

Ny honorarstruktur i almen praksis

Interessentanalyse

Notat

Marie Henriette Madsen

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners 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 Kommuners og Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

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

ISBN: 978-87-7488-741-6
Projekt 3300
September 2012

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

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	4
1. Indledning	5
1.1 Kort om pilotprojektet	5
2. Metode	6
3. Forandringer i almen praksis i projektperioden	8
3.1 Forventninger til projektets resultater	8
3.2 De praktiserende lægers erfaringer med fast honorar	9
3.3 Samarbejdspartneres erfaringer med fast honorar i almen praksis	11
4. Fremtidens honorarstruktur i almen praksis	12
4.1 Ydeshonorarets fordele	12
4.2 Ønsker til et nyt honorarsystem	13
5. Sammenfatning og diskussion	19

Sammenfatning

Formålet med denne analyse var at undersøge praktiserende læger og deres samarbejdspartners (patienter, sygehuse, kommune og region) erfaringer med fast honorar i almen praksis – et pilotprojekt gennemført på Bornholm over et halvt år. Desuden var det formålet at undersøge og formidle både praktiserende lægers og væsentlige interessenters ønsker til en ny honorarstruktur i almen praksis.

Både de praktiserende læger og samarbejdspartnere havde forventninger til, at en radikalt anderledes aflønningsform ville medføre forandringer i almen praksis. I praksis viste det sig, at forandringerne havde været små.

De praktiserende læger understregede, at fast honorar var lig med faste arbejdstider og en deraf følgende reduktion i produktiviteten og fleksibiliteten i forhold til fx opgaveglidning. Derudover lagde de vægt på at en ny honorarstruktur skulle tage højde for forskellig arbejdsbyrde i forskellige dele af landet. Set fra et regionalt perspektiv er en model med fast honorar én måde at adskille de praktiserende lægers faglige valg fra deres økonomi og skabe incitament til at prioritere patientforløb og udviklingsprojekter på tværs af sektorer.

Undersøgelsens hovedresultater

	Ifølge de praktiserende læger	Ifølge samarbejdspartnere
Forandringer i projektperioden	<ul style="list-style-type: none">• Nogle havde eksperimenteret med længere konsultationer til nogle patienter.• Få havde ændret systematisk på tilrettelæggelsen af arbejdet	<ul style="list-style-type: none">• Ingen som kunne tilskrives honorarprojektet.
Hvor bør en honorarstruktur understøtte?	<ul style="list-style-type: none">• Flexibilitet og omstillingsparathed.• Retfærdig aflønning i forhold til arbejdsbyrden ved forskellige patientgrupper og typer af ydelser.• Reduceret arbejdsbyrde – fx ved at gøre det mere attraktivt at blive/forblive praktiserende læge eller fritagelse fra nogle opgaver.	<ul style="list-style-type: none">• Budgetsikkerhed.• Adskillelse af faglighed og økonomi.• Incitament til prioritering – mest sundhed for pengene.
Forslag til udformning	<ul style="list-style-type: none">• Ydelseshonorar evt. i en mere simpel form og som i højere grad afspejler tidsforbruget ved forskellige ydelser.• Et vægtet basishonorar – vægtet fx for socialklasse, køn, alder, sygdomsprofil eller øvrige sundhedstilbud i nærområdet.• Få så en ubetinget fordel i et fast honorar.	<ul style="list-style-type: none">• Større basishonorar knyttet til forpligtelser.• Evt. et vægtet basishonorar såfremt det er muligt at finde en fordelingsnøgle, som tilgodeser hele landet.

1. Indledning

Denne analyse er en del af afrapporteringen fra pilotprojektet om ny honorarstruktur i almen praksis gennemført af PLO og Danske Regioner. Pilotprojektets formål var at teste et forenklet honorarsystem med vægt på fast honorar frem for det eksisterende system med ydelseshonorering. Interessentanalyse er en ud af fire analyser gennemført af Dansk Sundhedsinstitut¹, som opsamler og beskriver erfaringerne med pilotprojektet. Disse analyser skal indgå i et udvalgsarbejde med det formål at forberede en ny honorarstruktur for almen praksis.

1.1 Kort om pilotprojektet

Pilotprojektet blev gennemført blandt 22 praktiserende læger på Bornholm i perioden 1. januar til 1. juli 2012.

De deltagende praksis blev i projektperioden aflønnet med en månedlig fast betaling pr. tilmeldt patient (klinikhonorar), uanset hvor ofte de praktiserende læger så deres patienter, og hvilke ydelser de gav. Klinikhonoraret i projektperioden var reguleret for den enkelte praksis' indtjening i første halvår af 2011 med henblik på at sikre, at ingen af de praktiserende læger mistede indtægt i perioden.

¹ Dansk Sundhedsinstitut fusionerede d. 1. juli 2012 med AKF og KREVI og hedder nu KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse- og Forskning.

2. Metode

Formålet med interessentanalysen er at afdække centrale interessenters erfaringer med den ny honorarstruktur og tanker om, hvordan en ny honorarstruktur udformes. Interessentanalysen er baseret på interviews med praktiserende læger, centrale samarbejdspartnere på sygehuse samt ledere og medarbejdere på regionalt og kommunalt niveau samt de nationale interesseorganisationer.

Alle praktiserende læger på Bornholm blev inviteret til at deltage i fokusgruppeinterviews, herunder også de praktiserende læger på Bornholm som ikke deltog i pilotprojektet. Ingen af de ikke deltagende praktiserende læger valgte at deltage i fokusgruppeinterviews til denne delanalyse. Blandt de praktiserende læger, som deltog i pilotprojektet, deltog 19 ud af 22 læger i interviewene. Kun én af de deltagende praksis var ikke repræsenteret i fokusgruppeinterviewene til denne delanalyse². De praktiserende læger blev interviewet i fire fokusgruppeinterviews.

På regionalt niveau blev gennemført to interviews. I et interview deltog repræsentanter fra Region Hovedstaden, Koncern Praksis, og i det andet deltog repræsentanter for Danske Regioner, Koncern Praksis. Et interview blev gennemført med repræsentanter fra Bornholms Regionskommune og tre repræsentanter fra Bornholms Hospital blev interviewet i to interviews.

Endelig blev et interview gennemført med repræsentanter for PLO. De enkelte parter udvalgte selv deltagere til interviewene, dog blev de bedt om at udvælge repræsentanter med kontakt til almen praksis. På Bornholms Sygehus bad vi desuden specifikt om repræsentanter indenfor områderne KOL, diabetes og rygsygdomme. For en detaljeret overblik over deltagere i disse interviews, se Tabel 1.

Tabel 1: Deltagere i interviews

Danske Regioner	Cheføkonom Kristian Heunicke Konst. kontorchef Kirsten Jørgensen Chefrådgiver Pernille Moll
Region Hovedstaden, Koncern Praksis	Direktør Else Hjortso Enhedschef Frank V. Poulsen Kasper Gynther, afregningsmedarbejder
PLO	Direktør Peter Orebo Hansen
Bornholms Regionskommune ³	Områdechef for Social og Sundhed Vibeke Juel Blem
Bornholms Hospital	Koordinerende terapeut, Ergo- og fysioterapiafdelingen, Søren Jacobsen Overlæge, Medicinsk afdeling, Svend Vestergaard Sygeplejerske, Medicinsk ambulatorium, Mie Skovgaard-Jensen

Endelig blev de praktiserende læger, som deltog i projektet, bedt om at rekruttere en eller to patienter hver, som kunne deltage i fokusgruppeinterviews om patienternes eventuelle oplevelse af forandringer i almen praksis i projektperioden. De praktiserende læger blev bedt om at udvælge patienter, som havde hyppig kontakt til almen praksis og derved havde haft mulighed

² Denne ene praksis indgik dog i casestudiet, og den er derfor repræsenteret i den samlede analyse.

³ En konsulent fra regionskommunen var meldt til, men meldte fra i sidste øjeblik.

for at gøre sig erfaringer med en eventuel ændret adfærd hos de praktiserende læger i projektperioden. De praktiserende læger modtog pr. mail en invitation med datoer for interview og en uddybende beskrivelse, som de kunne udlevere til patienterne. En relativt kort tidsfrist og formentlig også det valgte tidspunkt for interview (kl. 14-16) betød dog, at kun fire patienter meldte sig til at deltage. Eftersom disse patienter næppe kan betegnes som repræsentative for den samlede patientpopulation, er patienternes erfaringer kun brugt i begrænset omfang i analysen.

Alle interviews blev gennemført midt i juni 2012, dvs. i projektperiodens sidste måned. Interviewene fulgte samme skabelon og blev indledt med spørgsmål om erfaringer med pilotafprøvelsen af fast honorar i almen praksis. I interviews med de praktiserende læger blev der spurgt ind til, hvilke forandringer de havde foretaget i perioden med fast honorar. I interviewene med samarbejdspartnere blev der spurgt ind til, hvilke forandringer de havde oplevet i kontakten med almen praksis og de praktiserende lægers adfærd. I anden del af interviewene blev der lagt op til en mere åben diskussion af, hvad en honorarstruktur i almen praksis bør understøtte, dog med fokus på at afdække de principper for en ny honorarstruktur som fremgår af overenskomsten fra 2010, bilag 54 {{28 Regionernes Lønnings- og Takstnævn 2010}}.

I interviewene med patienterne var formålet primært at identificere eventuelle forandringer i adgangen til og kontakten med den praktiserende læge, og der blev derfor ikke spurgt ind til ideer og overvejelser om en ny honorarstruktur. Interviewene var tilrettelagt, så patienterne blev bedt om at beskrive deres sidste besøg hos deres praktiserende læge og herefter beskrive, hvordan denne adskilte sig fra tidligere besøg.

Alle informanter⁵ har haft analysen til gennemsyn og haft mulighed for at rette misforståelser og supplere med yderligere synspunkter.

⁴ Understøtte hensynet til den rigtige behandling på det rette niveau, jf. LEON princippet; understøtte et integreret sundhedsvæsen; understøtte økonomisk styring af almen praksisområdet, herunder omforme de indbyggede incitament, så de understøtter de ønskede mål på området; understøtte et 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.

⁵ Dog med undtagelse af patienterne. Desuden er analysen ikke sendt til gennemsyn hos samtlige praktiserende læger, men kun til PLOs repræsentant på Bornholm, Inger Christensen.

3. Forandringer i almen praksis i projektperioden

Dette afsnit beskriver de forandringer, som forsøget med fast honorar har affødt blandt de deltagende praktiserende læger på Bornholm. Afsnittet indledes med forventninger, som projektets parter havde til forandringer i projektperioden. Herefter følger først de praktiserende lægers erfaringer med fast honorar efterfulgt af samarbejdspartnernes (primært Bornholms Regionskommune, Region Hovedstaden Bornholms Hospital og i nogen grad patienterne) erfaringer med almen praksis i projektperioden.

3.1 Forventninger til projektets resultater

Både regionerne og PLO så pilotprojektet som en mulighed for at se, hvordan de praktiserende læger ville tilrettelægge og prioritere deres arbejdsdag under så radikalt andre økonomiske rammer end sædvanligt. Regionerne havde en forhåbning om, at de praktiserende læger ville arbejde mere frit og tilrettelægge deres kontakt til borgerne med større blik for, hvordan man opnår mere sundhed for pengene, hvor PLO også håbede at få indblik i, om de praktiserende lægers arbejdsvilkår ville forandre sig i projektperioden.

De praktiserende læger på Bornholm beskrev, at en væsentlig begrundelse for at deltage i pilotprojektet var muligheden for at sætte fokus på Bornholms særlige geografi og demografi karakteriseret ved fysisk afgrænsning og mange ældre og kronisk syge borgere. Flere af de praktiserende læger så det som en mulighed for at give et bidrag til debatten om en ny honorarstruktur, som kunne sætte fokus på de udfordringer, som ikke bare praktiserende læger på Bornholm, men også praktiserende læger i landets øvrige udkantsområder, står over for. Muligheden for at bidrage til et retvisende billede af arbejdsbyrden i almen praksis, og dermed hvad samfundet får ud af almen praksis, fremgik også som et væsentligt incitament for de praktiserende lægers deltagelse.

Enkelte praktiserende læger beskrev desuden, hvordan de havde set projektet som en mulighed for at disponere deres tid anderledes og prioritere deres aktiviteter på en anden måde i projektperioden. Mere tid til hjemmebesøg, mulighed for at opdyrke særlige interesseområder og en mere sammenhængende struktur for kronikerforløbene var nogle af de helt konkrete aktiviteter, som blev nævnt som potentielle udviklingsområder. Udsigten til at slippe for at spekulere over ydelseskoder og være sikret et fast honorar, uanset hvordan de valgte at strukturere deres dag, fremstod også positivt for nogle praktiserende læger. Andre var dog utilfredse med valget af pilotmodel, bl.a. fordi de betragtede fast honorar som et skridt imod mindre selvstændig virksomhed. Flere gav udtryk for, at de havde håbet på en model, som bevarede grundelementerne i den eksisterende honorarstruktur, men som i højere grad tog højde for den lokale demografi og sygdomsprofil i basishonoraret.

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og de øvrige lokale samarbejdspartnere blev af begge parter beskrevet som uproblematisk. De lokale samarbejdspartnere havde derfor ikke haft nogen specifikke forventninger til pilotundersøgelsens resultater.

For patienterne var det afgørende, at deres praktiserende læge gav sig god tid til dem og tog dem alvorligt, også når de dukkede op til en konsultation med flere problemer end et. Oplevelsen af ikke at kunne komme af med de problemer, der presser sig på, eller ikke at kunne komme til pga. af ventetider fremstod som væsentlige behov, om end de interviewede patienter generelt var meget tilfredse med deres praktiserende læger.

3.2 De praktiserende lægers erfaringer med fast honorar

Kun få af de praktiserende læger som fra start så positivt på den valgte model med fast honorar bevarede begejstringen i hele projektperioden. Denne gruppe af praktiserende læger havde brugt pilotprojektet til at gennemtænke og omstrukturere deres hverdag. For andre af de praktiserende læger havde projektet givet anledning til småjusteringer, som fremstod mere usystematiske og relateret til konkrete patienter frem for hele klinikken. Langt den største gruppe af praktiserende læger fortalte dog, at de havde fortsat deres arbejde som vanligt.

3.2.1 Fast honorar som anledning til få eller ingen forandringer

Selvom flere af de praktiserende læger gav udtryk for, at de ved projektets start så fast honorar som en mulighed for at omlægge deres aktiviteter, havde kun ganske få af dem gennemført systematiske forandringer. Projektets korte tidshorisont var en væsentlig årsag til, at de praktiserende læger alligevel holdt igen med meget radikale forandringer. Desuden var meget tid allerede beslægtet fx til allerede planlagte årskontroller af kronisk syge og af efterspørgslen fra patienter med behov for de praktiserende lægers hjælp. Særligt patienternes efterspørgsel blev beskrevet som en barriere for at frigive tid til forandringer.

Det, der styrer os i dag, er, at vores patienter er syge, og de bliver ikke mindre syge, fordi vi får nogle andre penge. Vi kan selvfølgelig vælge at slukke telefonen, men det, der styrer os, er kravet fra patienterne om at blive set (Praktiserende læge).

Tidspresset og efterspørgslen fra patienter var også en væsentlig årsag til, at de praktiserende læger ikke oplevede, at de havde haft fuldstændigt uhindret mulighed for at bruge længere tid på eller tilrettelægge andre forløb for nogle patientgrupper, fx personer med kronisk og flere samtidige sygdomme. Endelig gav nogle praktiserende læger udtryk for, at de gerne ville modbevise påstande om, at de ville arbejde mindre og øge antallet af henvisninger i perioden med fast honorar.

Honorarprojektet havde dog alligevel påvirket nogle praktiserende læger til at booke dobbelttider til patienter, som de på forhånd vidste ville kræve lang tid. Andre havde forsøgt at lave samlede konsultationer for patienter med flere diagnoser eller problemstillinger:

Jeg har prøvet at udnytte det rationelle i, at man har kunnet se flere diagnoser samtidigt, hvilket jo for både læge og patient er rationelt. ... Det har jo været muligheden at sige: 'Kom nu med de der tre ting som du alligevel har med, men som ville være forskudt til andre tidspunkter [under den normale overenskomst]'. Eller undersøgelser hvor man kan sige, at det her er helt adskilte undersøgelser, hvor vi er nødt til, for at det driftsmæssigt kan løbe rundt, så er vi nødt til at sige, at du må vende tilbage på et senere tidspunkt. På den måde har incitamentet til lige sådan at passe det sammen, det har været godt i denne her periode. (Praktiserende læge)

Denne praksis opfattede de praktiserende læger som rationel set i lyset af, at patienten er ordentligt afsluttet og ikke lægger beslag på en lægens tid på et andet tidspunkt. Under den eksisterende overenskomst vil de færre men kortere konsultationer dog betyde, at praktiserende læger snyder sig selv for en indtjeningsmulighed. Alligevel beskrev nogle af de praktiserende læger, hvordan de også under den eksisterende overenskomst var tilbøjelige til at samle flere problemer i samme konsultation, selvom det er økonomisk ufordelagtigt. For mange af lægerne var den primære forskel i projektperioden derfor formentlig, at de på forhånd afsatte en dobbelttid, i modsætning til den sædvanlige praksis hvor de afsætter en standardtid, men bruger det dobbelte.

I projektperioden havde nogle af de praktiserende læger brugt tid på efteruddannelse af deres personale, afsat ekstra tid til facilitatorbesøg og til at gennemgå kvalitetsdata. I nogle praksis var det arbejde afledt af honorarprojektet. I andre praksis var det dog mere et belejligt sam-

menfald at kunne bruge tid på nogle af disse i forvejen planlagte udviklingsaktiviteter, uden at det havde økonomiske konsekvenser.

3.2.2 Fast honorar som anledning til at forandre organiseringen af det daglige arbejde

Særligt i én praksis havde de praktiserende læger set pilotprojektet som en oplagt mulighed for at se hverdagen efter i sømmene og efterprøve andre måder at organisere den på. De havde bl.a. forsøgt at indføre en skrappe visitation i telefontiden om morgenen:

Jeg har en lidt hårdere visitation, end jeg ellers ville have [under normal overenskomst]. Ting som, jeg åbenlyst hører, ikke er akutte, og som muligvis vil gå over af sig selv, har jeg i højere grad [under pilotprojektet] en tendens til at sige "Vi ser det an, og hvis det ikke går over så ring igen". (Praktiserende læge)

Denne læge beskrev, hvordan en patient med et ikke-akut problem under pilotprojektets faste honorar pludselig blev en (tids)udgift, dvs. en patient man bruger relativt meget tid på uden et tilsvarende økonomisk udbytte. Under den sædvanlige overenskomst er disse patienter en økonomisk indtægt på linje med alle andre patienter, og derfor var denne læge før mere tilbøjelig til at give dem en akuttid: *"For man slipper for at argumentere så meget, og så får du i øvrigt også honoraret".*

En anden læge i samme praksis havde under pilotprojektet forsøgt at have flere forundersøgelser gjort færdig, før patienten mødte op i konsultationen. Patienter blev her derfor i højere grad bedt om at acceptere ventetid på lægekonsultationer, mod at ventetiden blev brugt konstruktivt, så de relevante blodprøvesvar lå parat til den egentlige konsultation.

Lægerne i dette lægehus mente selv, at den ændrede visitationspraksis havde medvirket til kortere ventetider, netop fordi de var blevet bedre til at sortere i patienternes henvendelser og tilrettelægge deres tid anderledes. Dette lægehus havde desuden tidligere haft åben konsultation, og læger og patienter var vant til, at patienterne havde relativt nem og hurtig adgang til den praktiserende læge. Lægerne her havde altså, foranlediget af pilotprojektet, med deres egne ord lukket nogle *stærekasser*, som de og deres forgængere mere eller mindre utilsigtet havde åbnet over en årrække.

Andre praktiserende læger gav udtryk for, at de for længst havde strammet op på visitationsprocedurerne, og at dagene hos dem alligevel var fyldt med patienter med et reelt behov for lægefaglig behandling. De anså det ikke som en mulighed at stramme yderligere op på visitationen eller fordelingen mellem akutte og ikke-akutte patienter uanset honorarform.

Samme praksis, som havde arbejdet med deres visitation, havde også eksperimenteret med mere fleksible arbejdstider i samarbejde med en anden praksis. Konkret havde de indført et vagtrul, så en ud af fem af de praktiserende læger havde fri fredag eftermiddag. Det var dog uklart, om dette tiltag reelt var en følge af honorarprojektet, eller om det var et heldigt sammenfald. Andre af de praktiserende læger havde uafhængigt af honorarprojektet forsøgt sig med en lignende ordning. Deres erfaring var, at friftermiddage ofte blev brugt på at færdiggøre fx papirarbejde.

3.2.3 Fast honorar som en mulighed for at adskille økonomiske hensyn og patientens tarv

De praktiserende læger lagde som nævnt ikke skjul på, at ydelseshonoraret motiverede til flere men kortere konsultationer, da de praktiserende lægers egen økonomi er afhængig af antallet af ydelser. Dette fragmenterede konsultationsmønster var ifølge nogle praktiserende læger i direkte modstrid med den praktiserende læges rolle som den (eneste) sundhedsfaglige person, der har fokus på patienternes samlede sundhed.

En praktiserende læge fortalte i den forbindelse, hvordan det var en befrielse, at kunne arbejde mere på patientens præmisser og gå i dybden med det aktuelle problem uden at spekulere på, om det har betydning for egen økonomi:

Det der med ikke at skulle tænke over "Havde jeg en samtaleterapi her, eller havde jeg ikke". Hvis nu du har brugt 35 minutter [med en patient] og har snakket rigtigt mange ting igennem, men ikke har opfyldt de retningslinjer, der er, for at det skal være planlagt, det skal være et forløb osv. Hvor du rent faktisk har lavet en kæmpe indsats, så i stedet for at bede patienten om at komme igen i morgen så tager du snakken nu her, hvor det brænder på, uanset hvad det måtte være. Og det, synes jeg jo, er den rigtige måde at være læge på. Det er i hvert fald det, der falder rigtigt for mig. Og det har været fint at kunne gøre det fuldstændigt uden at skulle skele til omkostninger. (Praktiserende læge)

For andre af de praktiserende læger var ydelseshonoraret og den helhedsorienterede tilgang til patienterne dog ikke i konflikt. Som nævnt beskrev flere af de praktiserende læger, hvordan de også under den sædvanlige overenskomst var åbne for at tage sig af flere problemer pr. konsultation, selvom de reelt ville tjene mere, hvis de kun tog sig af et problem ad gangen. I et interview diskuterede de praktiserende læger derfor, om pilotprojektet reelt havde givet anledning til at udføre arbejdet anderledes, eller om det, der havde været anderledes, var, at de praktiserende læger slap for at afveje egen indsats mod et givent ydelseshonorar. Altså om den følelse af, at kunne være læge på patienternes betingelser, som nogle læger fremhævede som et resultat af pilotprojektet, handlede mere om en personlig tilfredsstillelse end egentlig adfærdsændring.

3.3 Samarbejdspartneres erfaringer med fast honorar i almen praksis

Det var ikke muligt for de adspurgte samarbejdspartnere, dvs. sygehus, regionskommune og region at pege på markante forskelle i deres samarbejde med almen praksis som følge af det faste honorar. Både de praktiserende læger og samarbejdspartnere på Bornholm beskrev deres gensidige samarbejde som tæt og velfungerende. Bornholms afgrænsede geografi og et begrænset antal aktører (et sygehus, en kommune, 30 praktiserende læger) var med til skabe et personligt kendskab parterne imellem, som blandt andet betød, at kommunikationsvejene var relativt korte. Denne relation var uændret i projektperioden.

I Bornholms Regionskommune påpegede man, at projektet ikke havde været meldt eksplicit ud til samarbejdspartnerne. Havde de været ordentligt orienteret om de praktiserende lægers deltagelse i projektet, havde de formentlig i langt højere grad forsøgt at udnytte, at de praktiserende lægers aflønning i en periode ikke var afhængig af antallet af ydelser, og at de derfor måske havde større mulighed for og incitament til at afsætte tid til at deltage i udviklingsprojekter på tværs af sektorer.

Samarbejdspartnerne pegede dog også på, at projektperioden har været alt for kort, og at hverken de eller de praktiserende læger har haft mulighed for eller motivation til at forandre på deres praksis og samarbejdsrelation for kun et halvt år. Samtidig er de data, som skulle kunne vise en forandring, knapt gjort op, og informanterne vurderede, at de formentlig vil være påvirket af det udviklingsarbejde, som er foregået sideløbende med honorarprojektet. Et eksempel er arbejdet med forløbsprogrammer, der som i andre kommuner og regioner har været undervejs i nogle år. På sygehuset på Bornholm havde de bl.a. erfaret, at de praktiserende læger var mere systematiske i forhold til, hvilke patienter de henviste til hospitalet. En ændret praksis som blev tolket som et tegn på, at forløbsprogrammernes patientstratificeringer begynder at vise sig i praksis, og altså ikke som et resultat af en anden honorarstruktur.

Heller ikke patienterne havde opdaget forandringer i deres relation til almen praksis. Hverken ventetider eller konsultationernes forløb havde forandret sig.

4. Fremtidens honorarstruktur i almen praksis

I dette afsnit er det formålet at præsentere de diskussioner, som udspillede sig i interviewene om, hvad en ny honorarstruktur i almen praksis bør understøtte, og hvordan den bør udformes.

Interviewene er foretaget med de enkelte interessentgrupper adskilt. Det har givet informanterne mulighed for at tale frit om honorarstruktur i almen praksis set ud fra hver deres synspunkt. Der er utvivlsomt forskellige holdninger til en ny honorarstruktur i almen praksis blandt forskellige grupper af interessenter. I nedenstående analyse er de forskellige synspunkter forsøgt gengivet og konfronteret.

4.1 Ydelseshonorarets fordele

Kun meget få af de praktiserende læger foretrak modellen med fast honorar, frem for den nuværende kombination af basis- og ydelseshonorar. Den direkte kobling mellem indsats og økonomi og muligheden for at dokumentere aktivitetsstigninger var væsentlige årsager.

4.1.1 Flexibilitet i arbejdsmængde og arbejdstid

Ifølge de praktiserende læger var ydelseshonoraret medvirkende til, at almen praksis kan absorbere patienternes efterspørgsel via lange arbejdsdage og weekendarbejde. Oplevelsen af ikke at blive belønnet for en ekstra indsats beskrev flere af de praktiserende læger som en af de største ulemper i projektperioden. De forudså, at et permanent fast honorar på sigt vil betyde en uvilje mod at tage sig af patienter med komplekse og tidskrævende problemstillinger, viljen til at modtage en akut patient lige inden lukketid og tage på hjemmebesøg om aftenen og weekenderne. I tilfælde af et fast honorar forudser de praktiserende læger, at de vil se mere firkantet på deres arbejdstid, og det vil gå ud over produktiviteten og fleksibiliteten i almen praksis.

De praktiserende læger forudså også, at de vil blive mere tilbøjelige til at henvise til speciallæger. En ordning med fast honorar vil derfor favorisere almen praksis i storbyerne, hvor der er gode henvisningsmuligheder. I landområderne vil man ikke på samme måde have mulighed for at flytte opgaverne ud af almen praksis, og for dem vil honoraret derfor relativt være mindre – givet selvfølgelig at de fortsætter deres nuværende praksis og ikke bare lader patienterne i stikken. Derfor forudser de praktiserende læger på Bornholm, at et fast honorar også vil modvirke lægedækningen, da det vil blive endnu mindre attraktivt at blive praktiserende læge i yderområderne.

4.1.2 Opgaveglidning og kapaciteten i almen praksis

Udover at medvirke til fleksible arbejdstider i almen praksis, så understøtter ydelseshonoraret ifølge de praktiserende læger også muligheden for at tilpasse klinikken til nye opgaver. Når udviklingen i sundhedsvæsenet går mod mere og mere centraliserede og specialiserede sygehuse, så vil opgaver som ambulante kontroller, blodprøver mm flytte ud i almen praksis. Ifølge de praktiserende læger, så kan almen praksis kun imødekomme denne opgaveglidning, hvis de har mulighed for at øge kapaciteten i den enkelte praksis ved at ansætte personale til at løfte nogle af opgaverne:

Hvis jeg skal udsættes for opgaveglidning, så skal det være under en gensidighed, som giver mig en sikkerhed for at kunne aflønne mit personale. Jeg tager til gengæld ansvaret for, at ydelsen er til rådighed. Jeg mener, det [opgaveglidning] kommer stille og roligt, der er ikke nogen, der spørger os, men vi kan se, at okay, der er lige skåret et hjørne (på sygehusene).

Okay, den absorberer vi. Men det er jo nødt til at hænge sammen med den dimensionering, vi har i klinikken. (Praktiserende læge)

PLO supplerer dette synspunkt ved at pege på, at der i nogle dele af landet er en ubalance mellem kapaciteten i almen praksis, og de opgaver som almen praksis skal løfte. Selvom honorarstrukturen ikke alene kan skaffe flere hænder i almen praksis, så er det ifølge PLO vigtigt, at honorarstrukturen ikke skaber incitament til at afskedige klinikpersonale, fordi indtjeningsmulighederne bliver for små⁶.

4.1.3 Dokumentation af aktivitetsstigninger

Generelt havde de praktiserende læger oplevet det som positivt, at de i projektperioden slap for at registrere de mange tillægsydelser i løbet af en dag og var fortalere for en forenkling af honorarsystemet, som gjorde deres administrative arbejde enklere og mindre tidskrævende. I det nuværende system bruger de meget tid på registrering af tillægsydelser, udskrive regninger og lave regnskaber. Tid som oplagt kan bruges på noget andet med forhåbentligt større sundhedsfagligt udbytte.

Ydelseshonoraret har dog den fordel, at aktiviteten og dermed også aktivitetsstigninger i almen praksis bliver ordentligt dokumenteret. De praktiserende læger var bekymrede for, om de ekstra opgaver, de påtager sig fx ved opgaveglidning, bliver usynlige, og at risikoen for en øget arbejdsmængde bliver større, hvis denne indbyggede mulighed for at registrere aktivitet forsvandt med en ny honorarstruktur. PLO understregede, at en forudsætning for at gå væk fra ydelseshonoraret er, at parterne kan blive enige om en alternativ måde at opgøre arbejdsmængden i almen praksis, så det fortsat er muligt at dokumentere aktivitetsstigninger.

4.2 Ønsker til et nyt honorarsystem

I dette afsnit fremgår de ideer og ønsker, som informanterne gerne så tænkt ind i en ny honorarstruktur. Ingen af de interviewede i denne undersøgelse udover de praktiserende læger gjorde sig eksplicit til fortalere for en bestemt model for en ny honorarstruktur i almen praksis.

4.2.1 Budgetsikkerhed

Set fra et regionalt synspunkt ligger der en dysfunktion i det nuværende honorarsystem, idet høj aktivitet bliver et mål i sig selv. Regionernes mulighed for at styre økonomien i almen praksis er derfor spinkel. Regionerne er i en situation, hvor de ikke kan imødekomme ukontrollable aktivitets- og dermed budgetstigninger, men er nødt til at have stor sikkerhed for at budgetterne holder. Desuden ser de ingen udsigt til flere penge på sundhedsområdet, og er derfor også nødt til at sikre sig, at almen praksis giver en rimelig sundhed for pengene. Derfor ser regioner en nødvendighed i at se honorarstrukturen efter i sømmene og stille spørgsmålstejn ved, om det nuværende honorarsystem i for høj grad skaber incitament til mere frem for bedre. På regionalt niveau ønsker man altså et honorarsystem, der ikke primært tilskynder til vækst i aktivitet (og dermed udgifter), men til prioritering af de penge der er til rådighed.

PLO anerkendte regionernes behov for budgetsikkerhed, men lagde også her vægt på at man i fremtidige forhandlinger om en ny honorarstruktur inddrager spørgsmålet om opgaveglidning fra sygehusene til primærsektoren. En større vægt på basishonorar skal altså ikke ske på bekostning af muligheden for en ressourcetilførsel til almen praksis i takt med udlægningen af opgaver fra det øvrige sundhedsvæsen.

⁶ PLO påpeger, at det loft for, hvor meget omsætningen i almen praksis må stige pr. år (2 %), allerede har ført til sådanne spekulationer.

4.2.2 Lægens faglighed i centrum

Incitamentet til høj produktivitet ved ydelseshonorar er imidlertid ikke kun et økonomisk spørgsmål. Både Danske Regioner og Region Hovedstaden diskuterede, om de praktiserende læger er blevet for fokuserede på at producere ydelser og tilskyndet af honorarsystemet bruger deres tid på aktiviteter, som ikke er nødvendige eller værdifulde. Desuden påpegede de, at ydelseshonoraret er med til at tilskynde eller begrænse bestemte ydelser og dermed reducere, at det først og fremmest er lægen, der som fagperson træffer beslutningen om patienters behandling.

Som nævnt i afsnit 3.2.3 havde de praktiserende læger forskellige oplevelser af, om den faglige frihed var forandret i projektperioden. Nogle gav udtryk for, at denne frihed var større ved fast honorar, hvor andre gav udtryk for, at arbejdsmængde og tidspres i lige så høj grad formede deres hverdag før som under pilotprojektet. De praktiserende læger var dog ikke blinde for, at ydelseshonoraret kunne påvirke dem til en praksis, som fagligt set ikke er rationel. Et eksempel er de allerede nævnte korte og fragmenterede konsultationer. Et andet eksempel er de praktiserende lægers fordeling af hhv. telefonkonsultationer og fremmødekonsultationer. En telefonkonsultation udløser et mindre honorar end en fremmødekonsultation, men kan udløse et ligeså stort arbejde for lægen – fx i tilfælde hvor det er nødvendigt at lave en henvisning efterfølgende. Fremmødekonsultationen kan derfor være at foretrække, da den praktiserende læge dermed får større økonomisk kompensation for arbejdet. Fremmødekonsultationer bliver ifølge lægerne brugt, selv når en telefonkonsultation i princippet er nok. De praktiserende læger påpegede, at en permanent ordning med fast honorar selvfølgelig ville øge incitamentet til for telefonkonsultationer.

Både regionerne og PLO så muligheder i en honorarmodel, hvor økonomi og aktivitet ikke er direkte forbundet, dvs. en model med fast honorar eller et højere basishonorar. Heri ligger dog en risiko for, at de praktiserende læger øger deres henvisningsmønster. Danske Regioner og Region Hovedstaden så dog muligheder i at knytte særlige forpligtelser til et større basishonorar eller til pakker af ydelser, som sikrer et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Sådanne forpligtelser kunne være knyttet til bestemte patientgrupper og patientforløb (forløbsprogrammer) eller til at udføre bestemte laboratorieydelser afhængig af tilgængeligt udstyr og kompetencer i den enkelte praksis.

4.2.3 Almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen

Selvom samarbejdet mellem regionskommune og almen praksis blev karakteriseret som vel-fungerende og kommunikationsvejene som korte, så er dette samarbejde vanskeliggjort af, at almen praksis er honoreret helt anderledes end sygehuspersonalet og det kommunale sundhedspersonale. Møder om fælles udviklingsprojekter kan være vanskelige at gennemføre med deltagelse fra de praktiserende læger, medmindre de kompenseres økonomisk. Omvendt gav det også anledning til, at fx regionskommunen overvejede grundigt, hvornår de inviterede de involverede praktiserende læger.

Både Danske Regioner og Region Hovedstaden gav udtryk for, at de ønskede et større incitament i almen praksis til at deltage i fælles udviklingsprojekter og styrke kommunikationen med andre sektorer. En nedtoning af ydelseshonoraret blev anset, som en én måde at fremme en højere prioritering af det arbejde, som ikke direkte har med patienter at gøre (fx kommunikation med andre sektorer og kvalitetsudvikling), og som i den nuværende honorarstruktur ikke udløser et specifikt honorar. Set fra et regionalt synspunkt er det som nævnt også en fordel, hvis et fremtidigt honorarsystem i højere grad bliver knyttet til forpligtelser i forhold til forløbsprogrammerne. De praktiserende læger stillede spørgsmålstejn ved, om en sådan ordning ville betyde mindre tilgængelighed for patienter med akut opstået sygdom og reducere muligheden for at arbejde helhedsorienteret med patienterne.

4.2.4 Et vægtet basishonorar

Bornholms demografi er kendetegnet ved relativt mange ældre og kronisk syge. De ældre (og dermed statistisk set mere syge) patienter kommer typisk oftere til lægen og har flere ting, de gerne vil have den praktiserende læges hjælp til. Flere ældre tilknyttet almen praksis giver altså merarbejde både i form af flere konsultationer pr. patient og i form af arbejdsbyrden pr. konsultation. Det samme gjaldt efter de praktiserende lægers vurdering deres arbejde med de kronisk syge.

Som det er nu, afspejler honorarsystemet ikke denne virkelighed. I den nuværende struktur er den eneste måde at kompensere økonomisk for, at nogle patientgrupper er mere 'arbejdstunge' for den praktiserende læge, at afsætte flere konsultationer til samme patient. Eller som det er nævnt i forrige afsnit at favorisere fremmødekonsultationerne frem for telefonkonsultationer. Derfor var samtlige af de interviewede læger fortalere for en vægtning i basishonoraret, så det afspejler patientsammensætningen og sygdomsmønsteret i praksispopulationen. Det ville samtidigt kompensere for, at honoraret for en konsultation er det samme, selvom arbejdsbyrden varierer afhængig af patientens lidelse(r). Flere af de praktiserede læger gav udtryk for, at de godt kan acceptere, at både 'svære' og 'lette' patienter udløser samme honorar, da der formentlig er en vis udligning i arbejdsmængden over hele patientpopulationen (*'hvad vi taber på gyngerne, vinder vi på karrusellerne'*). Alligevel så de som læger i et geografisk område med en relativt stor arbejdsbyrde en pointe i at udvikle en mere retfærdig måde at kanalisere pengene derhen, hvor arbejdsbyrden er størst.

Ideen om et vægtet basishonorar var fra et regionalt synspunkt umiddelbart en god ide. Dog var de bekymrede for, om det er muligt at lave en retfærdig fordelingsnøgle, der tilgodeser hele landet. De praktiserende læger gav ingen færdige bud på, hvordan denne vægtning skulle laves, men nævnte socialgruppe, alder, køn og etnicitet som mulige nøgler til en retfærdig vægtning af basishonoraret. Derudover diskuterede de praktiserende læger i et af interviewene, om et vægtet basishonorar kunne afspejle de sundhedsfaglige tilbud – eller mangel på samme – indenfor et givent område. På den måde ville det merarbejde, som de bornholmske læger oplever, at de er nødt til at lave som følge af det begrænsede udbud af fx speciallæger og de lange afstande til fx skadestue, også blive kompenseret igennem et højere basishonorar. En vægtning baseret direkte på antallet af kronikere var der imidlertid ingen af de praktiserende læger, som brød sig om, da de var bekymrede for, om der ville blive en tendens til, at de praktiserende læger overdiagnosticerer patienterne for at opnå et højere basishonorar.

Andre foreslog et vægtet ydelseshonorar, så en konsultation med en kroniker ville udløse et højere honorar end en akuttid. Denne model vækkede imidlertid bekymring hos andre af de praktiserende læger. For dem var det vigtigt, at honorarstrukturen ikke giver anledning til at nedprioritere de patienter, som henvender sig med akutte problemer.

4.2.5 Kvalitet som en del af et honorarsystem

Kvalitet som en del af en honorarstruktur blev også diskuteret i alle interviews, og ingen be-
tvivlede kvalitet som et relevant parameter i almen praksis. De praktiserende læger og PLO
anfægtede dog det hensigtsmæssige i at belønne kvalitet efter bestemte resultatmål. Dette
bl.a. fordi det kan være vanskeligt at sætte rimelige tærskelværdier, og fordi andre faktorer
end lægens faglige kunnen har indflydelse på den type effektmål herunder fx patienters egen-
omsorg og varierende sygdomsmønster i forskellige dele af landet. Det engelske QOF-system
fremstod som et godt eksempel på, hvordan kvalitet som en del af et honorarsystem kan få
uønskede konsekvenser. Alligevel gav flere af de praktiserende læger udtryk for, at de savnede
anerkendelse for at opnå gode resultater i form af velhandlede patienter. Ikke mindst fordi
mindre dygtige praktiserende læger, som er nødt til at henvise mange patienter til speciallæ-
ger, med den nuværende honorarstruktur kan tjene lige så mange penge, som en dygtig prak-

tiserende læge, der er i stand til at tage sig af sine patienter selv. Set i det lys var kvalitetshonorering en helt oplagt mangel i den nuværende model.

I et interview definerede en praktiserende læge sine kerneressourcer som viden og tid. Viden opnår de praktiserende læger bl.a. ved efteruddannelse, som på nuværende tidspunkt er en aktivitet, som de praktiserende læger selv vælger til og fra efter behov og interesse – dog understøttet af efteruddannelsesfonden som kompenserer for bl.a. tabt arbejdsfortjeneste. I Region Hovedstaden så man gerne, at de som 'arbejdsgivere' havde muligheden for at stille flere krav til de praktiserende lægers løbende faglige opdatering, og til at det rette kompetenceniveau er til stede i praksis, fx knyttet til betjeningen af laboratorieudstyr eller til almen praksis' opgaver i relation til forløbsprogrammerne. De praktiserende læger så imidlertid efteruddannelsesfonden som et godt tiltag med et indbygget incitament til at opdatere deres viden løbende. Eksplícitte krav om efteruddannelse anså de praktiserende læger for at være umyndiggørende.

Til gengæld blev tid – eller mangel på samme – af de praktiserende læger nævnt som et eksempel på et mål for kvalitet, som lider under den nuværende honorarmodel. Ydelseshonoraret giver som nævnt incitament til mange korte og forjagede konsultationer frem for færre og mere grundige konsultationer. Et rigtigt godt eksempel ifølge flere læger på, hvad god kvalitet ikke er – ikke mindst i lyset af diskussionen af den praktiserende læges rolle, jf. afsnit 3.2.3. Derfor havde flere læger udnyttet perioden med fast honorar til at eksperimentere med konsultationernes varighed. Mange anså denne mulighed som en klar fordel for patienten og gav udtryk for et ønske om at nedtone den økonomiske betydning af antallet af ydelser i en kommende honorarmodel, fx ved at justere basishonoraret (jf. afsnit 4.2.4). Omvendt lagde de også vægt på, at muligheden for lange og grundige konsultationer ikke skulle ske på bekostning af ventetiden i almen praksis.

Kvalitet som del af en ny honorarstruktur i almen praksis indgik også indirekte i de praktiserende lægers diskussion af vægtning af rollen som praktiserende læger. Nogle af de praktiserende læger så den selvstændige virksomhed med mulighed for selv at tilrettelægge hverdagen og dimensionere deres praksis som en værdi. Andre lagde mere vægt på den unikke mulighed i almen praksis for at have det samlede overblik over patienternes sundhedsstatus og som tovholder på patientens samlede rejse i sundhedsvæsenet (se afsnit 3.2.3). Dermed ikke sagt at økonomi ikke betyder noget for sidste gruppe af læger, eller at der ikke er knyttet en værdi til den praktiserende læges særlig rolle i den første gruppe. Om den praktiserende læge var fortaler for ydelseshonorar eller godt kunne leve med et fast honorar var dog funderet i forskellige vægtninger af nogle grundlæggende forestillinger om almen praksis' værdi.

Diskussionen om kvalitet i almen praksis blev også diskuteret mere processuelt i interviewene. Region Hovedstaden gav udtryk for, at de gerne så honoraret til almen praksis knyttet til et krav om, at almen praksis reflekterer over den kvalitet, de leverer fx via Den Danske Kvalitetsmodel, datafangst mm. Frem for at basere et honorarsystem på kvalitetsmål i form af behandlingsresultater så PLO og de praktiserende læger også flere perspektiver i en sådan model. I tråd hermed talte Danske Regioner for en honorarmodel, der i højere grad understøtter regelmæssig refleksion over egen praksis, fx tilbagemeldinger fra datafangst. Her har en model med fast honorar sin force sammenlignet med en model med stor vægt på ydelseshonorar. Danske Regioner lagde også vægt på, at detaljstyring i form af ydelseshonorarer alligevel kun giver et incitament og ikke sikkerhed for, at lægerne anvender ydelserne efter formålet, og at fagligt korrekt adfærd ikke kan dikteres via honorarsystemet. Blandt andet fordi den konstante udvikling af ny viden og behandlingsmetoder indebærer, at et detaljeret honorarsystem altid vil være på bagkant i forhold til den faglige udvikling.

4.2.6 Fokus på arbejdsvilkår

Som nævnt oplever de fleste af de praktiserende læger, som blev interviewet til denne undersøgelse, at det stigende arbejdspress opstår som følge af et stigende behov blandt befolkningen og som følge af opgaveglidning. Set i det lys er ydelseshonoraret med til at sikre en, efter de praktiserende lægers mening, rimelig belønning for en ekstra indsats og en motivation for lange arbejdsdage og weekendarbejde. Som nævnt i afsnit 0 så havde flere af de praktiserende læger ved projektet start set frem til at kunne arbejde mere frit, når de i en periode var uafhængige af ydelseshonoraret. Mere tid til udviklingsarbejde eller til at opdyrke særlige interesseområder var nogle af mulighederne, som de så i pilotprojektet. Dog beskrev langt størstedelen af dem, som indledningsvist var begejstrede for fast honorar, hvordan netop følelsen af ikke at blive belønnet fx for at modtage patienter efter lukketid eller arbejde hårdere i perioder med spidsbelastning havde været et stort irritationsmoment. Ikke mindst fordi de alligevel havde haft tid til at foretage de forandringer, de havde håbet på, og derfor ikke følte at de havde fået noget udbytte af perioden med fast honorar.

Samtidig beskrev mange af de praktiserende læger, hvordan de er drevet af at være selvstændige erhvervsdrivende med ansvar for personale, lokaler og udstyr mm. Muligheden for at have ansat personale ses desuden som afgørende for at arbejde udviklingsorienteret med fx kronikerprogrammer, og denne mulighed anser nogle af de praktiserende læger for at være tæt knyttet til ydelseshonoraret. Som en af de praktiserende læger formulerede det, så skal der 'skovles' nogle penge sammen for at have råd til at have en sygeplejerske ansat, og de er bekymrede for, om de vil have råd til at ansætte personale under et mere fast honorar.

De praktiserende læger er dog ikke enige om, i hvilket omfang deres egen løn er knyttet til arbejdsglæde. Nogle var af den holdning, at en nedgang i reallønnen ville betyde, at færre har lyst til at arbejde som praktiserende læger, andre var mere bekymrede for arbejdsforholdene i almen praksis som helhed, personalet og hvilken type praksis man vil kunne drive for færre penge.

Arbejdsglæde er også knyttet til ydelseshonoraret i den forstand, at de praktiserende læger på Bornholm kan opretholde relativt veludbyggede laboratorier og dermed foretage mange diagnostiske undersøgelser selv. På den måde 'sparer' de patienten for en tur på tværs af øen til sygehuset eller andre speciallæger, men det er også fagligt tilfredsstillende at kunne lave så meget som muligt selv. I et interview diskuterede lægerne, om den økonomiske gevinst ved at foretage disse laboratorietests var rimelig, altså om det dækkede de egentlige udgifter til udstyr og arbejdstid. De konkluderede (ikke overraskende), at som det er nu, får de dækket deres udgifter, dog uden den store fortjeneste. Desuden var de enige om, at hvis de ikke bliver belønnet specifikt for laboratorieydelser via ydelseshonoraret (eller et lignende honorar som indfanger de faktiske udgifter), og hvis laboratorieydelser bliver en udgift, så gør de det ikke. Igen ville resultatet være reduceret arbejdsglæde, idet man ikke kan imødekomme hverken egne faglige ønsker eller patienternes behov.

Ydelseshonoraret har imidlertid også ulemper, idet det ifølge nogle af de praktiserende læger (og Danske Regioner, jf. afsnit 4.2.1 og 4.2.2) har skabt en kultur, hvor almen praksis har påtaget sig flere og flere arbejdsopgaver, netop fordi de har haft mulighed for en direkte belønning for den ekstra indsats, de yder. Lønnen er steget, men det er på bekostning af en anden vigtig ressource, nemlig de praktiserende lægers tid. Mængden af opgaver er steget, og arbejdsdagene er blevet længere. Derfor stillede nogle af de praktiserende læger spørgsmålstegn ved, om almen praksis som helhed har nået grænsen for, hvor mange opgaver den kan løfte, både af hensyn til lægernes helbred og hvad der er fagligt forsvarligt. Spørgsmålet er med andre ord, om almen praksis selv har været med til at udbudsinducere, og om der som supplement til spørgsmålet om fair aflønning af almen praksis via et nyt honorarsystem bør indgå en diskussion af, hvordan man frigiver tid i almen praksis. Om nogle opgaver bør udgå eller flyttes andre steder hen, eller om honorarsystemet kan tilrettelægges, så der er større

incitament til at prioritere mellem arbejdsopgaver frem for at forsøge at løse dem alle. Nogle af de praktiserende læger efterspurgte hjælp til at foretage disse prioriteringer, og regionerne medgav, at disse beslutninger skal foregå på baggrund af en dialog. Ikke mindst for at skabe en sammenhæng i sundhedsvæsenet hvor patienter ikke lander mellem to sektorer, eller hvor flere gør det samme.

Bekymringen for det stigende arbejdspress blandt de interviewede praktiserende læger skal ses i lyset af den aldersmæssige sammensætning blandt de praktiserende læger på Bornholm. En væsentlig del af de praktiserende læger når indenfor et par år pensionsalderen, og de øvrige læger frygter, at arbejdsmængden da bliver uoverskueligt stor, medmindre det lykkes at rekruttere nye læger til øen. En opgave, som de spår, bliver svær, givet både Bornholms geografiske placering og netop arbejdspresset, som enten afholder nogle fra at opsøge en karriere i almen praksis, eller som overrumpler dem og fører til tidlige sygemeldinger. Igen er løsningen ifølge nogle af de praktiserende læger ikke udelukkende løn og honorarer, men fokus på gode, sunde arbejdsforhold og -tider.

5. Sammenfatning og diskussion

Både de praktiserende læger og samarbejdspartnere havde forventninger til, at en radikalt anderledes aflønningsform ville medføre forandringer i almen praksis. I praksis viste det sig, at forandringerne havde været små. Kun få af de praktiserende læger havde set projektets honorarstruktur som en fordel og som en mulighed for at drive en bedre og mere effektiv praksis. Nogle havde strammet op på deres visitationsprocedurer og oplevet en anden frihed til at strukturere hverdagen i forhold til patienternes behov. Andre havde i det små benyttet sig af dobbelttider til nogle patienter, men ikke set nogen anledning til systematiske forandringer i klinikken. Hverken sygehuset, regionskommunen eller Region Hovedstaden havde 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 samt et bevidst fokus på ikke at forandre praksis.

Alle, ikke mindst de praktiserende læger, var dog enige om, at incitamentsstrukturerne ved fast honorar og den eksisterende honorarstruktur for almen praksis er så forskellige, at fast honorar derfor på sigt ville føre til mærkbare forandringer både i form af antallet og arten af ydelser i almen praksis. De praktiserende læger understregede, at fast honorar var lig med faste arbejdstider og en deraf følgende reduktion i produktiviteten og fleksibiliteten i forhold til fx opgaveglidning. Set fra et regionalt perspektiv er en model med fast honorar én måde at adskille de praktiserende lægers faglige valg fra deres økonomi og skabe incitament til at prioritere patientforløb og udviklingsprojekter på tværs af sektorer. Omvendt kan den faglige frihed, som vil følge af en model med fast honorar, også medføre incitament blandt de praktiserende læger til at arbejde mindre og henvise mere. Det foreslår de regionale parter løst ved en model, som kombinerer honoraret med krav til, hvilke opgaver almen praksis løser som del af et samlet sundhedsvæsen, til kompetenceniveau og til deltagelse i kvalitets- og udviklingsopgaver.

I denne undersøgelse var der en klar overvægt af praktiserende læger, som foretrak ydelseshonoraret frem for projektets model med fast løn. Kun få foretrak et fast honorar. De praktiserende læger oplever, at de arbejder hårdt og meget, og opgaveglidning og en aldrende patientpopulation giver udsigt til, at opgavemængden kun vil stige endnu mere i de kommende år. Den direkte kompensation for merarbejde via ydelseshonoraret er medvirkende til, at de praktiserende læger indtil nu har påtaget sig de opgaver, som kommer. Ydelseshonoraret kan altså ses som en garanti for fleksibel opgaveløsning i almen praksis, da det er muligt at udvide med mere personale eller udstyr, når opgaverne bliver flere eller forandrer sig.

På trods af ydelseshonorarets mange fordele var de praktiserende læger dog enige om, at det nuværende system ikke afspejler den store variation, der kan være i arbejdsmængden på tværs af patienter og geografiske områder. En fremmødekonsultation udløser således samme honorar, uanset om det er komplekse eller lette problemer, der bliver løst. Et basishonorar vægtet for demografi og sygdomsprofil blev foreslået som en måde at kompensere for forskellig arbejdsbyrde.

Desuden er ydelseshonoraret dog også med til at øge arbejdspresset i almen praksis, netop fordi villigheden til at lave mere er til stede, såfremt der er en gulerod i form af flere penge. Hjælp til at prioritere mellem arbejdsopgaver og en mere almindelig arbejdstid var derfor også på de praktiserende lægers ønskeliste.

