

Søren Serritzlew og Lotte Bøgh Andersen

Økonomiske incitamenter i praksissektoren: Lægens tre fristelser¹

De praktiserende lægers indtjening afhænger af, hvor meget de laver. Flere konsultationer og flere ydelser giver flere penge i kassen. Det betyder, at lægerne selv kan påvirke deres indtjening. Systemet indebærer, at læger, der ønsker højere indtjening, fristes til at forsøge at få flere patienter, til at give flere ydelser pr. patient (især hvis de har få patienter) og til at vælge de mest lukrative ydelser. Nogle af disse fristelser er farlige i den forstand, at de tilskynder til en uhensigtsmæssig adfærd, der kan betyde, at patienter under- eller overbehandles. I denne artikel diskuterer vi de tre fristelser og undersøger, om lægerne falder for dem. Analyser baseret på registerdata og interviews med læger fra Århus Amt viser, at det kun sker i meget begrænset omfang. Der er ingen klar tendens til, at lægerne forsøger at maksimere antallet af patienter, og kun ved særligt tidskrævende ydelser har patientantallet pr. læge betydning for ydelsesmængden. Til gengæld indretter lægerne til en vis grad deres brug af bestemte ydelser efter honorarets størrelse.

De danske alment praktiserende lægers indtjening afhænger af, hvor produktive de er. Hver ydelse udløser et honorar, hvis størrelse fastsættes ved overenskomstforhandlingerne mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Lægerne kan dermed selv påvirke deres indkomst. Systemet har tre indbyggede fristelser. For det første kan indtjeningen øges ved at tage flere patienter, idet en større patientmasse udløser et højere basishonorar (som gives pr. tilknyttet patient). For det andet kan lægen give de eksisterende patienter flere ydelser end strengt nødvendigt. Regnestykket er simpelt: En konsultation giver 113 kr. i kassen. Hvis lægen beder patienten komme igen i næste uge, kan der registreres endnu en konsultation og dermed hæves i alt 226 kr. hos sygesikringen. For det tredje kan lægen give patienterne de ydelser, der er mest lukrative. For eksempel giver samtaleterapi et honorar på 360 kr. Så hvis lægen kan forsvare over for sig selv (og i sidste ende sygesikringen) at klassificere en samtale som terapi i stedet for blot som en almindelig konsultation, er honoraret højere.

Honoreringssystemet betyder altså, at lægerne har bestemte økonomiske tilskyndelser. Det er i sig selv hverken overraskende eller problematisk. Men et hvilket som helst honoreringssystem har potentielle uhensigtsmæssigheder. På basis af registeroplysninger og kvalitative interviews med praktiserende læger fra Århus Amt undersøger vi i denne artikel, om danske alment praktiserende læger falder for fristelserne til henholdsvis at øge patientantallet, øge antallet af ydelser pr. patient og i højere grad give patienterne ydelser, der udløser et højt honorar. Derudover diskuterer vi, om fristelserne er farlige (Christensen, 1990:430) i den forstand, at de tilskynder til uhensigtsmæssig adfærd.

Artiklen er struktureret efter den praktiserende læges tre fristelser. Først introduceres honoreringssystemet og de fristelser, det giver lægerne. Efter en

kort præsentation af det empiriske materiale analyserer vi lægernes adfærd i forhold til de tre fristelser. Endelig giver vi i konklusionen et samlet bud på, om lægerne falder for fristelserne, og i hvilket omfang de er farlige.

Honoreringssystemet og lægernes tre fristelser

I den vestlige verden findes tre hovedformer for aflønning af praktiserende læger. Ved den første hovedform får de praktiserende læger en fast månedsløn. Denne form giver ingen økonomisk tilskyndelse til at producere mange ydelser. Man risikerer derfor, at produktiviteten bliver lav, og at hver læge kun tilser få patienter. Den anden hovedform er at give lægerne et fast honorar for hver patient, de har tilknyttet. Det kan tilskynde lægerne til at sende patienterne videre til sygehuse og speciallæger frem for selv at behandle, ligesom der kan være problemer med, at lægerne fravælger patienter med stort behov for lægeydelser. De *creamers* med andre ord de gode patienter (se Grytten og Sørensen, 2006:4). Den tredje hovedform er at lade lægens honorar afhænge helt af antallet af producerede ydelser. Udfordringen i denne aflønningsform er at holde igen på udgifterne, fordi lægerne kan øge deres indkomst ved at give hver patient flere ydelser. Læger i systemer med ydelsesafhængig indtjening producerer således markant flere ydelser end fastlønnede læger (Krasnik et al., 1990; Sørensen og Grytten, 2003).

De fleste sundhedssystemer kombinerer de tre aflønningsformer for at imødegå de problemer, der er indbygget i de rendyrkede versioner. I Danmark modtager hver læge et mindre fast honorar til praksisomkostninger, mens den faste aflønning pr. patient i gennemsnit udgør 25 pct. af de alment praktiserende lægers indtægter. Resten stammer fra ydelsesafhængige honorarer (Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation, 2006; Konkurrencestyrelsen, 2006, afsnit 5). Honoreringen af de forskellige ydelser (fx konsultation, børneundersøgelse og sygebesøg) er fastlagt i landsoverenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation (2006). I det nedenstående diskuterer vi, hvordan de tre ovennævnte fristelser (maksimering af antal patienter, maksimering af ydelser pr. patient og prioritering af lukrative ydelser) hænger sammen med dette honoreringssystem. Vi kommer også ind på, om fristelserne er farlige i den forstand, at de tilskynder til en uheldig adfærd (set fra resten af samfundets side).

Den første fristelse er også den mest simple. Lægerne fristes til at lade et stort antal patienter være knyttet til deres praksisser, fordi flere tilmeldte patienter (en længere liste) direkte øger deres indtjening. Lægernes indtjening stiger med antallet af patienter, fordi hver patient skal have ydelser (som honoreres), og fordi honoreringssystemet samtidig belønner læger, der har en lang liste. Landsoverenskomsten for 2006 sikrer således, at lægerne hvert kvartal modtager godt 70 kr. for hver tilmeldt patient. Den direkte belønning for at tage flere patienter tyder på, at listefristelsen er tilsigtet.

Lægens anden fristelse, udbudsfristelsen, er at lade antallet af ydelser pr. patient afhænge af, hvad lægen ønsker at tjene. Spørgsmålet har været undersøgt og diskuteret i den internationale litteratur i over 30 år (Evans, 1974; Rein-

hardt, 1985; Rice og Labelle, 1989; Carlsen og Grytten, 1998; Davis et al., 2000; Grytten og Sørensen, 2001; Grytten et al., 2003; Madden et al., 2005). Fristelsen kan manifestere sig på to måder. For det første kan lægerne øge antallet af ydelser pr. patient, fordi de ønsker at modgå et fald i antallet af patienter (Reinhardt, 1985:187) eller at kompensere for et, efter deres egen vurdering, for lille antal patienter. Sørensen og Grytten (2006:3) bruger begrebet udbudsinduktion om det fænomen, at der gives for mange ydelser pr. patient. I det tilfælde spildes samfundets ressourcer på overflødige behandlinger. For det andet kan lægerne give den enkelte patient færre ydelser, hvis antallet af patienter og dermed arbejdspresset er blevet for stort. Når antallet af ydelser pr. patient sættes lavere, end hvad der er lægefagligt korrekt, taler Grytten og Sørensen (2006:3) om rationering. Konsekvensen er, at patienterne underbehandles. De to effekter (udbudsinduktion og rationering) kan sammenfattes i udbudshypotesen: Jo færre patienter pr. læge, jo flere ydelser vil lægen give hver enkelt patient.

Bag denne tankegang ligger en forestilling om, at der mellem disse ekstremer findes en lægefagligt korrekt mængde ydelser pr. patient, og at afvigelser fra denne mængde pga. udbudsfaktorer må anses for problematisk. Hvis lægerne lader andet end lægefaglige hensyn bestemme ydelsesmængden, betyder det nemlig afvigelser fra den korrekte mængde ydelser pr. patient. I den forstand er udbudsfristelsen farlig. Hvis det viser sig, at udbudshypotesen er korrekt, er lægerne derfor faldet for en farlig fristelse, der er indbygget i systemet. Konsekvensen er ressourcespild for de læger, der giver for mange ydelser, og kvalitetsproblemer for dem, der giver for få.

Litteraturen er imidlertid meget splittet med hensyn til, om læger faktisk lader ydelsesmængden afhænge af patientantallet. Delattre og Dormont konkluderer, at franske læger udbudsinducerer (2003:741), hvorimod Grytten og Sørensen (2006, 2001) finder, at lange patientlister i Norge ikke fører til rationering, og at korte lister ikke fører til øget ydelsesproduktion pr. konsultation. Men eftersom der er brugerbetaling på norske praktiserende lægers ydelser, kan denne erfaring ikke nødvendigvis overføres til danske forhold: Man kunne meget vel tænke sig, at de norske patienter, der selv skal punge ud, sørger for at lægge en dæmper på lægernes udbudsinduktion. I det danske system har patienterne ikke nogen økonomisk grund til at afholde sig fra at benytte sig af lægens tilbud om et højt serviceniveau.

Dele af litteraturen tyder på, at lægerne kun lader ydelsesmængden afhænge af patientantallet for ydelser, hvor der ikke findes klare professionelle normer forstået som kliniske retningslinjer for, hvordan og hvornår ydelsen skal produceres. Davis et al. (2000:407) argumenterer således for, at kliniske faktorer snarere end økonomiske incitamentet forklarer variationerne i lægernes aktivitet i almen praksis i New Zealand. Iversen og Lurås viser med norske data, at læger med få patienter i situationer, hvor der ikke gælder faste professionelle normer, giver flere konsultationer og laboratorieundersøgelser pr. patient på listen (2000:447). Dette tyder på, at den generelle udbudshypotese skal nuanceres efter, hvilke ydelser vi taler om, og at professionelle normer modvirker den.

Den tredje fristelse, ydelsesfristelsen, indebærer, at lægerne vælger ydelser

efter, hvor lukrative de er. Spørgsmålet er, om og under hvilke omstændigheder den relative størrelse af de enkelte ydelseshonorarer i forhold til tidsforbruget ved ydelsesproduktionen har betydning. Litteraturen tyder på, at lægerne fristes til at vælge ydelser efter størrelsen af ydelseshonoraret. Nassiri og Rochaix viser eksempelvis i et studie af praktiserende læger i Quebec, at et nedadgående pres på indkomsten får de praktiserende læger til at øge antallet af lukrative konsultationer (2005:49).

Ydelsesfristelsen kan anskues fra to vinkler. På den ene side er hele logikken i et økonomisk incitamentsystem, at honorarerne skal påvirke adfærden. Et generøst honorar skulle gerne tilskynde lægerne til at levere en bestemt ydelse. Derved kan politikerne og i sidste ende vælgerne få indflydelse på lægernes prioritering. Den seneste landsoverenskomst er et godt eksempel. Førhen gav kun forebyggelse af hjertesygdomme et særligt honorar, men fra april 2006 vil forud aftalte samtaler om forebyggelse udløse et honorar på 211 kr. mod de sædvanlige 113 kr. for en almindelig konsultation. Derved tilskyndes lægerne til at lægge mere vægt på forebyggelsesarbejdet. Denne effekt af incitamentsystemet er både tilsigtet og hensigtsmæssig. På den anden side indebærer systemet også en farlig fristelse. Lægernes honorar er større, hvis de klassificerer patienter og ydelser under et mere attraktivt ydelsesnummer. Grænsen mellem en almindelig konsultation og en forebyggelseskonsultation er flydende, og hvis denne usikkerhed systematisk udnyttes til at klassificere ydelserne så højt som muligt, vil lægernes honorarer stige, uden at der leveres mere for pengene. Samtidig vil takstsystemet gradvist blive udvandet, efterhånden som de lukrative ydelser kommer til at afløse de mindre lukrative. Denne effekt kendes i sygehussektorens DRG-system, hvor der er tendens til, at patienterne langsomt skubbes op i de mest indbringende diagnosegrupper (Donaldson og Gerard, 1993:122). Noget lignende kunne tænkes at ske i praksissektoren.

Sammenfattende findes alle tre fristelser i det danske honoreringssystem. Hvis lægerne alene var motiverede af hensynet til at øge deres indtjening, ville man kunne forvente, at de ville falde for dem alle. De ville både maksimere antallet af patienter, behandle dem så meget som muligt og sørge for at udnytte de mest lukrative ydelser i landsoverenskomsten. Den internationale litteratur finder imidlertid ingen entydig tendens til indtægtsmaksimering hos praktiserende læger, hvilket tyder på, at andre ting end økonomisk indtjening har betydning. Det er derfor et åbent spørgsmål, hvorvidt de danske alment praktiserende læger falder for de tre fristelser.

For at besvare dette spørgsmål har vi dels indsamlet seks kvalitative interviews med praktiserende læger (jf. appendiks A), dels fået adgang til sygesikringsdata fra Århus Amt. Sygesikringsdatasættet indeholder oplysninger om, hvor mange ydelser hver enkelt lægepraksis brugte i månederne april og maj i årene 1997 til 2006 (opdelt på de såkaldte ydelsesnumre). Enhederne er samtlige almene lægepraksisser i Århus Amt med mere end 1000 tilmeldte patienter. Praksisser med færre patienter er typisk under afvikling eller opstart. Dette er suppleret med oplysninger fra Århus Amt om antallet af tilmeldte patienter i de enkelte praksisser og oplysninger fra www.sundhed.dk om praksisstørrelse, lægernes

gennemsnitsalder, gennemsnitsanciennitet, og om praksissen har åbent for patienttilgang. Appendiks B indeholder en liste over variabler og kilder.

I de følgende afsnit gennemgås de tre fristelser hver for sig. Vi undersøger først, om de praktiserende læger søger at få flest muligt patienter, dernæst om patientantallet pr. læge har betydning for ydelsesmængden, og endelig om ydelseshonoraret påvirker lægernes valg af ydelser.

Listefristelsen: Maksimerer lægerne antallet af patienter?

En dansk almen lægepraksis kan enten have åbent eller lukket for tilgang af patienter.² Der lukkes automatisk for tilgangen, når en praksis har mere end 2542 patienter pr. læge, og der bliver åbnet igen, når antallet af patienter pr. læge falder til under 2411 (landsoverenskomsten § 18 stk. 2). Praksisser med mere end 1600 patienter pr. læge har derudover ret til at få lukket for tilgangen. I Århus Amt har kun 133 praksisser ud af i alt 264 åbent for tilgang af patienter, selv om kun en enkelt af de 264 lægepraksisser har mere end 2411 patienter. 130 praksisser, altså næsten halvdelen, har dermed frivilligt lukket for tilgang. Det betyder, at et stort antal læger ikke fuldt ud udnytter mulighederne for øge indtjeningen ved at opbygge en stor praksis. Dette bekræftes af interviewene med seks århusianske praktiserende læger. Disse læger giver udtryk for, at deres patienttal er passende, uanset at alle har under 2000 patienter på listen.

Der er dog to forhold ved lægernes tilgang til antallet af patienter, som er værd at bemærke sig. For det første er interviewpersonerne enige om, at ældre læger kan have sværere ved at tiltrække patienter. Det fører til, at en ældre interviewet læge jf. nedenstående citat trods højt patienttal vælger *ikke* at lukke tilgangen – fordi han er bange for senere at komme til at have for få patienter.

Jeg har åbent for patienttilgang hele tiden, og det betyder, at jeg har nogenlunde konstant patientantal. Men efterhånden som jeg bliver ældre, så tror jeg, at der måske bliver færre. Så hvis jeg nu lukkede i to år, så risikerede jeg at komme for langt ned i den sidste del af min praksistid (læge med ca. 1900 patienter).

For det andet er det ikke lige meget, hvilke patienter lægerne har. De interviewede læger er således enige om, at socialt dårligt stillede patienter (især hvis de tilmed har en anden etnisk oprindelse end dansk) er langt mere arbejdskrævende. Nogle af lægerne karakteriserer disse patienter som en dårlig forretning. En læge, hvis praksis ligger i en velhavende forstad, har, som det fremgår af nedenstående citat, selektivt åbent i sin praksis. Det tyder på, at der faktisk sker en vis *creaming* af patienter, selv om kun 25 pct. af honoreringen afhænger af antallet af patienter.

Vi har ... åbnet kun for dem, der bor i vores lokale område på postnummeret [stednavn på velhavende forstad] ... Vi vil helst ikke have flere. Vi vil godt have dem, der flytter herud, men vi vil helst ikke have de andre. Jeg synes da, at vores egne landsmænd, danskerne, er nemmere at have med at gøre end dem, jeg møder på lægevagten, som kommer fra fx Palæstina eller Somalia. Dem ser vi ikke ret

meget her. Så på den måde kan det også være et argument for ... [fuldender ej sætning]. Det er nok ikke særligt korrekt (læge med ca. 1300 patienter).

Ingen af de interviewede læger gør noget aktivt for at få flere patienter, men lægerne kan også kun i begrænset omfang påvirke antallet af patienter i opadgående retning. Dels vælger patienterne selv deres praktiserende læge (inden for en bestemt geografisk afstand jf. landsoverenskomstens § 27), dels er muligheden for markedsføring yderst begrænset både af lægernes interne kollegiale regler, af landsoverenskomsten (§ 27, 28 og 28A) og af lovgivningen (Lov om markedsføring af sundhedsydelser nr. 326 af 06/05/2003).

Det lader altså ikke til, at lægerne maksimerer antallet af patienter. Kun en enkelt lægepraksis i Århus Amt har lukket for patienttilgang pga. loftet for antallet af patienter. Samtidig har halvdelen af lægepraksisserne frivilligt valgt at lukke for tilgangen. Lægerne falder med andre ord ikke for listefristelsen.

Udbudsfristelsen: Manipuleres antallet af ydelser pr. patient?

De praktiserende lægers anden mulighed for at øge indtjeningen er at øge antallet af ydelser pr. patient. Det kan ske ved at opfordre patienterne til at komme oftere eller ved at opdele konsultationerne. At det sker ses af nedenstående citat.

Hvis man får 113 kr. for at snakke, jamen, så skal man vel ikke snakke mere end højst 10 minutter. Altså, så er det slut. Og skal man snakke videre, så er det en anden dag. Eller også skal det hedde noget andet ... Hvis det tager mere end 10 minutter, så må de komme igen (læge med ca. 1900 patienter).

De fleste af de seks interviewede læger siger dog, at de færdigbehandler de enkelte lidelser, selv om de som illustreret i nedenstående citat sætter visse grænser for, hvor mange ting de vil tage op under samme konsultation.

Der skal da nogle penge hjem ... Det er også derfor, jeg ikke sidder og samtalebekhandler i op til halve timer, eller det, som vi snakkede om før, at folk ikke kan få lov at komme med deres ti ting (læge med ca. 1350 patienter).

Som nævnt indebærer udbudshypotesen, at jo færre patienter lægerne har, jo flere ydelser forventer de at give hver enkelt patient. Læger med få patienter forventes lettere at blive fristet til at give hver patient mange ydelser, mens læger med mange patienter forventes at blive fristet til at give få ydelser. Hvis udbudshypotesen viser sig at holde stik, tilpasser lægerne ydelsesmængden efter, hvor mange patienter de har tilknyttet. Det kan enten tolkes som udbudsinduktion (læger med få patienter giver for mange ydelser) eller som rationering (læger med mange patienter giver for få ydelser).

Udbudshypotesen testes ved at undersøge sammenhængen mellem antallet af patienter pr. læge og antallet af grundydelse pr. patient. Grundydelse er de almindelige basisydelser i form af konsultationer, forebyggelseskonsultationer,

besøg, telefonkonsultationer og email-konsultationer. Desuden kan der ydes laboratorieundersøgelser, småoperationer og andre typer tillægsydelser, men da brugen af disse afhænger af det tekniske udstyr i den enkelte praksis, koncentrerer vi os om grunddydelserne.

I analyserne kontrolleres der for, om praksis er åben for flere patienter, lægernes alder og anciennitet, disse variabelers interaktionseffekter med antallet af patienter pr. læge samt en række socioøkonomiske variable. Det sker, fordi læger med frivilligt lukket praksis kan øge indtjeningen blot ved at åbne for tilgangen. Det kunne derfor tænkes, at udbudsinduktion alene sker i praksisser med åben tilgang. Alder og anciennitet har flere mulige effekter. For det første indebærer anskaffelsen af egen praksis en betydelig investering, som skal afbetales i de første år af karrieren. Det kan friste lægen til at give flere ydelser pr. patient. For det andet tyder interviewene på, at unge læger kan have større tendens til ”defensiv medicin” (overforbrug af ydelser begrundet i angst for at overse noget). Disse faktorer taler for, at variablerne har en negativ effekt på antallet af ydelser pr. patient. For det tredje ved vi fra de kvalitative interviews, at ældre læger kan have sværere ved at tiltrække patienter. Hvis især ældre læger har færre patienter end ønsket, kan det give dem en særlig fristelse til at kompensere ved at give flere ydelser pr. patient. Det peger på en positiv sammenhæng mellem alder og ydelsesmængde pr. patient eller en interaktionseffekt, således at udbudshypotesen kun gælder for ældre læger. For det fjerde kan alderen have betydning for prioriteringen mellem fritid og økonomisk indtjening. På den ene side kan yngre læger med mindre børn have mindre tid til arbejde. På den anden side foretrækker nogle ældre læger måske af helbreds-mæssige årsager en mindre arbejdsbelastning. I tabellerne vises et samlet mål (nemlig gennemsnittet) for alderen af lægerne i hver praksis. Samtlige analyser er også gennemført med lægernes gennemsnitsanciennitet, hvilket ikke giver markant anderledes resultater.

De socioøkonomiske og demografiske kontrolvariabler inddrages, fordi disse faktorer kan påvirke såvel ydelsesmængde pr. patient som typen af ydelser. Vi har kontrolleret for følgende variabler på kommuneniveau: Andel tredjeverdensindbyggere, socialt indeks, befolkningstæthed, almennyttige boliger og andel ledige. De medtages alene i tabellerne, hvis de viser sig at have betydning.

Tablet 1 viser sammenhængen mellem antallet af patienter pr. læge og antallet af grunddydelser pr. patient kontrolleret for lægernes gennemsnitalder, og om praksis har åbent for tilgang af patienter. Hverken interaktionsleddene eller de socioøkonomiske variabler har signifikant betydning eller påvirker de øvrige variabelers koefficienter nævneværdigt. Modellerne med disse variabler vises derfor ikke.

Fortolkningen af tabel 1 er enkel: Antallet af patienter pr. læge har ikke signifikant betydning for antallet af grunddydelser pr. patient. Lægerne lader altså ikke mængden af grunddydelser pr. patient afhænge af antallet af listepatienter. Selv om det på baggrund af denne analyse ikke kan udelukkes, at lægerne i et vist omfang lader antallet af ydelser påvirke af hensynet til indtjeningen, kan det fastslås, at lægernes forbrug af grunddydelser pr. patient stort set er uafhængigt af antallet af patienter pr. læge. Udbudshypotesen gælder altså ikke for brugen af grunddydelser blandt lægerne i Århus Amt.

Table 1. Regressionsanalyse af grundydelse pr. 100 patienter i april og maj 2006. Ustandardiserede regressionskoefficienter

	Bivariate sammenhænge	Multivariat model
Konstant	-	124
Antal patienter pr. læge	-0,0019	-0,0013
Åben praksis	0,67	1,1
Lægernes gennemsnitsalder	-0,31	-0,31
R ²	-	0,0093
N	257	257

Note: * p<0,10 ** p<0,05 *** p<0,01.

Der er flere mulige forklaringer på, at lægernes produktion af grundydelse ikke varierer systematisk med antallet af patienter pr. læge. Det kan skyldes, at ingen af lægerne oplever forøgelse af ydelsesantallet som en fristelse. Derudover udgør amtet (ligesom de kommende regioner), andre læger og patienterne potentielle begrænsninger. Amtet kontrollerer ydelsesproduktionen i overensstemmelse med § 100 i landsoverenskomsten. Det sker ved, at antallet af overenskomstmæssige ydelser og udgifterne til almen lægehjælp pr. patient opgøres årligt for hver lægepraksis. Hvis en praksis afviger mere fra gennemsnittet end de specificerede grænser, skal denne praksis afgive en skriftlig redegørelse for årsagerne hertil. De kvalitative interviews tyder på en vis grad af opmærksomhed på § 100-kontrollen.

Den anden begrænsning på lægernes ydelsesforbrug er overholdelse af lægestandens professionelle normer. De seks interviewede læger giver udtryk for, at de forsøger at give ydelserne efter ”de bedste principper”, hvorved de forstår både normer for god praksis og skriftlige vejledninger og referenceprogrammer. De interviewede læger følger i stort omfang de kliniske vejledninger, der er kommet de seneste par år. Da lægernes arbejde typisk foregår i deres eget konsultationslokale og dermed ikke observeres af kolleger, vil formelle og uformelle professionelle normer dog sjældent blive sanktioneret. Enkelte af interviewpersonerne taler dog om, at det er vigtigt at fremstå som en god læge i forhold til kollegerne, når patienterne skifter læge, og i forbindelse med lægevagtsydelse.

Selv om de professionelle normer lader til at spille en vis rolle, vægter de interviewede praktiserende læger tilsyneladende hensynet til patienterne højere end anerkendelsen fra kollegerne. De taler alle om vigtigheden af, at patienterne er tilfredse og får en god behandling. En af lægerne taler om at have en hjordmentalitet, hvor han skal ”vedligeholde” sine patienter på langt sigt. Temaet om at passe på sine patienter går igen hos alle lægerne. Flere af dem tager afstand fra at lave ydelserne hurtigere (for at få tid til at lave flere ydelser). De læger, der som standard afsætter 15 minutter til almindelige konsultationer, har svært ved at forstå, hvordan man på ti minutter pr. patient kan nå at gøre tingene ordentligt. I den forbindelse bruger de udtryk som ”kyllingefabriksagtigt” og ”pengemaskineagtigt”.

Det empiriske materiale tyder altså på, at hensynet henholdsvis til den amtslige kontrol, til de professionelle normer og især til patienterne forhindrer lægerne i at falde for den farlige udbudsfristelse til at lade antallet af ydelser afhænge af antallet af patienter pr. læge.

Ydelsesfristelsen: Maksimeres antallet af lukrative ydelser?

Den sidste måde, hvorpå praktiserende læger kan øge deres indtjening, er ved at vælge de ydelser, der er bedst honoreret. Nedenstående citater illustrerer, at denne overvejelse indgår i nogle praktiserende lægers valg af ydelser.

Samtaletterapi. Det skal være aftalt på forhånd. Der kan måske ... det er meget anonymt dette her, ikke sandt? [Jo] Hvis man nu snakker en halv time med en patient, så fyrer man nok den ydelse af. Selv om man ikke har aftalt det. Men de har også fået en halv times snak. ... den [ydelsen for samtalerapi] tror jeg, at de fleste fyrer af, hvis de har brugt lang tid (læge med ca. 1900 patienter).

Dem, der laver mange besøg, må være forholdsvis flinke læger – for der er jo ikke meget økonomi i at køre sygebesøg. Jeg er godt klar over, at man er nødt til at gøre det over for i hvert fald de gamle patienter, og det gør vi jo også ... Børnefamilierne må tage deres syge barn under armen og komme. Sådan er det i hvert fald her og – tror jeg – også de fleste andre steder (læge med ca. 1300 patienter).

Flere forhold i interviewene tyder på, at lægerne skæver til honorarerne i valget mellem ydelser. De kendte således allerede på interviewtidspunktet, som lå to måneder efter overenskomstfornyelsen, de præcise ydelseshonorarer. Flere af de interviewede læger giver udtryk for, at de vil bruge den nye forebyggelsesydelse mere efter honorarstigningen. En af lægerne siger, at han har nærlæst landsoverenskomsten og tilrettelægger ydelserne, så det er optimalt med hensyn til honoreringen. Andre interviewpersoner giver udtryk for, at de er klar over, at større indtjening kræver flere og andre ydelser, men siger, at de bevidst har valgt det fra. En af de interviewede læger siger spontant, at hun ikke ville ændre adfærd i en retning, som hun "ikke synes, var det rigtige at gøre", selv om honoreringen blev fordoblet. Men "man kan jo ikke bare leve af at være flink", som en anden læge udtrykker det.

Ydelsesfristelsen belyses ved at undersøge brugen af to tidskrævende alternativer til en almindelig konsultation. For det første undersøger vi, om brugen af de tidskrævende alternativer påvirkes af, hvor stort honoraret er i forhold til honoraret for en almindelig konsultation. For det andet ser vi på, om der er sammenhæng mellem ydelsesmængde pr. patient og antal patienter pr. læge for disse specielle ydelser. De interviewede læger anser alle den ene ydelse (sygebesøg) for at være meget dårligt betalt og den anden ydelse (samtaletterapi) for at være godt betalt. Sygebesøg honoreres i dag med omkring 200 kr. og indebærer, at lægen skal forlade sin praksis, hvilket de interviewede læger vurderer er både tidskrævende og besværligt. Samtaletterapi honoreres med 360 kr. Denne ydelse forudsætter efter reglerne, at samtalen på forhånd er aftalt med patienten, og at

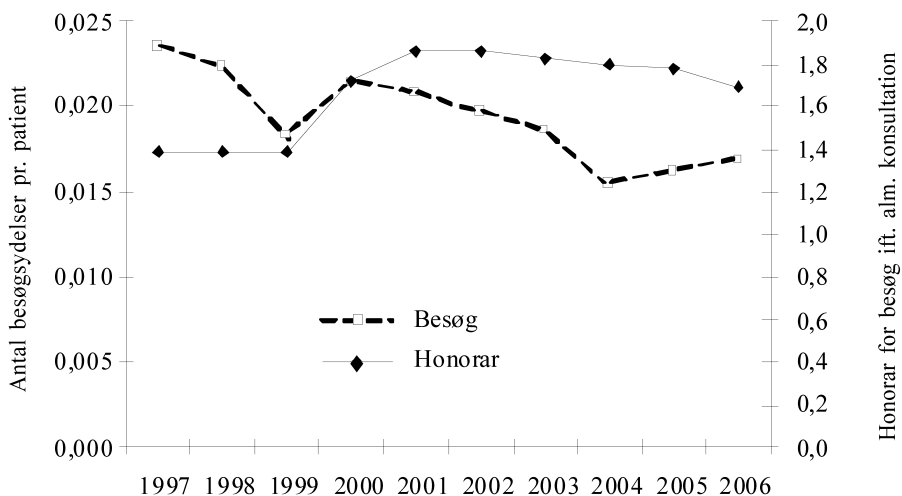
lægen deltager i en form for supervision. Næsten alle lægepraksisser i Århus Amt brugte ydelsen i april/maj 2006.

Figur 1 viser udviklingen i honoraret for og antallet af sygebesøg. Figuren viser, at brugen af besøgsydelsen påvirkes af honorarstørrelsen. Den relative stigning i honoraret i 2000 blev fulgt af en stigning i antallet af besøg pr. patient, og den faldende tendens i honoraret siden 2001 modsvares af mindre brug af besøgsydelsen. Det stemmer med forventningen om, at lægerne tilpasser deres ydelsesproduktion efter de relative ydeshonorarer.

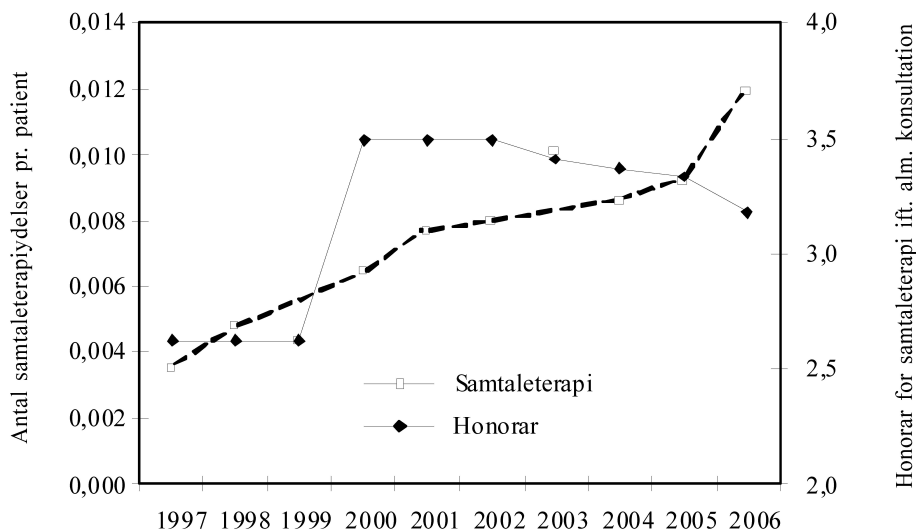
For samtaleterapiydelsen skete den mest markante stigning i det relative honorar i forhold til almindelige konsultationer fra 1999 til 2000, som det ses i figur 2. Lægerne tilpassede deres ydelsesproduktion til dette nye højere honorarniveau indtil 2003, hvorefter brugen af ydelsen faldt svagt. Det kan ses som en tilpasning til den marginalt faldende honorering i forhold til almindelige konsultationer. Ændringer i honorarstørrelsen kan ikke forklare, hvorfor brugen af samtaleterapi igen steg i 2006, men derudover viser grafen en ret klar sammenhæng mellem udviklingen i det relative honorar og udviklingen i brugen af samtaleterapiydelsen.

Den gradvise tilpasning til de forhøjede takster og de interviewede lægers udsagn om, at samtaleterapi (stadig) anses for at være en lukrativ ydelse, gør det oplagt at undersøge, om udbudshypotesen holder på dette område. Måske har læger med få patienter hurtigere taget denne ydelse til sig? Eller måske bruger de yngre læger ydelsen, mens de gamle fortsætter med at gøre, som de plejer? Tabel 2 viser regressionsanalyser af sammenhængen mellem samtaleydelser pr. 100 patienter og antallet af patienter kontrolleret for gennemsnitsalder, og om

Figur 1. Gennemsnitligt besøgsantal pr. patient samt honoreringen af besøg i forhold til almindelige konsultationer. April og maj i årene 1997-2006. Århus Amt



Figur 2. Gennemsnitligt antal samtaleterapiydelse pr. patient samt honoreringen af samtaleterapiydelsen i forhold til almindelige konsultationer. April og maj i årene 1997-2006. Århus Amt



praksis er åben for patienttilgang. Hverken interaktionsvariabler eller socioøkonomiske faktorer bidrager signifikant til modellen, og gennemsnitsancienniteten har en lidt svagere effekt end gennemsnitalder.

Tabellen viser, at læger med få patienter bruger samtaleterapiydelsen signifikant oftere end læger med mange patienter. Idet lægerne selv anser denne ydelse for at være godt honoreret, fortolker vi sammenhængen som udbudsinduktion: Læger med få patienter bruger i højere grad dette lukrative (og tidskrævende) alter-

Tabel 2. Regressionsanalyse af samtaleterapi pr. 100 patienter i april og maj 2006. Ustandardiserede regressionskoefficienter

	Bivariate sammenhænge	Multivariat model
Konstant	-	3,4
Antal patienter pr. læge	-0,00069 ***	-0,00065 ***
Åben praksis	-0,021	-0,0054
Lægernes gennemsnitsalder	-0,027 **	-0,024 **
R ²	-	0,065
N	257	257

Note: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$. Analyser uden de 19 praksisser, der slet ikke brugte ydelsen i de to undersøgte måneder, giver tilsvarende resultater.

nativ til den almindelige konsultation. Tabellen viser desuden, at unge læger bruger samtaleterapi signifikant mere, hvilket kan forstås, som at ydelsen stadig er ved at blive implementeret i lægernes ydelsesprofiler.

Tabel 3 viser de tilsvarende analyser for antallet af sygebesøg pr. 100 patienter. Her viser både interaktionsvariabler og socioøkonomiske variabler sig at have en effekt. Hovedresultatet er, at læger med få patienter (ligesom for samtaleterapiydelsen) bruger flere sygebesøg pr. patient. Eftersom vi ved, at besøg anses for at være en dårligt honoreret ydelse, fortolker vi den negative sammenhæng mellem antal patienter pr. læge og antallet af besøgsydelser pr. patient som et udtryk for rationering: Læger med mange patienter begrænser i højere grad brugen af besøg. Det skal i den forbindelse bemærkes, at sammenhængen mellem disse to variabler pga. interaktionsleddet mellem alder og antal patienter er negativ for alle realistiske værdier af alder og antal patienter, selv om hovedeffekten i tabellen er positiv. Interaktionseffekten med alder betyder, at tendensen til at reducere antallet af besøg med et stigende antal patienter kun gælder for de ældre læger. De ældre læger har imidlertid et højere besøgsantal end de yngre læger.³ Det styrker fortolkningen af den tidsmæssige udvikling som udtryk for en langsom tilpasning til incitamentssystemets ændringer: Uanset patientlistens længde fravælger yngre læger om muligt den dårligt honorerede besøgsydelse, når de fastlægger deres ydelsesprofiler. Som nævnt tyder interviewene på, at der findes en norm om, at besøg bør bruges til ældre og svage patienter, mens der ikke er nogen fast norm om brugen af ydelsen til andre patientgrupper. Samlet fortolker vi resultaterne som, at yngre læger uanset patienttal kun bruger besøgsydelserne, når de professionelle normer kræver det, mens ældre læger lader det afhænge af deres patientantal, om de yder sygebesøg ud over dette minimumsniveau.

Brugen af både de lukrative samtaleterapiydelser og de ikke-lukrative besøgsydelser falder altså med et stigende antal patienter. Det svarer til Iversens og Lurås' resultater fra det norske forsøg i starten af 1990'erne med en blandingsoverenskomst som den danske (2000:448). Her leverede læger med færre patienter end ønsket flere af de lukrative konsultationer og laboratorietests og flere af de ikke-lukrative lange konsultationer (2000:460). Iversen og Lurås generaliserer imidlertid kun til områder, hvor det ikke er klart, hvad den rigtige medicinske behandling er (2000:449). De nævner indkaldeshyppighed ved diabetes som et eksempel på et område uden faste professionelle normer (2000:449).

Det empiriske materiale fra Århus Amt tyder også på, at økonomien især har betydning på områder uden faste professionelle normer. De kvalitative interviews peger således på professionelle normer og især hensynet til patienten som begrænsende faktorer i forhold til alle de tre fristelser. De kvantitative analyser viser kun sammenhænge mellem antallet af patienter pr. læge og lægernes ydelsesbrug pr. patient for tidskrævende alternativer til almindelige konsultationer. Mens interviewene peger på en udbredt norm om, at meget svage ældre har krav på hjemmebesøg, er der tilsyneladende ikke enighed ud over dette minimumsniveau. Brugen af samtaleterapi lader ikke til at være reguleret af professionelle normer. Eftersom antallet af grundydelse pr. patient ikke afhænger af antallet af patient-

Table 3 Regressionsanalyse af besøgssydelser pr. 100 patienter i april og maj 2006. Ustandardiserede regressionskoefficienter

	Bivariate sammenhænge	Model 1: Multivariat uden interaktion	Model 2: Multivariat med interaktion	Model 3: Multivariat med interaktion og kommunevariable
Konstant	-	0,35	-12	-12
Antal patienter pr. læge	-0,00055 **	-0,00061 **	0,0079 ***	0,0073 ***
Åben praksis	0,30 *	0,22	0,92	0,90
Lægernes gennemsnitsalder	0,039 ***	0,040 ***	0,26 ***	0,24 ***
Interaktion ml. alder og patienter/læge			-0,00016 ***	-0,00015 ***
Interaktion ml. åben praksis og patienter pr. læge			-0,00047	-0,00051
Befolkningstæthed				-0,0015 ***
Ledighed				0,39 ***
R ²	-	0,053	0,092	0,20
N	257	257	257	257

Note: * $p < 0,10$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$. Da andelen af indbyggere fra tredje verdenslande og befolkningstætheden er højt korreleret, medtages alene sidstnævnte.

ter pr. læge, kunne forskellene (især for samtaleterapi) i nogen grad tænkes at ligge i klassificeringen af ydelserne: Læger med få patienter klassificerer måske i højere grad samtaler som samtaleterapi, men de har formodentlig også brugt længere tid på samtalerne, fordi disse læger generelt har bedre tid. I så fald kan resultaterne ses som udtryk for, at lægerne vælger behandling ud fra professionelle normer, mens de i registreringen af ydelserne skeler mere til de økonomiske incitamenter. En nærmere undersøgelse af sammenhængen mellem normer, incitamenter og adfærd kræver imidlertid en mere stringent undersøgelse af normernes regulering af specifikke ydelser. At der er variationer i dette, illustreres af et citat fra en af de interviewede læger: ”Vi har nogle normer, men ellers har vi meget frit spil”.

Konklusion

De praktiserende læger honoreres efter et incitamentsystem, der indeholder tre elementer. Lægerne modtager – foruden et mindre fast beløb – et honorar for hver tilmeldt patient og for hver udført ydelse. I denne artikel har vi belyst tre fristelser, der er indbygget i systemet: Listefristelsen, udbudsfristelsen og ydelsesfristelsen. Fælles for de tre er, at fristelsen ligger i muligheden for at øge indtjeningen.

Listefristelsen indebærer, at lægerne fristes til at lade et stort antal patienter tilmelde sig deres praksis. Denne fristelse følger direkte af incitamentsystemets belønning af antallet af tilmeldte patienter. Det viser sig, at lægerne typisk ikke udnytter denne mulighed. Kun meget få læger når op til loftet for antallet af

tilknyttede patienter, og ganske mange praksisser har lukket for patienttilgang, selv om de formelt set kunne rumme mange flere.

Udbudsfristelsen består i, at lægerne kan tilpasse mængden af ydelser og dermed tilgodese deres ønsker til arbejdsbelastning og indtjening. Ifølge udbudshypotesen giver lægerne flere ydelser, når de har få patienter. Denne fristelse er farlig, uanset om tilpasningen sker for at begrænse arbejdsmængden, altså ved rationering af ydelser til patienterne, eller for at øge indtjeningen, altså ved at behandle patienterne ud over det nødvendige. I det første tilfælde risikerer patienterne at få en utilstrækkelig behandling, og i det andet tilfælde anvendes ressourcerne ineffektivt. Selv om systemet frister lægerne til at lade antallet af ydelser pr. patient afhænge af andre forhold end strengt lægefaglige, og selv om det danske system er særlig sårbart, fordi patienterne intet betaler for ydelserne og derfor heller ikke har noget økonomisk incitament til takke nej til et højt serviceniveau, har antallet af patienter pr. praksis ikke nogen systematisk effekt på antallet af grundydelse pr. patient. Dog kan der spores en effekt af patientantallet for samtalerapi og besøg. I begge tilfælde er der en tendens til, at læger med få patienter giver mange behandlinger.

Ydelsesfristelsen indebærer, at lægerne har en tilskyndelse til at opprioritere lukrative ydelser. Denne fristelse følger af selve logikken i et økonomisk incitamentsystem. Formålet med at honorere de enkelte ydelser forskelligt er netop at give lægerne en forskellig tilskyndelse til at bruge dem. I den forstand er fristelsen tilsigtet. Fristelsen har dog også en anden side. Forskellene mellem taksterne giver en økonomisk tilskyndelse til at klassificere ydelserne og patienterne i de mest indbringende kategorier. Når denne genvej til at øge indtjeningen følges, er resultatet, at samfundet bruger flere ressourcer på praksissektoren uden at få noget igen. Det lader til, at honorarernes størrelse faktisk har betydning for lægernes adfærd. Brugen af samtalerapi og besøg varierer således over tid svarende til ydelseernes relative honorar i forhold til almindelige konsultationer.

Alt i alt er budskabet positivt. Selv om honoreringssystemet (på samme måde som andre økonomiske incitamentsystemer) ikke er immunt over for misbrug, falder lægerne kun i begrænset omfang for den farlige fristelse til at lade ydelse-somfanget afhænge af patientantallet pr. læge. Samtidig virker systemet efter hensigten i den forstand, at lægerne responderer på de incitamenter, de stilles over for. Når bestemte ydelser gøres mere lukrative, øger lægerne faktisk brugen af dem.

Noter

1. Tak til Jørgen Grønnegård Christensen for meget konstruktive kommentarer til flere versioner af manuskriptet. Tak til Johannes Christiansen for hjælp med lands-overenskomsterne og inspiration til at analysere besøgsydelser over tid. Tak til Mette Skou og Pia Lund Lunø for hjælp med de gamle takster. Tak til afdelingen for offentlig forvaltning og Henrik Leth Jørgensen for kommentarer til tidligere versioner af manuskriptet. Tak til alle interviewpersonerne for deres medvirken. Tak til Ib Keldsen for stor assistance i forbindelse med sygesikringsdatasættet.

2. Som gruppe 1-sikret skal man være tilmeldt en alment praktiserende læge, mens man som gruppe 2-sikret frit kan søge behandling. Gruppe 2-sikrede udgør en meget lille andel af befolkningen og analyseres ikke i denne artikel, ligesom vi udelukkende ser på ydelser i dagtiden.
3. For lægepraksisser med en høj gennemsnitsalder er der en negativ sammenhæng mellem antal listepatienter pr. læge og antal besøgsydelser. For praksisser med lav gennemsnitsalder (ca. 50 år og derunder) er der ingen sammenhæng. Høj alder giver i sig selv et højere antal besøg. Det betyder, at praksisser med høj gennemsnitsalder har flere besøgsydelser end praksisser med lav gennemsnitsalder. Når man sammenligner gennemsnitsalder på henholdsvis 48 og 58 år, udlignes den positive effekt af alder af den negative effekt af praksisstørrelsen (der jo kun findes for de ældre læger) ved 1625 listepatienter. De ældre læger yder altså flere besøg for de almindelige størrelser af lægepraksisser (kun ca. en fjerdedel har flere listepatienter pr. læge end 1625).

Referencer

- Carlsen, Fredrik and Jostein Grytten (1998). "More physicians: Improved availability or induced demand?", *Health Economics*, Vol. 7, pp. 495-508.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1990). "Budgetreformer og udgiftsadfærd: Om embedsmænds og politikeres manipulation og muligheden for at manipulere dem", *Politica*, 20. årg., nr. 4, pp. 422-441.
- Davis, P., B. Gribben, A. Scott and R. Lay-Yee (2000). "The supply hypothesis and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation", *Social Science and Medicine*, Vol. 50, pp. 407-418.
- Delattre, Eric and Brigitte Dormont (2003). "Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French Physicians", *Health Economics*, Vol. 12, pp. 741-754.
- Donaldson, Cam and Karen Gerard (1993). *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, London: Macmillan.
- Evans, Robert G. (1974). "Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications", pp. 162-173 in Mark Perlman (ed.), *The economics of health and medical care*, London & Basingstoke: Macmillan.
- Grytten, Jostein and Rune Sørensen (2001). "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway", *Journal of Health Economics*, Vol. 20, pp. 379-393.
- Grytten, Jostein and Rune Sørensen (2006). "Primary Physician Services – List Size and Primary Physicians' Service Production", Arbejdsrapport jf. http://home.bi.no/fag89001/List_revisjon_06.pdf
- Grytten, J., I. Skau, R.J. Sørensen og O.G. Aasland (2003). *Fastlegereformen – en analyse av fastlegenes arbeidsbelastning og tjenestetilbud*, Forskningsrapport nr. 11, Handelshøyskolen BI.
- Iversen, Tor and Hilde Lurås (2000). "Economic motives and professional norms: the case of general medical practice", *Journal of Economic Behavior & Organization*, Vol. 43, pp. 447-470.
- Konkurrencestyrelsen (2006). *Konkurrenceredegørelse 2006*, <http://www.ks.dk/publikationer/konkurrenceredegørelsen/kr2006/kap05.htm/>
- Krasnik, Allan, Peter P. Groenewegen, Poul A. Pedersen, Peter v. Scholten, Gavin Mooney, Adam Gottschau, Henk A. Flierman and Mogens T. Damsgaard (1990). "Changing remuneration systems: effects on activity in general practice", *British Medical Journal*, 300, pp. 1698-1701.

- Madden, David, Anne Nolan and Brian Nolan (2005). "GP reimbursement and visiting behaviour in Ireland", *Health Economics*, Vol. 14, No. 10, pp. 1047-1060.
- Nassiri, Abdelhak and Lise Rochaix (2005). "Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach", *Health Economics*, Vol. 15, No. 1, pp. 49-64.
- Reinhardt, Uwe (1985). "The Theory of Physician-Induced Demand. Reflections after a Decade", *Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 2, pp. 187-193.
- Rice, Thomas and R.J. Labelle (1989). "Do physicians induce demand for medical services?", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 14, No. 3, pp. 587-600.
- Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation (2006). *Lands-overenskomst for almen lægepraksis* (jf. www.laeger.dk/).
- Sørensen, Rune and Jostein Grytten (2003). "Service production and contract choice in primary physician services", *Health Policy*, Vol. 66, pp. 73-93.

Appendiks A: Gennemførelsen af de kvalitative interviews

Der er afholdt otte kvalitative interviews, heraf seks med praktiserende læger. Som optakt til undersøgelsen gennemførte vi et interview med to sygesikringsmedarbejdere fra et andet amt end Århus for at få et bredere indblik i sygesikringsadministrationen, og senere i processen talte vi tilsvarende med en sygesikringsmedarbejder fra Århus Amt. Interviewene med de praktiserende læger blev indledt med et pilotinterview med en læge, som er kontakten via en fælles bekendt. De øvrige fem praktiserende læger er udvalgt simpelt tilfældigt blandt samtlige læger i Århus Kommune. I alt interviewede vi i perioden 27. maj til 20. juni 2006 tre mandlige og tre kvindelige læger. Tabel A1 giver en oversigt over deres karakteristika.

Interviewene er transskriberet, og alle transskriptionerne er kontrolleret under aflytning af båndoptagelsen. Interviewene er kodet både åbent og fokuseret i analyseprogrammet Nvivo 7. Interviewguide samt de anvendte kategorier og underkategorier kan ses på http://www.ps.au.dk/lotte/praksis_kvali.doc.

Tabel A1. Karakteristika hos interviewede praktiserende læger

Nr.	Køn	Praksis	Patienter/ læge	Sted for praksis	Alder
1	Mand	Solopraksis	Ca. 1900	Centrum af større by	Over 48 år
2	Mand	Solopraksis	Ca. 1500	Gennemsnitlig forstad	Under 48 år
3	Mand	To læger	Ca. 1300	Velstående forstad	Over 48 år
4	Kvinde	To læger	Ca. 1350	Socialt belastet område	Under 48 år
5	Kvinde	Tre læger	Ca. 1250	Landsby	Over 48 år
6	Kvinde	Tre læger	Ca. 1400	Centrum af større by	Under 48 år

Appendiks B: Variabler i den kvantitative analyse

Variabel	Forklaring og kilde
Antal grundydelse pr. patient	Gennemsnitligt antal § 68 ydelser pr. tilmeldte gruppe 1-sikrede i den pågældende praksis i perioden april og maj 2006. § 68 ydelserne er: 0101 konsultation, 0201 telefonkonsultation, 0105 e-mail konsultation, 0106 aftalt forebyggelseskonsultation og 0411-0491 diverse former for sygebesøg (kilde: Århus Amts sygesikringsregister)
Antal besøg pr. patient	Gennemsnitligt antal sygebesøg (ydelsesnumrene 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461 og 0491) pr. tilmeldte gruppe 1-sikrede i den pågældende praksis i perioden april og maj 2006. Derudover bruges gennemsnittet af samtlige lægers brug af besøg pr. patient for april og maj i årene mellem 1997 og 2006
Antal samtaletterapiydelse pr. patient	Gennemsnitligt antal samtaletterapiydelse (6101) pr. tilmeldte gruppe 1-sikrede i den pågældende praksis i perioden april og maj 2006. Derudover bruges gennemsnittet af samtlige lægers brug af samtaletterapiydelse pr. patient for april og maj i årene mellem 1997 og 2006
Antal patienter pr. læge	Antallet af patienter i lægepraksisserne divideret med antal læger i disse (kilde: Oplysninger udleveret af Århus Amt)
Åben praksis	Adgang for flere patienter til lægepraksissen (kilde: www.sundhed.dk)
Lægernes gennemsnitsalder	Gennemsnitsalder blandt samtlige læger i den pågældende lægepraksis (kilde: www.sundhed.dk)
Lægernes gennemsnitsanciennitet	Det gennemsnitlige antal år, lægerne i den pågældende praksis har været alment praktiserende læger (kilde: www.sundhed.dk)
Interaktion mellem gennemsnitsanciennitet og antal patienter pr. læge	Interaktionsled udregnet ved at multiplicere lægernes gennemsnitsanciennitet med antallet af patienter pr. læge (kilder: www.sundhed.dk og Århus Amts sygesikringsregister)
Interaktion mellem åben praksis og antal patienter pr. læge	Interaktionsled udregnet ved at multiplicere variabelen for, om lægepraksissen har åbent for patienttilgang, med antallet af patienter pr. læge i praksissen (kilder: www.sundhed.dk og Århus Amts sygesikringsregister)
Andel indbyggere fra tredjelande	Kommunens antal udenlandske statsborgere fra 3. lande (dvs. lande udenfor EU, Norden og Nordamerika) pr. 10.000 indbyggere pr. 1. januar. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal.

Variabel	Forklaring og kilde
Befolkningstæthed	Antal indbyggere i kommunen pr. 1. januar pr. km ² . Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Kommunale nøgletal.
Andel almennyttige boliger	Antal boliger i almennyttige boligselskaber i procent af det samlede antal husstande i egentlige boliger i kommunen pr. 1. januar. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal.
Andel ledige	Gennemsnitligt antal fuldtidsledige i kommunen pr. 100 17-66-årige 1. januar. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal.
Socialt indeks	Indeks udregnet til brug for udligning af udgiftsbehov med følgende variable: Antal børn af enlige forsørgere, ældre utidssvarende boliger samt nyere udlejningsboliger, belastede boligområder i øvrigt, antallet af ledige og udlændinge fra 3. lande. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriets kommunale nøgletal.