

## Aktivitesstyring af Almen Praksis via økonomisk incitament

---

-En analyse af i hvilket omfang en forøget besøgstakt i OK 18, har bevirket øgning i frekvensen af hjemmebesøg.

Sommer, Esben og Sandberg, Steinar M.

## Introduktion

Den danske primærsektor er presset, pga mangel på speciallæger i almen medicin og flere områder i landet er uden lægedækning [1], så arbejdsopgaverne må prioriteres. I overenskomsten OK18 mellem Danske Regioner (DR) og de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i 2018, blev honoraret for hjemmebesøg øget markant og der blev tilført ressourcer til området, begrundet i et politisk ønske om, at de praktiserende læger skal foretage flere hjemmebesøg [2].

Vi ønsker med denne opgave at se på effekten på incitamentet for at udføre en bestemt type ydelser i et større omfang, ved at øge honoreringen betydeligt. Der er meget litteratur om hvilke honoreringsmodeller, som kan bruges til formålet, og disse vil blive beskrevet i opgaven. Det er derimod ikke tidligere beskrevet, i hvilken grad betalingen for de enkelte ydelser kan justeres for at påvirke den praktiserende læge til udførelsen heraf. Vi ønsker at bruge ændringen af besøgstaksten i OK18, som et eksempel på dette, og kigger på hvordan aktiviteten på området er blevet påvirket.

## Baggrund - honoreringsmetoder

De sundhedsprofessionelle har en faglig stolthed som den primære drivkraft i det daglige arbejde, og der hvor økonomiske incitamenter spiller en rolle, vil indsatsen altid være et kompromis mellem efterspørgsel, fagligt niveau og indtjening. Risici for sanktioner er også medvirkende til prioritering, og der er flere tilsynsenheder der holder øje med, at kvaliteten af arbejdet er i orden. Disse tilsyn har mulighed for både faglige og monetære sanktioner.

I litteraturen er der overordnet set beskrevet fire metoder til at aflønne de praktiserende læger. Der er fordele og ulemper ved hver aflønningsform, der alle fordrer til en specifik opførsel. De læger der aflønnes med fast løn, får en udbetaling der er uafhængig af driftsudgifterne. De øvrige modeller giver klinikken en indtægt, til at dække udgifter til drift, herunder investering i diagnostisk udstyr, personale og forbrugsmaterialer. Det tilbageværende bliver lægens løn.

Fast løn er den mest udbredte metode i sundhedsvæsenet. Lønnen er knyttet til et fast antal timers ugentlig arbejde, og arbejdsopgaverne er aftalt i ansættelseskontrakten. Denne honorering ser man på sygehuse og i regionsklinikker, hvor lægen ikke ejer klinikken. Der er muligheder for at inkorporere resultatløns som er knyttet til forskellige målopnåelser, men i sundhedsvæsenet er dette sjældent brugt udenfor ledelsesgangene. De incitamenter til øget aktivitet som findes i denne struktur ligger derfor oftest i, at arbejde flere timer end det aftalte. [3]

Basistilskud, eller "Capitation fee", er en fremadrettet betaling for hver enkelt patient tilknyttet den enkelte praktiserende læge eller det selvstændige behandlingssted. Denne form for betaling giver køber og sælger af ydelserne en høj grad af budgetsikkerhed. Det giver incitament til at have et stort antal patienter tilknyttet behandlingsstedet, men er ikke koblet op til aktiviteten omkring patienten. Det fremmer ikke tilgængeligheden eller produktionen og kan øge antallet af henvisninger til sekundærsektoren [4]. I Danmark står basistilskudet for ca 30% af almen praksis klinikernes indtægt fra det offentlige [1].

I "Bornholmer-forsøget" fra 2012 undersøgte man effekten af at aflønne 22 almen praksisser på Bornholm med 100 % basistilskud. Man kunne ikke vise den store ændring i praksisdriften. Det er en stor svaghed i forsøget, at det var tidsbegrænset til 6 måneder. Tillige var det økonomiske incitament fjernet, ved at de deltagende klinikker var garanteret basistilskud, svarende til den indkomst de havde halvåret forinden. Motivationen for at gå helhjertet ind i forsøget, var derfor begrænset, eftersom klinikkerne efter forsøgsperioden skulle ændres tilbage til den allerede eksisterende model.

De trends der blev fremhævet i interviews af de deltagende klinikker, var ændringer såsom: længere tid til de svære samtaler, mere tid til efteruddannelse, skrappere telefonvisitation og mere fritid. Der blev ikke observeret ændringer i samarbejdet med sekundærsektoren og der var ingen data på diagnostikken, hvorfor der ingen hårde endepunkter er at måle på. [5]

Fee-for-service (FFS) er den honoreringsmodel, hvor praktiserende læger honoreres efter de ydelser som de udfører. Omfanget af ydelsen og betalingen herfor er aftalt i overenskomsten mellem DR og PLO. I Danmark er det intentionen at disse ydelser skal stå for i omegnen af 70% af omsætningen [1]. Der er aftalt kriterier for at opkræve ydelserne,

men hvordan man vælger at opfylde kriterierne, og hvordan man disponerer over tiden, bestemmer den selvstændige klinik selv.

Gosden et al. konkluderede i deres review, at fast løn giver den laveste aktivitet: mindst brug af diagnostiske test, flere henvisninger til sekundærsektoren, længere konsultationer og mere defensiv medicin, hvorimod en kombination af FFS og capitering giver den højeste aktivitet [6].

I tråd med dette fandt Sørensen et al, at FFS giver 20-40 % øgning i produktionen sammenholdt med fast løn, pga en længere og mere effektiv arbejdsdag [7].

“Københavnforsøget” fulgte effekten af, at honoreringen blev ændret fra ren capitering til en blandingsstruktur af FFS og capitering i det indre København i 1980'erne. Her kunne man se, at der var antydning til øget konsultationsaktivitet, men denne viste sig ikke signifikant. Man så dog et signifikant fald i antallet af henvisninger til sekundærsektoren, og en øgning i kurativ aktivitet i klinikkerne [4].

Forfatterne til “Bornholmerforsøget” postulerer, at FFS giver praksis incitament til at tilrettelægge og udføre opgaver, ved opgaveglidning fra sygehusene til almen praksis. Det centrale her er, at med flere opgaver øges økonomien, som giver mulighed for at ansætte mere støttepersonale. [5]

Fee for performance (F4P) er betaling for plejen af kronisk syge patienter, hvor ydelsen graderes efter opnåelse af aftalte delmål. Delmål kan være, at patienterne møder til fastlagte kontroller eller, at patienterne får udskrevet medicin svarende til sværhedsgraden af sygdommene.

“Quality of Outcome Framework” reformen i England bruger denne honoreringsmodel meget, og man finder talrige eksempler i USA [8]. F4P giver incitament til at opspore de patienter med de relevante diagnoser og sørge for, at de definerede målsætninger er opnået. Den belønner de læger der har en compliant population, og straffer læger med en patientpopulation med en stor sygdomsbyrde. Den åbner således op for “cherry-picking”, hvor non-compliance patienter ikke er ønsket i klinikken [8] [9]. Modellen ser ud til at være dyrere. Målopnåelsen synes at være rigtig god, men morbiditeten i populationen ser ikke ud til at være ændret. Som eksempel angiver de at HbA1C måles med de aftalte intervaller, men de har ikke påvist signifikant bedring i HbA1C niveauet. De kan ikke påvise øget

patienttilfredshed og nogle studier i metaanalysen påviser paradoksalt, at uligheden i sundheden øges pga. bevidst selektion af patienterne [9].

## Metode

Vi fremsøgte kontaktoplysninger fra DR og PLO på deres respektive hjemmesider. De formidlede data for lægebesøg i dagtid og vagttid. DR fremskaffede tal for perioden 2016-18. Her fremgik også den medfølgende økonomi. PLO gav os tal fra perioden 2015-18. Vi har valgt at kigge på tallene på landsplan pr år, selvom det i datamaterialet er muligt at se efter regionale forskelle. Dataene for vagttiden har vi taget med, men vi har ikke analyseret dem, da de ikke er omfattet af ændringerne i OK18.

Ændringerne i honorar fandt vi i overenskomsterne OK13 og OK18.

Vi identificerede de fire honoreringsmetoder ved at fremsøge litteratur med søgeordene Remuneration AND Primary care på Pubmed. Vi fandt derefter reviews på de specifikke modeller. Vi har fortrinsvist valgt publikationer fra Cochrane Instituttet, men brugte dog også den nyeste metaanalysen omhandlende F4P fra Lin et al. Herefter fremsøgte vi Krasnik et al og KORA's Bornholmerforsøg, da dette har særlig stor relevans for den danske primærsektor.

Vi kontaktede Kommunernes Landsforening (KL) for at få data på plejehjemslæger og tilslutningen til denne aftale. Data var ikke klar inden afleveringsdato, og kom dermed ikke med i opgaven.

## Resultater

Praksis honoreres for deres sygebesøg efter afstanden fra klinikken til patientens adresse. Besøg indenfor de første 4 km takseres som besøg "I". For besøg "II", "III", "IV" og "V" øges

Tabel 1: Ændring i Honorar

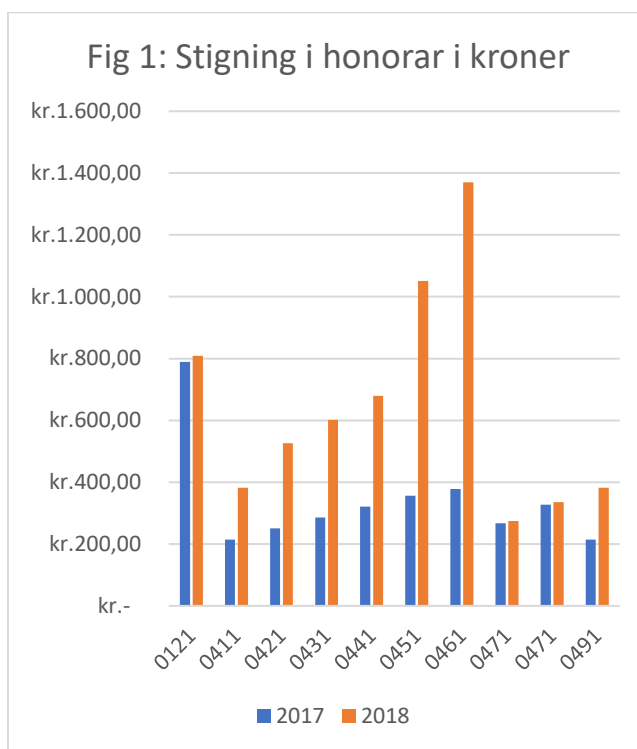
Ydelse		2017		2018	Ændring
0121 - opsøgn. hjemmebesøg	kr	788,92	kr	808,72	3 %
0411 - Besøg I	kr	214,19	kr	382,32	78 %
0421 - Besøg II	kr	251,08	kr	525,94	109 %
0431 - Besøg III	kr	285,82	kr	601,39	110 %
0441 - Besøg IV	kr	320,77	kr	679,90	112 %
0451 - Besøg V	kr	355,97	kr	1 050,87	195 %
0461 - Besøg VI	kr	377,75	kr	1 369,82	263 %
0471 - Besøg i vagttiden	kr	267,69	kr	274,41	3 %
0471 - Besøg i vagttiden B-vagt	kr	327,40	kr	335,61	3 %
0491 - Besøg På Ruten	kr	214,19	kr	382,32	78 %
2100 - Tillæg stedlig læge	kr	-	kr	518,65	
2301 - Afstandstakst 21 km	kr	8,71	kr	32,03	268 %

**Honorering for hjemmebesøg i 2017 og 18, samt øgningen angivet i procent.**

afstanden fra praksis med 4 km for hver gruppe, op til 20 km. Besøg "VI" er alle besøg over 20 km's afstand fra praksis. Ved flere besøg i forlængelse af hinanden, takserer man det første efter afstand, og de efterfølgende som "Besøg på ruten".

Tabel 1 og figur 1 viser honoreringen for hjemmebesøg for henholdsvis 2017 og 2018. Ydelserne for besøg "I" til "VI" er steget med 78-263%. "Besøg på ruten" er øget med 78%, imens besøg i vagttiden og opsøgende hjemmebesøg blot er indeksreguleret med en 3% stigning.

Tabel 2 og 3 viser antallet af udførte sygebesøg. Tallene er indhentet fra henholdsvis DR og PLO og er nærmest identiske. Fig 3 viser det totale antal sygebesøg i dagtid, baseret på tallene i tabel 3.



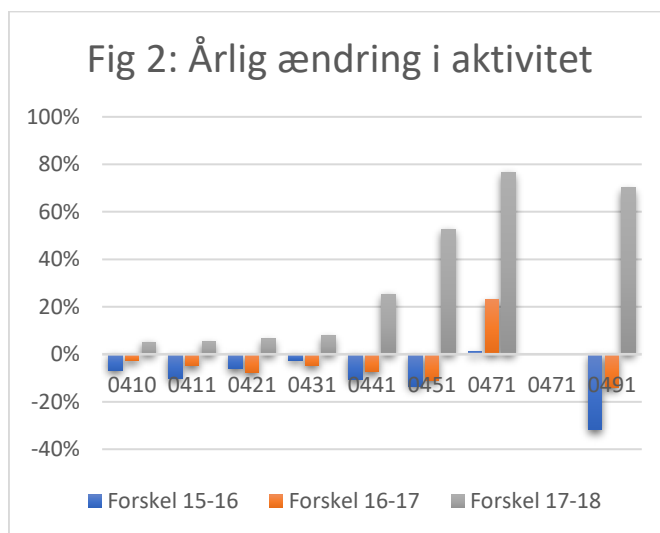
Figur 1 viser stigningen i kroner fra 2017-18

Tabel 2: Tal fra Danske Regioner

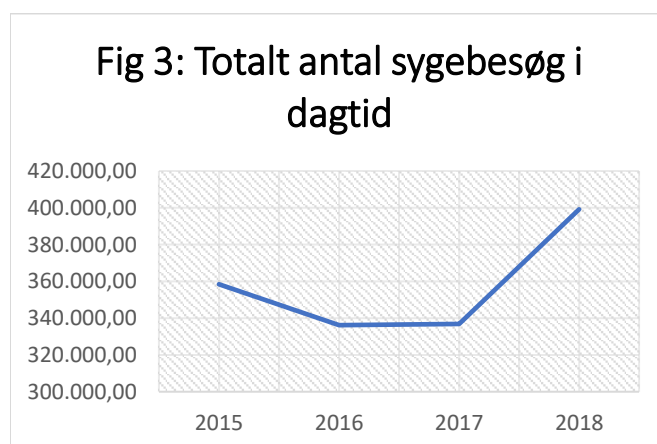
Ydelse	2016	2017	2018	Ændring 16-17	Ændring 17-18
0121 - opsøgn. hjemmebesøg	33528	36626	38443	9%	5%
0410 - ikke-udf sygebesøg	0	0	168		
0411 - Besøg I	200977	196847	208852	-2%	6%
0421 - Besøg II	46902	44735	47588	-5%	6%
0431 - Besøg III	23502	21705	23413	-8%	8%
0441 - Besøg IV	9597	9170	10010	-4%	9%
0451 - Besøg V	3310	3045	3874	-8%	27%
0461 - Besøg VI	2398	2172	3348	-9%	54%
0471 - Besøg i vagttiden	71380	70017	67214	-2%	-4%
0491 - Besøg På Ruten	48628	59993	106725	23%	78%
2100 - Tillæg stedlig læge	0	0	751		
2301 - Afstandstakst 21 km	7729	6619	11334	-14%	71%
<b>Totalt</b>	<b>335314</b>	<b>337667</b>	<b>403810</b>	<b>1%</b>	<b>20%</b>

Antallet af udførte besøg, inddelt efter besøgstypen og årstal. Ændringerne fra 2016-17 samt 2017-18 er skitseret i 4. og 5. kolonne.

Det bemærkes at langt størstedelen af besøgene er "I" med ca. 209.000 besøg i 2018, imens "V" og "VI" blot udgør ca. 3000 besøg hver. "Besøg på ruten" er det 2. mest udførte besøg med ca. 106.000 besøg i 2018. Besøgsaktivitetsændringen er udregnet for 2016-17 samt 2017-18. For 2016-17 ses en negativ udvikling i antal besøg, foruden opsøgende hjemmebesøg og "Besøg på ruten", som stiger med hhv. 9% og 23%. Hvorimod der i 2017-18 efter implementeringen OK18 ses positiv udvikling for alle grupper. Fig 2 er en grafisk fremstilling af de relative ændringer i besøgsaktiviteten, baseret på tabel 3. Mest markant er "Besøg på ruten" der stiger med 78%, samt "V" og "VI" der stiger med 27% og 54%. De øvrige grupper stiger med 5-9%. For 2017-18 er besøgsfrekvensen totalt forøget med 20%.



Figur 2: Ændring af de specifikke ydelser i procent



Figur 1: Viser udviklingen i besøg i absolutte tal

Tabel 3: Tal fra Praktiserende Lægers Organisation

Ydelse	2015	2016	2017	2018	Ændring 15-16	Ændring 16-17	Ændring 17-18
0410 - ikke-udf sygebesøg	0	0	1	167			
0411 - Besøg I	216432	201665	196245	206012	-7%	-3%	5%
0421 - Besøg II	52214	46874	44581	46963	-10%	-5%	5%
0431 - Besøg III	25038	23511	21664	23080	-6%	-8%	7%
0441 - Besøg IV	9862	9614	9148	9859	-3%	-5%	8%
0451 - Besøg V	3691	3292	3048	3816	-11%	-7%	25%
0461 - Besøg VI	2814	2436	2164	3304	-13%	-11%	53%
0471 - Besøg i vagttiden	198277	189951	184743	173455	-4%	-3%	-6%
0491 - Besøg På Ruten	48322	48801	60070	106121	1%	23%	77%
2100 - Tillæg stedlig læge	0	0	1	750			
2301 - Afstandstakst 21 km	11263	7688	6602	11239	-32%	-14%	70%
<b>Total</b>	<b>358373</b>	<b>336193</b>	<b>336920</b>	<b>399155</b>	<b>-6%</b>	<b>0%</b>	<b>18%</b>

Antallet af udførte besøg, inddelt efter besøgstypen og årstal. Ændringerne fra 2015-16, 2016-17 samt 2017-18 er skitseret i 5., 6. og 7. kolonne.

Tabel 4: Absolutte tal

Ydelse	Ændring 17-18	Ændring per læge
0411 - Besøg I	9767	2,87
0421 - Besøg II	2382	0,70
0431 - Besøg III	1416	0,42
0441 - Besøg IV	711	0,21
0451 - Besøg V	768	0,23
0461 - Besøg VI	1140	0,34
0471 - Besøg i vagttiden	-11288	-3,32
0491 - Besøg På Ruten	46051	13,54
2100 - Tillæg stedlig læge	749	0,22
2301 - Afstandstakst 21 km	4637	1,36
<b>Total</b>	<b>62235</b>	<b>18,30</b>

Antallet af ekstra udførte sygebesøg fra 2017-18. I 2. kolonne er angivet hvor mange ekstra besøg dette svarer til pr læge i absolutte tal.

Tabel 4 viser, i absolutte tal, hvor mange ekstra besøg som blev udført i -18, sammenlignet med -17. I nummer 2 kolonne har vi udregnet den gennemsnitlige ekstra aktivitet per læge, hvor vi har taget udgangspunkt i 3400 læger i DK i 2018 [1]. Vi ser en stigning i antallet af besøg per læge på i alt 18,3 ekstra per år. "Besøg på ruten" står for langt det meste af ekstraydelserne med 13,54 ekstra besøg. "V" og "VI", har den næststørste relative stigning, men her er den absolutte stigning på hhv 0,23 og 0,34 ekstra besøg pr læge per år.



Tabel 5: Totale udgifter til hjemmebesøg

År	Udbetalinger i kroner	Ændring
2016	124.000.559,34 kr.	
2017	127.941.806,90 kr.	3%
2018	224.943.837,89 kr.	76%

**Udgifter til hjemmebesøg i kroner. I 2. kolonne er den procentvise ændring angivet fra 2016-17 og 2017-18.**

Tabel 5 viser regionens opgørelse af udgifter til hjemmebesøg i kroner og den relative ændring fra foregående år. Her ser man at udgifterne er øget med 76%, eller 97 millioner kroner, fra 2017 til 2018.

## Diskussion

I den danske model honoreres primærsektoren med et mix af FFS og capitering.

Vi har valgt at fokusere på hvad det betyder for antallet besøg, hvis man overenskomstmæssig øger ydelserne. Vi finder en øgning i besøgsaktiviteten på 20 % totalt. Ydelserne for hjemmebesøg i OK18 er øget med 78%-263%. Stigningen i ydelserne siger med afstanden der skal køres for at udføre besøget, så de bedre modsvarer tidsforbruget. Det har givet en øgning i antallet af de forskellige typer af besøg på 5% - 78%. Bortset fra "besøg på ruten" og "opsøgende hjemmebesøg", har der igennem de seneste år været en faldende besøgsaktivitet.

Der er en beskedne stigning for besøgsfrekvensen for besøgene "I" til "IV" på 6-9 %.

Formentlig var behovet for disse besøg langt hen ad vejen allerede dækket før OK18. De fleste patienter bor tæt på praksis, og tidsmæssigt kan nærliggende besøg udføres uden de store afbrydelser i det daglige program. Øgningen i "I" på totalt 9767 besøg, svarer til 2,87 ekstra besøg årligt per læge. Så på trods af den beskedne procentvise øgning, er der alligevel en signifikant øget besøgsaktivitet.

I 2018 steg "V" og "VI" markant med henholdsvis 27% og 54 %. Her skal man huske på, at der i forvejen blev udført få af disse besøg, så stigningen i absolutte tal er lille. Der blev udført hhv. 768 og 1140 ekstra besøg for "V" og "VI", svarende til 0,23 og 0,34 pr læge pr år.

I OK18 er der budgetteret med og tilført et ekstrabeløb til hjemmebesøg på 90 mio kr. Det faktiske beløb endte på 97 mio kr. I 2017 blev det brugt 128 millioner, så det svarer til en ressourcetilførsel på 76 %. Eftersom besøgsaktiviteten "blot" stiger med 20%, øges aktiviteten således ikke proportionalt med de tilførte ressourcer. Vi kan herved konkludere,

at det er bekosteligt at øge aktiviteten. Fremtiden må vise om der kan måles en effekt af dette, som for eksempel færre indlæggelser, færre besøg i vagttid og ændring i ordinationsmønsteret.

Med de erfaringer man har fra "Bornholmerforsøget" tager det tid at implementere en ændring. Vi forventer en yderligere stigning i besøgsfrekvensen de kommende år, såfremt ydelsen forbliver på dette niveau. Herved vil effekten blive endnu større end det allerede observerede.

Den voldsomme stigning i "Besøg på Ruten" på 78 %, ses som et udtryk for, at man systematisk afsætter en læge til at køre flere besøg, ud over de i forvejen eksisterende akutte enkeltbesøg. Allerede før implementeringen af OK18 var der en stigning på 23% i brugen af denne takst. Denne stigning er formentlig drevet af plejehjemslægeaftalen fra 2016. Her blev der tilført 100 millioner kr over en treårig periode som løntilskud til fast tilknyttede praktiserende læger på plejehjem. Midlerne kan fx bruges til undervisning for at opkvalificere plejehjems personale, og de giver et økonomisk incitament til at servicere et plejehjem ud over besøgstaksten. [10]. Derudover er det aftalt, at lægen kommer på hjemmebesøg med faste intervaller og servicerer plejehjemmets beboere. Allerede før stigningerne i OK 18 var dette en fornuftig økonomisk aftale. Med de nye takster steg indtjeningen yderligere og hermed også tilslutningen til aftalen. Vi synes dette er et udtryk for, at det økonomiske incitament virker.

Successen med plejehjemslægeordningen kan kommunerne muligvis videreføre til andre områder, hvor det er ønskeligt med lægefaglig dækning. I fremtiden vil der være behov for læger, der kan gå stuegang på de nye kommunale akutpladser. Disse pladser skal absorbere de bebudede 40.000 sparede indlæggelser i forbindelse med den kommende sundhedsreform. Muligvis kan primærsektoren påtage sig opgaven, såfremt ressourcerne følger med.

De opsøgende hjemmebesøg er kun blevet indeksreguleret og har haft en jævn stigning over de seneste år. Besøgsfrekvensen ser ikke ud til at være påvirket negativt af de ændrede

takster på de øvrige hjemmebesøg. Igen kan man se en langsom stigning over flere år, som udtryk for, at man adapterer driften til et område med højere indtjeningspotentialer.

Flere af vores kollegaer angiver at de ikke tilrettelægger arbejdsgangen efter økonomiske incitamenter. De angiver plejehjemslægeordningen for at stå for en stor del af øgningen i besøgsfrekvensen. Der er stor forskel på hvilke overvejelser de har for at tilmelde sig denne ordning. Nogle angiver økonomisk incitament, andre den faglige interesse og de fleste er enige om, at det er hensigtsmæssigt at samle sine patienter på et plejehjem.

Nogle angiver at besøgstaksten har resulteret i, at de organiserer sig anderledes, ved at tage tid ud af programmet til at køre hjemmebesøg. Dette kan bl.a. lade sig gøre ved at bruge støttepersonale og uddannelseslæger til besøgene.

Det er vores opfattelse, at stigningen i de øvrige hjemmebesøg ikke er et udtryk for, at der bliver kørt unødvendige besøg. Derimod et udtryk for, at området de seneste mange år er blevet udsultet, pga den relativt dårlige betaling ift tidsforbruget, og derfor formentlig er blevet nedprioriteret, indenfor det faglig forsvarlige.

Vi har i opgaven ikke beskæftiget os med de øvrige honoreringsformer. Vi ser den nye forløbsydelse i OK 18 som en mulig start på F4P. Denne ydelse er indtil videre ikke knyttet op til en specifik målopnåelse, men erstatter langt hen ad vejen FFS hos patienterne med diagnoserne KOL og Diabetes type 2. Det ligner derfor mere en øvelse i budgetsikkerhed fremfor F4P, hvor man kan argumentere for at graden af capitering øges på bekostning af FFS.

Afslutningsvis er det værd at nævne at fast løn vinder større indpas. Klinikpersonale honoreres på denne måde, og i regionsklinikkerne er lægerne timebetalt, uafhængig af aktivitet. Det er fortsat svært at få tal på hvordan det stigende antal Regionsklinikker finansieres og hvorvidt aktiviteten differentierer sig fra PLO-klinikker. Vi har derfor i denne opgave undladt at gå yderligere ind i denne diskussion. Vi håber andre vil tage dette spændende emne op i fremtiden.

## Konklusion

Det er aldrig tidligere i litteraturen beskrevet, hvordan ændringer i betalingen for en specifik ydelse påvirker aktiviteten på dette område. Denne opgave bidrager til viden herom.

Regeringens vision med den nye sundhedsreform er at rykke flere patientforløb ud i praksis og undgå indlæggelser på sygehuset. I hvilket omfang dette er muligt vil tiden vise. Denne opgave har vist, at man kan øge en bestemt aktivitet ved at tilføre ressourcer til den. Herved kan man påvirke hvorledes praksis organiseres og opgaver prioriteres. Justeringen af ydelserne i OK18 har resulteret i en meraktivitet på området svarende til 20 %. Tilsvarende er udgifterne til området steget med 97 mio, svarende til en 76 % stigning. Vi kan således konkludere, at de økonomiske incitamenter fungerer, men at sammenhængen ikke er lineær, og der skal relativt store økonomiske justeringer til, før prioriteringen af arbejdsopgaverne ændres.

Plejhjemslæge-aftalen står for en stor del af effekten, hvor primær-sektoren har en rigtig fornuftig forretning. Lignende aftaler kan muligvis bidrage til, at løse kommunens behov for lægeydelser i kommunalt regi, så længe det indebærer nytildførelse af ressourcer.

Det tager tid at implementere ændringer i driften. Som det ses ved de ”opsøgende hjemmebesøg”, forventer vi en fortsat stigning i de øvrige hjemmebesøgstyper fremadrettet. Såfremt øgningen fortsætter, vil det ud fra den nuværende økonomiske ramme, være nødvendigt at skrue ned for ydelserne eller tilføre yderligere midler til området. Dette for at undgå at væksten i hjemmebesøg ikke skal være på bekostning af andre indsatsområder. Det bliver spændende at følge, i hvilken grad den øgede frekvens af hjemmebesøg kan aflaste sekundærsektoren, ved at undgå indlæggelser, og om denne effekt står mål med merudgifterne. Dataindsamling om dette vil være en interessant opgave i fremtiden.

## Kilder

---

- [1] Praktiserende Lægers Organisation, «PLO Faktaark 2018,» Praktiserende Lægers Organisation, København, 2018.
- [2] Praktiserende Lægers Organisation, «Redegørelse for forhandlingsaftalen af 14. september 2017 mellem RLTN og PLO,» Praktiserende Lægers Organisation, København Ø, 2017.
- [3] T. Gosden, F. Forland, I. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison og L. Pedersen, «Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review),» *Cochrane Database Syst rev*, nr. 3, 2000.
- [4] A. Krasnik, P. P. Groenewegen, P. A. Pedersen, P. V. Scholten, G. Mooney, A. Gottschau, H. A. Flierman og M. T. Damsgaard, «Changing Remuneration Systems: Effects On Activity In General Practice,» *British Medical Journal*, nr. 300, pp. 1698-1701, 30 Juni 1990.
- [5] KORA, Det Nationale institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, «Ny Honorarstruktur i almen Praksis,» KORA, København Ø, 2012.
- [6] T. Gosden, L. Pedersen og D. Torgerson, «How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour.,» *QJM*, pp. 47-55., Jan 1999.
- [7] R. Sørensen og J. Grytten, «Service production and contract choice in primary physician services,» *Health Policy*, pp. 73-93, 2003.
- [8] A. Scott, P. Sivey, D. Ourakim, L. Willenberg, L. Narcella, J. Furler og D. Young, «The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians,» *Cochrane Database Syst Rev*, nr. 9, 7 September 2011.
- [9] Y. Lin, S. Yin, J. Huang og L. Du , «Impact of pay for performance on behavior of primary care,» *Journal of Evidence-based Medicine*, nr. 1, pp. 8-23, 9 Feb 2016.
- [10] Danske Regioner; KL; PLO, «Aftale mellem PLO, staten, DR og KL om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre,» PLO, København, 2016.