

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen



Laget for

KS

Mai 2018

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning og bakgrunn	6
1.1 Hovedmodellen.....	6
1.2 Fastleger med fastlønn.....	8
1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner.....	8
2. Om utredningen og analysene	8
3. Metode.....	10
3.1 Innledende og utforskende intervju	10
3.2 Survey.....	10
3.3 Statistikkinnhenting.....	11
3.4 Frafallsvurdering.....	12
4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen	13
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger.....	13
4.2 Formål med og effekter av subsidieringsordninger	19
4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger.....	21
4.4 Økonomisk risiko for kommunene	23
5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen	26
6. Drøfting og konklusjon	28
Referanseliste.....	29
Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen.....	30
Vedlegg 2. Spørreskjema.....	32

Forord

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt omfanget av kommunenes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Videre har vi undersøkt innretning av, formål med og kommunenes merkostnader knyttet til slik subsidiering.

FoU-prosjektet er utført av Lene Rathe (Ipsos), Sara Thorvik Andersson (Ipsos) og Vegard Salte Flatval (Samfunnsøkonomisk analyse). Kontaktperson hos KS har vært Hilde Ravnaas.

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

Oslo, mai 2018

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse

Sammendrag

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

Bakgrunnen for utredningen er Stortingets vedtak om en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen. I lys av dette er det behov for bedre kunnskapsgrunnlag om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen.

Vi har gjennomført innledende og utforskende intervju, surveyundersøkelse og innhentet statistikk for å besvare prosjektets problemstillinger. Målgruppen i surveyen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Gjennom surveyen har vi samlet inn 241 intervju (57 % svar) via elektronisk e-postlenke eller personlig intervju pr. telefon.

Samlet sett anslår vi at 287 av landets 422 kommuner, omtrent 7 av 10, subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). En mindre andel, 3 av 10 kommuner, subsidierer ikke. Subsidiering forekommer oftere blant mindre sentrale kommuner og mindre kommuner målt i folkemengde. Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter majoriteten seg av gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (58 %), avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (57 %) eller fastlønn (55 %).

Større andeler av de minst sentrale og minst folkerike kommunene som subsidierer, har lengre historikk med dette. Samtlige av de minst sentrale kommunene som subsidierer fastlegeordningen, har gjort dette over flere år. Samtidig vurderer majoriteten (52 %) av kommunene som pr. i dag *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det. Det er tegn til at det særlig gjelder de mest sentrale og folkerike kommunene.

Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud. Mens 7 av 10 kommuner som subsidierer gjør det med mål om å rekruttere fastleger, subsidierer 9 av 10 for å beholde fastleger over tid. Andre mål med subsidiering av fastlegeordningen er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (49 %), å stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegjetjenesten og øvrig helse- og omsorgstjeneste (48 %) og å få leger til å veilede leger under spesialisering (39 %).

Kommunene som subsidierer fastlegeordningen opplever at den fungerer etter hensikten: 87 % vurderer at ordningen fungerer godt, mens 3 % mener ordningen fungerer dårlig.

Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen (68 % dvs. samlet sett 287 kommuner) rapporterer 74 % (samlet sett 212 kommuner) at dette påfører kommunene merkostnader. Vi estimerer de samlede merkostnadene for kommunesektoren til 378 millioner kroner i 2017. Estimaten baserer seg på rapporterte merkostnader og gjennomsnittskostnad fra surveyen. På den bakgrunn er estimaten beheftet med usikkerhet. Estimerte konfidensintervall for gjennomsnittskostnaden belyser usikkerheten. For et inntrykk av merkostnadenes omfang, ses de i en kontekst av kommunenes samlede utgifter ved den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Vi anslår samlet finansiering ved den ordinære fastlegeordningen til 9,6

milliarder kroner i 2017. Av dette utgjør basistilskudd og utjamningstilskudd 2,5 milliarder kroner. Kommunesektorens estimerte samlede merkostnader på 378 millioner kroner utgjør dermed 15 % av kommunenes kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd ved finansiering av fastlegeordningen i 2017. Estimerte konfidensintervall fra minimum 12% til høyst 19 % belyser usikkerheten ved estimatet.

Alt i alt vurderer vi at 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 12 % merkostnad ved subsidiering i forhold til basistilskuddet og utjamningstilskuddet legges til grunn. Gjennom utredningen har vi kartlagt at brorparten av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har merkostnader knyttet til dette. Subsidiering forekommer oftere blant mindre sentrale kommuner og mindre folkerike kommuner. Samtidig vurderer majoriteten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det, forutsatt at ordningen fortsetter som i dag. Det er tegn til at større andeler av de mest sentrale og folkerike kommunene opplever det slik. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Vi har også avdekket at kommunenes hyppigste formål med alternative subsidieringstilbud er å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette tyder på at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid på tvers av kommuner.

1. Innledning og bakgrunn

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

Stortinget har vedtatt en evaluering av finansieringen i fastlegeordningen.⁴ Samtidig foreligger lite faktisk kunnskap om omfanget og innretningen av, formål med og kostnader forbundet med kommunenes egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen.

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse har på oppdrag fra KS utredet variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. Vi har utført en nasjonal kartlegging av omfang og innretning av kommuners egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, det vil si subsidiering utover fastlegeordningens hovedmodell. Subsidieringsordninger kan gi merkostnader for kommunene, men behøver ikke gjøre det. Vi utreder i hvilken utstrekning slike løsninger gir merkostnader i tillegg til kostnadenes størrelse. Videre undersøker vi årsakene til at kommunene velger å yte bidrag utover fastlegeordningens hovedmodell. Vi har også undersøkt om kommunene opplever at ekstrainsatsen fungerer etter hensikten.

1.1 Hovedmodellen

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

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom sine frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter). I tillegg får kommunen normalt innbetalingene av trygdrefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt). Kommunen får også et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Utover dette finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker – Spesialistutdanning og andre kompetansehevede tiltak i allmennlegetjenesten.⁶ Målgruppen for ordningen er kommuner med

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

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

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

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

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

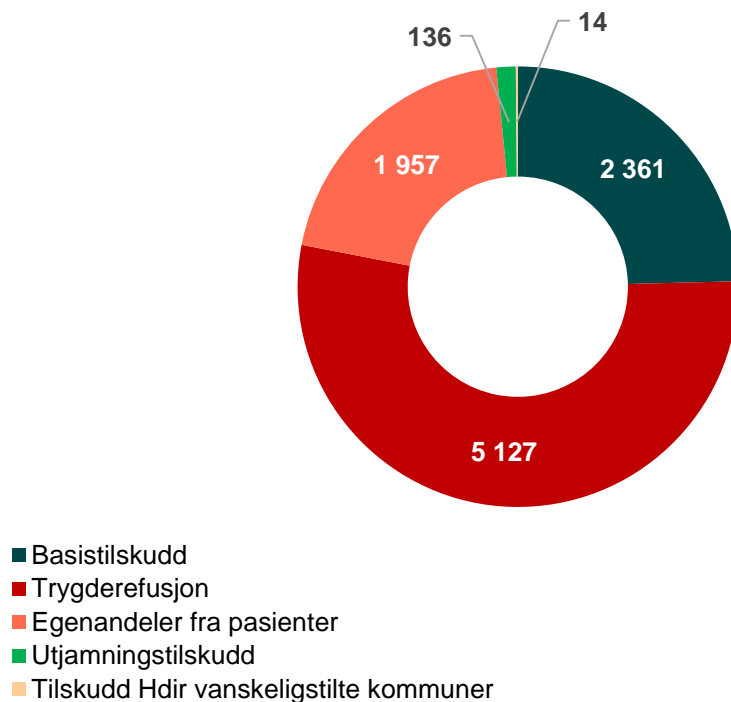
⁶ Helsedirektoratet (2018) <<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker-spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevede-tiltak-i-allmennlegetjenesten>> [Hentdato: 24.04.2018]

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 anslås til 9,6 milliarder kroner i 2017, se figur 1.1. Kommunenes kostnader til finansiering av fastlegene begrenser seg til basistilskuddet på i underkant av 2,4 milliarder kroner og eventuelle utjamningstilskudd summert til 136 millioner kroner. Resterende finansiering kommer fra pasienter i form av egenandeler og Helfo (Folketrygden) gjennom refusjoner for utførte takster.

Figur 1.1 Finansiering av fastlegeordningen i 2017. Millioner kroner*



*Note 1: Helsedirektoratet har beregnet utbetalinger av *utjamningstilskudd* til å utgjøre om lag 136 millioner kroner i 2017 fordelt på 213 kommuner.

*Note 2: *Basistilskuddet* er beregnet for 2017 basert på månedlige rapporteringer fra Helfo om antall pasienter, listelengde og basistilskudd for alle fastlegehjemler. Basistilskuddet utgjorde 451 kroner pr. pasient pr. år fra og med 1. juli 2017.

*Note 3: Vi har mottatt beregninger for 2017 fra KUHR (Helsedirektoratet) for 2017 for utbetalte *trygderefusjoner* fra Helfo og innbetalte *egenandeler fra pasienter*. Beregningene er basert på 31 millioner godkjente regninger fra fastleger (inkludert fastlønnede fastleger og fastlønnede turnusleger). Refusjoner inkluderer også beløpene der pasienten har rett til fri egenandel, og egenandelsbetalinger inkluderer både takster som teller knyttet til rett til frikort og for takster som ikke teller for frikort (gebyrer for utskrift av pasientjournal og lignende).

1.2 Fastleger med fastlønn

Der hvor fastlegeordningen fungerer som forutsatt, legges privat næringsdrift til grunn. Der rekruttering av fastleger er krevende, har enkelte kommuner blant annet ansatt leger på fast lønn og kommunene bidrar selv med økonomiske midler.⁷ Ifølge styringsdata for fastlegeordningen, tilgjengelig fra Helsedirektoratet, var antall fastlegepraksiser/hjemler 4668 ved utgangen av 2016. Antall praksiser med fastlønn var 239. Andelen av fastlegepraksisene med fastlønn utgjorde dermed 5,1 % ved utgangen av 2016.

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

1.3 Fastlegeordningen i mindre kommuner

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

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

2. Om utredningen og analysene

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

Figur 2.1 Illustrasjon av inndeling av prosjektet



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

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

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

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

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

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

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

Målgruppen i undersøkelsen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner. Vi har gjennomført *innledende og utforskende intervju, survey og statistikkinnhenting* for å besvare prosjektets problemstillinger.

3.1 Innledende og utforskende intervju

Innledningsvis i prosjektet utførte vi utforskende intervju pr. telefon med informanter fra tre kommuner. KS utarbeidet en liste over aktuelle kommuner til intervju. Disse ble valgt med utgangspunkt i flere kriterier, først og fremst at de ville være informasjonsrike intervjuobjekter. Utvalget består både av kommuner som subsidierer og kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen, se tabell 3.1.

Hensikten med intervjuene var å sikre forståelsen av problemstillingene i oppdraget i tillegg til å få tilbakemelding på spørreskjema til surveyundersøkelsen. Omfanget og innretningen av, formål og kostnader forbundet med kommunenes subsidieringsordninger av fastlegeordningen var tema i disse intervjuene, det vil si alle temaområder for utredningen.

Vi spurte blant annet om undersøkelsen opplevdes relevant, om spørsmål om kostnader var mulig å svare på og om valgte målgruppe var riktig mottaker for surveyen. I etterkant av intervjuene la vi til ytterligere eksemplifiseringer ved enkelte spørsmålsformuleringer, for å sikre lik forståelse av spørsmålene blant respondentene.

Tabell 3.1 Oversikt over informanter til utforskende intervju*

Intervju	Kjennetegn
1	Subsidierer fastlegeordningen, sentralitetsnivå 6 (minst sentrale kommuner)
2	Subsidierer fastlegeordningen, sentralitetsnivå 4 (mellomsentrale kommuner 2)
3	Subsidierer ikke fastlegeordningen, sentralitetsnivå 2 (nest-mest sentrale kommuner)

*Inndelingen i sentralitetsnivå følger [SSBs nye sentralitetsindeks for kommunene](#).

3.2 Survey

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

I forkant av datainnsamlingen ble spørreskjema testet/pilotert elektronisk i målgruppen. Deretter ble undersøkelsen sendt ut elektronisk til kommunenes postmottak, tydelig merket målgruppen for undersøkelsen. Listegrunnlaget bestod av kontaktliste fra Kommuneforlaget med henholdsvis e-postadresse og telefonnummer til kommunenes postmottak og sentralbord. I løpet av feltperioden ble det sendt elektronisk påminnelse til kommunene som ikke hadde besvart.

Parallelt påminnet vi kommunene som ikke hadde besvart pr. telefon og supplerte med mulighet for å besvare undersøkelsen pr. telefon. Kombinasjon av selvutfylling og personlig intervju via telefon var et viktig grep for å innhente tilstrekkelig antall svar innenfor prosjektets tidsramme. Med bakgrunn i undersøkelsens tematikk er det ikke grunn til å forvente at respondentene har besvart spørsmålene

ulikt ved forskjellig datainnsamlingsmetode.¹⁰ Ved telefonisk kontakt forsikret vi oss om at respondentene ville være i stand til å svare på spørsmål knyttet til kostnader før gjennomføring av intervju.

Datainnsamlingen ble utført i perioden 12.-30. april 2018. Parallelt markedsførte KS undersøkelsen på sine hjemmesider med oppfordring om å besvare undersøkelsen. Totalt har vi mottatt 241 svar i undersøkelsen, fordelt på 182 elektroniske intervju og 59 telefonintervju. Dette gir 57 % svar.

Under følger svarfordeling for henholdsvis ulik sentralitet og folkemengde i surveyen, se tabell 3.2 og 3.3. Tabellene viser en relativt jevn fordeling på de ulike undergruppene.

Tabell 3.2 Svarfordeling etter sentralitet

Sentralitetsklasser	Antall	Prosent
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %
Nivå 4	63	26 %
Nivå 5	65	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %
Sum	241	100 %

Tabell 3.3 Svarfordeling etter folkemengde pr. 1. januar 2018

Folkemengde	Antall	Prosent
Under 3000	77	32 %
3000 – 9999	95	39 %
10 000 og over	69	29 %
Sum	241	100 %

3.3 Statistikkinnhenting

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

Vi har gjort et utvalg av data som vi vurderer er relevante kjennetegn for kommuner som i større eller mindre grad subsidierer eller ikke subsidierer fastleger utover fastlegeordningens hovedmodell. Datainnhenting er basert på datakilder som er del av offentlig tilgjengelig statistikkproduksjon, hovedsakelig fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Følgende data for kommuner pr. 1. januar 2018 er innhentet:

- SSBs sentralitetsindeks¹¹
- Folkemengde pr. 1. januar 2018
- Omfang av fastlegehjemler pr. 1. mars 2018 (antall og basistilskudd)
- Skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter 2016

¹⁰ 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.

¹¹ Se nærmere forklaring av SSBs sentralitetsindeks i Høydal, E. (2017), [Ny sentralitetsindeks for kommunene](#) Rapport 2017/40. Statistisk sentralbyrå

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

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

Tabell 3.4 Fordeling av kommuner etter sentralitet

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

Tabell 3.5 Fordeling av kommuner etter folkemengde pr. 1. januar 2018

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

3.4 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 systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene. Datasettet er derfor ikke vektet.

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

4. Funn: Kommuners subsidiering av fastlegeordningen

I kapittel 4.1 ser vi først på omfanget av kommuner med subsidieringsordninger. Deretter drøftes innretningen av disse ordningene. Formål med og effekter av subsidieringsordningene belyses i kapittel 4.2, før vi i kapittel 4.3 ser nærmere på kostnadene knyttet til subsidieringsordninger. I kapittel 4.4 vurderer vi den økonomiske risikoen for kommunene forbundet med merkostnader til subsidieringsordninger.

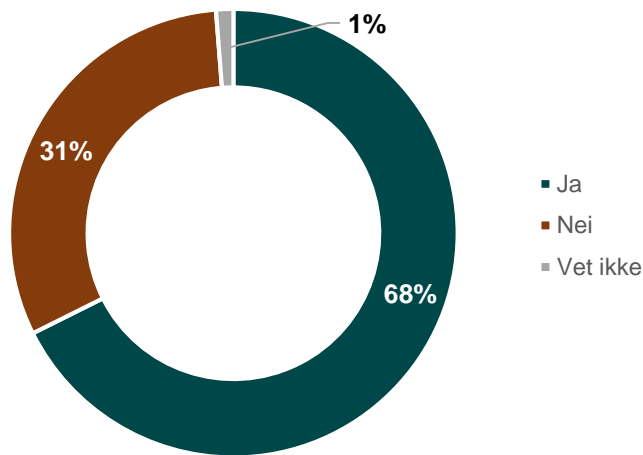
4.1 Omfang og innretning av subsidieringsordninger

Nesten 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), se figur 4.1.

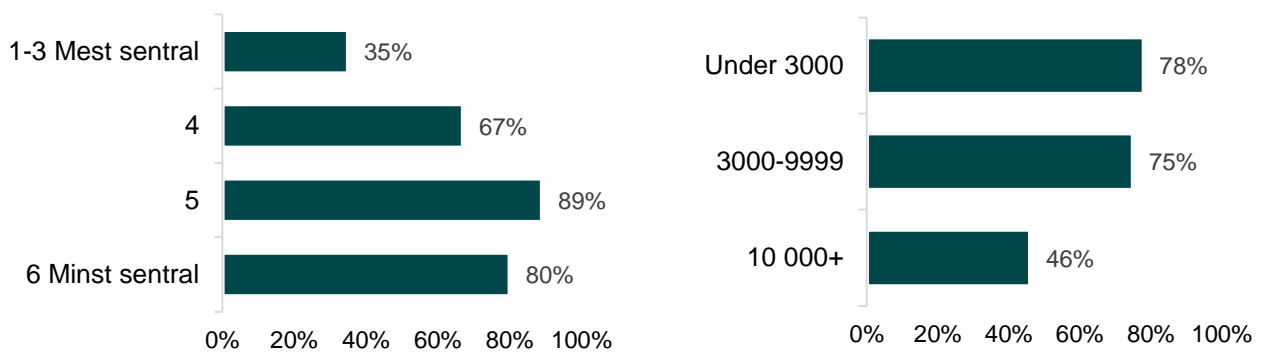
Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen finner vi større andeler *mindre sentrale* kommuner og større andeler *mindre kommuner* målt i folkemengde sammenlignet med gjennomsnittet: Hos kommuner med sentralitetsnivå 5 og 6 (minst sentrale) subsidierer henholdsvis 89 % og 80 % av kommunene, sammenlignet med 68 % i gjennomsnitt, se figur 4.2. Blant kommuner med folkemengde under 3000 subsidierer nesten 8 av 10 fastlegeordningen. Sentralitet og folkemengde er variabler som er knyttet sammen ved at mindre sentrale kommuner oftere har færre innbyggere. Blant kommuner i Nord-Norge er det større andeler som subsidierer fastlegeordningen sammenlignet med gjennomsnittet.

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

Figur 4.1 Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Base: Alle (n=241)



Figur 4.2 Kommuner som egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Sentralitet og folkemengde. (n=163)



Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger systematiske skjevheter i dataene med hensyn til disse variablene, se kapittel 3.4. Dette gjør oss i stand til å beregne det totale omfanget av kommuner som vi forventer subsidierer fastlegeordningen ut over basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd. Vi refererer til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd som «hovedmodellen» heretter. Under forutsetning av at fordelingen i utvalget gir et riktig bilde av fordelingen i den sanne populasjonen (alle kommuner), anslår vi at 287 kommuner subsidierer fastlegeordningen ut over hovedmodellen.¹²

¹² Anslaget på 287 kommuner er basert på 68 % av landets 422 kommuner.

Figur 4.3 Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)



Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter majoriteten seg av gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell eller fastlønn, se figur 4.3.

Bruk av vikarer og vikarbyrå er en noe mindre utbredt type subsidiering. Også ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjenester, ekstra fridager eller bonusdager er noe mindre brukt av kommunene.

Bruk av fastlønn er mer utbredt blant de minst sentrale (76 %) og minste kommunene målt i antall innbyggere (73 %) sammenlignet med gjennomsnittet (55 %). Vi finner også at ekstra fridager er mer brukt blant de minst sentrale (44 %) og minste kommunene målt i antall innbyggere (37 %) sammenlignet med gjennomsnittet (21 %). Fastlønn, bonusavtaler, ekstra fridager og bruk av vikarer og vikarbyrå forekommer mer hyppig i Nord-Norge sammenlignet med landet totalt.

I gjennomsnitt oppgir kommunene at de har nærmere tre ulike typer subsidieringsløsninger.¹³ Her ser vi enkelte mønstre:

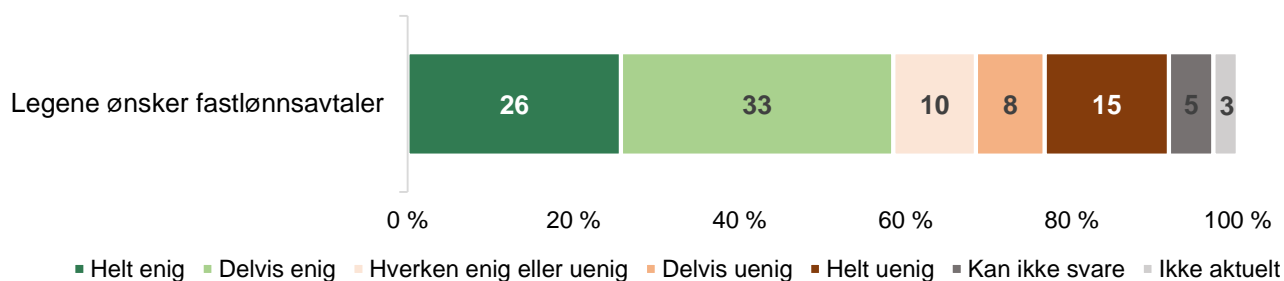
- ✓ Kommuner som bruker fastlønn som subsidieringsløsning benytter seg også ofte av ekstra fridager (31 % mot 21 % i gjennomsnitt), ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste (28 % mot 23 % i gjennomsnitt) eller bonusavtaler (24 % mot 15 % i gjennomsnitt).
- ✓ Kommuner som har gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende har ofte også avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (73 % mot 57 % i gjennomsnitt). 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.
- ✓ I tillegg til også å benytte seg av gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, benytter kommuner med avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell seg også ofte av vikarer og vikarbyrå (37 % mot 31 % i gjennomsnitt).

¹³ Dette er eksklusive «annet, skriv inn»-svar.

17 % av kommunene har skrevet inn kommentarer i åpent felt for andre svar enn de oppgitte svaralternativene. En gjennomgang av disse kommentarene 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. Kommunene bruker imidlertid noe ulik terminologi om disse formene for subsidiering, som «8.2-avtale»¹⁴ eller «null-avtale». Begge henviser til en samarbeidsmodell eller kombinasjonsmodell der kommunen beholder basistilskudd mot at den drifter f.eks. kontorlokaler, hjelpepersonell, utsyr, 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 at slike avtaler avlaster fastlegene for tidkrevende oppgaver ved for eksempel vikarbruk og sykefravær.

Andre åpne kommentarer går på at kommunen har rekrutteringstilskudd, som er tilskudd til leger med små lister eller «null-liste», leger under spesialisering mv. Enkelte kommuner nevner her også Nord-Norge permisjon (fire måneders permisjon med lønn hvert tredje år).

Figur 4.4 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? Prosent. Base: Alle (n=241)



Som vi så i figur 4.3, oppgir over halvparten av kommunene som subsidierer at de benytter fastlønn som en form for subsidiering. Vi finner at majoriteten av kommunene, nær 6 av 10, er enig i påstanden om at legene ønsker fastlønnsavtaler, se figur 4.4. Kun 2 av 10 er uenig i dette.

Fastlønn er et gjennomgangstema i åpne kommentarer i undersøkelsen. Kommunene med denne ordningen peker på flere fordeler, som at fastlønnede legestillinger senker terskelen for unge nyutdannede leger til å prøve seg som fastleger en periode for å se om det er noe for dem, uten for store omkostninger. Andre vektlegger det de ser på som en mer generell endring i legestanden, der yngre leger i større grad ønsker seg mer «ordnede arbeidsforhold» og normal/regulert arbeidstid, og at ønsket om fastlønn kan være en del av dette bildet. Dette argumentet blir også trukket frem i de innledende, utforskende intervjuene. Der blir det pekt på at flere kvinner nå har blitt leger, og de ønsker ordnet arbeidstid fremfor å «jobbe døgnet rundt». Andre igjen nevner at fastlønn gis under spesialisering (ALIS), og bidrar til at det er gunstig for å få yngre leger/leger i spesialisering til å ta jobb i kommunen.

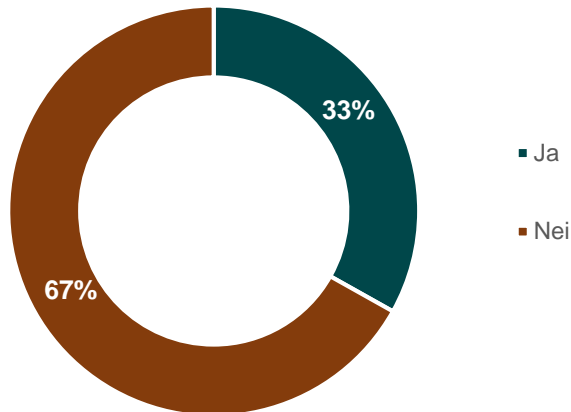
Denne typen argumenter og diskusjoner går igjen i fagtidsskrift og andre undersøkelser: I Tidsskriftet for Den norske legeförening vises det til at et argument for økt bruk av fastlønn har vært at unge leger, og særlig kvinner, flykter fra allmennpraksis på grunn av høye krav til inntjening, få muligheter til faglig oppdatering uten inntektstap samt manglende sykepengere rettigheter og permisjonsordninger i selvstendig næringsdrift som fastlege.¹⁵ Ifølge en studie av norske allmennlegers preferanser på

¹⁴ Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene, del III kommunens oppgave, 8.2 Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.

¹⁵ Tidsskriftet for Den norske legeförening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn>> [Hentdato: 15.05.2018]

praksisdrift, ønsker nå flere enn før fastlønn fremfor å være selvstendig næringsdrivende.¹⁶ UNI Research viser til nyere undersøkelser som tyder på at yngre leger i større grad foretrekker fastlønn enn hva deres eldre kolleger gjør.¹⁷ 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 (n=163)



Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen oppgir 1 av 3 å ha en ordning der enkelte fastleger i kommunen subsidieres, og enkelte ikke subsidieres, se figur 4.5. Det er en tydelig tendens til at særlig de store og mest sentrale kommunene svarer bekreftende på dette spørsmålet.

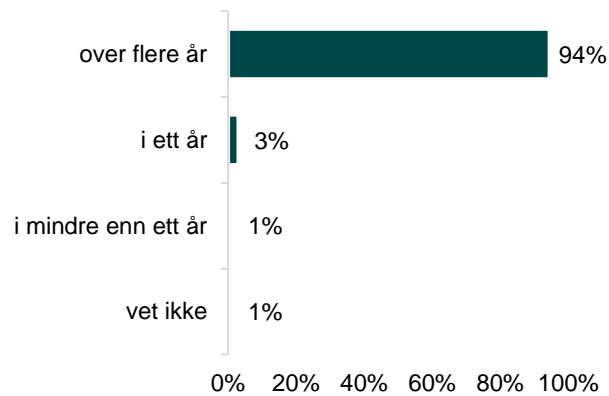
I de åpne kommentarene i undersøkelsen går det flere steder frem at kommuner subsidierer noen leger og ikke andre. Én kommune skriver for eksempel at det offentlige legearbeidet, både allmenn- og samfunnsmedisinsk, er lagt til et fåtall av legene og gjør at disse får betydelig lengre arbeidsuke enn leger 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».

¹⁶ 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

¹⁷ Godager, G. mfl. (2015), *Fastlønn ved legevaktarbeid*, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015

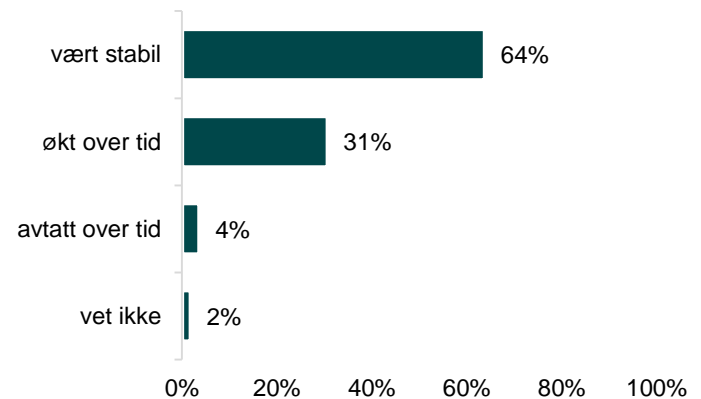
Figur 4.6 Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen...

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)



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

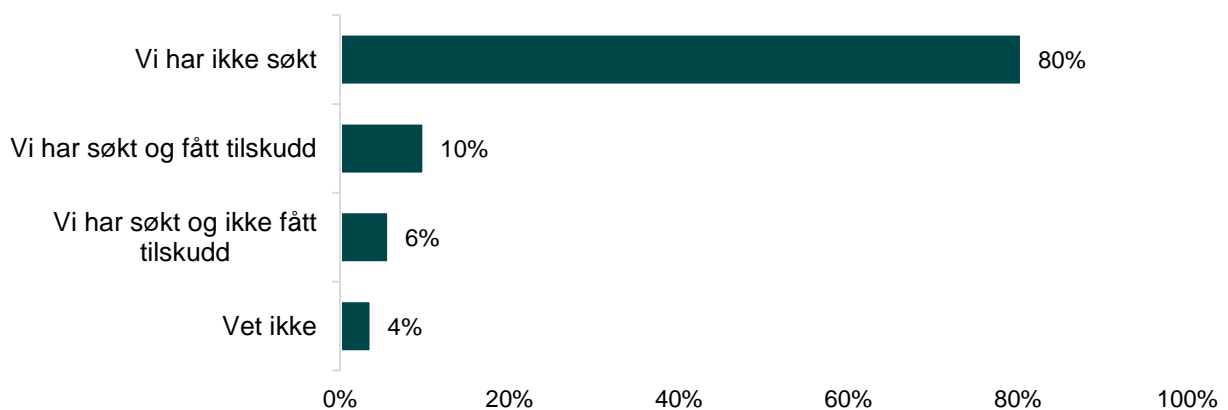
Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)



Figur 4.6 og 4.7 gir informasjon om kommunenes utvikling over tid når det gjelder subsidiering av fastlegeordningen. Så godt som alle (94 %) kommunene som subsidierer ordningen har gjort dette over flere år, og 2 av 3 oppgir at omfanget av subsidieringen har vært stabil. 1 av 3 oppgir at subsidieringen har økt over tid.

Samtlige av de minst sentrale og omtrent samtlige av de minste kommunene som subsidierer fastlegeordningen, har gjort dette over flere år. Andelen kommuner som har subsidiert fastlegeordningen i kun ett år eller mindre enn ett år øker med økende sentralitet og innbyggertall. Som vi skal se i kapittel 5, vurderer majoriteten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det. Det er tegn til at større andeler blant de henholdsvis mest sentrale og folkerike kommunene opplever dette, jf. figur 5.3. Disse resultatene peker i retning av en økende «tilstrømning» til subsidieringsordninger blant de mer sentrale og store kommunene. På den andre siden skal vi også se at det er større andeler blant de folkerike kommunene som tidligere har subsidiert fastlegeordningen, men som har sluttet med det, se figur 5.1. Bildet er med andre ord sammensatt når det gjelder større kommuners subsidiering.

Figur 4.8 Har din kommune søkt om og eventuelt fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i 2017? Base: Alle (n=241)



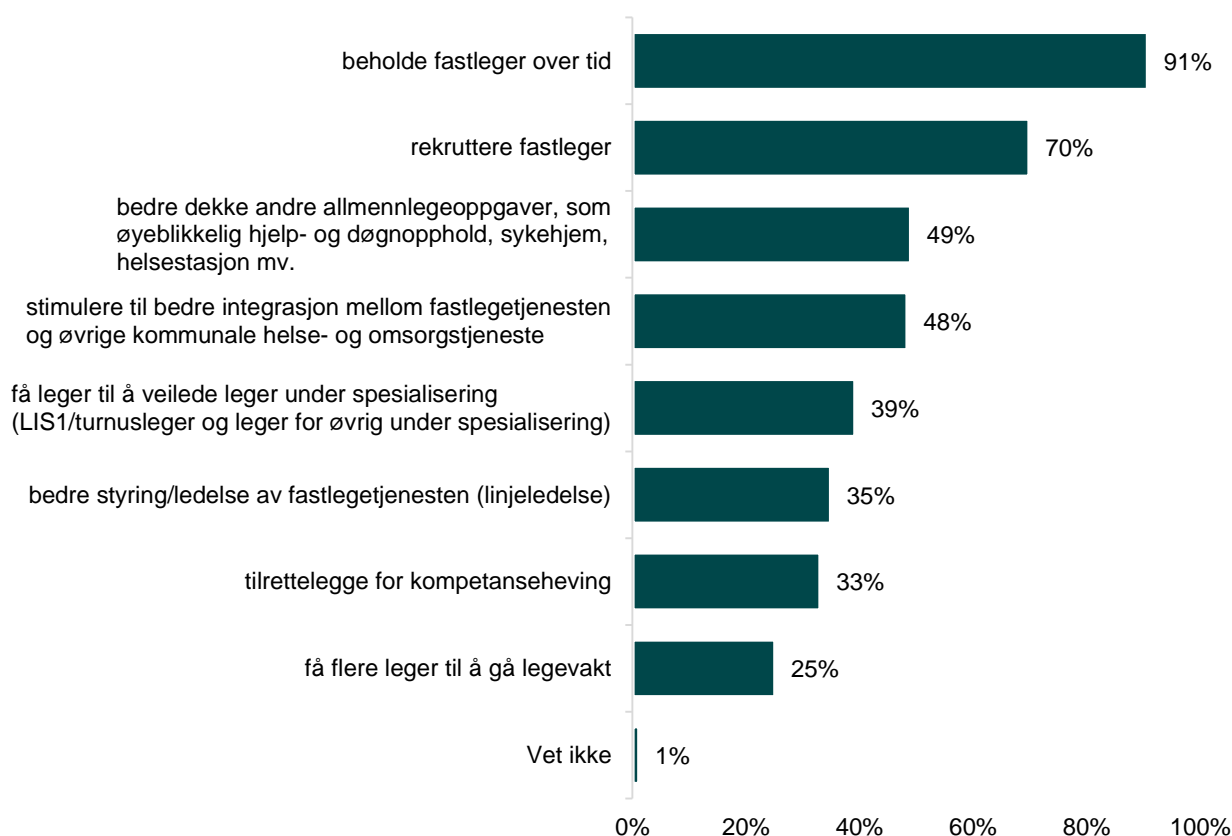
Det finnes en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker – Spesialistutdanning og andre kompetansehevede tiltak i allmennlegetjenesten, se kapittel 1.1. Målgruppen for ordningen er kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i

allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen.¹⁸ Langt de fleste kommunene (8 av 10) har ikke søkt slikt tilskudd. 1 av 10 har søkt og fått tilskudd, mens 6 % har søkt og ikke fått tilskudd.

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 (n=163)



Målet flest kommuner oppgir med subsidiering av fastlegeordningen er å *rekruttere* og *beholde* fastleger, se figur 4.9. 70 % av kommunene som subsidierer sier at de gjør det med mål om å rekruttere fastleger. Så godt som «alle» (91 %) svarer at de subsidierer for å beholde fastleger over tid. Det er noe flere små enn store kommuner som svarer at å beholde legene over tid er et mål. Også gjennom de innledende, utforskende intervjuene ble rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer trukket frem som de viktigste årsakene til kommunenes subsidieringsordninger.

Omkring halvparten av kommunene som subsidierer fastlegeordninger svarer at de gjør dette med mål om å *bedre dekke andre allmennlegeoppgaver*, og for å *stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig helse- og omsorgstjeneste*. Disse to momentene gjentas og utdypes i de åpne svarene, som vi omtaler litt lenger ned.

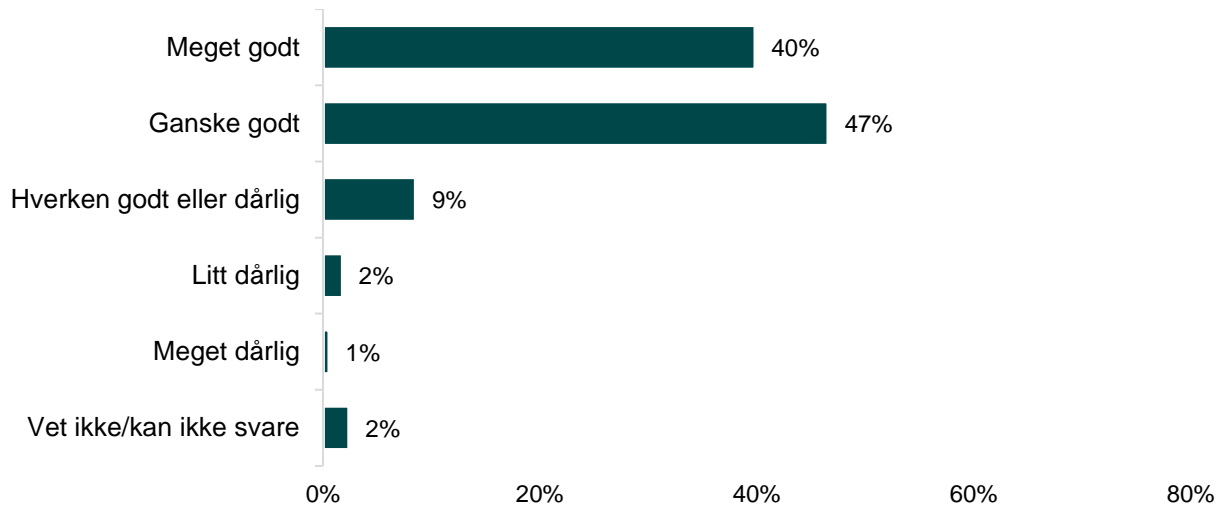
Omkring 1 av 3 blant kommunene som subsidierer har som mål å få fastleger til å veilede andre leger under spesialisering, bedre linjeledelsen og tilrettelegge for kompetanseheving. Ytterligere et aspekt

¹⁸ For 2018 beløper søknadsmidlene seg totalt til 13,9 mill. kroner.

kommer frem i de åpne svarene. Her skriver enkelte av kommunene som subsidierer at de har som mål å styrke faglig og kollegialt fellesskap for legene og sikre likere rammevilkår for fastlegene i kommunen. Gjennom de utforskende intervjuene i utredningen ble subsidiering løftet som et middel for å bygge fagmiljø.

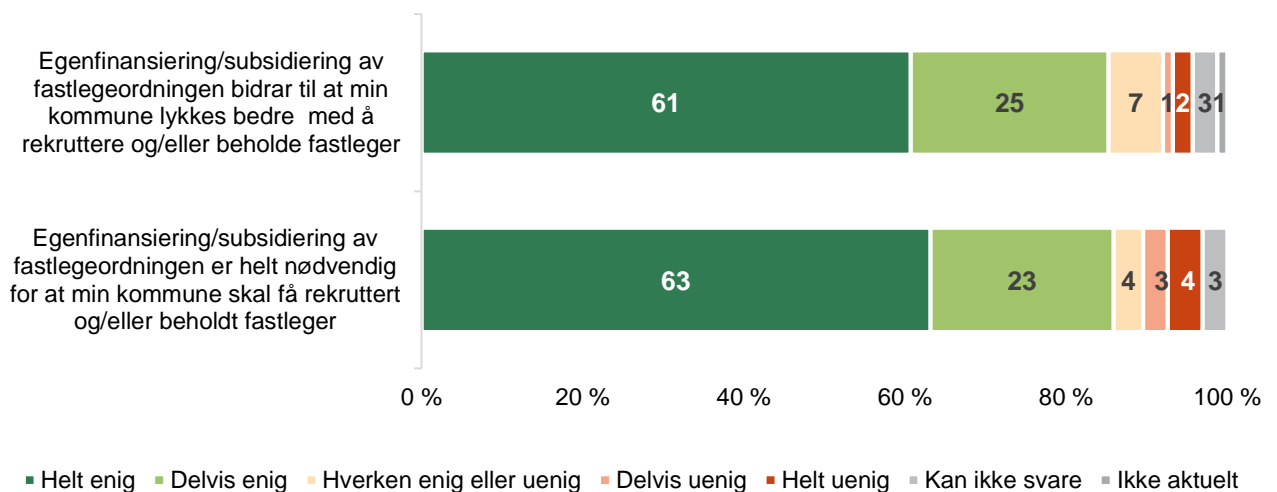
Figur 4.10 Alt i alt, hvor godt eller dårlig opplever du at egenfinansieringen /subsidieringsløsningene fungerer i din kommune?

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)



Et stort flertall (87 %) av kommunene som subsidierer fastlegeordningen synes dette fungerer godt, mens kun 3 % svarer at ordningen fungerer dårlig, se figur 4.10. Også fra de innledende, utforskende intervjuene er vårt inntrykk at kommunene opplever at subsidieringsløsningene fungerer etter hensikten. Et intervjuobjekt fra kommunen legger til at «Det hadde ikke vært mulig uten».

Figur 4.11 Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen? Prosent. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)





Med påstandene i figur 4.11 ønsket vi å få frem nyanser i kommunenes beveggrunner for å subsidiere fastlegeordningen. Vi spør både om subsidieringen bidrar til at kommunene opplever å lykkes bedre med å rekruttere og beholde fastleger, og hvorvidt den oppleves som helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger. Teoretisk sett kan det være slik at subsidiering gjør at kommunene lykkes bedre med rekruttering, uten at ordningen ses som helt nødvendig eller avgjørende. Som figuren viser,

fordeler svarene seg svært likt på de to påstandene. 86 % av kommunene som subsidierer, er enig i at dette både gjør at de lykkes bedre, og at ordningen er helt nødvendig for å rekruttere og beholde fastleger.


Skalaen går fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig), hvor lavere tallverdi er et uttrykk for sterkere enighet i utsagnene. Gjennomsnittet for hele utvalget er 1,5. Snittet synker med sentralitet, slik at det er de minst sentrale kommunene som er mest enig i utsagnene. Vi finner tilsvarende mønster for kommunestørrelse. Jo mindre kommune, jo større enighet i at subsidiering gjør at kommunene lykkes bedre med å rekruttere og beholde fastleger, og at ordningen er helt nødvendig.


Kommunene som subsidierer fastlegeordningen ble stilt et åpent spørsmål om hvordan de vil *beskrive effektene* av kommunens subsidiering. 121 kommuner skrev inn et svar. Kommentarene forsterker inntrykket fra de tallbaserte funnene omtalt ovenfor. For eksempel understreker mange kommuner at subsidiering av fastlegeordningen er *avgjørende for å rekruttere og beholde fastleger*, og at effekten av subsidiering er mer *stabil legedekning og bedre kvalitet på legetjenestene*.


 *Dersom vi i det heile tatt skal kunne rekruttere og beholde fastlegar i ein liten utkantkommune, er vi heilt avhengig av å subsidiere fastlegeordninga.*

 *Det er en helt klar tilbakemelding fra fastlegene selv at dette er avgjørende for at de både har startet og blir i kommunen. De påpeker både lang pendleravstand (...) til vår kommune og manglende tid til å drive egen praksis pga. stor pasientrelatert arbeidsmengde.*

Andre kommentarer går på at subsidiering bidrar til økt *samhandling* mellom fastleger og kommunen og at subsidiering gir kommunen styrket *styringsrett* overfor legene, slik at fastleger kan ta større del i kommunale helseoppgaver. For eksempel muliggjør subsidiering at fastleger deltar i systemarbeid, jobber i skolehelsetjenesten, eller jobber mer med sårbare grupper/pasienter med sammensatte behov, som flyktninger, personer med rusmiddelproblemer eller pasienter med spesielle behov. Flere beskriver at dette er oppgaver som fastleger har få insentiver til å ta tak i pr. i dag.

 *Et kontor har fått "kommunal husleie" og da tar de imot LIS-lege, er mer delaktige i samhandlingsprosjekt med kommunen, mer stabile og mer aktive.*

 *[Subsidiering er et] viktig bidrag for å få til tettere samhandling med kommunale virksomheter samt bruke bedre tid på utsatte pasientgrupper.*

 *Dette gir kontinuitet i tilbudet og tjenestene får forholde seg til færre leger som også opparbeider høyere kompetanse og sterkere engasjement for arbeidet i helsestasjon, sykehjem og samfunnsmedisin.*

En annen effekt av subsidiering er *styrking av faglig og kollegialt fellesskap* blant legene. Det går frem at leger i distriktene kan savne noen å drøfte faglige problemstillinger med, og at kommunens subsidiering i form av etablering eller drift av legesenter, bedrer samlokalisering for leger og danner grunnlag for et større fagmiljø.

4.3 Kostnader forbundet med subsidieringsordninger

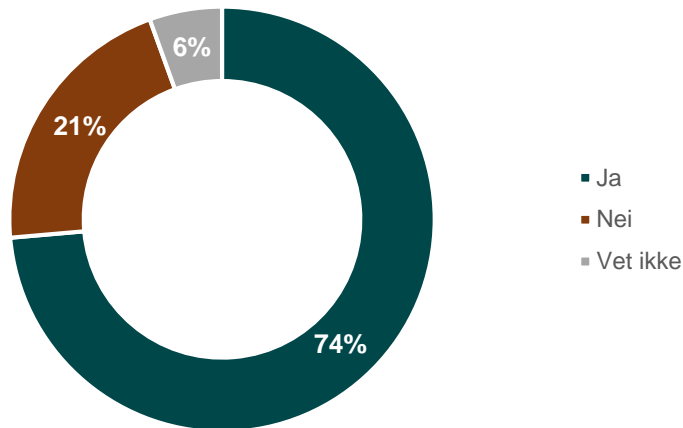
Det er anslått at 287 av landets 422 kommuner subsidierer fastlegeordningen ut over hovedmodellen, se kapittel 4.1. Om lag 3 av 4 kommuner rapporterer om at de også hadde merkostnader knyttet til denne subsidieringen i 2017, se figur 4.12. Dette betyr at ikke alle kommuner har kostnader, eller opplever at de har kostnader, forbundet med subsidieringsløsninger. Som sett i figur 4.9 er de hyppigste målene med slike ordninger å rekruttere eller beholde fastleger.

Vi har gjort vurderinger av frafall i surveyundersøkelsen opp mot populasjonsdata for folkemengde, landsdel og sentralitetsnivå. Vi finner ikke at det foreligger systematiske skjevheter i dataene med

hensyn til disse variablene, se kapittel 3.4. Med en forventning om at utvalget gir et godt bilde av fordelingen i populasjonen, anslår vi at totalt 212 kommuner hadde merkostnader ut over basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd til ulike subsidieringer av fastlegeordningen i 2017.¹⁹

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

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163)



Ett av hovedspørsmålene i denne kartleggingen er hvor store merkostnader kommunesektoren har til subsidieringsløsninger av fastleger utover det som ligger inne i hovedmodellen. Ettersom vi kun har informasjon fra et utvalg av den samlede populasjonen bestående av Norges 422 kommuner, er det knyttet en viss usikkerhet til slike beregninger. Det er like fullt mulig å tilnærme seg den samlede merkostnaden i populasjonen ved hjelp av svarene fra utvalget.²⁰

Vi estimerer gjennomsnittskostnaden for populasjonen med tilhørende usikkerhetsintervall (konfidensintervall) basert på utvalgets rapporterte merkostnader. Populasjonens gjennomsnittskostnad knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen estimeres til i underkant av 1,8 millioner i 2017, se tabell 4.1.²¹ Et alternativ til gjennomsnittskostnaden er å estimere mediankostnaden. Estimert mediankostnad for populasjonen er, i dette tilfellet, 1,3 millioner kroner, se estimert mediankostnad og tilhørende 95 %-konfidensintervall i tabell V6 i vedlegg 1.

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

¹⁹ Beregningen av de 212 kommunene er basert på at 74 % av de 287 kommunene som subsidierer fastlegene ut over hovedmodellen svarer at dette medfører merkostnader for dem.

²⁰ Om lag 40 % av respondentene i surveyundersøkelsen som rapporterer at de har merkostnader til subsidiering angir ikke kostnadene. Samtidig har vi informasjon fra 70 kommuner om merkostnadene til subsidieringsordninger, noe vi anser som godt nok til å gi et godt anslag på merkostnadene til populasjonen. (Det var i alt 72 kostnadsanslag, men der to svar utelates for å korrigere for ekstremverdier/feilregistreringer.)

²¹ Vi benytter en såkalt ikke-parametrisk estimeringsmetode for å estimere den «sanne» fordelingen av merkostnader for populasjonen av alle norske kommuner. Metoden tar utgangspunkt i en gamma-funksjon tilpasset våre utvalgsdata, der parameterne estimeres med sannsynlighetsmaksimeringsmetoden (maximum likelihood estimering). Ettersom svarene vurderes som gode og uten skjevheter, gir de et godt bilde av kostnadsfordelingen i populasjonen, og vi tilpasser fordelingen i estimeringen til utvalget. Dette gir et presist estimat på gjennomsnitt og median for alle kommunene (populasjonen). Vår eneste antagelse er at dersom alle kommunene hadde besvart spørreundersøkelsen ville merkostnadsfordelingen ha konverget mot den estimerte funksjonen.

Tillegger vi alle de 212 kommunene som anslås å ha merkostnader til subsidieringsordninger tilsvarende gjennomsnittskostnaden i utvalget, beløper de samlede merkostnadene for kommunesektoren seg til 378 millioner kroner for 2017. 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 1,4 millioner kroner og en øvre grense på 2,2 millioner kroner. Dette tilsvarer samlede merkostnader mellom 288 og 466 millioner kroner.

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

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

	Pr. kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	1 354	287 510
Gjennomsnitt	1 778	377 658
Konfidensintervall øvre grense	2 197	466 434

4.4 Økonomisk risiko for kommunene

Kommunenes evne til å opprettholde og bygge ut tjenestetilbudet definerer i stor grad deres økonomiske robusthet eller økonomiske bærekraft.²² Lokale skatter betraktes i internasjonal litteratur som den fundamentale finansieringskilden for kommunene. Graden av skattefinansiering kan da forstås som en indikator for hvor bærekraftig kommunens økonomi er, og i hvilken grad finansieringen av tjenestetilbudet er uavhengig av overføringer fra staten. Selv om norske kommuner til en viss grad finansieres av statlige overføringer i landets sentraliserte finansieringssystem, betrakter vi skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter som en god indikator på kommunenes finansieringsevne i tråd med den nylig gjennomførte nullpunktsmålingen av kommunereformen.

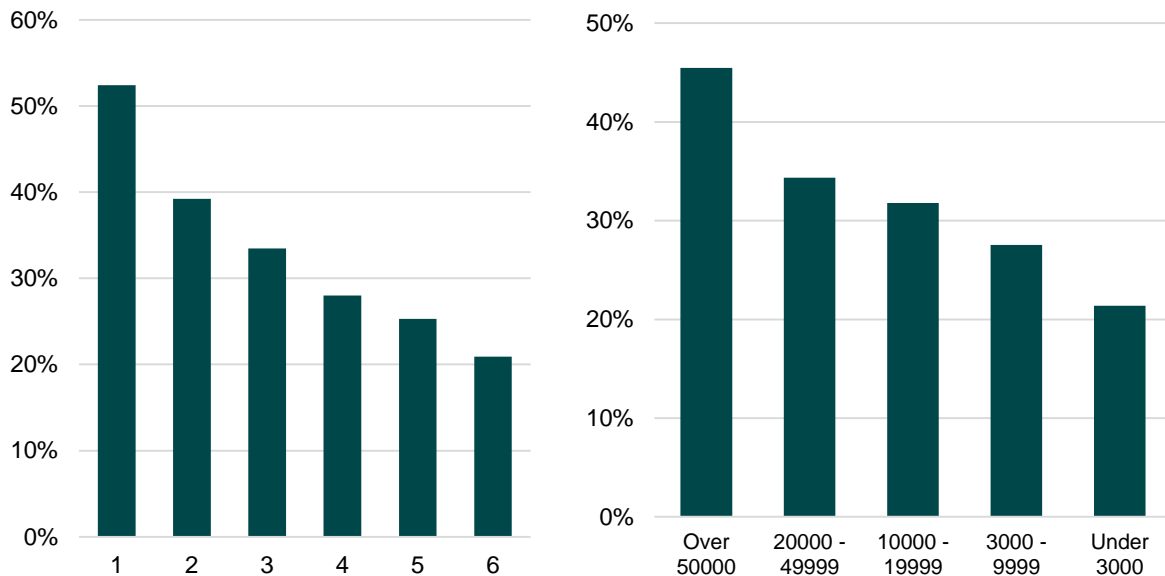
Skatteinntektenes andel av driftsinntekter er større for mer sentrale og mer folkerike kommuner i 2016, se figur 4.13. Siste tilgjengelige data tyder på at mindre folkerike og mindre sentrale kommuner i mindre grad enn sentrale og folkerike kommuner er i posisjon til å håndtere eksterne sjokk i skatteinntekter og tjenestebehov. Resultatene fra denne kartleggingen tyder på at kommunesektoren har kostnader som går ut over hovedmodellen til opprettholdelse av fastlegetilbudet. Rapporterte merkostnader kan betraktes som en kostnadsøkning, som legger ytterligere press på kommuneøkonomien og i større grad for mindre folkerike og mindre sentrale kommuner.

Funnene i denne rapporten tyder også på at det er større hyppighet av subsidiering av fastlegeordningen blant mindre sentrale kommuner og blant de mindre folkerike kommunene, jf.

²² Borge, L. E., Brandtzæg, B. A., Flatval, V., Kråkenes, T., Rattsø, J., Røtnes, R., Sørensen, R. og Vinsand, G. (2017), [Nullpunktsmåling: Hovedrapport](#). SØF-rapport nr. 01/17

drøftingen i kapittel 4.1. 8 av 10 av de minst sentrale kommunene har subsidieringsordninger av fastlegeordningen. Tilsvarende omfang finner vi blant de minst folkerike kommunene med under 3000 innbyggere.

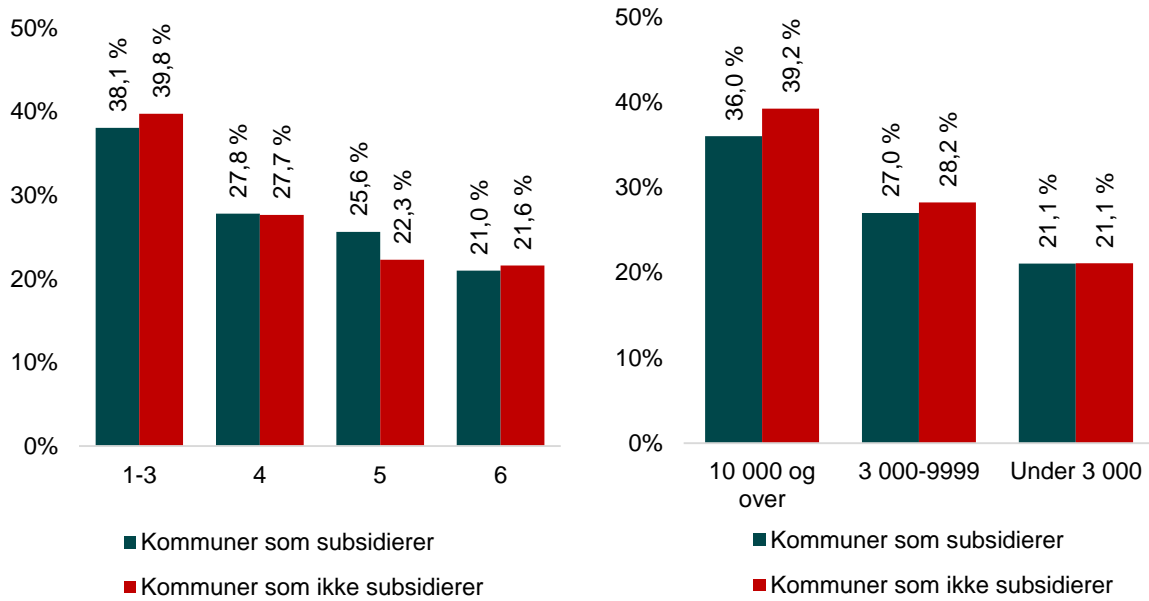
Figur 4.13 Skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter 2016. Prosent. Etter sentralitet (venstre) og folkemengde (høyre)



Det er derimot ikke nødvendigvis slik at kommuner som har subsidieringsordninger har en mer presset økonomi sammenlignet med kommuner som ikke har slike ordninger, se figur 4.14. Den overordnede tendensen med at mindre sentrale og mindre folkerike kommuner har lavere finansieringsevne bekreftes i utvalget vårt, se figur 4.14. Dette er i tråd med hva vi finner for alle kommuner i figur 4.13. Det er lite som tyder på at finansieringsevnen varierer mellom likeartede kommuner som subsidierer eller ikke subsidierer fastlegeordningen slik illustrert i figur 4.14. For de største og mest sentrale kommunene ser det ut til at kommuner som ikke har subsidieringsordninger har en noe bedre økonomisk bærekraft. For de øvrige sentralitetsnivåene og befolkningsgruppene er bildet mer sammensatt. Det er også verdt å merke seg at det er relativt stor variasjon i kommunene i vår største gruppe etter folkemengde. Det ser ut til at det er de største kommunene, delvis de med over 20 000 og delvis de med over 50 000 innbyggere, som driver andelen skatteinntekter opp mot 40 %. Kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere har generelt like i overkant av 30 % skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter i 2016, jf. figur 4.13.

Det er interessant å merke seg at for kommuner med sentralitetsnivå 5, altså de nest mest rurale kommunene, så har kommuner med subsidieringsordninger 3,3 prosentpoeng høyere andel skatteinntekter av driftsinntekter sammenlignet med kommuner som ikke har slike ordninger. Én mulig forklaring på dette kan være at de subsidierer fastlegeordningen som følge av at de har mulighet til det uten å legge for mye press på kommuneøkonomien. Alternativt kan dette skyldes at kommunene har subsidieringsordninger, men at de ikke medfører en merkostnad og dermed heller ingen medfølgende økonomisk byrde.

Figur 4.14 Skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter 2016. Kommuner med og uten subsidieringsordninger av fastlegeordningen, etter sentralitetsnivå (venstre) og folke­mengde (høyre)*



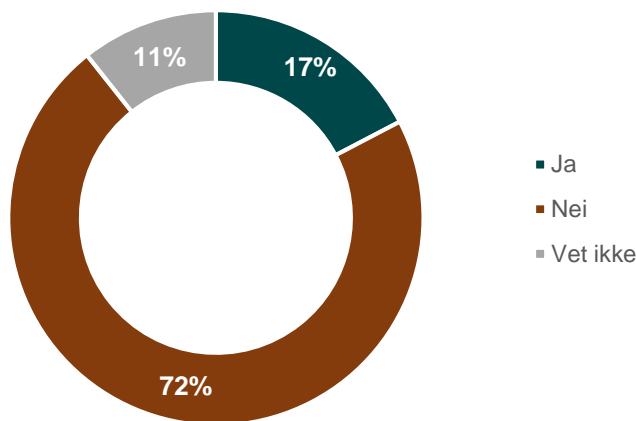
*Kilde: Surveydata; Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=163), Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen (n=75) og Statistisk sentralbyrå.

5. Funn: Kommuner som ikke subsidierer fastlegeordningen

Vi har tidligere sett at nesten 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, mens 3 av 10 kommuner ikke gjør dette, se figur 4.1. Av kommunene som svarer at de *ikke* subsidierer fastlegeordningen, finner vi en større andel av de mest sentrale kommunene (65 % med sentralitetsnivå 1-3) mot henholdsvis 8 % av kommunene med sentralitetsnivå 5 og 18 % av kommunene med sentralitetsnivå 6 (de minst sentrale). Mens 18 % av kommunene med under 3000 innbyggere ikke subsidierer fastlegeordningen, er tilsvarende andel 54 % blant kommunene med 10 000 eller flere innbyggere. Blant kommuner på Østlandet er det større andeler som ikke subsidierer fastlegeordningen sammenlignet med gjennomsnittet.

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 (n=75)



Blant kommunene som ikke subsidierer fastlegeordningen, har majoriteten (72 %) heller ikke gjort dette tidligere, se figur 5.1. I underkant av 2 av 10 av kommunene har tidligere subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det. I denne gruppen finner vi en større andel store kommuner (10 000 eller flere i folkemengde).

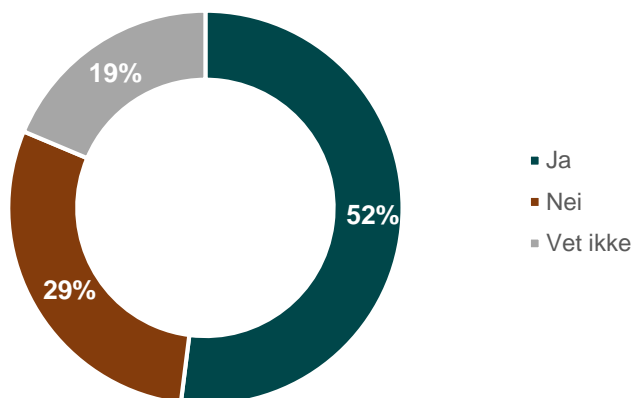
Figur 5.2 Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi...
Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen (n=75)



De hyppigst oppgitte årsakene til at kommuner ikke subsidierer fastlegeordningen, er fravær av stabiliserings- eller rekrutteringsutfordringer, se figur 5.2. Det er særlig de mest sentrale og største kommunene som ikke har utfordringer med å beholde fastleger over tid. På Østlandet (51 %) har større andeler av kommunene fravær av utfordringer med å rekruttere fastleger sammenlignet med gjennomsnittet (39 %).

Samtidig oppgir over 3 av 10 av kommunene som ikke subsidierer at de ikke har økonomisk mulighet til slik subsidiering. Omtrent like mange har ikke behov for å subsidiere for å ivareta en god fastlegeordning.

Figur 5.3 Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen fortsetter som i dag? Base: Egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen (n=75)



Forutsatt at ordningen fortsetter som i dag, vurderer majoriteten (52 %) av kommunene som pr. nå ikke subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre dette, se figur 5.3. Det er tegn til at større andeler blant de henholdsvis mest sentrale og folkerike kommunene svarer «ja» på dette spørsmålet. Dette ses i sammenheng med inntrykket av at større og mer sentrale kommuner i økende grad opplever utfordringer som gjør at de ser behov for subsidiering, se figur 4.6 og 4.7.

6. Drøfting og konklusjon

Kommunesektorens direkte kostnader knyttet til finansiering av fastlegeordningen begrenser seg - i utgangspunktet - til basistilskudd og eventuelle utjamningstilskudd. Disse utgjorde til sammen 2,5 milliarder kroner i 2017, 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 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 avvikles.

I kapittel 4.3 beregnet vi merkostnaden til kommunesektoren ved subsidieringsordninger av fastlegeordningen til 378 millioner kroner i 2017. Dette utgjør 15 % av kommunens direkte kostnader ved finansiering av fastlegeordningen, se tabell 6.1. Basert på estimert konfidensintervall forventes merkostnaden å utgjøre minimum 12 % og høyst 19 % av kommunens kostnader ved fastlegeordningen.

Tabell 6.1 Estimerte merkostnader til subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017 som andel av basistilskudd og utjamningstilskudd. 95%-konfidensintervall.

	Andel
Konfidensintervall nedre grense	12 %
Gjennomsnitt	15 %
Konfidensintervall øvre grense	19 %

Selv om vi legger det nedre anslaget på 12 % 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 mindre økonomisk bærekraft enn andre, se figur 4.13.

Gjennom utredningen har vi kartlagt at omtrent 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover fastlegeordningens hovedmodell. Brorparten av disse kommunene har merkostnader som følge av subsidieringsløsningene. Subsidiering forekommer oftere blant mindre sentrale kommuner og mindre folkerike kommuner. Samtidig vurderer majoriteten av kommunene som pr. nå *ikke* subsidierer fastlegeordningen at de i fremtiden vil måtte gjøre det, gitt at ordningen fortsetter som i dag. Det er tegn til at større andeler av de mest sentrale og folkerike kommunene opplever det slik. Dette gir en pekepinn på kommunenes «tilstrømning» til subsidieringsløsninger. Vi har også avdekket at de hyppigste formålene med alternative subsidieringsordninger, er å rekruttere og beholde fastleger over tid. Dette tyder på at fastlegeordningens hovedmodell ikke gir tilstrekkelige insentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid på tvers av kommuner.

Referanseliste

- Abelsen, B. mfl. (2016), *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. NSDM-rapport. Nasjonalt senter for distriktsmedisin
- Agenda Kaupang (2016), *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapportnr. R9010
- Borge, L. E., Brandtzæg, B. A., Flatval, V., Kråkenes, T., Rattsø, J., Røtnes, R., Sørensen, R. og Vinsand, G. (2017), *Nullpunktsmåling: Hovedrapport*. SØF-rapport nr. 01/17
- Dagens Medisin (2017) <<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmennmedisin/>> [Hentedato: 26.04.2018]
- Godager, G. mfl. (2015), *Fastlønn ved legevaktarbeid*, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr. 4-2015
- Helsedirektoratet (2018) <<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/rekruttering-av-fastleger-i-kommuner-som-har-rekrutteringsvansker-spesialistutdanning-og-andre-kompetansehevende-tiltak-i-allmennlegetjenesten>> [Hentedato: 24.04.2018]
- Holte, J. H. mfl. (2015), "General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?" BMC Health Services Research
- Høydal, E. (2017), *Ny sentralitetsindeks for kommunene* Rapport 2017/40. Statistisk sentralbyrå
- Innst. 109 S (2017-2018) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. Dokument 8:3 S (2017-2018)
- KS (2018) <<http://www.ks.no/fagomrader/om-ks/publikasjoner-og-utgivelser/kronikker-og-leserinnlegg/behov-for-gjennomgang-av-fastlegeordningen/>> [Hentedato: 24.04.2018]
- Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene
- Tidsskriftet for Den norske legeforening (2017) <<https://tidsskriftet.no/2017/02/fra-redaktoren/fast-lege-til-fast-lonn/>> [Hentedato: 15.05.2018]

Vedlegg 1. Kjennetegn ved kommunene i undersøkelsen

Tabell V1. Sentralitetsindeks

Sentralitetsklasser	Antall	Prosent
Nivå 1-3 Mest sentrale	62	26 %
Nivå 4	63	26 %
Nivå 5	65	27 %
Nivå 6 Minst sentrale	51	21 %
Sum	241	100 %

Tabell V2. Folkemengde pr. 1. januar 2018

Folkemengde	Antall	Prosent
Under 3000	77	32 %
3000 – 9999	95	39 %
10 000+	69	29 %
Sum	241	100 %

Tabell V3. Landsdel*

Landsdel	Antall	Prosent
Østlandet	89	37 %
Vestlandet	53	22 %
Midt-Norge	52	22 %
Nord-Norge	47	20 %
Sum	241	100 %

* **Østlandet:** Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, **Vestlandet:** Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, **Midt-Norge:** Møre og Romsdal, Trøndelag, **Nord-Norge:** Nordland, Troms, Finnmark

Tabell V4. Omfang av fastlegehjemler pr. 1. mars 2018 (antall og basistilskudd)

Folkemengde	Antall	Basistilskudd (i tusen kroner)
Under 3000	588	9 450
3000 – 9999	1086	31 217
10 000 +	3 761	162 618
Sum	5 435	203 285

Tabell V5. Skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter 2016

Folkemengde	Brutto driftsinntekter i alt, konsern	Skatt på inntekt og formue, inkludert naturressursskatt	Skatteinntekter som andel av brutto driftsinntekter
Under 3000	31 094	6 648	21%
3000 – 9999	78 161	21 539	28%
10 000 +	335 376	132 996	40%
Sum	444 631	161 183	36%

Tabell V6. Estimerte merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017. Tusen kroner. 95%-konfidensintervall.

	Pr. kommune	Samlet
Konfidensintervall nedre grense	970	206 011
Median	1 317	279 577
Konfidensintervall øvre grense	1 564	332 094

Vedlegg 2. Spørreskjema

Informasjon
<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 stilingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen.</p> <p>Klikk "neste" for å besvare undersøkelsen</p>

Først noen spørsmål om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen, omfang og innretning	
<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>	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune? Flere svar mulig	
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
Vet ikke	<input type="radio"/> 8

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

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

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

Har din kommune søkt om og ev. fått tilskudd for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker via Helsedirektoratet i 2017?	
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

Hvor enig eller uenig er du i påstanden under om egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?								
	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 fastlønsavtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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
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

Nå noen spørsmål om årsakene til egenfinansiering/subsidiering Min kommune egenfinansierer/subsidierer den ordinære fastlegeordningen med mål om å: Flere svar mulig	
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 omsorgstjeneste	<input type="checkbox"/> 4
bedre dekke andre allmenlegeoppgaver, som øyeblikkelig hjelp- og døgnopphold, sykehjem, helsestasjon mv.	<input type="checkbox"/> 5
få leger til å veilede leger under spesialisering (LIS1/tumusleger og leger for øvrig under spesialisering)	<input type="checkbox"/> 6
få flere leger til å gå legevakt	<input type="checkbox"/> 7
tilrettelegge for kompetanseheving	<input type="checkbox"/> 8
Annet, skriv inn:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 9

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

Hvordan vil du beskrive effektene av din kommunes egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen?	
Vennligst beskriv:	Open
Jeg har ikke innspill	<input type="radio"/> 1

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 stilingene sine over tid. Dette kan være ulike former for subsidiering eller egenfinansiering fra kommunen som går utover den ordinære finansieringen av fastlegeordningen (hovedmodellen). Eventuelle merkostnader av slike løsninger forstås som kommunens kostnader utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd i fastlegeordningen.	
Hadde din kommune kostnader til utjamningstilskudd i 2017?	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Hvor store var din kommunes kostnader til utjamningstilskudd i 2017 (i kroner)?	
Skriv inn i kroner for 2017:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017? <small> Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.</small>	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Hvor store var din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2017 (i kroner)? <small> Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.</small>	
Skriv inn i kroner for 2017:	Open
Vet ikke	<input type="radio"/> 1

Har din kommune tidligere egenfinansiert/subsidiert fastlegeordningen, men sluttet med det?	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

Min kommune egenfinansierer/subsidierer ikke fastlegeordningen fordi... <small> Flere svar mulig</small>	
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
ingen av disse	<input type="radio"/> 5
vet ikke	<input type="radio"/> 6

Vurderer du at din kommune i fremtiden vil måtte egenfinansiere/subsidiere fastlegeordningen, gitt at ordningen fortsetter som i dag?	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Vet ikke	<input type="radio"/> 3

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

Informasjon
Takk for hjelpen!