

# Ny honorarstruktur i almen praksis

Sammenfatning af konklusioner

Notat

Pia Kürstein Kjellberg (ed.)  
Jakob Kjellberg (ed.)

KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI,  
AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og  
Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

Udgiver: KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og  
Regioners Analyse og Forskning  
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595  
2100 København Ø  
Telefon: +45 35 29 84 00  
ds@dsi.dk

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er  
tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler,  
anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes  
sendt til KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og  
Regioners Analyse og Forskning.

ISBN: 978-87-7488-738-6  
Projekt 3300  
September 2012

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuner og Regioners Analyse og Forskning**  
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595  
2100 København Ø  
Telefon: +45 35 29 84 00

# Indholdsfortegnelse

Baggrund.....	4
Formål og metode .....	5
Resultater fra litteraturstudiet .....	5
Resultater fra registeranalyserne .....	6
Resultater fra casestudiet .....	7
Resultater af interessentanalysen .....	7
Diskussion .....	8

## Baggrund

Almen praksis står overfor væsentlige udfordringer i forhold til kapaciteten, forventninger fra samarbejdspartner, indhold og kvalitet samt bemanning. For det første betyder den demografiske udvikling med flere ældre og kronisk syge, og samtidigt stigende forventninger hos patienterne, at efterspørgslen på ydelser i almen praksis stiger. For det andet undergår det samlede sundhedsvæsen en udvikling, hvor flere opgaver udlægges fra sekundærsektoren til primærsektoren, og hvor almen praksis tiltænkes en større rolle hvad angår kronikeromsorg, forebyggelse og akutfunktioner. For det tredje stiger kravene til den kliniske kvalitet og den tekniske og organisatoriske standard hele tiden, og almen praksis forventes at spille rollen som koordinerende krumtap i et stadigt mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen.

Honorarstrukturen i almen praksis har de seneste mange år været baseret på en kombination af basis- og ydelseshonorar. Ydelseshonoraret udgør i dag knap 3/4, hvor det i starten af 90'erne udgjorde ca. 2/3 af praksis' omsætning. I samme periode er antallet af kontakter pr. borger steget fra ca. 5 til ca. 7 om året. Der er ønske om at justere honorarstrukturen, så den ikke så entydigt giver incitament til at levere mange kontakter og ydelser, men i større omfang understøtter de bredere målsætninger, der er for udvikling af praksissektoren (Boks 1).

### *Boks 1. Aftale om udvikling af en ny honorarstruktur*

PLO og RTLN indgik i 2010 aftale om, at udvikle en ny honorarstruktur for almen praksis. Af overenskomsten fremgår, at det nuværende honorarsystem skal forenkles, og at der skal skabes en incitamentstruktur, der i højere grad understøtter de målsætninger, der er for området, herunder kvalitet, dokumentation, lægedækning mv.

Det ny honorarsystem skal i henhold til overenskomstaftalen:

- understøtte hensynet om den rigtige behandling på det rigtige niveau, jf. LEON princippet
- understøtte et integreret sundhedsvæsen
- understøtte økonomisk styring af almen praksis området, herunder omforme de indbyggede incitamenter, så de understøtter de ønskede mål på området
- understøtte effektivt ressourceforbrug
- understøtte den ønskede kvalitet
- være meningsfuld, rimelig, entydig og have legitimitet hos de alment praktiserende læger
- fremme et godt arbejdsmiljø
- være nem at administrere.

Den ny honorarmodel forventes samtidig/hermed bestå af:

- et klinikhonorar (basishonorar), der er større end i dag, og hvortil der kan knyttes et antal forpligtelser og evt. justeres for socioøkonomi
- aktivitetsbestemt honorering af et nærmere bestemt antal ydelser (færre end i dag), herunder laboratorieområdet
- evt. honorering for kvalitet.

For at kvalificere arbejdet med udvikling af en ny honorarstruktur har Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) i første halve år af 2012 gennem-

ført et honorarprojekt på Bornholm. Projektet indebærer at samtlige læger på Bornholm har fået tilbud om at overgå til en midlertidig overenskomst, dækkende projektperioden fra 1. januar 2012 til 30. juni 2012, hvor honoraret kun i meget begrænset omfang er afhængigt af de leverede ydelser. Honoraret er i stedet bestemt ved prisregulering af lægens omsætning i samme periode året før – laboratorieområdet og børnevaccinationsprogrammet undtaget. I alt 22 ud af 30 læger på Bornholm valgte at medvirke i projektet.

## Formål og metode

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse- og Forskning, har evalueret forsøget med en ny honorarstruktur på Bornholm efter opdrag fra PLO og RLTN.

Formålet med forsøget og evalueringen har været at vinde indblik i konsekvenserne ved at indføre en honorarstruktur, der i markant større omfang gør brug af basishonorar.

Evalueringen består af fire supplerende analyser:

- et litteraturstudie
- en registeranalyse af lægernes henvisnings- og ydelsesmønstre før/efter, suppleret med indsamlede data om indholdet i lægernes konsultationer før/efter
- casestudier af arbejdets organisering i fire praksis før/efter
- en interessentanalyse ved forsøgsperiodens afslutning.

I det følgende redegør vi for hovedkonklusionerne i de enkelte analyser.

## Resultater fra litteraturstudiet

Litteraturstudiet finder at en overgang fra basishonorering til ydelseshonorering øger aktiviteten i almen praksis. Dette ses i form af et øget antal konsultationer, øget antal diagnostiske ydelser og færre henvisninger, hvilket også er i overensstemmelse med almindelig økonomisk teori. Der findes ikke studier, som har set specifikt på effekten på adfærd af forskellig vægtning af basis- og ydelsesbaseret honorering. Derfor må det udledes at en øget vægtning af basishonorering burde medføre flere henvisninger til sekundærsektoren, mindre diagnostisk aktivitet og færre konsultationer pr. patient, da der er et mindre incitament til selv at behandle; samtidig vil der også være et mindsket incitament til at overbehandle.

Litteraturen giver ikke dækning for at forvente at læger vil øge patientlisten ved ændret honorering, men teoretisk påpeges det, at der med øget basishonorering følger større krav om risikojustering af basishonoraret, for at undgå at de praktiserende læger vil forsøge at tiltrække patienter med mindst behov for ydelserne i almen praksis.

Der findes ikke gode studier, der belyser effekten af honoreringsstrukturer på faktorer såsom lægers jobtilfredshed og forskellige betalingsformers effekt på lægers villighed til at vælge almen praksis som speciale. Psykologiske teorier har været anvendt til at se på effekten af finansielle incitamenter: Her påpeges det, at det er vigtigt at overveje i hvilken grad stærke finansielle motiver fortrænger praktiserende lægers indre motivation til at yde en god service. Der findes ikke egentlige empiriske studier, der kan belyse om et højere basishonorar øger den indre motivation, ligesom der er meget lidt empiri, der belyser konsekvenserne af højere basisindtægt i forhold de mere overordnede formål som at styrke et integreret sundhedsvæsen mv.

Der er studier, der belyser sammenhængen mellem resultatorienteret honorering og ønsket om at højne kvaliteten i behandlingen i almen praksis på specifikke områder. Her peger litteraturen på at en resultatorienteret honorering har en moderat effekt, men det er tvivlsomt om effekten står mål med de omkostninger som resultatorienteret honorering medfører. Litteraturen indeholder ikke studier, der dokumenterer en sammenhæng mellem ændringer i behandlingskvalitet og en omlægning af den aktivitetsmæssige honorering mod mere basishonorering.

Samlet set giver litteraturen os en forventning om at en overgang til mere basishonorering vil medføre mindre aktivitet i almen praksis, men flere henvisninger ud af praksis.

## Resultater fra registeranalyserne

Registreranalyserne fokuserer særligt på om der kan konstateres aktivitetsændringer hos lægen eller i lægens henvisninger efter ændringen i honorarstrukturen som forudsagt i litteraturgennemgangen.

Ved analyse af det samlede aktivitetsniveau i almen praksis kan vi ved at sammenligne med udviklingen i resten af regionen ikke identificere nogen ændringer som følge af den ændrede honorarstruktur. Antallet af kontakter er således ikke faldet blandt de deltagende i studieperioden. Det udelukker ikke nødvendigvis en effekt på aktivitetsniveauet på lidt længere sigt, men vi kan konkludere at den ændrede honorarstruktur ikke har medført kortsigtede ændringer i lægernes aktivitetsniveau.

Når vi ser på antallet af henvisninger til praktiserende speciallæger mv. under Sygesikringen, steg andelen, der kontaktede vagtlæge på Bornholm i studieperioden relativt til udviklingen i resten af regionen. Ændringen skyldes især en stigning i telefonkonsultationer. Dette kan være en indikation af at de akutte behov i øget grad skulle håndteres i vagttid, hvilket kan være et resultat af et mindre incitament til at håndtere dem i dagtid. Derfor kan det være relevant at følge op på om denne udvikling også gør sig gældende for fx skadestuebehandling, når data fra Landspatientregisteret bliver tilgængelige. For de øvrige ydere under Sygesikringen kunne der ikke konstateres betydende afvigelser fra udviklingen i resten af regionen.

For at belyse om der er sket nogle forandringer i indholdet af konsultationer, blev der blandt de læger og praksispersonale, der deltog i honorarprojektet, gennemført mere detaljerede registreringer for at kortlægge almen praksis' ydelses-, samarbejds- og henvisningsmønstre før og under den nye honorarstruktur. Med udgangspunkt i disse registreringer, fandt vi, at konsultationerne i perioden med den nye honorarstruktur fik en større tyngde, og at de praktiserende læger foretog flere forebyggende indsatser såsom patientuddannelse om kost, rygning, motion og indsatser ved kronisk sygdom og havde en større andel af opfølgende konsultationer.

Selvom resultaterne fra de mere detaljerede registreringer i almen praksis på mange måder understøtter de teoretiske forventninger ved en ny honorarstruktur, hvor man gerne ser, at der lægges mere vægt på det forebyggende arbejde og konsultationer med en større patienttyngde, så skal resultaterne dog tolkes varsomt. De detaljerede registreringer foretages alene blandt de deltagende læger på Bornholm, og vi kan derfor ikke kontrollere for udviklingen i behandlingsmønstret i resten af regionen eller for betydningen af sæsonvariation for patientmaterialet.

Endelig er det undersøgt om en ændring i honorarstrukturen har påvirket lægernes valg af samarbejde med andre læger og brug af praksispersonale. Her kan ikke konstateres nogle forandringer i samarbejdet med andre læger, men arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale er blevet mere udtalt efter den nye honorarstruktur, så der er mindre samarbejde om den enkelte konsultation. Dette fund er i modstrid med den forhåbning man kunne have til en ændret honorarstruktur,

men igen kan resultatet være en konsekvens af en årstidsvariation, hvor der er mere travlt i december end i juni, hvorfor der måske er mindre uddelegering af arbejdsopgaver i juni. Endelig kan feriemønsteret i juni også spille ind.

Samlet konkluderer registerstudierne, at vi ikke kan spore forandringer i antallet af konsultationer som følge af honorarmodellen, men der kan konstateres flere henvisninger til vagtlæge. I perioden sker nogle forskydninger i arbejdsgangen internt i praksisserne, som understøtter de intentioner, der har været med at gennemføre en ny honorarstruktur. Dog er det uklart, om forskydningerne i arbejds gange kan knyttes til sæsonvariationer i sygdomsbilledet, en generel trend i almen praksis eller den ændrede honorarstruktur.

## Resultater fra casestudiet

For at generere detaljeret viden om hvordan og hvorvidt det daglige arbejde ændres som følge af den ny honorarstruktur, er der gennemført casestudier i fire praksisser før pilotprojektet blev igangsat og umiddelbart inden pilotprojektets afslutning.

Overordnet set er der ikke identificeret betydende ændringer i opbygningen af lægernes arbejdsuge eller lægernes overordnede tidsanvendelse efter ændringen af lægernes honorering. Én praksis har indført en ugentlig kaffepause for læger og personale. Dette mindre fokus på aktivitet er i overensstemmelse med forventningerne fra litteraturen, men ændringerne er så små, at de ikke kan konstateres i de statistiske resultater. Samme praksis har endvidere konverteret en fremmødekonsultation pr. dag til opfølgningstid - en tendens, der genfindes statistisk i registerundersøgelsen. Konverteringen fra fremmødekonsultationer til opfølgningstid angives dog af den deltagende praksis, som værende uafhængig af ændringen i honorering.

Analyserne finder få implementerede ændringer i arbejdsdelingen mellem praksissernes læger og praksispersonale. Den ny honorarstruktur blev ved forsøgsperiodens opstart set som en mulighed for at understøtte arbejdet med uddelegering af opgaver til praksispersonalet i to af de medvirkende praksis. De to praksis havde dog ikke indenfor rammerne af den korte forsøgsperiode gennemført konkrete ændringer i arbejdsdelingen.

Honorarprojektet giver i princippet almen praksis mulighed for at kunne afsætte længere tid til den enkelte patient med særligt behov, uden at skulle bekymre sig om økonomiske konsekvenser. Dette kan i nogen omfang genfindes i casestudierne, men de praktiserende læger efterspørger her faglige anbefalinger, som man kan læne sig op ad hvis man for alvor skal forsøge fx at integrere opfølgningsforløbene for multisyge patienter, ligesom den midlertidige karakter af honorarprojektet modarbejder incitamentet til omlægge arbejdet i praksisserne.

I forhold til de forventede og ønskede effekter af honorarprojektet finder analyserne anløb til en række forandringer i flere praksis, men generelt har de deltagende læger og deres ansatte fremhævet den korte projektperiode og projektets midlertidige karakter som en hovedårsag til at kun få ændringer er blevet implementeret i en travl hverdag. Væsentlige forandringer i arbejdstilrettelæggelsen, der skal ændre vaner og faglige normer, vil kræve at omlægningerne i honorarstrukturen har en mere permanent karakter.

## Resultater af interessentanalysen

En forventning til en honorarstruktur, der i mindre grad er baseret på aflønning pr. konsultation er, at praktiserende læger lettere vil kunne frigøre tid til at prioritere eksterne samarbejdspartnere højere. Dette ville kunne medføre et bedre samarbejde mellem almen praksis og kommunen og regionen. Hverken regionskommunen eller Region Hovedstaden vurderer dog at de har oplevet

nogle væsentlige forandringer i deres samarbejde med almen praksis, som kunne relateres til en ændret honorarstruktur. Dette forklarede både de og de praktiserende læger primært med projektets korte levetid, tidspres og patienternes uændrede efterspørgsel. Enkelte læger har desuden haft det som et mål i sig selv, at de ikke ville lade sig påvirke af den nye honorarmodel.

Grundlæggende er aktører ikke enige om, hvad der er vigtigt i en fremtidig honorarmodel. Fra betalerperspektiv vægtes budgetsikkerhed, adskillelse af faglighed og økonomi samt incitament til prioritering af ressourcerne. De alment praktiserende læger ser gerne mere fleksibilitet, en sammenhæng mellem aflønning og arbejdsbyrde, samt at arbejdsbyrden overordnet set bliver reduceret.

## Diskussion

Såvel litteratur og interviews understøtter hypotesen om at det har konsekvenser for samarbejdet at ændre honoreringen i retning af en fast løn på længere sigt. De praktiserende læger påpeger at fast honorar er lig med faste arbejdstider og en deraf følgende reduktion i produktiviteten og fleksibiliteten i forhold til fx opgaveglidning. Fra et regionalt perspektiv ses større basishonorar som en model til at adskille de praktiserende lægers faglige valg fra deres økonomi, og skabe incitament til at prioritere patientforløb og udviklingsprojekter på tværs af sektorer.

Overordnet set viser analyserne af aktiviteten i perioden med den ændrede honorarstruktur ikke større forandringer i aktiviteten. Det kan tolkes i retning af at de indlejrede strukturer blandt patienter og praktiserende læger har en karakter, som opretholder en vis kontinuitet i den eksisterende patientbehandling. Konsekvenserne af en ændret honorarmodel på længere sigt er dog fortsat uklare, men analyserne finder tegn på at en ændret honorering kan understøtte de omlægninger, der ønskes i form af mere hensigtsmæssige arbejdsdelinger i sundhedsvæsenet. Modsat er der også fundet flere henvisninger til vagtlæge og der er afdækket intentioner om en mindre aktivitetsorientering blandt de praktiserende læger.

Honorarprojektets midlertidige karakter med indbygget økonomisk sikkerhedsnet i forhold til lægens tidligere indtægt har gjort at vi med herværende observationer næppe afdækker størrelsesordenen af en fuldt implementeret honorarmodel. Ved en mere permanent omlægning af honorarstrukturen bør der således være på fokus på at mulige utilsigtede konsekvenser i form af fx flere henvisninger og mindre tilgængelighed bliver monitoreret.

Endvidere findes der i analysen ikke åbenbare tegn på at almen praktiserende læger naturligt vil prioritere et bredt samarbejde med sundhedsvæsenets mange aktører, hvis et mindre tidspres blev muligt som del af en ændret honorarmodel. De praktiserende læger angiver selv at arbejdstilrettelæggelsen primært afspejler et stort efterspørgselspres, hvorfor dette formodentlig vil sikre et relativt højt aktivitetsniveau i almen praksis fremadrettet, men i det omfang almen praksis vælger at reducere sit arbejdskraftudbud, så er der altså ingen garanti for at almen praksis vil investere den frigjorte tid i at sikre en større integration med det omgivende sundhedsvæsen mv.

I princippet kan truslen om patientvandringer mellem de praktiserende læger på længere sigt presse den enkelte praktiserende læge til fortsat at sikre et højt service- og aktivitetsniveau i forhold til den enkelte patient. Men det er formodentlig tvivlsomt om den enkelte patient direkte abonnerer på de overordnede visioner om at de praktiserende læger anvender mere af deres tid på det tværgående samarbejde i sundhedsvæsenet på bekostning af fx tilgængeligheden til den enkelte praktiserende læge. En ændret honorarstruktur i retning af større basishonorar vil derfor næppe kunne stå alene i forhold til at sikre de mål, der overordnet set er knyttet til udviklingen af fremtidens almene praksis.



Hvorvidt et øget brug af et klinikhonorar er en bedre løsning i forhold til de overordnede ønsker, der er for almen praksis, kan pilotprojektet ikke konkludere noget entydigt om. De mange og forskellige udviklingsønsker, der er til almen praksis, vil næppe alene kunne kvantificeres i en simpel afregningsmodel.

Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved hvor store forventninger, det er realistisk at have til en ændret honorarmodel som den afprøvede isoleret set, og om udvikling af almen praksis meningsfuldt kan ske ved, at der stilles færre aktivitetskrav til almen praksis i forhåbning om, at alment praktiserende læger af sig selv vil dedikere flere ressourcer til den overordnede målopfyldelse, herunder til opfyldelse af målsætninger om et mere integreret sundhedsvæsen og varetagelse af de kontakter i almen praksis, der er hensigtsmæssige ifht. LEON princippet.

Det bør derfor overvejes hvilke krav, monitoringsredskaber og opfølgingsmetoder, der kan ledsage en ændret honorarmodel for at imødegå eventuelle uønskede bieffekter såsom øget viderehenvisning, og som kan bidrage til at sikre, at lægernes aktivitet målrettes den ønskede udvikling.

Etableringen af evt. nye måle- og monitoringsredskaber vil samtidig skulle afstemmes de ønsker, der er om at et nyt honorarsystem skal være nemt at administrere, fremme et godt arbejdsmiljø, være entydigt og have legitimitet hos de alment praktiserende læger.

Udviklingen af den ideelle honorarstruktur for almen praksis vil være en kontinuerlig proces i forhold til at vægte fordele og ulemper i forhold til de enkelte målsætninger og udfordringer.

