forskjeller. Dermed konkluderer vi som i de tidligere kartleggingene at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige incentiver 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.

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

Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentedato: 23.10.2020]

Den norske legeforening (2019) [Utviklingsplan for fastlegeordningen](#). Utviklingsplan.

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

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

Helsedirektoratet (2019) <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker--spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten> [Hentedato: 23.10.2020]

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)

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

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

KS (2018) <<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentedato: 23.10.2020]

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: 23.10.2020]

Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Tabell V1. Sentralitetsindeks

Sentralitetsklasser	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %	73	27 %	55	24 %
Nivå 4	63	26 %	70	25 %	52	23 %
Nivå 5	65	27 %	78	28 %	66	29 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %	54	20 %	56	24 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %

Tabell V2. Folkemengde per 1. januar 2020

Folkemengde	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020
Under 3000	77	32 %	83	30 %	64	28 %
3000 – 9999	95	39 %	103	37 %	78	34 %
10 000 og over	69	29 %	89	32 %	87	38 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %

Tabell V3. Landsdel*

Landsdel	Antall 2018	Prosent 2018	Antall 2019	Prosent 2019	Antall 2020	Prosent 2020
Østlandet	89	37 %	106	39 %	90	39 %
Vestlandet	53	22 %	67	24 %	44	19 %
Midt-Norge	52	22 %	53	19 %	51	22 %
Nord-Norge	47	20 %	49	18 %	44	19 %
Sum	241	100 %	275	100 %	229	100 %

* Fordeling etter 1. januar 2020

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

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

Midt-Norge: Møre og Romsdal, Trøndelag,

Nord-Norge: Nordland og Troms og Finnmark

Fordeling før 2020

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

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

Midt-Norge: Møre og Romsdal, Trøndelag,

Nord-Norge: Nordland, Troms, Finnmark

Tabell V4. Omfang av fastlegehjemler per 1. des 2019 (antall og basistilskudd)

Folkemengde	Antall	Basistilskudd (i tusen kroner)
Under 3000	367	9 451
3000 – 9999	899	31 218
10 000 +	3587	162 618
Sum	4853	203 287

Tabell V5. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017, 2018 og 2019. Tusen kroner. 95 %-konfidensintervall.

	2017		2018		2019	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	970	206 011	1 062	234 329	1 223	277 675
Median	1 317	279 577	1 450	319 903	1 800	408 545
Konfidensintervall øvre grense	1 564	332 094	1 702	375 708	1 995	452 893

Tabell V6. Median merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen som gikk til fastlønn i 2018³⁴ og 2019. Tusen kroner.

	2018		2019	
	Per kommune	Samlet	Per kommune	Samlet
Median	584	130 901	500	113 485

³⁴ I 2018 ble ni kommuner som svarte at utgifter til fastlønn var høyere enn merkostnadene er holdt utenfor beregningene.

Vedlegg 2. Spørreskjema

Information	
<p>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.</p> <p>Klikk "neste" for å besvare undersøkelsen</p>	

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

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

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

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

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

q6	Har din kommune søkt om og ev. fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i 2019?
♦ range:*	
Vi har søkt og fått tilskudd	<input type="radio"/> 1
Vi har søkt og ikke fått tilskudd	<input type="radio"/> 2
Vi har ikke søkt	<input type="radio"/> 3
Vet ikke	<input type="radio"/> 4

q7		Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?							
* range:*		Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Kan ikke svare	Ikke aktuelt	
		1	2	3	4	5	6	7	
Legene ønsker fastlønnsavtaler		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
* filter:\q1.a=1									
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen bidrar til at min kommune lykkes bedre med å rekruttere og/eller beholde fastleger		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
* filter:\q1.a=1									
Egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen er helt nødvendig for at min kommune skal få rekruttert og/eller beholdt fastleger		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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		<input type="checkbox"/>	1
beholde fastleger over tid		<input type="checkbox"/>	2
bedre styring/ledelse av fastlegetjenesten (linjeledelse)		<input type="checkbox"/>	3
stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester		<input type="checkbox"/>	4
bedre dekke andre allmennlegeoppgaver, som øyeblikkelig hjelp- og døgnopphold, sykehjem, helsestasjon mv.		<input type="checkbox"/>	5
få leger til å veilede leger under spesialisering (LIS1/turnusleger og leger for øvrig under spesialisering)		<input type="checkbox"/>	6
finansiere ALIS-avtaler (tidl. kalt utdanningsstillinger)		<input type="checkbox"/>	7
få flere leger til å gå legevakt		<input type="checkbox"/>	8
tilrettelegge for kompetanseheving		<input type="checkbox"/>	9
Annet, skriv inn:			Open
* exclusive:yes			
Vet ikke		<input type="radio"/>	10

q9	Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansiering/subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?
+ filter:\q1.a=1 + range:*	
Meget godt	<input type="radio"/> 1
Ganske godt	<input type="radio"/> 2
Hverken godt eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Litt dårlig	<input type="radio"/> 4
Meget dårlig	<input type="radio"/> 5
Vet ikke/kan ikke svare	<input type="radio"/> 6

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

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 2019?	
+ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q12a	Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2019 (i kroner)?
+ filter:\q10b.a=1 + range:*	
Skriv inn i kroner for 2019:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q13a	Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2019? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q1.a=1 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

q14a	Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2019 (i kroner)? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.
♦ filter:\q13a.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2019:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q14b	Av kommunens merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2019, hvor mye var merkostnader ved fastlønnsdrift (i kroner)? Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekantor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.
♦ filter:\q14a.a=1 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2019:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q2_1	Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019?
♦ range:*	
Nei	<input type="radio"/> 1
Ja, for en hjemmel	<input type="radio"/> 2
Ja, for to hjemler	<input type="radio"/> 3
Ja, for tre eller flere hjemler	<input type="radio"/> 4
Vet ikke	<input type="radio"/> 5

Q2_2	Kan du anslå kommunens kostnader for økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i 2019?
♦ filter:\q2_1.a=2:4 ♦ range:*	
Skriv inn i kroner for 2019:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

q12	Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det?
♦ filter:\q1.a=2 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> 1
vi ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid	<input type="checkbox"/> 2
vi ikke har økonomisk mulighet til dette	<input type="checkbox"/> 3
vi ikke har behov for det for å ivareta en god fastlegeordning	<input type="checkbox"/> 4
♦ exclusive:yes ingen av disse	<input type="radio"/> 5
♦ exclusive:yes vet ikke	<input type="radio"/> 6

q17	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	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

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