



Legevaktutgifter i 2023

En kartlegging av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt og beregning av landets totale utgifter til legevakt

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2024/38

Merete Thonstad, Solveig Bryne Castberg Stølan og Trond Ekornrud

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 31. oktober 2024

ISBN 978-82-587-1059-9 (elektronisk)

ISSN 1892-7513 (elektronisk)

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Det overordnede formålet med denne rapporten er å få mer kunnskap om kommunenes samlede utgifter til legevakttjenesten, noe det før denne kartleggingen ikke har vært en oversikt over. Rapporten skal særlig synliggjøre hvor store utgifter kommunene samlet bruker på legevakt-tjenesten, men også vise de totale utgiftene til legevakt i Norge.

Kommunene i Norge skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.) tilby legevakt som en del av sitt ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Dette ansvaret innebærer at kommunene skal ha en legevaktordning som dekker befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene kan i utgangspunktet selv velge hvordan de ønsker å organisere legevaktstjenesten sin for å oppfylle ansvaret.

Kartleggingen av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt, som ble gjennomført av SSB i forbindelse med KOSTRA-rapporteringen for årgangen 2023 i KOSTRA-skjema 1 (Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten), gjør det mulig å få frem de totale netto driftsutgiftene kommunene har til legevakt det aktuelle året. Denne rapporten vil omtale resultatene fra kartleggingen og beskrive utgiftene i kommunene, etter type organisering og de regionale kjennetegnene fylke, sentralitet og kommunestørrelse.

Videre gir data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og tall for statlige tilskudd til legevakt en oversikt over statens og innbyggernes utgifter til legevakttjenesten. Lagt sammen med kommunenes utgifter til legevakt gir dette et bilde av landets totale utgifter til legevakt, og rapporten tar sikte på å presentere ett utgiftstall for legevakttjenesten på landsnivå.

Det ble også undersøkt i kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 hvorvidt kommunene er i stand til å skille ut og rapportere årlige data om utgifter knyttet til legevakttjenesten i regnskapsrapporteringen i KOSTRA, dersom dette blir en egen regnskapsfunksjon i KOSTRA. Rapporten presenterer resultater fra den delen av kartleggingen og inneholder også SSB s anbefalinger knyttet til en mulig fremtidig regnskapsrapportering for legevakt.

Statistisk sentralbyrå har utført arbeidet med rapporten på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå, 24. oktober 2024

Ann-Kristin Brændvang

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å få mer kunnskap om kommunenes samlede utgifter til legevakttjenesten, noe det før denne kartleggingen ikke har vært en oversikt over. Rapporten skal særlig synliggjøre hvor mye kommunene samlet bruker på legevakttjenesten, men også vise de totale utgiftene til legevakt i Norge. Kartleggingen av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt som ble gjennomført av SSB for rapporteringsåret 2023, i KOSTRA-skjema 1- *Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, gir en oversikt over kommunenes samlede utgifter til legevakt.

Det er vanlig blant norske kommuner å kombinere ulike organiseringsformer av legevakttjenesten gjennom døgnet. Et hovedskille går mellom kommuner som har legevakt kun for egen kommune (en-kommune legevakt) og kommuner med interkommunalt samarbeid om legevakt. 4 av 5 kommuner inngår i et interkommunalt samarbeid om legevakt gjennom døgnet og 1 av 5 har én-kommune-legevakt. Interkommunalt samarbeid er den vanligste organiseringsmåten for legevakt for alle de regionale inndelingene fylker, kommunestørrelse og sentralitet. Geografisk plassering, størrelse på kommunen og nærhet til nabokommuner er alle faktorer som påvirker hvordan en kommune velger å organisere legevakttjenesten gjennom døgnet. Én-kommune legevakt er vanligst i de mest og minst sentrale kommunene. For sistnevnte kan det henge sammen med at geografien mange steder gjør det vanskelig for innbyggerne å reise til en nabokommune.

Per i dag finnes det ingen funksjon i kommuneregnskapet spesifikt for legevakttjenesten, slik at det dermed for en del kommuner var vanskelig å rapportere netto driftsutgifter til legevakt. Særlig var det problematisk for utgifter til daglegevakten, som ofte er integrert i de øvrige fastlegetjenestene på dagtid. De fleste kommuner var likevel i stand til å oppgi nettobeløpene eller et anslag. Kartleggingen viser at det generelt er dyrest å drifte legevakt i kommuner som er lite sentrale eller har få innbyggere. Netto driftsutgifter er lavest for én-kommune legevakter i de mest folkerike kommunene, der man ikke er avhengig av samarbeid for å oppnå stordriftsfordeler. For kommuner med fra 2 000 opptil 50 000 innbyggere ser interkommunalt samarbeid om legevakt ut til å være billigst. SSB har vurdert at data om netto driftsutgifter i legevaktkartleggingen for 2023, til tross for en del usikkerheter, er av god nok kvalitet til å kunne gi et grovt anslag på totalbeløp for kommunene. Estimerte netto driftsutgifter for legevakttjenesten i 2023 for alle kommunene i Norge til sammen er på drøye 3,6 milliarder kroner.

De statlige utgiftene til legevakt utgjorde om lag 880 millioner kroner i 2023. Dette omfatter utbetalt refusjon til leger og kommuner for legevaksarbeid og utbetalt tilskudd til kommuner for styrking av legevakttjenesten, hvor utbetalt refusjon er den klart største utgiften. Refusjonsutgiftene per innbygger til legevakt var størst i Finnmark, i de aller minste og i de minst sentrale kommunene. Innbyggerne sine utgifter til legevakt er i denne rapporten definert som egenandeler og egenbetaling knyttet til legevakt, og innbyggerne i Norge betalte nær 254 millioner for legevakttjenester i 2023. Når vi legger sammen kommunenes, statens og innbyggernes utgifter blir de samlede utgiftene til legevakt i 2023 på nær 4,8 milliarder kroner. Kartleggingen viser at kommunene betalte over tre fjerdedeler av de samlede utgiftene til legevakt. Staten på sin side dekket drøyt 18 prosent av utgiftene og innbyggerne rett over 5 prosent i 2023.

I legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 ble kommunene, i tillegg til å oppgi netto driftsutgifter til legevakt, også spurt om hvordan de hadde framskaffet de innrapporterte tallene. Videre ble de bedt om å vurdere om de i fremtiden vil være i stand til å rapportere utgiftstall av god kvalitet årlig dersom legevakt blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon. Resultatene fra denne delen av kartleggingen og en vurdering av om hvorvidt legevaktutgifter skal skilles ut som egen KOSTRA-funksjon i kommuneregnskapet blir presentert i kapittel 7.

Abstract

The purpose of this report is to get more knowledge about the municipality's overall expenses for the emergency primary care service, priorly an overview over these expenses has not existed. This report will show how much the municipalities' overall expenses for emergency primary health care are, but also present the total expenses for emergency primary health care in Norway. A survey of net expenses for emergency primary health care among the municipalities was conducted by Statistics Norway for the reporting year 2023.

It is common among municipalities to combine different forms of arrangements for the emergency primary health care during day and night. A main distinction is found between municipalities that have emergency primary health care solely for their own municipality (one-municipality service) and municipalities that provide the service as an intermunicipal cooperation. 4 out of 5 municipalities organize the service as an intermunicipal cooperation, and 1 out of 5 as a one-municipality service. Intermunicipal cooperation is the most ordinary form of organization, when looking at both counties, population size and centrality. Geographical location, population size, and proximity to neighboring municipalities are all factors that affect how a municipality choose to organize its' emergency primary health care service. One-municipality service, both day and night, is common in the most and least central municipalities. For the latter mentioned, this can e.g. be a result of geography impeding inhabitants to travel to a neighboring municipality.

Currently there is not a function in the municipal accounts specifically for emergency primary health care, hence several municipalities had difficulties reporting their net operational expenses for this service. It was particularly problematic for daytime emergency primary health care expenses, which can be intricately linked to regular general practitioner activity during the day. However, most municipalities were able to report a figure or an estimate. The survey shows that in general, it is most expensive to operate emergency primary health care in municipalities that are least central and have few inhabitants. Net expenses are lowest in one-municipality emergency health care services in the most inhabited municipalities, where there is no dependence on intermunicipal cooperation to achieve economies of scale. For municipalities with 2 000 – 50 000 inhabitants, intermunicipal cooperation is most inexpensive. Statistics Norway has assessed, although there are some uncertainties, that the data on municipal net operational expenses for emergency primary health care service in the 2023-survey, is of sufficient quality to provide a rough estimate for overall expenses for the municipalities. Estimated net operational expenses for emergency primary health care for the municipalities were approximately NOK 3.6 billion in 2023.

Government spending on emergency primary health care was approximately NOK 880 million in 2023. This includes reimbursements and grants. Reimbursement expenses per inhabitant were largest in Finnmark, in the least inhabited and least central municipalities. Inhabitants pay a user fee for emergency primary health care services. Overall inhabitants' expenses for this service were around NOK 254 million in 2023. In sum, municipal, government and inhabitants' expenses amounted to NOK 4.8 billion in 2023. The survey shows that the municipalities paid more than three quarters of the total expenses. The government covered just over 18 percent and the inhabitants just above 5 percent of the expenses for emergency primary health care.

In the survey of emergency primary health care expenses among the municipalities, conducted by Statistics Norway for the reporting year 2023, the municipalities were also asked to provide information about how they had arrived at the expense figures reported. Also, they were asked to assess if they would be able to provide and report expense figures of decent quality, if emergency primary health care was to have its own accounting function in the future. Results from this part of the survey and assessments on whether emergency primary health care expenses should have a separate accounting function in the municipal accounts will be presented in chapter 7.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Formål og problemstillinger	7
2. Datakilder og metode	8
2.1. Datakilder.....	8
2.2. Kvalitetssikring av data.....	10
2.3. Feilkilder og usikkerhet	11
2.4. Populasjon	12
2.5. Metode	14
2.6. Definisjoner	15
3. Organisering av legevakttjenesten	16
3.1. Hvordan varierer organiseringen av legevakt på ulike tider av døgnet?.....	16
3.2. Hvilke organiseringsformer er vanligst gjennom døgnet?.....	18
3.3. Hvordan varierer organiseringen av legevakt etter fylker?.....	20
3.4. Hvordan varierer organiseringen av legevakt gjennom døgnet etter kommunestørrelse?	21
3.5. Hvordan varierer organiseringen av legevakt gjennom døgnet etter sentralitet?.....	22
3.6. Oppsummering.....	23
4. Kommunenes netto driftsutgifter til legevakt	25
4.1. Hva finnes av data om legevakt?.....	25
4.2. Hva består kommunenes netto driftsutgifter til legevakt av?	26
4.3. Netto driftsutgifter for dem med A - Én-kommune legevakt kun på dagtid.....	28
4.4. Netto driftsutgifter for dem med A - Én-kommune legevakt alle tidsrom	30
4.5. Netto driftsutgifter for B - Vertskommuner i interkommunalt samarbeid	30
4.6. Netto driftsutgifter for C - Deltakerkommuner og kommuner med legevakt på omgang	32
4.7. Sammenligning av netto driftsutgifter ved ulike organiseringsformer	32
4.8. Totale netto driftsutgifter for legevakttjenesten i kommunene.....	34
4.9. Oppsummering	38
5. Statens utgifter til legevakt	39
5.1. Refusjoner for legevakt fra staten over folketrygden.....	39
5.2. Tilskuddsordning for styrking av legevakttjenesten	43
5.3. Totale utgifter til legevakt for staten	44
5.4. Oppsummering	45
6. Landets samlede utgifter til legevakt	46
6.1. Innbyggernes utgifter til legevakt	46
6.2. Kommunenes, statens og innbyggernes samlede utgifter til legevakt	46
6.3. Oppsummering	49
7. Er kommunene i stand til å rapportere utgifter til legevakt via KOSTRA-regnskapsrapportering i framtiden?.....	50
7.1. Bakgrunn.....	50
7.2. Hvordan har kommunene fremskaffet tallene for utgifter til legevakt?	52
7.3. Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på – oppsummering	56
7.4. Vil kommunene være i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakt dersom det blir en egen funksjon i fremtiden?	57
7.5. Hvilke utfordringer oppgir kommunene tilknyttet rapportering av utgifter til legevakttjenester?....	60
7.6. Framtidig rapportering av legevaktutgifter i egen KOSTRA-funksjon – anbefaling.....	61
Referanser	63
Vedlegg A: KOSTRA-skjema 1, 2023-årgangen. Del 2 Leger, inkludert kartleggingen av utgifter til legevakt	65
Vedlegg B: Veiledningen til legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 – 2023 – årgangen, inkludert del 2-3 Organisering av legevakten	68
Vedlegg C: Metode for estimering av tall for kommuner med manglende beløp eller høyre beløp	71
Figurregister	76
Tabellregister	77

1. Formål og problemstillinger

Et overordnet formål med rapporten er å få mer kunnskap om kommunenes samlede utgifter til legevakttjenesten. Rapporten skal særlig synliggjøre hvor store utgifter kommunene samlet bruker på tjenesten, men også vise hvor store de samlede utgiftene til legevakt er i Norge.

Per i dag er det ikke mulig å skille ut utgifter til legevakttjenesten fra kommunenes årlige regnskapsrapportering via KOSTRA. Det har derfor blitt gjennomført en kartlegging via KOSTRA-skjema 1 av kommunenes netto driftsutgifter til legevakttjenesten for 2023, som gjør det mulig å analysere og presentere hovedresultater og funn fra kartleggingen.

Rapporten tar sikte på å belyse følgende problemstillinger:

- Hvordan organiserer kommunene legevakttjenesten på ulike tidspunkt av døgnet, og hvordan varierer dette etter regionale kjennetegn som fylker, kommunestørrelse og sentralitet?
- Hva er kommunenes samlede utgifter til legevakt, og hvordan varierer de etter regionale kjennetegn som fylker, kommunestørrelse og sentralitet, samt ulik organisering av legevakttjenester?
- Hva er statens samlede utgifter (refusjoner og statlige tilskudd) til legevakt, og hvordan varierer dette etter regionale kjennetegn som fylker, kommunestørrelse og sentralitet?
- Hva er de samlede utgiftene til legevakt (kommune, stat og innbyggernes egenandeler) for legevakttjenester, og hvordan varierer dette etter ulike regionale kjennetegn som fylker, kommunestørrelse og sentralitet?

Et annet formål med rapporten er å vurdere om kommunene i fremtiden vil være i stand å rapportere årlige data om utgifter knyttet til legevakttjenesten via regnskapsrapporteringen i KOSTRA, samt å gi anbefalinger for videre arbeid og oppfølging av en mulig fremtidig årlig regnskapsrapportering for legevakttjenesten i kommunene.

I tillegg til å be kommunene om å rapportere faktiske utgiftstall til legevakttjenesten i kartleggingen, ble det også spurt om hvordan kommunene fremskaffet de rapporterte tallene og om de i fremtiden vil være i stand til å rapportere legevaktutgifter av god kvalitet dersom dette blir en egen KOSTRA-funksjon i kommuneregnskapet.

Vurderingene og anbefalingene for framtidig rapportering blir gjort ved å belyse følgende problemstillinger:

- Hvordan har kommunene fremskaffet tallene for utgifter til legevakt i denne kartleggingen, og hvordan varierer resultatene etter regionale kjennetegn som kommunestørrelse, sentralitet og fylker, samt ulik organisering av legevakttjenesten?
- Mener kommunene at de vil være i stand til å rapportere regnskapstall på legevakt av god kvalitet dersom det blir en egen funksjon i fremtiden, og hvordan varierer resultatene etter regionale kjennetegn som kommunestørrelse, sentralitet og fylker, samt ulik organisering av legevakttjenesten?

2. Datakilder og metode

Dette kapittelet omtaler datakildene, populasjonen og metodene som er brukt for å oppfylle formålene og svare på problemstillingene i rapporten. Kapittelet tar også for seg feilkilder og usikkerheter knyttet til datamaterialet og viktige definisjoner.

2.1. Datakilder

Den viktigste datakilden i denne rapporten er kartleggingen av legevaktorganisering og netto driftsutgifter til legevakt, som ble gjennomført i KOSTRA¹-skjema 1- *Personell og virksomhet i kommunale helse- og omsorgstjenester* for 2023-årgangen. I tillegg har data fra ulike register i SSB blitt brukt, som for eksempel SSBs befolkningsstatistikk. Tall fra KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er brukt som kilde for statens utgifter til legevakt i form av refusjoner og for innbyggernes utgifter til legevakt i form av egenandeler. I tillegg er data over utbetalte tilskudd for styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner fra Helsedirektoratet benyttet.

Data og informasjon fra legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 for 2021-årgangen er også benyttet i arbeidet med denne kartleggingen (Ekornerud, T., Stølan, S. & Thonstad, M., 2023). Siste rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Nasjonalt legevaktregister med oversikt over legevakter og legevaktsentraler i Norge for 2024 har også vært en viktig kilde til informasjon i arbeidet. (Allertsen, M. & Morken, T., 2024). Tall fra legevaktregisteret er brukt for å kvalitetssikre tallene fra kommunene som er blitt rapportert inn om organisering i kartleggingen via KOSTRA-skjema 1. SSB vurderer at opplysningene som er blitt rapportert inn om kommunenes organisering av legevaktstjenester gjennom døgnet har god konsistens med opplysningene om organisering i legevaktregisteret. Det som særlig skiller tallene i legevaktregisteret fra kartleggingen via KOSTRA-skjema 1, er at legevakt på dagtid ved fastlegekontorene ikke blir fanget opp i legevaktregisteret i samme grad som i SSB-kartleggingen.

KOSTRA (Kommune-Stat-Rapporteringen)

KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om alle tjenesteområder innenfor kommunal virksomhet. KOSTRA er basert på elektronisk innrapportering fra kommuner og fylkeskommuner til Statistisk sentralbyrå (SSB), i tillegg til data fra en rekke andre kilder i og utenfor SSB. KOSTRA-publiseringene 15. mars (ikke reviderte tall) og 15. juni (endelige tall) er i stor grad basert på kopling av data fra ulike kilder, som for eksempel regnskapsdata, tjeneste- og personelldata og befolkningsdata. Siden rapporteringsåret 2001 har alle kommuner og fylkeskommuner vært med i KOSTRA.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er ett av områdene som inngår i KOSTRA. Statistikken blir publisert på kommunenivå og for bydeler i Oslo, og formålet er i hovedsak å gi en samlet oversikt over den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Statistikken omfatter opplysninger om mottakere av ulike tjenester, antall plasser og beboere i kommunale institusjoner og tall for personell og regnskap. Statistikken omfatter også det som kalles kommunehelsetjenesten, som inkluderer følgende tjenester: fastleger/allmennleger, habilitering og rehabilitering, svangerskaps- og barselomsorg og helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende helsearbeid.

¹ KOSTRA er beskrevet her: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/statistikk/kostra-kommune-stat-rapportering/om-kostra>

Statistikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal gi sentrale, regionale og kommunale myndigheter data til planleggings- og tilsynsformål. Statistikken skal blant annet gi kunnskap om kostnader, personellsituasjonen og om hva som foregår av aktivitet.

KOSTRA-skjema 1- Personell og aktivitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I forbindelse med KOSTRA-rapporteringen samler SSB inn data via skjema 1 om personell og virksomhet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Påloggingsinformasjon blir sendt til den KOSTRA-ansvarlige i alle landets kommuner og i bydelene i Oslo. Disse videresender alle skjemaer til en aktuell fagansvarlig, som igjen kan delegerer utfyllingen av deler av skjemaet til dem som kjenner deltjenesten best. Ofte er det en kommunelege som fyller ut delen om legetjenester. Svarprosenten for skjema 1 pleier å være 100.

Det har i mange år vært et fast spørsmål i skjema 1 om organisering av legevaktstjenesten. Spørsmålet om organisering av legevakt ble endret f.o.m. 2023-årgangen. Kommunene blir nå spurt om hvilke(n) organiseringsform(er) kommunen har for legevakt, og hvilket tidsrom de(n) aktuelle organiseringsformen(e) gjelder for (se del 2-3 Organisering av legevaktstjenesten i KOSTRA-skjema 1 for 2023, i vedlegg A)

Kommunene kan velge mellom følgende alternativer (se del 2.6 for definisjoner):

- A - En-kommune legevakt (inkludert legevakt på dagtid)
- B - Vertskommune for interkommunal legevakt
- B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)
- C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune
- C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang
- C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS
- D - Annet (f.eks. kjøp av legevaktstjeneste driftet av private)

Dersom en kommune krysser av på D - Annet, blir de bedt om en spesifisering av hva ordningen består av. Det er mulig for kommunene å krysse av for flere alternativer.

Kommunene må angi hvilken tid på døgnet den aktuelle ordningen gjelder for (dag, kveld, natt og helg/helligdag). Spørsmål om organisering er utformet som en matrise, med organiseringsformer i venstre kolonne, og tidsrom i øverste rad. (se del 2-3.1 i KOSTRA-skjema 1 for 2023, i vedlegg A).

I forbindelse med rapporteringen for 2023-årgangen ble det i tillegg til det faste årlige spørsmålet om organisering av legevaktstjenesten gjennomført en kartlegging av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt. Kommunen ble bedt om å oppgi netto driftsutgifter i hele kroner til legevakt, for 2023-årgangen. Det ble bedt om ett beløp for hver organiseringsform for legevakt som kommunen hadde. Vertskommuner ble i tillegg bedt om å oppgi netto driftskostnader for det interkommunale samarbeidet om legevakt, men før innbetaling fra deltakerkommuner var fratrukket (se del 2-3.2 i KOSTRA-skjema 1 for 2023, i vedlegg A).

Kartleggingen undersøkte også kommunenes mulighet for på sikt å kunne skille ut utgifter til legevakt fra KOSTRA-funksjon 241- *Diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering* i kommuneregnskapet. Kommunene fikk i denne delen av kartleggingen spørsmål om hvordan de kom frem til utgiftstallene for legevakt som ble rapportert i første del av kartleggingen. Dette ble gjort for å undersøke hvor lett eller vanskelig tilgjengelig utgiftstall for legevakt er for kommunene. Deretter ble kommunene spurt hvordan de vurderer at kvaliteten på utgiftstallene for legevakt vil være, dersom disse utgiftene på sikt skal skilles ut fra funksjon 241 i kommuneregnskapet (se del 2-3.3 i KOSTRA-skjema 1 for 2023, i vedlegg A).

Spørsmålene i kartleggingen og tilhørende veiledning ble utarbeidet av SSB i samråd med Helsedirektoratet og NKLM (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin), med innspill fra KS, etter vedtak i og mandat fra KOSTRA-arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester.

KUHR-databasen

KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er et system for kontroll og utbetaling av refusjoner til ulike behandlere som har oppgjørsavtale med Helfo (Helsedirektoratet, 2024a). Systemet er eid av Helsedirektoratet. Når en pasient har kontakt med en behandler, sendes det en regning til Helfo. Slike regninger danner grunnlaget for dataene som lagres i KUHR. Blant annet vil man finne informasjon om type konsultasjon, hva konsultasjonen koster og hvor mye av kostnaden som er betalt av pasienten (egenandel) og hvor mye staten dekker av tjenesten (refusjon).

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege fastsetter et takstsystem, som regulerer hva leger kan ta betalt for tjenestene sine. Takstene omfatter aktiviteter som enkle pasientkontakter, konsultasjoner og sykebesøk, men også forbruksmateriell, reisetillegg, ledsagelse, ulike prosedyrer og undersøkelser, samt tillegg for distrikt (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, 2024)

Når innbyggerne har betalt mer enn egenandelstaket for helsetjenester mottar de et frikort. I 2023 var egenandelstaket på 3040 kroner. Hensikten med frikortordningen er å sette et tak for hvor mye hver enkelt skal betale i egenandeler i løpet av ett år. Når innbyggeren har gyldig frikort, kan behandleren kreve egenandelen til pasienten refundert av Helfo. Dette omtales som andelen betalt av staten.

I denne kartleggingen benyttes data fra KUHR til å beregne både statens og innbyggernes utgifter til legevakt. Uttrekket fra KUHR omfatter data der praksistypen er angitt som legevakt, der behandler enten er kommune eller lege. Uttrekket omfatter alle takstene som er benyttet for legevaktarbeidet.

Tilskudd til kommuner for styrking av legevakttjenesten i distriktkommuner

Helsedirektoratet har en tilskuddsordning for styrking av legevakttjenesten i distriktkommuner. Målet med tilskuddsordningen er å bidra til rekruttering og redusert vaktbelastning i legevakt i disse kommunene. På Helsedirektoratet sine hjemmesider blir det publisert en oversikt over kommuner som har mottatt tilskudd i 2023 og tilskuddsbeløpet. Disse tilskuddene inngår, sammen med refusjonene fra Helfo, i de statlige utgiftene til legevakt, og tallene som benyttes i denne rapporten er hentet fra oversikten på Helsedirektoratets nettsider (Helsedirektoratet, 2022).

2.2. Kvalitetssikring av data

Samtlige kommuner hadde sendt inn KOSTRA-skjema 1 for 2023-årgangen ved publiseringen av endelige KOSTRA-tall i juni 2024. Det ble foretatt en kvalitetssikring av datamaterialet fra legevaktkartleggingen hvor det ble kontrollert for en rekke mulige feil.

Når det gjelder organisering av legevakt, ble det for eksempel kontrollert om organisering for alle tider på døgnet var krysset av på, om det var rett organiseringsform som var valgt og om det var inkludert tjenester som ikke tilhører legevakt. Videre ble det gjort kontroller av samsvar med Nasjonalt legevaktregister (NKLM) og kontroller av samsvar i rapporteringen mellom kommuner i interkommunale samarbeid.

Når det gjelder netto driftsutgifter til legevakt, ble det bl.a. kontrollert for svært lave eller svært høye beløp, om netto driftsutgifter til legevakt per innbygger var rimelig og om andelen netto drifts-

utgifter til legevakt utgjorde av totale netto driftsutgifter på regnskapsfunksjon 241, var rimelig. Det ble også kontrollert for konsistens i beløpene mellom samarbeidskommuner.

Kvalitetssikringen medførte at om lag 130 kommuner ble kontaktet for kontroll av innrapportert data, på en eller flere variabler. SSB mottok svar fra drøyt 80 prosent av kommunene i kvalitetssikringen. Blant kommunene som ble fulgt opp valgte mange å korrigere og sende inn data på nytt i innrapporteringsportalen til KOSTRA, mens mange svarte og/eller rettet data ved å sende e-post direkte til SSB. Enkelte kommuner ble også kontaktet per telefon. I tillegg ble ytterligere 24 kommuner kontaktet med informasjon om at SSB ville gjøre rettinger av åpenbare feil i deres innrapportering.

2.3. Feilkilder og usikkerhet

Selv om dataene har vært gjenstand for kvalitetssikring og editering er det likevel kilder til usikkerhet og feil i materialet. Under listes de viktigste momentene man må ha i betraktning ved tolkningen av resultatene i denne rapporten:

- I kartleggingen ble kommunene bedt om å oppgi sine netto driftsutgifter til legevakt. Det er i selve skjema og i veiledningen til skjema gitt en definisjon av og forklaring på hva netto driftsutgifter er, hva som skal inngå av utgifter og hva som skal trekkes fra av inntekter. SSB oppfordret kommunene i forkant av rapporteringen og i selve skjema til å ha dialog med økonomiavdelingen i kommunen for denne rapporteringen. Det kan allikevel ha vært usikkerhet knyttet kostnadsbegrepet og enkelte kommuner kan ha rapportert brutto driftsutgifter. For eksempel er det uklart om alle kommunene som har mottatt tilskudd til legevakt fra Helsedirektoratet, har trukket disse fra i netto driftsutgifter.
- Kartleggingen ba om regnskapstall for 2023 tidlig på året i 2024, og enkelte kommuner har rapportert at de ikke hadde tilgjengelig endelige tall for forrige regnskapsår på rapporteringstidspunktet og at beløpene er foreløpige/basert på budsjett. Noen av disse fikk SSB oppdaterte tall fra.
- Det kan være usikkerhet blant rapportørene i kommunene knyttet til begrepet daglegevakt, og det kan særlig gjelde avgrensning av daglegevakt og skillet mellom ansvaret for organisert øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden (herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten) på dagtid og annen ordinær virksomhet på fastlegens kontor for å dekke akutte behov hos egne pasienter, f.eks. time på dagen.
- For mange kommuner er daglegevakt tett integrert med den ordinære fastlegetjenesten, og det er en del kommuner som ikke klarer å oppgi beløp for kostnadene til daglegevakt. Det er noen kommuner (3) som har rapportert 0 i totale utgifter til legevakt, og det er noen kommuner (14) som har rapportert 0 i utgifter til egen kommunal legevakt på dagtid. Det er også flere kommuner som av samme grunn har rapportert høye beløp på daglegevakt eller totalt for legevakt (f.eks. beløp tilsvarende en stor andel av funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, hvor utgifter til legevakt skal føres i kommuneregnskapet). Førstnevnte vil trekke totalsummen for netto driftsutgifter til legevakt ned, sistnevnte vil trekke totalsummen opp. Se punktet om "Estimering av manglende beløp og behandling av kommuner med særlig høye beløp" under 2.5 Metode og Vedlegg C for nærmere informasjon om dette. For enkelte er det også en reell grunn til høye kostnader, da det er brukt vikarleger til (dag)legevakt.
- En del kommuner, som ikke har klart å oppgi eksakt utgiftstall for netto driftsutgifter til legevakt på dagtid, har greid å oppgi et estimat. Ulike kommuner har ulik tilnærming til hvilke kostnader som er tatt med i estimatet og hvordan estimatet er beregnet.

- Det er tilfeller hvor det er manglende konsistens mellom kostnadene som er oppgitt av deltakerkommunene til den interkommunale legevakten og kostnadene som vertskommunen har rapportert. Dette kan i enkelte tilfeller skyldes at vertskommunen har inkludert alle kostnadene til legevaktsentral i sin egenandel av beløp på B og noen deltakerkommuner kan ha glemt å ta med utgiftene til legevaktsentral. Avvik kan som nevnt også skyldes at kartleggingen ba om regnskapstall tidlig på året og at kommunene ennå ikke hadde tilgjengelig tall for forrige regnskapsår. Noe skyldes feil i rapporteringen som ikke har latt seg korrigere.
- Det er tilfeller hvor det er manglende konsistens mellom vertskommuner og deltakerkommuner om samarbeidet er et interkommunalt samarbeid eller et interkommunalt selskap. Dette kan til dels skyldes at spørsmålsstillingen i KOSTRA-skjema1 er ny i 2023-årgangen.
- Kartleggingen har bedt kommunene om at utgifter til øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD), overgrepsmottak og tjenester som er organisert under spesialisthelsetjenesten (f.eks. psykiatrisk legevakt og skadelegevakt) skal holdes utenfor. Det kan være at enkelte kommuner har inkludert disse tjenestene likevel.
- Svarprosenten for KOSTRA-skjema 1 var som tidligere nevnt på 100 prosent. Dette betyr ikke at samtlige kommuner har svart på alle spørsmål i kartleggingen, og det vil forekomme mangler på variabelnivå for enkelte kommuner. Mangler i rapportering på sentrale variabler har blitt fulgt opp i editeringsprosessen. Det er også gjort estimeringer for manglende beløp på utgifter til legevakt.

2.4. Populasjon

Befolkning og regioninndelinger

Populasjonen er i denne rapporten landets 356 kommuner, og det blir brukt regionale kjennetegn for å sammenligne resultatene fra kartleggingen. Disse regionale kjennetegnene er fylke, kommune-størrelse (målt i innbyggertall) og SSBs indeks for kommunesentralitet.

Fylker

Inndelingen av fylker som blir benyttet i denne rapporten baserer seg på [Standard for fylkesinndeling](#) og versjonen som var gjeldende for 2024. Selv om dataene i kartleggingen er fra 2023-årgangen, er det valgt å presentere fordelingen etter fylkesinndelingen for 2024 for aktualitetens skyld.

Tabell 2.1 gir en oversikt over landets fylker etter fylkesinndelingen for 2024, men befolkningen gjelder per 31.12.2023 og antallet kommuner i fylket også per 2023.

Tabell 2.1 Befolkning og antall kommuner etter fylke (2024-struktur). 2023. Absolutte tall per 31.12

	Befolkning	Antall kommuner
Hele landet	5 550 203	356
Akershus	728 803	21
Oslo	717 710	1
Vestland	651 299	43
Rogaland	499 417	23
Trøndelag	482 956	38
Innlandet	376 304	46
Agder	319 850	25
Østfold	312 152	12
Møre og Romsdal	270 624	26
Buskerud	269 819	18
Vestfold	256 432	6
Nordland	243 081	41
Telemark	177 093	17
Troms	169 610	21
Finnmark	75 053	18

Kilde: Befolkningsstatistikk. Standard for fylkesinndeling og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Kommunestørrelse

Rapporten benytter også kommunestørrelse som regionalt kjennetegn, med [Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall](#) som utgangspunkt.

Kommunene blir delt inn seks grupper etter innbyggertall:

- Under 2 000 innbyggere
- 2 000 - 4 999 innbyggere
- 5 000 - 9 999 innbyggere
- 10 000 - 19 999 innbyggere
- 20 000 - 49 999 innbyggere
- 50 000 eller flere innbyggere

Tabell 2.2 viser hvordan folkemengde og antall kommuner fordeler seg etter kommunestørrelse per 31.12.2023.

Tabell 2.2 Befolkning og antall kommuner etter kommunestørrelse. 2023. Absolutte tall per 31.12

	Befolkning	Antall kommuner
Hele landet	5 550 203	356
Under 2 000 innbyggere	96 034	77
2 000 - 4 999 innbyggere	308 166	97
5 000 - 9 999 innbyggere	485 200	69
10 000 - 19 999 innbyggere	658 525	47
20 000 - 49 999 innbyggere	1 356 944	46
50 000 eller flere innbyggere	2 645 334	20

Kilde: Befolkningsstatistikk, standard for klassifisering av kommuner og KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Kommunenes sentralitet

Det siste regionale kjennetegnet som blir benyttet er sentralitet og er basert på SSB sin [Standard for sentralitet](#). Sentralitet er en indeks hvor hver enkelt kommune får en verdi som er et mål for kommunens sentralitet. Indeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner. Indeksen har verdier fra 0 til 1000. Den mest sentrale kommunen vil alltid ha verdi 1000 (Oslo) og de minst sentrale kommunene har verdier ned mot 300. Verdiene er gruppert i seks klasser:

- Sentralitet 1 – Mest sentrale kommuner (925-1000)
- Sentralitet 2 – Nest-mest sentrale kommuner (870-924)

- Sentralitet 3 – Mellomsentrale kommuner 1 (775-869)
- Sentralitet 4 – Mellomsentrale kommuner 2 (670-774)
- Sentralitet 5 – Nest-minst sentrale kommuner (565-669)
- Sentralitet 6 – Minst sentrale kommuner (0-564)

Tabell 2.3 viser hvordan befolkningen og antall kommuner fordeler seg etter sentralitet per 31.12.2023.

Tabell 2.3 Befolkning og antall kommuner etter sentralitet. 2023. Absolutte tall per 31.12

Sentralitet	Befolkning	Antall kommuner
Hele landet	5 550 203	356
1 Mest sentrale kommuner	1 074 679	6
2 Nest-mest sentrale kommuner	1 422 907	19
3 Mellomsentrale kommuner 1	1 414 324	51
4 Mellomsentrale kommuner 2	898 571	71
5 Nest-minst sentrale kommuner	504 804	96
6 Minst sentrale kommuner	234 918	113

Kilde: Befolkningsstatistikk, Standard for sentralitet, KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Det er ikke innhentet tall og informasjon fra Svalbard gjennom KOSTRA-skjema 1 om utgifter til drift av legevakt, så slike tall for Svalbard mangler derfor i denne rapporten. Utbetalte refusjoner og tilskudd til Svalbard er tatt med i totaltallene for statlige utgifter, men holdes utenfor når vi ser på refusjoner og tilskudd i forhold de regionale kjennetegnene fylke, kommunestørrelse og kommunesentralitet.

2.5. Metode

Deskriptiv statistikk og faktaomtale

Hvordan kommunene organiserer sin legevakttjeneste og deres netto driftsutgifter til legevakt blir presentert i kapittel 3 og 4. Statens utgifter til legevakt omtales i kapittel 5, og i kapittel 6 blir kommunenes, statens og innbyggernes utgifter sammenstilt til en total for landet. En vurdering av hvorvidt kommunene på sikt vil være i stand til å skille ut utgifter til legevakt fra funksjon 241 *Diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering* blir presentert i kapittel 7.

Presentasjonen av hovedresultater og funn i denne rapporten blir gjort i form av deskriptiv statistikk. Omtalen av hovedresultater og funn tar ikke sikte på å gi årsaksforklaringer på forskjellene i datamaterialet. Metoder brukt for beregninger vil bli nærmere omtalt i de ulike kapitlene. Rapporten inneholder relevante tabeller og figurer, og hovedresultater og funn vil bli drøftet.

Estimering av tall for kommuner med manglende eller høye beløp

16 kommuner hadde enten ikke rapportert utgifter for hele legevakttjenesten eller for én-kommune legevakt på dagtid i kartleggingen i KOSTRA-skjema 1. Disse kommunene er det estimert tall for. Estimert verdi er beregnet ved at en ser på hva den gjennomsnittlige andel netto driftsutgifter til legevakt utgjør av netto driftsutgifter på KOSTRA-funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, innenfor de ulike kommunestørrelsene (der de 14 kommunene er utelatt i teller og nevner). Dette gir en faktor som man kan multiplisere med netto driftsutgiftene for funksjon 241 i den aktuelle kommunen for å få et estimert beløp for utgifter til legevakt.

15 kommuner hadde videre utgifter til legevakt som oversteg 50 prosent av netto driftsutgifter som kommunen hadde rapportert til KOSTRA på funksjon 241- *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*. Kartleggingen har vist at det for enkelte kommuner har vært utfordrende og til dels ikke mulig å skille ut legevaktutgifter fra utgifter til fastlegetjenesten, særlig gjelder dette utgifter til

legevakt på dagtid. I tilfeller der kommuner har oppgitt utgifter til legevakt som overstiger 50 prosent av funksjon 241, knytter det seg en stor usikkerhet til om de oppgitte beløpene inkluderer mer enn legevakt, f.eks. hele eller deler av fastlegetjenesten. For ikke å blåse opp totalresultatet og resultatene for kommunene etter ulike regionale kjennetegn uriktig, er det i estimeringen valgt å sette et tak på hvor stor andel utgifter til legevakt kan utgjøre av funksjon 241. Dette kriteriet fører til at utgiftsbeløpet for 15 kommuner blir skalert ned og satt til å utgjøre 50 prosent av kommunenes netto driftsutgifter på funksjon 241.

En nærmere beskrivelse av hvordan estimering av manglende utgifter og behandling av kommuner med særlig høye beløp er blitt gjort, og effektene dette har for utgiftstallene for landet totalt og etter ulike regionale kjennetegn, blir gitt i vedlegg C.

2.6. Definisjoner

Legevakt: Organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig medisinsk hjelp og iverksette den oppfølgingen som anses nødvendig. Den kommunale legevaktordningen er en allmennmedisinsk virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen, kan få nødvendig helsehjelp. Ordningen skal hele døgnet vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Ordningen er et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sin liste innenfor fastlegekontorets åpningstid.

Interkommunal legevaktordning: Samarbeid mellom flere kommuner om drift av legevakt. Et interkommunalt samarbeid skal foregå gjennom et interkommunalt politisk råd, kommunalt oppgavefellesskap, vertskommunesamarbeid, interkommunalt selskap, aksjeselskap eller samvirkeforetak, en forening eller på en annen måte som det er rettslig adgang til.

Vertskommune: Kommunen, som i et interkommunalt samarbeid om legevaktordning, drifter legevakten/utfører oppgaven.

Deltakerkommune: Kommuner som deltar i et interkommunalt samarbeid om legevakt. I denne kategorien er også deltakere i såkalte satellitt-legevakter inkludert. I denne sammenhengen faller vertskommunen for samarbeidet inn under begrepet "Vertskommune".

Én-kommune legevakt: Legevakt hvor kommunen selv er ansvarlig for legevaktdriften og heller ikke samarbeider med andre kommuner om tjenesten.

Legevaktlokale: Lokale hvor legevakten holder til. Mange litt større legevaktordninger har et fast legevaktlokale som ofte er samlokalisert med legevaktsentralen. Noen få steder er legevaktlokalet samlokalisert med lokalsykehuset. I små legevaktordninger er legevaktlokalene ofte ubemannede, og legen bruker da et vanlig allmennlegekontor som legevaktlokale.

Daglegevakt: Med daglegevakt menes den legevaktordning som kommunen har etablert i kontortiden. Tjenesten skal være avtalefestet mellom kommunen og den enkelte fastlege som inngår i ordningen.

Netto driftsutgifter: Netto driftsutgifter til legevakt er driftsutgiftene (inkludert avskrivninger) minus driftsinntektene, som blant annet inneholder øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter (se mer detaljert definisjon i kapittel 4).

3. Organisering av legevakttjenesten

For å få bedre forståelse av kommunenes utgiftstall knyttet til legevakttjenester, så er det viktig å se på hvordan kommunene velger å organisere tjenesten på ulike tider av døgnet, samt hvilke organiseringskombinasjoner de bruker gjennom hele døgnet og hvordan dette varierer etter de regionale kjennetegnene fylker, kommunestørrelse og sentralitet. Dette kan bidra til å gi økt innsikt i hvorfor legevaktutgiftene kan variere mellom kommuner, samt hvorfor utgifter for deler av legevakttjenesten for mange kommuner kan være utfordrende å tallfeste.

Alle kommuner er etter helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å ha eller å delta i en legevaktordning hele døgnet som også inkluderer en medisinsk nødmeldetjeneste. Minst én lege skal være tilgjengelig til enhver tid for alle som oppholder seg i kommunen, mens det ikke er spesifisert krav om annet helsepersonell. Kommunene står fritt til selv å velge hvordan de vil organisere tjenesten for å oppfylle sitt ansvar (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Akuttmedisinforskriften (2015) sier bl.a. følgende:

«Med kommunal legevaktordning menes en virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging. Med medisinsk nødmeldetjeneste menes et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår. Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.»

3.1. Hvordan varierer organiseringen av legevakt på ulike tider av døgnet?

Kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 gjaldt status for organisering av legevakttjenester i kommunene ved utgangen av 2023. Kommunene ble bedt om å rapportere hvordan de har organisert legevakttjenesten på alle tidspunkt av døgnet (dag, kveld, natt og helg/helligdag):

Figur 3.1 Utsnitt av kartleggingen om kommunenes organisering av legevakttjenester gjennom døgnet. 2023

2-3.1	Dag	Kveld	Natt	Helg/Helligdag
A - En-kommune legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Vertskommune for interkommunal legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - Annet (f.eks. kjøp av legevakttjeneste driftet av private)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis annet, vennligst spesifiser: *				
For kommuner som har en-kommune legevakt på dagtid, hvor var denne tjenesten lokalisert?				
<input type="checkbox"/> I eget legevaktlokale				
<input type="checkbox"/> På ett fast fastlegekontor				
<input type="checkbox"/> Organisert blant kommunenes leger/fastleger på ulike legekontor				
Merknader til organisering av legevakttjenesten				
Beskriv gjerne deres organisering nærmere ev. hvem dere samarbeider med osv.				

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Kommunene som rapporterte A- Én-kommune-legevakt på dagtid ble også bedt om å oppgi hvor denne tjenesten var lokalisert. Det var ellers mulig å komme med merknader i et fritekstfelt for å beskrive organiseringen nærmere, ev. hvilke kommuner de samarbeidet med osv.

Nasjonalt legevaktregister inneholder oversikt over landets legevakter og legevaktssentraler med opplysninger om organisering, bemanning og utstyr. I dette registeret er enheten legevakt og ikke kommune. I kartleggingen via KOSTRA-skjema 1 er enheten kommune og ikke legevakt. I legevaktregisteret er det per januar 2024 registrert 167 legevakter i Norge hvor 83 av disse er én-kommune legevakter og 84 er interkommunale legevakter (Allertsen, M. & Morken, T., 2024).

Tabell 3.1 viser antall kommuner som har oppgitt ulike organiseringsformer på ulike tider av døgnet ved utgangen av 2023.

Tabell 3.1 Organisering av legevakt på ulike tider av døgnet. Antall kommuner. (N=356). Absolutte tall. 2023

	Tidspunkt på døgnet			
	Dag	Kveld	Natt	Helg/helligdag
A - Én-kommune legevakt	292	87	79	85
B - Vertskommune for interkommunal legevakt	26	79	73	79
B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)	0	1	1	1
C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune	39	165	177	168
C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang	4	17	15	16
C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS	6	15	16	15
D - Annet (f.eks. kjøp av legevaktstjeneste driftet av private)	0	0	0	0

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at organiseringsmåte varierer mellom ulike tidspunkt på døgnet. På dagtid er det klart flest kommuner som har én-kommune-legevakt, mens på de andre tidspunktene på døgnet er det vanligst å være en del av en interkommunal legevakt i en vertskommune-modell hvor kommunene enten er vertskommune eller deltakerkommune. I 2023 var det ingen kommuner som oppga kategori D - Annet som inkluderte at de kjøpte legevaktstjenester driftet av private eller spesialisthelsetjenesten.

Tallene viser ellers en mulig inkonsistens mellom deltakerkommune i legevakt som er interkommunalt selskap/interkommunalt AS på den ene siden og kommuner som har oppgitt at de er vertskommune for interkommunalt selskap (IKS) på den andre siden. Her skulle trolig antall kommuner som er vertskommune vært noe høyere. Dette må blant annet tilskrives at det er første gang kommunene blir bedt om å rapportere på organiseringsform på denne måten.

Tabell 3.2 viser prosentandel av kommuner i alt som har oppgitt ulik organisering for legevaktstjenesten på ulike tider av døgnet.

Tabell 3.2 Organisering av legevakt på ulike tider av døgnet. Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023

	Tidspunkt på døgnet			
	Dag	Kveld	Natt	Helg/helligdag
A - En-kommune legevakt	82	24	22	24
B - Vertskommune for interkommunal legevakt	7	22	21	22
B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)	0	0	0	0
C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune	11	46	50	47
C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang	1	5	4	4
C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS	2	4	4	4
D - Annet (f.eks. kjøp av legevaktstjeneste driftet av private)	0	0	0	0

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det er et klart skille i organisering av legevakt mellom dagtid på den ene siden og resten av døgnet (inkludert helg/helligdag) på den andre siden. Mens 4 av 5 kommuner oppgir at de har A - én-kommune-legevakt på dagtid, oppgir rundt 4 av 5 kommuner at de inngår i en form for interkommunalt samarbeid om legevakt alle de andre tidspunktene på døgnet.

82 prosent av alle kommunene oppgir at de organiserer legevakten i form av A - Én-kommune-legevakt på dagtid, mens 21 prosent oppgir å være enten vertskommune eller deltakerkommune i et interkommunalt samarbeid (hhv. 7 og 14 prosent).

På kveldstid oppgir nær 78 prosent av kommunene at de organiserer legevakten i en eller annen form for interkommunal legevakt enten som vertskommune eller deltakerkommune i samarbeidet. Nærmere bestemt oppgav 22 prosent at de er vertskommune for interkommunal legevakt, mens 55 prosent oppgir å være deltakerkommune.

På nattestid oppgir i vel 79 prosent av alle kommuner at de har organisert legevakt i en eller annen form for interkommunal legevakt. Nærmere bestemt oppgir 21 prosent av alle kommuner at de er vertskommune for interkommunal legevakt, 50 prosent at de er deltakerkommune i samarbeid med vertskommune. 4 prosent oppgir at de er deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang, mens 4 prosent at de er deltakerkommune i interkommunalt selskap eller interkommunalt AS. 22 prosent av kommunene oppgir at de har én-kommune-legevakt på nattestid.

For helg og helligdager oppgir 77 prosent av kommunene at de organiserer legevakt i en eller annen form for interkommunalt samarbeid. Nærmere bestemt oppgir 22 prosent av alle kommunene at de er vertskommune for en interkommunal legevakt, 47 prosent av de er deltakerkommune i samarbeid med vertskommune, 4 prosent at de er deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang, mens 4 prosent at de er deltakerkommune i interkommunalt selskap eller interkommunalt AS.

De 292 kommunene, eller 82 prosent, som har rapportert at de har én-kommune-legevakt på dagtid ble også bedt om å oppgi hvor denne tjenesten var lokalisert. Det var 268 av 292 kommuner (92 prosent) som oppga lokalisering. Blant dem som svarte viser tallene at 59 prosent oppgir at legevakten er lokalisert ved ett fast fastlegekontor, 29 prosent at legevaktene er lokalisert blant kommunenes leger/fastleger på ulike kontor, mens 16 prosent oppgir at legevakten er i eget legevaktlokale.

3.2. Hvilke organiseringsformer er vanligst gjennom døgnet?

Det er som vist forskjeller i hvordan kommunene velger å organisere legevakten gjennom døgnet (dag, kveld, natt og helg/helligdag). Mens noen kommuner har samme organiseringsform gjennom døgnet, så går det ofte et skille mellom hvordan kommuner organiserer legevakten på dagtid og resten av døgnet.

Når vi i kapittel 4 skal sammenlikne resultatene for kommunenes netto driftsutgifter for legevakt mellom ulike organiseringsformer, vil det være nyttig å vite hvilke former som er de mest vanlige for kommunene å organisere tjeneste på gjennom døgnet. Det vil særlig være interessant å sammenlikne utgifter mellom kommuner som i hovedsak organiserer legevakten på følgende tre måter gjennom døgnet:

- A - Én-kommune legevakt - Egen kommunal legevakt hele døgnet.
- B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) hele døgnet eller B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-

kommune-legevakt på dagtid. De to kategoriene B1 og B2 vil for enkelhets skyld bli omtalt samlet som B - vertskommune i teksten når vi omtaler resultatene etter de ulike regionale kjennetegnene fylker, kommunestørrelse og sentralitet.

- C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt hele døgnet eller C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune legevakt på dagtid. De to kategoriene C1 og C2 vil for enkelhets skyld bli omtalt samlet som C - deltakerkommune når resultatene etter de ulike regionale kjennetegnene fylker, kommunestørrelse og sentralitet omtales.

Tabell 3.3. viser kommunenes ulike organiseringsformer og kombinasjoner av organiseringsformer for legevakt gjennom hele døgnet både i absolutte tall og som prosentandel av kommuner i alt.

Tabell 3.3 Organisering av legevakt gjennom døgnet. Absolutte tall og prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023

	Antall kommuner	Andel kommuner (prosent)
A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	75	21
B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet	21	6
B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune-legevakt på dagtid	51	14
C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	39	11
C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	150	42
Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering	20	6

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at 4 av 5 kommuner inngår i ulike former for interkommunale samarbeid om legevakt gjennom døgnet (inkludert helg/helligdag), mens 1 av 5 kommuner har A - Én-kommune-legevakt gjennom døgnet (inkluder helg/helligdag). For kommuner som inngår i interkommunale samarbeid, er det mest vanlig å være C - deltakerkommune i interkommunal legevakt enten hele døgnet eller kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune legevakt på dagtid.

Til sammen oppgir 53 prosent av kommunene at de enten er C1 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt hele døgnet (11 prosent) eller C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune legevakt på dagtid (42 prosent). 20 prosent av kommunene oppgir at de er B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet (6 prosent) eller B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune-legevakt på dagtid (14 prosent).

21 prosent av kommunene oppgir at de har A - Én-kommune legevakt - hele døgnet. Når det gjelder kommuner som har én-kommune-legevakt utelukkende på dagtid, så viser grunnlagstallene at det var til sammen 205 kommuner som hadde denne organiseringen. Disse kommunene hadde da enten B vertskommune, C deltakerkommune eller en kombinasjon av de to resten av døgnet.

De øvrige 6 prosentene av kommunene oppgir å ha andre kombinasjoner av organiseringsformer av legevakt gjennom døgnet. Eksempel på kombinasjoner kommuner oppgir i denne kategorien er blant annet følgende:

- Både A - Én-kommune legevakt - hele døgnet og C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt - hele døgnet
- A - Én-kommune legevakt - dag, kveld og helg og C - Deltakerkommuner i interkommunal legevakt - natt

- A - Én-kommune legevakt - kveld og helg og C - Deltakerkommuner i interkommunal legevakt - dag og natt
- B - Vertskommune for interkommunal legevakt - dag, kveld og helg og C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt - natt
- A - Én-kommune legevakt - dag, B - Vertskommune for interkommunal legevakt - kveld, natt og helg og C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt - kveld, natt og helg

Felles for kommunene med øvrige kombinasjoner er at alle inkluderer interkommunalt samarbeid på ett eller flere tidspunkt av døgnet. For noen av de opplistede kombinasjonene, så har kommuner oppgitt flere organiseringsformer på samme tidspunkt av døgnet. I mange tilfeller skyldes dette ulike organiseringsformer av legevakt til innbyggere i ulike deler av kommunen.

Det vil også være interessant å se om organiseringen av legevakt gjennom hele døgnet varierer etter ulike regionale kjennetegn. Trolig vil geografisk plassering, størrelse på kommunen og nærhet til nabokommuner være med å påvirke hvordan hver enkelt kommune velger å organisere legevakttjenesten sin.

3.3. Hvordan varierer organiseringen av legevakt etter fylker?

Det vil være interessant å se om organiseringen av legevakt varierer etter fylker gjennom døgnet. Sammensetningen av kommuner som inngår i hvert av fylkene, både når det gjelder antall innbyggere, befolkningstetthet og nærhet til andre kommuner, vil alle være faktorer som kan være med å påvirke eventuelle forskjeller i organisering.

Tabell 3.4 viser hvordan ulike organiseringer av legevakt gjennom døgnet (inkludert helg/helligdag) varierer etter fylker.

Tabell 3.4 Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i hvert fylke (N= 356). Fylker. 2023

	A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet	B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering
Hele landet	21	6	14	11	42	6
Agder	12	8	12	16	44	8
Akershus	24	10	10	29	24	5
Buskerud	6	11	11	22	39	11
Finnmark	78	6	6	6	6	0
Innlandet	7	2	15	9	65	2
Møre og Romsdal	4	0	19	0	65	12
Nordland	37	7	10	7	32	7
Oslo	100	0	0	0	0	0
Rogaland	13	13	9	30	22	13
Telemark	29	6	12	18	29	6
Troms	29	5	19	0	43	5
Trøndelag	11	0	24	0	66	0
Vestfold	50	17	0	33	0	0
Vestland	26	5	16	5	42	7
Østfold	0	17	25	25	33	0

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det er vanligst blant kommuner i 13 av 15 fylker å inngå i en form for interkommunalt samarbeid om legevakt. I de andre fylkene, Oslo og Finnmark, er det vanligst med A - Én-kommune-legevakt hele døgnet.

I de 13 fylkene der det er vanligst med interkommunalt samarbeid, er det klart flest kommuner med organiseringsformen C - deltakerkommune i en interkommunal legevakt (kategoriene C1 og C2 samlet). For disse deltakerkommunene er andelen størst i Innlandet med 74 prosent av kommunene, mens den er minst, foruten i Oslo, i Finnmark hvor 11 prosent av kommunene har oppgitt denne organiseringsformen.

Andelen som oppgir at de organiserer legevakten som B - vertskommune for interkommunal legevakt (kategoriene B1 og B2 samlet) er størst i Østfold med 42 prosent og foruten i Oslo minst blant kommunene i Finnmark med 11 prosent. Andelen som oppgir å organisere legevakten som A - Én-kommune legevakt - hele døgnet er størst, foruten i Oslo, blant kommuner i Finnmark med 78 prosent, mens den er minst i Østfold hvor ingen av kommunene oppgir dette.

For de øvrige kommunene som har oppgitt andre kombinasjoner av organisering av legevakten gjennom døgnet, er andelen størst i Rogaland og Møre og Romsdal med hhv. 13 og 12 prosent, mens ingen kommuner har oppgitt dette i fylkene Østfold, Vestfold, Trøndelag, Finnmark og Oslo.

3.4. Hvordan varierer organiseringen av legevakt gjennom døgnet etter kommunestørrelse?

Det vil være interessant å se hvordan organisering av legevakt gjennom døgnet varierer etter ulike kommunestørrelse. Det er grunn til å tro at små kommuner, målt i innbyggertall, velger andre organiseringsformer gjennom døgnet enn større kommuner.

Tabell 3.5 viser andelen kommuner som har oppgitt ulike organiseringsformer av legevakt gjennom døgnet (inkludert helg/helligdag), etter kommunestørrelse.

Tabell 3.5 Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i de ulike kommunegruppene (N= 356). Kommunestørrelse. 2023

	A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller selskap (IKS) - hele døgnet	B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt, helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	C2 - Deltakerkommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering
Hele landet	21	6	14	11	42	6
Under 2 000 innbyggere	30	1	5	12	52	0
2 000 - 4 999 innbyggere	16	4	3	8	62	6
5 000 - 9 999 innbyggere	16	1	19	7	49	7
10 000 - 19 999 innbyggere	21	0	21	15	30	13
20 000 - 49 999 innbyggere	22	13	35	22	4	4
50 000 eller flere innbyggere	25	45	25	0	0	5

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at organisering av legevakt gjennom døgnet varierer noe etter kommunestørrelse. Samtidig er det vanligst blant kommuner i alle kommunestørrelsesgrupper å organisere legevakten i en form for interkommunal legevakt. Hvilken type organiseringsform for interkommunalt samarbeid som er vanligst, varierer riktignok etter kommunestørrelse.

Mens det er vanligst å organisere legevakt som C- deltakerkommune i interkommunal legevakt gjennom døgnet (kategoriene C1 og C2 samlet) blant kommuner med under 20 000 innbyggere, er det vanligst blant kommuner med over 20 000 innbyggere å organisere legevakten som B - vertskommune i en interkommunal legevakt (kategoriene B1 og B2 samlet). Disse resultatene er ikke overraskende med tanke på at det som oftest er den største av kommunene i en interkommunal legevakt, som er vertskommune.

Andelen kommuner som organiserer legevakten som C - deltakerkommune i interkommunal legevakt, er størst blant kommuner med 2 000 - 4 999 innbyggere med 70 prosent, mens den er minst blant kommuner med over 50 000 innbyggere hvor ingen har oppgitt denne organiseringsformen. Andelen som organiserer legevakten som B - vertskommune, er størst blant kommuner med over 50 000 innbyggere med 70 prosent og minst blant kommuner med 2 000 - 4 999 innbyggere med 6 prosent.

Andelen som organiserer legevakten som A - Én-kommune legevakt - hele døgnet, er størst blant de aller minste (under 2000 innbyggere) og aller største kommunene (50 000 eller flere innbyggere med hhv. 30 og 25 prosent. Dette tyder på at de minste kommunene (målt i innbyggertall) kan ha andre egenskaper, som for eksempel være store i utstrekning, geografisk isolert eller ha spredt bosetning, som gjør det lite hensiktsmessig å samarbeide med nabokommuner.

For kommunene som har oppgitt øvrige kombinasjoner av organisering gjennom døgnet, er andelen størst blant kommuner med 10 000 - 19 999 innbyggere, mens den er minst blant kommuner med under 2 000 innbyggere.

3.5. Hvordan varierer organiseringen av legevakt gjennom døgnet etter sentralitet?

Det vil være interessant å se hvordan organisering av legevakt varierer gjennom døgnet etter sentralitet. Det er grunn til å tro at det er vanskeligere for mindre sentrale kommuner og samarbeide med andre kommuner om legevaktstjenesten siden reiseavstandene til nabokommunen kan være lengre enn i mer sentrale strøk.

Tabell 3.6 viser andelen kommuner som har oppgitt ulike organiseringsformer av legevakt gjennom døgnet (inkludert helg/helligdag), etter sentralitet.

Tabell 3.6 Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i de ulike kommunegruppene (N= 356). Sentralitet. 2023

	A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller selskap (IKS) - hele døgnet	B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt, helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering
Hele landet	21	6	14	11	42	6
6 Minst sentrale kommuner	34	4	5	8	48	1
5 Nest-minst sentrale kommuner	16	1	14	7	54	8
4 Mellomsentrale kommuner 2	11	3	24	6	45	11
3 Mellomsentrale kommuner 1	18	8	24	25	22	4
2 Nest-mest sentrale kommuner	16	37	16	21	5	5
1 Mest sentrale kommuner	33	33	0	33	0	0

Kilde: KOSTRA skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at organisering av legevakt gjennom døgnet, varierer etter sentralitet. Samtidig er det vanligst å organisere legevakt i en form for interkommunalt samarbeid blant kommuner i alle sentralitetsinndelinger. Samtidig varierer hvilken organiseringsform for det interkommunale samarbeidet som er vanligst etter sentralitet.

Det er vanligst å organisere legevakten gjennom døgnet som C - deltakerkommune i interkommunal legevakt (kategoriene C1 og C2 samlet) blant usentrale kommuner (kategori 4, 5 og 6), mens det er vanligst blant sentrale kommuner (kategori 1, 2 og 3) å organisere legevakten som B - vertskommune i en interkommunal legevakt (kategoriene B1 og B2 samlet).

Andelen som organiserer seg som C - deltakerkommune i interkommunal legevakt er størst blant *nest-minst sentrale kommuner* med 61 prosent, mens den er minst blant *nest-mest sentrale kommuner* med 26 prosent. Andelen som organiserer seg som B - vertskommune i interkommunal legevakt er størst blant *nest-mest sentrale kommuner* med 53 prosent og minst blant *minst sentrale kommuner* med 10 prosent.

Andelen som organiserer legevakten som A - Én-kommune legevakt - hele døgnet, er størst blant *minst sentrale kommuner* og *mest sentrale kommuner* med hhv. 34 og 33 prosent, mens den er minst blant kommuner i gruppen *mellomsentrale kommuner 2* med 11 prosent. At andelen er størst blant de minst sentrale kommunene kan tyde på at lange reiseavstander til større nabokommuner gjør det lite hensiktsmessig for kommuner i denne sentralitetsgruppen å samarbeide med andre om legevakten.

Når det gjelder kommuner som har oppgitt andre kombinasjoner for organisering av legevakten gjennom døgnet, er andelen størst blant *Mellomsentrale kommuner 2* med 11 prosent, mens ingen av de *Mest sentrale kommunene* oppgir dette. Blant kommuner i de andre sentralitetsinndelingene er forskjellen i andelen kommuner som oppgir andre kombinasjoner relativt små.

3.6. Oppsummering

- Resultatene for kommunenes organisering av legevakt viser at det er vanlig å kombinere ulike organiseringsformer av tjenesten gjennom døgnet.
- Skillet i organisering går som oftest mellom legevakt på dagtid på den ene siden og resten av døgnet (inkludert helg og helligdager) på den andre siden.
- Mens 4 av 5 kommuner organiserer tjenesten som én-kommune-legevakt på dagtid, som oftest lokalisert på fastlegekantorene, oppgir rundt 4 av 5 kommuner at de inngår i en form for interkommunalt samarbeid på kveld, natt og helg/helligdag.
- Ser vi på hvilke organiseringsformer for legevakt kommunene benytter gjennom hele døgnet, så viser resultatene at 4 av 5 kommuner oppgir at de inngår i eller annen form for interkommunalt samarbeid om legevakt, mens 1 av 5 oppgir at de har A - Én-kommune-legevakt gjennom hele døgnet.
- Blant kommunene som inngår i et interkommunalt samarbeid, er det vanligst å være C - deltakerkommune i interkommunal legevakt (inkludert kommuner med A - Én-kommune legevakt på dagtid og C resten av døgnet)).
- Organiseringen av legevakt gjennom døgnet varierer imidlertid noe etter de ulike regionale kjennetegnene fylker, kommunestørrelse og sentralitet.
- Det er vanligst for kommuner å inngå i interkommunalt samarbeid gjennom døgnet i 13 av 15 fylker. I de to siste fylkene (Oslo og Finnmark) er det vanligst med A - Én-kommune-legevakt gjennom hele døgnet. 4 av 5 kommuner i Finnmark oppgir å ha Én-kommune-legevakt gjennom døgnet og skiller seg dermed stort fra hvordan det er vanligst å organisere legevakt i de andre fylkene.
- Det er vanligst blant kommuner i alle kommunestørrelsesgrupper å organisere legevakten i en form for interkommunal legevakt gjennom døgnet. Hvilken type organiseringsform for det

interkommunale samarbeid som er vanligst, varierer riktignok etter kommunestørrelse. I kommuner med under 20 000 innbyggere er det vanligst å være deltakerkommune, mens i kommuner med over 20 000 innbyggere er det vanligst å være vertskommune.

- Andelen som organiserer legevakten som A - Én-kommune legevakt - hele døgnet, er størst blant de aller minste (under 2 000 innbyggere) og aller største kommunene (50 000 eller flere innbyggere).
- Resultatene etter sentralitet viser mye av de samme tendensene som for kommunestørrelse. Det er vanligst å organisere legevakt i en form for interkommunalt samarbeid blant kommuner i alle sentralitetsinndelinger. I usentrale kommuner er det vanligst å være deltakerkommune i et interkommunalt samarbeid, mens det er vanligst å være vertskommune i de sentrale kommunene.
- Andelen som organiserer legevakten som A - Én-kommune legevakt - hele døgnet, er størst blant minst sentrale kommuner og mest sentrale kommuner.
- At andelen kommuner som organiserer legevakten som én-kommune-legevakt gjennom hele døgnet er størst både blant de minste kommunene, målt i innbyggertall, og i de minst sentrale kommunene tyder på at disse kommunene har strukturelle egenskaper ved seg som kan gjøre det lite hensiktsmessig å samarbeide om legevakten med nabokommuner.
- Overordnet ser det ut til at geografisk plassering, størrelse på kommunen og nærhet til nabokommuner alle er faktorer som påvirker hvordan en kommune velger å organisere legevakttjenesten gjennom døgnet, samt hvilken rolle den har i en interkommunal legevakt.

4. Kommunenes netto driftsutgifter til legevakt

Det finnes per i dag ingen samlet oversikt over kostnader til drift av legevakt i Norge. Pasientenes egenandeler, statlige refusjoner for aktiviteten ved legevakt og økonomiske tilskuddsordninger til legevakt i distriktskommuner finnes det tall for, mens kommunenes del av kostnadene mangler. Kommunene er ikke pålagt å skille ut inntekter og utgifter til legevakt drift i kommuneregnskapet, da kostnader til dette inngår i regnskapsfunksjon 241- *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering* som også inneholder mange andre typer tjenester.

Den manglende totaloversikten for en så viktig tjeneste er nok for mange litt overraskende, da kostnader ofte er en svært viktig faktor i arbeid med prioritering og tjenesteutforming innenfor helse- og omsorgstjenesten på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Manglende kostnadsinformasjon gjør det også krevende å analysere f.eks. hvilken organiseringsform av legevakt som er mest kostnadseffektiv for samfunnet og for kommuner med ulike forutsetninger. Det ville også styrket beslutningsgrunnlaget for den enkelte kommune dersom de kjente kostnaden ved egen legevakt-tjeneste og kunne sammenligne seg med lignende kommuner. Vil det f.eks. være billigere å inngå i et interkommunalt samarbeid, eller hvor mye er nærhet til tjenesten verdt?

4.1. Hva finnes av data om legevakt?

Ekspertgruppen for legevakt påpekte i sin rapport, "Kartlegging av situasjonen i dagens legevakt-ordning" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021), at det er behov for informasjon om kommunenes kostnader til drift av legevakt, og at nytten av disse beregningene avhenger av at det utvikles et datagrunnlag av tilfredsstillende kvalitet og dekningsgrad. Og hva finnes så av slike data om legevakt? Helfos register over utbetalte refusjoner for legevaktstjeneste (KUHR-databasen) gir data om refusjonsinntekt fra staten for pasientbehandling og pasientenes egenandeler til legevakt. Det har også tidligere vært gjort noen forsøk på å anslå kommunale kostnader til legevakt. Eksempler på dette er anslag på totalutgifter til legevakt i Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) "[Om akuttmedisinsk beredskap](#)" (Meld. St. 43 (1999-2000)) og et kostnadsanslag basert på et fåtall kommuner i en utredning for KS i 2017 om vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene (Oslo Economics og Først og Høverstad, 2019). Videre har ASSS-nettverket i Kommunesektorens organisasjon (KS), som nå består av tolv av de største kommunene i landet, samlet inn legevaktdata fra sine deltakerkommuner for noen årganger, senest for 2023. Her inngår også netto driftsutgifter til legevakt.

SSB gjennomførte en mer omfattende legevaktkartlegging i KOSTRA-skjema 1 for 2021 (Statistisk sentralbyrå, 2023) enn den nyeste for 2023. I den forrige kartleggingen inngikk bl.a. data om personell ved legevakt og om vaktordninger. 2021-kartleggingen inneholdt også netto driftsutgifter til legevakt, men dataene var av for dårlig kvalitet til å kunne anslå ett godt totalutgiftstall for kommunene på landsnivå. Siden kommunene ikke er pålagt å føre legevaktutgifter på en egen KOSTRA-funksjon eller å ha opplysningene i sitt fagsystem, gjorde dette det vanskelig for mange kommuner å rapportere. Erfaring fra annen skjemarapportering tilsier at det ofte er problemer med førstegangs-innsamlinger, da respondenten ikke er godt kjent med hva de skal fylle ut av opplysninger. Definisjoner kan også bli litt vage før SSB har erfart hva respondenter kan misforstå, så spesifikasjonene av hva som skal inngå i netto driftsutgifter ble mye klarere til 2023-kartleggingen. Dessuten var 2021-kartleggingen gjennomført mens koronapandemien pågikk, og ikke alle kommuner klarte å skille utgifter til koronalegevakt fra ordinær legevakt, slik de ble bedt om.

Det nasjonale legevaktregisteret eies av [Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin](#) (NKLM). Her registreres både én-kommune- og vertskommunelegevakter, i tillegg til legevaktsentraler. Det fremkommer også hvem vertskommunene samarbeider med. NKLM utfører annet hvert år en

spørreundersøkelse for legevaktene som munner ut i en oppdatering av registeret og en rapport med diverse indikatorer (Allertsen, M. & Morken, T., 2024), men her inngår ikke utgifter.

Via KOSTRA-skjema 1 samler SSB årlig inn informasjon om organisering av legevakt (jf. kapittel 3). I tillegg publiserer SSB statistikk om antall konsultasjoner o.l. ved legevakt (data hentet fra KUHR), etter ulike kjennetegn som pasientens alder, kjønn, utdanningsnivå og innvandringskategori. Statistikken inkluderer også pasientenes diagnoser, se [statistikk for allmennlegetjenesten](#). [Helsedirektoratet](#) publiserer også statistikk om legevaktkontakter og diagnoser basert på KUHR-data, anrop og svartid på legevakttelefon hentet fra nødmeldesentralene og statistikk basert på NKLM-data om samtrening for legevaktpersonell og bruk av triagering og tolketjenester.

4.2. Hva består kommunenes netto driftsutgifter til legevakt av?

Netto driftsutgifter blir ofte valgt blant de ulike utgiftsbegrepene i kommuneregnskapet for å vise hver enkelt kommunes egenbidrag, dvs. hvilke penger som kommer kommunens egne innbyggere til gode. (Ift. brutto driftsutgifter unngår man da dobbelttelling av utgifter som kommuner har fått betalt for av f.eks. andre kommuner og staten.)

Netto driftsutgifter som definert i kommuneregnskapet

Netto driftsutgifter kan si noe om hvor mye av de frie midlene som kommunen prioriterer å bruke til de enkelte tjenesteområdene. Netto driftsutgifter omfatter driftsutgiftene inkludert avskrivninger minus de direkte driftsinntektene som blir ført på tjenestefunksjon (typisk øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter). De resterende utgiftene til tjenesten må dekkes av de frie inntektene som skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten.

Fra og med regnskapsåret 2020 inngår også utlån og mottatte avdrag på utlån i definisjonen.

I kartleggingen har vi valgt en tilnærming som svarer til kommuneregnskapets definisjon av netto driftsutgifter for såkalt kommunekonsern. Dette omfatter regnskapene for kommunekassen, kommunale foretak, interkommunale selskaper og - samarbeider, og lånefond.

Kommuneregnskapene er inndelt etter såkalte funksjoner og arter. Funksjonene består i hovedsak av tjenesteområder eller type aktivitet, se [kodeliste for KOSTRAs regnskapsfunksjoner](#). Artene gjenspeiler som hovedregel de ulike produksjons- og innsatsfaktorene (utgifts- og inntektstyper), uavhengig av funksjon. Se [kodeliste for KOSTRA regnskapsarter](#).

Så å si alle utgiftene til legevakt vil nok i kommuneregnskapene være ført på funksjon 241 - *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, men funksjonen omfatter bl.a. også resten av allmennlegetjenesten og mye av virksomheten til fysioterapeuter og ergoterapeuter. KOSTRAs eksisterende kontoplan kan per i dag altså ikke brukes som kilde til å skille ut utgifter og inntekter knyttet til legevakt. Det er heller ingen ting i artene som relateres til en spesifikk type tjeneste (legevakt, fastleger, fysioterapeuter mv.). Artene skal angi type utgift, som f.eks. ulike lønnsarter og kjøp av diverse innsatsfaktorer, og inntekter, som f.eks. brukerbetaling og statlige overføringer og betaling fra andre kommuner og fra private. Om en spesifikk funksjon skulle opprettes for legevakt, måtte KOSTRA regnskapsgruppe gjøre et vedtak og Samordningsrådet godkjenne dette. (Se kapittel 7.)

Hvordan utviklingen over tid i løpende netto driftsutgifter til funksjon 241 har vært, vises i tabell 4.1. Her utgjør legevakt en hittil ukjent andel, som denne legevaktkartleggingen også skal forsøke å estimere for 2023-dataene.

Tabell 4.1 Netto driftsgifter til KOSTRA-funksjon 241: Diagnose, behandling, re-/habilitering. Beløp i milliarder kr. Løpende priser. Hele landet. 2015-2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Beløp (mrd. kroner)	8,5	9,1	9,5	10,2	11,0	12,6	14,8	15,7	17,7

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I tabell 4.1 ser vi at de samlede netto driftsutgiftene som føres på funksjon 241, omfatter relativt store summer for kommunene. Det har vært en økning i utgiftene målt i løpende priser i hele perioden, men veksten ble litt større f.o.m. 2020, noe som bl.a. kan ha sammenheng med pandemiutbruddet. De 17,7 milliardene som kommunene regnskapsførte på netto driftsutgifter under funksjon 241 i 2023, utgjorde nærmere 3 200 kroner per innbygger.

Hva inngår i kommunenes inntekter og utgifter til legevakt?

Hvilke inntekts- og utgiftskomponenter består så en kommunes netto driftsutgifter til legevaktstjeneste av? I Helsedirektoratets veileder (Helsedirektoratet, 2020) står det under delen om organisering av legevakt: «Kommunene skal dekke kostnader til drift av legevakt: Målet om likeverdige tjenester for alle innbyggere gjør at noen kommuner får en dyrere ordning per innbygger enn andre. Ved interkommunalt samarbeid må fordeling av kostnader avklares før samarbeidet iverksettes.»

For rene deltakerkommuner vil legevaktutgiften deres være betalingen til vertskommunen(e).

Utgifter og inntekter til legevakt

Utgifter knyttet til drift av legevakt består hovedsakelig av:

- Lønn (ledelse, helsepersonell, annet)
- Kjøp eller leie av lokaler, renhold, strøm og vedlikehold
- Kjøp eller leie av medisinsk utstyr
- Kostnader til kvalitetskontroll, drift og serviceavtaler
- Opplæring og kompetanseutvikling
- Innkjøp, drift og vedlikehold av IKT, kommunikasjonsutstyr og Nødnett
- Innkjøp/leie og drift av framkomstmiddel, arbeidstøy og utstyr ved utrykning
- HMS-tiltak

Legevaktens inntekter er sammensatt og består blant annet av følgende:

- Kommunale rammemidler. (Tilsvarende i hovedsak kommunens netto driftsutgifter til legevakt.)
- Eventuelle bidrag fra samarbeidskommuner
- Egenandeler fra pasienter
- Statlige tilskudd til legevakt i enkelte distriktskommuner
- Refusjon fra Helfo for pasientbehandling
- Betaling for kostnader til forbruksmateriell, f.eks. bandasjemateriell, medikamenter og vaksiner
- Betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand.
- Utgiftsdekning fra helseforetak (f.eks. ambulansetransport med legefølge).

I kartleggingens veiledning ble det presisert at følgende utgifter skal holdes utenfor: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD) og tjenester som er organisert under spesialisthelsetjenesten (f.eks. overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt og skadelegevakt). Utgifter til legevaktsentral skulle derimot inkluderes.

Legens arbeid og inntektsforhold i legevakt er ellers regulert i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening ([SFS 2305](#)). Et unntak er Oslo kommune som har egen avtale.

I kartleggingen har SSB spurt kommunene om deres netto driftsutgifter til legevaktstjenesten innenfor hver av de 4 ulike organisasjonsformene A-D (én-kommune legevakt, vertskommune i interkommunalt samarbeid, deltakerkommune eller kjøp av legevaktstjenesten driftet av andre). Som

påpekt i kapittel 3, er det mange kommuner som har en kombinasjon av organiseringsformer for ulike tidsrom (dag, kveld, natt, helg/helligdager). Det var i 2023 ingen som kjøpte legevakttjeneste fullstendig driftet av private eller spesialisthelsetjenesten (organisering D - Annet).

Sammenlignet med SSBs legevaktkartlegging for 2021 er det langt flere kommuner som har oppgitt netto driftsutgifter til legevakt, og etter en grundig kvalitetssikringsprosess har SSB fått inn de aller fleste etterspurte beløp. For de kommunene som ikke har rapportert inn beløp for hele eller deler av legevakttjenesten, har SSB estimert verdier som brukes i tabeller i dette kapittelet. Også for kommuner med mistenkelig høye beløp har vi foretatt en justering etter metoder beskrevet i kapittel 2 og vedlegg C.

Figur 4.1 Utsnitt av kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 om kommunenes netto driftsutgifter til legevakt gjennom døgnet. 2023

Totale netto driftsutgifter til legevakt vil automatisk summere seg nederst (de totale utgiftene for en interkommunal legevakt under B tas ikke med i beregningen).	
2-3.2	
For kommunene som svarer A - en-kommune legevakt Hva var kommunenes netto driftsutgifter til egen kommunal legevakt, inkludert legevakt på dagtid (A) i 2023?	Beløp i hele kroner *
For kommunene som svarer B - vertskommune	
Hva var de totale netto driftsutgiftene for den interkommunale legevakten i 2023?	Beløp i hele kroner
Hvor mye av de totalt netto driftsutgiftene ble betalt av deres kommune i 2023?	Beløp i hele kroner *
For kommunene som svarer C - deltakerkommune Hva var kommunens netto driftsutgifter til den interkommunale legevakten (C) i 2023?	Beløp i hele kroner *
For kommunene som svarer D - annet Hva var kommunens netto driftsutgifter til legevakt dere har plassert under kategorien «Annet» i 2023?	Beløp i hele kroner *
Kommunens totale netto driftsutgifter til legevakt:	Beløp i hele kroner
Kommentarer til rapporteringen av netto driftsutgifter:	

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Videre i dette kapittelet skal vi først se på netto driftsutgifter per innbygger for de vanligste former for organisering av legevakttjenesten, og en sammenligning av disse. Deretter vil et estimat for de totale kommunale netto driftsutgiftene til legevakt drøftes, og hvordan utgiftene fordeler seg etter ulike regionale kjennetegn.

4.3. Netto driftsutgifter for dem med A - Én-kommune legevakt kun på dagtid

Det var 292 kommuner som rapporterte at de har A Én-kommune legevakt på dagtid. Herav var det 205 kommuner som kun hadde organiseringen A på dagtid, og da ikke var én-kommune legevakt i andre tidsrom.

De som også hadde organiseringen A - Én-kommunelegevakt for flere tidsrom (kveld, natt og/eller helg/helligdag), ble ikke bedt om å skille ut hvor mye av netto driftsutgiftene rapportert på A som kun gjaldt for dagtid i kartleggingen. Derfor vil det i tabell 4.2 bare bli sammenlignet legevaktutgifter på dagtid for dem som utelukkende hadde rapportert A for dag. Disse kommunene har m.a.o.

organiseringen vertskommune og/eller deltakerkommune i øvrige tidsrom, noe som antakelig gjør at utgiftene her ikke vil være representative for utgifter til daglegevakt på landsnivå.

Tabell 4.2 Netto driftsutgifter til daglegevakt i kroner for kommuner som har A - Én-kommune-legevakt kun på dagtid, etter kommunestørrelse, (N=205). 2023

Kommunestørrelse)	Antall kommuner	Innbyggere 2023 (antall)	Netto driftsutgift per innbygger, kr.
Alle	205	2 006 908	110
Under 2 000 innbyggere	44	58 046	618
2 000 - 4 999 innbyggere	64	202 049	339
5 000 - 9 999 innbyggere	48	334 063	113
10 000 - 19 999 innbyggere	26	372 032	54
20 000 - 49 999 innbyggere	18	524 911	48
50 000 eller flere innbyggere	5	515 807	66

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

I gjennomsnitt kostet daglegevakt kommunene 110 kroner per innbygger. I små kommuner var netto driftsutgifter per innbygger mye høyere enn i mer folkerike kommuner, med om lag 620 kroner i kommuner med under 2 000 innbyggere. I denne rapporten bruker vi begrepet mediankommune om følgende: Dersom man sorterer alle kommunene med den aktuelle organiseringen fra den med størst til minst netto driftsutgift per innbygger, er mediankommunen den midterste (eller gjennomsnittet av de to midterste dersom antall kommuner er et partall). I mediankommunen for daglegevakt var utgiften 122 kroner per innbygger.

Blant de 205 kommunene i kartleggingen med A Én-kommune legevakt kun på dagtid, har mange store problemer med å rapportere netto driftsutgifter for tjenesten. En rekke kommuner måtte pures for å få dem til å oppgi et anslag. Her er eksempler på kommentarer rapportørene ga:

- "For daglegevakt er det kun tall for beredskapsgodtgjøringen som er medtatt. Det er ikke regnet ytterligere på hvor mange minutter/timer legen bruker."
- "Umulig å skille på hva som brukes til daglegevakt og hva som brukes til drift av fastlegetjeneste".
- "Kun lagt inn lege- og støttepersonell-lønn - som er helt nødvendig for å opprettholde daglegeberedskap. Har ikke tallfestet dette da det rapporteres samlet med legekantoret sine utgifter".
- "Umulig å besvare kostnader under pkt. A da dette er en del av daglig drift på kontoret".
- "Anslag da vi ikke har spesifisert legevakt på dagtid"

Blant dem som oppgir et beløp som ser rimelig realistisk ift. innbyggertall og hva de har rapportert på regnskapsfunksjon 241, er det også flere som svarer at det er vanskelig å skille ut disse tallene fra interne regnskap eller fra kostnader til leger generelt. Noen kommenterer at kun beredskapstillegget eller annen lønn til legene ved daglegevakten inngår i beløpet de oppgir i kartleggingen. Da er f.eks. ikke eventuelt annet helsepersonell, lokaler, utrykningskjøretøy, medisinsk utstyr mv. inkludert. Det er m.a.o. stor usikkerhet knyttet spesielt til netto driftsutgifter til daglegevakt.

Kommunene skal trekke fra refusjoner de får fra KUHR for pasientbehandling og ubetalte egenandeler i sine netto driftsutgifter, men det kan settes spørsmålsteget ved om legene alltid husker å krysse av for praksistype legevakt ved legevaktkonsultasjoner på dagtid. Hvis ikke, blir fradraget for legevakt for lite og føres i stedet på fastlegepraksis. Noen kommuner med en døgnåpen interkommunal legevakt, men som kun betjener egne innbyggere på dagtid, har tatt en skjønnsmessig fordeling av utgifter når de skal fordele mellom én-kommune daglegevakt (A) og vertskommune (B) ellers. Dersom fordelingen er feilaktig, vil det gi seg utslag i tallene over, men uansett blir da totalbeløpet for legevakt rett om de har gode regnskapstall på alt som inngår.

4.4. Netto driftsutgifter for dem med A - Én-kommune legevakt alle tidsrom

Det var 75 kommuner som oppga at de hadde A - Én-kommune legevakt i alle tidsrom: dag, kveld, natt og helg/helligdager. Disse kommunene, som er inkludert i tabell 4.3, hadde heller ikke andre organisasjonsformer for bare en del av kommunen. Noen av kommunene var dog betjent av en interkommunal legevaktsentral, der kostnadene til denne ble regnet med under netto driftsutgifter for egen kommunal legevakt. Av samme årsaker som for kommuner med egen legevaktordning kun på dagtid, er det også knyttet ekstra usikkerhet rundt den delen av netto driftsutgifter som gjelder daglegevakt for dem med A - Én-kommune legevakt alle tidsrom.

Tabell 4.3 belyser hvorvidt kommunestørrelse (målt ved folketall) virker inn på legevaktutgiftene per innbygger i kommuner med A-organisering alle tidsrom.

Tabell 4.3 Netto driftsutgifter til legevakt for kommuner med utelukkende A - Én-kommunelegevakt alle tidsrom, etter kommunestørrelse. (N=75) Kroner per innbygger. 2023

Kommunestørrelse	Antall kommuner	Innbyggere 2023 (antall)	Kroner per innbygger
Alle	75	1 827 121	614
Under 2 000 innbyggere	23	26 777	2 634
2 000 - 4 999 innbyggere	16	48 898	1 722
5 000 - 9 999 innbyggere	11	77 709	1 104
10 000 - 19 999 innbyggere	10	124 704	866
20 000 - 49 999 innbyggere	10	300 206	715
50 000 eller flere innbyggere	5	1 248 827	448

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.3 viser at det er dyrere å drifte egen døgnskuttet kommunal legevakt jo mindre folkerik kommunen er. For kommuner med under 2 000 innbyggere var netto driftsutgifter per innbygger drøye 2630 kr., mens beløpet synker med økende kommunestørrelse helt til en sjettedel av dette (448 kr.) der det er over 50 000 innbyggere. Uansett hvor liten en kommune er, må legevakten ha en viss grunnbemanning hele døgnet (minst én lege). I tillegg må medisinsk utstyr, eventuelle transportmidler og eventuelt oppvarmede lokaler være på plass. Det vil opplagt være visse stordriftsfordeler i større kommuner av bl.a. overnevnte årsaker. Dessuten er de mindre folkerike kommunene oftere lite sentrale, slik at reiseavstander vil kunne være større for leger ved sykebesøk og utrykninger. Det vil antakelig være lettere å rekruttere personell til legevakt i store kommuner, slik at det blir lavere kostnader ved mindre behov for vikarbruk til en lovpålagt tjeneste.

Der det er én-kommune legevakt hele døgnet bor mer enn to av tre innbyggere i kommuner med 50 000 eller flere. Siden legevaktstjenester er billigst her, bidrar dette sterkt til å trekke ned gjennomsnittsutgiften per innbygger totalt. Dette kan illustreres ved at gjennomsnittsutgift per innbygger er 614 kroner, mens det for mediankommunen er 1 164 kroner.

4.5. Netto driftsutgifter for B - Vertskommuner i interkommunalt samarbeid

Vertskommunene i et interkommunalt legevaktsamarbeid eller i et interkommunalt selskap (IKS) har ulike avtaler om finansiering og bidrag med vakter fra sine deltakerkommuner. Helsedirektoratet skriver følgende om kostnader under avsnittet Organisering av legevakt (Helsedirektoratet, 2020):

«Fordeling av kostnader ved interkommunale legevaktordninger

Det finnes flere alternative måter å fordele kostnader på i et interkommunalt samarbeid. Hvilken fordelingsnøkkel som skal benyttes, må avklares før sammenslåing og reforhandles ved budsjettvedtak og ved endringer i organiseringen. I fordelingsnøkkel kan det også skilles mellom investering og drift. Det må ses hen til kommunelovens bestemmelser omkring interkommunalt samarbeid og eventuelle økonomiske forhold omtalt der.

Momenter for fordeling av utgifter kan være:

- Lik fordeling på hver kommune uavhengig av størrelse
- Fordeling etter innbyggertall
- Fordeling etter kostnadsnivå i enkeltkommunene før samarbeidet
- Fordeling etter uttak av tjenester
- Fordeling etter kommuneøkonomi
- Fordeling etter kombinasjoner av alternativene ovenfor, for eksempel en del fordelt fast per kommune, en del fordelt etter innbyggertall og en del etter uttak av tjenester

En tilleggsfaktor som kan påvirke fordelingen, er turisme med ekstra trykk på legevakten i ferieperioder, eller et stort antall studenter i legevaktområdet i hele eller deler av året (...).

Hva utgjør netto driftsutgifter per innbygger i vertskommunene?

Netto driftsutgifter for B - vertskommuner i et interkommunalt selskap (IKS) eller i et vertskommunesamarbeid er den del av de totale netto driftsutgiftene i den interkommunale legevakten som kommunen selv har finansiert. Da er altså bidragene fra deltakerkommunene trukket fra.

Vertskommunen kan ha ulike konstellasjoner av deltakere til forskjellige tider på døgnet. I forrige kartlegging fra 2021 oppga vertskommunene alt fra én til ni andre deltakerkommuner i sine legevaktsamarbeid. Hver tredje samarbeidet med kun én deltakerkommune, og en tilsvarende andel samarbeidet med fire eller flere (Ekornrud, T., Stølan, S. & Thonstad, M., 2023).

I tabell 4.4 ser vi hvordan netto driftsutgifter per innbygger varierer for vertskommuner ut fra kommunestørrelse (målt ved folketall). Her er alle som enten er vertskommune hele døgnet med, eller de som har én-kommune legevakt på dagtid og er vertskommune alle andre tidsrom. (Dette tilsvarer kategoriene B1 + B2 omtalt i kapittel 3.)

Tabell 4.4 Netto driftsutgifter til legevakt for dem som enten kun er B - Vertskommune alle tidsrom, eller A Én-kommune daglegevakt og kun B ellers, etter kommunestørrelse. (N=72) Kroner per innbygger. 2023

Kommunestørrelse	Antall kommuner	Innbyggere 2023 (antall)	Kroner per innbygger
Alle	72	2 235 701	616
Under 2 000 innbyggere	5	5 333	2 880
2 000 - 4 999 innbyggere	7	22 329	1 106
5 000 - 9 999 innbyggere	14	100 030	1 047
10 000 - 19 999 innbyggere	10	145 020	715
20 000 - 49 999 innbyggere	22	665 297	635
50 000 eller flere innbyggere	14	1 297 692	544

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

For de 72 vertskommunene i tabell 4.4 er de gjennomsnittlige netto driftsutgiftene per innbygger 616 kr. Vertskommunene har, som for dem med egen kommunal legevakt hele døgnet, høyest kostnad for de minst folkerike kommunene. For de tre største kommunegruppene var beløpet relativt likt, med mellom 544 og 715 kroner per innbygger, mens for kommuner med under 2 000 innbyggere var beløpet nesten 2900 kroner. For alle vertskommuner sett under ett, så bor flertallet av innbyggere i de største kommunene med lavest utgifter, og dermed har mediankommunen en noe høyere utgift per innbygger enn gjennomsnittet, med 694 kr.

4.6. Netto driftsutgifter for C - Deltakerkommuner og kommuner med legevakt på omgang

I kartleggingen var det 189 kommuner med organiseringen C - deltakerkommune, og de er enten deltakere i et vertskommunesamarbeid, et IKS eller i et interkommunalt samarbeid der legevakten går på omgang – enten alle tidsrom eller med A - Én-kommune legevakt på dagtid og C deltaker ellers. (Dette tilsvarer kategoriene C1 + C2 omtalt i kapittel 3.)

Tabell 4.5 Netto driftsutgifter til legevakt for de som har enten bare rapportert at de er C- Deltakerkommune alle tidsrom, eller A - Én-kommune daglegevakt og kun C ellers, etter kommunestørrelse. (N=189) Kroner per innbygger. 2023

Kommunestørrelse	Antall kommuner	Innbyggere 2023 (antall)	Kroner per innbygger
Alle	189	1 171 300	753
Under 2 000 innbyggere	49	63 924	1 670
2 000 - 4 999 innbyggere	68	215 390	1 172
5 000 - 9 999 innbyggere	39	265 878	685
10 000 - 19 999 innbyggere	21	298 873	575
20 000 - 49 999 innbyggere	12	327 235	514
50 000 eller flere innbyggere	0	0	.

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.5 viser at mønsteret for deltakerkommuner er relativt likt som for én-kommune legevakter, og for dem som er vertskommuner minst kveld, natt og helg/helligdager. Jo færre innbyggere, jo høyere er netto driftsutgifter til legevakt per innbygger. Det er særlig i de to minste kommunegruppene at utgiftene per innbygger er høye, og her finner vi også drøyt 60 prosent av deltakerkommunene. Det var ingen deltakerkommuner med 50 000 eller flere innbyggere. Mediankommunen (som her befinner seg innen kommunestørrelsen 2 000 - 4 999 innbyggere) har en utgift på 836 kr. per innbygger, og ligger dermed noe over gjennomsnittet for alle deltakerkommuner som er på 753 kr.

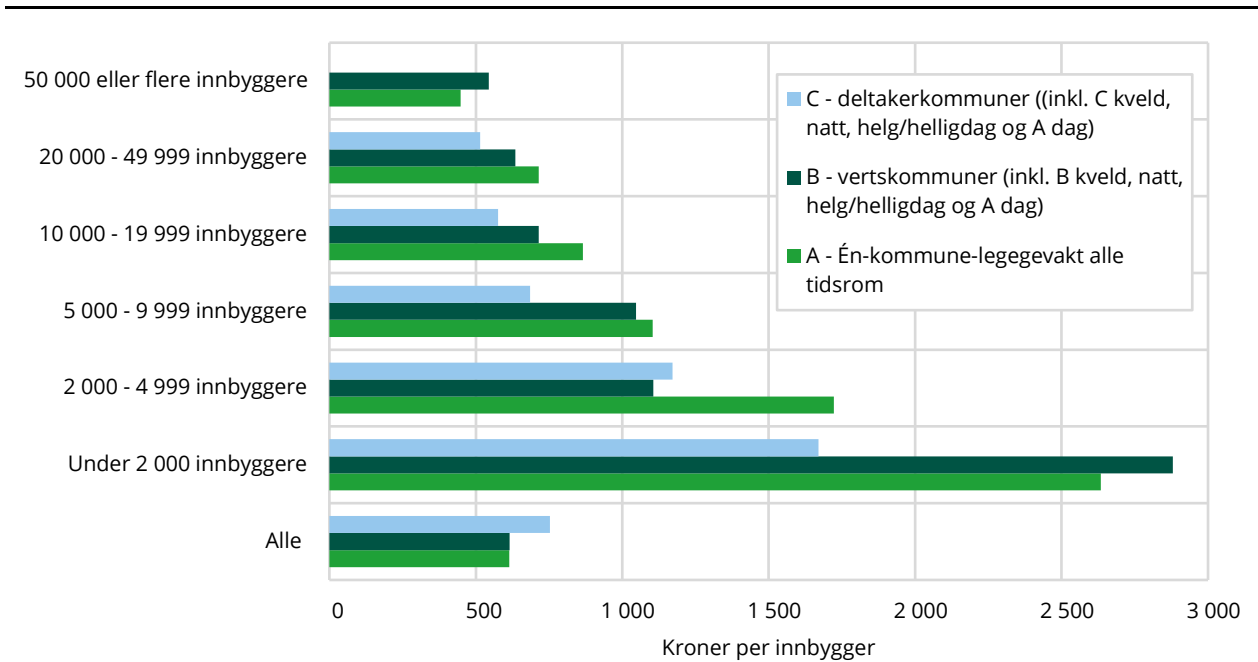
At mønsteret ligner på vertskommunene er kanskje ikke overraskende, siden driftsutgifter til legevakt mange steder fordeles på vertskommune og deltakerkommunene iht. innbyggertall i den enkelte kommune. Vertskommunen er som oftest en større nabokommune, og som dermed havner i en kommunegruppe med høyere innbyggertall.

4.7. Sammenligning av netto driftsutgifter ved ulike organiseringsformer

Som vist i avsnittene over, har kommunestørrelse en stor innvirkning på netto driftsutgifter per innbygger for alle de beskrevne organiseringsformene. Siden det er litt ulik fordeling av andel store og små kommuner mellom organiseringsformene, må man være forsiktig med å sammenligne gjennomsnittskostnad per innbygger for disse tre organiseringene.

I figur 4.2 ser vi på netto driftsutgifter til legevakt for de tre organiseringsformene A - Én-kommunelegevakt alle tidsrom, B - Vertskommune for legevakt i et interkommunalt vertskommunesamarbeid eller selskap (enten B alle tidsrom eller A dag og B ellers) og C- Deltakerkommune i et interkommunalt samarbeid (enten C alle tidsrom eller A dag og C ellers). Her må det minnes om at det er få observasjoner (kommuner) i enkelte av gruppene, slik at denne sammenligningen mellom organiseringsformene A, B og C må tolkes varsomt. Én kommune som har rapportert for høyt eller for lavt beløp vil kunne slå mye ut.

Figur 4.2 Netto driftsutgifter til legevakt, kroner per innbygger, etter hovedorganiseringsform og kommunestørrelse. (N=336). 2023



Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.2 som omfatter 336 kommuner (herav drøyt halvparten C - deltakerkommuner), viser at legevaktstjenesten er dyrere per innbygger jo mindre kommunen er. Figuren antyder at det i gjennomsnitt koster om lag det samme å ha én-kommunelegevakt hele døgnet som å være vertskommune i et interkommunalt samarbeid. Den tilsvarende kartleggingen fra 2021 indikerte at vertskommuner hadde lavere utgifter. Siden det er ganske ulik fordeling av store og små kommuner mellom de tre organiseringsformene, må man som nevnt være svært forsiktig med å sammenligne gjennomsnittskostnad per innbygger totalt. Folkerike kommuner påvirker gjennomsnittstallet mest.

Når vi ser på utgiftstallene for de ulike kommunestørrelsene, så varierer det mye hvilken organiseringsform som er billigst. Selv om deltakerkommune ikke er dyrest per innbygger i noen av kategoriene, trekkes gjennomsnittet deres opp av at drøyt 60 prosent av deltakerkommuner er i de to «dyreste» kommunegruppene med under 5 000 innbyggere.

Vertskommunene har lavere utgift per innbygger enn én-kommune legevakter i alle gruppene for kommunestørrelse, unntatt for de minste og største kommunene. To av tre én-kommune legevakter har færre enn 10 000 innbyggere, mens for vertskommuner er andelen 38 prosent. Isolert sett trekker dette i retning av at én-kommune legevaktene skulle hatt høyere gjennomsnitt enn vertskommunene. Men det at Oslo og Bergen med bortimot en million innbyggere til sammen begge har en relativt billig én-kommunelegevakt, bidrar derimot svært mye til senkning av gjennomsnittlige utgifter for A. Hele to av tre innbyggere i A-kommuner var i gruppen 50 000 eller flere innbyggere, mens det var drøyt halvparten for B - Vertskommuner. Kanskje er det slik at fordelene ved interkommunalt samarbeid avtar når innbyggertallet blir høyt nok til at stordriftsfordelene får full effekt også for én-kommune legevaktene, mens det derimot for kommuner med fra 2 000 og opp til 50 000 innbyggere vil være mer lønnsomt med samarbeid.

Man må dessuten huske på at kvaliteten på innholdet i legevaktstjenesten kan variere mye. Det kan tenkes at man i vertskommunesamarbeid har bedre tilgang på leger, annet helsepersonell og øvrige ressurser. I noen én-kommune-legevakter kan det på nattestid være kun én lege med sovende bakvakt, mens samarbeidskommuner kanskje oftere har et eget lokale med både lege og sykepleier som innbyggerne kan kontakte etter fastlegenes stengetid.

Det kan tenkes at flere av kommunene med organisering A - Én-kommune legevakt alle tidsrom kan ha vært dårligere til å rapportere utgifter på dagtid, siden de slapp å presisere hvor mye av utgiftene som gikk til daglegevakt. Dette kan i så fall trekke i retning av at utgifter til A er litt underestimert. De som var deltakerkommuner eller vertkommuner alle tidsrom trengte heller ikke å presisere hvor mye av legevaktutgiftene som gjaldt dagtid, men for netto driftsutgifter til vertskommunesamarbeid vil det som oftest være relativt pålitelige økonomitall tilgjengelig. Verten sender faktura til deltakerkommunene én eller flere ganger årlig, og alle parter skal bli enige om en fordeling av de totale kostnadene til den interkommunale legevakten. Et slikt insentiv til mer nøyaktig inntekts- og utgiftsføring mangler for én-kommune legevakter. Det kan f.eks. tenkes at de dermed legger mindre arbeid i å skille legevaktutgifter ut fra samlokaliserte/integrerte tjenester som kommunal akutt døgnenhet og fastleger.

Det er totalt sett rapportert noe høyere kostnader per innbygger for deltakerkommuner enn for vertskommuner, selv om deltakerne i alle grupper unntatt 2 000 - 4 999 innbyggere har lavere utgifter per innbygger. Siden utgiftene i et vertskommunesamarbeid i mange tilfeller fordeles etter innbyggertall, og deltakerkommuner stort sett er mindre enn sin vertskommune, kan det ha bidratt til at deltakerne ligger lavest for nær alle kommunestørrelser. Deltakerkommuner ville sannsynligvis ha hatt høyere utgifter til legevakt dersom de ikke hadde samarbeidet med en større vertskommune. Ved interkommunalt samarbeid kan stordriftsfordelene høstes av både vert og deltaker. En faktor som likevel trekker i retning av litt høyere utgifter per innbygger for deltaker enn for vert i et interkommunalt samarbeid, er at kostnadene for dem med egen daglegevakt er høyere i mindre folkerike kommuner (jf. tabell 4.2).

4.8. Totale netto driftsutgifter for legevakttjenesten i kommunene

Resultatene fra kartleggingen viser at det er vanskelig for mange kommuner å rapportere korrekte netto driftsutgifter på legevakt. I mange tilfeller var det (kommune)leger som besvarte kartleggingen, og ikke medarbeidere som driver med regnskap til vanlig. Det kan ha gjort terskelen høyere for enkelte til å fremskaffe god nok oversikt. Det er særlig en utfordring ved innsamling av utgiftsdata for legevakt at kommunene ikke er pålagt å ha dette med i kommuneregnskapet eller i sine fagsystemer.

I legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 for 2023 vurderer Statistisk sentralbyrå at de rapporterte tallene for netto driftsutgifter er av mye bedre kvalitet enn ved forrige kartlegging i 2021. Både har kommunene nå erfaring ved å ha svart på tilsvarende spørsmål et par år før, spesifiseringene av hva som skal inkluderes og ekskluderes av inntekter og utgifter var bedre enn for 2021, svarprosenten fra kommunene var mye høyere og editeringen av dataene har vært enda grundigere. Dessuten var det i 2023 en normalsituasjon ift. 2021, da helsetjenestene fortsatt var preget av koronapandemien. Der det har manglet verdier (for 16 kommuner), har SSB imputert tall. Tilsvarende, der beløpene har vært mistenkelig høye (15 kommuner), har vi estimert lavere verdier for beløp som overgår halvparten av kommunens netto driftsutgifter totalt på funksjon 241 (se kapittel 2 og vedlegg C).

I tillegg til estimering av en del beløp er det andre usikkerheter knyttet til tallene, slik som:

- Manglende tilbakemeldinger fra en del kommuner på SSBs spørsmål.
- Uklart om alle kommuner har husket å ta med kostnader ut over direkte godtgjørelser til leger.
- Tilbakemeldinger fra kommunene om vanskeligheter med å skille legevakt fra fastlegetjenesten, særlig på dagtid.
- Om alle kommunene/legene har bedt om KUHR-refusjoner for legevakt, og ikke fastlegepraksis, på dagtid.
- Usikkerhet om hvorvidt egne utgifter til legevaktsentral er inkludert hos alle, og om at enkelte vertskommuner kan ha tatt med hele bruttokostnaden til legevaktsentral selv.

- Om noen kommuner kan ha glemt å trekke fra distriktstilskuddet til legevakt. Dette gjelder i hovedsak små A- og C-kommuner.
- Om alle A-kommunene, som ikke trengte å spesifisere netto driftsutgifter til daglegevakt, har husket å inkludere disse i totalbeløpet for A.
- Siden årsregnskapene ikke var avsluttet da SSB etterspurte regnskapstallene, kan det ha vært mangler i innrapporterte beløp, f.eks. at enkelte deltakerkommuner ennå ikke hadde fått faktura for siste kvartal/halvår fra vertskommunen.
- Har kommuner der legevakten er samlokalisert med andre tjenester, som skadelegevakt, kommunal akutt døgnet, fastleger og overgrepsmottak, husket å trekke fra utgifter til disse?

SSB mener likevel at dataene i denne kartleggingen alt i alt er av god nok kvalitet til å publisere et anslag på kommunenes totale netto driftsutgifter til legevakt, så lenge man er bevisst på at alle de nevnte forbehold medfører en viss usikkerhet rundt beløpene.

Her skal vi se på resultatene på lands- og fylkesnivå, der estimerte verdier er lagt inn ved mangler, eller beløp som var mistenkelig høye er justert ned.

I tabell 4.6 har SSB valgt å bruke fylkesstrukturen for 2024, selv om det er 2023-tall for netto driftsutgifter per innbygger som vises. Her fremkommer alt av utgifter på de tre hovedformene av organisering: A - Én-kommune legevakt, B - Vertskommune og C - Deltakerkommune, uavhengig av om beløp gjaldt for ett eller flere tidsrom (dag, kveld, natt og helg/helligdag.)

Tabell 4.6 Netto driftsutgifter til legevakt, etter organiseringsform og fylke, kroner. (N=356) 2023

Fylker	Antall kommuner	Innbyggere 2023	A Netto	B Netto	C netto	Totale netto driftsutgifter for legevakt, kr
			driftsutgifter for én-kommune legevakt hele eller deler av døgnet, kr	driftsutgifter for vertskommuner for legevakt hele eller deler av døgnet, kr	driftsutgifter for deltakerkommuner hele eller deler av døgnet, kr	
Hele landet	356	5 550 203	1 442 923 007	1 319 999 345	866 612 421	3 629 534 773
Agder	25	319 850	47 176 482	93 912 971	53 434 797	194 524 250
Akershus	21	728 803	147 449 201	141 997 186	136 264 617	425 711 004
Buskerud	18	269 819	15 347 646	100 110 899	55 346 298	170 804 843
Finnmark	18	75 053	99 358 587	2 701 517	2 424 294	104 484 398
Innlandet	46	376 304	48 161 796	84 162 932	133 988 589	266 313 317
Møre og Romsdal	26	270 624	35 015 959	81 477 363	85 465 130	201 958 452
Nordland	41	243 081	89 817 151	108 280 103	40 115 347	238 212 600
Oslo	1	717 710	211 727 268	0	0	211 727 268
Rogaland	23	499 417	51 534 498	153 857 531	80 322 826	285 714 855
Telemark	17	177 093	55 736 962	44 212 485	26 558 819	126 508 266
Troms	21	169 610	116 505 219	31 214 586	17 826 622	165 546 427
Trøndelag	38	482 956	80 184 217	152 552 988	78 518 634	311 255 839
Vestfold	6	256 432	84 984 860	52 000 000	27 658 161	164 643 021
Vestland	43	651 299	351 522 617	102 325 712	108 490 577	562 338 905
Østfold	12	312 152	8 400 544	171 193 072	20 197 711	199 791 327

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

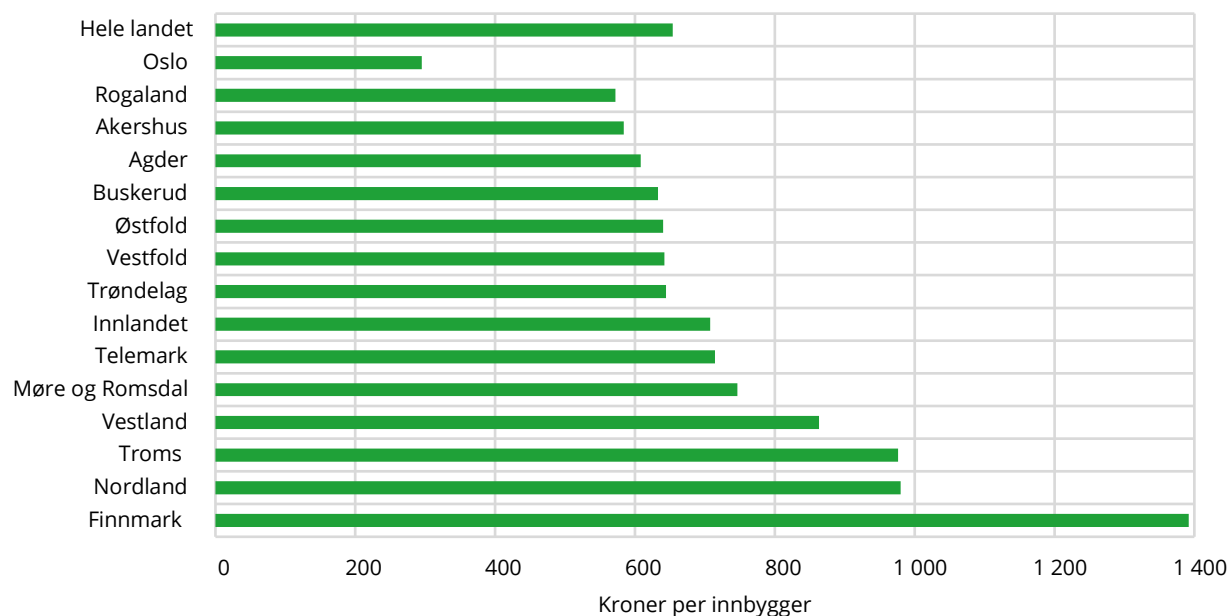
Totalt anslår Statistisk sentralbyrå at kommunene i Norge hadde drøye 3,6 milliarder kroner i netto driftsutgifter til legevaktstjenesten i 2023. Vestland fylke hadde høyest utgifter og Finnmark lavest.

Tabell 4.6 viser at det ble brukt mest penger på én-kommunelegevakt, noe som også inkluderer beløp brukt til daglegevakt i kommuner med andre organiseringsformer for øvrige tidsrom. Det ble brukt over 1,4 mrd. kr på dette, mens det ble brukt om lag 1,3 mrd. på å være vertskommune hele eller deler av døgnet. Det å være deltakerkommuner i et interkommunalt samarbeid hele eller deler av tiden kostet nærmere 0,9 mrd. kr. SSB minner om at disse tallene har en usikkerhet knyttet til seg, som det er umulig å angi noe standardavvik for. (Se mer om estimeringsmetoder og beregninger av utslag ved valg av metode i kapittel 2 og vedlegg C.)

De drøye 3,6 mrd. kronene brukt til legevakt utgjør drøyt 20 prosent av kommunenes totale innrapporterte netto driftsutgifter på funksjon 241 (jf. tabell 4.1). Legevaktsandelen er noe lavere i store kommuner enn i små, den varierer fra 19 til 26 prosent mellom grupperingene for kommunestørrelse.

Siden det er stor forskjell på innbyggertallet i fylkene, er det interessant å se på hva kommunene i hvert fylke i gjennomsnitt hadde i utgifter per innbygger til legevakt.

Figur 4.3 Netto driftsutgifter til legevakt målt i kroner per innbygger, etter fylke. 2023



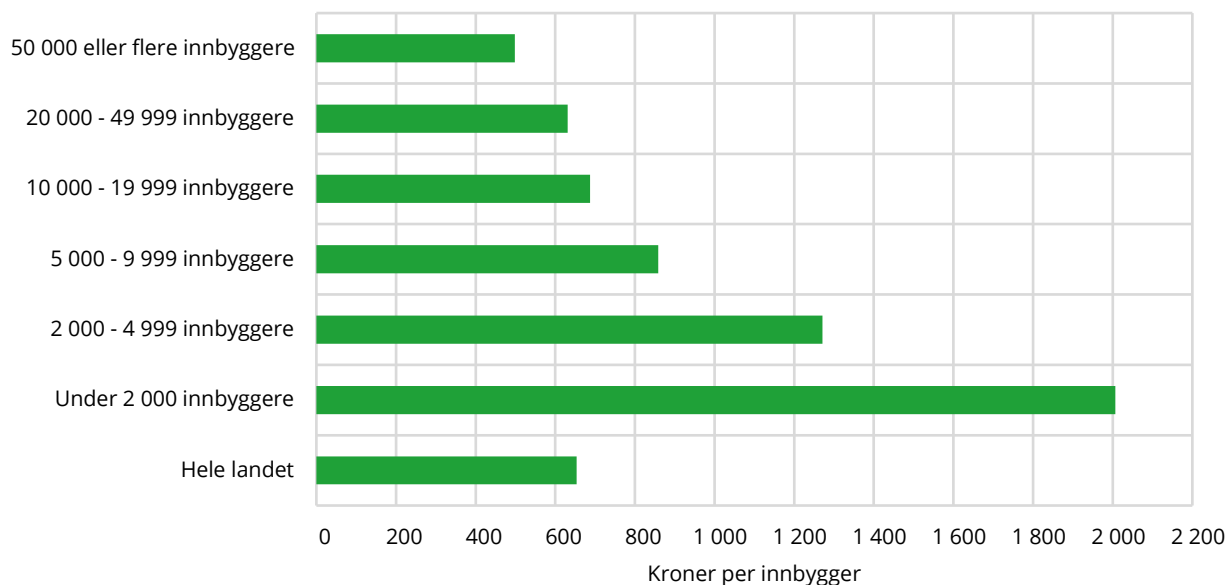
Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Av figur 4.3 ser vi at gjennomsnittlig netto driftsutgift for legevakt per innbygger i hele landet var på 654 kroner. Det var veldig stor variasjon mellom fylkene, fra i underkant av 300 kroner per innbygger i Oslo til nesten 1 400 i Finnmark. I Oslo har de en litt spesiell situasjon som tilsier lave netto driftsutgifter per innbygger. For det første er det selvsagt stordriftsfordeler i landets mest folkerike kommune, og dessuten har de en døgkontinuerlig ordinær legevakt som har felles mottak med en skadelegevakt driftet av spesialisthelsetjenesten. Den sistnevntes utgifter er ikke med i kommunens netto driftsutgifter, og kommunen sparer nok en del på at de slipper å ta imot skadepasienter for diagnostisering og videre henvisning, men i stedet kan sende dem direkte til skadelegevakten. I Oslo er det dessuten en rekke private legevakttilbud som er tilgjengelige ut over ordinær åpningstid for fastleger, og en del pasienter vil nok benytte disse pga. kundeforhold - eller kanskje for å unngå kø. I Finnmark er reiseavstandene store og mulighetene for samarbeid mindre, og hele 78 prosent av kommunene der har én-kommunelegevakt. Siden det ofte er lenger reisevei til sykehus i de nordligste fylkene, kan det tenkes å medføre en del ekstra akutthjelparbeid for legevaktene der med pasienter som er alvorlig syke eller skadet. Dessuten er det antakelig mye kostbar vikarbruk pga. problemer med rekruttering av helsepersonell generelt. En rapport fra Helsedirektoratet om vikarbruk i fastlegetjenesten i 2023 (Helsedirektoratet, 2024 b) viser at Finnmark og Troms hadde høyest vikarbruk, noe som dermed også bidrar til å øke legevaktutgiftene deres.

En annen årsak til ulikheter mellom fylkene kan være forskjeller i innbyggernes bruk av tjenesten, som igjen kan være påvirket av ulike sosioøkonomiske faktorer, ulikheter i helse og av alderssammensetningen i fylkene. Den viktigste årsaken til utgiftsforskjellene mellom fylkene ligger i at fylkene er sammensatt veldig ulikt når det gjelder kommunenes folketall og sentralitet. Som vi har

sett tidligere i kapittelet, har innbyggertallet stor innvirkning på kroner per innbygger for legevakt. I figur 4.4 skal vi se på hvordan kommunestørrelse (målt i folketall) påvirker netto driftsutgifter for legevakt, uavhengig av organiseringsform.

Figur 4.4 Netto driftsutgifter til legevakt per innbygger (kroner), etter kommunestørrelse. (N=356). 2023

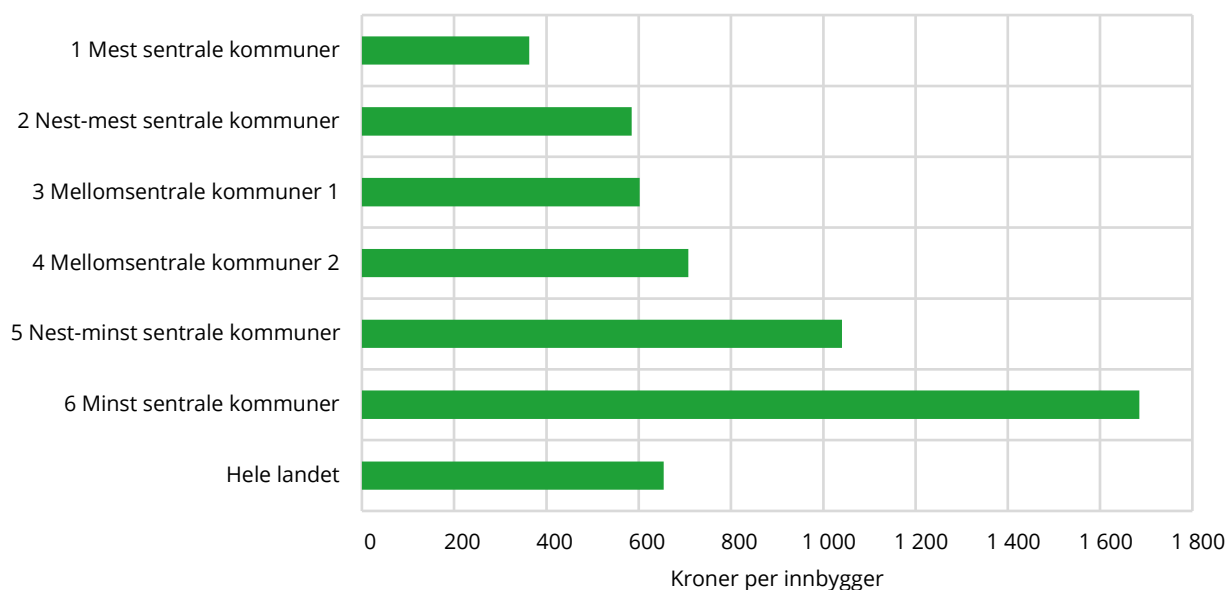


Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Figur 4.4 viser at det er høyere netto driftsutgifter per innbygger jo mindre kommunen er. Kommuner med over 50 000 innbyggere bruker kun en fjerdedel av det gruppen med færrest innbyggere gjør. En viktig årsak er stordriftsfordeler. Uansett hvor lavt folketallet er, så må det være en viss grunnbemanning på legevakten, med bl.a. tilhørende lokaler, medisinsk utstyr og transportmidler, noe som medfører høyere utgifter per innbygger i små kommuner.

I figur 4.5 skal vi se om også ulikheter i kommunenes sentralitet gir forskjeller i legevaktutgifter per innbygger.

Figur 4.5 Netto driftsutgifter til legevakt per innbygger (kroner), etter sentralitet. (N=356). 2023



Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Som vi ser av figur 4.5, synker kommunenes gjennomsnittlige utgifter per innbygger kraftig jo mer sentrale kommunene er. En faktor er at folketallet i usentrale kommuner i gjennomsnitt er lavere enn i mer sentrale kommuner, jf. forrige avsnitt. Høyere utgifter kan som tidligere nevnt handle om en del påkrevet utstyr og grunnbemanning uansett hvor mye eller lite legevakten benyttes, det kan være vanskeligere å rekruttere personell som leger og sykepleiere til mer usentrale kommuner, det er økte kostnader ifm. utrykning og pasienttransport osv. Det er nærmere fem ganger høyere utgifter per innbygger i de minst sentrale kommunene enn i de mest sentrale. En del av de *minst og nest-minst sentrale kommuner* mottar et distriktstillegg for legevakt fra Helsedirektoratet (se kapittel 5), og disse har SSB bedt om at skal være trukket fra i netto driftsutgifter som kommunene rapporterer (selv om ikke alle antakelig husket det). Dette tilsier at forskjellen mellom mer og mindre sentrale kommuner i realiteten er større enn det figur 4.5 viser.

4.9. Oppsummering

- Det finnes per i dag ingen funksjoner eller arter i kommuneregnskapet spesifikt for legevakttjenesten.
- En del kommuner har manglende totaloversikt over sine netto driftsutgifter til legevakt, men de fleste var i stand til å oppgi nettobeløp eller et anslag.
- Særlig for daglegevakt er det problematisk å finne ut av kostnader, da tjenesten ofte er integrert i de øvrige fastlegetjenestene på dagtid.
- Der det finnes døgnkontinuerlig én-kommune legevakt, øker netto driftsutgifter per innbygger jo lavere folketallet i kommunen er.
- Vertskommuner med færre enn 2 000 innbyggere rapporterer om mer enn fem ganger så store netto driftsutgifter per innbygger som i kommuner med 50 000 eller flere innbyggere.
- I deltakerkommuner er det høyest gjennomsnittsutgift per innbygger til legevakt. Årsaken er at det i kommuner med under 5 000 innbyggere er høyest utgifter per innbygger, og dette gjelder for mer enn 60 prosent av deltakerne, noe som trekker snittet kraftig opp. Det er likevel i billigst ift. kommunestørrelse å være deltakerkommune i legevakt, siden samarbeidet ser ut til å trekke utgiftene deres ned.
- De rapporterte netto driftsutgiftene er lavest for én-kommune legevakter i de mest folkerike kommunene, der man ikke er avhengig av samarbeid for å oppnå stordriftsfordeler. For kommuner med fra 2 000 og opptil 50 000 innbyggere ser interkommunalt samarbeid om legevakt ut til å være billigst. Det er ikke mulig ut fra datamaterialet å ta hensyn til tilbudets omfang og kvalitet i en slik sammenligning.
- SSB har vurdert at data for netto driftsutgifter i legevaktkartleggingen for 2023, til tross for en del usikkerheter, er av god nok kvalitet til å kunne gi et grovt anslag på utgifter for kommunene. Estimerte netto driftsutgifter for legevakttjenesten i 2023 for alle kommunene i Norge totalt er på drøye 3,6 milliarder kroner.
- Kommunenes netto driftsutgifter til legevakt utgjør drøye 20 prosent av totale netto driftsutgifter rapportert på funksjon 241- *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*.
- Det er generelt dyrere å drifte legevakt i kommuner som er lite sentrale enn i mer sentrale, og i kommuner med få innbyggere ift. der det er flere.

5. Statens utgifter til legevakt

I det foregående kapittelet så vi hva kommunene selv har rapportert av netto driftsutgifter til legevakttjenesten. For de totale kostnadene til legevakt i Norge er statens utgifter også en betydelig komponent.

I denne rapporten brukes refusjoner for legevaksarbeid fra staten og tilskudd fra staten for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner som grunnlag for å beregne statens utgifter til legevakt i 2023. Statens utgifter til legevakt kan imidlertid også inkludere utgifter som andre øremerkede tilskudd til legevaktdriften, utgiftsdekning fra helseforetak til legevaktarbeid (f.eks. ambulanse-transport med legefølge, skadelegevakter i Oslo og Bergen) og betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand.

I 2023 var det imidlertid ingen andre øremerkede tilskudd til legevakt, ut over tilskuddordningen for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner. Når det gjelder tall for utgiftsdekning fra helseforetak til legevaktarbeid og betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand, har det i forbindelse med kartleggingen ikke vært tilgang på data for disse utgiftene.

Utgifter knyttet til Svalbard er tatt med i totaltallene for både tilskudd og refusjon, men er holdt utenfor når vi beskriver hvordan disse utgiftene fordeler seg etter ulike regionale kjennetegn.

5.1. Refusjoner for legevakt fra staten over folketrygden

Refusjoner for legevakt er den kompensasjon som legene eller kommunene mottar fra det offentlige, gjennom folketrygden, for å yte legevakttjenester. Refusjonen er basert på faste takster som regulerer hvor mye som kan kreves for ulike tjenester. Takstene er gjenstand for årlig forhandling mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen og KS (Kommunesektorens organisasjon) og fastsettes i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling, Normaltariffen. Helt overordnet knytter takstene seg til aktiviteter som enkle pasientkontakter, konsultasjoner og sykebesøk, men også til forbruksmateriell, reisetillegg, ledsagelse, ulike prosedyrer og undersøkelser, samt tillegg for distrikt.

Dersom legen har fastlønn, vil alle inntekter, også forbruksmateriell, tilfalle kommunen. Ved næringsdrift der legen mottar beredskapsgodtgjørelse fra kommunen, vil egenandeler og refusjon tilfalle legen. Benytter legen legevaktens forbruksmateriell i sitt arbeid, vil betaling for dette tilfalle legevakten

Helfo (Helseøkonomiforvaltningen), Helsedirektoratets ytre etat, har en sentral rolle i utbetaling av refusjoner innenfor det norske helsevesenet. Refusjonskravene fra de ulike behandlere til staten håndteres i et system som kalles KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Dette systemet inneholder blant annet informasjon om behandler, pasient, takster og egenandeler. Det er KUHR som er datakilden til beløpene for refusjoner for legevakt i denne rapporten.

Tall fra KUHR viser at staten utbetalte nær 829 millioner kroner i refusjoner for legevakt i 2023.

Tabell 5.1 Sum utbetalt refusjon fra staten for legevakt. Kroner. 2023. Hele landet

	Beløp (kroner)
Sum utbetalt refusjon for legevakt	828 769 026

Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Helfo.

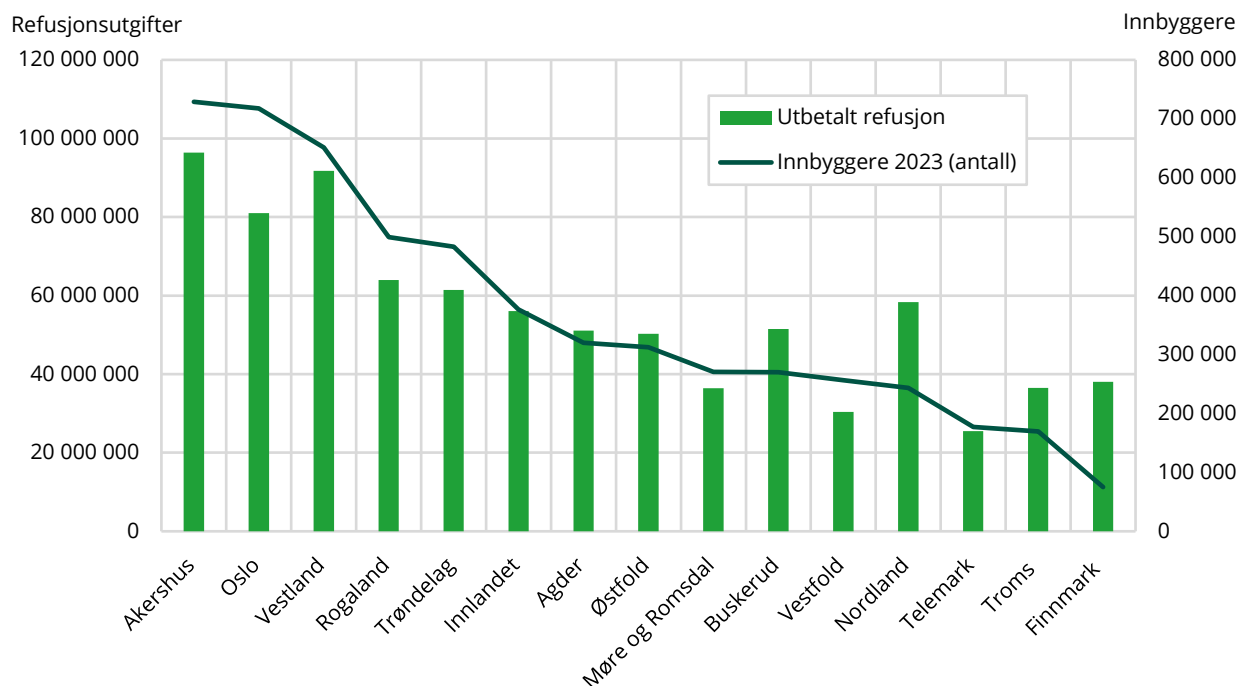
Tallet inkluderer refusjoner som ble utbetalt for praksistype legevakt, til enten kommune eller til lege, og omfatter alle takstene som er benyttet for legevaksarbeidet. Tallet inkluderer også

egenandeler som er dekket av staten gjennom folketrygden, f.eks. i tilfeller der pasientene har oppnådd fri egenandel for eksempel pga. frikort eller at pasienten er under 16 år.

Fylker

I figur 5.1 kan vi se hvordan refusjonene i 2023 fordelte seg på landets fylker. Den svarte linjen viser antall innbyggere i fylket og de grønne søylene viser utbetalt refusjon per fylke. Venstre akse angir refusjonsutgifter og høyre akse angir antall innbyggere.

Figur 5.1 Refusjonsutgifter til legevakt per fylke og antall innbyggere per fylke. (N= 356). 2023. Kroner



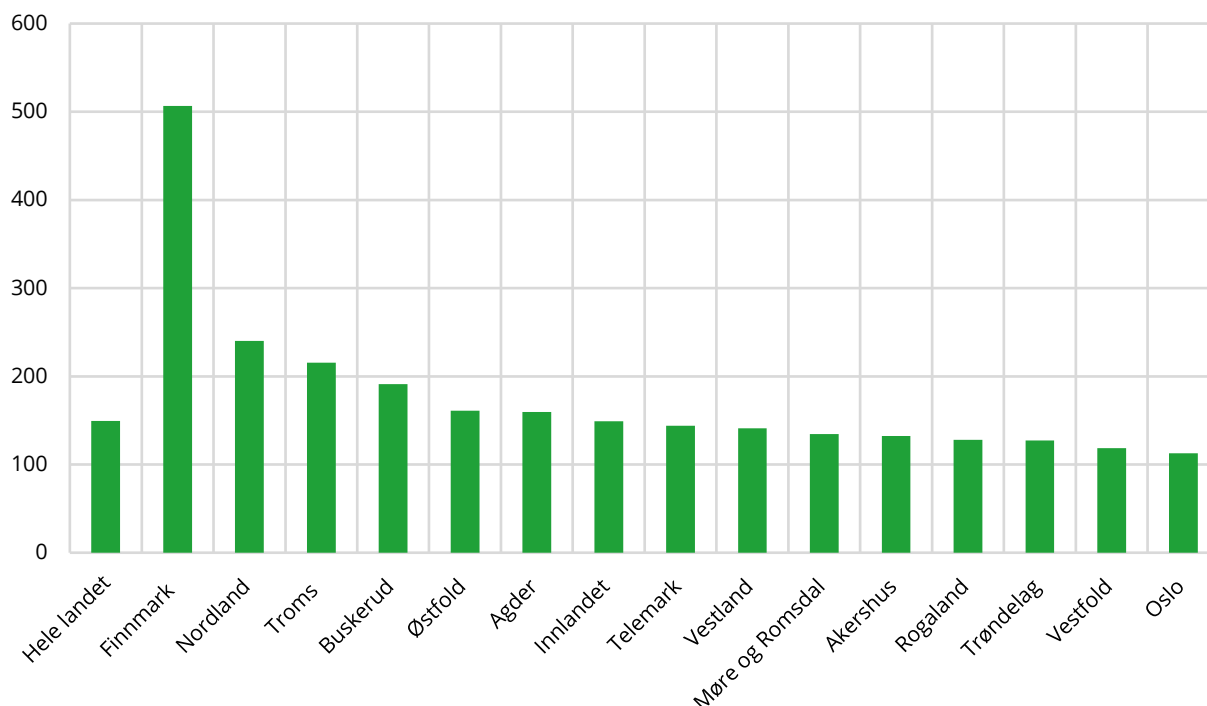
Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Helfo og Statistisk sentralbyrå

Figuren viser en nær sammenheng mellom størrelsen på fylket (målt i antall innbyggere) og størrelsen på sum utbetalt refusjon for legevakt; jo større fylket er, jo større er også refusjonsutgiftene. Samtidig er det er noen unntak. Oslo som er landets nest største fylke, mottok for eksempel mindre i refusjon enn Vestland, som er landets tredje største fylke. Vestfold og Telemark mottok minst refusjon, til tross for at de ikke er de minste fylkene. Troms og Finnmark som faktisk er minst mottok relativt sett noe mer i refusjon.

Vi kan se nærmere på hvordan refusjonene fordeler seg i de ulike fylkene ved å se hvordan refusjonsutgiftene er relativt til innbyggertallet. Figur 5.2 viser refusjonsutgifter til legevakt per innbygger.

Figur 5.2 Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter fylke. (N= 356). Kroner. 2023

Refusjonsutgifter per innbygger



Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Helfo og Statistisk sentralbyrå

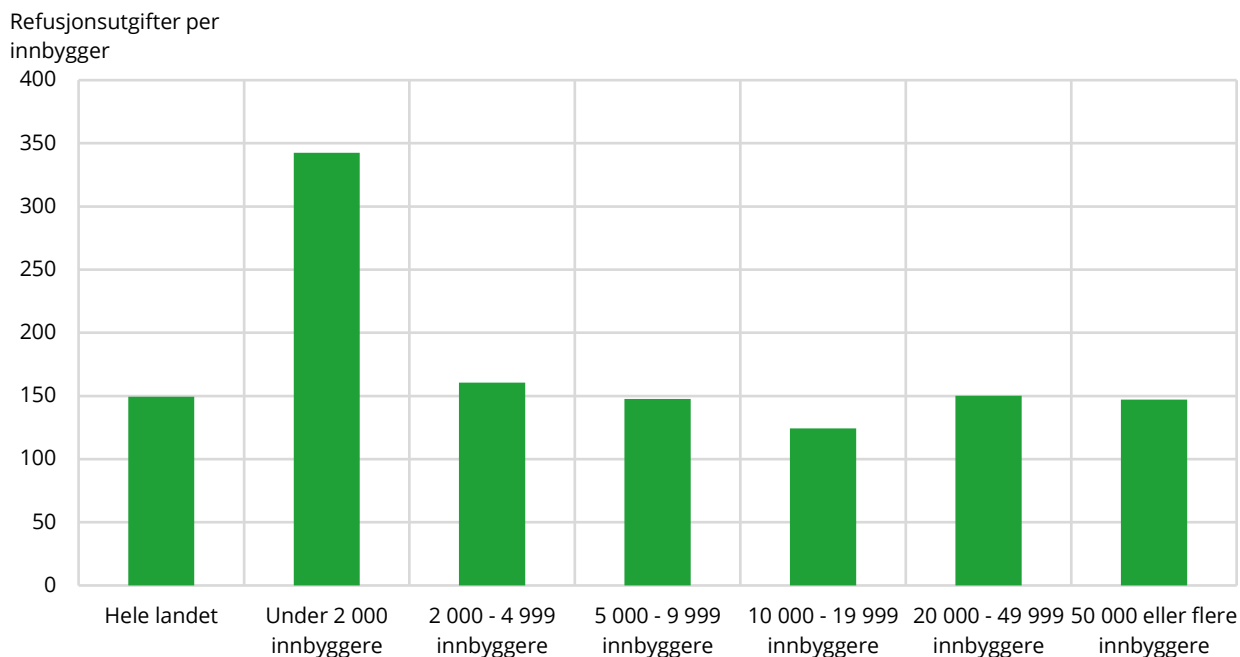
For landet samlet var refusjonsutgifter til legevakt per innbygger 149 kroner i 2023. Refusjonsutgiftene per innbygger til legevakt var klart størst i Finnmark, med over 500 kroner per innbygger. Deretter fulgte Nordland og Troms, begge fylkene med refusjonsutgifter per innbygger på rett over 200 kroner. I de øvrige fylkene lå refusjonsutgiftene per innbygger på mellom 191 og 113 kroner per innbygger, og Oslo er fylket med lavest refusjonsutgifter til legevakt per innbygger.

Det kan være flere årsaker til hvorfor tallet for Finnmark skiller seg i så stor grad fra de andre fylkene, men en gjennomgang av grunnlagstallene i KUHR viser imidlertid at de høye refusjonsutgiftene særlig kan knyttes til én refusjonstakst, takst 15a. Denne taksten er ment som et distriktstillegg, og kan kun benyttes for deltakelse i kommunalt organisert legevakt i kommunene i Finnmark, samt i enkelte angitte kommuner i Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Vestland. Taksten blir gitt som et tillegg per vakt døgn og uavhengig av antall konsultasjoner legen måtte ha. I Finnmark er denne taksten på femte plass (målt i kroner) blant alle takstene det er mottatt refusjon for i fylket.

Kommunestørrelse

Det kan videre være interessant å se hvordan refusjonsutgiftene per innbygger fordeler seg etter andre regionale kjennetegn.

Figur 5.3 Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter kommunestørrelse. (N= 356). Kroner. 2023



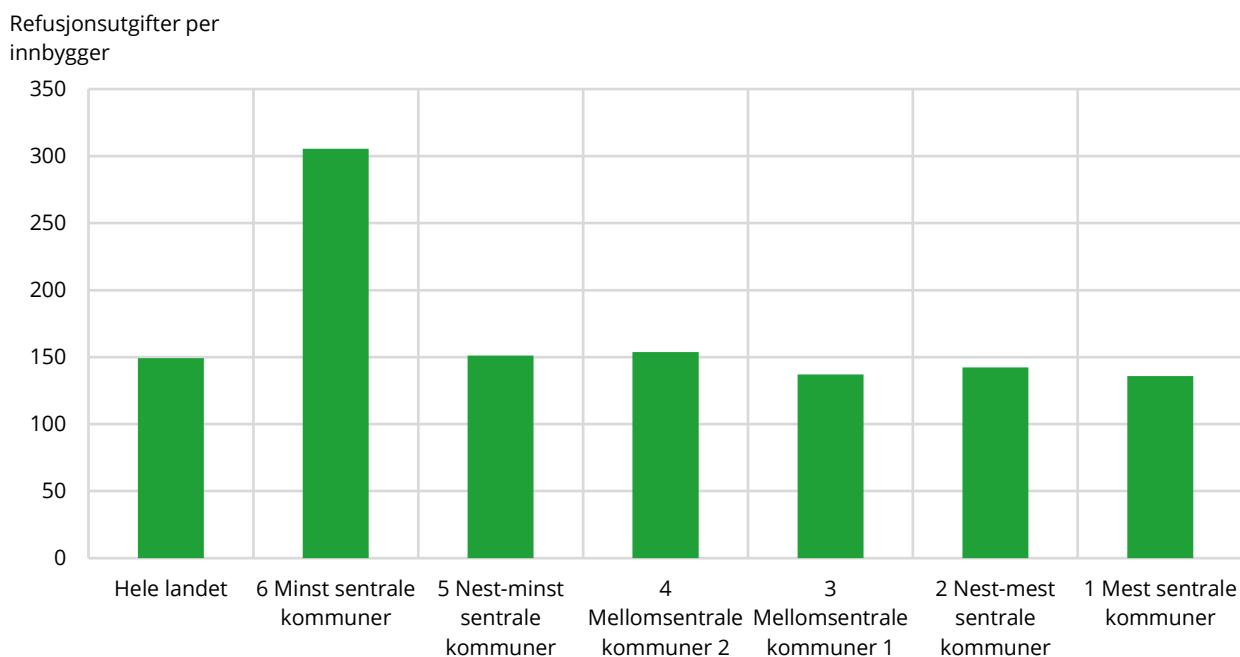
Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Helfo og Statistisk sentralbyrå

Ser vi på kommunestørrelse, målt i antall innbyggere, var utgiftene per innbygger klart størst i de aller minste kommunene, det vil si kommunene med under 2000 innbyggere. I denne gruppen var refusjonsutgiften til legevakt per innbygger på 343 kroner. Til sammenligning lå refusjonsutgiftene blant de øvrige gruppene av kommuner (etter kommunestørrelse) på mellom 124 kroner per innbygger og 161 kroner per innbygger.

Sentralitet

Figur 5.4 viser refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter sentralitet.

Figur 5.4 Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter sentralitet. (N= 356). Kroner. 2023



Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), Helfo og Statistisk sentralbyrå

Det tilsvarende bildet som vi så for kommunistørrelse, vises også når vi ser på refusjonsutgifter per innbygger i forhold til kommunenes sentralitet.

Det er blant de *minst sentrale kommunene* det var klart størst refusjonsutgifter til legevakt per innbygger, med 305 kroner. For alle de øvrige gruppene av kommuner, etter sentralitet, lå tilsvarende tall mellom 155 og 136 kroner.

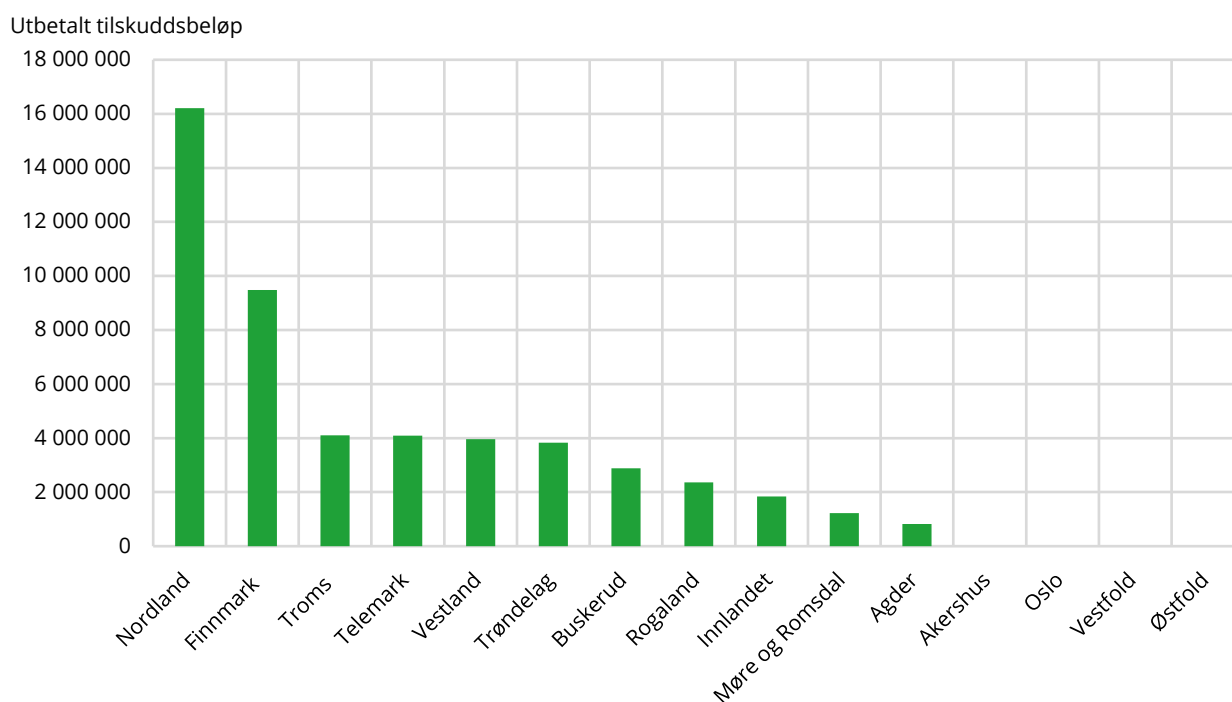
5.2. Tilskuddsordning for styrking av legevakttjenesten

Helsedirektoratet hadde i 2023 en tilskuddsordning for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner. Målet med tilskuddsordningen var å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommunens legevaktordning i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer. Tilskuddskriteriene tilsa at det kun var kommuner med færre enn 5000 innbyggere og samtidig tilhørende sentralitetsklasse 5 eller 6, som kunne søke om tilskuddet.

Data fra Helsedirektoratet viser at det totalt ble utbetalt 51 204 990 kroner i tilskudd for styrking av legevakttjenesten i 2023 (Helsedirektoratet, 2022). Kommuner i 11 av 15 fylker mottok tilskudd gjennom denne ordningen dette året.

Figur 5.5 viser at det var i Nordland og Finnmark det ble mottatt klart mest i tilskudd. Kommunene som fikk innvilget tilskudd i Nordland fikk utbetalt drøyt 16 millioner kroner, mens kommunene i Finnmark fikk utbetalt drøyt 9 millioner kroner.

Figur 5.5 Utbetalt tilskuddsbeløp etter fylke. (N= 356). 2023. Kroner



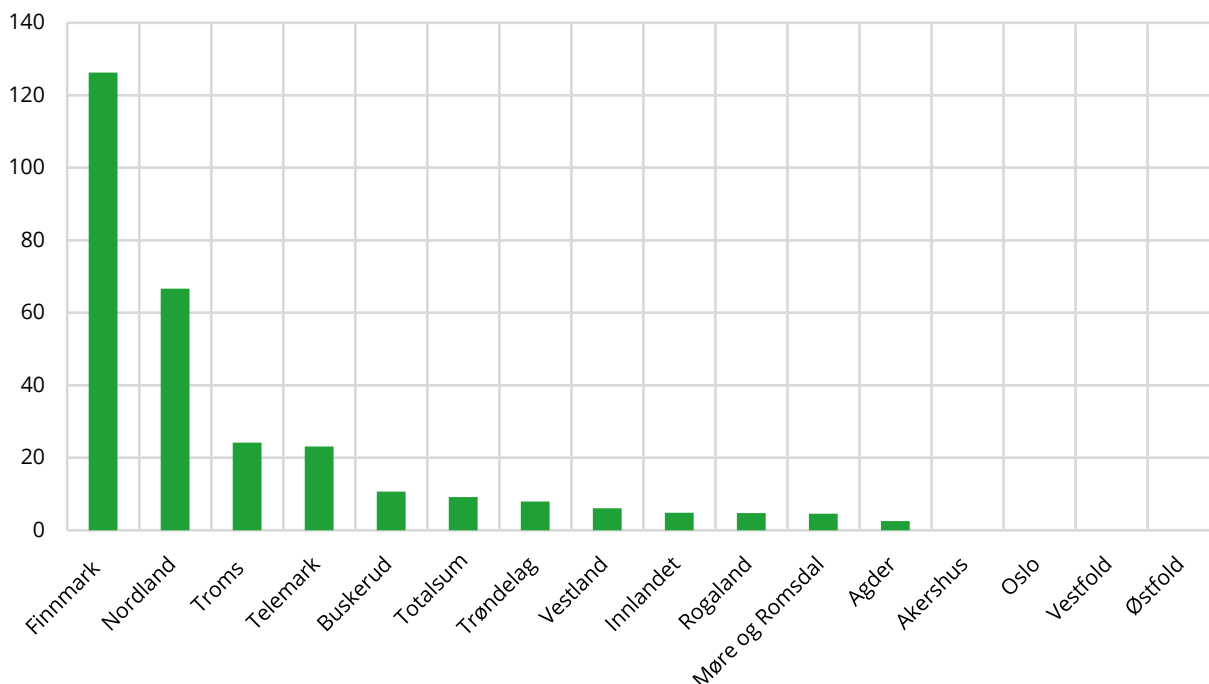
Kilde: Helsedirektoratet

Ettersom befolkningstallet i fylkene varierer, vil det også i denne sammenhengen være interessant å se på utbetalt tilskudd relativt til antall innbyggere i fylket.

Figur 5.6 viser utbetalt tilskuddsbeløp per innbygger etter fylke, og det kommer frem at Finnmark var det fylket som mottok klart mest i tilskudd per innbygger, med 126 kroner. Deretter fulgte Nordland med 67 kroner per innbygger. Troms lå på en tredje plass med drøye 24 kroner, etterfulgt av Telemark med 23 kroner per innbygger.

Figur 5.6 Utbetalt tilskuddsbeløp per innbygger etter fylke. 2023. Kroner

Utbetalt tilskuddsbeløp per innbygger



Kilde: Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå

Som nevnt var det kun kommuner med færre enn 5000 innbyggere og samtidig tilhørende sentralitetsklasse 5 eller 6, som kunne søke om dette tilskuddet.

Tallene viser at kommuner i Finnmark og Nordland mottok om lag halvparten av de utbetalte tilskuddene, og at utbetalt tilskudd relativt til innbyggertall var klart størst i Finnmark.

5.3. Totale utgifter til legevakt for staten

I denne rapporten benytter vi som beskrevet 1) utbetalt refusjon til leger og kommuner for legevaksarbeid og 2) utbetalt tilskudd for styrking av legevaktjenesten i 2023 for å beregne de totale utgiftene til legevakt for staten.

Andre utgifter staten kan ha knyttet til legevakt, f.eks. andre øremerkede tilskudd til legevaktdriften, utgiftsdekning fra helseforetak til legevaktarbeid (f.eks. ambulansetransport med legefølge) og betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand, er ikke med i beregningen av de totale utgiftene i denne rapporten.

Tabellen under viser en oppstilling av de to utgiftselementene for staten knyttet til legevakt, og totalsummen for disse.

Tabell 5.2 Statens utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet

	Beløp (kroner)
1) Utbetalt refusjon fra Staten til legevakt. 2023	828 769 026
2) Utbetalt tilskudd for styrking av legevaktjenesten. 2023	51 204 990
Sum utgifter	879 974 016

Kilde: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og Helsedirektoratet

Som det kommer frem av tabellen, var de statlige utgiftene til legevakt om lag 880 millioner kroner i 2023.

5.4. Oppsummering

- Totalt var de statlige utgiftene til legevakt på om lag 880 millioner kroner i 2023. Dette omfatter refusjoner for legevaktsarbeid og tilskudd for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner.
- Staten utbetalte nær 829 millioner kroner i refusjoner for legevakt i 2023.
- For landet samlet var refusjonsutgifter til legevakt per innbygger 149 kroner i 2023. Refusjonsutgiftene per innbygger til legevakt var klart størst i Finnmark, i de aller minste kommunene og blant de minste sentrale kommunene.
- Totalt ble det utbetalt drøyt 51 millioner i tilskudd for styrking av legevakttjenesten i 2023. Det var kun kommuner med færre enn 5000 innbyggere og samtidig tilhørende sentralitetsklasse 5 eller 6, som kunne søke om dette tilskuddet.
- Nordland og Finnmark mottok mest i tilskudd i 2023, både i absolutte tall og per innbygger.

6. Landets samlede utgifter til legevakt

I kapittel 4 og 5 fremkom det hvor store utgifter kommunene og staten hadde til legevakt. For å få et totaltall for landets samlede utgifter til legevakt, må man også ta innbyggernes egne kostnader med i regnestykket. I dette kapittelet vil vi omtale innbyggernes utgifter til legevakt, legge dette beløpet sammen med kommunens og statens utgifter og presentere de totale utgiftene til legevakt for landet i 2023.

6.1. Innbyggernes utgifter til legevakt

Innbyggerne betaler som nevnt tidligere en egenandel for å oppsøke legevakt, hvor mye de skal betale for ulike legetjenester er regulert av takstene i forskriften om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Egenandelen som innbyggerne betaler, er grunnlag for beregning av frikort. Når innbyggerne har betalt mer enn egenandelstaket, som i 2023 var på 3040 kroner, mottar de frikort. Deretter er det staten som betaler for helsetjenestene. Det finnes også noen grupper som slipper å betale egenandeler, som f.eks. barn og unge under 16 år (Helfo, 2024).

Innbyggerne kan imidlertid også belastes en egenbetaling for deler av tjenestene, og dette vil ikke være med i beregningsgrunnlaget for frikort. Slik egenbetaling inkluderer for eksempel materiell, ekspedisjonsgebyr ved ulike forsendelser og avbestilling av time senere enn 24 timer før avtalt tid.

Det er KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) som benyttes som datakilde for innbyggernes utgifter til legevakt. Innbyggernes utgifter er i denne sammenhengen definert som egenandeler og egenbetaling knyttet til legevakt, registrert i KUHR for året 2023. Egenbetalingen utgjør en relativt sett liten andel av disse utgiftene, rett i overkant av 6 prosent.

Tabell 6.1 Innbyggernes utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet

	Beløp (kroner)
Innbyggernes utgifter til legevakt (egenandel betalt av pasient og egenbetaling)	253 696 068

Kilde: KUHR (Helfo)

Tabell 6.1 viser at innbyggerne i Norge hadde nær 254 millioner i utgifter til legevakt i 2023. Dette tilsvarer om lag 46 kroner per innbygger.

6.2. Kommunenes, statens og innbyggernes samlede utgifter til legevakt

I kapittel 4 og 5 ble kommunenes utgifter og statens utgifter til legevakt beskrevet. Kommunenes utgifter var ifølge kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 om lag 3,6 milliarder kroner i 2023. Statens utgifter til legevakt (refusjoner og tilskudd) var på nær 880 millioner samme år. Videre viste tall fra KUHR at innbyggerne betalte om lag 254 millioner kroner i egenandeler og egenbetaling for legevaktstjenester.

Tabell 6.2 gir en oppstilling av disse tre utgiftselementene og presenterer en sum for landets samlede utgifter til legevakt.

Tabell 6.2 Totale utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet

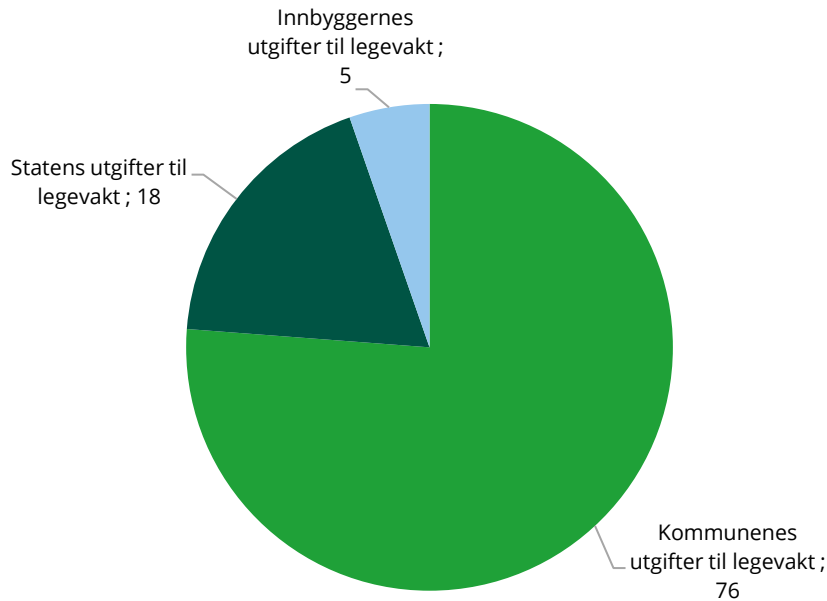
	Beløp (kroner)
Kommunenes utgifter til legevakt (netto driftsutgifter)	3 629 534 773
Statens utgifter til legevakt (sum utbetalt refusjon + sum utbetalt tilskudd)	879 974 016
Innbyggernes utgifter til legevakt (egenandel betalt av pasient og egenbetaling)	253 696 068
Sum utgifter til legevakt	4 763 204 857

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

Landets samlede utgifter til legevakt i 2023 var på nær 4,8 milliarder mrd. kroner.

I figur 6.1 er utgiftene til kommunene, staten og innbyggerne fremstilt i et sektordiagram.

Figur 6.1 Prosentvis fordeling av totale utgifter til legevakt, etter hvem som dekket utgiftene. 2023. Prosent. Hele landet

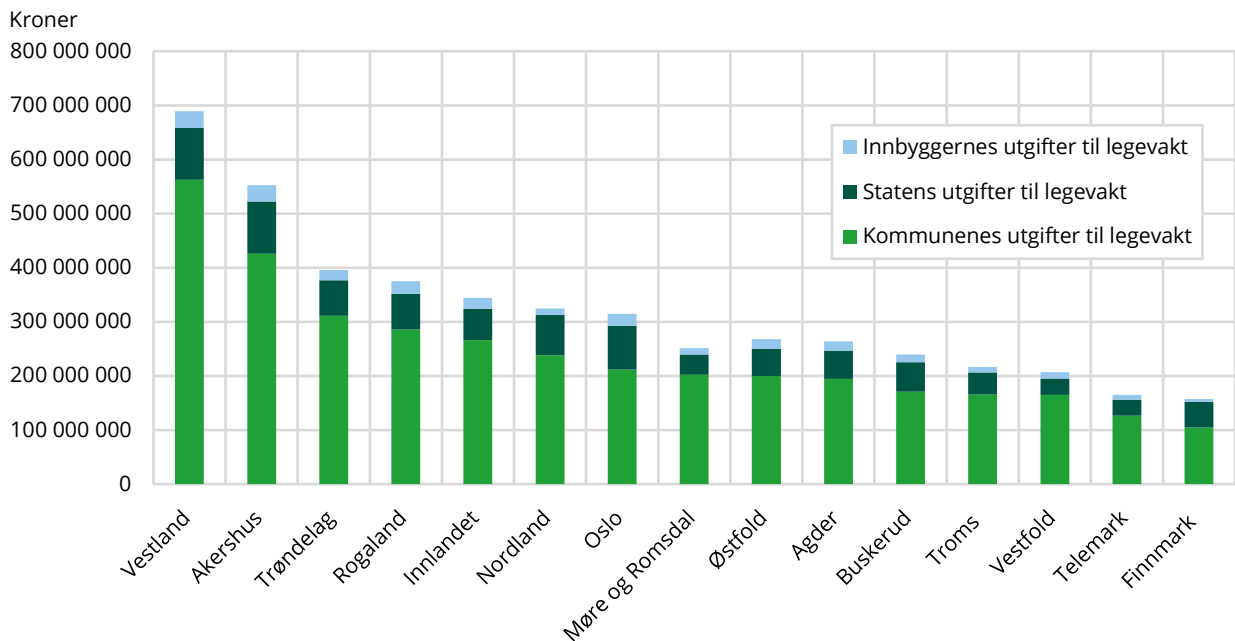


Kilde: KOSTRA-skjema 1, SSB, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

Diagrammet viser at kommunene betalte over tre fjerdedeler av de samlede utgiftene til legevakt, nærmere bestemt 76 prosent. Staten på sin side dekket drøyt 18 prosent av utgiftene og innbyggerne rett over 5 prosent i 2023.

Figur 6.2 viser hvordan de totale utgiftene til legevakt fordeler seg per fylke.

Figur 6.2 Kommunenes, statens og innbyggenes utgifter til legevakt fordelt på fylke. n=356. 2023. Absolutte tall



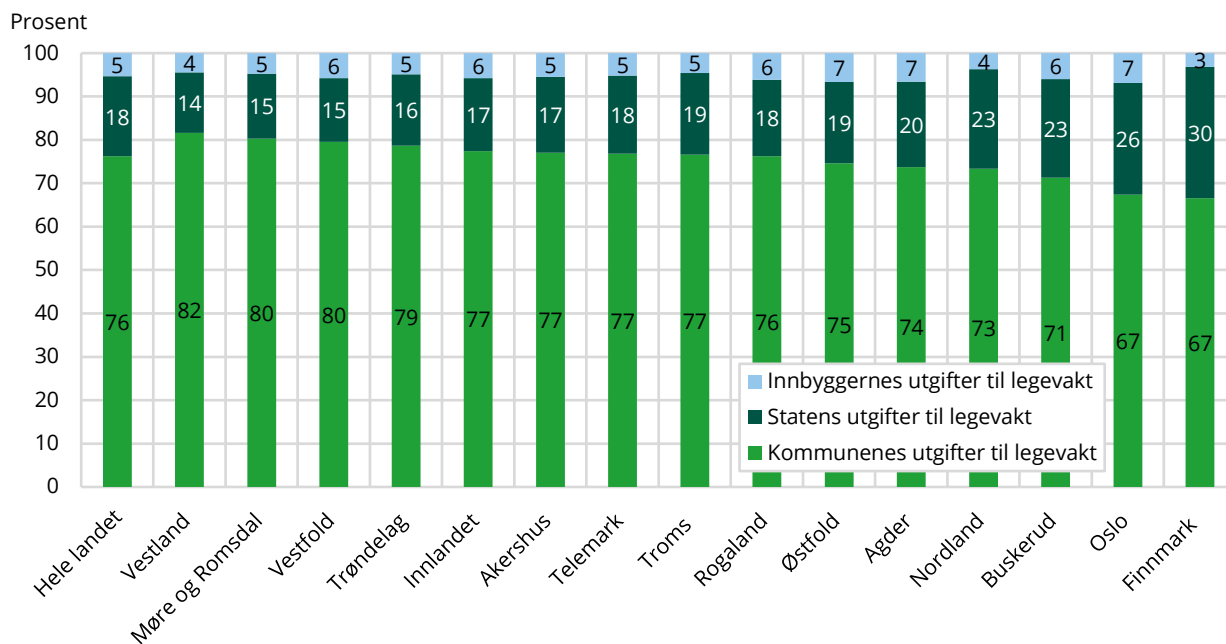
Kilde: KOSTRA-skjema 1, SSB, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

Det er en nær sammenheng mellom totale utgifter til legevakt og størrelsen på fylket målt i innbyggertall. Figuren viser for eksempel at det er i Vestland og Akershus at de totale utgiftene til

legevakt er størst, mens de er minst i Telemark og Finnmark. Samtidig ser vi at totale utgifter til legevakt i Oslo er mindre enn fylkets størrelse skulle tilsi, og det motsatte ser vi for Nordland. Det må nevnes at det for innbyggernes utgifter i denne sammenheng er behandlingsfylket som er styrende, og ikke hvor pasienten som har mottatt behandling er bosatt.

Hvor stor andel kommunenes, statens og innbyggernes utgifter utgjør av de totale utgiftene varierer mellom fylkene. Figur 6.3 viser en oppstilling av hvordan disse utgiftene fordeler seg per fylke.

Figur 6.3 Kommunenes, statens og innbyggernes utgifter til legevakt fordelt på fylke. n=356. 2023. Prosent



Kilde: KOSTRA-skjema 1, SSB, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

I alle fylkene utgjorde de kommunale utgiftene størsteparten av de totale utgiftene. Denne andelen var størst i Vestland. Her utgjorde kommunenes utgifter 82 prosent av totalen. I Finnmark utgjorde de kommunale utgiftene 67 prosent av totalen. Det er den minste andelen blant fylkene.

De statlige utgiftene lå på mellom 30 prosent og 14 prosent av totalen i fylkene. Andelen var størst i Finnmark (30 prosent) og minst i Vestland (14 prosent). Dette er det motsatte bilde av det vi så for de kommunale utgiftene.

Variasjonene mellom fylkene er, som figuren viser, i all hovedsak knyttet til de statlige og kommunale utgiftene. Andelen innbyggernes utgifter til legevakt utgjorde av totalen varierte marginalt, mellom 3 og 7 prosent. Andelen var minst i Finnmark (3 prosent) og størst i Agder, Oslo og Østfold, alle med 7 prosent.

Tabell 6.3 viser de totale utgiftene til legevakt per innbygger etter fylke.

Tabell 6.3 Totale utgifter til legevakt per innbygger etter fylke. 2023. n=356. Absolutte tall. Kroner

	Beløp (Kroner)
Hele landet	858
Finnmark	2 091
Nordland	1 337
Troms	1 274
Vestland	1 058
Møre og Romsdal	930
Telemark	929
Innlandet	914
Buskerud	888
Østfold	858
Agder	825
Trøndelag	820
Vestfold	807
Akershus	758
Rogaland	751
Oslo	438

Kilde: KOSTRA-skjema 1, SSB, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

Utgiftene til legevakt per innbygger for landet totalt var 858 kroner i 2023. I Finnmark var det tilsvarende beløpet nær 2100 kroner. Dette er det klart største beløpet blant fylkene. I de to andre nordligste fylkene, Nordland og Troms, var utgiftene på mer enn 1200 kroner per innbygger. Oslo hadde lavest utgifter til legevakt per innbygger, med 438 kroner.

6.3. Oppsummering

- Når det gjelder kommunenes andel av utgiftene til legevakt, så er det som tidligere redegjort for i kapittel 2 og 5 en del usikkerhet knyttet til kartleggingsdataene for netto driftsutgifter. Likevel vurderer Statistisk sentralbyrå at totalsummen på drøye 3,6 mrd. kroner er et relativt velfundert anslag.
- Det vil være utfordrende å frembringe et mer nøyaktig beløp for kommunenes utgifter til legevakt så lenge det ikke er en egen regnskapsfunksjon for legevakt i KOSTRA. I vedlegg C er det tatt med noen beregninger av hvordan andre forutsetninger for estimeringene som er anvendt her, ville påvirket totalsummen.
- Innbyggernes egenandeler og -betaling for legevakt utgjorde i 2023 drøye 250 mill. kroner, mens statens utgifter til legevakt (refusjoner og tilskudd) utgjorde om lag 880 mill. kroner.
- Et anslag på totalutgifter for Norge til legevakt i 2023 blir dermed i underkant av 4,8 mrd. kroner.

7. Er kommunene i stand til å rapportere utgifter til legevakt via KOSTRA-regnskapsrapportering i framtiden?

I kartleggingen av netto driftsutgifter til legevakt ble det, i tillegg til å oppgi beløp, også spurt om hvordan kommunene hadde framskaffet de innrapporterte tallene. Videre ble de bedt om å vurdere om de i fremtiden vil være i stand til å rapportere utgiftstall av god kvalitet årlig dersom legevakt blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon. Resultatene fra denne delen av kartleggingen er et viktig grunnlag for å vurdere om legevaktutgifter skal skilles ut som egen KOSTRA-funksjon i den framtidige regnskapsrapporteringen.

I dette kapittelet presenteres resultatene fra denne delen av kartleggingen. Med bakgrunn i resultatene blir det gjort en vurdering av om det er hensiktsmessig å innføre en ny funksjon for utgifter til legevakt, som en del av den årlige rapporteringen i KOSTRA kommuneregnskap.

7.1. Bakgrunn

I kommuneregnskapet inngikk følgende funksjoner i KOSTRAS kontoplan for utgifter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2023:

- 241: *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*
- 232: *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste*
- 233: *Annet forebyggende helsearbeid*
- 234: *Aktiverings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.*
- 253: *Helse- og omsorgstjenester i institusjon*
- 254: *Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende* (funksjon 257 og 258 fra 2024)
- 256: *Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene* (ØHD, noen steder kalt KAD.)
- 261: *Institusjonslokaler*

Tabell 7.1 viser netto driftsutgifter fordelt etter funksjon og prosentandel hver funksjon utgjør av totale utgifter for helse- og omsorg.

Tabell 7.1 Netto driftsutgifter for den kommunale helse- omsorgstjenesten, etter funksjon. Absolutte tall (kroner) og prosentvis fordeling av totalbeløpet. Hele landet. 2023

	Beløp (kr)	Prosentvis fordeling av beløp (kr) i alt
Den kommunale helse- og omsorgstjenesten i alt	172 036 093 000	100
232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	5 676 212 000	3,3
233 Annet forebyggende helsearbeid	2 821 569 000	1,6
234 Aktiverings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.	7 206 530 000	4,2
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	17 656 618 000	10,3
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	51 903 438 000	30,2
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	78 353 824 000	45,5
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	979 525 000	0,6
261 Institusjonslokaler	7 438 377 000	4,3

Kilde: KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Utgifter til legevakt inngår i KOSTRA-funksjonen 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering* (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2024). Denne funksjonen inkluderer - i tillegg til legevakt – bl.a. andre utgifter knyttet til allmenntilleggsmedisin (se boks under) og netto driftsutgifter var i alt på rundt 17,7 mrd. kroner i 2023 og utgjorde vel 10 prosent av de totale utgiftene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som vist i kapittel 4 utgjorde netto driftsutgifter til legevakt for landet totalt drøye 20 prosent av netto driftsutgifter totalt av funksjon 241.

KOSTRA-funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

1. Utgifter til allmenmedisin:

- a. Basistilskudd fastleger per capita tilskudd
- b. eventuelle kommunale legekontor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekontor
- c. legevakt
- d. fengselshelsetjenesten
- e. turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
- f. fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapi praksis)
- g. ergoterapi
- h. hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter.
- i. formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats knyttet til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253, 257 eller 258)
- j. tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

2. For fysioterapeuter eller ergoterapeuter som kun arbeider med en bestemt målgruppe f.eks. i helsestasjon eller aldersinstitusjon, benyttes relevant funksjon, jf. punkt 5.3 om fordeling. Tilsvarende vil legers arbeidstid tilknyttet offentlige tilsynsoppgaver høre hjemme på respektive funksjoner (f.eks. 232, 253 osv.). Merk dog at utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke rapporteres registreres med antall timer per uke til Kommunalt Pasient- og brukerregister (KPR) IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, og ikke på funksjon 257 eller 258 254. Praksiskompensasjon*, reiseutgifter og ev. husleietilskudd som er avtalt med den enkelte lege, føres på samme funksjon som legens lønn. De samfunnsmedisinske oppgavene legene ivaretar som f.eks. miljørettet helsevern vil i stor grad høre hjemme på funksjon 233. *

Kilde: Regnskapsrapporteringen i KOSTRA (www.regjeringen.no)

Dersom det skal opprettes en ny KOSTRA-funksjon for utgifter til legevakt - som kommunene skal rapportere på årlig i kommuneregnskapet – er en generell forutsetning at de er i stand til å fremskaffe utgiftstallene ved relativt enkle midler. Mer spesielt så bør informasjonen kunne bli hentet ut fra kommunenes fagsystemer/økonomi- og regnskapssystem, den bør ikke være skjønnsbasert og kommunene bør være i stand til å fremskaffe hvor mye av utgiftene de bidrar til i de tilfellene de inngår i en interkommunal legevaktordning. Dersom alle beregninger må bli gjort utenfor fagsystemet og gjerne skjønnsbasert, så er dette uheldig både fordi det er mer ressurskrevende for kommunene, samt at kvaliteten på tallene trolig vil være dårligere.

Det er derfor ønskelig å se hvordan kommunene har fremskaffet utgiftstallene til legevaktstjenester, og om det er grunnlag for å innføre en egen KOSTRA-funksjon for legevaktstjenester i fremtiden. I den forbindelse vil det være interessant å se på hvordan de har fremskaffet tallene varierer etter de regionale kjennetegnene kommunestørrelse og sentralitet, fylker, samt ulik organisering av legevakt. Hvordan kommunene kom frem til utgiftstallene i kartleggingen ble kartlagt i punkt 2-3.3 med følgende spørsmål og svaralternativ:

Hvordan kom kommune frem til utgiftstallene i forrige spørsmål? (Flere kryss er mulig)

- a) *Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger*
- b) *Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet*
- c) *Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet*
- d) *Utenfor fagsystem/regnskaps- og økonomisystem*

Kommunene kunne ved behov også beskrive mer detaljert hvordan beregningene ble gjort i et kommentarfelt under svaralternativene.

Kommunene ble også i del 2-3.4 bedt om å svare på følgende spørsmål med tilhørende alternativ:

Dersom legevaktjenester i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon fra f241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, vil kommunen være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevakt?

- Ja
- Nei
- Usikker

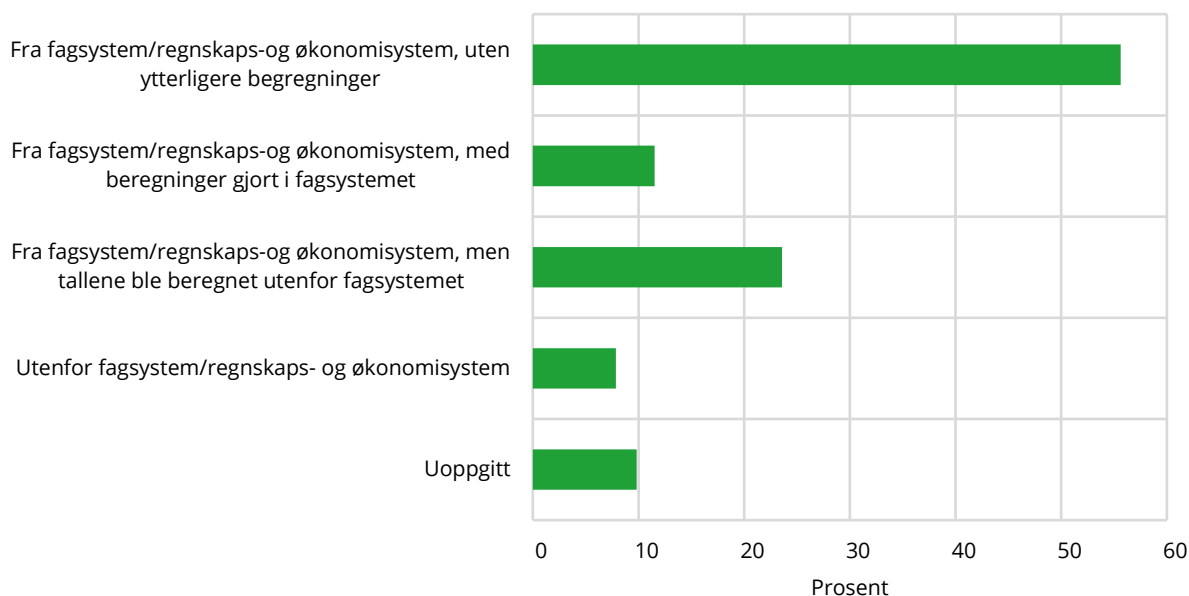
I tillegg kunne kommunene komme med ytterligere kommentarer i et fritekstfelt knyttet til muligheten for å skille ut legevakt fra funksjon 241 og om de tenker det vil gi nyttig informasjon.

7.2. Hvordan har kommunene fremskaffet tallene for utgifter til legevakt?

Resultatene fra del 2.3-3 av kartleggingen viser at over halvparten (56 prosent) av landets kommuner oppgir at de har skaffet de rapporterte utgiftstallene fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem uten ytterligere beregninger, mens 12 prosent oppgir at de har hentet tallene fra fagsystemet, med beregninger gjort i fagsystemet. 24 prosent oppgir at tallene er hentet fra fagsystemene, men at beregningene er utført utenfor fagsystemet. 8 prosent opplyser at de har fremskaffet utgiftstallene utenfor fagsystemene i kommunene, mens 10 prosent av kommunene ikke har opplyst om hvordan de fremskaffet tallene.

Figur 7.1 viser resultater for alle landets kommuner samlet (prosent av alle kommuner) for hvordan kommunene fremskaffet utgiftstallene for legevakt i kartleggingen.

Figur 7.1 Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen. Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023



Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Dersom man slår sammen de tre første svaralternativene for hvordan de har fremskaffet tallene, så har 91 prosent av kommunene hentet tallene fra egne fagsystem med ulik grad av beregninger gjort i etterkant, mens bare 8 prosent har fremskaffet tallene utenfor egne fagsystem. Dersom vi ser på de som har regnet ut hoveddelen av de innrapporterte tallene utenfor fagsystemet, så oppgir 32

prosent at de enten har hentet tallene fra fagsystemene, men tallene ble beregnet utenfor eller fremskaffet alle tallene utenfor fagsystemet.

Det er viktig å understreke at det var lov med flere avkryssninger i kartleggingen. 30 kommuner, eller 8 prosent av alle kommunene, har krysset av på to alternativer. De to mest vanlige kombinasjonene er «fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger» i kombinasjon med «fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet», samt og «Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger» i kombinasjon med «Utenfor fagsystem/regnskaps- og økonomisystem». At 8 prosent av kommunene har flere avkryssninger kan skyldes at kommuner har ulik organisering av legevakten på ulike tider av døgnet. Utfordringene med å hente ut tallene fra fagsystemet gjelder særlig daglegevakt og dersom de er vertskommune i et interkommunalt samarbeid.

Når det gjelder de kommunene som ikke har oppgitt hvordan de fremskaffet tallene (10 prosent), så kan det være flere årsaker til dette. En nærmere inspeksjon av de rapporterte tallene til disse kommunene viser blant annet:

- Kommuner er ikke i stand til å skille ut daglegevakt fra den ordinære driften ved fastlegekantorene på dagtid. Det gjør at de ikke har rapportert på hvordan de fremskaffet tallene, siden de ikke har fanget opp at flere avkryssninger var mulig.
- Ulike muligheter til å hente ut disse tallene i ulike fagsystem (avhengig av leverandør)
- Ulike organisering av legevakt
- Glemte å fylle ut (basert på kommentarfeltene er det ting som tyder på at flere kommuner har fremskaffet tallene helt eller delvis gjennom fagsystemene sine)

Det vil også være interessant å se om resultatene for hvordan kommunene har fremskaffet de rapporterte utgiftstallene varierer etter ulike regionale inndelinger som kommunestørrelse, sentralitet, fylke (2024-inndeling), samt organisering av legevakt.

Kommunestørrelse

Tabell 7.2 viser resultater for hvordan kommunene fremskaffet utgiftstallene for legevakt i kartleggingen, etter kommunestørrelse (målt i innbyggertall).

Tabell 7.2 Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen, etter kommunestørrelse. Prosent. (N=356). 2023

	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet	Utenfor fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem	Uoppgitt
Hele landet	56	12	24	8	10
Under 2 000 innbyggere	57	9	22	9	14
2 000 - 4 999 innbyggere	45	15	29	12	8
5 000 - 9 999 innbyggere	59	12	22	7	7
10 000 - 19 999 innbyggere	53	6	26	2	19
20 000 - 49 999 innbyggere	65	15	20	4	2
50 000 eller flere innbyggere	70	5	15	5	5

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det store flertallet av kommuner har hentet ut utgiftstallene fra fagsystemene på ulike måter for alle grupper for kommunestørrelse. Den mest vanlige måten er å hente tallene fra «Fagsystem, uten ytterligere beregninger». Andelen som oppgir dette alternativet er størst blant kommuner med 50 000 eller flere innbyggere og 20 000- 49 999 innbyggere (hhv. 70 prosent og 65 prosent), mens det er minst blant kommuner med 2 000 – 4 999 innbyggere med 45 prosent. Den nest mest vanlige måten å hente ut tallene på for alle kommunestørrelser er fra «Fagsystem, men

tallene ble beregnet utenfor fagsystemet». Andelen for denne måten er størst blant kommuner med 2 000 -4 999 innbyggere med 29 prosent og minst blant kommuner med 50 000 eller flere innbyggere. Når det gjelder andelen kommuner som har hentet tallene utenfor fagsystemene er andelen størst blant kommuner med under 10 000 innbyggere og mindre blant de mer folkerike kommunene.

Når det gjelder andelen kommuner som har ikke har oppgitt hvordan de har fremskaffet tallene, så er den størst blant kommuner med 10 000 – 19 999 innbyggere med 19 prosent og minst blant kommuner med 20 000 – 49 999 innbyggere med 2 prosent.

Sentralitet

Tabell 7.3 viser resultater når det gjelder hvordan kommunene fremskaffet utgiftstallene for legevakt i kartleggingen, etter sentralitet.

Tabell 7.3 Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen. Prosent. (N=356). Sentralitet. 2023

Sentralitet	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet	Utenfor fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem	Uoppgitt
Hele landet	56	12	24	8	10
1 Mest sentrale kommuner	100	0	0	0	0
2 Nest-mest sentrale kommuner	58	16	0	11	16
3 Mellomsentrale kommuner 1	59	12	24	4	8
4 Mellomsentrale kommuner 2	61	8	28	6	6
5 Nest-minst sentrale kommuner	47	14	24	9	15
6 Minst sentrale kommuner	56	12	26	10	9

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det store flertallet av kommunene har fremskaffet tallene ved hjelp fagsystemet på ulike måter, etter alle inndelinger for sentralitet. For alle sentralitetsinndelinger er den vanligste måten å hente tallene på fra «Fagsystem, uten ytterligere beregninger». Andelen kommuner som oppgir denne måten er størst blant mest sentrale kommuner med 100 prosent og minst blant nest minst sentrale kommuner med 47 prosent. Den nest mest vanlige måten utgiftstallene ble skaffet for de fleste sentralitetsinndelingene var fra «Fagsystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet». Unntaket var for nest mest sentrale kommuner hvor det var mer vanlig å hente tallene fra «Fagsystem, med beregninger gjort i fagsystem».

Det er ingen klare tendenser etter sentralitet når det gjelder kommuner som har oppgitt at de har skaffet utgiftstallene utenfor fagsystem. Andelen er størst i nest mest sentrale kommuner og minst sentrale kommuner (hhv. 11 og 10 prosent), mens den er minst blant kommune i *Mellomsentrale kommuner 1* med 4 prosent.

Når det gjelder andelen kommuner som ikke har oppgitt hvordan de fremskaffet tallene, så er andelen størst blant *nest mest sentrale kommuner* og *nest minst sentrale kommuner* med hhv. 16 prosent og 15 prosent. Foruten *mest sentrale kommuner* der ingen kommuner har uoppgitt, så er andelen minst blant de to gruppene med mellomsentrale kommuner.

Fylker

Tabell 7.4 viser resultater når det gjelder hvordan kommunene fremskaffet utgiftstallene for legevakt i kartleggingen, etter fylker.

Tabell 7.4 Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen (N=356). Prosent av alle kommuner i hvert enkelt fylke. Fylker. 2023

	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere beregninger	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet	Fra fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet	Utenfor fagsystem/ regnskaps- og økonomisystem	Uoppgitt
Hele landet	56	12	24	8	10
Oslo	100	0	0	0	0
Rogaland	65	4	22	9	9
Møre og Romsdal	69	12	23	12	4
Nordland	49	20	29	5	2
Østfold	42	25	8	8	17
Akershus	57	14	10	5	14
Buskerud	67	11	17	11	0
Innlandet	41	13	35	13	11
Vestfold	33	17	33	17	0
Telemark	53	12	29	0	12
Agder	64	0	24	0	16
Vestland	58	14	16	9	14
Trøndelag	55	11	24	5	13
Troms	67	10	19	10	5
Finnmark	50	0	33	11	17

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Det store flertallet av kommunene i alle fylker har hentet ut tallene fra fagsystemene på ulike måter. Den vanligste måten i alle fylker var å bruke «fagsystem uten ytterligere beregninger». Mens andelen for dette alternativet var størst i Oslo og Møre og Romsdal (hhv. 100 og 69 prosent), var den minst i Vestfold og Innlandet (hhv. 33 og 41 prosent). For andelen som har fremskaffet tallene utenfor fagsystem, så varierer prosentandelen for kommuner mellom fylker fra 0 prosent i Telemark, Agder og Oslo til 17 prosent i Vestfold.

Når det gjelder andelen kommuner som ikke har oppgitt hvordan de har fremskaffet tallene, er dette 10 prosent for landet totalt og varierer fra 17 prosent i Østfold til 0 prosent i Oslo og Vestfold. Som tidligere nevnt er trolig utfordringer med å fremskaffe utgiftstallene for daglegevakt fra den ordinære driften ved fastlegekontorene, en av de viktigste årsakene til at flere kommuner har uoppgitt.

Organisering av legevakt

Tabell 7.5 viser resultater for hvordan kommunene fremskaffet utgiftstallene for legevakt i kartleggingen, etter kommunenes organisering av legevakttjenesten gjennom døgnet.

Tabell 7.5 Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen, etter organisering av legevakt. Prosent. (N=356). 2023

	Fra fagsystem/ regnskaps-og økonomisystem, uten ytterligere beregninger	Fra fagsystem/ regnskaps-og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet	Fra fagsystem/ regnskaps-og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet	Utenfor fagsystem/ regnskaps- og økonomi- system	Uoppgitt
A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	55	8	20	4	19
B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet	62	10	19	5	5
B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune-legevakt på dagtid	61	10	29	2	4
C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	51	10	15	10	15
C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	56	14	23	12	8
Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering	45	15	45	5	0

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det er relativt små forskjeller etter organisering i hvordan kommuner har fremskaffet utgiftstallene i kartleggingen. Når det gjelder andelen kommuner som har oppgitt at de har skaffet tallene utenfor fagsystemet, så er den minst blant B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune-legevakt på dagtid og A - Én-kommune legevakt - hele døgnet med hhv. 2 og 4 prosent. Andelen er størst blant kommuner C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og A - Én-kommune legevakt på dagtid med 12 prosent.

7.3. Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på – oppsummering

Det store flertallet kommuner har hentet utgiftstall til legevakt fra fagsystemene med ulike grad av beregning utenfor, etter alle regionale inndelinger, samt organisering av legevakttjenesten. For kommuner som har fremskaffet tallene utenfor fagsystemet, så er det en tendens til at andelen er noe større blant kommuner med under 5 000 innbyggere og/eller er deltakerkommune i en eller annen form for legevaktsamarbeid.

Andelen kommuner som oppgir at de har hentet tallene fra «Fagsystem uten ytterligere beregninger» er størst etter alle regionale inndelinger. Det er en tendens til at andelen kommuner som oppgir denne måten er størst blant de aller største og mest sentrale kommunene, samt at andelen er minst blant kommuner med 2 000 – 4 999 innbyggere og nest minst sentrale kommuner. For de andre inndelingene etter kommunestørrelse og sentralitet er det ingen tydelige mønstre, og forskjellene i prosentandel mellom de ulike inndelingene er relativt små.

Når det gjelder hvordan kommunene har fremskaffet tallene etter ulik organisering av legevakt, er det nesten ingen forskjeller. Den mest vanlige måten etter alle typer organiseringer er fra «Fagsystem, uten ytterligere beregninger», mens den nest mest vanlige måten er fra «Fagsystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet». Forskjellene, målt i prosentandel, er ellers små med tanke på hvordan kommunene har fremskaffet tallene etter organisering av legevakt.

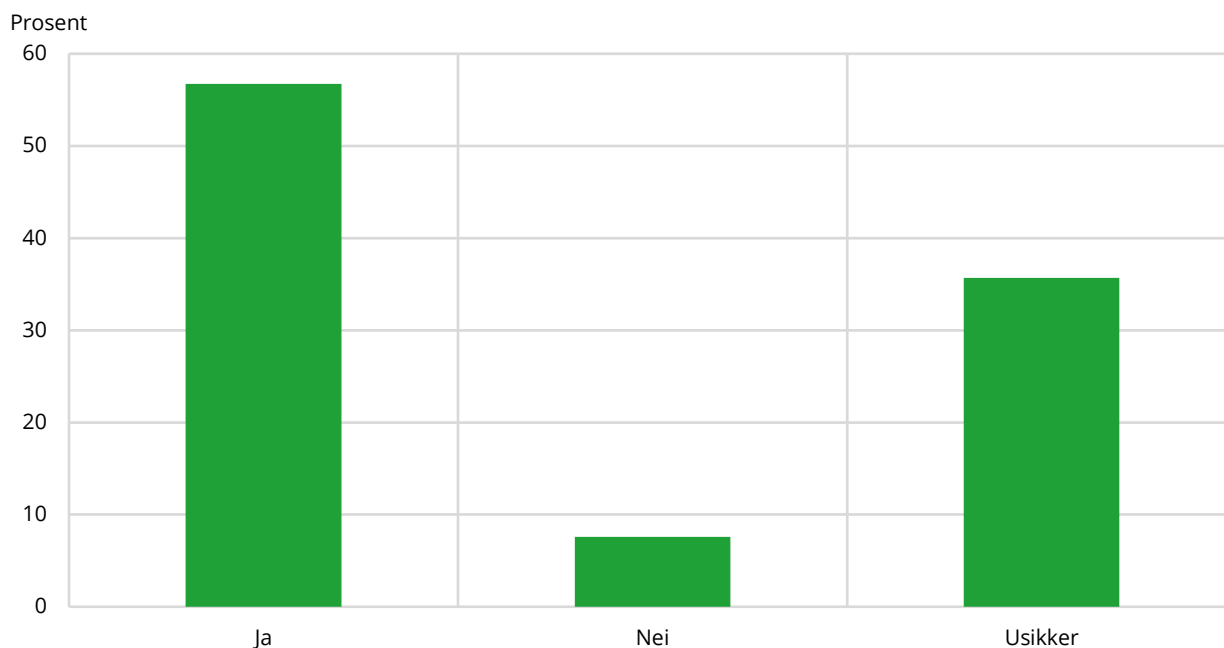
Når det gjelder kommuner som ikke har oppgitt hvordan de har fremskaffet tallene, så er det vanskelig å se noe mønster etter regionale inndelinger. Etter organisering av legevakt er andelen størst blant kommuner, som er A - Én-kommune legevakt, inkludert legevakt på dagtid. At andelen er størst for denne organiseringsmåten, skyldes trolig utfordringer med å fremskaffe tallene fra delen som gjelder daglegevakt ved fastlegekontor siden denne delen av legevakttjenesten er innlemmet i den ordinære fastlegedriften på dagtid.

7.4. Vil kommunene være i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakt dersom det blir en egen funksjon i fremtiden?

Kommunene ble i tillegg til å oppgi hvordan de har fremskaffet utgiftstallene til legevakt i kartleggingen, også bedt om å svare på om de i fremtiden vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall dersom legevakttjenester blir en egen funksjon regnskapet.

Figur 7.2 viser andelen kommuner som enten har svart ja, nei eller usikker på om de vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakt dersom det blir en egen funksjon.

Figur 7.2 Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevakttjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023



Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Figuren viser at 57 prosent av alle landets kommuner vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakttjenester dersom det om noen år blir skilt ut som egen funksjon i kommuneregnskapet. 8 prosent av kommunene svarer nei på spørsmålet, mens 36 prosent svarer at de er usikre.

Det vil være interessant å se hvordan svarene til kommunene varierer etter regionale kjennetegn.

Kommunestørrelse

Tabell 7.6 viser hvordan svarene på om kommuner vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall for legevaktjenester varierer etter kommunestørrelse.

Tabell 7.6 Kommunestørrelse Kommunestørrelse. 2023

	Ja	Nei	Usikker
Hele landet	57	8	36
Under 2 000 innbyggere	43	12	45
2 000 - 4 999 innbyggere	45	11	43
5 000 - 9 999 innbyggere	54	7	39
10 000 - 19 999 innbyggere	72	0	28
20 000 - 49 999 innbyggere	76	4	20
50 000 eller flere innbyggere	95	0	5

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at andelen kommuner som svarer ja på at de vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall i fremtiden er størst blant de største kommunene og minst blant de minste. Andelen som svarer «ja» øker med stigende kommunestørrelse. Mens andelen var størst blant kommuner med 50 000 eller flere innbyggere (95 prosent), var andelen minst blant kommuner med under 2 000 innbyggere (43 prosent).

Når det gjelder andelen som har svart nei, så er tendensen at den er størst blant kommuner i de minste grupperingene og minst blant de største. Mens andelen som har svart nei er 12 prosent blant kommuner med under 2 000 innbyggere, er det ingen kommuner (0 prosent) med over 50 000 innbyggere som har svart nei. Når det gjelder andelen kommuner som har svart at de er usikre på om de vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall, så er tendensen også her at andelen er størst blant de minste kommunene og minst blant de største. Andelen er størst blant kommuner med under 2 000 innbyggere med 45 prosent og minst blant kommuner med over 50 000 innbyggere med 5 prosent.

Sentralitet

Resultatene etter kommunestørrelse viser at det er særlig blant de største kommunene at de er positive til å rapportere gode regnskapstall på legevakt i fremtiden, mens det er mest usikkerhet blant de minste. Det vil være interessant å se hvordan de samme svarene varierer etter sentralitet.

Tabell 7.7 viser hvordan svarene på om kommuner vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall for legevaktjenester i varierer etter sentralitet.

Tabell 7.7 Kommunestørrelse Kommunestørrelse. 2023

	Ja	Nei	Usikker
Hele landet	57	8	36
1 Mest sentrale kommuner	100	0	0
2 Nest-mest sentrale kommuner	89	0	11
3 Mellomsentrale kommuner 1	73	4	24
4 Mellomsentrale kommuner 2	63	10	27
5 Nest-minst sentrale kommuner	47	6	47
6 Minst sentrale kommuner	46	11	43

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at andelen kommuner som svarer ja på at de er i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakt i fremtiden, er størst blant de mest sentrale kommunene og minst blant de minst sentrale kommunene. Andelen som svarer ja stiger med økende sentralitet. For de som

svarer nei eller er usikre, er hovedtrenden at andelen størst blant de minst sentrale kommunene og minst blant de mest sentrale kommunene.

Andelen kommuner som svarer ja er størst blant mest sentrale kommuner med 100 prosent og minst blant minst sentrale kommuner med 46 prosent. Andelen kommuner som svarer nei er størst blant minst sentrale kommuner med 11 prosent og minst blant mest og nest-mest sentrale kommuner der ingen har svart nei. Når det gjelder andelen som har svart at de er usikre, så er den størst blant de nest minst sentrale kommunene med 47 prosent og minst blant de mest sentrale kommunene der ingen har oppgitt at de usikre.

Fylker

Tabell 7.8 viser hvordan svarene på om kommuner vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall for legevaktstjenester i varierer etter fylker.

Tabell 7.8 Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktstjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner per fylke. (N=356). Fylker. 2023

	Ja	Nei	Usikker
Hele landet	57	8	36
Oslo	100	0	0
Rogaland	65	0	35
Møre og Romsdal	46	4	50
Nordland	56	2	41
Østfold	58	8	33
Akershus	76	5	19
Buskerud	72	11	17
Innlandet	39	17	43
Vestfold	83	0	17
Telemark	76	6	18
Agder	56	8	36
Vestland	58	9	33
Trøndelag	63	5	32
Troms	57	0	43
Finnmark	22	22	56

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at flertallet av kommunene i 13 av 15 fylker svarer at de vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall for legevakt i fremtiden. Andelen som svarer ja, er størst i Oslo og blant kommuner i Vestfold med hhv 100 og 83 prosent. Andelen er under 50 prosent blant kommuner i fylkene Finnmark (22 prosent), Innlandet (39 prosent), og Møre og Romsdal (46 prosent).

Når det gjelder andelen kommuner som har svart nei, så er den størst blant kommuner i Finnmark (22 prosent), Innlandet (17 prosent) og Buskerud (11 prosent). Andelen som har svart nei er under 10 prosent blant kommuner i de øvrige fylkene. Når det gjelder andelen kommuner som har svart at de er usikre, så er den størst blant kommuner i Finnmark og Møre og Romsdal med hhv. 56 og 50 prosent. Andelen usikre er minst i Oslo (0 prosent) og størst blant kommuner i Vestfold og Buskerud (begge med 17 prosent).

Resultatene etter fylker viser at det er noen forskjeller i andelen kommuner som tror de vil være i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevaktstjenester. En av årsakene til forskjellene kan være sammensetningen ulike typer kommuner i de enkelte fylkene. Resultatene etter kommune-størrelse og sentralitet underbygger på lang vei dette.

Organisering av legevakt

På spørsmålet om kommunene tror de er i stand til å rapportere gode regnskapstall på legevakt i fremtiden etter kommunistørrelse og sentralitet, viser resultatene klare forskjeller mellom små og lite sentrale kommuner på den ene siden og store og sentrale kommuner på den andre siden. Blant de store og sentrale kommunene tror stort sett alle at de vil være i stand til dette, mens blant de små og mindre sentrale kommune oppgir omtrent halvparten å være i tvil.

Det kan også være interessant å se om svarene varierer etter ulik organisering av legevaktstjenesten mellom kommuner. Tabell 7.9 viser hvordan svarene på om kommuner vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall for legevaktstjenester i varierer etter ulik organisering.

Tabell 7.9 Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktstjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Ulike organiseringsformer. 2023

	Ja	Nei	Usikker
A - Én-kommune legevakt - hele døgnet	57	7	36
B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet	90	0	10
B2 - Vertskommune for interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune-legevakt på dagtid	57	6	37
C1 - Deltakerkommune i en form for interkommunal legevakt - hele døgnet	64	3	33
C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og Én-kommune legevakt på dagtid	47	11	43
Øvrige kommuner med andre kombinasjoner av organisering	80	10	10

Kilde: KOSTRA-skjema 1, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at flertallet av kommuner stort sett er positive til å rapportere gode regnskapstall for legevaktstjenester i fremtiden etter alle organiseringsformer. Unntaket er blant kommuner som er C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune legevakt på dagtid hvor andelen er 47 prosent. Andelen som har svart ja er størst blant kommuner som er B1 - Vertskommune for interkommunal legevakt eller interkommunalt selskap (IKS) - hele døgnet hvor 90 prosent har svart ja.

Andelen som har svart nei og er usikker er størst blant kommuner som har organisert legevakten som C2 - Deltakerkommune i interkommunal legevakt kveld, natt og helg/helligdag og én-kommune legevakt på dagtid med 54 prosent. 11 prosent av kommunene har svart nei og 43 prosent at de er usikre. Andelen som har svart nei er 10 prosent eller under for alle de andre organiseringsformene, mens andelen som har svart usikker er under 40 prosent for alle de andre organiseringsformene.

7.5. Hvilke utfordringer oppgir kommunene tilknyttet rapportering av utgifter til legevaktstjenester?

På spørsmålet om hvordan kommunene har hentet ut utgiftstallene kunne de også utdype ved behov og beskrive mer detaljert hvordan beregningene ble gjort i et kommentarfelt under svaralternativene. De kunne også komme med ytterligere kommentarer under svaralternativene på spørsmålet om de vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevakt i fremtiden, og om de tenker dette vil gi nyttig informasjon.

En gjennomgang av kommentarene viser at flest kommuner oppgir at det er utfordrende å hente ut utgifter for daglegevakt. En av årsakene til dette er at daglegevakt for veldig mange kommuner er et tilbud som blir gitt ved fastlegekontorene i kommunen. Dette gjør det vanskelig å skille ut utgifter til legevakt fra den ordinære fastlegeaktiviteten på dagtid i fagsystemene sine. Under er et utvalg kommentarer fra kommunene som synliggjør utfordringer med rapportering på utgifter på daglegevakt:

- «Daglegevakt organiseres innenfor ordinær drift på legesenteret og skilles ikke ut separat. Vil gi merarbeid for administrasjon og er ikke "naturlig" å skille ut.»
- «Dagberedskap er ikke skilt ut av den ordinære drifta av fastlegekontoret.»
- «Daglegevakt inngår i arbeidstida til fastlegar på fastløn. Dei arbeider med sine faste oppgaver til dagleg, og tek unna hastetimer og akuttberedskap innimellom faste timeavtaler.»
- «Det kommer an på definisjonen på daglegevakt. Dersom vår dagberedskap på fastlegekontorene defineres som daglegevakt, vil vi ikke kunne skille ut disse kostnadene fra ordinær legekontordrift.»
- «Det vil vera enkelt å få tal knytt til interkommunal legevakt. Verre vil det vera å få dette til på daglegevakt, då dette gjennomførast på rotasjon mellom fastlønna fastlegar.»
- «På dagtid på fastlegekontor blir det vanskeleg å skilje kostnadane for bruk av personell og medisinsk forbruksmateriell ved dei ulike konsultasjonane.»
- «Nei, det er ikke mulig å skille fastlegetjeneste og daglegevakt. Og det ville heller ikke gitt nyttig informasjon.»
- «For legekantoret går daglegevakt og fastlegeoppgavene over i hverandre. det er vanskelig å ha et skarpt skille.»

Kommentarene over illustrerer flere faktorer som gjør det utfordrende. Daglegevakt som foregår ved kommunenes fastlegekontorer er som oftest integrert i den daglige fastlegedriften, og gjør det krevende å ha et skarpt skille mellom utgifter for legevakt drift og fastlegedriften. Det er også kommuner som oppgir at det er utfordrende å skille utgifter til lokaler i de tilfellene hvor legevakt er lokalisert ved legesenter eller fastlegekontor. De samme utfordringene med å skille vil også være tilfelle for personell og bruk av medisinsk forbruksmateriell mellom de ulike konsultasjonene. Flere kommuner nevner også at dersom de skal rapportere utgifter på daglegevakt, så vil dette være i form av anslag, og ikke noe som lett kan hentes ut fra fagsystemene. For legevakt på andre tider av døgnet oppgir de fleste at dette er enklere å skille ut og rapportere på.

Det er også flere kommuner som i kommentarfeltene er positive til å rapportere utgiftstall for legevakt i egen funksjon i fremtiden. Under er et utvalg kommentarer fra kommuner som er positive til å skille ut legevakt i egen KOSTRA-funksjon:

- «Vil være fint å få det skilt på funksjon. Da kan man bedre sammenligne kommuners utgifter til legevakt/ulike legetjenester.»
- «Ja, det vil være nyttig. Per dags dato er det for mange elementer som er samlet under ett, og vanskelig å gjøre sammenlikninger med andre kommuner og fra år til år internt.»
- «Ja, det vil absolutt være nytt og kunne gi bedre styringsdata.»
- «Det virker som en måte å gjøre denne tjenesten mer oversiktlig og enklere å kunne sammenligne legevaktsordninger i KOSTRA.»
- «Dette er noe vi ønsker oss da dette kan gi oss bedre tall for sammenlikning med andre kommuner og distrikter. Vil gi kvalitet på rapport.»

Eksemplene over illustrerer hvorfor flere kommuner er positive til å skille ut legevakt i en egen KOSTRA-funksjon. Flere kommuner mener dette vil gi bedre styringsdata og gi mulighet til å sammenligne legevaktutgifter med andre kommuner. I tillegg oppgir de at dette allerede er enkelt å hente ut fra dagens fagsystem. Samtidig antyder noen at utgifter til fastlegetjenesten vil være vel så interessant. I tillegg pekes det på at dagens inndeling (KOSTRA-funksjon 241) inneholder nok så mange ulike elementer og favner såpass bredt, som ikke gjør den nyttig å bruke i styringsøyemed.

7.6. Framtidig rapportering av legevaktutgifter i egen KOSTRA-funksjon – anbefaling

Basert på svarene i kartleggingens punkt 2-3.3 og 2-3.4 om hvordan de har fremskaffet tallene i denne kartleggingen, samt om de vil være i stand til å rapportere disse utgiftene i fremtiden, så viser resultatene at flertallet av kommuner vil være i stand til å rapportere utgifter på legevakt dersom dette blir skilt ut i en egen funksjon i kommuneregnskapet i fremtiden. Dette vil kunne gjøres ved

hjelp av relativt enkle midler for kommunene via deres fagsystemer uten for mye skjønnsbaserte vurderinger av de som skal rapportere.

Samtidig er det et mindretall kommuner som oppgir at de ikke vil være i stand til dette. For disse kommunene, så kjennetegnes de ofte av å være små, lite sentrale og har kommunal daglegevakt ved fastlegekontorene. Daglegevakt er det som flest kommuner oppgir som utfordring i kommentarfeltene med tanke på framtidig rapportering på legevaktutgifter. Det er vanskelig å splitte utgifter knyttet til legevakt fra fastlege siden disse to tjenestene er så integrerte i den daglige virksomheten på fastlegekontorene. Det vil derfor være utfordringer både når det gjelder splitting av utgifter som gjelder personell, medisinsk materiell og lokaler. Flere kommuner kommenterer også at hvis de skal rapportere tall for dette, så må de gjøre anslag siden fagsystemene ikke har en løsning for å hente ut dette direkte. Utgifter til daglegevakt er derfor noe som må vurderes videre med tanke på hvordan dette skal inkluderes dersom dette skal bli en egen regnskapsfunksjon. Dersom legevakt hadde blitt en egen regnskapsfunksjon, ville også fagsystemene blitt bedre tilrettelagt for å hente ut relevante tall, selv om fordelingen mellom fastlege og daglegevakt fortsatt for flere vil kunne være problematisk. Når legene eller kommunene sender inn refusjonskrav til KUHR, skal de bl.a. krysse av for om konsultasjonen e.l. gjelder ordinær fastlegetjeneste eller legevakt, og takstkodene gjenspeiler tid på døgnet. Gitt at innsenderne er flinke til å krysse av rett, kan kanskje disse opplysningene bidra til fordelingsnøkler i kommuneregnskapet for å skille ut hvor stor del av fastlegeressursene (og vikarer) som brukes til legevakt på dagtid.

SSB anbefaler å utrede videre å skille ut utgifter til legevakt fra dagens funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. En viktig årsak til dette er at flertallet av kommunene har oppgitt at de vil være i stand til å fremskaffe disse tallene i en fremtidig rapportering. En annen årsak til anbefaling om videre utredning er at det trolig vil gi mer relevante styringsdata for kommunene i fremtiden.

Dagens KOSTRA-funksjon 241 inkluderer nokså store og ulike områder innenfor allmenntillegget til tjenester knyttet til fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det gjør det utfordrende å sammenligne på tvers av kommuner. Brukere av statistikken etterspør ofte utgifter knyttet til deltjenester og oppgaver som inngår i funksjon 241, som for eksempel legevaktstjenester, fastlegetjenesten og allmennlegetjenesten. De etterspør sjelden utgifter knyttet til hele funksjon 241.

SSB anbefaler å utrede videre om utgifter til legevakt kan skilles ut i egen regnskapsfunksjon. Dette må bli gjort via de rette formelle instansene der arbeidsgruppen for KOSTRA helse- og omsorg, som er ansvarlige for de aktuelle KOSTRA-funksjonene, ses på som naturlig for å lede dette arbeidet. Dersom det skal nedsettes et utvalg, så bør dette være bredt sammensatt av instanser fra små og store kommuner (KS), helsemyndighetene og SSB med deltakere med god kjennskap til dagens regnskapsrapportering. I den videre utredningen må blant annet følgende bli vurdert:

- Vil en ny KOSTRA-funksjon for legevakt gi bedre styringsdata?
- Er utgifter til legevakt det mest hensiktsmessige å skille ut som egen funksjon fra funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*? Eller ville det være mer hensiktsmessig å skille ut f.eks. fastlegetjenesten, allmennlegetjenesten eller fysio- og ergoterapitjenestene?
- Hvilke utgifter skal inkluderes i utgifter til legevakt, herunder hvordan skal utgifter til daglegevakt håndteres i en eventuell ny regnskapsfunksjon?
- Vil kommunene være i stand til å rapportere utgifter knyttet til den nye funksjonen i tråd med dagens krav og regler for rapportering av kommuneregnskapet?
- Er det istedenfor å skille det ut som egen KOSTRA-funksjon, tilstrekkelig å gjennomføre kartlegginger av kommunenes legevaktutgifter via KOSTRA-skjema 1 - *Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* med jevne mellomrom, for eksempel hvert tredje år?

Referanser

- Akuttmedisinforskriften (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Allertsen, M. & Morken, T. (2024). Legevaktorganisering i Norge: Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024. NORCE Norwegian Research Centre AS. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/3150472>
- Ekornrud, T., Stølan, S & Thonstad, M. (2023) Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021: Kartlegging av organisering av legevaktsarbeidet i kommunene. Rapporter 2023/6, Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevakttjenesten-i-norske-kommuner-i-2021>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (2024). FOR-2024-06-26-1322. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2024-06-26-1322>
- Helfo (2024). Egenandel hos lege. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; oppdatert mandag 2. september 2024 [hentet torsdag 17. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-lege/>
- Helsedirektoratet (2020). Veileder for legevakt og legevaktsentral [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2020, lest 03. januar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>
- Helsedirektoratet (2022). Styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 08. februar 2024, lest 11. september 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-av-legevakttjenesten-i-distriktskommuner>
- Helsedirektoratet (2024 a). KUHR-databasen. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr>
- Helsedirektoratet (2024 b). Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 22. mai 2024, lest 02. oktober 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennlegetjenesten-arsrapport-2023-inklusive-status-per-mai-2024>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021). Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Ekspertgruppe legevakt. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet, november 2021. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapportekspertergruppe-legevakt.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2024). VEILEDER TIL KONTOPLANEN I KOSTRA Rapporteringsåret 2024: Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/2024/veiledertil-kontoplanen-i-kotra-for-2024-endret-15.1.-2024-v2.pdf>
- Meld. St.29 (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000/id193493/?ch=3>
- Oslo Economics og Først og Høverstad (2019). Vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene. Utredningsoppdrag for KS – FoU-prosjekt nr. 184007.

OErapport nr. 2019-9. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-ogutvikling/nyhetssaker/Vakt-og-beredskapsordninger-helse-omsorgs-ogbarnevernstjenestene.pdf>

Statistisk sentralbyrå (2022). Allmennlegetjenesten.
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>.

Vedlegg A: KOSTRA-skjema 1, 2023-årgangen. Del 2 Leger, inkludert kartleggingen av utgifter til legevakt

2 Leger							
2 Ansvarlig for legetjenester							
Ansvarlig for innholdet i del 2 av skjemaet		E-postadresse			Telefonnummer		
*		*			*		
2-1. Antall avtalte timeverk av leger innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler.							
- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - ikke årsverk - Overtid skal ikke inkluderes i avtalte timeverk, full stilling regnes som 37,5 timer per uke - Medregnet leger som utfører arbeid i sykehjem, hjemmetjenester og andre omsorgstjenester - Ikke medregnet legevakt - Ikke medregnet fengselshelsetjenesten - Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar, dette gjelder også for Ø-hjelp døgnoophold - I linjen for "Leger uten avtale" skal kun de timeverkene som er finansiert av kommunen/bydelen rapporteres							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241)	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD" (funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale							
Kommunalt ansatte leger							
Leger i spesialisering 1 (LIS1)/Turnusleger							
Leger uten avtale							
I alt							
							Forrige rapporteringsårs verdi på legetimer i alt

Merknader:

2-3. Organisering av legevakttjenesten

Spørsmål om organisering av legevakt er endret f.o.m. 2023-årgangen. Nå blir det spurt etter hvilke(n) organiseringsform(er) kommunen har for legevakt, og i hvilket tidsrom de(n) aktuelle organiseringsform(en)e gjelder for. Dere skal krysse av for alle tidsrom, også om dere f.eks. har legevakt på dagtid på et fastlegekontor i egen kommune (kategori A - dag).

Satelittlegevakt plasseres på passende alternativ for deltakerkommune (kategori C). Dersom kommunen i ett eller flere tidsrom har en annen form for organisering enn kategoriene A-C under, kan dere krysse av for D Annet og beskrive deres legevaktorganisering i kommentarfeltet.

Dersom man har krysset av for kommunen har egen en-kommune legevakt på dagtid, vil dere også få spørsmål om hvor tjenesten var lokalisert.

2-3.1	Dag	Kveld	Natt	Helg/Helligdag
A - En-kommune legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Vertskommune for interkommunal legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - Annet (f.eks. kjøp av legevakttjeneste driftet av private)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, vennligst spesifiser:

For kommuner som har en-kommune legevakt på dagtid, hvor var denne tjenesten lokalisert?

- I eget legevaktlokale
- På ett fast fastlegekontor
- Organisert blant kommunenes leger/fastleger på ulike legekontor

<p>Merknader til organisering av legevakttjenesten Beskriv gjerne deres organisering nærmere ev. hvem dere samarbeider med osv.</p>	
<p>Kartlegging av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt</p> <p>I skjema for 2023 er det en engangskartlegging om kommunenes utgifter til legevakt. Det kan være fornuftig å kontakte økonomiavdelingen i kommunen for å kvalitetssikre beløpene. I kartleggingen blir kommunen bedt om å rapportere sine netto driftsutgifter til legevakt.</p> <p>Netto driftsutgifter til legevakt er driftsutgiftene (inkludert avskrivninger) minus driftsinntektene, som blant annet inneholder øremerkede tilskudd fra staten og andre direkte inntekter.</p> <p>Som utgifter regnes f.eks. kostnader til personell, lokaler, betaling til vertskommunen for legevakt, fremkomstmidler, medisinsk utstyr og legevaktsentral. Som inntekter regnes f.eks. egenandeler fra pasienter og KUHR-refusjoner utbetalt til kommunen, betaling for legevakttjenester fra andre kommuner og eventuelle statlige tilskudd til legevakt. For mer uttømmende informasjon om hva som inngår i netto driftsutgifter, se skjemaveiledningen.</p> <p>Følgende utgifter skal holdes utenfor: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD), overgrepsmottak og tjenester som er organisert under spesialisthelsetjenesten (kan f.eks. være psykiatrisk legevakt, skadelegevakt)</p> <p>I spørsmålene under blir dere bedt om å oppgi kommunens netto driftsutgifter i hele kroner til legevakt for 2023. Det skal oppgis ett beløp for hver av organiseringsformene dere har/deltar i, f.eks. kostnader til legevakt på dagtid i kommunen og deltakelse i interkommunal legevakt i en vertskommune på kveld, natt og helg/helligdag.</p> <p>Totale netto driftsutgifter til legevakt vil automatisk summere seg nederst (de totale utgiftene for en interkommunal legevakt under B tas ikke med i beregningen).</p> <p>2-3.2</p> <p>For kommunene som svarer A - en-kommune legevakt Hva var kommunenes netto driftsutgifter til egen kommunal legevakt, inkludert legevakt på dagtid (A) i 2023?</p> <p>For kommunene som svarer B - vertskommune</p> <p>Hva var de totale netto driftsutgiftene for den interkommunale legevakten i 2023?</p> <p>Hvor mye av de totalt netto driftsutgiftene ble betalt av deres kommune i 2023?</p> <p>For kommunene som svarer C - deltakerkommune Hva var kommunens netto driftsutgifter til den interkommunale legevakten (C) i 2023?</p> <p>For kommunene som svarer D - annet Hva var kommunens netto driftsutgifter til legevakt dere har plassert under kategorien «Annet» i 2023?</p> <p>Kommunens totale netto driftsutgifter til legevakt:</p> <p>Kommentarer til rapporteringen av netto driftsutgifter:</p>	
	Beløp i hele kroner * <input type="text"/>
	Beløp i hele kroner <input type="text"/>
	Beløp i hele kroner * <input type="text"/>
	Beløp i hele kroner * <input type="text"/>
	Beløp i hele kroner <input type="text"/>
	Beløp i hele kroner <input type="text"/>

I denne delen av kartleggingen undersøker vi kommunenes mulighet for på sikt å kunne skille ut utgifter til legevakt fra funksjon 241 Diagnostisering, behandling, habilitering og rehabilitering.

Vi stiller her kommunen spørsmål om hvordan dere kom frem til utgiftstallene for legevakt som dere rapporterte i første delen av kartleggingen. Dette gjør vi for å undersøke hvor lett eller vanskelig tilgjengelig utgiftstall for legevakt er for kommunene.

Videre spør vi hvordan dere vurderer at kvaliteten på utgiftstallene for legevakt vil være, dersom disse utgiftene på sikt skal skilles ut fra funksjon 241 i KOSTRA-regnskapet. (Da ville det i så fall vært opprettet en egen regnskapsfunksjon i KOSTRA for legevakt som kommunene var pålagt å føre disse inntektene, utgiftene mm. på.)

2-3.3. Hvordan kom kommunen frem til utgiftstallene i forrige spørsmål? (Flere kryss er mulig)

- Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, uten ytterligere begreninger
- Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, med beregninger gjort i fagsystemet
- Fra fagsystem/regnskaps- og økonomisystem, men tallene ble beregnet utenfor fagsystemet
- Utenfor fagsystem/regnskaps- og økonomisystem

Beskriv:

2-3.4. Dersom legevaktstjenester i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon fra f241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, vil kommunen være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevakt?

*

- Ja
- Nei
- Usikker

Har kommunen noen kommentarer knyttet til muligheten for å skille ut legevakt fra funksjon 241 og om dere tenker det vil gi nyttig informasjon?

Vedlegg B: Veiledningen til legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 – 2023 – årgangen, inkludert del 2-3 Organisering av legevakten

2.3 Organisering av legevakttjenesten:

Spørsmål om organisering av legevakt er endret f.o.m. 2023-årgangen. Nå blir det spurt etter hvilke(n) organiseringsform(er) kommunen har for legevakt, og i hvilket tidsrom de(n) aktuelle organiseringsformen(e) gjelder for.

Spørsmål om organisering er utformet som en matrise, med **organiseringsformer** i venstre kolonne, og **tidsrom** i øverste rad.

Det er følgende alternative organiseringsformer for legevakt i matrisen:

- A - En-kommune legevakt (inkluderer også legevakt på dagtid f.eks. på et fastlegekontor i egen kommune)
- B - Vertskommune for interkommunal legevakt
- B - Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS)
- C - Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune
- C - Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er organisert i flere kommuner eller som går på omgang
- C - Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS
- D - Annet (f.eks. kjøp av legevakttjeneste driftet av private). Her må man spesifisere hva dette innebærer.

Dere skal **krysse av for alle tidsrom**, både dag, kveld, natt og helg/helligdag.

Har dere legevakt på dagtid på et fastlegekontor i egen kommune skal dere krysse av «A- en-kommunelegevakt» og «Dag».

Dersom dere har satellitt-legevakt, krysser dere av for passende alternativ under organiseringsformene for C – deltakerkommune.

Samlokalisering av legevakt og akuttmottak ved sykehus regnes om en-kommunelegevakt (A) - så lenge kommunen ikke betaler spesialisthelsetjenesten/akuttmottaket for driften av hele legevakttjenesten, inklusive legene ved legevakten.

Nederst under spørsmål 2-3.1 er det et kommentarfelt hvor dere kan gi utfyllende informasjon om legevaktorganiseringen i deres kommune.

Dersom dere krysser av for at kommunen har egen en-kommune legevakt på dagtid, vil dere også få spørsmål om hvor denne tjenesten var lokalisert.

2.3.2 Engangskartlegging - netto driftsutgifter til legevakt

I skjema for 2023 er det en engangskartlegging om kommunenes netto driftsutgifter til legevakt. Det kan være fornuftig å kontakte økonomiavdelingen i kommunen for å kvalitetssikre beløpene som rapporteres her.

Per i dag inngår driftsutgifter og driftsinntekter til legevakt i regnskapsfunksjon 241- Diagnose, behandling, habilitering, rehabilitering, men kommunene har per i dag ikke plikt til å skille ut legevakt herfra. SSB ber likevel kommunene om etter beste evne å finne riktigst mulig beløp å rapportere. Det er under vurdering å opprette en egen regnskapsfunksjon for legevakt.

I kartleggingen blir kommunen bedt om å rapportere sine **netto driftsutgifter** til legevakt for 2023, i **hele kroner**.

Dere skal rapportere kommunens netto driftsutgifter til legevakt for alle de ulike organiseringsformene dere har for legevaktstjenesten. f.eks. utgifter til legevakt på dagtid i kommunen og til deltakelse i interkommunal legevakt i en vertskommune på kveld, natt og helg/helligdag.

Totale netto driftsutgifter til legevakt vil **automatisk bli summert**.

For alle som er vertskommuner (hele eller deler av tiden), skal i tillegg totalutgiftene til den interkommunale legevakten rapporteres, dvs. at også netto driftsutgifter som deltakerkommunene finansierer, skal medregnes. Dette blir derimot ikke inkludert i den automatisk summerte totalen, her regnes kun den delen med som utgjør vertskommunens egne netto driftsutgifter.

Følgende tjenester skal **IKKE** inkluderes i utgifter til legevakt:

- Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD) (tilhører funksjon 256)
- Tjenester som er organisert under spesialisthelsetjenesten (kan f.eks. være psykiatrisk legevakt, skadelegevakt)
- Overgrepsmottak, og eventuelle andre tjenester som ligger direkte under legevakten, men som ikke er kommunale.

Definisjon av netto driftsutgifter i kommuneregnskapet:

Netto driftsutgifter omfatter driftsutgiftene inkludert avskrivninger minus de direkte driftsinntektene som blir ført på tjenestefunksjon (typisk øremerkede tilskudd og andre direkte inntekter). De resterende utgiftene til tjenesten må dekkes av de frie inntektene som skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten. Fra og med regnskapsåret 2020 inngår også utlån og mottatte avdrag på utlån i definisjonen.

Den tekniske definisjonen av artsomfanget i netto driftsutgifter er: [(010..480,520,590)-(600..890, 920)].

[Se nærmere beskrivelse av de enkelte artene i artskontoplanen i «Opplærings-/veiledningsmaterieII \(regjeringen.no\)» fra side 169.](#)

Utgifter knyttet til drift av legevakt består hovedsakelig av:

- Lønn til ledelse (ikke til dem som inngår i funksjon 120), helsepersonell og andre
- Beredskapsgodtgjørelse og praksiskompensasjon til leger
- Betaling til vertskommune for legevakten fra deltakerkommune
- Legevaktsentral
- Lokaler: Kjøp (årlig avskrivning) eller leie, renhold, strøm og vedlikehold
- Kjøp eller leie av medisinsk utstyr
- Kostnader til kvalitetskontroll, drift og serviceavtaler
- Opplæring og kompetanseutvikling
- Innkjøp, drift og vedlikehold av IKT, kommunikasjonsutstyr og Nødnett
- Innkjøp (årlig avskrivning)/leie og drift av framkomstmiddel, arbeidstøy og utstyr ved utrykning
- HMS-tiltak

Inntekter knyttet til drift til legevakt, som skal trekkes fra for å få netto driftsutgifter:

- Egenandeler fra pasienter ved legevakten (som går til kommunen)
- KUHR-refusjoner til kommunen for legevakt
- Betaling til vertskommune fra deltakerkommune
- Eventuelle statlige tilskudd, som tilskudd til legevaktdrift i distriktene eller små kommuner
- Utgiftsdekning fra helseforetak (f.eks. ambulansetransport med legefølge)
- Andre inntekter eller øremerkede tilskudd til legevaktdriften.
- Betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand

OBS! Spørsmål 2-3.2 om netto driftsutgifter: For vertskommuner (B) som skal rapportere på: «Hva var de totale netto driftsutgiftene for den interkommunale legevakten i 2023», så skal **ikke** betaling til vertskommunen fra deltakerkommunene være trukket fra. Disse inntektene skal derimot være fratrukket når vertskommuner rapporterer: «Hvor mye av de totalt netto driftsutgiftene ble betalt av deres kommune i 2023?»

<https://www.ssb.no/innrapportering/kostra-innrapportering/veiledninger-bokmal/skjema-1>

Vedlegg C: Metode for estimering av tall for kommuner med manglende beløp eller høyre beløp

Som en del av kvalitetssikringen av tallmaterialet fra kartleggingen av kommunenes netto driftsutgifter til legevakt tjenester via KOSTRA-skjema 1, er utgiftstallene for til sammen 31 av kommunene blitt estimert. I dette metodevedlegget blir det gjort rede for estimeringsmetoden og presentert resultat for effekten estimeringen har på utgiftstallene for landet totalt og etter ulike regionale kjennetegn.

I tallgrunnlaget fra kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 er det særlig to typer mistenkelige tall som SSB har vurdert at det er behov for å justere, ved hjelp av estimering. På den ene siden er det kommuner som har opplyst at de organiserer legevakt tjenesten som A - Én-kommune-legevakt på ett eller flere tidspunkt av døgnet, men har unnlatt å rapportere utgifter for denne delen av legevakt tjenesten. På den andre siden er det kommuner som har rapportert mistenkelig høye utgifter for legevakt totalt, målt som andel av netto driftsutgifter for funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*. Det var til sammen tallene til 31 kommuner som ble berørt av dette og fikk estimert tall.

Det var i alt 16 kommuner som ikke hadde rapportert utgifter i del A Én-kommune-legevakt, inkludert legevakt på dagtid i kartleggingen i KOSTRA-skjema 1. To av kommunene hadde oppgitt å ha A - Én-kommune-legevakt hele døgnet, mens 14 kommuner hadde oppgitt A - Én-kommune-legevakt kun på dagtid og andre organiseringsmåter for legevakt resten av døgnet. For alle disse kommunene er det blitt estimert tall for utgifter til del A.

Estimert verdi for de to kommunene med én-kommune-legevakt hele døgnet er gitt ved at en ser på hvor stor gjennomsnittlig andel netto driftsutgifter til legevakt del A utgjør av netto driftsutgifter på KOSTRA-funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, innenfor de ulike kommunestørrelsene for andre kommuner som har A - Én-kommune-legevakt hele døgnet (der de to kommunene er utelatt i både teller og nevner). Dette gir en faktor som kan multipliseres med netto driftsutgiftene for funksjon 241 i den aktuelle kommunen for å få et estimert beløp for utgifter til legevakt.

Estimert verdi for de 14 andre kommunene er gitt ved at en ser på hvor stor gjennomsnittlig andel netto driftsutgifter til legevakt del A utgjør av netto driftsutgifter på KOSTRA-funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, innenfor de ulike kommunestørrelsene for andre kommuner som kun har A - Én-kommune-legevakt på dagtid og andre organiseringsformer resten av døgnet (der de 14 kommunene er utelatt i både teller og nevner). Dette gir en faktor som man kan multiplisere med netto driftsutgiftene for funksjon 241 i den aktuelle kommunen for å få et estimert beløp for utgifter til legevakt. Totalbeløpene for legevakt for disse 14 kommunene blir også justert som følge av imputeringen av verdier for del A En-kommune-legevakt.

Det var i alt 15 kommuner som hadde rapportert utgifter til legevakt som oversteg 50 prosent av netto driftsutgifter for funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*. Kartleggingen har vist at det for enkelte kommuner har vært utfordrende og til dels ikke mulig å skille ut legevakt-utgifter fra utgifter til fastlegetjenesten, særlig gjelder dette utgifter til legevakt på dagtid. I tilfeller der kommuner har oppgitt utgifter til legevakt som overstiger 50 prosent av funksjon 241, knytter det seg en stor usikkerhet til om de oppgitte beløpene inkluderer mer enn legevakt, f.eks. hele eller deler av fastlegetjenesten. For å ikke blåse opp totalresultatet og resultatene for kommunene etter ulike regionale kjennetegn uriktig, er det satt et tak på hvor stor andel utgifter til legevakt kan utgjøre av funksjon 241. Dette kriteriet fører til at utgiftsbeløpet for 15 kommuner er blitt skalert ned og satt til å utgjøre 50 prosent av kommunenes netto driftsutgifter på funksjon 241.

Tabell C.1 viser hvordan de 31 kommunene det er blitt estimert tall for fordeler seg etter fylke. I tillegg blir det angitt hvor stor andel av kommunene i de ulike fylkene det er blitt estimert tall for.

Tabell C.1 Kommuner det er estimert tall for etter hvorvidt det er blitt imputert tall, skalert ned og totalt. Absolutte tall og prosentandel av kommuner i alt. Hele landet og fylker. 2023

	Antall kommuner med imputerte utgifter	Antall kommuner skalert ned til 50 prosent av funksjon 241	Antall kommuner det er estimert tall for totalt	Andel kommuner det er estimert for i alt (prosent)
Hele landet	16	15	31	8,7
Agder	1	0	1	4,0
Akershus	0	0	0	0,0
Buskerud	0	0	0	0,0
Finnmark	2	3	5	27,8
Innlandet	4	1	5	10,9
Møre og Romsdal	0	0	0	0,0
Nordland	2	4	6	14,6
Oslo	0	0	0	0,0
Rogaland	1	1	2	8,7
Telemark	1	1	2	11,8
Troms	0	1	1	4,8
Trøndelag	0	1	1	2,6
Vestfold	0	0	0	0,0
Vestland	4	2	6	14,0
Østfold	1	1	2	16,7

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det er blitt estimert tall for 31 kommuner eller i underkant av 9 prosent av alle kommunene for landet totalt. Videre er det estimert verdier for kommuner i 10 av 15 fylker. Andelen kommuner som det er blitt estimert tall for er størst i Finnmark og Nordland med hhv. om lag 28 og 15 prosent.

Grunnlagstallene fordelt etter kommunestørrelse viser at det er blant kommunene med under 2 000 innbyggere at andelen kommuner det er estimert tall for er størst, med 14 prosent. Nest størst andel finner vi blant kommuner med 10 000 - 19 999 innbyggere med 11 prosent. Fordelt etter sentralitet viser grunnlagstallene at andelen kommuner det er estimert tall for er størst blant de minst sentrale kommunene med 15 prosent.

Det er viktig å understreke at oversikten over antall kommuner som det er estimert tall for ikke nødvendigvis sier noe om effekten dette får på de overordnede utgiftstallene for landet totalt. Den kan samtidig gi en indikasjon på hvor endringene for de overordnede tallene vil være størst fordelt etter fylker, kommunestørrelse og sentralitet.

Tabell C.2 viser forskjellen mellom netto driftsutgifter til legevaktjenester for alle landets kommuner totalt i de innrapporterte grunnlagstallene og i tallene der estimeringsmetoden beskrevet over er tatt i bruk.

Tabell C.2 Kommunenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. Hele landet. 2023

	Beløp (kroner)		Absolutt endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall	Prosentvis endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall
	Grunnlagstall	Estimerte tall		
Hele landet	3 634 220 710	3 629 534 773	-4 685 937	-0,13

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at totale netto driftsutgifter blir i underkant av 5 millioner eller 0,13 prosent lavere ved å ta i bruk metoden som estimerer verdier for de 31 kommunene med mistenkelige verdier.

Tabell C.3 viser forskjellen mellom netto driftsutgifter til legevaktjenester totalt i de innrapporterte grunnlagstallene og i de estimerte tallene, etter hoved-organiseringsform av legevakt gjennom døgnet.

Tabell C.3 Kommunenes netto driftsutgifter til legevaktjenester, etter hovedorganiseringsform av legevakten. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. 2023

	Beløp (kroner)		Absolutt endring	Prosentvis endring
	Grunnlagstall	Estimerte tall	Estimerte tall vs. Grunnlagstall	Estimerte tall vs. Grunnlagstall
A - Én-kommune-legevakt hele døgnet	1 130 104 638	1 122 600 645	-7 503 993	-0,7
B - Vertskommune i et interkommunalt samarbeid	1 372 499 510	1 376 419 363	3 919 853	0,3
C - Deltakerkommune i et interkommunalt samarbeid	879 165 949	881 592 728	2 426 779	0,3

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at totale netto driftsutgifter for kommuner med A - Én-kommune-legevakt hele døgnet blir 7,5 millioner lavere, eller 0,7 prosent, med estimerte verdier. For kommuner med B-vertskommune gjennom døgnet (inkl. A dag og B alle andre tidsrom) er de estimerte verdiene blitt ca. 4 millioner kroner, eller 0,3 prosent, høyere. For de som organiserer legevakt som C - deltakerkommune i interkommunalt samarbeid gjennom døgnet (inkl. A dag og C alle andre tidsrom) har beløpene blitt 2,4 millioner, eller 0,3 prosent, høyere.

Tabell C.4 viser forskjellen mellom netto driftsutgifter til legevaktjenesten totalt i de innrapporterte grunnlagstallene og i de estimerte tallene, etter kommunestørrelse.

Tabell C.4 Kommunenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. Kommunestørrelse. 2023

	Beløp (kroner)		Absolutt endring	Prosentvis endring
	Grunnlagstall	Estimerte tall	Estimerte tall vs. Grunnlagstall	Estimerte tall vs. Grunnlagstall
Hele landet	3 634 220 710	3 629 534 773	-4 685 937	-0,1
Under 2 000 innbyggere	191 240 698	192 662 531	1 421 833	0,7
2 000 - 4 999 innbyggere	409 059 355	391 551 690	-17 507 665	-4,3
5 000 - 9 999 innbyggere	421 225 783	416 662 037	-4 563 746	-1,1
10 000 - 19 999 innbyggere	438 385 307	452 687 858	14 302 551	3,3
20 000 - 49 999 innbyggere	855 082 262	856 743 352	1 661 090	0,2
50 000 eller flere innbyggere	1 319 227 305	1 319 227 305	0	0,0

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at endringene mellom de estimerte verdiene og grunnlagstallene varierer etter kommunestørrelse. De største prosentvise endringene er blant kommuner med 2 000 - 4 999 innbyggere med en nedgang på 4,3 prosent eller i underkant av 18 millioner kroner. Mens det blant kommuner med 10 000 - 19 999 innbyggere har vært en økning på 3,3 prosent, eller 14,3 millioner kroner. For de andre kommunestørrelsene er endringene relativt små både målt i prosentvis endring og absolutte tall.

Tabell C.5 viser forskjellen mellom netto driftsutgifter til legevaktjenesten totalt i de innrapporterte grunnlagstallene og i de estimerte tallene, etter sentralitet.

Tabell C.5 Kommunenes netto driftsutgifter til legevakt tjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall, absolutt og prosentvis endring. Sentralitet. 2023

	Beløp (kroner)		Absolutt endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall	Prosentvis endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall
	Grunnlagstall	Estimerte tall		
Hele landet	3 634 220 710	3 629 534 773	-4 685 937	-0,1
6 Minst sentrale kommuner	412 603 899	395 859 441	-16 744 458	-4,1
5 Nest-minst sentrale kommuner	527 222 565	525 337 441	-1 885 124	-0,4
4 Mellomsentrale kommuner 2	623 432 799	635 548 658	12 115 859	1,9
3 Mellomsentrale kommuner 1	849 327 342	851 155 129	1 827 787	0,2
2 Nest-mest sentrale kommuner	831 737 307	831 737 307	0	0,0
1 Mest sentrale kommuner	389 896 798	389 896 798	0	0,0

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at det er særlig blant de minst sentrale kommunene at det er en endring mellom estimerte tall og grunnlagstallene. De estimerte tallene er i underkant av 17 millioner, eller rundt 4 prosent, lavere enn grunnlagstallene i de minst sentrale kommunene, mens de er vel 12 millioner, eller 2 prosent, høyere blant *mellomsentrale kommuner 2*. For de andre sentralitetsinndelingene er endringen mellom de estimerte tallene og grunnlagstallene små.

Tabell C.6 viser forskjellen mellom netto driftsutgifter til legevakt tjenesten totalt i de innrapporterte grunnlagstallene og i de estimerte tallene, etter fylker.

Tabell C.6 Kommunenes netto driftsutgifter til legevakt tjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall, absolutt og prosentvis endring. Fylker. 2023

	Beløp (kroner)		Absolutt endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall	Prosentvis endring Estimerte tall vs. Grunnlagstall
	Grunnlagstall	Estimerte tall		
Hele landet	3 634 220 710	3 629 534 773	-4 685 937	-0,1
Agder	193 930 530	194 524 250	593 720	0,3
Akershus	425 711 004	425 711 004	0	0,0
Buskerud	170 804 843	170 804 843	0	0,0
Finnmark	114 353 619	104 484 398	-9 869 221	-8,6
Innlandet	264 769 533	266 313 317	1 543 784	0,6
Møre og Romsdal	201 958 452	201 958 452	0	0,0
Nordland	241 639 384	238 212 600	-3 426 784	-1,4
Oslo	211 727 268	211 727 268	0	0,0
Rogaland	276 112 373	285 714 855	9 602 482	3,5
Telemark	125 867 343	126 508 266	640 923	0,5
Troms	165 542 271	165 546 427	4 156	0,0
Trøndelag	312 370 839	311 255 839	-1 115 000	-0,4
Vestfold	164 643 021	164 643 021	0	0,0
Vestland	566 382 507	562 338 905	-4 043 602	-0,7
Østfold	198 407 723	199 791 327	1 383 604	0,7

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at estimeringen særlig får utslag for tallene til kommunene i Finnmark. For de andre fylkene er det relativt små endringer mellom de estimerte tallene og grunnlagstallene. I Finnmark er de estimerte tallene i underkant av 10 millioner, eller i underkant av 9 prosent, lavere enn de opprinnelige grunnlagstallene. Dette skyldes at det er særlig kommuner i Finnmark som har rapportert inn totalbeløp som er 50 prosent eller mer av totale netto driftsutgifter for funksjon 241.

Finnmark fylke er spesielt fordi inneholder mange geografisk store kommuner som er små målt i innbyggertall. Dette gjør at lange reiseavstander innad i kommuner kan gjøre det mer kostnadskrevenne med legevakt enn for kommuner i andre fylke. Finnmark toppe dessuten bruken av vikarleger for fastleger (Helsedirektoratet 2024). Dette bidrar trolig også til økte utgifter for legevakt tjenesten siden fastleger er en viktig del av personellet på legevakt. Det kan derfor være rimelig å anta at andelen netto driftsutgifter av totale netto driftsutgifter til funksjon 241 kan være

høyere enn i andre fylker. SSB har samtidig vurdert at det er lite sannsynlig at denne tjenesten utgjør mer enn 50 prosent av de totale netto driftsutgiftene for funksjon 241 i noen av kommunene.

Tabell C.7 viser absolutt og prosentvis endring ved bruk av ulike grenseverdier for nedskalering knyttet til andel av netto driftsutgifter for funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*.

Tabell C.7 Absolutt og prosentvis endring fra grunnlagstallene for legevaktutgifter ved bruk av ulike grenseverdier for nedskalering knyttet til andel av netto driftsutgifter for funksjon 241 *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*. Hele landet. 2023

	Grunnlagstall	Estimerte tall med grense på 50 prosent av funksjon 241	Estimerte tall med grense på 40 prosent av funksjon 241	Estimerte tall med grense på 30 prosent av funksjon 241
Beløp (kroner)	3 634 220 710	3 629 534 773	3 593 494 075	3 515 735 132
Absolutt endring (kroner)	..	-4 685 937	-40 726 635	-118 485 578
Prosentvis endring	..	-0,128939245	-1,1	-3,3

Kilde: KOSTRA-skjema 1 og KOSTRA kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

I arbeidet med å bestemme grenseverdier for estimeringen er det også gjort forsøk på å se på endringseffektene dersom alle kommuner med totale legevaktutgifter med hhv. 30 prosent eller mer og 40 prosent eller mer av netto driftsutgifter totalt for funksjon 241 blir skalert ned. Resultatene ved bruk av disse to metodene viser ikke overraskende at de estimerte beløpene blir noen prosent lavere enn med den valgte metoden der alle kommuner med 50 prosent eller mer av funksjon 241 blir skalert ned. Fordelt etter kommunestørrelse, sentralitet og fylker er mønstrene de samme også for disse to metodene. Det er imidlertid enda større endringer for enkelte fylker, grupper for kommunestørrelse og sentralitetsinndelinger når verdien for nedskalering blir satt på 30 og 40 prosent av totale netto driftsutgifter.

Figurregister

Figur 3.1	Utsnitt av kartleggingen om kommunenes organisering av legevakt tjenester gjennom døgnet. 2023.....	16
Figur 4.1	Utsnitt av kartleggingen i KOSTRA-skjema 1 om kommunenes netto driftsutgifter til legevakt gjennom døgnet. 2023.....	28
Figur 4.2	Netto driftsutgifter til legevakt, kroner per innbygger, etter hovedorganiseringsform og kommunestørrelse. (N=336). 2023	33
Figur 4.3	Netto driftsutgifter til legevakt målt i kroner per innbygger, etter fylke. 2023	36
Figur 4.4	Netto driftsutgifter til legevakt per innbygger (kroner), etter kommunestørrelse. (N=356). 2023	37
Figur 4.5	Netto driftsutgifter til legevakt per innbygger (kroner), etter sentralitet. (N=356). 2023	37
Figur 5.1	Refusjonsutgifter til legevakt per fylke og antall innbyggere per fylke. (N= 356). 2023. Kroner.....	40
Figur 5.2	Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter fylke. (N= 356). Kroner. 2023	41
Figur 5.3	Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter kommunestørrelse. (N= 356). Kroner. 2023	42
Figur 5.4	Refusjonsutgifter til legevakt per innbygger etter sentralitet. (N= 356). Kroner. 2023	42
Figur 5.5	Utbetalt tilskuddsbeløp etter fylke. (N= 356). 2023. Kroner.....	43
Figur 5.6	Utbetalt tilskuddsbeløp per innbygger etter fylke. 2023. Kroner.....	44
Figur 6.1	Prosentvis fordeling av totale utgifter til legevakt, etter hvem som dekket utgiftene. 2023. Prosent. Hele landet	47
Figur 6.2	Kommunenes, statens og innbyggernes utgifter til legevakt fordelt på fylke. n=356. 2023. Absolutte tall	47
Figur 6.3	Kommunenes, statens og innbyggernes utgifter til legevakt fordelt på fylke. n=356. 2023. Prosent.....	48
Figur 7.1	Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen. Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023	52
Figur 7.2	Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevakt tjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023	57

Tabellregister

Tabell 2.1	Befolkning og antall kommuner etter fylke (2024-struktur). 2023. Absolutte tall per 31.12	13
Tabell 2.2	Befolkning og antall kommuner etter kommunestørrelse. 2023. Absolutte tall per 31.12	13
Tabell 2.3	Befolkning og antall kommuner etter sentralitet. 2023. Absolutte tall per 31.12	14
Tabell 3.1	Organisering av legevakt på ulike tider av døgnet. Antall kommuner. (N=356). Absolutte tall. 2023	17
Tabell 3.2	Organisering av legevakt på ulike tider av døgnet. Prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023	17
Tabell 3.3	Organisering av legevakt gjennom døgnet. Absolutte tall og prosent av alle kommuner (N=356). Hele landet. 2023.....	19
Tabell 3.4	Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i hvert fylke (N= 356). Fylker. 2023	20
Tabell 3.5	Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i de ulike kommunegruppene (N= 356). Kommunestørrelse. 2023	21
Tabell 3.6	Organisering av legevakt gjennom døgnet. Prosent av alle kommuner i de ulike kommunegruppene (N= 356). Sentralitet. 2023	22
Tabell 4.1	Netto driftsutgifter til KOSTRA-funksjon 241: Diagnose, behandling, re-/habilitering. Beløp i milliarder kr. Løpende priser. Hele landet. 2015-2023	27
Tabell 4.2	Netto driftsutgifter til daglegevakt i kroner for kommuner som har A - Én-kommune-legevakt kun på dagtid, etter kommunestørrelse, (N=205). 2023.....	29
Tabell 4.3	Netto driftsutgifter til legevakt for kommuner med utelukkende A - Én-kommunelegevakt alle tidsrom, etter kommunestørrelse. (N=75) Kroner per innbygger. 2023.....	30
Tabell 4.4	Netto driftsutgifter til legevakt for dem som enten kun er B - Vertskommune alle tidsrom, eller A Én-kommune daglegevakt og kun B ellers, etter kommunestørrelse. (N=72) Kroner per innbygger. 2023	31
Tabell 4.5	Netto driftsutgifter til legevakt for de som har enten bare rapportert at de er C- Deltakerkommune alle tidsrom, eller A - Én-kommune daglegevakt og kun C ellers, etter kommunestørrelse. (N=189) Kroner per innbygger. 2023.....	32
Tabell 4.6	Netto driftsutgifter til legevakt, etter organiseringsform og fylke, kroner. (N=356) 2023	35
Tabell 5.1	Sum utbetalt refusjon fra staten for legevakt. Kroner. 2023. Hele landet	39
Tabell 5.2	Statens utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet.....	44
Tabell 6.1	Innbyggernes utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet.....	46
Tabell 6.2	Totale utgifter til legevakt. 2023. Absolutte tall. Kroner. Hele landet	46
Tabell 6.3	Totale utgifter til legevakt per innbygger etter fylke. 2023. n=356. Absolutte tall. Kroner.....	49
Tabell 7.1	Netto driftsutgifter for den kommunale helse- omsorgstjenesten, etter funksjon. Absolutte tall (kroner) og prosentvis fordeling av totalbeløpet. Hele landet. 2023.....	50
Tabell 7.2	Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen, etter kommunestørrelse. Prosent. (N=356). 2023.....	53
Tabell 7.3	Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen. Prosent. (N=356). Sentralitet. 2023.....	54
Tabell 7.4	Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen (N=356). Prosent av alle kommuner i hvert enkelt fylke. Fylker. 2023	55
Tabell 7.5	Ulike måter kommunene har fremskaffet utgiftstallene på i legevaktkartleggingen, etter organisering av legevakt. Prosent. (N=356). 2023.....	56
Tabell 7.6	Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen	

	regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Kommunestørrelse. 2023	58
Tabell 7.7	Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Sentralitet. 2023	58
Tabell 7.8	Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner per fylke. (N=356). Fylker. 2023.....	59
Tabell 7.9	Kommuner som vil være i stand til å rapportere kvalitetsmessig gode regnskapstall på legevaktjenester dersom det i løpet av noen år blir skilt ut som en egen regnskapsfunksjon (Ja/Nei/Usikker)? Prosent av alle kommuner (N=356). Ulike organiseringsformer. 2023	60
Tabell C.1	Kommuner det er estimert tall for etter hvorvidt det er blitt imputert tall, skalert ned og totalt. Absolutte tall og prosentandel av kommuner i alt. Hele landet og fylker. 2023	72
Tabell C.2	Kommunenenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. Hele landet. 2023	72
Tabell C.3	Kommunenenes netto driftsutgifter til legevaktjenester, etter hovedorganiseringsform av legevakten. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. 2023.....	73
Tabell C.4	Kommunenenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall absolutt og prosentvis endring. Kommunestørrelse. 2023	73
Tabell C.5	Kommunenenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall, absolutt og prosentvis endring. Sentralitet. 2023	74
Tabell C.6	Kommunenenes netto driftsutgifter til legevaktjenester. Grunnlagstall og Estimerte tall. Absolutte tall, absolutt og prosentvis endring. Fylker. 2023.....	74
Tabell C.7	Absolutt og prosentvis endring fra grunnlagstallene for legevaktutgifter ved bruk av ulike grenseverdier for nedskalering knyttet til andel av netto driftsutgifter for funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. Hele landet. 2023 ..	75