

Honorering og motivation i almen praksis

Gyrd-Hansen, Dorte; Kristensen, Søren Rud ; Olsen, Kim Rose ; Oxholm, Anne Sophie ; Pedersen, Line Bjørnskov

DOI:
10.21996/2pkn-9354

Publication date:
2023

Document version:
Forlagets udgivne version

Citation for published version (APA):
Gyrd-Hansen, D., Kristensen, S. R., Olsen, K. R., Oxholm, A. S., & Pedersen, L. B. (2023). *Honorering og motivation i almen praksis*. Syddansk Universitet. DaCHE Discussion Papers Bind 2023 Nr. 1
<https://doi.org/10.21996/2pkn-9354>

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Honorering og motivation i almen praksis

Danish Centre for Health Economics
Discussion paper no. 1/2023

Forfattere

Dorte Gyrd-Hansen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU
Søren Rud Kristensen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU
Kim Rose Olsen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU
Anne Sophie Oxholm*, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU
Line Bjørnskov Pedersen, Dansk Center for Sundhedsøkonomi - DaCHE, SDU
& Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU

YDERLIGERE INFORMATION

*Korresponderende forfatter:
Anne Sophie Oxholm.
E-mail: asoxholm@sdu.dk.

Dansk Center for Sundhedsøkonomi
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Syddansk Universitet, SDU
J.B. Winsløvs Vej 9B,
5000 Odense C
ISSN 2246-3097

This is an unedited manuscript
Copyright is held by the author(s)
Any inquiries for permission to post
elsewhere should be directed to them.

Honorering og motivation i almen praksis

Dorte Gyrd-Hansen, Søren Rud Kristensen, Kim Rose Olsen,
Anne Sophie Oxholm*, Line Bjørnskov Pedersen

DaCHE – Dansk Center for Sundhedsøkonomi
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

Februar 2023

Dette arbejdsrapport er finansieret af Fonden for Almen Praksis som et supplement til Honorarstrukturrådet for almen praksis' afsluttende rapport. Rådet har ikke været involveret i udarbejdelsen af arbejdsrapporten og har således ikke ansvar for indholdet.

*Korresponderende forfatter: Anne Sophie Oxholm. E-mail: asoxholm@sdu.dk.

Indholdsfortegnelse

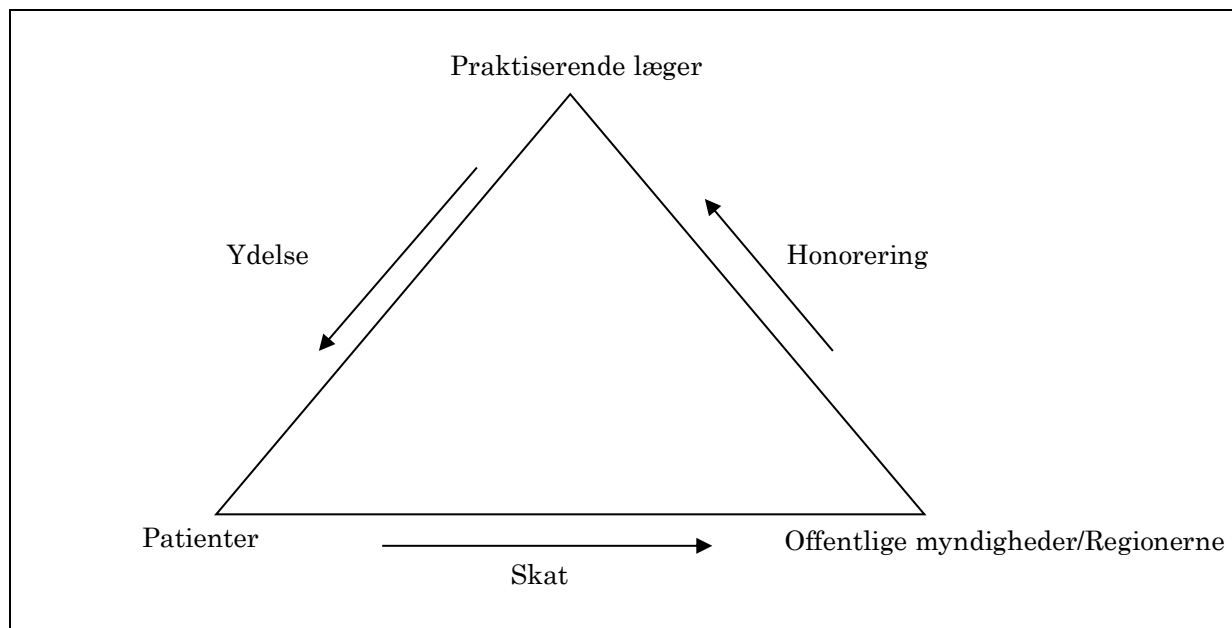
Kapitel 1. Honorarmodeller i almen praksis	4
Kapitel 2. Udvalgte udenlandske erfaringer med honorering i almen praksis	17
Kapitel 3. Udvalgte erfaringer fra almen praksis' overenskomstændringer i 2018	29
Kapitel 4. Honorering af tværsektorielt samarbejde	34
Kapitel 5. Lægers motivationsprofiler	41

Kapitel 1. Honorarmodeller i almen praksis

Formålet med dette kapitel er at diskutere design af honorarmodeller målrettet alment praktiserende læger. Udgangspunktet for diskussionen er de forudsætninger og særlige forhold, der hersker inden for det danske sundhedsvæsen, hvor alment praktiserende læger primært er selvstændige erhvervsdrivende, og sundhedsvæsenet er finansieret gennem offentlige skatter. Honorarmodeller udgør et styringsredskab, som kan bidrage til at sikre 1) god behandling af den enkelte patient både i relation til mængde (aktivitet) og kvalitet af ydelser, og 2) optimal ydelsessammensætning set fra et myndighedsperspektiv, dvs. levering af omkostningseffektiv behandling med lige adgang til god behandling for alle patientgrupper.

Med sundhedsloven fra 2007 er rollerne defineret mellem regioner, alment praktiserende læger og patienter. Regionsrådet har ansvar for at sikre tilbud om behandling til patienter hos de praktiserende læger. De praktiserende læger agerer således i et tresidigt afhængighedsforhold, der eksisterer mellem patienterne, regionerne og lægerne. Indenfor økonomisk teori beskrives sådanne gensidige afhængighedsforhold som en række principal-agent relationer. Teorien er ofte blevet anvendt til at forklare relationen mellem en arbejdsgiver (en principal) og en arbejdstager (en agent). Den kan således også anvendes til at analysere forholdet mellem læge (agent), patient (principal), og myndigheder (principal) i almen praksis. Disse relationer er karakteriserede ved asymmetrisk information, hvor lægen, der agerer som agent for både patient og myndigheder, typisk besidder information om symptomer, behandlinger mv., som patienten og myndigheder ikke har samme viden om. Figur 1 illustrerer det tresidede afhængighedsforhold mellem parterne, hvor myndighederne (i stort omfang) betaler lægen for de ydelser, som patienten modtager.

Figur 1 – Den økonomiske relation mellem almen praksis, patienter og myndighederne



Udfordringen i det tresidede afhængighedsforhold er at skabe et forhold, som afstemmer principalernes (patient og myndigheder) og agentens (lægens) interesser på trods af den asymmetriske information. En ekstra udfordring er, at de to principalers (patient og

myndigheder) interesser ikke altid er i overensstemmelse. Myndighedernes interesse kan på flere områder afvige fra den enkelte patients' udtrykte ønske. For eksempel vil myndighederne i højere grad have et populationsperspektiv, hvilket betyder, at myndighederne også interesserer sig for borgere, der har behov for lægehjælp, men som ikke i tilstrækkelig grad formår selv at efterspørge ydelser. Myndighederne kan også fokusere på fordelingen af ydelser på tværs af patienter for at sikre lighed i behandling og sundhedstilstand. Endvidere kan der være et ønske om at mindske antallet af unødvendige henvisninger til speciallæger for at sikre, at behandlingen sker på lavest mulige omkostningsniveau (LEON-princippet). I tilfælde, hvor myndighedernes ønsker afviger fra patienternes ønsker, befinder den praktiserende læge sig i et dilemma.

Myndighedernes honorering af de praktiserende læger er et centralt redskab til at sikre, at der kommer en ønsket fordeling og levering af ydelser til patienterne. Derudover skal der gerne være enighed mellem parterne om, hvad der karakteriserer de ydelser, som lægen leverer, og hvad der karakteriserer god lægeadfærd, da adfærd kan incentiveres ved andet end penge (se evt. kapitel 5 om lægers motivation). En velfungerende kontrakt mellem læge og betaler vil således, udover at indeholde en aftale om betaling, også indeholde aftaler om kvalitet- og kvantitetsmonitorering.

Der er flere modeller for, hvordan læger i almen praksis kan honoreres. Alle honorarmodeller har indbyggede incitamenter og vil derfor påvirke lægens adfærd. Ingen modeller kan dog undgå at have uhensigtsmæssige incitamenter. Ethvert modelvalg vil således indbefatte afvejninger mellem typer af målopfyldelse for myndighederne. I det følgende præsenteres og diskuteres de typiske honorarmodeller med henblik på at fremhæve fordele og ulemper ved modellerne.

Fastløn

I det tilfælde, hvor lægen modtager en fast månedlig løn, er der lille mulighed for at påvirke adfærd såsom behandlingsaktivitet og -kvalitet, henvisningsmønster eller receptudskrivninger gennem økonomiske incitamenter i almen praksis. Hvis lægen ikke havde andre motivationer for at arbejde end at tjene penge, ville der være lille incitament til at yde en indsats (udover det påkrævede for at undgå kontraktophør), fordi indtjening ikke er koblet til indsats. Det er dog naturligvis sådan at læger, ligesom andre professionelle, motiveres til at arbejde af andre faktorer (for yderligere detaljer se kapitel 5). Hvor stærke disse andre motivationsfaktorer er, vil have betydning for, hvordan lægen agerer under fastløn. Lægernes motivation under fastløn kan også påvirkes af, om lægen for eksempel er ansat med fremmelsesmuligheder samt tilstedeværelsen af en daglig ledelse. Den økonomiske teori tilsiger dog, at der under fastløn alt andet lige vil være mindre incitament til at levere ydelser til patienter, samt et øget incitament til at henvise, da det vil reducere lægens indsats uden at mindske lønindtægten. Set fra myndighedernes side har fastløn dog også nogle fordele. Fastløn er nemt at administrere, giver en høj grad af budgetkontrol og mindsker risikoen for udbudsinducering (unødvendigt udbud af ydelser). Fordelene og ulemperne skyldes en afkobling mellem ydelser og betaling. Denne afkobling er gældende for aflønningssystemer som fastløn og basishonorering. Fordele og ulemper ved sådanne systemer foldes mere ud i det følgende afsnit om basishonorering.

Basishonorering

Basishonorering, også kaldt per capita honorering, kan i praksis kun fungere i sundhedsvæsenet, hvor en patient er tilknyttet én almen praksis. Denne honorering varierer ikke med behandlingsaktivitet eller -kvalitet per patient, hvilket betyder, at myndighederne har kontrol med udgiften. Det er således lægen, der bærer hele risikoen for, at

behandlingsudgifterne er for høje i forhold til indtægterne. Dette kan betyde, at lægen har incitament til at selektere de patienter, der knyttes til lægens praksis (i det omfang det er muligt) – såkaldt ”cream skimming” adfærd. I Danmark kan ”cream-skimming” for eksempel forekomme ved, at praksisser placeret i områder med videregående uddannelser åbner deres liste, når studieåret begynder for dermed at sikre sig flere yngre patienter på listen.

Fordi basishonoraret er fast, og dermed uafhængigt af aktivitetsniveauet, vil en stor andel basishonorering ud af den samlede honorering i almen praksis give et mindre incitament til udbudsinduceret efterspørgsel, hvilket er positivt. Et negativt aspekt ved en stor andel basishonorering er, at lægen har et økonomisk incitament til at slække på indsatsen, fordi honoreringen er den samme, uanset hvor godt arbejdet udføres. Ud fra principal-agent teorien kan man derfor i et system med ren basishonorering, såvel som ved fastløn, risikere at se underbehandling af patienterne samt et øget antal henvisninger til specialister og hospitaler (Iversen og Luras 2000). Studier viser, at særligt patienter med stort behov for ydelser, kan blive underbehandlede, når lægernes aflønning er uafhængig af aktivitet (Oxholm et al. 2019, Hennig-Schmidt et al. 2011).

En yderligere mulig konsekvens af basishonorering er en uønsket ressourceallokering på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor, for eksempel på grund af flere henvisninger. I det omfang, at omkostninger forskydes unødigt til andre sektorer på grund af manglende gatekeeping, er der risiko for, at behandlingen ikke foregår på lavest mulige omkostningsniveau (LEON-princippet). Omvendt kan basishonorering være forbundet med større økonomisk tilskyndelse til at initiere forebyggende initiativer, hvis det kan betyde, at den nødvendige fremtidige indsats fra lægens side reduceres på grund af et bedre livsforløb/sygdomsforløb for patienten.

Basishonorering er karakteriseret ved betaling per patient på lægens liste, hvilket giver lægerne incitament til at beholde patienter i praksis eller tiltrække patienter til praksis. Det kan være et nyttigt incitament til at sikre, at alle patienter tilknyttes en læge, og der derved ikke opstår såkaldte ”spøgelsespatienter”. Hvis der er overudbud af læger i et område, vil lægerne være tilskyndet til at konkurrere om patienter på parametre relateret til patienttilfredshed. Dette kan dog fra myndighedernes perspektiv være negativt, hvis parametrene ikke reflekterer deres ønsker til behandlingsadfærd. For eksempel kan konkurrence om patienter tilskynde lægerne til at være mere rundhåndede med receptudskrivninger og henvisninger.

Læger, der har mere behandlingskrævende patienter, kan føle sig nødsaget til at mindske antallet af patienter på deres liste (hvilket vil betyde en reduktion i basishonoraret). Alternativt, kan disse læger vælge at opretholde mange patienter på listen for at sikre et vist indkomstniveau. Dette kan medføre udbrændthed fra et øget arbejdspress (Pedersen et al. 2013, 2016, 2020). Det kan også betyde, at lægerne må tilbyde færre ydelser per patient, hvilket kan medføre lavere behandlingskvalitet.

Når basishonorering udgør en stor del af indtægtsgrundlaget, er honoraret ofte risikostyret således, at det afspejler tyngden af de patienter, der er på lægens liste (se evt. kapitel 2 for eksempler). Risikostyret justering foretages ud fra et ønske om at kompensere læger, der har mere behandlingskrævende patienter på deres liste og eventuelt også sikre, at der gennem basishonorering tildeles tilstrækkelige ressourcer til at opnå den ønskede kvalitet i behandlingen (se f.eks. Van de Ven og Ellis (2000) for en nærmere diskussion af risikostyret justering). Det er dog vigtigt at understrege, at en risikostyret justering af basishonoraret ikke

giver økonomisk incitament til at omsætte en eventuelt øget indtjening til flere ydelser til patienterne, idet koblingen mellem indtægt og ydelser er fraværende. Med eller uden risikojustering kan konsekvensen af en høj grad af basishonorering stadig være underbehandling af patienter eller øget henvisningsfrekvens.

Om end risikojustering af basishonoraret ikke udgør et direkte monetært incitament, kan den alligevel påvirke lægens adfærd qua lægens andre motivationer (se evt. kapitel 5 om lægers motivationer). Risikojustering kan potentielt minde lægen om, at visse patienter har større behov, eller opfattes som et signal fra myndigheden om, at visse grupper af patienter skal prioriteres (se evt. Oxholm et al (2019) hvor denne type signaleffekt påvises). Risikojustering af basishonoraret kan således tale til lægens ønske om at gøre det godt for patienten eller tilfredsstille myndighederne. For at sådanne signaler fra myndighederne skal kunne påvirke lægens adfærd i nævneværdigt omfang, er det vigtigt, at signalet er fremtrædende og synligt for lægen i lægens daglige virke (se evt. kapitel 2 for svenske erfaringer med manglende behandlingsmæssig respons på risikojustering).

Det skal dog også understreges, at risikojustering af basishonorering, alt efter hvordan en sådan risikojustering designes, kan bruges som redskab til at motivere læger til at nedsætte sig i mindre attraktive områder, for eksempel områder med flere behandlingskrævende patienter eller med mere begrænset adgang til specialitydelser. Således kan risikojustering af honoraret bruges som økonomisk incitament, når læger vælger, hvor de vil praktisere. Dette har man blandt andet observeret i Sverige (Anell et al. 2016).

Til sidst bør det nævnes, at det er udfordrende at finde den rette model for risikojusteringen. Det er ikke unormalt at modellere risikojusteringen ud fra patienttypers historiske forbrug (Rice 1999). Hvis formålet med risikojusteringen alene er at kompensere lægerne i forhold til historiske forbrugsmønstre, er det den rette fremgangsmåde. Hvis målet derimod er at sikre, at der stilles ressourcer til rådighed for lægen, der svarer til patientens faktiske behov for ydelser, er det historiske forbrug ikke nødvendigvis den bedste rettesnor. De ydelsesmønstre, der er observeret hidtil, kan være uhensigtsmæssige, for eksempel hvis nogle patientgrupper undlader at gå til læge, når der reelt er et behov, mens andre patientgrupper efterspørger for mange ydelser. Hvis målsætningen med risikojusteringen er at sende et signal til lægen om det rette serviceniveau for specifikke patientgrupper, bør der ligge en mere normativ vurdering bag (Asthana og Gibson 2011).

Ydelseshonorering

Ydelseshonorering ("fee for service") kobler lægens indtægt direkte til mængden af ydelser. Honoreringen per aktivitet har til formål at skabe incitament for lægen til at yde mere, og til at behandle patienterne i egen praksis og dermed kun henvise de patienter, hvor det er nødvendigt. Når honorarsystemet inkluderer ydelseshonorering, ligger den økonomiske risiko ved behandling af patienterne i mindre grad hos lægen og i højere grad hos myndighederne. Lægen bærer en mindre risiko, da vedkommende modtager en kompensation for en evt. øget behandlingsindsats. Dette betyder, at lægen er mere villig til at engagere sig i indsatskrævende aktiviteter indenfor områder, hvor honoreringen i tilstrækkelig grad kompenserer for lægens indsats. Idet lægen forventes at være interesseret i at øge sin indtjening og profit, formodes ydelseshonoreringen at øge aktiviteten i almen praksis. Der vil ligeledes være større incitament til at behandle patienter i egen praksis (øget gatekeeping), og dermed mindre tendens til at henvise patienter til andre aktører.

Det er generelt påvist, at for honoreringssystemer, der lægger større vægt på ydelsesbetaling,

opnås en højere aktivitet (Roland og Guthrie, 2016). Der findes en række litteraturoversigter over den empiriske evidens omkring effekten af forskellige honoreringssystemer i almen praksis (se for eksempel Donaldson og Gerard 1989, Scott og Hall 1995, Gosden et al. 1999, Scott et al. 2011, Dijk et al. 2012). Den overordnede konklusion er, at ydelseshonorering leder til øget aktivitet. Et af de oftest citerede studier er baseret på en omlægning fra ren basishonorering til en blanding af basishonorering og aktivitetshonorering i almen praksis i København (Krasnik et al. 1990). Studiet udnytter, at almen praksis placeret i resten af københavnsområdet ikke var udsat for en omlægning af honorarstrukturen, men allerede modtog en blandet honorering og dermed kunne udgøre en kontrolgruppe. Introduktionen af den blandede honoreringsordning betød, at diagnostiske og behandlingsrelaterede aktiviteter i almen praksis steg markant, mens henvisningsrater og frekvens af medicinudskrivning faldt. Forfatterne konkluderede derfor, at når lægerne modtog et ydelseshonorar, så steg incitamentet til at yde en indsats og til selv at udføre mere arbejde i stedet for at viderehenvise patienter til andre aktører. I et amerikansk studie randomiseredes læger tilfældigt til fast løn eller ydelseshonorering (Hickson et al. 1987). Resultaterne indikerer, at ydelseshonorering medfører flere konsultationer.

Meraktivitet i egen praksis kan være værdifuld for patienter og myndigheder. Samtidig kan meraktivitet til dels også være drevet af udbudsinducering, dvs. levering af ydelser, der har marginal eller ingen værdi. Graden af udbudsinducering er vanskelig at afdække på grund af den asymmetriske information, der karakteriserer principal-agent forholdet, og det faktum, at det er svært at måle patienters behov og præferencer for ydelser. Ydelseshonorering er den form for honorering, der er blevet studeret mest i litteraturen med særlig fokus på teoretiske og empiriske analyser relateret til udbudsinducering (McGuire 2000). I hvilken grad, ydelseshonorering resulterer i eskalering af omkostninger, afhænger af muligheden for udbudsinducering (om der er tilgængelige ressourcer) samt størrelsen af honoraret (Di Guida et al. 2019). Når lægen honoreres per ydelse, vil der i højere grad blive tænkt i forholdet mellem indtægt og udgift forbundet med den enkelte ydelse. Hvis ydelseshonoreringen er højere end meromkostningen ved en given behandling, er der incitament til at øge aktiviteten, og dette kan medføre udbudsinducering. Hvis honoreringen er lavere end meromkostningen, er der risiko for underudbud af ydelsen, ”skimping”.

Udbudsinducering forekommer først og fremmest indenfor ydelsesområder, hvor efterspørgsel let kan induceres, dvs. områder hvor patienten i høj grad er afhængig af lægens indsigt og vejledning, og hvor en øget efterspørgsel ikke møder modstand hos patienten. En sænkning af betalingen for en given ydelse kan reducere udbudsinducering af den pågældende ydelse. Dog skal man være opmærksom på, at læger undertiden kan vælge at kompensere for den reducerede indtægt ved at udbudsinducere på andre områder (McGuire 2000). Det er også værd at være opmærksom på, at øget honorering generelt kan betyde et fald i aktiviteten, hvis lægen i forvejen har opnået sin ”target”-indkomst, og veksler den ekstra indtjening med mere fritid. Mere generelt er det vigtigt at have øje for markedsforholdene, når honoreringssystemer designes. Er lægerne i forvejen overbebyrdede, skal man ikke forvente at kunne øge deres aktivitet nævneværdigt ved øget ydelseshonorering. Samtidig er risikoen for udbudsinduceret efterspørgsel også mindre (Di Guida et al. 2019). Det kan dog være særligt vigtigt at have ydelseshonorering på områder, hvor der er risiko for ”skimping” (underudbud), når lægerne har travlt.

Et positivt aspekt af ydelseshonorering er, at det kan bruges af myndigheder til at styre prioriteringen af aktiviteter i almen praksis, idet man forventer, at læger tilskyndes til at udbyde aktiviteter, hvortil der tilbydes et fordelagtigt honorar. Hvis myndighederne for

eksempel gerne vil have, at lægerne prioriterer forebyggelsesaktiviteter eller årskontroller, så kan der knyttes et højt honorar til disse aktiviteter. En hovedpointe er her, at hvis man gerne vil have, at patienter med stort behov prioriteres i almen praksis, så er det igennem ydelseshonoraret, man opnår et effektivt økonomisk incitament. Dette styringsværktøj står således i modsætning til risikojustering af basishonoraret, som ikke udgør et direkte koblet monetært incitament til at ændre ydelsesmønstre. Et opmærksomhedspunkt er, at ydelseshonorering indbefatter betaling per ydelse og ikke per behandlingsforløb. Idet flere konsultationer er ensbetydende med højere honorarindtægter, kan konsekvensen af ydelseshonorering blive fragmenterede behandlingsforløb, hvor forløb opdeles i et u hensigtsmæssigt antal konsultationer.

Blandede honoreringsmodeller

Idet der er uønskede incitamenter ved både basis- og ydelseshonorering, har man i Danmark valgt at kombinere basis- og ydelseshonorering. Dette er et fornuftigt valg ifølge teoretiske modeller, der har vist, at blandede honorarmodeller er at foretrække fremfor rene honorarmodeller (Ellis og McGuire, 1986).

Der findes dog ikke stærk empirisk evidens omkring effekten af blandede honoreringsmodeller på lægers adfærd. Resultatet vil være en funktion af den præcise vægtning mellem basishonorar og ydelseshonorar, og det præcise design, der er valgt til de forskellige honorartyper. Der er et potentielt samspil mellem basishonorering og ydelseshonorering. Designet af basishonoraret kan eksempelvis influere på lægens respons til ydelseshonorarer. I det tilfælde, at basishonorering vurderes at være for lav (ifølge lægens opfattelse), kan dette tilskynde til, at der foregår udbudsinducering på ydelser med fordelagtigt honorar for at sikre øget indtægt via ydelseshonorering. Det danske kronikerhonorar er et eksempel på en type basishonorar, som også må vurderes at kunne have indvirkning på antallet og typen af leverede ydelser. Kronikerhonoraret er en fast betaling for behandling af patienter med udvalgte kroniske sygdomme. Dette honorar afkobler honorering og ydelser og giver derved mindre incitament til at udbyde ekstra ydelser til denne specifikke patientgruppe. Idet der fortsat er knyttet ydelseshonorering til andre patientgrupper, er der et tungtvejende økonomisk incitament til at flytte indsatsen væk fra de udvalgte patientgrupper. Yderligere beskrivelse og evaluering af kronikerhonoraret kan findes i kapitel 3. Et andet eksempel på mulig interaktion mellem basishonorering og ydelseshonorering er til stede, når læger søger en ”target”-indkomst. I dette tilfælde kan en forøgelse af basishonoraret betyde mindre ydelsesaktivitet. Læs mere herom i kapitel 3.

De konkrete markedsforhold og myndighedernes målsætninger kan have betydning for valg af blandingsforholdet i en honoreringsmodel. Alt andet lige synes det særligt vigtigt at operere med en høj grad af ydelseshonorering, hvis myndighederne gerne vil sikre en høj aktivitet, hvilket kan være særlig vigtigt, når der er underudbud af læger, og man samtidig ønsker, at aktiviteten skal ske i almen praksis. Desuden kan ydelseshonorering, hvis det bliver designet til formålet, være med til at sikre mere fokus på for eksempel forebyggelsesaktiviteter og patienter med et stort behandlingsbehov.

Som tidligere beskrevet, kan visse typer af patienter have et større behov for ydelser. Dette betyder i princippet, at den læge, der har mere behandlingskrævende patienter på sin liste, har mulighed for at generere en større indtægt via ydelseshonorering. Om dette konkret er tilfældet, afhænger dog af både markedsforhold, og hvordan ydelseshonoraret er designet. Hvis markedet er karakteriseret ved et overudbud af læger, og der dermed er fri kapacitet hos den enkelte læge, vil det potentielt være muligt for lægen med de mere behandlingskrævende

patienter på listen at generere en større indtægt via ydelseshonorering. En større indtægt via ydelseshonorering kan således potentielt kompensere for en mindre indtægt via basishonorering grundet færre patienter på listen. Hvis markedet derimod er karakteriseret ved, at alle læger arbejder til maksimal kapacitet (og dermed tjener omtrentligt det samme via ydelseshonorering), vil de læger, der har mere behandlingskrævende patienter, tjene mindre, hvis basishonoraret ikke differentieres. Dette skyldes, at læger med behandlingskrævende patienter forventeligt ikke kan servicere det samme antal patienter og dermed må have en mindre patientliste. Dette kan dog imødegås, hvis modellen for ydelseshonoreringen er designet således, at ydelser, som oftest gives til behandlingskrævende patienter, giver højere betaling. Differentieret ydelseshonorering kan således været et effektivt værktøj til at sikre, at lægens prioritering af ydelser er i tråd med myndighedens ønsker. I det omfang, at en blandet honoreringsmodel også indbefatter differentieret basishonorering, er det vigtigt at være opmærksom på eventuel dobbeltkompensation til læger med mere behandlingskrævende patienter på listen. En mulig effekt af en sådan dobbeltkompensation kan være nedsat aktivitet, hvis lægen søger en ”target”-indkomst.

Resultataflønning

Med resultataflønning (”pay for performance”) forstås, at honoreringen knyttes direkte til konkrete resultater. Resultaterne opgøres ved brug af kvalitetsindikatorer, som kan være relaterede til både strukturelle indsatser (f.eks. indkøb af materiel), processer (f.eks. screenings- og diagnostiske aktiviteter), eller kliniske og patientoplevede outcomes (f.eks. blodsukkerniveau eller helbredrelateret livskvalitet) (Donabedian 1988). Resultataflønning har derved til sigte at øge incitamentet til at øge kvaliteten i almen praksis på konkrete områder.

Med resultataflønning kan myndighederne sende et stærkere signal om forventet kvalitet i den service lægerne yder, da resultaterne knyttes til ønskede kvalitetsmål. Fordelen ved denne type honorering er således, at politiske prioriteringer tydeliggøres, samt, at der introduceres et større incitament til at øge kvaliteten på udvalgte kvalitetsmål. Samtidig indeholder resultataflønning et signal om, at myndighederne ikke vil betale lige så meget for aktivitet, der ikke genererer den efterspurgte kvalitet. Hertil kommer naturligvis den fordel, at der automatisk indsamles information om de udvalgte kvalitetsindikatorer til generel læring og informationsdeling. Som ved andre honorarmodeller har resultataflønning også en række ulemper. En potentiel ulempe er den øgede detailstyring fra myndighedernes side, som potentielt kan være årsag til at lægens indre motivation reduceres på grund af den eksterne styring. Der opstår således en risiko for at den indre motivation, som er en potentiel vigtig drivkraft i almen praksis, fortrænges (Frey og Jegen 2001) (se kapitel 5 om lægers motivation). En anden generel ulempe kan være, at introduktion af resultataflønning, med fokus på udvalgte typer af resultater, kan skabe en utilsigtet målfokusering, hvor de dimensioner af kvalitet, som myndighederne vælger ikke at betale for, opfattes som værende mindre vigtig.

Resultataflønning kommer i mange afskygninger (Mehrotra et al. 2010, Eijkenaar 2013a) og man kan måle resultater på mange forskellige typer af kvalitetsmål. Eksempler på resultater, som kan være i fokus, er patientoplevet kvalitet, astmamedicinering, deltagelse i screeningsprogrammer, antal patienter, der tilbydes rygestopkursus og langtidsblodsukkerværdier for diabetikere (An et al, 2008, Gosden et al. 2003, Mullen et al. 2009, Rosenthal et al. 2005, Roski et al. 2003, Twardella et al. 2007, Young et al. 2007). Derudover kan der aflønnes på forskellige måder, for eksempel baseret på lægens egne resultater i en given periode eller baseret på en sammenligning med lægens tidligere resultater eller andre lægers resultater.

Lægerne kan også aflønnes for, at en vis andel af deres patienter i målgruppen når et givent kvalitetsmål eller per patient, der når målet.

Når man opstiller konkrete mål for kvalitet, som f.eks. om patienter med diabetes når en specifik blodsukkerværdi, kan der også opstå ikke-intenderede effekter og mulighed for at ”game” systemet (Simoens og Giuffrida 2004). Dette ses blandt andet i studier af det engelske resultataflønningssystem i almen praksis ”the Quality and Outcomes Framework” (Gravelle et al. 2010), Wilding et al., 2022) (se evt. kapitel 2). Man skal således have opmærksomhed på dette problem for at sikre, at behandlingen er af høj kvalitet og omkostningseffektiv. Et eksempel på uhensigtsmæssig adfærd er en eventuel omprioritering af ydelser over mod patienter, som kan bidrage til lægens kvalitetsmål, og væk fra patienter, som ikke vil bidrage lige så positivt til opgørelserne (Oxholm et al 2021). Der er således risiko for, at resultataflønning genererer øget ulighed i adgang til sundhed. Resultataflønning nødvendiggør derfor en grundig monitorering af lægeadfærd og en viden om præstationsniveauer på konkrete kvalitetsmål inden implementering af aflønningen, for at sikre at myndighederne ikke kommer til at betale for allerede eksisterende kvalitet.

I det omfang, at myndigheder ønsker at højne behandlingskvaliteten, synes størstedelen af litteraturen om resultataflønning at vise blandede resultater i sundhedsvæsenet (se for eksempel litteraturstudier af Van Herck et al., 2010; Eijkenaar et al., 2013b; Scott et al., 2011). Nogle litteraturstudier peger dog på, at der er en tendens til mere positive erfaringer med resultataflønning på behandlingskvaliteten i primærsektoren (Eijkenaar et al., 2013b; Jia et al., 2021). De blandede resultater kan blandt andet skyldes, at resultataflønning kan komme i mange afskygninger, samt at der ofte er manglende baselinedata, der vanskeliggør en evaluering. Endvidere bør man overveje, om aflønningen er omkostningseffektiv, hvilket blandt andet afhænger af, hvor meget man må betale for at opnå effekt samt værdien af den bedre kvalitet. Se eventuelt Meacock et al. (2014) og Kristensen et al. (2015) for belysning af dette spørgsmål.

Opsummering

En samlet oversigt over fordele og ulemper af de forskellige honorarmodeller er givet i tabel 1. Helt opsummerende om honorarmodeller kan det siges, at alle honorarmodeller har indbyggede incitament. Det kan være incitament til at yde mere eller incitament til at yde mindre. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at incitamenters virkning afhænger af organisatoriske forhold og markedsforhold. Blandingsmodeller kan modvirke uhensigtsmæssigheder ved de rene modeller, men nettovirkningen vil altid være usikker.

Tabel 1 – Økonomiske incitamenter ved honoreringsmodeller

	Fast løn	Basishonorering	Ydeshonorering	Resultataflønning
Listestørrelse*	-	+ (a)		
Kvalitet				+
Forebyggelse	-	b	c	d
Risiko for underbud**	+	+	-	-
Risiko for overbud***	-	-	+	-
Henvisninger (mindre gatekeeping)	+	+	-	
Fragmenteret forløb	-	-	+	-
Budgetsikkerhed	+	+	-	-
Styring af prioritering	-	e	+	+

Note: "+" betyder mere/højere, mens "-" betyder mindre/lavere.

*Større behov i områder med lægemangel.

**Større risiko ved mangel på ressourcer i praksis

***Lavere risiko ved mangel på ressourcer i praksis

a) Differentiering af honoraret kan benyttes til at fokusere på bestemte patientgrupper og geografiske områder.

b) Afhænger af om omkostninger ved forebyggelse opvejer ellers forventede fremtidige omkostninger i praksis

c) Afhænger af om der er ydelser linket til forebyggelsesinitiativer

d) Afhænger af om forebyggelse vil forbedre fremtidige incentiverede resultater

e) Ved differentiering af basishonoraret signaleres prioritering af bestemte patienttyper.

Hvis honorarmodeller designes med omtanke, så kan de benyttes til at afhjælpe forskellige udfordringer, herunder prioritering af visse typer af ydelser eller sikring af en fair fordeling af ressourcer på tværs af patientpopulationen. Samtidig er det vigtigt at understrege, at honoreringsmodeller, udover at indeholde økonomiske incitamenter, også kan påvirke adfærd gennem det signal, de sender, hvis signalet er stærkt nok. De næste kapitler vil fokusere på udvalgte udenlandske erfaringer med honorarmodeller (kapitel 2), udvalgte erfaringer fra overenskomstændringer i almen praksis i 2018 (kapitel 3), honorering af tværsektorielt samarbejde (kapitel 4) og lægers motivationsprofiler (kapitel 5).

Litteratur

Ahnfeldt-Møllerup, P., J. Lykkegaard, A. Halling, K. R. Olsen and T. Kristensen (2016). Resource allocation and the burden of co-morbidities among patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study from Danish general practice. *BMC Health Serv Res* 16(1): 121.

An LC, Bluhm JH, et al. A randomised trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quit line. *Archives of Internal Medicine* 2008;168(18):1993–9.

Anell, A. (2016). Delrapport 2b; Vilken betydelse har CNI ersättning for etablering af privata vårdcentraler? KEFU Rapport.

Ash, A. S. and R. P. Ellis (2012). Risk-adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care. *Medical Care* 50(8): 643-653.

Asthana, S. and A. Gibson (2011). "Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS?" *Health Policy* 101(2): 133-139.

Brilleman, S. L., H. Gravelle, S. Hollinghurst, S. Purdy, C. Salisbury and F. Windmeijer (2014). "Keep it simple? Predicting primary health care costs with clinical morbidity measures." *Journal of Health Economics* 35: 109-122.

- Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Oxholm, A.S., 2019. Testing the myth of fee-for-service and overprovision in health care. *Health Economics*, 28(5), pp.717-722.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), pp.1743-1748.
- Donaldson, C., and K. Gerard (1989), "Paying general practitioners: Shedding light on the review of health services", *Journal of the Royal College of General Practitioners* 39:114-117.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. 1986. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*, 5, 129-151.
- Encinosa III, W., Gaynor, M., & Rebitzer, J. 2006, "The sociology of groups and economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems", *Journal of Economics Behavior and Organization*, vol. 62, pp. 187-214.
- Eijkenaar, F. 2013a. Key issues in the design of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics*, 14, 117-131.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Shöffski O, 2013b. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110, 115-130.
- Frey, B.S. (1997), On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation, *International Journal of Industrial Organisation* 15:427-439.
- Frey, B.S. and Jegen, R., 2001. Motivation crowding theory. *Journal of economic surveys*, 15(5), pp.589-611.
- Gosden, T., L. Pedersen and D. Torgerson (1999), "How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour", *Quarterly Journal of Medicine* 92:47-55.
- Gosden T, Sibbald B, et al. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy* 2003;64(3):415–23.
- Gravelle, H., Sutton, M. and Ma, A., 2010. Doctor behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding?
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R. and Wiesen, D., 2011. How payment systems affect physicians' provision behaviour—an experimental investigation. *Journal of health economics*, 30(4), pp.637-646
- Hickson, G.B., Altemeier, W.A. and Perrin, J.M., 1987. Physician reimbursement by salary of fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomized prospective study, *Paediatrics*, 80: 344-350.
- Iversen, T. & Luras, H. 2000, "The effect of capitation on GPs' referral decisions", *Health Econ.*, vol. 9, no. 3, pp. 199-210.
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B. & Zhang, L. 2021. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Kantarevic, J., Kralj, B., & Weinkauff, D. 2011, "Enhanced fee-for-service model and physician productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario" *J.Health Econ.*, vol. 30, pp. 99-111.

Krasnik, A, P.P. Groenewegen, P.A. Pedersen, P Scholten, G. Mooney A.Gottschau, H.A. Flierman and M.T. Damsgaard (1990), "Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice", *British Medical Journal* 360:1698-1701.

Kristensen, T. R. O., K.; Halling A. (2012). Expenditure variation in primary care delivered in Danish general practice units. *Symposium i anvendt statistik*.

Kristensen, T., K. R. Olsen, H. Schroll, J. L. Thomsen and A. Halling (2014). Association between fee-for-service expenditures and morbidity burden in primary care." *European Journal of Health Economics* 15(6): 599-610.

Kristiansen, I.S., and P. Hjortdahl (1992), "The general practitioner and laboratory utilization: Why does it vary?", *Family Practice* 9:22-27.

Kristiansen, I.S., and K. Holtedahl (1993), "The effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits", *Journal of Epidemiology and Community Health* 47:481-484.

Kristiansen, I.S., and G. Mooney (1993), "The general practitioner's use of time: Is it influenced by the remuneration system?", *Social Science and Medicine* 37:393-399.

Kristensen, S.R., Siciliani, L., Sutton, M., 2016. Optimal price-setting in pay for performance schemes in health care. *Journal of Economic Behavior & Organization* 123, 57–77.

Meacock, R., Kristensen, S.R., Sutton, M., 2014. The cost-effectiveness of using financial incentives to improve provider quality: A framework and application. *Health Economics* 23 (1), 1-13.

McGuire, T.G. (2000), "Physician agency", in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics* (Elsevier, Amsterdam) Chapter 9.

Mehrotra A., Sorbero, M. E. & Damberg, C. L. 2010. Using the Lessons of Behavioral Economics to Design More Effective Pay-for-Performance Programs. *American Journal of Managed Care*, 16, 497-503.

Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *National Bureau of Economic Research* 2009; Vol. Working Paper 14886.

Olsen, K. R. 2012, "Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration", *Health Economics*, 21-619-632.

Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Olsen, K.R., 2019. Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51(47), pp.5174-5184.

Oxholm, A.S., Di Guida, S. and Gyrd-Hansen, D., 2021. Allocation of health care under pay for performance: Winners and losers. *Social Science & Medicine*, 278, p.113939.

Pedersen AF, Nørøxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *British Journal of General Practice* 2020;70(691):e95–101.

Pedersen AF, Andersen CM, Olesen F, Vedsted P. Risk of burnout in Danish GPs and exploration of factors associated with development of burnout: a two-wave panel study. *International journal of family medicine* 2013;2013.

Pedersen AF, Nørøxe KB, Bro F, Vedsted P. Report on General practitioners' mental work environment and job satisfaction 2016 [Alment praktiserendelægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2016]; 2016.

Rice, N. S., S. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. The University of York, Centre for Health Economics.

Roland, M. and B. Guthrie (2016). *Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?* *BMJ* 354.

Rosenthal MB, Frank RG, et al. Early experience with pay-for-performance: From concept to practice. *JAMA* 2005;294(14):1788–93.

Roski J, Jeddelloh R, et al. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Preventative Medicine* 2003;36(3):291–9.

Scott, A., and J. Hall (1995), "Evaluating the effects of GP remuneration: Problems and prospects", *Health Policy* 31:183-195.

Scott, A., and A. Shiell (1997), "Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model", *Journal of Health Economics* 16:323-342

Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D, (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane review*, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library. 2011: Issue 9.

Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(1):39-46.

Twardella D, Brenner H. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. *Tobacco Control* 2007;16(1):15–21.

Van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R.P., 2000. Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbooks in economics*, 17(1A), pp.755-846.

Van Dijk, C., Van den Berg, B., Verheij, R., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P., & De Bakker, D. 2012, "Moral hazard and supplier induced demand: empirical evidence from general practice", *Health Econ.*, Published on-line.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B. & Sermeus, W.

2010. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, 10, 1-13.

Wilding, A., Munford, L., Guthrie, B., Kontopantelis, E. and Sutton, M., 2022. Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. *Journal of Health Economics*, 85, p.102651.

Young G, Meterko M, et al. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *Journal of General Internal Medicine* 2007;22(6):872–6.

Kapitel 2. Udvalgte udenlandske erfaringer med honorering i almen praksis

Formålet med dette kapitel er at give et overblik over udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis samt at lære af landenes erfaringer med denne honorering. Honorarmodeller eksisterer ikke i et vakuum. Det er derfor vigtigt at forstå den kontekst, som de implementeres i, når man skal vurdere deres effekter. Vi fokuserer derfor på lande med en organisering og finansiering af sundhedsvæsenet, som minder om den danske model – en såkaldt Beveridge-model. Beveridge-modellen er karakteriseret ved, at alle borgere er dækket af en national sundhedsforsikring, som primært er finansieret via indkomstskatter (Lameire, Joffe et al. 1999). Vi har derfor undladt at beskrive lande som for eksempel USA, Frankrig, Schweiz, Tyskland og Holland. Vi fokuserer i stedet på følgende sammenlignelige lande: Norge, Sverige og England. Selvom vi fokuserer på erfaringer fra udvalgte lande, afdækkes generelle mekanismer ved honorarmodeller. Viden om disse mekanismer kan anvendes i læren om design af honorarmodeller.

Ligesom i Danmark honoreres almen praksis i Norge, Sverige og England med en blanding af forskellige afregningsformer. Blandingsmodellen skal sikre en balance i incitamenterne ved de forskellige afregningsformer. Basishonorering og/eller fastløn giver økonomisk incitament til at omkostningsminimere, samt til at yde et populationsansvar i form af økonomisk rentable forebyggelsesinitiativer (i det omfang lægen tænker mere langsigtet). Derimod giver ydelses- og/eller resultatbaseret honorering incitament til at øge behandlingsaktiviteten og -kvaliteten (se evt. kapitel 1). Tabel 2 viser, at der dog er betydelige forskelle på tværs af landene i blandingsforholdene. Almen praksis i Norge er primært ydeshonoreret, mens basishonorering udgør den største del af omsætningen i England og Sverige. Ejerskabsforholdene er også forskellige på tværs af landene, hvilket kan have betydning for, om lægerne har et direkte økonomisk incitament til at respondere på honoreringen. I Norge og England er alment praktiserende læger primært ejere af praksis, mens lægerne i Sverige primært er fastlønnede ansatte.

Tabel 2: Udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis

Formål	Danmark	Norge	Sverige	England
Populationsansvar (forebyggelse) og omkostningsminimering	Basishonorering udgør ca. 40% og er risikojusteret ¹	Basishonorering udgør ca. 30% og er ikke risikojusteret på baggrund af patientkarakteristika (dog er der geografisk justering)	Basishonorering udgør ca. 70-98% og er risikojusteret	Basishonorering udgør ca. 60% og er risikojusteret. (Derudover ca. 15% fastbetaling for særaftaler, lejeudgifter mv.)
Øge aktivitet og kvalitet	Ydeshonorering ² udgør ca. 60%	Ydeshonorering og brugerbetaling udgør ca. 70%	Resultataflønning udgør ca. 0-5%, mens det resterende er ydeshonorering og brugerbetaling	Resultataflønning udgør ca. 10%, mens ca. 15% er ydeshonorering
Direkte økonomisk incitament til lægen	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige	Nej, lægerne er primært ansatte (fastlønnede)	Ja, størstedelen af lægerne er selvstændige, men ca. 27% er ansatte

¹Indeholdt i de 40% er også et fast praksisomkostningshonorar, som udgør en meget lille andel af praksis' omsætning, samt kronikerhonoraret.

²I Danmark er der brugerbetaling på få af ydelserne (f.eks. udvalgte attester).

I det følgende beskrives landenes honorarmodeller samt udvalgte erfaringer mere detaljeret. Disse beskrivelser er baserede på videnskabelige publikationer, arbejdsrapporter og rapporter. Vi vil gerne takke Professor Tor Iversen fra Universitetet i Oslo, Lektor Lina Maria Ellegaard fra Lunds Universitet, Research Fellow Thomas Allen fra University of Manchester for inputs til beskrivelserne af henholdsvis de norske, svenske og engelske forhold.

2.1 Honorering af almen praksis i Norge

Det norske sundhedsvæsen er finansieret gennem skatter og brugerbetaling. Patienter er tilknyttet en almen praksis, som agerer gatekeeper for det mere specialiserede sundhedsvæsen (Rafiei et al. 2022). I 2021 var den gennemsnitlige listestørrelse pr. læge ca. 1065 patienter, hvoraf kun 17% af praksisserne havde en åben liste (Pedersen et al., 2022). Alment praktiserende læger er hovedsageligt selvstændige erhvervsdrivende, som har en kontrakt med kommunen. Omkring 30% af deres omsætning er basishonorering, mens resten er dækket af ydelseshonorering og brugerbetaling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Pedersen et al., 2022). Basishonoraret er ikke risikojusteret på baggrund af patientkarakteristika, men der er eksempler på tillæg til yderområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Olsen et al., 2016; Pedersen et al., 2022). Størrelsen på basishonoraret per patient reduceres, når der er mere end 1000 patienter på listen.

Ydelsestakterne er bestemt på nationalt niveau. Ligesom i Danmark gives der et honorar pr. konsultation med mulighed for en række tillægstakster (Rafiei et al., 2022). Hvis konsultationen foregår elektronisk, gives et andet konsultationshonorar, dog uden skelnen mellem om konsultationen foregår via video, telefon eller e-mail. Tillægstaksterne knyttes både til indholdet og længden af konsultationen. Lægen kan opnå et tillæg, hvis konsultationen varer mere end 20 minutter og igen efter yderligere 15 minutter (Aars, et al, 2022). Hvis der i konsultationen udføres udvalgte undersøgelser og laboratoriedelser, gives der også en tillægstakst (Den Norske legeförening, 2019). Hvis lægen er forskeruddannet, udløser dette også en tillægssydelse, såfremt lægen fortsat er forskningsaktiv. Lægerne modtager en højere indtjening (særligt brugerbetaling) for konsultationer uden for normal arbejdstid (Pedersen et al., 2022).

Ydelsestaksterne i almen praksis dækker også samarbejdet med andre aktører. Lægerne bliver således honorerede for at give råd eller ordinationer til fysioterapeuter, kiropraktorer, farmaceuter, skoler, sociale tjenester mv. (Den Norske legeförening, 2019). Kontakter med det specialiserede sundhedsvæsen honoreres via en såkaldt "samhandlingstakst". Denne takst kan ikke tages sammen med andre konsultationstakster og inkluderer ikke afsendelse af henvisninger og epikriser. Navnet på lægen i det specialiserede sundhedsvæsen skal fremgå af journalen (Pedersen et al., 2022) og kan således benyttes til dokumentation.

2.1.1 Udvalgte norske erfaringer med honorering af almen praksis

I Norge har man ikke altid opereret med en såkaldt "fastlægeordning", hvor patienter er tilknyttet en fast alment praktiserende læge. Før fastlægeordningen modtog almen praksis blot ydelseshonorering og et driftstilskud, som afhang af personale, lokaler og udstyr. I 1993 blev der initieret et forsøg i fire norske kommuner med en fastlægeordning. Her modtog lægerne aldersjusteret basishonorering for patienter på deres liste. Denne betaling var på bekostning af driftstilskuddet og ydelseshonorering for telefonkonsultationer samt specialisttillægget. Dermed var der en mindre andel af praksis' omsætning, som var aktivitetshonoreret. Iversen og Lurås (2000b) fandt, at denne honorarændring øgede antallet af viderehenvisninger. Evalueringer fandt også, at praksisser med færre patienter på listen end ønsket genererede en

højere indkomst pr. patient, havde længere og mere hyppige konsultationer og foretog flere laboratorieprøver pr. patient end øvrige praksisser (Iversen, 2004; Iversen & Lurås, 2000a).

I 2001 blev fastlægeordningen introduceret i hele Norge. Ordningen betød blandt andet, at det tidligere driftstilskud blev erstattet af basishonorering. Basishonoreringen var dog ikke differentieret og udgjorde en mindre andel af omsætningen end i pilotprojektet (Pedersen et al., 2022). Samtidig med indførelsen af fastlægeordningen blev der også udstedt flere praksislicenser. Evalueringer peger på, at kapaciteten i almen praksis øgedes i denne periode (Sandvik, 2006), mens ventetiden reduceredes (Godager, Hennig-Schmidt, & Iversen, 2016). Basishonoraret blev justeret i 2020. Her blev honoraret øget, men der blev samtidig indført en knækgrænse med et lavere basishonorar efter 1000 patienter på listen. Pedersen et al. (2022) beskriver, at der er observeret en lidt større reduktion i listestørrelsen for læger med over 1000 patienter på listen siden indførelsen af knækket. Det kan dog ikke udelukkes, at denne adfærd skyldes andre faktorer end honorarændringen.

De norske læger bliver kompenseret ved en tillægsydelse for konsultationer, som varer længere end 20 minutter. Dette tillæg udgjorde mere end 20% af ydelseshonorarerne i 2019 (Aars et al., 2022). En bekymring var, at tillægget ville give incitament til unødvendigt lange konsultationer (udbudsinduceret efterspørgsel) eller snyd med registreringen. På denne baggrund blev der i 2019 udført et forsøg med afsendelse af en påmindelse (e-mail) til udvalgte læger om, at de var blandt de læger, som oftest benytter dobbeltkonsultationer. Lægerne blev også mindet om kravene for benyttelse af tillægget. Et arbejdsrapport viser, at brugen af tillægsydelserne reduceredes med 2 til 5 procentpoint som følge af påmindelsen. Dette svarede til en besparelse på ca. 9.500 DKK pr. deltagende læge årligt (Aars et al., 2022).

I 2019 blev der i almen praksis indført en "samhandlingstakst", som honorerer samarbejdet med sekundærsektoren. Så vidt vides, foreligger der endnu ikke en registerbaseret evaluering af denne takst. En spørgeskemaundersøgelse peger på, at over halvdelen af lægerne vurderer, at deres samarbejde med sekundærsektoren er uændret efter indførelse af taksten, mens godt en fjerdedel vurderer, at de samarbejder mere eller lidt mere. Samme tendens (om end en smule mindre) i den selvvaluerede ændring i adfærd observeres dog også for de fastlønnede kommunalt ansatte læger, der ikke modtog en "samhandlingstakst" (Pedersen et al., 2022). Dette indikerer, at en betydelig andel af ændringen ikke kan tilskrives den nye takst. Der kan være flere mulige forklaringer på en begrænset respons på "samhandlingstaksten" som for eksempel størrelsen på ydelsestaksten, adgangen til sekundærsektoren mv.

Der er begrænset offentlig tilgængelig information om behandlingskvaliteten i almen praksis i Norge. Siden 2012 har der dog eksisteret en brugerreven hjemmeside, hvor patienter kan bedømme lægerne. Bensnes og Huitfeldt (2021) viser, at bedømmelserne påvirker patienters lægevalg. Der observeres særligt en ændret søgningsadfærd for kvinder og højtuddannede. De finder dog ingen ændringer i almen praksis' udskrivningsmønstre og observerbare behandlingsadfærd som følge af bedømmelserne.

2.2 Honorering af almen praksis i Sverige

Det svenske sundhedsvæsen er finansieret gennem skatter og brugerbetaling (Anell, Dietrichson et al., 2021). Patienter er tilknyttet en fast praktiserende læge eller praksis (Anell et al., 2021), som har en kontrakt med en af de 21 svenske regioner (Anell et al., 2021). I mange regioner er almen praksis ikke gatekeepers for det specialiserede sundhedsvæsen, men alligevel oftest første kontakt for patienterne (Tikkanen et al., 2020). På tværs af regioner er

14-50% af praksisser privatejede (Dietrichson et al., 2020), mens øvrige praksisser er offentligt ejede. Praksisser består ofte af en gruppe af ansatte læger (gennemsnitligt 4-6 læger), sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, såsom fysioterapeuter, psykologer, socialrådgivere mv. (Anell et al., 2022; Ellegård, 2020). Praksis har typisk ansat en leder, som er læge, sygeplejerske eller lignende. I 2011 var listestørrelsen for den mediane praksis ca. 7.300 patienter, dvs. 50% af praksisserne havde en listestørrelse, som ikke oversteg dette antal patienter (Dietrichson et al., 2020). Listen kan ikke lukkes for nye patienter.

Aflønningen af praksisser er uafhængig af ejerskab, men afhænger af regionen. Lægerne er primært fastlønnede (også i en del af de privatejede praksisser) og dermed ikke direkte incentiveret af aflønning af praksis (Ellegård, 2020). Basishonoreringen udgør 70-98% af aflønningen af praksis afhængig af regionen. Basishonoraret er typisk risikojusteret ved brug af det såkaldte Care Need Index (CNI), som tager højde for den socioøkonomiske patienttyngde, og Adjusted Clinical Groups (ACG), som justerer for den helbredsmæssige patienttyngde (Anell et al., 2021). I nogle regioner gives der også en øget basishonorering for patienter bosat i yderområder (Larsen et al., 2020) samt betaling for at besøge patienterne i deres hjem.

Den resterende aflønning af almen praksis er primært ydelseshonorering, mens en mindre andel er resultataflønning (Dietrichson et al., 2020; Ellegård et al., 2018). I 2018 var der i stort set alle regioner resultataflønning af praksisser, men den udgjorde en lille andel af den totale betaling (Ellegård et al., 2018). Udviklingen går dog nu mod afvikling af denne aflønningsform. Resultataflønningen er typisk relateret til mål for udskrivningsmønstre, patienttilfredshed, registreringer i kvalitetsregistre og vaccinationsrater (Ellegård et al., 2018). I nogle regioner modtager praksis også et ydelseshonorar for tværsektorielt samarbejde (Olsen et al., 2016), for eksempel ved samarbejde med kommuner i forbindelse med langtidspleje.

I Sverige er der en del offentligt tilgængelig information om behandlingskvaliteten i primærsektoren. For eksempel er der mål for andelen af diabetespatienter med et blodtryk mindre end eller lig 130/80 i praksis¹. Praksisserne har også adgang til et system ”Primärvårdskvalitet”, hvor de kan følge patienternes sygdom og medicinering i realtid. Systemet giver et systematisk overblik over patientpopulationens’ resultater samtidig med, at en sammenligning er mulig med andre praksisser i regionen og nationalt. Systemet er privatdrevet, men finansieret af regionerne, som også har adgang til data.

2.2.1 Udvalgte svenske erfaringer med honorering af almen praksis

I Stockholmsregionen udgjorde ydelseshonorering i starten af 2000’erne en betydelig større andel af almen praksis’ omsætning end i øvrige regioner. I 2016 steg andelen af basishonorering dog fra 40% til 60% i Stockholmsregionen (Fernholm et al., 2019; Vengberg et al., 2019). Så vidt vides, foreligger der ikke en evaluering af betydningen af denne honorarændring. Der er dog indikationer på, at der samtidig med forhøjelsen af basishonoreringen i Stockholmsregionen har været et betydeligt større fald i antallet af konsultationer pr. læge i regionen sammenlignet med andre regioner.

Siden 2010 har det været muligt for akkrediterede private aktører at åbne praksisser i hele Sverige. Mange regioner har i samme periode introduceret en risikojustering af basishonoraret på baggrund af patienternes socioøkonomiske status. Dette har gjort det mere økonomisk rentabelt at behandle patienter i udsatte områder. Anell et al. (2018) finder, at

¹ Kilde: www.ndr.nu

risikojusterings af basishonoraret øger antallet af private praksisser i områder, hvor patienter har en lavere socioøkonomisk status. Det totale antal private praksisser øges dog ikke af risikojusterings, hvilket peger på, at justeringen blot fører til en omfordeling af praksissernes placering i regionen.

I et nyere svensk arbejdspapir undersøges det, om differentiering af basishonoraret påvirker behandlingsmønstret i almen praksis. Studiet er baseret på data fra regionen Östergötland. I 2014 var der en betydelig gennemsnitlig stigning i basishonoraret for patienter med lav socioøkonomisk status i denne region. Anell et al. (2022) viser, at risikojusterings ikke fører til nogen ændring i antal konsultationer i almen praksis for patienter med kronisk sygdom, som har en lav socioøkonomisk status, sammenlignet med andre patienter med kronisk sygdom. De finder dog en lille stigning i skadestuebesøg, men ingen ændring i indlæggelser. Risikojusterings af basishonoraret lader således ikke til at påvirke disse behandlingsmønstre i almen praksis.

I stort set alle svenske regioner har der indtil for nyligt været resultataflønning af almen praksis. Resultataflønningen udgjorde dog en lille andel af den totale betaling til praksis, og den blev typisk ikke udbetalt til de fastlønnede læger (Ellegård et al., 2018). Et par svenske studier viser en positiv effekt af resultataflønning på behandlingskvaliteten i almen praksis. Ellegård et al. (2018) viser, at resultataflønning har øget brugen af smal-spektrret antibiotika til behandling af børns luftvejsinfektioner, mens Ellegård (2020) viser, at praksisser i højere grad følger retningslinjer for udskrivning af blodtryksmedicin som følge af resultataflønning.

I 2015 blev der foretaget randomiserede kontrollerede forsøg med henblik på at undersøge patienters villighed til at skifte til en anden almen praksis i regionen Skåne. Som en del af forsøget modtog interventionsgruppen information om deres nuværende praksis' proceskvalitet sammenlignet med tre nærliggende praksisser. Denne information var også tilgængelig online, men "søgeomkostningerne" blev reducerede. Interventionsgruppen modtog også en påmindelse om muligheden for at vælge en ny praksis samt i nogle tilfælde en frankeret formular, som kunne indsendes i forbindelse med et evt. lægeskift. Anell et al. (2021) finder, at sandsynligheden for at skifte praksis øgedes med 0,6-0,8 procentpoint (10-14%) for alle borgere, mens den øgedes med 2,3 procentpoint (26%) for nye borgere i området. Effekten af informationen var større i byområder, hvor der var kortere afstande til praksisser.

2.3 Honorering af almen praksis i England

Almen praksis i England er privatdrevet, men finansieret gennem skatten (Cylus et al., 2015). Patienter er fast tilknyttede en alment praktiserende læge. Lægen har gatekeeperfunktion i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen (Cylus et al., 2015). De fleste læger er selvstændige, men en stigende andel (ca. 27%) er ansatte. Omkring 11% procent af lægerne arbejder i solopraksis, mens 46% er i praksisser med minimum fem læger (Thorlby, 2020). Den gennemsnitlige listestørrelse pr. læge er steget med 16% siden 2015 og er i dag på 2.248 patienter (British Medical Association, 2022). Praksisser kan afvise patienter udenfor deres aftalte optageområde, og de kan lukke deres liste ved en formel ansøgning, hvor det skal fremgå at arbejdspræs truer en patientsikker behandling. Hvis listen lukkes, bortfalder visse betalinger for ekstra services. Nogle praksisser vælger derfor at være "åbne, men med fuld liste", hvilket ikke er en officiel status, men som fører til afvisning af nye patienter. Denne uofficielle status skønnedes at gælde for ca. 10% af praksisserne.

Honoreringen af engelske almene praksisser er en blanding af basis-, ydelses- og

resultataflønning. Basishonorering udgør ca. 60%, ydelseshonorering udgør ca. 15% og resultataflønning udgør ca. 10%. De resterende 15% af honoreringen dækker praksis' huslejeudgifter, udvidede services, lokale aftaler mv. (Thorlby, 2020). Basishonoreringen er risikostyret, hvor risikostyret er baseret på urbaniseringsgrad, antal nye patienter i en given periode, patienternes alder, køn og morbiditet. Ydelseshonoreringen gives typisk for proaktive ydelser, såsom initiativer knyttet til populationsomsorg (f.eks. vaccination af en risikopopulation). Resultataflønningen gives for udvalgte områder, hvor der kan identificeres målbare indikatorer for strukturelle, processuelle og helbredsrelaterede forhold. Detaljerede betalingsdata pr. praksis og pr. servicetype er offentligt tilgængelige.

Siden 2007 er der blevet udsendt nationale spørgeskemaundersøgelser af patientoplevelser i almen praksis i England. Undersøgelsen udsendes minimum én gang årligt. I undersøgelsen indsamles data på patienternes tilfredshed, sundhedstilstand, adfærd og øvrige karakteristika. Resultaterne offentliggøres på praksis-, område- og nationalt niveau (NHS England, 2022a). I England er der også detaljeret offentligt tilgængelig information om behandlingskvaliteten i praksis. Denne information bliver rapporteret som led i praksis' resultataflønning "the Quality and Outcomes Framework" (QOF).

2.3.1 Udvalgte engelske erfaringer med honorering af almen praksis

Engelske praktiserende lægers rolle i sundhedsvæsenet, herunder deres budget- og planlægningsansvar for patienter på tværs af sundhedsvæsenet, har varieret over tid. I perioden 1991-1998 var der et såkaldt "GP fundholding" system. Praktiserende læger kunne vælge at få budgetansvar for egne patienters brug af udvalgte sundhedsydelser. Lægerne fik overskuddet fra budgetterne, hvilket gav dem et stærkere økonomisk incitament til at begrænse brugen af øvrige specialister (Mannion, 2011). Omkring halvdelen af lægerne valgte at blive "fundholders". Litteraturen viser blandede erfaringer med GP fundholding systemet. Systemet førte til færre elektive sygehusbehandlinger (ca. 4%), ingen effekt på akutte indlæggelser (som ikke var en del af systemet) (Dusheiko et al., 2006) og lavere ventetid (8%) for patienter henvist til sygehuset af GP fundholders (Propper et al., 2002). Patienttilfredsheden var dog lavere hos en GP fundholding praksis (Dusheiko et al., 2007) og transaktionsomkostningerne (f.eks. omkostninger til personale, tidsforbrug og udstyr til at håndtere de nye opgaver) vurderedes højere end gevinsten ved at indføre systemet (Lewis, 2004). Der var også bekymring for ulighedseffekter af systemet, da GP fundholders havde et større budget pr. patient, end myndighederne havde til rådighed til patienter tilknyttet læger, der valgte ikke at være fundholders (Dixon et al., 1994).

Resultataflønningssystemet QOF blev introduceret som en frivillig afregningsordning i 2004. Formålet med ordningen var at forbedre alment praktiserende lægers jobtilfredshed, indkomst og behandlingskvalitet (Doran & Roland, 2010). Resultataflønningen blev lagt ovenpå den eksisterende honorering, hvilket gjorde, at stort set alle praksisser deltog. Der blev samtidig foretaget en stor offentligt finansieret investering i en IT-infrastruktur, som kunne understøtte måling af kvaliteten (Doran & Roland, 2010). For de fleste kvalitetsindikatorer er praksisser honoreret for at nå bestemte mål for den relevante patientpopulation. Bonusser bliver justeret for prævalensen af sygdomme og listestørrelsen i praksis. Kvalitetsmålene er offentligt tilgængelige og kan blive justerede årligt. Nye indikatorer kan også komme til, mens andre fjernes.

En stor andel af praksisser nåede allerede den maksimale bonus i det første år med QOF (Roland & Guthrie, 2016). Lægerne opnåede således en indkomststigning på omkring 30% (Allen et al., 2014). Evalueringer af QOF er udfordret af manglende oplysninger om

behandlingskvaliteten inden indførslen af ordningen. Flere studier af effekterne på kort sigt viser, at behandlingskvaliteten for patienter med astma og diabetes forbedrede sig hurtigere det første år end før QOF (Campbell et al, 2009; Gillam et al, 2012; Roland & Guthrie, 2016). Studier med en længere tidshorisont viser, at praksisserne opretholdt en uændret høj behandlingskvalitet under QOF (Guthrie & Tang, 2016). Der eksisterer også studier, som viser indikationer på, at QOF har reduceret akutte indlæggelser en smule (Harrison et al. 2014), men at ordningen ikke har påvirket dødeligheden blandt patienter (Kontopantelis et al., 2015; Ryan et al., 2016).

Der er andre studier, som indikerer ”gaming”-adfærd i nogle praksisser under QOF. Som en del af QOF er det muligt for praksisser at undtage patienter fra resultatmålene, hvis de for eksempel er uegnede eller uvillige til at modtage behandling. Gravelle et al. (2010) fandt tegn på ”gaming”, da undtagelse af patienter fra opgørelsen i resultatmålene varierede med, hvor tæt praksis var på at nå målene samt med praksiskarakteristika, som var uafhængige af patientkarakteristika. Wilding et al. (2022) undersøgte konsekvensen af øgede krav for at opnå QOF-betaling for yngre patienter med hypertension. De fandt, at ændringen førte til bedre proceskvalitet i form af flere førstegangs-blodtryksmålinger og udstedelse af recepter på blodtryksmedicin. De fandt dog samtidig nogle tegn på ”gaming”, da der var flere ”undtagne patienter”, flere gentagne blodtryksmålinger, flere blodtryksmålinger, der lige netop kom over de grænseværdier, der udløste betaling, mens færre lige netop kom under grænseværdierne. Studier viser også, at fjernelse af kvalitetsindikatorer fra QOF kan medføre fald i den målte kvalitet (Lester et al., 2010; Wilding et al., 2018), men at dette ikke altid er tilfældet (Kontopantelis et al., 2014).

I 2016 introduceredes the Targeted Enhanced Recruitment Scheme for at tiltrække læger til områder med lægemangel i England. Ordningen giver uddannelseslæger en bonus på £ 20.000, hvis de vælger at arbejde i områder med lægemangel i en treårig periode. Områderne udpeges af GP National Recruitment Office. Ordningen anses for at være en succes og er fra 2022 udvidet til 800 pladser (NHS England, 2022b).

2.4 Opsummering

I dette kapitel har vi beskrevet udvalgte landes honorarmodeller for almen praksis samt landenes erfaringer med honorering. Norge, Sverige og England er udvalgt, da deres organisering og finansiering af sundhedsvæsenet minder om den danske model. Erfaringerne fra disse lande viser, at design af aflønningssystemer og adgang til kvalitetsdata kan påvirke almen praksis’ behandlingsadfærd og placering. Aflønningssystemer eksisterer dog ikke i et vakuum. Så selvom man kan lære af erfaringerne, bør man huske på den nuværende danske kontekst.

På tværs af landene finder vi en forskellig fordeling af fast og aktivitetsbaseret aflønning i almen praksis. Der er dog en begrænset evidens for virkningen af denne fordeling. Det tyder dog på, at en højere andel af fastløn reducerer aktiviteten i praksis og øger henvisningsaktiviteten. Disse fund stemmer overens med studier fra Danmark (Krasnik et al., 1990; Olsen et al, 2023; Skovsgaard 2023) og er også i overensstemmelse med den teoretiske forventning (Ellis & McGuire, 1986).

Det observeres også, at basishonoraret risikojusteres i lande med den højeste andel af basishonorering. Et studie fra Sverige viser, at risikojusteringen kan tiltrække private aktører til områder, hvor patientpopulationen har en lavere socioøkonomisk profil. Her skal det bemærkes, at risikojusteringen var af en betydelig størrelse. Resultaterne af et andet svensk

arbejdsrapport peger på, at risikojustering ikke lader til at påvirke udvalgte behandlingsmønstre i almen praksis. Foreløbige resultater af Olsen et al. (2023) fra Danmark tyder på, at risikojustering ligefrem kan føre til lavere aktivitet i praksisser, som modtager et højere honorar (se evt. kapitel 3).

Der er observeret moderate, positive erfaringer med resultataflønning i England og Sverige. I begge lande har man dog reduceret brugen af denne aflønningsform. I England blandt andet efter kritik af høje administrationsomkostninger og ønsker om alternativer, der bedre kunne understøtte en holistisk og sammenhængende behandling (Ashworth, 2017; Moberly og Stahl-Timmins, 2019; Marshall og Roland, 2017). I andre sundhedssystemer er erfaringerne med resultataflønning blandede (se for eksempel Eijkenaar et al., 2013; Jia et al., 2021; Scott et al., 2018; Van Herck et al., 2010; Zaresani og Scott, 2021). Erfaringerne fra England tyder på, at der bør være opmærksomhed på ”gaming”-adfærd ved resultataflønning i almen praksis. Der er begrænset viden fra de udvalgte lande om virkningen af honorering af tværsektorielt samarbejde i almen praksis, hvilket er i overensstemmelse med den bredere litteratur på området (se evt. kapitel 4).

Klinisk og patientrapporteret kvalitet i almen praksis er offentligt tilgængeligt i lande som England og Sverige, mens der i Norge er private initiativer. Erfaringer fra Norge og Sverige viser, at adgangen til kvalitetsdata kan påvirke patienters lægevalg. Erfaringer fra den bredere litteratur tyder på, at kvalitetsdata kan forbedre behandlingskvaliteten (se for eksempel Godager et al., 2016; Kolstad, 2013).

Litteratur

Aars, O. K., Godager, G., Kaarbøe, O. M., & Moger, T. A. (2022). Sending emails to reduce medical costs? The effect of feedback on general practitioners’ claiming of fees. HERO skriftserie/Working paper.

Allen, T., Mason, T., & Whittaker, W. (2014). Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk management and healthcare policy*, 7, 113.

Anell, A., Dackehag, M., & Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers’ decision on where to set up practices? *BMC health services research*, 18(1), 1-12.

Anell, A., Dackehag, M., Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2022). Better Off by Risk Adjustment? Socioeconomic Disparities in Care Utilization in Sweden Following a Payment Reform. Retrieved from

Anell, A., Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2021). Information, switching costs, and consumer choice: Evidence from two randomised field experiments in Swedish primary health care. *Journal of Public Economics*, 196, 104390.

Ashworth, M., Gulliford, M., 2017. Funding for general practice in the next decade: life after QOF. *Br J Gen Pract* 67, 4–5. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688477>

Bensnes, S., & Huitfeldt, I. (2021). Rumor has it: How do patients respond to patient-generated physician ratings? *Journal of Health Economics*, 76, 102415.

British Medical Association. (2022). Pressures in general practice data analysis. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and->

workforce/pressures/pressures-in-general-practice-data-analysis

Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368-378.

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D., & Organization, W. H. (2015). United Kingdom: health system review.

Den Norske legeforening. (2019). Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020.

Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2020). Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health economics*, 29(6), 716-730.

Dixon, J., Dinwoodie, M., Hodson, D., Dodd, S., Poltorak, T., Garrett, C., . . . Williams, M. (1994). Distribution of NHS funds between fundholding and non-fundholding practices. *Bmj*, 309(6946), 30-34.

Doran, T., & Roland, M. (2010). Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom. *Health Affairs*, 29(5), 1023-1029.

Dusheiko, M., Gravelle, H., Jacobs, R., & Smith, P. (2006). The effect of financial incentives on gatekeeping doctors: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 25(3), 449-478.

Dusheiko, M., Gravelle, H., Yu, N., & Campbell, S. (2007). The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding. *Journal of Health Economics*, 26(4), 742-762.

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110(2-3), 115-130.

Ellegård, L. M. (2020). Effects of pay-for-performance on prescription of hypertension drugs among public and private primary care providers in Sweden. *International journal of health economics and management*, 20(3), 215-228.

Ellegård, L. M., Dietrichson, J., & Anell, A. (2018). Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? *Health economics*, 27(1), e39-e54.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129-151.

Fernholm, R., Arvidsson, E., & Wettermark, B. (2019). Financial incentives linked to quality improvement projects in Swedish primary care: a model for improving quality of care. *BMJ open quality*, 8(2), e000402.

Gillam, S. J., Siriwardena, A. N., & Steel, N. (2012). Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework—a systematic review. *The Annals of Family Medicine*, 10(5), 461-468.

Godager, G., Hennig-Schmidt, H., & Iversen, T. (2016). Does performance disclosure influence physicians' medical decisions? An experimental study. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 131, 36-46.

Gravelle, H., Sutton, M., & Ma, A. (2010). Doctor behaviour under a pay for performance contract: treating, cheating and case finding? In: Oxford University Press Oxford, UK.

Gutherie, B., & Tang, J. (2016). What did we learn from 12 years of the Quality and Outcomes Framework. In: Scottish School of Primary Care—Series Literature Review.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets foreløpige rapport. Retrieved from

Iversen, T. (2004). The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. *Journal of Health Economics*, 23(4), 673-694.

Iversen, T., & Lurås, H. (2000a). Economic motives and professional norms: the case of general medical practice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 43(4), 447-470.

Iversen, T., & Lurås, H. (2000b). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health economics*, 9(3), 199-210.

Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).

Kolstad, J. T. (2013). Information and quality when motivation is intrinsic: Evidence from surgeon report cards. *American Economic Review*, 103(7), 2875-2910.

Kontopantelis, E., Springate, D., Reeves, D., Ashcroft, D. M., Valderas, J. M., & Doran, T. (2014). Withdrawing performance indicators: retrospective analysis of general practice performance under UK Quality and Outcomes Framework. *Bmj*, 348.

Kontopantelis, E., Springate, D. A., Ashworth, M., Webb, R. T., Buchan, I. E., & Doran, T. (2015). Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *Bmj*, 350.

Krasnik, A., Groenewegen, P. P., Pedersen, P. A., von Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., . . . Damsgaard, M. T. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, 300(6741), 1698-1701.

Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 3-9.

Larsen, A., Klausen, M., & Højgaard, B. (2020). Primary health care in the Nordic countries-comparative Analysis and Identification of Challenges. Copenhagen: The Danish Center for Social Science Research.

Lester, H., Schmittiel, J., Selby, J., Fireman, B., Campbell, S., Lee, J., . . . Madvig, P.

(2010). The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *Bmj*, 340.

Lewis, R. (2004). *Practice-led Commissioning*: London: King's Fund.

Mannion, R. (2011). General practitioner-led commissioning in the NHS: progress, prospects and pitfalls. *British Medical Bulletin*, 97(1), 7-15.

Marshall, M., Roland, M., 2017. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. *BMJ* j4681. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4681>

Moberly, T., Stahl-Timmins, W., 2019. QOF now accounts for less than 10% of GP practice income. *BMJ* 365, 11489. <https://doi.org/10.1136/bmj.11489>

NHS England. (2022a). GP Patient Survey.

NHS England. (2022b). Targeted Enhanced Recruitment Scheme. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/gp/the-best-place-to-work/starting-your-career/recruitment/>

Olsen, K.R., Simonsen, N.F., Kongstad, L.P., Søndergaard, J., Godager, G. (2023). Do physicians respond to risk-adjustment of the capitation payment in mixed remuneration schemes? *Arbejdspapiret kan revireres ved at kontakte krolsen@sdu.dk*.

Olsen, K. R., Anell, A., Häkkinen, U., Iversen, T., Ólafsdóttir, T., & Sutton, M. (2016). General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 56-67.

Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.

Propper, C., Croxson, B., & Shearer, A. (2002). Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics*, 21(2), 227-252.

Rafiei, N., Vatankhah, S., & Kabir, M. J. (2022). Primary care physician payment mechanisms toward universal health coverage: A study of Iran and selected countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(1), 372-386.

Roland, M., & Guthrie, B. (2016). Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *Bmj*, 354.

Ryan, A. M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., & Doran, T. (2016). Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet*, 388(10041), 268-274.

Sandvik, H. (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. En sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. edited by Hogne Sandvik. Oslo: Norges forskningsråd.

Scott, A., Liu, M., & Yong, J. (2018). Financial incentives to encourage value-based health care. *Medical Care Research and Review*, 75(1), 3-32.

Skovsgaard, C.V., Kristensen, T., Pulleyblank, R., Olsen, K.R (2023). Increasing Capitation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care. Arbejdspapiret kan revireres ved at kontakte krolsen@sdu.dk.

Thorlby, R. (2020). International Health Care System Profiles – England. Indhentet fra [https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england#:~:text=Eleven%20percent%20of%20practices%20were,contractors%20\(self%2Demployed\)](https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england#:~:text=Eleven%20percent%20of%20practices%20were,contractors%20(self%2Demployed))

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevis, A., & Wharton, G. (2020). International health care system profiles–Sweden. In.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, 10(1), 1-13.

Vengberg, S., Fredriksson, M., & Winblad, U. (2019). Patient choice and provider competition–quality enhancing drivers in primary care? *Social Science & Medicine*, 226, 217-224.

Wilding, A., Kontopantelis, E., Munford, L., & Sutton, M. (2018). Impact of removing indicators from the quality and outcomes framework: Retrospective study using individual patient data in England. Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System Report to NHS England, 28.

Wilding, A., Munford, L., Guthrie, B., Kontopantelis, E., & Sutton, M. (2022). Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. *Journal of Health Economics*, 85, 102651.

Zaresani, A., & Scott, A. (2021). Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis. *BMC health services research*, 21(1), 1-10.

Kapitel 3. Udvalgte erfaringer fra almen praksis' overenskomstændringer i 2018

3.1 Introduktion

Med overenskomsten fra 2018 indførtes to strukturelle ændringer i honorarmodellen for almen praksis. For det første erstattede man en væsentlig del af ydelseshonoreringen for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes med et ekstra basishonorar. Denne ordning refereres til som kronikerhonorarmodellen. For det andet indførte man en ekstra bevilling til regulering af basishonoraret med det formål at øge basishonoraret for praksisser med særligt behandlingskrævende patienter og for praksisser i lægedækningstruede områder. Formålet med dette kapitel er at redegøre for de foreløbige resultater af evaluering af de to ordninger.

3.2 Kronikerhonoraret

Med indførelse af kronikerhonorar for patienter med KOL og type 2-diabetes erstattede man ydelsesafregning for konsultationer, e-mail konsultationer, telefonkonsultationer og specifikke forebyggelseskonsultationer (årskontroller) med et fast basishonorar. Tillægsydelser afregnes dog stadig med gældende ydelsestakster for disse patienter. Kronikerhonoraret er lidt højere for diabetespatienter end for KOL-patienter og højest for patienter med både KOL og diabetes. En nærmere beskrivelse af kronikerhonoraret og taksterne kan findes i overenskomstaftalen for almen praksis (RLTN & PLO 2022). Overordnet set blev taksterne i kronikerhonoraret sat omkring 15 procent højere end den gennemsnitlige ydelsesafregning for patienter med hhv. KOL og type 2-diabetes (Skovsgaard et al. 2023). Ud fra en gennemsnitsbetragtning har det således kunnet betale sig for almene praksisser at overføre patienter til ordningen.

Kronikerhonoraret blev gradvist indført baseret på en ordning, hvor almen praksis opfordredes til at overføre patienter fra ydelseshonorering til kronikerhonorar ved førstkomende årskontrol efter 1. januar 2018. Det var dog muligt at undtage patienter fra kronikerhonoraret ligesom patienter, der monitoreres i et sygehusambulatorie, ikke indgår i ordningen.

I et incitamentsperspektiv må kronikerhonoraret betragtes som en justering af forholdet mellem ydelses- og basishonorering for en subgruppe af patientpopulationen i almen praksis. Således viser beregninger, at ydelsesafregning udgjorde ca. 80 procent af den samlede honorering for patienter med diabetes i 2017, mens det i 2019 kun udgjorde 20 procent. (Skovsgaard et al. 2023). Denne justering betyder, at ordningen vendte forholdet mellem ydelses- og basishonorering fra ca. 80/20 procent til ca. 20/80 procent for disse patienter i almen praksis. Der findes ikke stærk evidens for effekten af at øge andelen af basishonorering i en blandet model, men det må forventes at skabe incitament, der i højere grad stemmer overens med basishonorering og i mindre grad med ydelseshonorering. Ifølge afsnittet om basishonorering i kapitel 1 betyder det, at indførelse af kronikerhonoraret risikerer at føre til reduceret aktivitet – især for patienter med et stort behov for ydelser. Denne hypotese er understøttet af studier fra Canada, hvor man har set på effekten af at gå fra ren ydelseshonorering til en blandet honorarmodel (Dumont et al, 2008; Krajl & Kanterevich, 2013). En anden mulig effekt af kronikerhonoraret er, at det kan øge incitamentet til at diagnosticere patienter med type-2 diabetes i almen praksis, da især patienter med mild diabetes vil være økonomisk fordelagtige at overføre til kronikerhonoraret. Endelig kan der være et økonomisk incitament til at substituere aktiviteten fra patienter som aflønnes ved kronikerhonoraret til patienter, der stadig honoreres med ydelsesafregning. Dette økonomiske

incitament går imod formålet om at øge fokus på patienter med det største behandlingsbehov (Oxholm 2019).

Skovsgaard et al. (2023) har med udgangspunkt i data fra 2016-2020 undersøgt effekten af at indføre kronikerhonoraret for patienter med type 2-diabetes. Studiet er endnu ikke fagfællebedømt. Studiet undersøger, om antallet af ydelser og sammensætningen af ydelser ændrer sig for patienter med diabetes, der overføres til kronikerhonoraret. Studiet analyserer således kontaktmønstret hos en kohorte af patienter med type 2-diabetes. Herunder sammenlignes kontaktmønstret på patientniveau før og efter overgangen til kronikerhonoraret. De foreløbige resultater viser, at ca. 70 procent af patienterne med type 2-diabetes er blevet overført til kronikerhonoraret ved udgangen af 2020. Da over 10 procent af alle patienterne med type 2-diabetes kan antages at have svær diabetes (Pulleyblank et al. 2021), og derfor bliver monitorerede på diabetesambulatorier og således ikke er indbefattet af kronikerhonorarordningen, vurderes det, at en ganske stor andel af de berettigede patienter er overført til kronikerhonoraret i almen praksis.

Analyserne af kontaktmønstret viser et fald på omkring 2 procent i det samlede antal kontaktydelser (almindelige konsultationer, e-mailkonsultationer, telefonkonsultationer og specifikke forebyggelseskonsultationer), når patienten overføres til kronikerhonoraret. Faldet i brug af nogle af tillægsydelse (urin-sticks, blodprøver og influenzavaccinationer) er næsten dobbelt så stort som faldet i kontaktydelser. Det er umiddelbart overraskende, at disse tillægsydelser falder, idet de er væsentlige for monitoreringen af patienter med diabetes, og stadig er incentiveret af ydelseshonoreringen. En forklaring kan være, at sammensætningen af kontaktydelser ændrer sig, således at antallet af telefon- og e-mail-konsultationer øges, hvormed muligheden for tillægsydelser, der kræver patientens fremmøde, reduceres. Det er dog ikke muligt at undersøge denne hypotese nærmere, da alle kontaktydelser kodes med samme kronikerhonorarydelse efter overgangen til kronikerhonoraret.

En opdeling af diabetespopulationen på baggrund af sygelighed (baseret på Charlson Comorbidity Index) viser, at faldet i aktivitet er størst for patienter med høj sygelighed. Det kan ikke konkluderes, om faldet i ydelser er hensigtsmæssigt eller uhensigtsmæssigt, men det konkluderes at den ændrede adfærd stemmer overens med de hypoteser, der er omkring øget basishonorering. Den observerede adfærd er også i overensstemmelse med empirisk litteratur, der finder, at særligt patienter med stort behov for ydelser, kan blive underbehandlet, når lægernes aflønning er uafhængig af aktivitet (Oxholm et al. 2019). Idet Skovsgaard et al. (2023) analyserer en fast kohorte af patienter med diabetes, er det ikke undersøgt, om kronikerhonoraret har ændret på antallet af registrerede patienter med diabetes i almen praksis.

3.3 Differentiering af basishonoraret

Overenskomsttaftalen fra 2018 tilførte 60 mio. kr. i ekstra midler til basishonoreringen (Praktiserende Lægers Organisation 2018). Det svarede til ca. 2,5 procent af de midler, der i 2016 var afsat til basishonorering (Heisel 2017). Aftalen indeholdt en differentieringsalgoritme, der fordeler 60 procent af disse midler til praksisser med behandlingskrævende patienter og de resterende 40 procent til praksisser i lægedækningstruede områder. Identifikationen af praksisser med behandlingskrævende patienter blev baseret på det historiske ydelsesforbrug for patienter opdelt på køn, alder og Charlson Comorbidity Index. De lægedækningstruede områder blev defineret ud fra andelen af borgere, der var dækkede af udbuds-, regions- eller forsøgsklinikker; andelen af borgere på overførselsindkomst; andelen af praktiserende læger over 63 år; og antal handler med positiv

goodwill de seneste tre år i forhold til den samlede kapacitet. En nærmere beskrivelse af differentieringsalgoritmen findes i RLTN & PLO (2018), bilag 5. To væsentlige pointer ved ordningen er, at ikke alle praksisser får del i de ekstra midler, da der er en øvre budgetbegrænsning, og at ingen praksisser risikerer at få mindre basishonorering.

Som beskrevet i afsnittet om basishonorering i kapitel 1, er der forskellige hypoteser om effekten af at differentiere basishonoraret. Man kan forestille sig, at differentieringen påvirker både ydelsesaktiviteten, den samlede indkomst og antallet af patienter, en praksis ønsker at have på listen. I forhold til ydelsesaktiviteten er det vigtigt at bemærke, at lægen – uanset om basishonoraret er differentieret eller ej – ikke har et økonomisk incitament til at omsætte den øgede indtjening til flere ydelser til patienterne, idet koblingen mellem indtægt og ydelser er fraværende. Tværtimod kan der være et incitament til at bytte en øget indkomst til mere fritid, som beskrevet i ”target”-indkomst hypotesen (se kapitel 1 for beskrivelse af denne hypotese). På den anden side kan differentieret basishonorar potentielt minde lægen om, at visse patienter har større behov, eller opfattes som et signal fra myndigheden om, at visse grupper af patienter skal prioriteres (Oxholm et al. 2019). Denne effekt kan betyde, at der gives flere ydelser til patienter, der tilgodeses i differentieringsalgoritmen (se evt. kapitel 5 om lægers brugerorientering og public service motivation). I forhold til incitamenter til at ændre antallet af patienter på listen, er der også modsatrettede hypoteser. På den ene side er der et større økonomisk incitament til at knytte én ekstra patient med relativt høj tyngde til listen, fordi det kan medføre en øget sandsynlighed for at få del i puljen til det differentierede basishonorar, men på den anden side kan ”target”-indkomst hypotesen trække den anden vej, hvis der er større præferencer for at arbejde mindre end for at øge indkomsten marginalt (se kapitel 1).

Olsen et al (2023) har undersøgt effekten af at indføre differentieret basishonorar i overenskomsten i 2018. Studiet er endnu ikke fagfællebedømt. Studiet undersøger, om ordningen har påvirket antallet af patienter på listen per kapacitet, ydelsesaktiviteten per kapacitet og den samlede indkomst (basis- og ydeshonorering) per kapacitet. De foreløbige deskriptive resultater viser, at praksisser, der udelukkende modtager ekstra basishonorering baseret på deres patientsammensætning, i gennemsnit modtager ca. 115.000 kr. om året, og at disse praksisser ikke ændrer antallet af patienter på deres liste eller antallet af ydelser per kapacitet sammenlignet med en kontrolgruppe af praksisser, der har tungere patienter end gennemsnittet, men ikke modtager ekstra basishonorering på grund af budgetbegrænsningen. I stedet øger disse praksisser altså deres indkomst med et beløb svarende til det de får ekstra i differentieret basishonorering. Godt 70 procent af de praksisser, der modtager ekstra basishonorar på denne del af ordningen, er solopraksisser.

De foreløbige resultater viser også, at praksisser, der både modtager ekstra basishonorar grundet deres patientsammensætning, og fordi de er placeret i lægedækningstruede områder, reagerer på det øgede basishonorar ved at reducere antallet af patienter og antallet af ydelser per kapacitet sammenlignet med kontrolgruppen. Som følge af denne reduktion observeres ikke en statistisk signifikant ændring i indkomsten blandt disse praksisser sammenlignet med kontrolgruppen. Dette tyder, alt andet lige, på at disse praksisser bytter den øgede indkomst med fritid, hvilket stemmer overens med den såkaldte ”target”-indkomst hypotese. Det er dog vigtigt at huske på, at vi ikke kan observere hvor lang tid lægen bruger med patienten, og at vi således ikke kan afvise, at noget af den lavere aktivitet byttes til mere tid i den enkelte konsultation. En anden vigtig begrænsning ved det gennemførte studie er, at der ikke ses på, om det differentierede basishonorar har effekt på, om nye praksis etableres i lægedækningstruede områder, som vist i det svenske studie af Anell et al (2018), som beskrives i kapitel 2.

Hovedpointer:

- Der findes ikke meget litteratur om effekten af at differentiere basishonoraret i en blandet model eller om effekten af at øge basishonorarets andel relativt til ydelseshonorering i en blandet model.
- Jf. kapitel 1 vil man, baseret på viden om rene basishonorarmodeller, forvente, at en højere andel af basishonorering, alt andet lige, vil reducere aktiviteten generelt og især for patienter med særligt højt behov. Evalueringen af effekten af kronikerhonoraret for patienter med type-2 diabetes understøtter denne hypotese og viser, at der også sker en reduktion i vigtige tillægsydelse på trods af, at disse stadig er koblet til ydelsesaftægning.
- En differentiering af basishonoraret kan have modsatte effekter på både aktivitet og ønsket om at øge listestørrelsen. Evalueringen af differentieret basishonorar indført ved overenskomsten i 2018 viser, at praksisser, der modtager en øget basishonorering, ikke ændrer deres aktivitet, mens praksisser, der herudover også modtager ekstra basishonorar for at operere i lægedækningsstruede områder, bytter den øgede indkomst med fritid eller mere tid til den enkelte konsultation ved at reducere antallet af patienter på listen og antallet af ydelser.

Litteratur

Anell, A., Dackehag, M., & Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC health services research*, 18(1), 1-12.

Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N., & Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ*, 27(6), 1436-1450. doi:10.1016/j.jhealeco.2008.07.010

Heisel, A. (2017). Sådan forstår du differentieret basishonorar. *Ugeskrift for læger* 29 september 2017.

Kralj, B., & Kantarevic, J. (2013). Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, 46(1), 208-238.

Olsen, K.R., Simonsen, N.F., Kongstad, L.P., Søndergaard, J., Godager, G (2023). Do physicians respond to risk-adjustment of the capitation payment in mixed remuneration schemes? *Arbejdsrapport kan revideres ved at kontakte krolsen@sdu.dk*.

Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D. and Olsen, K.R., 2019. Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51(47), pp.5174-5184.

Oxholm, A.S., 2019. Forskerklummen: Kronikerhonoraret kan være dårligt nyt for kroniske patienter i almen praksis. *Altinget*. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forskerklummen-kronikerhonoraret-kan-vaere-daarligt-nyt-for-kroniske-patienter-i-almen-praksis>

Pulleyblank, R., Laudicella, M., & Olsen, K. R. (2021). Cost and quality impacts of treatment setting for type 2 diabetes patients with moderate disease severity: Hospital-vs. GP-based monitoring. *Health Policy*, 125(6), 760-767.

RLTN & PLO (2018). Overenskomst for almen praksis (OK18). Indhentet fra <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/arbejdsgiver/aftaler-og-overenskomster/ok-18-indgaaede-aftaler-og-forlig-med-organisationerne>

RLTN & PLO (2022). Overenskomst om almen praksis (OK22). Indhentet fra <https://www.laeger.dk/foreninger/plo/overenskomsten-og-aftaler/overenskomst-om-almen-praksis-ok22/>

Skovsgaard, C.V., Kristensen, T., Pulleyblank, R., Olsen, K.R (2023). Increasing Capitation in Mixed Remuneration Schemes: Effects on Service Provision and Process Quality of Care. Arbejdsrapport kan revideres ved at kontakte krolsen@sdu.dk.

Kapitel 4. Honorering af tværsektorielt samarbejde

Befolkningssammensætningen ændres i disse år, så der bliver flere ældre, der lever længere med én eller flere kroniske sygdomme. Denne udvikling medfører et ændret behandlingsbehov og krav om, at sundhedsvæsenet i højere grad må kunne håndtere patienter, der har brug for en forebyggende indsats (Sundhedsministeriet, 2018; World Health Organization, 2015). Samtidigt står sundhedsvæsenet på kort sigt over for en bemandingsudfordring, som betyder, at de knappe ressourcer til rådighed må udnyttes bedst muligt. Fra et samfundsøkonomisk perspektiv bør man derfor tilstræbe, at det samlede sundhedsvæsen yder en indsats, der opleves som sammenhængende og koordineret fra patientens side, og som ikke tilskynder til unødigt aktivitet. Dette betyder, at patienterne behandles på den mest omkostningseffektive måde (LEON-princippet) med udgangspunkt i de mål, beslutningstagerne sætter for sundhedsvæsenet.

Patienters behandlingsbehov i den primære og sekundære sektor samt i plejesektoren afhænger af den indsats, der samlet set leveres i sektorerne. Aktørerne i de enkelte sektorer har dog ingen direkte økonomiske tilskyndelser til at tage højde for denne afhængighed, når de vælger en behandlingsindsats. Et ofte anvendt eksempel på de koordineringsproblemer, der kan opstå på tværs af sektorer, er den ældre medicinske patient med én eller flere kroniske sygdomme. Patientens behov for en akut sygehusindlæggelse kan til dels være afhængig af den behandling, patienten tidligere har modtaget på sygehuset, men kan også påvirkes af forebyggende indsatser i kommunen eller hos den alment praktiserende læge (Mason et al., 2015). Sundhedsministeriet anslår, at der årligt bruges ca. 8 milliarder kroner på akutte sygehusindlæggelser, der muligvis kunne være undgået (Sundhedsministeriet, 2018).

Måden, sundhedsvæsenets aktører organiseres og afregnes på, kan tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. I dette kapitel beskriver vi de afregningsformer, der er blevet forsøgt anvendt til at give incitamenter til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Vi beskriver også den empiriske evidens, der findes for disse afregningsformers effekt på omkostninger og kvalitet med særligt fokus på implikationerne for almen praksis. Afregningsmetoderne anvendes typisk som supplement til eksisterende afregningsformer, men nogle af metoderne kunne principielt erstatte eksisterende afregningsmetoder.

4.1 Betaling for koordinering (Pay for coordination)

Den mest enkle afregningsform til at incentivere sammenhæng på tværs af sektorer er betaling for koordinering. Her gives en betaling som compensation til praksisser for den koordinerende indsats. Denne indsats kan for eksempel bestå i at indgå i dialog med andre aktører om generelle tværsektorielle problemstillinger for en patientgruppe eller i at tilrettelægge en enkelt patients samlede behandlingsbehov på tværs af sektorer. Betalingen skal altså tilskynde til og kompensere for, at praksis bruger tid på aktiviteter, der ikke nødvendigvis er direkte efterspurgt af patienten, men som er nødvendige set fra et samfundsøkonomisk perspektiv, for at patienterne får en behandling, der opfylder de mål, beslutningstagerne har sat.

Betalingen kan være aktivitetsafhængig (ydeshonorering), dvs. den kan eksempelvis gives per case-gennemgang, mødedeltagelse, eller den kan gives som et ikke-aktivitetsafhængigt engangsbeløb per patient (basishonorering). I valget mellem de to betalingsmetoder gælder de samme overvejelser om økonomiske incitamenter, der er redegjort for i kapitel 1. Et eksempel på betaling for koordinering er det amerikanske sundhedsforsikringselskab CIGNA's betaling til de almene praksisser, der deltog i selskabets Collaborative Accountable Care

initiativ. Betalingen blev givet som en engangsbetaling per patient i starten af året og var således ikke aktivitetsafhængigt. Betalingens størrelse blev fastsat som en funktion af den potentielle gevinst, som bedre koordinering ventedes at kunne føre til ved brug af data om kvalitet og omkostninger. Betalingen understøttede de deltagende praksissers brug af sygeplejersker til at varetage koordinering. Deres indsats blev også understøttet af rapporter, der kunne hjælpe med at identificere, hvilke patienter der kunne have nytte af en koordinerende indsats (Salmon et al., 2012).

Der eksisterer også eksempler på betaling for koordinering, som er aktivitetsafhængig. I Norge blev der i 2019 indført en såkaldt "samhandlingstakst", der er en betaling til almen praksis pr. kontakt til det specialiserede sundhedsvæsen (ydelseshonorering) (se evt. kapitel 2) (Pedersen et al. 2022). I Danmark modtager almen praksis allerede i dag betaling for tværsektorielt samarbejde og koordinering, men hovedsageligt i det omfang dette arbejde vedrører en konkret patient. Der findes også en takst for "socialmedicinsk arbejde", der dækker mere generelt samarbejde med kommunen, men almen praksis er ikke forpligtet til at indgå heri.

Der er ikke stærk evidens for, at effekten af betaling for koordinering i almen praksis er effektivt. En evaluering af CIGNA's betaling for koordinering viser, at der efter det første år ikke var effekt på omkostninger eller på opfyldelse af fem kliniske kvalitetsstandarder (Salmon et al., 2012) i de tre organisationer, der var med i forsøget. Et senere studie (Ho et al., 2016) rapporterede en reduktion i behandlingsomkostninger for CIGNA's patienter i en enkelt af disse praksisser efter to år, men studiet undersøgte ikke effekten på behandlingskvaliteten. Eftersom der ikke er studier af effekten fra de andre organisationer, hvor CIGNA indførte betalingskoordinering, kan man mistænke selektionsbias i resultaterne fra Ho et al. (2016). Så vidt vides, eksisterer der ikke fagfællebedømte evalueringer af de norske og danske erfaringer med betaling for koordinering. I kapitel 2 beskrives dog resultatet af en spørgeskemaundersøgelse, som viser en begrænset respons på indførelsen af honoreringen (Pedersen et al. 2020). Ved tolkningen af evalueringens resultater skal betalingens størrelse, konteksten og markedsforhold (ressourcebegrænsninger) tages i betragtning.

4.2 Resultataflønning (Pay for performance)

Resultataflønning er en velkendt afregningsform for almen praksis i en række lande. Når det omtales her, henvises der alene til resultataflønningssystemer, hvor indikatorerne, der afregnes for, er direkte relaterede til sammenhæng på tværs af aktører. Ligesom i traditionelle resultataflønningssystemer kan betalingen for sammenhæng på tværs af aktører knyttes til struktur, proces eller resultatindikatorer, og den specifikke aflønning kan designes på mange forskellige måder (Eijkenaar, 2013).

Resultataflønning for sammenhæng anvendes ofte i tillæg til andre afregningssystemer og er også en del af nogle af de gevinstdelingsmodeller, der omtales i afsnit 4.4. I denne sammenhæng afspejler de kvalitetsindikatorer, der udløser belønning for sammenhængen i behandlingen. For eksempel belønnes aktører, der deltager i samarbejdet mellem det amerikanske sundhedsforsikringsselskab Aetna og NovaHealth, en sammenslutning af adskillige praktiserende læger, specialister og sygeplejersker, der tilsammen betjener 65000 patienter, for deres præstation på fem mål, der skal give et samlet billede af kvalitet og adgang til behandling: 1) Mindst ét årligt besøg for alle patienter. Dette mål skal sikre et minimum af adgang i behandlingen, 2) mindst to besøg for patienter med kronisk sygdom, som fordeles som et besøg i henholdsvis årets første og anden halvdel, 3) mindst en årlig HbA1c måling for

patienter med diabetes. Mål 2 og 3 skal sikre, at kronikere er velbehandlede, 4) opfølgingsbesøg indenfor 30 dage efter udskrivelse fra sygehus eller et ”skilled nursing facility”, som et procesmål for koordinering og 5) en reduktion i antal sygehusindlæggelser og indlæggelsesdage for praksissens patienter, der tolkes som et resultatmål for koordinering (Claffey et al., 2012).

Der er ikke foretaget en formel evaluering af Aetna-NovaHealth programmet. En sammenligning i behandlingskvaliteten for patienter i Aetna-NovaHealth programmet med andre Aetna-aktører viste dog en høj grad af målopfyldelse på de belønnede kvalitetsindikatorer under Aetna-NovaHealth programmet, herunder færre akutte indlæggelser og indlæggelsesdage blandt populationen. Dette blev også reflekteret i lavere omkostninger for patienter i praksisser, der blev belønnet for kvalitet (Claffey et al., 2012). Der er redegjort for den øvrige evidens for effekten af resultataflønning i kapitel 1.

4.3 Pakkebetaling (Bundled payments)

I almen praksis – og i sundhedsvæsenet i det hele taget – har aktivitetsafregning været hyppigt anvendt, for eksempel i form af ydelseshonoreringen af almen praksis. Denne afregningsform kritiseres for at tilskynde til en u hensigtsmæssig opdeling af behandlingen, der af den enkelte patient kan opleves som fragmenteret og usammenhængende (Busse og Mays, 2008). For eksempel kan den alment praktiserende læge modtage flere konsultationshonorarer, hvis tid brugt med patienten deles op i flere konsultationer fremfor én enkelt konsultation.

Pakkebetalinger er et forsøg på at modvirke denne tendens ved at samle afregningen for et længere forløb i en enkelt betaling. Betalingspakken kan i princippet designes til at dække flere dimensioner af ydelser, aktører og tidsperioder, der afregnes med en fast takst (Stokes et al., 2018). Aktivitetsafhængigheden betyder, at aktører kan organisere behandlingen, som de finder det mest hensigtsmæssigt ud fra et afregningsmæssigt perspektiv, uden at skele til af hvem, hvor ofte eller hvor, behandlingen gives. Afregningsformen giver dog samtidig aktørerne en tilskyndelse til at reducere egne behandlingsomkostninger, for eksempel ved at se patienten mindre eller give færre ydelser (ligesom ved fastløn eller basishonorering – se evt. kapitel 1). Hvis denne afregningsform anvendes, er det derfor vigtigt at sikre, at afregningen suppleres med information om behandlingskvaliteten.

Et kendt eksempel på pakkebetaling i almen praksis er for patienter med kronisk sygdom (fx kronisk obstruktiv lungesygdom eller diabetes) i Holland. Nyetablerede ”care groups”, som ofte dannes af flere almene praksisser, tager i fællesskab klinisk og økonomisk ansvar for kronikerrelateret behandling. Der forhandles en fast årlig takst, som skal dække en aftalt plejepakke, der ofte indbefatter al primærbehandling relateret til den kroniske sygdom. Behandling kan leveres af de praksisser, der indgår i gruppen, eller gruppen kan vælge at købe ydelser fra andre aktører (Llano, 2013; Struijs og Baan, 2011). Pakkebetalingerne kan således minde om det danske kronikerhonorar (se evt. kapitel 3), men omfatter flere aktører og ydelser, end kronikerhonoraret gør.

I Holland har pakkebetaling ikke givet den forventede reduktion i behandlingsudgifterne, men derimod en stigning (Karimi et al., 2021; Mohnen et al., 2015). Så vidt vides, har effekten på kvalitet ikke været evalueret i fagfællebedømte studier. I en evidensopsamling, der undersøgte effekterne af 11 forskellige pakkebetalingsinitiativer, var evidensen blandet i forhold til konsekvenserne af denne aflønningsform. Ifølge opsamlingen fandt 20 ud af 32 evalueringer moderat evidens for en sammenhæng mellem besparelser og indførelsen af pakkebetaling, mens 18 ud af 32 fandt forbedringer i kvaliteten (Struijs et al., 2020).

4.4 Gevinstdeling (Shared savings)

Gevinstdeling giver deltagende aktører på tværs af sektorer en økonomisk tilskyndelse til at yde en koordineret omkostningseffektiv behandling samlet set. Ved denne betalingsform tager aktørerne i fællesskab økonomisk ansvar for behandlingen af en given population. Betaleren opstiller en forventet betaling (budget) for denne behandlingsindsats. Hvis aktørerne samlet set kan levere behandlingen billigere end forventet (under det budgetterede beløb), får de lov til at beholde en del af "overskuddet". Nogle kontrakter er tosidede, hvilket betyder, at aktørerne også i fællesskab må dække omkostningerne, hvis de samlede behandlingsomkostninger er højere end budgetteret. Som ved pakkebetaling er det ved gevinstdelingsordninger vigtigt at indsamle information om – og evt. knytte betaling til – behandlingskvaliteten sideløbende med indførelse af gevinstdeling, da afregningsformen giver en stærk tilskyndelse til at reducere behandlingsaktiviteten (se evt. kapitel 1 om fastløn eller basishonorering).

Der findes kun få eksempler på gevinstdeling i almen praksis, men til gengæld er disse eksempler velstuderede. Fra det amerikanske Medicare (den offentlige betaler for patienter over 65 år) kendes the Medicare Shared Savings Programme (MSSP), som blev introduceret i 2012. MSSP lader grupper af aktører, for eksempel flere almene praksisser eller praksisser og hospitaler, danne en "accountable care organisation" (ACO), som får populationsansvar for behandling(-skvalitet) og omkostninger for en lokal patientpopulation. Aktørerne i ACO'en får del i eventuelle besparelser, forudsat at de er større end en fastsat minimumsgrænse, og at behandlingskvaliteten lever op til aftalte standarder. Minimumsgrænsen for besparelser skal sikre, at behandlingsomkostninger, der er lavere end forventet i et givet år, ikke blot skyldes en statistisk tilfældighed.

Der er god evidens for, at der er en sammenhæng mellem MSSP og lavere omkostninger og forbedret kvalitet på nogle områder. Besparelserne var større end de kvalitetsbonusudbetalinger, som også var en del af programmet. Det er dog vigtigt at nævne, at det tog nogle år, før effekterne af MSSP materialiserede sig, og at der var forskel på effekten i forhold til ACO'ernes sammensætning. Grupper, der alene bestod af lægepraksisser, genererede hurtigere og større besparelser end ACOer, der bestod af både lægepraksisser og hospitaler (McWilliams et al., 2018). Tilknytning til den amerikanske kommercielle ACO California Public Employees' Retirement System (CalPERS) var efter 5 år associeret med lavere omkostninger og bedre kvalitetsmål for kronikere og forebyggelsesaktiviteter. Et andet amerikansk kommercielt gevinstdelingsinitiativ for praksisser, Blue Cross Blue Shield of Massachusetts Alternative Quality Contracts (AQC), kombinerer gevinstdeling med resultatafregning. Et studie af Song et al (2014) fandt, at patienters tilknytning til en AQC efter fire år var associeret med lavere omkostninger og bedre kvalitet sammenlignet med en kontrolgruppe.

4.5 Anden evidens om betaling for sammenhæng på tværs af sektorer

Et par studier har forsøgt, ved brug af en meget aggregeret tilgang, at evaluere effekten af forskellige typer af økonomiske incitamenter for sammenhæng på tværs af sektorer indført i forskellige lande. Et studie af Tsiachristas et al. (2016) undersøgte effekten af sådanne økonomiske incitamenter på udgifterne til behandling på en række områder: ambulans behandling på sygehus eller i almen praksis, stationær sygehusbehandling, medicin, administration og de samlede sundhedsudgifter. Tsiachristas et al. (2016) sammenlignede udgifterne til behandling på tværs af 25 lande, hvoraf 9 havde indført økonomiske incitamenter til bedre sammenhæng – oftest rettet mod almen praksis, men også i andre

sektorer. I lande, der havde indført betaling for koordinering eller pakkebetaling, fandt studiet evidens for lavere udgifter til ambulant behandling. I lande, der havde indført kvalitetsafregning, fandtes lavere udgifter til stationær sygehusbehandling og administration.

Et studie af Hayes et al. (2021) brugte samme fremgangsmåde, men undersøgte effekten af økonomiske incitamentter på sammenhængende patientforløb for patienter med multisygdom. Effektmål var selvrapporerede helbred samt kontakter med almen praksis og andre læger. Studiet fokuserede på patienter med multisygdom, da det netop er disse patienter, som forventes at kunne drage nytte af bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Igen sås i de fleste tilfælde på afregningsordninger rettet mod almen praksis, men studiet omfattede også afregningsordninger i andre sektorer. Dette studie fandt en stigning i antallet af selvrapporerede kontakter med almen praksis for patienter med multisygdom efter indførslen af betaling for koordinering. For pakkebetaling fandtes en stigning i kontakter med alle læger. Studiet fandt ringere helbredsrelateret livskvalitet for patienter med multisygdom efter indførslen af kvalitetsafregning.

Det er vigtigt at understrege, at både studiet af Tsiachristas et al. (2016) og Hayes et al. (2021) er foretaget på et højt aggregeret niveau, som blandt andet betyder, at de identificerede effekter er gennemsnittet af effekterne af programmer, som nok er klassificeret som samme incitamentstype, men i praksis kan være ganske forskellige. Derudover kan der være kontekstafhængige forhold (f.eks. patienternes sundhedsstatus) og markedsforhold (ressourcebegrænsninger mv.), som har betydning for behandlingskvaliteten og omkostningerne på tværs af landene, og som studierne kun i nogen grad kan kontrollere for. Studierne giver ligeledes ikke viden om hvilke mekanismer, der specifikt har bidraget til de identificerede effekter.

4.6 Opsummering

Der findes en række eksempler på afregningsordninger, der har til hensigt at tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer. Når man vurderer effekten af disse eksempler, er det for det første vigtigt at forholde sig til, hvad man ønsker at opnå med ”bedre sammenhæng”. Målene kan for eksempel være reduceret aktivitet, reducerede omkostninger eller forbedret behandlingskvalitet og/eller livskvalitet for patienterne. I den begrænsede evidens findes eksempler på afregningsformer, der er lykkedes med at tilskynde til bedre sammenhæng på tværs af sektorer, men der er også eksempler på, at den forventede effekt ikke kunne realiseres. Endelig er det vigtigt at huske, at i det omfang man introducerer incitamentter, der tilskynder til reduktion i aktivitet eller omkostninger, er det vigtigt med klare målsætninger for - og tilgængelig information om - behandlingskvaliteten (evt. ved at anvende særskilte økonomiske incitamentter).

Hovedpointer:

- Økonomiske tilskyndelser til sammenhæng på tværs af sektorer kan supplere eller erstatte eksisterende afregningsordninger.
- Der er ikke stærk empirisk evidens for, at betalingsordninger alene løser udfordringen med sammenhængende patientforløb.
- Gevinstdeling er potentielt den mest lovende afregningsform, men også den mest komplekse at implementere.
- Afregningsformer, der reducerer tilskyndelse til aktivitet, som for eksempel pakkebetalinger (”bundled payments”) og gevinstdeling (”shared savings”), er typisk implementeret sammen med kvalitetsmonitoreringssystemer, der skal sikre, at behandlingsomlægninger eller reduktion i aktiviteten ikke sker på bekostning af

Litteratur

Busse, R., Mays, N., 2008. Paying for chronic disease care. *Caring People Chronic Cond. Health Syst. Perspect.* 195–221.

Claffey, T.F., Agostini, J.V., Collet, E.N., Reisman, L., Krakauer, R., 2012. Payer-Provider Collaboration In Accountable Care Reduced Use And Improved Quality In Maine Medicare Advantage Plan. *Health Aff. (Millwood)* 31, 2074–2083. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1141>

Eijkenaar, F., 2013. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur. J. Health Econ.* 14, 117–131. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0347-6>

Hayes, H., Stokes, J., Kristensen, S.R., Sutton, M., 2021. The effect of payment method and multimorbidity on health and healthcare utilisation. *J. Health Organ. Manag.* 35, 382–405. <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2020-0208>

Ho, V., Allen, T.K., Kim, U., Keenan, W.P., Ku-Goto, M.-H., Sanderson, M., 2016. Measuring the Cost Implications of the Collaborative Accountable Care Initiative in Texas 10.

Karimi, M., Tsiachristas, A., Looman, W., Stokes, J., Galen, M. van, Rutten-van Mólken, M., 2021. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. *Health Policy.* <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>

Llano, R., 2013. Bundled payments for integrated care in the Netherlands. *Eurohealth* 19, 15–16.

Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., Chalkley, M., 2015. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *J. Health Serv. Res. Policy* 1355819614566832. <https://doi.org/10.1177/1355819614566832>

McWilliams, J.M., Hatfield, L.A., Landon, B.E., Hamed, P., Chernew, M.E., 2018. Medicare Spending after 3 Years of the Medicare Shared Savings Program. *N. Engl. J. Med.* <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803388>

Mohnen, S., Baan, C., Struijs, J., 2015. Bundled payments for diabetes care and healthcare costs growth: a 2-year follow-up study. *Am. J. Accountable Care* 3, 63–70.

Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.

Salmon, R.B., Sanderson, M.I., Muney, A.M., Walters, B.A., Kennedy, K., Flores, R.C., 2012. A collaborative accountable care model in three practices showed promising early results on costs and quality of care. *Health Aff. (Millwood)* 31, 2379–2387. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0354>

Song, Z., Rose, S., Safran, D.G., Landon, B.E., Day, M.P., Chernew, M.E., 2014. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *N. Engl. J. Med.* 371, 1704–1714. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1404026>

Stokes, J., Struckmann, V., Kristensen, S.R., Fuchs, S., van Ginneken, E., Tsiachristas, A., Rutten van Mölken, M., Sutton, M., 2018. Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy* 122, 963–969. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.003>

Struijs, J.N., Baan, C.A., 2011. Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands. *N. Engl. J. Med.* 364, 990–991. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>

Struijs, J.N., de Vries, E.F., Baan, C.A., van Gils, P.F., Rosenthal, M.B., 2020. Bundled-Payment Models Around the World: How They Work and What Their Impact Has Been, Issue Brief. Commonwealth Fund.

Sundhedsministeriet, 2018. Sundheds- og ældreøkonomisk analyse: kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter. Sundheds- og Ældreministeriet.

Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M.R.S., Rutten-van Mölken, M.P.M.H., 2013. Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy* 113, 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.007>

World Health Organization, 2015. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report.

Kapitel 5. Lægers motivationsprofiler

Formålet med dette kapitel er at give en generel introduktion til, hvad der motiverer alment praktiserende læger, og hvorfor det er vigtigt. I kapitlet gennemgås fire centrale motivationskomponenter, og evidensen for sammenhængen mellem lægers motivation og behandlingsadfærd beskrives. Derefter fremlægges resultater fra et studie, der har kortlagt de danske praktiserende lægers motivationsprofiler. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af, hvad vi stadig mangler viden om inden for emnet lægers motivation.

5.1 Hvorfor er praktiserende lægers motivation vigtig?

I de forrige kapitler er udvalgte honoreringsformer og deres påvirkning på lægers behandlingsadfærd blevet beskrevet. For at økonomiske incitamenter kan have den ønskede effekt på lægers behandlingsadfærd, er det en forudsætning, at de motiverer lægerne til at agere i overensstemmelse med intentionen. Hvis incitamenterne udelukkende er af økonomisk karakter, vil incitamenterne have størst effekt blandt finansielt motiverede læger. Litteraturen viser, at økonomiske incitamenter kan have uønskede eller ingen effekter på behandlingsadfærden (Eijkenaar et al., 2013; Scott et al., 2011). Samtidig beskrives en uforklarlig variation i alment praktiserende lægers behandlingsadfærd (Cabana et al., 1999; Markovitz og Ryan, 2017). Dette kunne indikere, at der er variation i lægers motivation, og at motivationen ikke udelukkende er af finansiell karakter. En større indsigt i typer af motivation blandt læger kan således give potentiel vigtig information om andre typer af incitamenter, der kan tages i anvendelse, når myndigheder vil sikre en vis adfærd hos lægerne.

Studier har vist, at forskellige former for motivation har betydning for produktiviteten, behandlingen og trivslen på arbejdspladsen (Ryan og Deci, 2000; Sinsky et al., 2013). For eksempel viser videnskabelige studier, at læger, der mistrives på jobbet, leverer dårligere behandlingskvalitet og har større sandsynlighed for at forlade deres job (Andersen et al., 2018; Brett et al., 2009; Doran et al., 2016; Gibson et al., 2018; Hann et al., 2011; Scott et al., 2006). At opretholde lægers trivsel og motivation har derfor ikke kun betydning for behandlingsadfærden men også betydning for fastholdelsen af læger i almen praksis. Derudover kan organiseringen og incitamentsstrukturerne i almen praksis potentielt også have betydning for hvilke læger, der tiltrækkes af at arbejde i almen praksis. Organiseringen og incitamentsstrukturerne kan potentielt også forstærke visse typer af motivation i praksis (Pedersen et al., 2018). Det er således vigtigt at overveje hvilke motivationstyper, organiseringen og incitamentsstrukturerne i almen praksis tiltrækker eller forstærker, og om dette er i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes og de politiske beslutningstageres ønsker.

5.2 Hvad motiveres praktiserende læger af?

I den klassiske sundhedsøkonomiske teori antages det, at sundhedsprofessionelle motiveres af den betaling, de modtager for deres behandling af patienterne samt af at gøre det godt for patienten (Dionne og Contandriopoulos, 1985; Ellis og McGuire, 1986). Den første type af motivation kaldes i litteraturen for ekstrinsisk motivation (EM). EM defineres som tilbøjeligheden til at engagere sig i en aktivitet grundet tilstedeværelsen af håndgribelige belønninger (Kuvaas et al., 2017). Belønninger kan både være af monetær karakter (f.eks. basis- eller ydeshonorar) eller af ikke-monetær karakter (f.eks. akkrediteringsgodkendelser eller diplomer). Når motivationen er af monetær karakter, kaldes den også for en finansiell motivation (Yordanov et al., 2023). Den anden type motivation omhandler lægens altruisme overfor patienten, idet lægen motiveres af at gøre det godt for patienten. Denne type

motivation kaldes i litteraturen for brugerorientering (UO) (Andersen og Kjeldsen, 2013). UO defineres som en orientering mod at levere ydelser til en person med det formål at gavne denne specifikke person.

I den moderne sundhedsøkonomiske teori anerkendes det, at sundhedsprofessionelle, herunder alment praktiserende læger, også motiveres af andre ting end EM og UO, såsom af arbejdsopgaverne i sig selv eller det at bidrage til at gøre en forskel for samfundet, dvs. at være altruistiske overfor samfundet (Yordanov et al., 2023; Oxholm et al., 2022a). Det, at motiveres af arbejdsopgaverne i sig selv, kaldes for intrinsisk motivation (IM). IM defineres som tilbøjeligheden til at engagere sig i en aktivitet grundet en genuin interesse og glæde ved arbejdet (Ryan og Deci, 2000). Altruisme rettet mod samfundet kaldes for public service motivation (PSM) og defineres som en orientering mod at levere ydelser (eller undlade at levere ydelser) til en person med det formål at gavne samfundet som helhed (Andersen og Kjeldsen, 2013, Perry og Hondeghem, 2009). Et eksempel kunne være at udskrive smalspektret antibiotika til patienten eller helt at undlade at udskrive antibiotika med det formål at bidrage til at mindske antibiotikaresistensen i samfundet.

Af de fire beskrevne motivationstyper, karakteriseres EM og IM som selvcentrerede motivationer i den forstand, at de er indadrettede mod lægen selv. UO og PSM karakteriseres derimod som pro-sociale motivationer, idet de er rettede mod lægens to principaler, det vil sige lægens patienter og samfundet, der repræsenteres af de offentlige sundhedsmyndigheder (se evt. figur 1 i kapitel 1).

5.3 Er der en sammenhæng mellem lægers motivation og deres behandlingsadfærd?

Litteraturstudier viser, som det også fremgår af de tidligere kapitler, at læger responderer på økonomiske incitamenter, omend i varierende grad (Eijkenaar et al., 2013; Gosden et al., 2001; Jia et al., 2021; Scott et al., 2011). Dette leder til konklusionen om, at læger, i hvert fald i nogen grad, er ekstrinsisk motiverede. Der er dog endnu mangel på publicerede studier, der gennem måling af lægers EM viser en direkte sammenhæng mellem graden af EM og behandlingsadfærd.

En række empiriske studier viser, at læger i nogle tilfælde er villige til at afgive profit mod til gengæld at forbedre patientbehandlingen (Attema et al., 2022; Brock et al., 2016; Brosig-Koch et al., 2017; Di Guida et al., 2019; Douven et al., 2019; Godager og Wiesen, 2013; Hennig-Schmidt et al., 2011; Oxholm et al., 2019). Fundene fra disse studier indikerer, at læger også er delvist motiverede af at gøre det godt for patienten. Jensen og Andersen (2015) har ved hjælp af spørgeskemaer målt danske praktiserende lægers UO og kombineret disse spørgeskemadata med registerdata for de praktiserende lægers udskrivning af antibiotika. Studiet viste, at læger med højere grad af UO udskrev mere antibiotika end læger med en lavere grad af UO. Der er således en sammenhæng mellem lægers grad af UO og deres antibiotikabehandling. Der er endnu ikke publicerede studier, der har undersøgt sammenhængene mellem lægers UO og andre typer af behandling.

Der er også studier, der peger på, at læger motiveres af at være gode agenter for sundhedsmyndighederne, der repræsenterer alle patienter i samfundet (Allen et al., 2022; Blomqvist, 1991; Kesternich et al., 2015; Oxholm et al., 2022b). Der er dog kun få studier, der har forsøgt at måle lægernes PSM og sammenhængen med deres behandlingsadfærd. Jensen og Andersen (2015) viser, at læger med en højere grad af PSM udskrifter mindre bredspektret antibiotika end læger, der har en lavere grad af PSM. Jensen og Vestergaard (2017) finder, at læger med en højere grad af PSM foretager flere hjemmebesøg.

Der er endnu ingen publicerede studier, der har målt sammenhængen mellem lægers IM og deres behandlingskvalitet. Der er dog nogle få studier fra mellem- og lavindkomstlande, der har undersøgt sammenhængen mellem andre sundhedsprofessionelles IM og deres behandlingskvalitet (Lagarde og Blaauw, 2017, Leonard og Masatu, 2010). Disse studier finder, at der er en positiv sammenhæng mellem IM og behandlingskvaliteten. Der er desuden mangel på empiriske studier, der undersøger sammenhængen mellem behandlingsadfærd og de fire motivationskomponenter (EM, UO, IM og PSM) i det samme studie. Dette ville gøre det muligt at tage højde for den eventuelle indbyrdes afhængighed mellem de forskellige motivationskomponenter.

5.4 Hvordan ser de danske praktiserende lægers motivationsprofiler ud?

I 2019 blev der via et spørgeskema indsamlet data på danske praktiserende lægers motivationer (EM, UO, IM og PSM). Studiet, der endnu ikke er fagfællebedømt, havde til formål at kortlægge de praktiserende lægers motivationsprofiler, herunder at afdække 1) variationen i motivation mellem læger, 2) graden af samvariation mellem de forskellige motivationskomponenter, 3) segmenter af læger med forskellige motivationsprofiler og 4) om motivationen var associeret med læge-, praksis- og områdekarakteristika. Spørgeskemaet blev sendt ud til alle privatpraktiserende læger i Danmark (n=3.336) og 34,5% af lægerne svarede (n=1.152). De deltagende læger var i store træk repræsentative for hele lægepopulationen på observerbare variable. Lægerne i studiet var dog en smule yngre (1,3 år i gennemsnit) og deres praksis lå i højere grad i Region Syddanmark og Region Midtjylland (Yordanov et al., 2023).

Studiet viste en høj grad af variation i de praktiserende lægers motivationer. Fordelingerne på EM, UO og PSM viste sig at være nogenlunde symmetriske, mens IM var venstreskæv. Dette indikerer, at lægerne var nogenlunde jævnt fordelt over og under gennemsnittet for EM, UO og PSM, mens størstedelen af lægerne havde en IM, der lå over gennemsnittet. EM fulgte desuden en bimodal fordeling. Den bimodale fordeling indikerer, at der er to grupper af læger, der adskiller sig på deres grad af EM (se evt. figur 1 i Yordanov et al., 2023). At der er variation i lægernes motivationer indikerer, at lægerne er forskelligt motiverede. Studiet viste desuden en relativ lav grad af samvariation mellem de forskellige motivationskomponenter (Se evt. tabel 1 i Yordanov et al., 2023). Den lave samvariation indikerer, at de fire motivationskomponenter måler noget forskelligt, og at graden af motivation inden for de fire motivationskomponenter ikke altid følges ad.

Yordanov et al. (2023) foretog også en segmentering af lægerne via en såkaldt latent klasseanalyse. Analysen viste, at der var fem forskellige segmenter af praktiserende læger. Det største segment (Segment 1: classesandsynlighed på 53,2%): "It's less about the money" karakteriseres ved at graden af IM, UO og PSM alle ligger på samme niveau eller statistisk signifikant højere end de gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger for disse motivationskomponenter, mens EM ligger signifikant lavere end gennemsnittet for EM. Det næststørste segment (Segment 2: 26,5%): "It's about everything" er karakteriseret ved, at alle motivationskomponenterne ligger på samme niveau eller statistisk signifikant højere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger. De tre resterende segmenter er mindre i størrelse. Segment 3 (8,6%): "It is about helping others" er karakteriseret ved at UO og PSM ligger på gennemsnittet, mens EM og IM ligger statistisk signifikant lavere end gennemsnittet. Segment 4 (8,2%): "It's about the work" er karakteriseret ved at IM ligger på gennemsnittet, mens EM, UO og PSM alle ligger statistisk signifikant lavere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger. Segment 5 (3,5%) "It's about the money

and the patient” karakteriseres ved at EM og UO ligger statistisk signifikant højere end eller på de gennemsnitlige værdier, mens IM og PSM ligger statistisk signifikant lavere end deres gennemsnitlige værdier for alle deltagende læger (se evt. figur 2 i Yordanov et al., 2023). Klasesandsynligheden for de enkelte klasser viser, hvor stor en sandsynlighed den gennemsnitlige læge har for at tilhøre den enkelte klasse.

Samlet set bekræfter segmenteringsanalysen, at der er to grupper af alment praktiserende læger, der ligger på to forskellige niveauer af EM. Den ene gruppe (segment 1: ”It’s less about the money”, segment 3: ”It is about helping others” og segment 4: ” It’s about the work”; samlet klasesandsynlighed på 70%) har et lavere niveau af EM end gennemsnittet, mens den anden gruppe (segment 2: ” It’s about everything” og segment 5: ”It’s about the money and the patient”; samlet klasesandsynlighed på 30%) har et højere niveau af EM end gennemsnittet.

I en associationsanalyse undersøgte Yordanov et al. (2023), om der var en sammenhæng mellem lægernes motivation og deres læge-, praksis- og områdekarakteristika. Analysen viste, at der kun var en begrænset sammenhæng mellem lægers motivation og disse karakteristika. De inkluderede læge-, praksis- og områdekarakteristika forklarede kun mellem 0,3%-5,7% af variationen i lægernes motivation. Praksis- og områdekarakteristika (f.eks. praksistype og region) viste sig at være stort set urelateret til motivation, mens vi observerede nogle statistisk signifikante sammenhænge mellem lægekarakteristika og motivation. For eksempel havde mandlige læger en større sandsynlighed for at tilhøre de segmenter, hvor EM var højere end den gennemsnitlige EM og en mindre sandsynlighed for at tilhøre de segmenter, hvor EM var lavere end den gennemsnitlige EM. Mandlige læger havde desuden en statistisk signifikant højere grad af prosocial motivation (UO og PSM) end kvindelige læger, mens de kvindelige læger havde en højere grad af IM (se evt. tabel 2 i Yordanov et al., 2023).

Variationen i lægers motivationsprofiler og den lave samvariation i motivationskomponenterne, peger på, at politiske beslutningstagere med fordel kan anvende en blanding af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter til at motivere læger. At der er variation i lægernes motivationsprofiler, kan også bidrage til at forklare, hvorfor læger ikke altid responderer på økonomiske incitamenter. Læger, der ikke er særligt finansielt motiverede, vil formentlig respondere bedre på incitamenter, der retter sig mod de andre former for motivation, end på økonomiske incitamenter. Idet de forskellige motivationer kun i begrænset omfang er associerede med lægernes karakteristika, tyder det på, at det er nødvendigt også at inddrage lægernes motivationer, når man ønsker at forudsige deres adfærd. På baggrund af studiets fund konkluderes det, at der er variation i lægers motivation og at det er vigtigt at inddrage denne viden, når nye tiltag, som f.eks. en ny honorarmodel, introduceres i praksis. For eksempel, kan de signaler, som modellen sender i forhold til UO og PSM, potentielt også påvirke lægers respons på modellen (Kesternich et al., 2015, Oxholm et al., 2019).

5.5 Hvad mangler vi viden om?

Det er sandsynligt, at lægers motivation er formet af den kontekst, de befinder sig i. For eksempel vil lægers indkomstniveau (se evt. kapitel 1 om ’target’-indkomst) sandsynligvis være af betydning for deres EM. Den faktiske markedssituation, organiseringen og incitamentsstrukturen i almen praksis (se evt. kapitel 2 om udvalgte landes organisering af almen praksis) kan også have betydning for lægers grad af motivation. Studier har for eksempel vist, at lægers IM kan påvirkes, når der introduceres nye incitamenter i almen praksis (Pedersen et al., 2018). Vi har dog brug for mere viden om, hvor påvirkelig lægers

motivation er over tid og i forskellige kontekster.

Vi har også behov for mere viden om sammenhængen mellem lægers motivation og deres respons på økonomiske såvel som ikke-økonomiske incitamenter. Idet der er fundet sammenhæng mellem lægers grad af motivation og behandlingsadfærd, og da læger ikke altid responderer som ønsket på økonomiske incitamenter, kunne det tyde på, at incitamenter kan påvirke lægers behandlingsadfærd forskelligt afhængigt af deres motivation. Der er dog mangel på studier, der undersøger motivationens rolle for lægernes respons på økonomiske såvel som ikke-økonomiske incitamenter.

Hovedpointer

- Viden om lægers motivation er vigtig for at forstå variationen i behandlingen og for at kunne forudsige effekten af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter.
- Viden om lægers motivation er ligeledes vigtig i relation til tiltrækning og fastholdelse af praktiserende læger i almen praksis.
- Læger motiveres af forskellige faktorer, herunder EM, UO, IM og PSM, og deres grad af motivation varierer.
- En blanding af økonomiske og ikke-økonomiske incitamenter forventes at føre til stærkere respons, da den rammer forskellige motivationstyper.

Litteratur

Allen, T., Gyrd-Hansen, D., Kristensen, S.R., Oxholm, A.S., Pedersen, L.B., & Pezzino, M. (2022). Physicians under Pressure: Evidence from Antibiotics Prescribing in England. *Medical Decision Making*, 0272989X211069931.

Andersen LB, Kjeldsen AM. Public service motivation, user orientation, and job satisfaction: a question of employment sector? *International Public Management Journal* 2013;16:252–74. <https://doi.org/10.1080/10967494.2013.817253>.

Andersen MK, Pedersen LB, Waldorff FB. Retirement, job satisfaction and attitudes towards mandatory accreditation - A Danish survey study in general practice. *BMJ Open* 2018;2018(8):e020419, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020419>.

Attema, A.E., Galizzi, M.M., Groß, M., Hennig-Schmidt, H., Karay, Y., & Wiesen, D. (2022).

The formation of physician altruism. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4079393>.

Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of health economics*, 10, 411-432.

Brett TD, Arnold-Reed DE, Hince DA, Wood IK, Moorhead RG. Retirement intentions of general practitioners aged 45-65 years. *Medical Journal of Australia* 2009;191(2):75–7.

Brock, J.M., Lange, A., & Leonard, K.L. (2016). Generosity and prosocial behavior in healthcare provision evidence from the laboratory and field. *Journal of Human Resources*, 51, 133-162.

Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2017). The effects

of introducing mixed payment systems for physicians: Experimental evidence. *Health economics*, 26, 243-262.

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458-1465.

Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., & Oxholm, A.S. (2019). Testing the myth of fee-for service and overprovision in health care. *Health economics*, 28, 717-722.

Dionne, G., & Contandriopoulos, A.-P. (1985). Doctors and their workshops: a review article. *Journal of health economics*, 4(1), 21-33.

Doran N, Fox F, Rodham K, Taylor G, Harris M. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. *British Journal of General Practice* 2016;66(643):e128–35.

Douven, R., Remmerswaal, M., & Zoutenbier, R. (2019). Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes? *Journal of Human Resources*, 54, 310-341.

Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110, 115-130.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*, 5(2), 129-151.

Gibson J, Sutton M, Spooner S, Checkland K. Ninth national GP worklife survey 2017. *Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System* 2018:1–36.

Godager, G., & Wiesen, D. (2013). Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of health economics*, 32, 1105-1116.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., et al. (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of health services research & policy*, 6, 44-55.

Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *European Journal of Public Health* 2011;21(4):499–503.

Hennig-Schmidt, H., Selten, R., & Wiesen, D. (2011). How payment systems affect physicians' provision behaviour—an experimental investigation. *Journal of health economics*, 30, 637-646.

Kesternich, I., Schumacher, H., & Winter, J. (2015). Professional norms and physician behavior: homo oeconomicus or homo hippocraticus? *Journal of Public Economics*, 131, 1-11.

Kuvaas B, Buch R, Weibel A, Dysvik A, Nerstad CGL. Do intrinsic and extrinsic motivation

relate differently to employee outcomes? *Journal of Economic Psychology* 2017;61:244–58. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2017.05.004>.

Lagarde, M., Blaauw, D., (2017). Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment. *Social Science & Medicine*, 179, 147-159.

Leonard, K.L., Masatu, M.C. (2010). Professionalism and the know-do gap: exploring intrinsic motivation among health workers in Tanzania. *Health Econ.* 19, 1461–1477.

Markovitz, A. A., & Ryan, A. M. (2017). Pay-for-performance: Disappointing results or masked heterogeneity? *Medical Care Research and Review*, 74(1), 3-78.

Jensen, U.T., & Andersen, L.B. (2015). Public service motivation, user orientation, and prescription behaviour: Doing good for society or for the individual user? *Public Administration*, 93, 753-768.

Jensen, U.T., & Vestergaard, C.F. (2017). Public service motivation and public service behaviors: Testing the moderating effect of tenure. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 27, 52-67.

Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B., & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane database of systematic reviews*.

Oxholm, A.S., Di Guida, S., Gyrd-Hansen, D., & Olsen, K.R. (2019). Taking care of high-need patients in capitation-based payment schemes—an experimental investigation into the importance of market conditions. *Applied Economics*, 51, 5174-5184.

Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D., Bøtcher Jacobsen, C., Thy Jensen, U., & Bjørnskov Pedersen, L. (2022a). Time to revisit the agency theory and expand our thoughts on what motivates physicians? A nudge to health economists. *DaCHE Discussion Papers*, 1, 1-7.

Oxholm, A.S., Allen, T., Gyrd-Hansen, D., Jarbøl, D., Sydenham, R., Pedersen, L.B. (2022b). Work pressure and job dissatisfaction. Challenges in Danish general practice. *Nordic Journal of Health Economics*. Published online January 2022. [dx.doi.org/10.5617/njhe.8319](https://doi.org/10.5617/njhe.8319).

Pedersen, L.B., Andersen, M.K., Jensen, U.T., Waldorff, F.B., Jacobsen, C.B. (2018). Can External Interventions Crowd In Intrinsic Motivation? A Cluster Randomized Field Experiment on Mandatory Accreditation of General Practice in Denmark. *Social Science & Medicine*, 211, 224-233, DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.06.023.

Perry, J., & Hondeghem, A. (2009). EGPA symposium on public service motivation and performance. *International Review of Administrative Sciences*, 75, 5-97.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.

Scott A, Gravelle H, Simoens S, Bojke C, Sibbald B. Job satisfaction and quitting intentions: a structural model of British general practitioners. *British Journal of Industrial Relations* 2006;44(3):519–40.

Scott, A., Sivey, P., Ouakrim, D.A., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., et al. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane database of systematic reviews*.

Sinsky, C.A., Willard-Grace, R., Schutzbank, A.M., Sinsky, T.A., Margolius, D., Bodenheimer, T. (2013). In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Annals of Family Medicine*, 11, 272–278.

Yordanov, D., Oxholm, A.S., Gyrd-Hansen, D., Pedersen, L.B. 2023. Mapping general practitioners' motivation: It's not all about the money; A nation-wide cross-sectional survey study from Denmark. *British Journal of General Practice*, 73 (734): 396. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp23X734961>