

Bilag 3: Uddybning af forslag 11 om at honoreringen differentieres efter patienttyngde

Udvalget foreslår, at honoreringen i almen praksis differentieres efter patienttyngde. Flere af udvalgets medlemmer har peget på, at basishonoraret øges ved høj patienttyngde, mens det reduceres ved lav patienttyngde. Tiltaget skal give større incitament til at være alment praktiserende læge i de områder, hvor patientpopulationen er mere behandlingskrævende, dvs. der hvor der er større patienttyngde. Effekterne af et differentieret basishonorar må forventes at være langsigtede, hvorfor forslaget ikke kan stå alene ift. at formindske de lægedækningsudfordringer, der er i almen praksis i nogle dele af landet, her og nu.

Internationalt set er differentiering og/eller risikjustering af honorar- og betalingssystemer ikke et nyt fænomen. Flere sammenlignelige lande fx Sverige, Holland, USA og Tyskland har en form for differentiering/ risikjustering, og der findes veldefinerede kriterier og metoder hertil. En evt. model for differentieret basishonorering i en dansk kontekst, vil skulle inddrage erfaringer fra andre lande.

Der er behov for et nærmere analysearbejde ift. at udarbejde konkrete modeller for hvordan basishonoraret kan differentieres, herunder specifikke variable mm.

I nedenstående præsenteres et beregningsteknisk skøn af befolkningens patienttyngde (dvs. det forventede forbrug af sundhedsydelser i almen praksis).

Metode

Behovet for sundhedsydelser herunder ydelser hos den alment praktiserende læge har sammenhæng med faktorer såsom alder, køn, sygelighed, livstil og socioøkonomiske forhold.

Den faktiske geografiske variation i forbruget af sundhedsydelser er ikke nødvendigvis kun et udtryk for befolkningens behov, men kan afspejle andre forhold, som fx. praksisstil, kapacitet og patientpræferencer. Derfor beregnes patienttyngden (det forventede behov) ud fra praksispopulationens sammensætning ift. alder, køn, sygelighed og arbejdsmarkedstilknytning.

Det beregningstekniske skøn for "behov" i indeværende notat består af tre trin:

- Ud fra statistiske metoder og registerdata om blandt andet befolkningens forbrug af sundhedsydelser i almen praksissektoren (målt ved bruttohonoraret) estimeres en sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelser på den ene side og forhold såsom alder, køn, sygelighed, og arbejdsmarkedstilknytning på den anden side.
- På baggrund af den estimerede sammenhæng beregnes et forventet forbrug af sundhedsydelser for hver person i Danmark. Derved udtrykkes betydningen af alder, køn, sygelighed og tilknytning til arbejdsmarkedet i én variabel.

- Ud fra det de individuelle beregnede "forbrug" beregnes et gennemsnitligt forventet forbrug ud fra registerbaserede oplysninger om den enkelte patient. Dermed kan patienttyngden udtrykkes i ét tal.

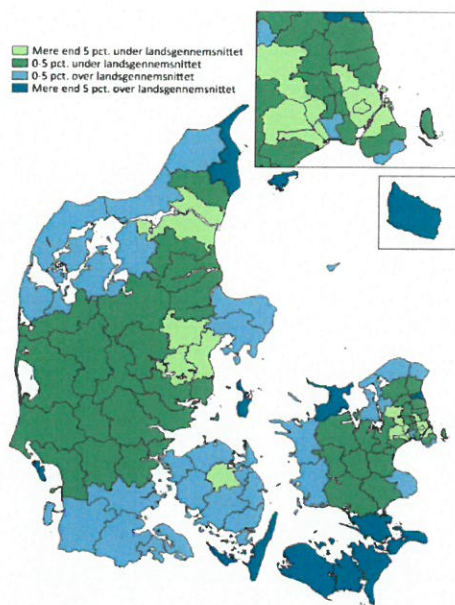
Der kan således overvejes, at basishonoreringen herefter kan differentieres efter patienttyngden. I udgangspunktet vil det være naturligt, at en patienttyngde på 10 pct. over landsgennemsnittet medfører et basishonorar pr. patient, der er 10 pct. højere end landsgennemsnittet. Det kan dog overvejes, at differentieringen – evt. i en overgangsperiode – har mindre effekt.

Resultater - patienttyngde og lægelige kapaciteter

I det følgende præsenteres effekterne af at indføre et differentieret basishonorar på baggrund af den opstillede foreløbige model. Effekterne er præsenteret på kommuneniveau (via kommunekort), dvs. der er beregnet ét tal for patienttyngde for samtlige kommuner pba. den enkelte kommunes population.

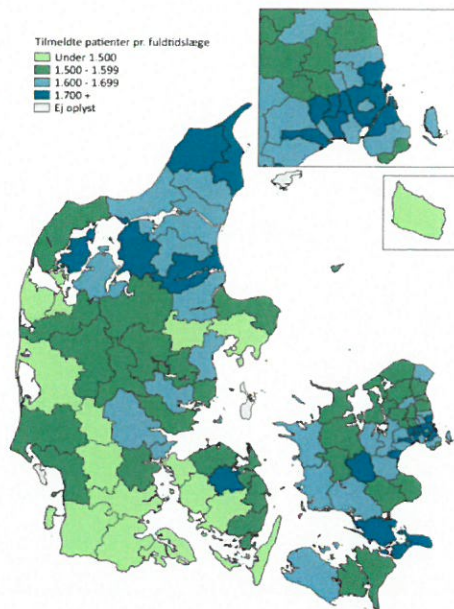
Af figur 1 fremgår patienttyngden i hver kommune ift. landsgennemsnittet (dvs. forskellen mellem det beregnede gennemsnitlige forbrug af sundhedsydelse i almen praksis og det landsgennemsnitlige beregnede niveau). Det fremgår af figuren, at det beregnede forbrug af sundhedsydelse er relativt størst i yderområder. Ved en differentiering af basishonoraret vil læger i disse områder modtage et højere basishonorar. Der er dog nogen variation inden for kommunerne. Disse forskelle afspejles ikke i kommunekortene.

Figur 1
Forskel mellem beregnet forbrug pr. borger og landsgennemsnit fordelt på kommuner (patienttyngde), 2015



Anm.: Forbruget måles ved bruttohonoraret. Se bilag for beregning
 Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Landspatientregisteret, DREAM, de midlertidige algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 2
Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Antal fuldtidslæger dækker over antal fuldtidshoveder på overenskomsten for almen lægehjælp. En fuldtidslæge svarer til én læge, der arbejder fuld tid i klinikken.
 Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Landspatientregisteret, DREAM, de midlertidige algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Af figur 2 fremgår antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge fordelt på kommuner.

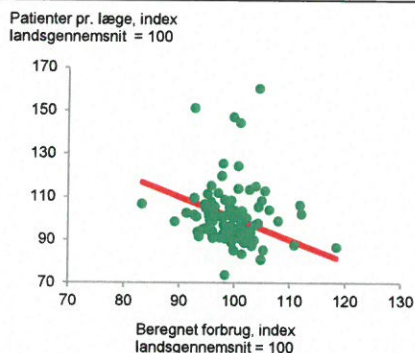
Der vil være hensigtsmæssigt med relativt flere lægelige kapaciteter, der hvor patienttyngden og dermed behandlingsbehovet er større. Derfor vil en hensigtsmæssig fordeling af de lægelige ressourcer indebære en negativ sammenhæng mellem antallet af patienter pr. fuldtidslæge og borgernes beregnede forbrug.

Figur 3 illustrerer et "optimalt"/forsimplet indeks over antal patienter pr. læge og beregnet forbrug af sundhedsydelser (rød graf). Indekset angiver niveauet ift. det landsgennemsnitlige niveau, dvs. indeks 100 på begge akser svarer til at kommunen har et gennemsnitligt antal patienter pr. læge og et gennemsnitligt behandlingsbehov, som svarer til landsgennemsnittet. Figuren viser således, at en kommune/almen praksis, som har et beregnet forbrug, der er 10 pct. større end det landsgennemsnitlige niveau, hensigtsmæssigt vil have 10 pct. færre patienter pr. fuldtidslæge i forhold til landsgennemsnittet.

Det er muligt at undersøge de faktiske forhold omkring denne sammenhæng ved at sammenholde det forventede forbrug og det faktiske antal patienter pr. fuldtidslæge i de enkelte kommuner. Figur 3 viser også det forventede forbrug og det faktiske antal patienter pr. fuldtidslæge holdt op mod hinanden (grønne 'dots'). Der ses en svag negativ tendens i

sammenhængen på tværs af kommuner, og statistisk set er sammenhængen også negativ. Men flere kommuner afviger fra den simple sammenhæng.

Figur 3
Sammenhæng på tværs af kommuner mellem patienter pr. fuldtidslæge og beregnet forbrug pr. borger



Anm.: Ø-kommuner udeladt. Forbruget måles ved bruttohonoraret. Se bilag for beregning
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Landspatientregisteret, DREAM, de midlertidige algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Forbehold

Det er vigtigt, at tage nogle store forbehold for denne forsimplede anskuelse. Opstillingen kan give en indikation af, hvor kapaciteterne bør være i forhold til befolkningens behov. Det er dog samtidigt vigtigt at understrege, at det er en forenklet opstilling af sammenhængen mellem "udbud" og "efterspørgsel" af lægelige kapacitet.

Ud over variablene i denne simple model kan andre variable være relevante ift. at beregne forbruget i almen praksis, hvorfor der er behov for et nærmere analysearbejde.

Opstillingen betragter kommunerne som adskilte og isolerede enheder, hvor borgere i en kommune ikke har adgang til lægelige kapaciteter i nabokommunen.

Derudover behandles en lægelige kapacitet ensartet i opstillingen, mens der kan være variation i lægernes "reelle" kapacitet fx pga. forskelle i erfaring, effektivitet, organisering og præferencer. Endelig er sammenhængen sat til at være lineær med en konstant procentvis sammenhæng mellem antal kapaciteter og behov (i forhold til landsgennemsnit).