

ANALYSE

Udvikling i aktivitetsafhængige udgifter i almen praksis

Indledning og sammenfatning

Honorarsystemet i almen praksis består af et fast honorar pr. tilmeldt patient (basishonoraret) og et aktivitetsafhængigt honorar (ydelseshonoraret), hvor den praktiserende læge aflønnes for behandlinger og undersøgelser af sine patienter fx en almindelig konsultation.

De aktivitetsmæssige udgifter dvs. ydelseshonoraret til almen praksis udgjorde i 2015 ca. 5 mia. kr. Siden 2005 er udgifterne steget med over 700 mio. kr., svarende til en årlig stigning på 1,5 pct.

- Omkring 30 pct. (ca. 210 mio. kr.) af udgiftsudviklingen kan henføres til behandling af flere patienter (mængdeeffekten).
- De resterende over trefjerdedele af udviklingen (ca. 500 mio. kr.) skyldes, at den enkelte patient er blevet dyrere (priseffekten). Fordyrelse af behandlingen pr. patient kan tilskrives:
 - Flere *ældre* patienter (28 pct.)
 - Øget sygelighed blandt patienterne (13 pct.)
 - Ændringer i forbrugsmønstret (59 pct.): Den enkelte patient har flere kontakter og/eller den enkelte kontakt er blevet dyrere
- Ændringer i befolkningens forbrugsmønster skyldes primært, at den enkelte ældre på 80 år eller derover dels har flere kontakter og tillægsydelser i almen praksis end for ti år siden, samt at den enkelte kontakt er blevet dyrere. Det gennemsnitlige årlige ydelseshonorar for den enkelte ældre er steget, uanset den enkeltes sygelighed.
- Fordyret patientbehandling kan henføres stigningen af almindelige konsultationer for ældre over 65 år samt stigningen i tillægsydelser for alle, uanset alderen. Ydelseshonoraret vedr. telefonkonsultationer er faldet igennem perioden, men dette er mere end modsvaret af stigningen i udgifterne til e-mailkonsultationerne.
- En fordyrende ældre-patientbehandling kombineret med flere ældre i de kommende år vil alt andet lige medføre øget udgiftspres på almen praksis området.

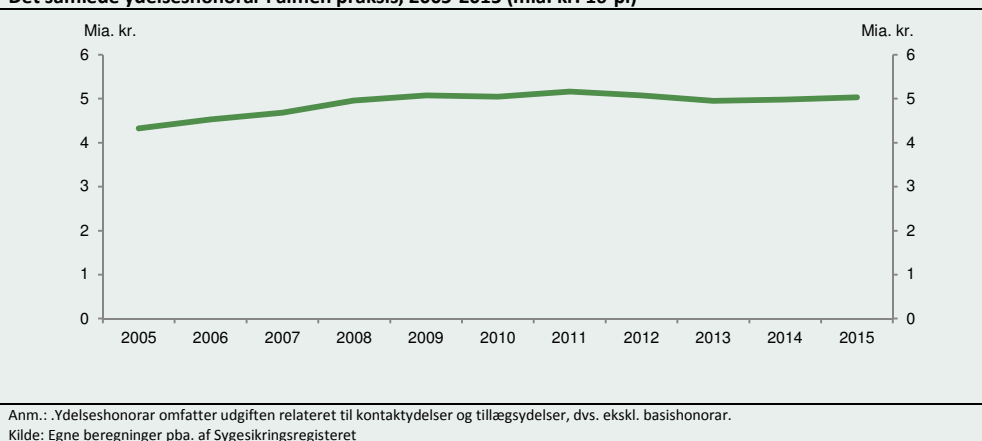
Generel udvikling i almen praksis over de seneste ti år

Honorarsystemet i almen praksis består af et fast honorar pr. tilmeldt patient i almen praksis (basishonoraret) og et ydelsesafhængigt honorar, hvor den praktiserende læge aflønnes for at have kontakt til sine patienter (fx en almindelig konsultation) og for at udføre behandlinger og undersøgelser (fx honorar for blodprøve), også kaldet tillægsydelse. Dertil kommer et fast mindre tilskud i form af et praksisomkostningshonorar. Fokus i denne analyse er udviklingen i det aktivitetsbestemte ydelseshonorar i almen praksis, der kan henføres ydelser foretaget i dagtid.

De aktivitetsbestemte ydelseshonoraret til almen praksis udgjorde i 2015 ca. 5 mia. kr. (2016-PL), *jf. figur 1*. Ydelseshonoraret er steget med godt 700 mio. kr. i perioden 2005-15, dvs. en realvækst på knap 16 pct. over de seneste ti år og i gennemsnit 1,5 pct. årligt. Til sammenligning er patientpopulationen i almen praksis steget med ca. 5 pct. over den seneste tiårige periode. Hovedparten af realvæksten er forekommet i den første del af perioden.

Figur 1

Det samlede ydelseshonorar i almen praksis, 2005-2015 (mia. kr. 16-pl)



Dekomponering af udgiftsudviklingen

Væksten i de aktivitetsbestemte udgifter kan i princippet skyldes flere faktorer, *jf. boks 1*.

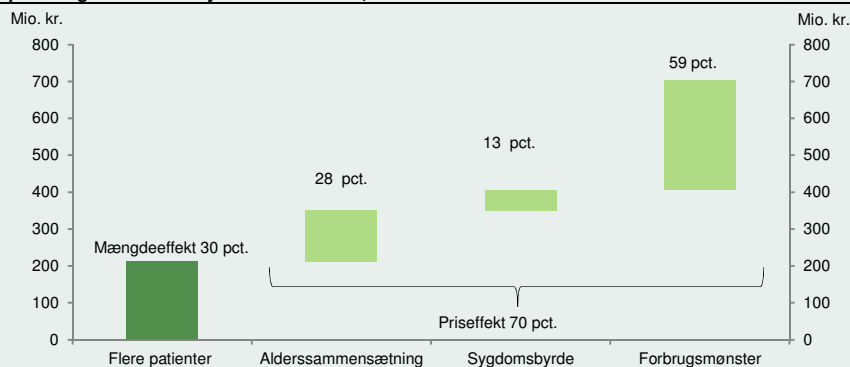
Af den samlede vækst i ydelseshonoraret på ca. 700 mio. kr. (2016-PL) over perioden 2005-15 kan 30 pct. af stigningen henføres til, at der er kommet flere patienter (mængdeeffekten), *jf. figur 2*. De resterende 70 pct. af udviklingen skyldes, at den enkelte patient er blevet dyrere (priseffekten).

Dyrere patientbehandling i almen praksis kan tilskrives ændringer i patienternes:

- Alderssammensætning (ca. 140 mio. kr., svarende til 28 pct.)
- Sygdomsmæssig tyngde (ca. 55 mio. kr., svarende til 13 pct.)
- Forbrugsmønster af ydelser (ca. 300 mio. kr., svarende til 59 pct.)

Det betyder, at under halvdelen af den fordyrende behandling kan henføres demografiske og sygdomsmæssige ændringer. Flere ældre og flere sygdomsmæssigt tunge patienter bidrager alt andet lige et øget træk på almen praksis. De resterende 60 pct. kan tilskrives et højere forbrug pr. patient, herunder den enkelte patients substitution fra billige mod dyre ydelser og introduktion af nye ydelser.

Figur 2
Dekomponering af væksten i ydelseshonoraret, 2005-2015



Anm.: Ydelseshonorar omfatter udgiften relateret til kontaktydelser og tillægsydelse, dvs. ekskl. basishonorar.
Kilde: Egne beregninger pba. af Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret

Boks 1
Dekomponering af udgiftsvæksten

Stigningen i de aktivitetsbestemte udgifter over de seneste ti år kan grundlæggende henføres til to faktorer:

- Almen praksis behandler flere patienter (mængdeeffekt)
- Den enkelte patient er blevet dyrere (priseffekt)

Fordyrelse af behandlingen pr. patient kan bl.a. henføres til ændringer i:

- Patienternes alderssammensætning
- Patienternes sygdomsmæssige tyngde
- Patienternes forbrugsmønster

Ændringer i antallet af patienter (mængdeeffekten) beskriver det udgiftspres, som følger af ændringen i antallet af unikke personer med kontakt til almen praksis i 2015 sammenlignet med 2005.

Ændringer i patienternes alderssammensætning beskriver det udgiftspres, der er konsekvens af ændringen i patienternes alderssammensætning. Dette er beregnet på baggrund af den gennemsnitlige udgift pr. patient i de forskellige aldersgrupper i hhv. 2005 og 2015.

Ændringer i sygdomsmæssig tyngde beskriver det udgiftspres, som følger af ændringen i patienternes sygelighed. Dette er beregnet på baggrund af den gennemsnitlige udgift pr. patient med forskellig grad af den sygdomsmæssige tyngde i hhv. 2005 og 2015 under hensyntagen til forskelle i de to patientpopulationers alderssammensætning. Den Sygdomsmæssige tyngde er målt ved Charlsons Comorbidity Index (CCI), jf. bilag 1.

Ændringer i forbrugsmønster beskriver det udgiftspres som følge af flere og nye ydelser pr. patient eller substitutionen fra billige mod dyre ydelser i 2015 sammenlignet med 2005, når der er taget hensyn til demografiske og sygdomsmæssige ændringer i patientpopulationen.

Ændringer kan i princippet tilskrives, at:

- Den enkelte patient har flere kontakter
- Den enkelte kontakt er blevet dyrere

Begge faktorer kan skyldes:

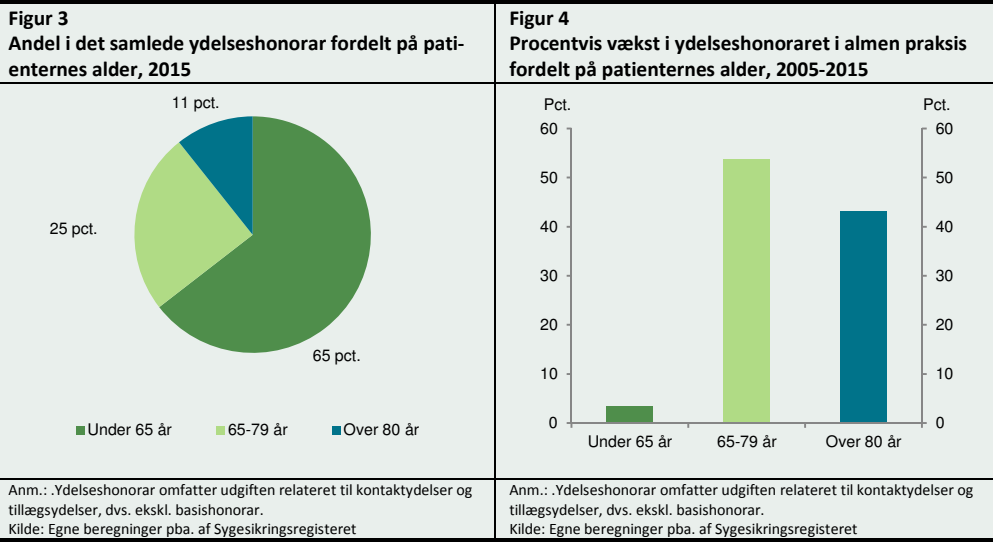
- Nye behandlingstilbud (kontakter og ydelser)
- Øget brug af eksisterende behandlingstilbud
- Øget brug af dyrere behandlingstilbud

Ændringerne i forbruget kan være et udtryk for, at patienterne i højere grad behandles i almen praksis frem for på et højere omkostningsniveau (fx sygehusene), eller at patienterne med fx nye ydelser har fået højere serviceniveau. Et ændret forbrugsmønster kan herudover skyldes et skift i adfærd blandt alment praktiserende læger og/eller et stigende efterspørgselspres fra patienterne.

Det aldersmæssige forbrug af almen praksis

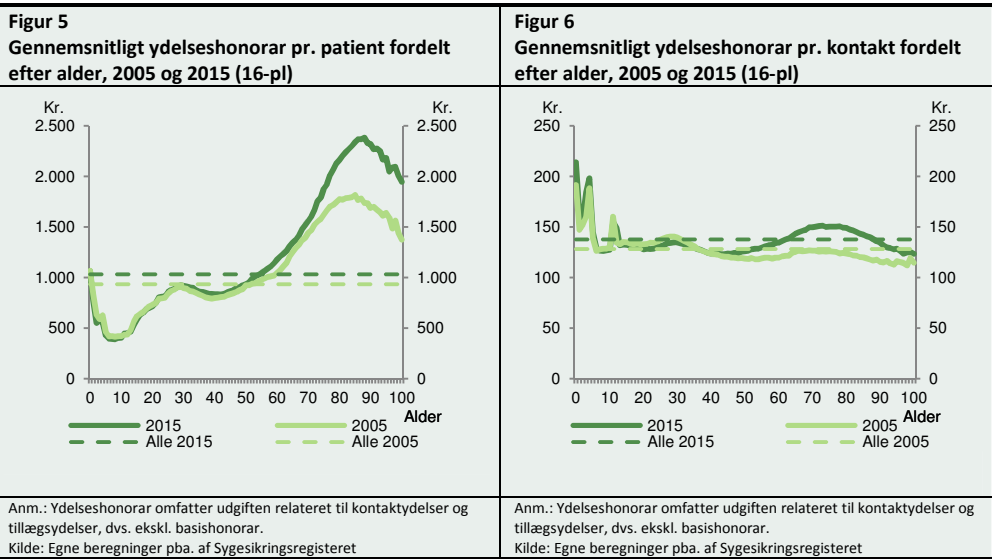
Næsten to tredjedele af det samlede ydelseshonorar i 2015 kan henføres til patienter under 65 år, en fjerdedel af udgifterne kan tilskrives patienter i alderen 65-79 år, mens de sidste lidt over 10 pct. hører til patienter på 80 år eller derover, jf. figur 3.

Væksten i ydelseshonoraret har været forskelligt for befolkningen i de enkelte aldersgrupper i perioden 2005-15. Mens udgifter, der kan henføres til personer under 65 år, er stort set på samme niveau i 2015 som i 2005, er udgifterne til personer i alderen 65-79 år steget med 54 pct., jf. figur 4. Udgifterne til ældre på 80 år eller derover er steget med 43 pct. over perioden 2005-15.



Den gennemsnitlige patient koster godt 1.000 kr. årligt i aktivitetsafhængigt ydelseshonorar. Den enkelte ældre på 65 år eller derover har dog betydeligt større træk på almen praksis end den resterende befolkning. Den enkelte patient i alderen 65-79 år i gennemsnit koster godt 1.600 kr., mens den enkelte ældre patient på 80 år eller derover i gennemsnittet koster knap 2.300 kr., *jf. figur 5*.

På tværs af alle aldersgrupper, er hver patient i gennemsnit blevet ca. 100 kr. dyrere over den seneste tiårige periode. Det svarer til en gennemsnitlig realvækst på 10 pct. eller 1 pct. årligt. Den enkelte ældre patient på 80 år eller derover er dog i gennemsnittet blevet ca. 500 kr. dyrere, svarende til en forøgelse i ydelseshonoraret på ca. 30 pct., *jf. figur 5*.



Fordyrelse af behandlingen pr. patient, indenfor den enkelte aldersgruppe kan henføres til to forhold:

- Den enkelte kontakt er blevet dyrere og/eller
- Den enkelte patient har flere kontakter og modtager flere ydelser

Udvikling i den gennemsnitlige udgift pr. kontakt

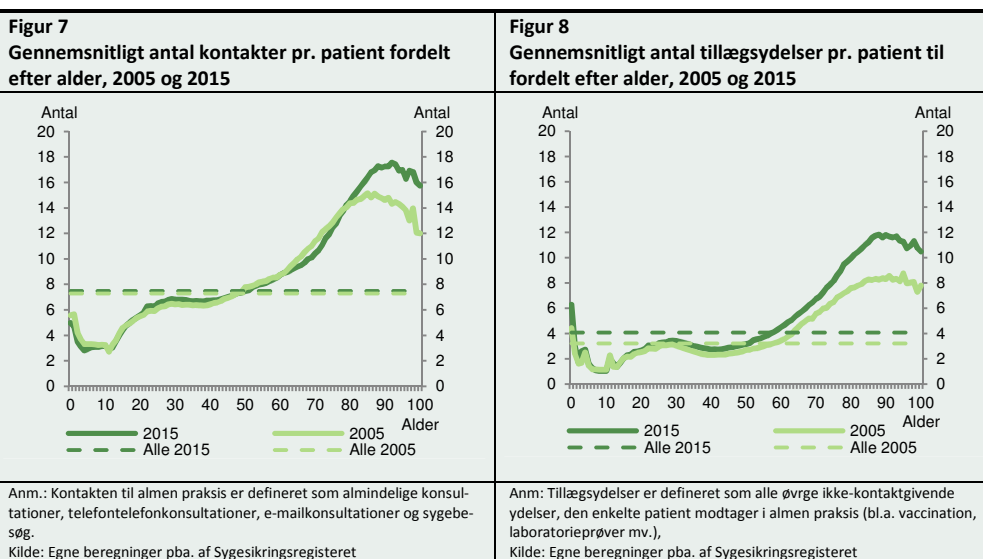
Hver enkelt kontakt i almen praksis (inkl. de tilhørende tillægsydelser, der gives ifm. kon-

takten) kostede omtrent 140 kr. i 2015., *jf. figur 6*. Generelt set er en enkel kontakt blevet ca. 10 kr. dyrere over de seneste ti år, svarende til en stigning på ca. 7 pct. Udgiften pr. kontakt er stort set uændret for den enkelte patient op til midt 40'erne. For patienter, der er ældre end midt 40'erne, er udgiften pr. kontakt i gennemsnittet højere i 2015 end i 2005. Blandt ældre på 80 år eller derover er den gennemsnitlige udgift pr. kontakt steget med 18 pct..

Udvikling i gennemsnitlige antal kontakter og tillægsydelser

Den enkeltes antal årlige kontakter til almen praksis afhænger betydeligt af alderen – fra fire gange årligt blandt børn og unge under 18 år, til 16 gange årligt for ældre på 80 år eller derover. Samlet set har den enkelte patient i gennemsnit omtrent lige så mange almen praksis kontakter i 2015 som for ti år siden, *jf. figur 7*. Børn og unge frem til 16-års alderen samt personer i midt-40'erne frem til lige under 80 år har i gennemsnit lidt færre kontakter til lægen i 2015 sammenlignet med ti år tidligere. Den enkelte person på 80 år eller derover har omkring 10 pct. flere kontakter til almen praksis i 2015 sammenlignet med 2005.

Antallet af tillægsydelser, som den enkelte patient modtager i almen praksis (bl.a. vaccination, laboratorieprøver mv.), er også stigende med alderen, *jf. figur 8*. I 2015 modtog den enkelte patient i gennemsnit én ydelse mere end for ti år siden. Den enkelte ældre på 80 år eller derover modtog dog i gennemsnit tre ydelser mere end for ti år siden, svarende til en forøgelse på ca. 37 pct.



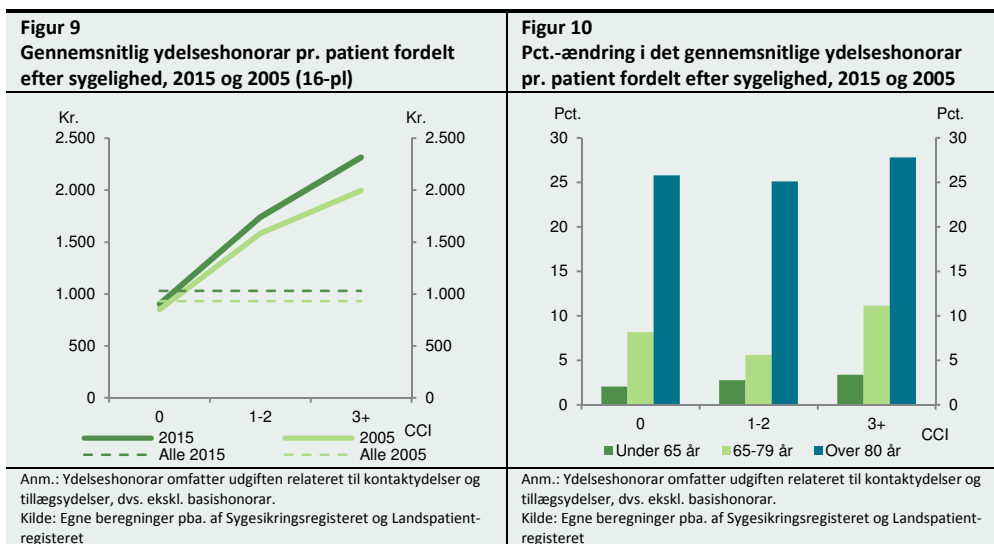
Det sygdomsafhængige forbrug i almen praksis

Der er en klar sammenhæng mellem sværhedsgraden af sygeligheden og kontakterne i almen praksis. Sygeligheden er målt ved Charlsons Comorbidity Index (CCI), *jf. bilag 1*, hvor den enkelte kan kategoriseres efter sygeligheden.

Det gennemsnitlige ydelseshonorar pr. person varierer med den enkeltes sygelighed. En person uden betydelig sygelighed koster i gennemsnit årligt ca. 900 kr. i ydelseshonorar, *jf. figur 9*. Tilsvarende udgift for en person med svær sygelighed er omkring 2.300 kr. i gennemsnit.

Udgifter, der kan henføres den enkelte person uden betydelig sygelighed er stort set ens i 2015 som i 2005. Udgiften er dog mere end 300 kr. højere, svarende til 16 pct., for den enkelte person med svær sygelighed. Det skyldes, at den enkelte patient med

svær sygelighed enten bliver behandlet mere i almen praksis end tidligere (højere antal kontakter og tillægsydelser) eller også, at den enkelte kontakt/tillægsydelse er blevet dyrere end for ti år siden.



Dette gælder dog ikke patienter under 65 år. Uanset sygelighed er udgiften pr. patient i gennemsnit steget relativt svagt over de seneste ti år, *jf. figur 10*. Den relativt sygdomsmæssigt tunge patient (CCI lig med tre eller derover) i alderen 65 og 79 år er i gennemsnit blevet 11 pct. dyrere at behandle i 2015 sammenlignet med 2005. Prisen for at behandle den sygdomsmæssigt tunge patient på 80 år eller derover er steget med over 27 pct. i løbet af den tiårige periode. Prisen for behandling af den sygdomsmæssigt lettere (CCI mindre end tre) patient på 80 år eller derover er dog også steget med omkring en fjerdedel.

Væksten fordelt på de enkelte kontakt- og tillægsydelser

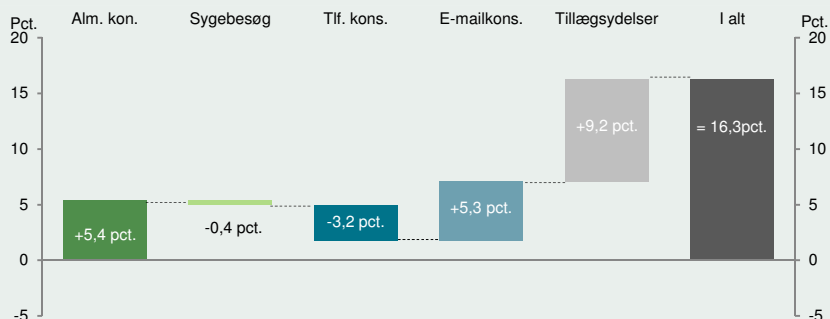
De tre kontakter og ydelser, der har bidraget positivt til den samlede vækst i ydelseshonoraret med 16 pct., er almindelige konsultationer (ca. 5 pct.-point), e-mailkonsultationer (ca. 5 pct.-point) og tillægsydelser (ca. 9 pct.-point). Telefonkonsultationer og sygebesøg har bidraget negativt til væksten med knap 4 pct.-point, *jf. figur 11*.

For ældre over 65 år er det særligt væksten i almindelige konsultationer og tillægsydelser, der har bidraget positivt til den samlede vækst i ydelseshonoraret.

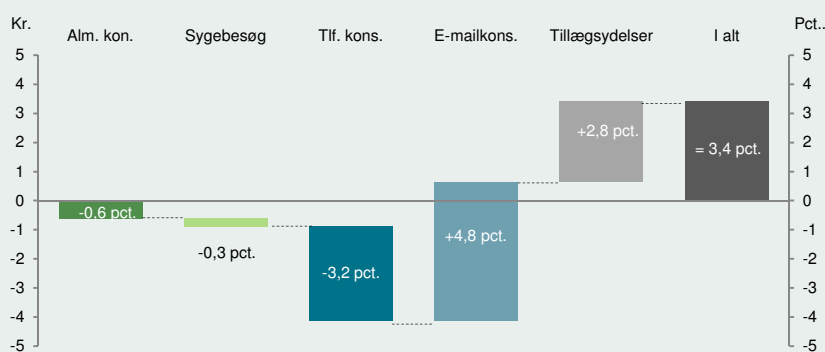
Figur 11

Ændringen i ydelseshonoraret pr. patient fordelt på typen af kontakt- og tillægsydelser, 2005-2015

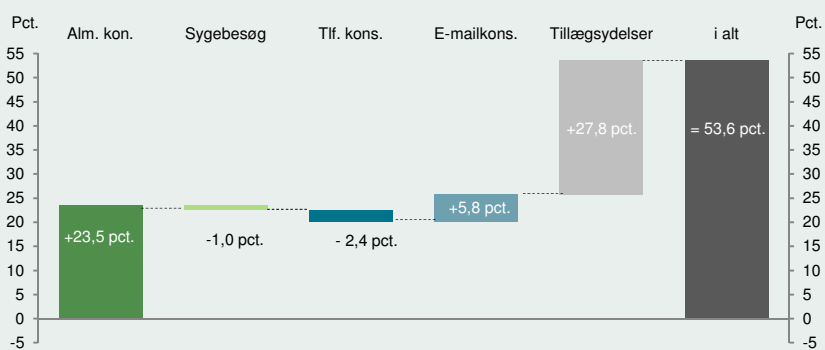
Alle patienter



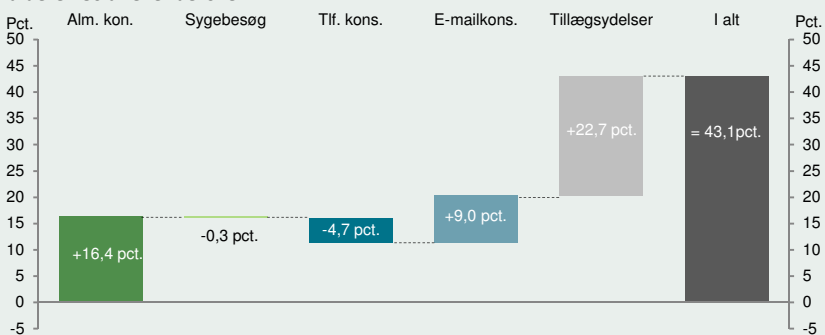
Patient i alderen 0-64 år



Patient i alderen 65-79 år

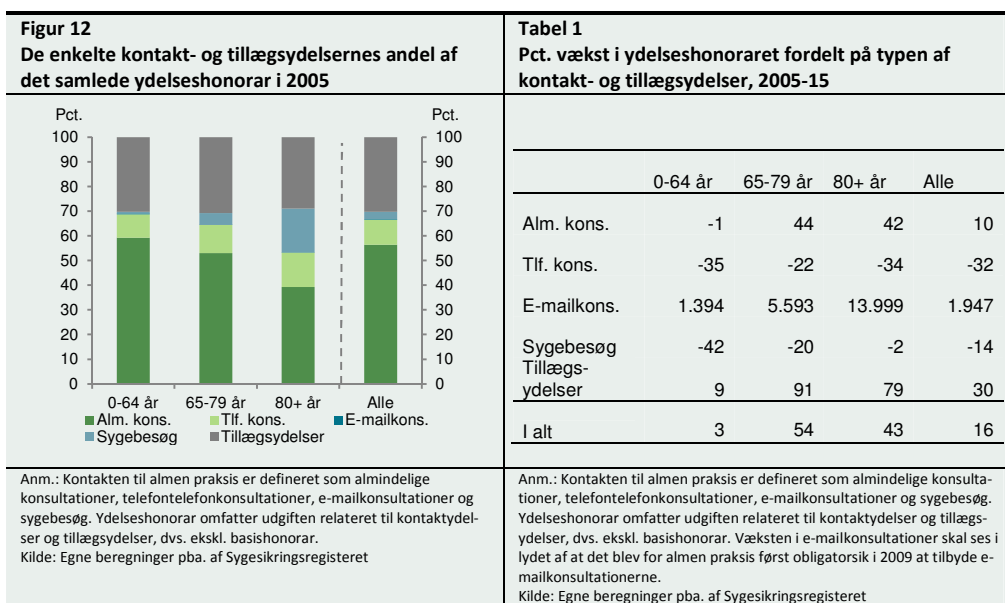


Patienter i alderen 80 år eller derover



Anm.: Kontakten til almen praksis er defineret som almindelige konsultationer, telefontelefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg. Ydelseshonorar omfatter udgiften relateret til kontaktydelser og tillægsydelser, dvs. ekskl. basis honorar.
 Kilde: Egne beregninger pba. af Sygesikringsregisteret

Vækstbidraget fra almindelige konsultationer og tillægsydelse skyldes, at de to komponenter i udgangspunktet udgør en stor andel af det samlede ydelseshonorar, *jf. figur 12*. Hertil kommer, at væksten i tillægsydelse for alle aldersgrupper er vokset over gennemsnittet, *jf. tabel 1*.



E-mailkonsultationer har eksisteret siden 2003, men det blev først obligatorisk for de praktiserende læger at tilbyde en e-mailkonsultation i starten af 2009. Siden 2005 er brugen af e-mailkonsultationerne vokset betydeligt for alle aldersgrupper. Stigende udgifter til e-mailkonsultationer for ældre over 80 år, skal ses i lyset af overenskomsttaftalen af 2010, hvor det blev muligt for kommunernes plejepersonale (hjemmeplejen og plejehjem) at kontakte kommunernes praktiserende læger på patientens vegne.

Uanset patientens alder er der i perioden 2005-2015 sket en reduktion af udgifterne pr. patient relateret til telefonkonsultationer, *jf. figur 13*. Disse reduktioner er mere end modsvaret af flere e-mailkonsultationer pr. patient for de under 65-årige patienter samt for de ældste patienter (80 år eller derover).

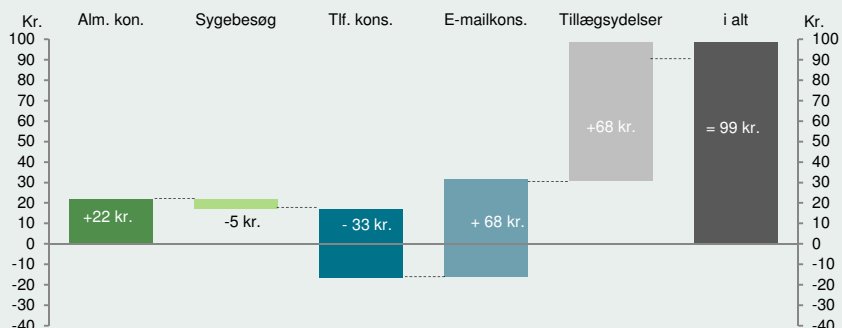
For alle patienter er udgifterne til sygebesøg reduceret en smule. Disse er dog modsvaret af øgede udgifter til almindelig konsultation for ældre over 65 år.

Udgifterne relateret til tillægsydelse er steget for alle aldersgrupper, hvilket indebærer en samlet fordyrelse af patientbehandlingen.

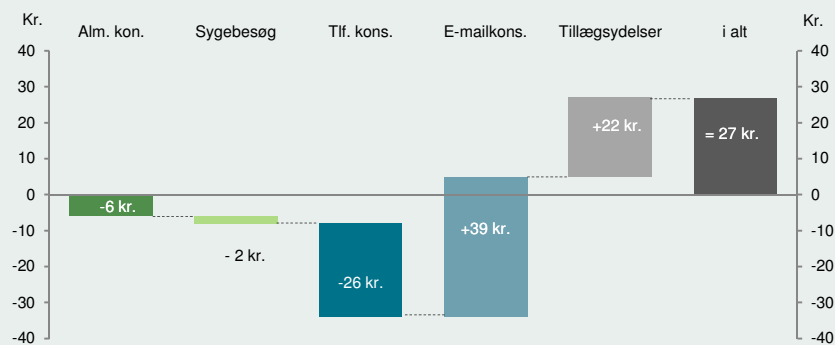
Figur 13

Ændringen i ydelseshonoraret pr. patient fordelt på typen af kontakt- og tillægsydelse, 2005-2015

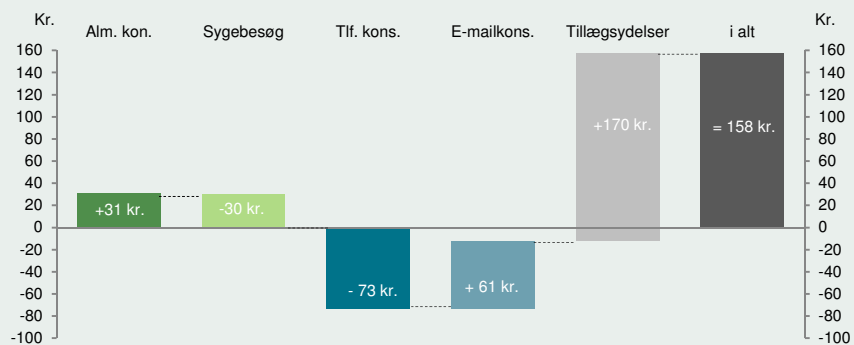
Den gennemsnitlige patient



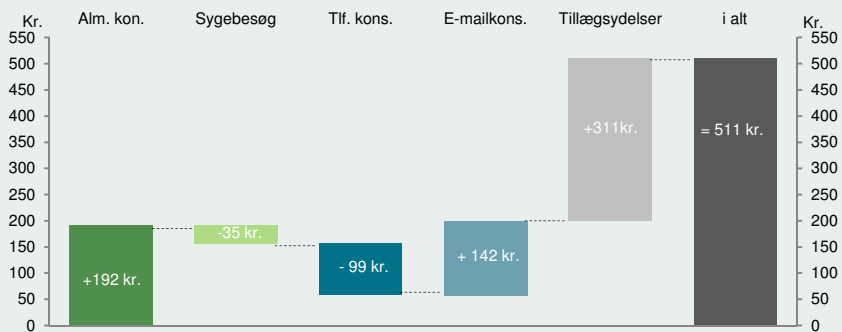
Patient i alderen 0-64 år



Patient i alderen 65-79 år



Patienter i alderen 80 år eller derover



Anm.: Kontakten til almen praksis er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg. Ydelseshonorar omfatter udgiften relateret til kontaktydelser og tillægsydelser, dvs. ekskl. basis honorar.
Kilde: Egne beregninger pba. af Sygesikringsregisteret

Bilag 1 – Definitioner og metoder

Kontakt

Kontakter til almen praksis er afgrænset til ydelser i Sygesikringsregistret, der dækker over almindelige konsultationer, sygebesøg, telefonkonsultationer og e-mailkonsultationer i dagstid.

Tillægsydelse

Tillægsydelser i almen praksis er afgrænset til alle øvrige ikke-kontaktgivende ydelser i Sygesikringsregistret, fx helbredsundersøgelser af gravide, børneundersøgelser, vaccinationer og blodprøver.

Ydelseshonorar

Ydelseshonoraret omfatter det aktivitetsafhængige honorar i Sygesikringsregistret, hvor den praktiserende læge aflønnes for at have kontakt til sine patienter (fx en almindelig konsultation) og for at udføre evt. tillægsydelser (fx honorar for blodprøve).

Alder

Patienternes alder er beregnet primo året.

Sygelighed

Sygeligheden er opgjort vha. Charlsons Comorbidity Index (CCI) baseret på oplysningerne fra Landspatientregistret. I analysen er patienterne kategoriseret efter:

- CCI lig med 0 - ingen betydelig sygelighed
- CCI lig med 1-2 – let til middelsvær sygelighed
- CCI større end eller lig med 3 – svær sygelighed

Dekomponering

Udviklingen i ydelseshonoraret er dekomponeret i mængdeeffekten (udviklingen i antal patienter) og priseffekten (udvikling i alderssammensætning, sygelighed og forbrugsmønster, der følger af ændringer i antal ydelser pr. patient og ydelseshonoraret pr. patient).

Vækstbidrag

En delkomponents bidrag til den samlede vækst er opgjort som vækstraten i pct. for delkomponenten vægtet med delkomponentens andel af totalen i udgangspunktet.