

Fakta om økonomi og aktivitet i almen praksis

10-11-2012

Dette notat samler en række økonomiske og aktivitetsmæssige fakta i relation til de praktiserende læger.

Udgiftsvæksten i almen praksis kontra væksten i sygehusudgifterne

Udgifterne til almen praksis er de seneste fem år steget lige så meget som de samlede sygehusudgifter, nemlig 10 procent i faste priser. Men væksten er forløbet meget forskelligt. Sygehusudgifterne steg meget markant den første del af perioden, især i 2008 og 2009, hvor behandlingsefterslæbet som følge af sygeplejekonflikten i første del af 2008 skulle indhentes.

Udgifterne til almen praksis har derimod gennem hele perioden været stigende fra år til år, mest markant fra 2007 til 2008 og fra 2010 til 2011.

Figur 1. Udviklingen i sygehusudgifter og udgifter til almen praksis 2007-2011

År	Almen lægehjælp	Sygehuse renet for medicin, patientforsikring og -erstatning	Sygehuse
2007	100	100	100
2008	104	103	105
2009	105.5	107.5	110.5
2010	106	107	110.5
2011	109.5	106.5	109.5

Hvis sygehusudgifterne renses for udgifter til patientforsikringer og patientskadeerstatninger¹ og udgifter til sygehusmedicin, falder den samlede vækst

¹ Det bemærkes, at udgifter til patientforsikringer og patientskadeerstatningerne i praksissektoren og private sygehuse konteres også under sygehusudgifter.

i sygehusudgifterne over perioden fra 10 procent til 6 procent og ligger således markant under væksten i udgifterne til almen praksis i hele perioden.

Side 2

Udviklingen i væksten i almen praksis

Som det fremgår af tabel 1 har der været en stigning i antallet af patienter i almen praksis. Denne stigning er dog mindre end stigningen i befolkningstallet, som i sammen periode steg med 4 procent. Antallet af ydelser er steget mere end antallet af patienter, hvilket betyder at hver patient får flere ydelser i 2011 end de gjorde i 2007. I 2007 fik de 11 ydelser, mens de i 2011 fik 12 ydelser. Endelig er bruttohonoraret i faste priser steget mere end antallet af ydelser. Det betyder at samtidig med at der bliver givet flere ydelser, så er ydelserne også blevet dyrere. Eller sagt på en anden måde, så har der været en større vækst i de dyre end i de billige ydelser.

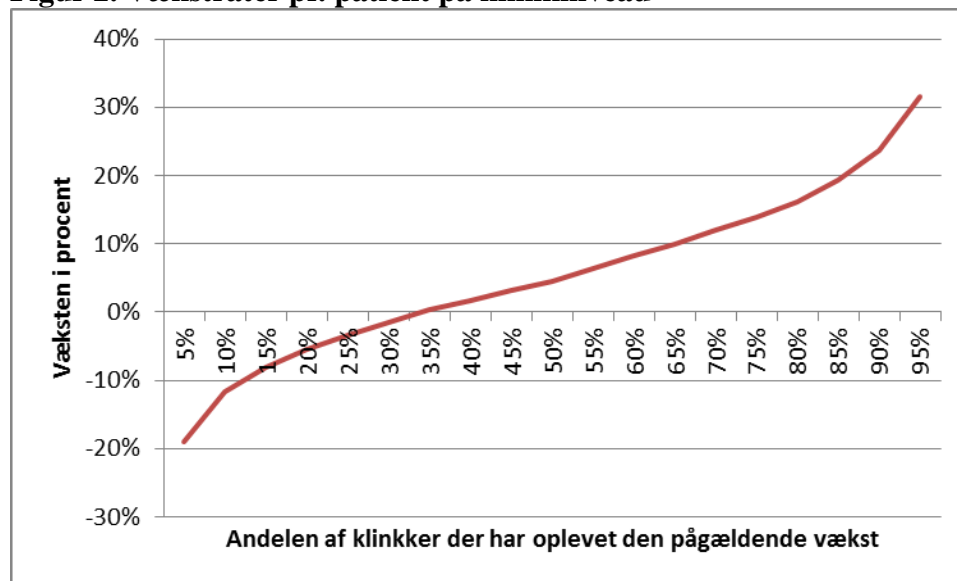
Tabel 1: Vækst i almen praksis fra 2007 til 2011¹

	i 1.000 kr.	Antal Patienter	Antal Ydelser	Brutto Honorar
2007		4.697	52.855	4.392.208
2011		4.845	58.273	4.882.482
Stigning fra 2007 til 2011 i %		3%	10%	11%

1) Analysen omfatter de ydere, der har praktiseret i både 2007 og 2011.

Væksten fordeler sig, som vist i figur 2, ikke jævnt blandt de praktiserende læger.

Figur 2. Vækstrater pr. patient på klinikkniveau



Figur 2 viser, at ca. 700 klinikkerne har oplevet en negativ vækst i bruttohonoraret pr. patient, mens de øvrige ca. 1200 klinikker har haft en positiv

vækst. I gennemsnit er bruttohonoraret steget med 8 procent fra 2007 til 2011. Knap 1200 klinikker har haft en vækst pr. patient der ligger under gennemsnittet. Det betyder omvendt at 700 klinikkerne har haft en vækst pr patient der ligger over gennemsnittet. Omkring 200 klinikker har haft en negativ vækst på mere end 10 procent pr. patient. Mens 500 klinikker har haft en positiv vækst på mere end 10 procent pr patient. Og ca. 300 klinikker har haft en vækst på mere end 20 procent pr. patient.

Nærmere analyser har vist, at forskellene i vækstraterne pr. patient på klinikniveau hverken skyldes forskelle i patienternes alderssammensætning eller regionale forskelle. Det kan dermed konkluderes, at væksten *ikke* er udtryk for en generel og jævnt fordelt, systematisk stigning i opgavemængden hos almen praksis.

Udviklingen i de praktiserende lægers henvisninger

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen (KOS), som udarbejdes af Forskningsenheden for almen praksis i Århus, viser, hvor stor en andel af patienterne, der færdigbehandles i almen praksis og dermed ikke henvises videre til andre dele af praksissektoren eller til sygehuset. Der foreligger undersøgelser baseret på tal fra henholdsvis 1993 og 2008.

Tallene i de to undersøgelser viser blandt andet at almen praksis i 1993 henviste patienten videre for 10,7 procent af kontakternes vedkommende. I 2008 var andelen af patienter, som de praktiserende læger viderehenviste og dermed ikke færdigbehandlede, steget til 12,7 procent. Det vil sige en stigning på samlet set 2 pct. eller en relativ stigning på 19 pct. Med andre ord, er der sket en stigning i andelen af patienter, som henvises videre fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen på 19 procent.

Betydningen af denne andel er overordentlig stor, da en lille forskydning i andelen af henviste patienter fra almen praksis betyder et stort antal ekstra patienter i det sekundære sundhedsvæsen. En 1-procents øgning af henvisningsfrekvensen i almen praksis medfører groft set 10 pct. flere patienter i det øvrige sundhedsvæsen.

De praktiserende lægers indtjening

Ifølge regionernes opgørelse modtog en praktiserende læge 2,1 mio. kr. i 2011 i gennemsnit i honorarer fra regionerne. Det er en stigning på 0,1 mio. kr. siden 2009, svarende til en stigning på mere end 5 procent på 2 år.

Næsten 3 procentpoint af denne stigning skyldes alene en automatisk stigning i honorarerne som følge af overenskomstens reguleringsordning. Yderligere 1 procentpoint skyldes aftalte forhøjelser af honorarerne. Resten skyldes stigning i aktiviteterne på området, da vi bliver lidt flere borgere og vi går lidt mere til lægen.

Udover honorarindtægterne fra regionerne har de praktiserende læger har herudover en række andre indtægter fra deres praksis. Det drejer sig fx om tilskud til efteruddannelse og betaling for fx rejsevaccinationer, kørekortattester mv. Ifølge PLO's omkostningsundersøgelse udgjorde disse indtægter 8,2 procent af lægernes indtægter i 2011. Dermed var den samlede gennemsnitlige indtægt pr. praktiserende læge 2,3 mio. kr. i 2011. I relation til PLO's omkostningsundersøgelse skal bemærkes, at den er baseret på et tilfældigt udvalg af praktiserende læger. Som sådan afspejler den indtjeningsforholdene blandt alle praktiserende læger, og dermed også praksis, hvor lægen eksempelvis har anden beskæftigelse udover at være praktiserende læge, og derfor har en relativt lav indtjening fra deres praksis.

PLO's seneste omkostningsundersøgelse viser at lægernes omkostninger udgør 53,6 procent af deres indtjening, og dermed har en praktiserende læge ifølge PLO's omkostningsundersøgelse en gennemsnitlig årlig nettoindtægt på 1,1 mio. kr. om året.

Til sammenligning var gennemsnitslønnen (inkl. vagttillæg, overtidbetaling, pensionsbidrag mv.) for alle sygehusansatte overlæger (dvs. både afdelingsoverlæger og ledende overlæger) i 2011 godt 1 mio. kr. For de ledende overlæger var gennemsnitslønnen knapt 1,2 mio. kr.

Nettoindtjeningen for en praktiserende læge kan dog af beskatningsmæssige årsager ikke sammenlignes direkte med en overenskomstansat læges bruttoløn. En praktiserende læger kan som selvstændigt erhvervsdrivende fx fordele udgifter til bil, computere og lignende mellem den private økonomi og praksis, som derfor indgår i den skattemæssige ligning, og videre kan en fordeling af overskud til en ægtefælle være påvirket af skattemæssige hensyn.

Automatisk honorarregulering

De praktiserende læger har i deres overenskomst indbygget en automatisk reguleringsordning, således at deres honorarer to gange årligt reguleres op, svarende til udviklingen i prisudviklingen og lønudviklingen på det offentlige arbejdsmarked. Dermed er de praktiserende læger – løbende og uden

forhandling – garanteret en ”lønstigning”, som offentligt ansatte må forhandle sig til.

Side 5

Omkostningsudviklingen i almen praksis

Ifølge PLO's omkostningsundersøgelse er den gennemsnitlige indtjening pr. praktiserende læge efter fradrag af praksisomkostninger faldet med knap 8.000 kr. fra 2009 til 2011. Hovedårsagen hertil er ifølge undersøgelsen stigende omkostninger, primært på grund af stigende lønomkostninger til praksispersonale. Halvdelen af stigningen i lønomkostningerne skyldes ifølge PLO, at der er ansat mere praksispersonale, og halvdelen skyldes, at praksispersonalets løn er steget.

Praksispersonale varetager en væsentlig del af patientkontakten på delegation fra lægen, og klinikken modtager samme honorar, uanset om det er lægen selv, eller praksispersonalet, der står for den enkelte patientkontakt. Dermed giver brug af praksispersonale både mulighed for at aflaste lægen og effektivisere praksisdriften.

I forhold til udviklingen i praksispersonalets løn skal bemærkes, at det er PLO, der forhandler overenskomsterne med det praksispersonale som lægerne ansætter i klinikkerne.

Praktiserende lægers arbejdstid

PLO har i deres medlemsundersøgelse fra februar 2012 spurgt lægerne om deres ugentlige arbejdstid. Her har lægerne selv opgivet at de er i klinikken 37,7 timer ugentligt. Herudover beskriver medlemsundersøgelsen at lægerne bruger til på at læse faglitteratur, tage lægevagter og anden lægelig aktivitet.

I Region Midtjylland har i forbindelse med et auditprojekt lavet en rundspøge til en række læger i regionen. Herunder også om lægernes egen oplyste arbejdstid, i alt 118 læger har svaret. Dette svarer til ca. 15 % af samtlige læger i Region Midtjylland. Her har lægerne svaret, at de i gennemsnit arbejder 36,7 timer ugentligt.

I den forbindelse er bemærket, at mennesker typisk overvurderer deres faktiske arbejdstid, hvilket bl.a. er dokumenteret i en større analyse over danskernes faktiske arbejdstider lavet af Rockwoolfonden i juni 2011.