

# Ny honorarstruktur i almen praksis

Analyse af behandlingsmønstret ud fra  
endagsregistreringer og registerdata

Notat

Anne Sophie Oxholm  
Jakob Kjellberg  
Ann Nielsen  
Henrik Schroll  
Peter Vedsted

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI, AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

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

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

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

ISBN: 978-87-7488-739-3  
Projekt 3300  
September 2012

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

# Indholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Sammenfatning .....   | 4  |
| 1. Introduktion.....  | 6  |
| 1.1 Baggrund.....   | 6  |
| 1.2 Formål og afgrænsning .....   | 7  |
| 2. Metode .....   | 8  |
| 2.1 Forsøgsdesign .....   | 8  |
| 2.2 Dataindsamling.....   | 8  |
| 2.3 Statistisk bearbejdning .....   | 12 |
| 3. Behandlingsmønstre i almen praksis .....   | 14 |
| 3.1 Antallet af konsultationer i almen praksis.....   | 14 |
| 3.2 Sammenligneligheden af endagsregistreringsdata før og efter indførelsen af ny honorarstruktur ..... | 16 |
| 3.3 Fordelingen af typer af konsultationer i almen praksis .....  | 23 |
| 3.4 Aktiviteter i almen praksis .....   | 26 |
| 3.5 Tidsforbruget per konsultation .....  | 31 |
| 3.6 Lægernes samarbejde med praksispersonale og andre læger.....  | 35 |
| 3.7 Henvisningsmønsteret i almen praksis.....   | 36 |
| 4. Behandlingsmønstre hos øvrige ydere inden for Sygesikringen .....                                    | 39 |
| 5. Diskussion af datagrundlag .....   | 41 |
| Bilag 1: § 2-aftale mellem RLTN og PLO .....  | 42 |
| Bilag 2: Oversigt over ydelsesregistrering til Sygesikringsregisteret i pilotperioden .....             | 47 |
| Bilag 3: Endagsregistreringsskema for læger .....   | 51 |
| Bilag 4: Endagsregistreringsskema for praksispersonale.....   | 54 |
| Bilag 5: Regressionsresultater – kontaktmønster i almen praksis.....                                    | 57 |
| Bilag 6: Regressionsresultater – kontaktmønster hos øvrige ydere inden for Sygesikringen .....          | 61 |
| Bilag 7: Endagsregistreringer opdelt på nye episoder og opfølgende konsultationer .....                 | 65 |
| Bilag 8: Metodetillæg .....   | 71 |

## Sammenfatning

Alment praktiserende lægers honorering har over tid udviklet sig til overvejende at være afhængig af den kliniske aktivitet. Gennem de seneste år, er der i stigende omfang blevet stillet spørgsmål ved det hensigtsmæssige i den relativt ensidige fokusering på aktivitet, herunder om der er tilstrækkelig økonomisk motivation til at investere i tværgående indsatser, f.eks. den forbyggende indsats og i forløb i sundhedsvæsenet. For at belyse honorarstrukturens betydning for de praktiserende lægers adfærd, blev der i første halvdel af 2012 igangsat et pilotprojekt på Bornholm. Her fik de praktiserende læger mulighed for primært at blive honoreret i forhold til hvor mange patienter de havde på deres liste. Med udgangspunkt i registerdata og endagsregistreringer følger vi i denne publikation de forandringer, som kan konstateres i kontakt- og behandlingsmønsteret i almen praksis i perioden med den nye honoreringsmodel.

De overordnede forskningsspørgsmål som adresseres i denne publikation er:

- Ændres antallet af konsultationer ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Ændres henvisningsmønsteret i almen praksis ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Ændres indholdet af konsultationerne, herunder fokus på forebyggelse, konsultationens længde og fordelingen mellem "nye" konsultationer og kontrolkonsultationer mv. ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Medfører den nye honorarstruktur en ændring i anvendelsen af praksispersonale?

Vi har med udgangspunkt i registeranalyserne ikke kunnet identificere entydige tendenser i det samlede aktivitetsniveau i almen praksis som følge af den ændrede honorarmodel. Antallet af kontakter er således ikke faldet i studieperioden, som forventet, som følge af aktivitetshonoreringens bortfald. Det udelukker ikke nødvendigvis en effekt på aktivitetsniveauet på lidt længere sigt. Ud fra data må det dog konstateres at der ikke er sket nogen ændringer i aktiviteten under den ny honorarmodel, når der sammenlignes med udviklingen i resten af regionen. Vi kan således konkludere, at den ændrede honorarstruktur ikke har medført kortsigtede ændringer i lægernes aktivitetsniveau.

Når vi ser på antallet af henvisninger til praktiserende speciallæger samt andre ydere under Sygesikringen, kan der heller ikke konstateres afvigelser fra udviklingen i resten af regionen. Dog steg andelen, der kontaktede vagtlæge statistisk signifikant i perioden relativt til udviklingen i resten af regionen. Ændringen skyldes især en stigning i telefonkonsultationer. Dette kunne være en indikation på, at de akutte behov i øget grad skulle håndteres i vagttid grundet bortfald af incitament til at håndtere det i dagtid. Det kan være relevant at følge op på, om denne udvikling også gør sig gældende for f.eks. skadestuebehandling, når data fra Landspatientregisteret bliver tilgængelige.

For at belyse, om der er sket nogle forandringer i indholdet af konsultationer, blev der blandt de læger og praksispersonale, der deltog i honorarprojektet, gennemført mere detaljerede registreringer for at kortlægge almen praksis' ydelses-, samarbejds- og henvisningsmønstre før og under den nye honorarstruktur. Med udgangspunkt i de registreringer, fandt vi, at konsultationerne i perioden med den nye honorarstruktur fik en større tyngde, og at de praktiserende læger foretog flere forebyggende indsatser såsom patientuddannelse om kost, rygning, motion og indsatser ved kronisk sygdom og havde en større andel opfølgende konsultationer. Modsat foretog praksispersonalet færre af disse ydelser. For praksispersonalet kan det konstateres, at der i højere grad end før honorarændringen arbejdes med nye episoder og i mindre grad med opfølgning på tidligere konsultationer. Betydningen af disse ændringer i behandlingsøjemed er ukendt. For både praksispersonalet og lægerne har konsultationernes varighed ikke ændret sig betydeligt i de to perioder.

Resultaterne fra de mere detaljerede registreringer i almen praksis understøtter på mange måder intentionen ved en ny honorarmodel, hvor man gerne ser, at der lægges mere vægt på det forbyggende arbejde og konsultationer med en større patienttyngde. Men resultaterne skal dog tolkes

med betydelig varsomhed. Registreringerne foretages alene blandt de deltagende læger på Bornholm, og vi kan derfor ikke kontrollere for udviklingen i behandlingsmønstret i resten af regionen eller for betydningen af sæsonvariation for patientmaterialet. De første detaljerede registreringer forgik i december og de efterfølgende i juni, hvor det må forventes, at der forekommer sæsonudsving i patientmaterialet. Dette bekræftes i lægernes og praksispersonalets diagnoseregistreringer samt registreringer af aktiviteter, der foretages i praksis, i de to perioder. I december er der f.eks. en klart højere andel af patienter med luftvejssygdomme end i juni samt flere aktiviteter som podning og billeddiagnostik. Modsat er der i juni registeret en betydelig højere andel forbyggende aktiviteter, ligesom flere henvendelser er registeret som alment/uspecificerede diagnoser end i december. Ændringen i antallet af uspecificerede diagnoser kan formodentlig også delvist tilskrives, at de deltagende læger, der ikke tidligere var tilknyttet Datafangst, alle blev tilknyttet Datafangstmoduliet, hvilket måske kan have påvirket brugen af diagnosekoder over tid. Samlet set, bør man være varsom med at tolke resultaterne fra de detaljerede registreringer helt så entydigt, som de statistisk signifikante resultater ellers kunne lægge op til.

Endelig er det undersøgt, om en ændring i honorarstrukturen har påvirket lægernes valg af samarbejde med andre læger og brug af praksispersonale. Her kan ikke konstateres nogle forandringer i samarbejdet med andre læger, men arbejdsdelingen mellem læger og praksispersonale er derimod blevet mere udtalt efter den nye honorarstruktur, så der er mindre samarbejde under den ny honorarstruktur. Dette fund er i modstrid med de forventninger man kunne have til en ændret honorarstruktur, men igen kan resultatet være en konsekvens af en årstidsvariation, hvor der er mere travlt i december end i juni, hvorfor der måske er mindre uddelegering af arbejdsopgaver i juni. Endelig kan feriemønstret i juni også spille ind.

Samlet må det konkluderes, at vi ikke kan spore forandringer i antallet af konsultationer som følge af honorarmodellen, men at der i perioden sker nogle forskydninger i arbejdsgangen internt i praksisserne, som understøtter de intentioner, der har været med at gennemføre en ny honorarstruktur. Dog er det uklart, om forskydningerne kan knyttets til sæsonvariationer i sygdomsbilledet, en generel trend i almen praksis eller den ændrede honorarstruktur.

# 1. Introduktion

## 1.1 Baggrund

Der stilles i stigende grad rationaliseringskrav inden for stort set alle områder af den offentlige sektor samtidig med, at der stilles krav til øget kvalitet og produktivitet – dette gælder også inden for sundhedsområdet. Alment praktiserende læger fungerer som det primære kontaktsted for befolkningens behov for lægefaglig rådgivning og i forbindelse med løbende kontrol og behandling. Dernæst sikrer almen praksis for eksempel vaccinationsprogram, graviditetsundersøgelser og en række andre forebyggende aktiviteter. Som et centralt fokus for almen praksis er opgaven som "gatekeeper" i forhold til det øvrige sundhedsvæsen, hvilket bringer almen praksis i centrum hvad angår aktiviteten og den kliniske adfærd. I de senere år er der formuleret store forventninger til praktiserende lægers koordinerende rolle i forhold til et stigende antal borgere med kroniske lidelser og multimorbiditet. Da antallet af sengedage for hospitalsindlagte patienter er faldet, er der ydermere vækst i behovet for, at almen praksis følger op på patienter efter hospitalsindlæggelser. Således oplever almen praksis at flere opgaver overgår fra hospitalerne til at foregå i praksisregi (f.eks. kontroller mv.).

Alment praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende og honoreres ud fra en offentlig overenskomst, hvis sammensætning skaber incitamenter, der kan påvirke lægernes behandlingsmønstre. I overensstemmelse med de ændrede forhold for almen praksis, blev det ved den seneste overenskomstforhandling mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Løn- og Takstnævn (RLTN) besluttet, at honorarstrukturen for almen praksis skal udvikles i retning af incitamenter, der i højere grad understøtter målsætningerne om kvalitet, dokumentation og lægedækning.

Med den nuværende honorarmodel modtager lægerne 72 % af deres honorar for udførelse af aktiviteter, mens resten udgøres af et basishonorar (nu også kaldet klinikhonorar) per tilmeldte patient samt af et praksisomkostningshonorar (Danmarks Statistisk, 2011). Ændringen af honorarstrukturen ventes at indebære, at klinikhonoraret skal udgøre en større andel af lægernes honorering. PLO og RLTN iværksatte på denne baggrund et projekt, som har til formål at tilvejebringe ny viden om effekterne af en model med et øget klinikhonorar.

Pilotprojektet løb fra og med 1. januar 2012 til og med 30. juni 2012. I projektet blev der taget udgangspunkt i en honorarmodel, hvor klinikhonoraret samlet udgjorde stort set al lægernes indtjening. Honorarets størrelse blev fastsat således, at lægerne var sikret mod en indtjeningsnedgang per tilmeldte patient. I honoraret var der dog fraregnet enkelte ydelser, som fortsat blev aktivitetshonoreret i projektperioden.

I projektperioden indberettede lægerne fortsat udvalgte aktiviteter til Sygesikringen. Derudover var lægerne og deres praksispersonale forpligtet til at foretage en række endagsregistreringer af deres konsultationer. I alt 22 fasttilknyttede alment praktiserende læger på Bornholm var tilmeldt ordningen, hvilket svarer til 76 % af de fasttilknyttede praktiserende læger på Bornholm.

For at sikre en systematisk gennemgang og vurdering af konsekvenserne af honorarstrukturændringen er Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner (tidligere Dansk Sundhedsinstitut) blevet bedt om at evaluere pilotprojektet. Denne publikation omhandler den del af evalueringen, der er baseret på registerdata samt endagsregistreringer foretaget af de deltagende almene praksisser på Bornholm. Publikationen er udarbejdet i samarbejde med Peter Vedsted, ph.d., professor, assisterende forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet. Derudover har Henrik Schroll, direktør, DAK-E bidraget til udviklingen samt gennemførelsen af endagsregistreringerne.

## 1.2 Formål og afgrænsning

Formålet med undersøgelsen er at afdække, hvorledes ændringer i honorarstrukturen påvirker aktivitets-, samarbejds- og henvisningsmønstre i almen praksis. Der tages udgangspunkt i såkaldte endagsregistreringer i almen praksis både før og under den nye honorarstruktur. Disse registreringer sammenholdes med data fra Sygesikringsregisteret. Følgende forskningsspørgsmål ønskes besvaret ved analyse af de indsamlede data:

- Ændres antallet af konsultationer i almen praksis ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Ændres antallet af aktiviteter ved hver konsultation ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Ændres tidsforbruget per patientkonsultation (herunder særligt de "tunge" patienter) ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Ændres fordelingen mellem "nye" konsultationer og kontrolkonsultationer ved indførelse af den nye honorarstruktur?
- Medfører den nye honorarstruktur en ændring i anvendelsen af praksispersonale?
- Ændres henvisningsmønstret i almen praksis ved indførelse af den nye honorarstruktur?

Undersøgelsen begrænses af tilgængeligheden af registerdata på evalueringstidspunktet. Således er der ikke inkluderet data for antallet af procedurer/kontakter i sygehusvæsenet, selvom dette ville give et indblik i eventuelle ændringer i henvisningsaktiviteten. Manglen på dette registerdata bliver dog delvist afhjulpet ved, at endagsregistreringerne også afdækker ændringer i henvisningsmønstret.

## 2. Metode

I dette kapitel præsenteres undersøgelsens design og metoder, der blev benyttet til dataindsamlingen, samt de statistiske metoder, der er anvendt til analyse af data.

### 2.1 Forsøgsdesign

#### 2.1.1 Ændring i honorarstrukturen i almen praksis

Den nuværende honorarstruktur i almen praksis er opbygget således, at lægerne modtager et fast klinikhonorar per tilmeldt patient samt et årligt praksisomkostningshonorar på ca. 15.000 kr. per læge. Derudover honoreres lægerne ved aktivitetsbestemte ydelser. Honorarerne til de aktivitetsbestemte ydelser udgjorde ca. 72 % af de offentlige udgifter til almen praksis i 2011, jf. Danmarks Statistik. De aktivitetsbestemte ydelsers andel af lægernes indtjening har været stigende de seneste år, således udgjorde aktivitetshonorering to-tredjedele af lægernes indkomst i begyndelsen af 1990'erne (Kilde: Nielsen, V. (1993), Styring af sygesikringsudgifterne, Samfundsøkonomen, 6: 37-42).

Med pilotprojektet på Bornholm ønsker man at teste en ny honorarmodel, hvor klinikhonoraret udgør stort set al lægernes indtjening. I perioden fra og med 1. januar 2012 til og med 30. juni 2012 har de deltagende lægers klinikhonorar per tilmeldte patient været øget, således at lægerne har været sikret mod en indkomstnedgang per tilmeldte patient. I perioden blev der dog fortsat udbetalt aktivitetshonorarer for ydelser efter profylakseaftalen og § 2-aftaler samt ved afregning for de grupper, der er holdt uden for klinikhonoraret (turister, EU-borgere, passanter og gruppe 2-sikrede). I bilag 1 er § 2-aftale mellem RLTN og PLO angivet.

#### 2.1.2 Deltagelse af alment praktiserende læger

Inklusion af alment praktiserende læger i projektet foregik ved frivillig rekruttering blandt almen praksis i Bornholms Regionskommune. Ni ydernumre tilmeldte sig projektet og fik dermed ændret deres honorarstruktur i første halvår af 2012. De ni ydernumre havde 22 fast tilknyttede læger, svarende til 76 % af de fasttilknyttede praktiserende læger på Bornholm, når der reguleres for delepraksisser (fuldtidsstillinger).

#### 2.1.3 Juridiske og etiske forhold

Projektet "Ny honorarstruktur i almen praksis" er anmeldt til Datatilsynet, Sundhedsstyrelsen samt til Kvalitets- og Forskningsudvalget for Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD). Projektet er ikke anmeldt til Det Videnskabetiske Komitéssystem, da det falder uden for loven om et videnskabetisk komitéssystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter.

### 2.2 Dataindsamling

Læger og praksispersonale skulle som del af medvirken i projektet foretage en række endagsregistreringer både før og under den nye honorarstruktur. Derudover skulle samtlige konsultationer (herunder også sygebesøg, e-mail- og telefonkonsultationer) registreres i Sygesikringsregisteret, selvom lægerne ikke blev aktivitetshonoreret for disse. Til formålet blev der oprettet en række ydelsesnumre i Sygesikringsregisteret.

Grundlaget for evalueringen af ændret honorering i almen praksis udgøres af data fra endagsregistreringerne samt fra Sygesikringsregisteret. I de følgende afsnit bliver dataindsamlingen nærmere beskrevet.



### 2.2.1 Endagsregistreringer

Formålet med endagsregistreringerne er at kortlægge almen praksis' ydelses-, samarbejds- og henvisningsmønstre før og under den nye honorarstruktur. Endagsregistreringerne foregik ad to omgange: Første omgang foregik i perioden 9. december 2011 til 21. december 2011 (begge dage inklusive) - i alt ni arbejdsdage, hvor den nye honorarmodel ikke var effektueret. Anden omgang foregik i perioden 11. juni 2012 til 22. juni 2012 (begge dage inklusive) - i alt ti arbejdsdage, som var under den nye honorarmodel. Længden af de to registreringsperioder blev justeret undervejs for at opnå en tilstrækkelig mængde registreringer til brug i analyserne.

Endagsregistreringerne foregik via Datafangst<sup>1</sup>, hvor der til formålet var udviklet et endagsregistreringsskema (et pop-up skema). Skemaet var udviklet i samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis (Aarhus), DAK-E og Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner, og tager afsæt i de registreringsskemaer, der blev benyttet til KOS-2008 undersøgelsen i Region Midt.

Registreringsskemaet blev aktiveret i Datafangst ved indtastning af ydelsesnumre for konsultationer i lægens praksis og sygebesøg i lægernes afregningssystem. Inden den nye honorarstruktur indførtes, benyttedes ydelsesnumrene 0101 ("Konsultation") og 04xx ("Sygebesøg")<sup>2</sup>. Under den nye honorarstruktur blev skemaerne aktiveret ved indtastning af ydelsesnummer 4270 ("Kontakter ved fremmøde") og 4273 ("Besøg hos patienten"). Målsætningen var, at hver læge og praksispersonale skulle registrere ca. 40 skemaer ved hver registreringsrunde. Registreringsskemaerne blev aktiveret ved tilfældige indtastninger af ydelsesnumre.

For at opnå en tilfældig sampling af kontakter og en rimelig arbejdsbyrde var systemet programmeret således, at skemaerne fremkom ved gennemsnitligt hver fjerde registrering foretaget af lægen i første registreringsrunde. Denne frekvens blev dog ændret efter 4,5 arbejdsdag til hver anden registrering. For praksispersonalet var frekvensen hver anden registrering i hele den første registreringsperiode. Forskellen i lægernes og praksispersonalets frekvens for fremkomsten af skemaer skyldtes, at lægerne generelt havde flere konsultationer end praksispersonalet.

Ved anden registreringsrunde i juni måned var den gennemsnitlige fremkomst af registreringsskemaer sat til hver fjerde registrering for lægen. Ligesom ved første registreringsrunde blev denne frekvens øget til hver anden efter fem arbejdsdage. For praksispersonalet var den gennemsnitlige frekvens af skemaerne sat til hver anden registrering, men efter fem arbejdsdage blev denne frekvens øget til at skemaerne fremkom ved samtlige registreringer.

Lægerne og praksispersonalet udfyldte to forskellige skemaer i forbindelse med endagsregistreringerne. Indholdet i de to skemaer samt deltagelsen af praksisserne er beskrevet i nedenstående afsnit.

#### *Endagsregistreringsskema for læger*

Lægernes skema var opbygget med tre faneblade, der indeholdt spørgsmål om henholdsvis generelle forhold ved konsultationen, indholdet af konsultationen samt konsultationens afslutning. I bilag 3 er lægernes registreringskema afbildet.

Under fanebladet "Generelle forhold om konsultationen" blev konsultationsårsagen angivet. Her kunne lægerne svare, at kontakten skyldtes forebyggelse, recept eller attest, opfølgning på tidligere konsultation eller et nyt helbredsproblem. Det var muligt at angive mere end én årsag. Derudover skulle lægen angive, om der i forbindelse med konsultationen var blevet samarbejdet med andre læger (eksternt eller internt i klinikken) og/eller med praksispersonale. Lægen skulle også

---

<sup>1</sup> Datafangst er et program, som kopierer udvalgte strukturerede data fra lægesystemerne og overfører disse til Dansk Almen Medicinsk Database. Det drejer sig om informationer som ICD-diagnosekoder, ydelser der sendes til afregning mv.

<sup>2</sup> Der findes flere sygebesøgsnumre afhængig af afstanden som lægen skal transportere sig til besøget. Samtlige sygebesøg starter med cifrene 04 og efterfølges af to cifre.

vurdere konsultationens lægefaglige tyngde på en skala fra 1 til 10, hvor 1 var en let konsultation og 10 var en svær konsultation. Karakteristikken af konsultationen skulle angives i procenter og udtrykke i hvor høj grad biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer spillede en rolle ved kontakten. Det skulle også angives hvor lang tid, der var anvendt på konsultationen – både med og uden deltagelse af patienten.

Under fanebladet "Konsultationens indhold" kunne aktiviteter i konsultationen beskrives ud fra en række kliniske procedurer (herunder prøvesvar), gennemførte prøver og emner for undervisning af patienten. Under kliniske procedurer og gennemførte prøver kunne lægen svare "andet", hvis skemaet ikke dækkede alle de aktiviteter, som var foregået ved konsultationen. Der var ikke en begrænsning på hvor mange ydelser, lægen måtte angive.

Under fanebladet "Afslutning af konsultationen" angav lægen om der var aftalt en opfølgende konsultation hos lægen og/eller praksispersonalet, om der skulle rettes henvendelse ved nyt behov og/eller om behandlingsforløbet var afsluttet. Derudover kunne lægen angive om patienten blev henvist til diagnostik og/eller behandling. I givet fald skulle lægen angive til hvilke instanser patienten blev henvist. Her kunne vælges speciallæge, hospitalsambulatorium, indlæggelse, fysioterapi/kiropraktik, eksternt laboratorium, billeddiagnostik eller andet.

#### *Endagsregistreringsskema for praksispersonale*

Registreringsskemaet til praksispersonalet lignede i store træk registreringsskemaet rettet mod lægerne. I bilag 4 er praksispersonalets registreringsskema afbildet. Skemaet bestod af spørgsmål om konsultationens årsag, vurdering af konsultationens lægefaglige tyngde, konsultationens varighed, konsultationens indhold og afslutning. Modsat lægerne skulle der ikke besvares spørgsmål om henvisningsaktivitet eller samarbejder.

Konsultationens årsag kunne angives som opfølgning på tidligere konsultation eller som en ny episode. Praksispersonalet skulle også vurdere konsultationens lægefaglige tyngde på en skala fra 1 til 10, hvor 1 var en let konsultation og 10 var en svær konsultation. Derudover skulle varigheden af konsultationen opgøres – både som tidsforbrug direkte med patientkontakt og forbrug uden patientens tilstedeværelse.

Personalets beskrivelse af indholdet i konsultationen var i skemaet delt op i en liste med kliniske procedurer, prøver og undervisnings-/livsstilsrådgivning, som kunne gives til patienten. Under kliniske procedurer og prøver kunne vælges "andet", hvis de angivne ydelser ikke dækkede aktiviteten i konsultationen. De valgte prøver og procedurer matchede i store træk de angivne ydelser i lægernes skema.

Til sidst skulle praksispersonalet besvare, hvordan konsultationen var afsluttet. Her kunne angives, at der var aftalt en opfølgende kontakt hos læge og/eller praksispersonale, at der kunne rettes henvendelse ved behov og/eller at forløbet afsluttes.

#### *Honorering for deltagelse i endagsregistreringerne*

Deltagelsen i endagsregistreringerne var en del af aftalen mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation for de praksisser, der indgik i den nye honorarstruktur. Ved deltagelse i endagsregistrering i både december 2011 og igen i juni 2012 samt informationsmødet, blev hver læge honoreret med 4.500 kr., mens der for hvert deltagende praksispersonale blev honoreret med 2.250 kr. Det samlede beløb blev udbetalt til ydernummerindehaveren. Honoreringsaftalen er beskrevet i bilag 1.

Derudover udlovede og gav Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner ved hver registreringsrunde et gavekort på 500 kr. til både den læge og den medarbejder fra praksispersonalet, som havde foretaget flest registreringer.

### *Deltagelse i endagsregistreringerne*

Samtlige læger, som deltog i projektet, skulle foretage endagsregistreringer – dvs. både faste læger, vikarer og uddannelseslæger. Tilsvarende skulle al klinikpersonale, der havde selvstændige konsultationer med patienter, foretage endagsregistreringer. Lægerne og klinikpersonalet blev introduceret til skemaerne på et informationsmøde den 1. december 2011.

En opgørelse af endagsregistreringerne viser, at otte ud af de ni ydernumre, som er tilmeldt projektet, har deltaget i endagsregistreringerne. Der er i perioden foretaget endagsregistreringer af 31 læger og 17 personer i praksispersonale. Der har deltaget mere praksispersonale end opgørelsen viser, da to ud af de otte praksisser ikke havde en indgang for praksispersonalet i Datafangst. I stedet blev praksispersonalets aktivitet opgjort af en fasttilknyttet læge. Det betyder, at dette praksispersonale ikke er inkluderet i optælling af registranter samt at deres konsultationer er udfyldt på lægeregistreringsskemaer.

Årsagen til at antallet af deltagende læger er større end de 22 fastansatte læger, som er tilmeldt projektet, er, at lægevikarer og uddannelseslæger også foretager registreringer. Deltagelsen af vikarer og uddannelseslæger betyder, at en andel af de registrerede læger kun deltager i én af de to registreringsomgange. Således har 42 % af lægerne<sup>3</sup> kun deltaget i én af de to registreringsomgange, mens det samme er gældende for 18 % af praksispersonalet<sup>4</sup>. Ved kontakt til praksisserne blev det afklaret, at flere af de manglende registreringer også skyldtes sygemeldinger og ferier.

#### 2.2.2 Registerdata

I hele projektperioden er lægerne og praksispersonalet forpligtiget til at indberette udvalgte aktiviteter til Sygesikringen, selvom ydelsesaktiviteten ikke udløser et honorar. Dette gælder konsultationer i praksis, besøg hos patienten, telefonkonsultationer og e-mailkonsultationer. Der er til formålet oprettet en række ydelsesnumre, som dækker over disse ydelser i projektperioden (Tabel 1). Ydelsesnumrene anvendes til at undersøge ændringen i kontaktmønstrene hos de alment praktiserende læger, som deltager i projektet, i hele pilotperioden.

*Tabel 1: Ydelsesnumre for konsultationer under den nye honorarstruktur*

| Ydelsesnummer | Ydelse                 |
|---------------|------------------------|
| 4270          | Kontakter ved fremmøde |
| 4271          | E-mail konsultationer  |
| 4272          | Telefonkonsultationer  |
| 4273          | Besøg hos patienten    |

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation 2011.

De til formålet oprettede ydelsesnumre sammenholdes med tilsvarende ydelser (blot andre numre) fra den oprindelige honorarstruktur. Det bør dog bemærkes, at lægerne, der er overgået til den ny honorarstruktur, fortsat vil anvende de oprindelige ydelsesnumre ved kontakt med specifikke patientgrupper i projektperioden, eksempelvis turister, EU-borgere, passanter og gruppe 2-sikrede, jf. bilag 1. Disse ydelsesnumre ekskluderes således ikke fra opgørelsen af aktivitet efter ændringen af honorarstrukturen. I Tabel 2 angives hvilke ydelsesnumre, som anvendes til at sammenligne antal konsultationer under den nye honorarstruktur med antal konsultationer under den oprindelige honorarstruktur.

<sup>3</sup> En læge har kun registreret én konsultation i én runde. Samtidig har klinikken efterfølgende meddelt at lægen var på ferie i perioden. Denne læge vurderes således ikke at have deltaget i denne registreringsrunde.

<sup>4</sup> Tre ud af otte ydernumre har ved første registreringsrunde anvendt en fællesindgang for praksispersonale. Det er derfor ikke muligt at afgøre om alt personale har registreret i denne runde. Det antages, at samtlige personale, som deltog i anden runde, deltog ved fællesregistreringen.

Tabel 2: Ydelsesnumre, som anvendes til at sammenligne konsultationer i almen praksis under den nye honorarmodel med konsultationer under den oprindelige honorarmodel

| Konsultationstype      | Ydelsesnumre for kontakter ved den nye honorarmodel | Ydelsesnumre for kontakter ved den oprindelige honorarmodel |
|------------------------|---|---|
| Kontakter ved fremmøde | 4270, 0101  | 0101  |
| Email konsultationer   | 4271, 0105  | 0105  |
| Telefonkonsultationer  | 4272, 0201  | 0201  |
| Besøg hos patienten    | 4273, 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491      | 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491                    |

Oplysninger om yders registreringer af sygesikringsydelser indhentes fra Sygesikringsregisteret. Der indhentes oplysninger fra og med januar 2011 til og med maj 2012<sup>5</sup>. Derved kan udviklingen i registrering af ydelser sammenholdes med samme periode året inden. Oplysningerne indhentes for hele perioden kun for registreringer af patienter med bopæl i Region Hovedstaden, og dækker ydelser hos alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer. Ydelser hos fodterapeuter er ikke inkluderet, da disse ydere har stået uden overenskomst i fire år - gældende frem til juli 2011.

De alment praktiserende læger i Region Hovedstaden, som ikke får ændret deres honorarstruktur, skal fungere som en referencegruppe for lægerne i Bornholms Regionskommune, der er tilmeldt den nye honorarstruktur, således at der kan korrigeres for den generelle trend i forbruget af ydelser i almen praksis. De øvrige typer af ydere er inkluderet for at kunne måle henvisningsaktiviteten fra almen praksis. Det bør bemærkes, at der indgår data for ydere som ikke har placering i Region Hovedstaden, således at patienters henvisninger til eksempelvis speciallæger uden for regionen medtages i opgørelsen.

Udover registerdata fra Sygesikringen indhentes også oplysninger om de alment praktiserende lægers registreringer af patienternes diagnoser via Datafangst. Disse oplysninger indhentes for praksisserne, der er tilmeldt projektet, da de alle er tilmeldt Datafangst (dette var et krav), og dermed foretager diagnoseregistreringer. Diagnoseoplysningerne indhentes ikke for øvrige alment praktiserende læger i Region Hovedstaden, da det ikke er alle læger, som er tilmeldt Datafangst, og dermed vil disse data ikke give fuld information om patienternes diagnoser.

## 2.3 Statistisk bearbejdning

Behandlingsmønstrene i almen praksis analyseres ved brug af to forskellige datakilder: 1) Endagsregistreringer foretaget af praksisser, der har fået ændret deres honorering. 2) Registreringer af konsultationer i Sygesikringsregisteret foretaget af samtlige almene praksisser i Region Hovedstaden.

Der er i forbindelse med analyserne af endagsregistreringsdata foretaget en række tests for forskelle mellem registreringerne inden honorarstrukturen blev ændret, dvs. i december 2011, og efter ændringen af strukturen, dvs. i juni 2011. For at tage hensyn til risikoen for tilfældige udfald fortolkes de på et statistisk signifikansniveau på 5 %. Der er primært benyttet to forskellige tests til at udregne, om der er statistiske forskelle på konsultationerne før og efter indførelsen af den ny honorarstruktur. Til analyse af de variable, som har en kategorisk skala (som køn, årsag til konsultation mm.) anvendes en chi2-test. Til analysen af de variable, som har en kontinuert skala (som alder, konsultationens tyngde (skala 1 til 10) mm.) anvendes en t-test (tosidet) på baggrund af en

<sup>5</sup> Det har ikke været muligt at indhente data fra juni 2012 inden for projektets tidsramme.

bootstrap-procedure, hvor der benyttes 10.000 bootstrap-samples. Bootstrap-proceduren anvendes for at tage højde for at data ikke er normalfordelt.

Ved analysen af kontaktmønsteret i almen praksis samt hos øvrige ydere inden for Sygesikringen benyttes registerdata. Der defineres en interventions- og referencegruppe, som er opgjort ud fra deltagelse i den ny honorarstruktur (se bilag 8 for en udspecificering af interventions- og referencegruppen). Inklusion af en referencegruppe betyder, at det er muligt at korrigere for eventuelle trends i kontaktmønsteret, dvs. korrigere for en generel udvikling i kontaktmønsteret over tid, som ikke skyldes ændringer i honorarstrukturen. Difference-in-differences metoden anvendes til at foretage denne korrektion. Den grundlæggende antagelse bag metoden er, at interventionsgruppens gennemsnitlige kontaktmønster ville have udviklet sig tilsvarende referencegruppens i fravær af den ændrede honorarstruktur. Difference-in-differences metoden implementeres ved brug af lineær regressionsmodel med robuste fejlled.

### 3. Behandlingsmønstre i almen praksis

I dette kapitel analyseres ændringer i behandlingsmønstret i almen praksis i forbindelse med ændringen i honorarstrukturen. I afsnit 4.1 undersøges det, i hvilket omfang den ændrede honorarstruktur har medført en ændring i antallet af konsultationer i almen praksis. Denne analyse bygger på registerdata fra Sygesikringen. Den resterende del af kapitel 4 beskæftiger sig med honorarstrukturændringens indvirkning på indholdet af konsultationerne, herunder eksempelvis antallet af aktiviteter samt varighed af konsultationerne. Til dette formål benyttes de indsamlede endagsregistreringer. Disse data er indsamlet i forbindelse med konsultationer i praksisser, der er en del af pilotprojektet. I modsætning til analyserne på registerdata er det således ikke muligt ved disse analyser at generere en referencegruppe. Det er derfor nødvendigt at gennemføre en nærmere undersøgelse af eventuelle forskelle i det patientmateriale, der sammenlignes over tid. Denne undersøgelse foretages i afsnit 4.2.

#### 3.1 Antallet af konsultationer i almen praksis

I Sygesikringsregisteret registrerer læger og praksispersonale elektronisk samtlige konsultationer, herunder konsultationer ved fremmøde i praksis, sygebesøg, e-mailkonsultationer og telefonkonsultationer. Data fra Sygesikringen giver således mulighed for at opgøre antallet af konsultationer for de deltagende praksisser samt for øvrige praksisser i Region Hovedstaden, både før og under den ændrede honorarstruktur. Derved er det muligt at anvende regionens øvrige praksisser som referencegruppe for de deltagende praksisser, hvormed effekten af honorarændringen kan adskilles fra en generel udvikling i antal konsultationer over tid, som ikke er relateret til den ændrede honorarstruktur.

I Tabel 3 og Tabel 4 angives den årlige ændring i det gennemsnitlige antal konsultationer per alment praktiserende yder. Konsultationerne er inddelt i konsultationer i praksis, sygebesøg, telefonkonsultationer og e-mailkonsultationer. I tabellerne angives både det gennemsnitlige antal konsultationer per almen praksis, som har fået ændret deres honorarstruktur (interventiongruppen), samt de gennemsnitlige antal konsultationer per øvrige almene praksisser i Region Hovedstaden (referencegruppen). Den procentvise årlige ændring i antallet af konsultationer sammenlignes dels over hele perioden, dels på månedsniveau. For at tage højde for eventuelle sæsonudsving sammenlignes en given periode i 2011 med den tilsvarende periode i 2012.

Ud fra tabellen ses, at udviklingen i antallet af konsultationer per yder, som foregår ved fremmøde i almen praksis, ikke har ændret sig nævneværdigt fra første halvår af 2011 til første halvår af 2012 – hverken for de deltagende praksisser eller for de øvrige praksisser i Region Hovedstaden. Der findes således ingen statistisk signifikant effekt af den ny honorarstruktur på antallet af konsultationer i praksis.

Betragtes udviklingen i det gennemsnitlige antal sygebesøg per yder fra første halvår af 2011 med første halvår af 2012, har der gennemsnitlig været 6 % færre sygebesøg per deltagende praksisser på Bornholm. Det gennemsnitlige antal sygebesøg per yder er i samme periode steget med 2 % i det øvrige Region Hovedstaden. Det kan dog ikke påvises, at ændringen i gruppen af deltagende praksisser er statistisk signifikant forskellig fra ændringen blandt øvrige praksisser i Region Hovedstaden.

Det gennemsnitlige antal telefonkonsultationer per yder er faldet blandt ydere i begge grupper. Faldet fra første halvår af 2011 til første halvår af 2012 er gennemsnitligt 4 % per deltagende praksis, mens det tilsvarende fald er på 1 % for øvrige praksisser i Region Hovedstaden. Udviklingen i de to gruppers gennemsnitlige antal telefonkonsultationer er ikke statistisk signifikant forskellige.

Det gennemsnitlige antal af e-mailkonsultationer per praksis er steget i hele Region Hovedstaden. Stigning udgør 10 % blandt de deltagende praksisser fra første halvår af 2011 til første halvår af 2012, mens stigningen blandt regionens øvrige almene praksisser i samme periode udgør 21 %. Det kan ikke påvises, at udviklingerne i de to grupper er statistisk signifikant forskellige.

Samlet viser analysen af det gennemsnitlige antal konsultationer per almen praksis, at der ikke kan påvises en effekt af den ændrede honorarstruktur på antallet af konsultationer. Det gælder både konsultationer ved fremmøde i praksis, sygebesøg, telefon- og e-mailkonsultationer.

Tabel 3: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal konsultationer per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende ydere på Bornholm og øvrige ydere i Region Hovedstaden

| Antal konsultationer <sup>2</sup> | Konsultation per yder             |                              |                          |                              |                      | Sygebesøg per yder                |                              |                            |                              |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------|
|                                   | Deltagende praksis (intervention) |                              | Øvrige praksis (kontrol) |                              | p-værdi <sup>1</sup> | Deltagende praksis (intervention) |                              | Øvrige praksis (kontrol)   |                              | p-værdi <sup>1</sup> |
|                                   | Antal 1. halvår 2011              | % ændring til 1. halvår 2012 | Antal 1. halvår 2011     | % ændring til 1. halvår 2012 |                      | Antal 1. halvår 2011              | % ændring til 1. halvår 2012 | Antal besøg 1. halvår 2011 | % ændring til 1. halvår 2012 |                      |
|                                   |                                   |                              |                          |                              |                      |                                   |                              |                            |                              |                      |
| Januar                            | 1.237                             | 8,1 %                        | 674                      | 4,0 %                        | 0,88                 | 19                                | 8,7 %                        | 13                         | 6,0 %                        | 1,00                 |
| Februar                           | 1.183                             | -6,0 %                       | 601                      | 5,1 %                        | 0,62                 | 18                                | -7,6 %                       | 11                         | 8,9 %                        | 0,62                 |
| Marts                             | 1.277                             | 0,0 %                        | 721                      | -0,7 %                       | 0,93                 | 20                                | -0,5 %                       | 14                         | -6,3 %                       | 0,64                 |
| April                             | 1.106                             | -0,3 %                       | 552                      | 1,9 %                        | 0,75                 | 15                                | 3,7 %                        | 10                         | 2,3 %                        | 0,55                 |
| Maj <sup>4</sup>                  | 1.046                             | -5,0 %                       | 555                      | -3,1                         | 0,99                 | 17                                | -33,0 %                      | 10                         | -0,7 %                       | 0,20                 |
| Første halvår                     | 5.850                             | -0,4 %                       | 3.106                    | 1,4 %                        | 0,88                 | 89                                | -5,5 %                       | 59                         | 1,9 %                        | 0,96                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 5.

<sup>2</sup> Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup> Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 8 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup> Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup> Der observeres et højere gennemsnitligt aktivitetsniveau blandt de deltagende ydere end blandt øvrige ydere i Region Hovedstaden. Det vurderes at skyldes færre læger per ydernummer i det øvrige Region Hovedstaden.

Tabel 4: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal konsultationer per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende ydere på Bornholm og øvrige ydere i Region Hovedstaden

| Antal konsultationer <sup>2</sup> | Telefonkonsultation per yder      |                              |                          |                              |                      | E-mailkonsultation per yder       |                              |                          |                              |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------|
|                                   | Deltagende praksis (intervention) |                              | Øvrige praksis (kontrol) |                              | p-værdi <sup>1</sup> | Deltagende praksis (intervention) |                              | Øvrige praksis (kontrol) |                              | p-værdi <sup>1</sup> |
|                                   | Antal 1. halvår 2011              | % ændring til 1. halvår 2012 | Antal 1. halvår 2011     | % ændring til 1. halvår 2012 |                      | Antal 1. halvår 2011              | % ændring til 1. halvår 2012 | Antal 1. halvår 2011     | % ændring til 1. halvår 2012 |                      |
| Januar                            | 813                               | 0,9 %                        | 437                      | 0,0 %                        | 0,91                 | 193                               | 25,8 %                       | 95                       | 26,4 %                       | 0,84                 |
| Februar                           | 761                               | -6,8 %                       | 390                      | 2,1 %                        | 0,55                 | 183                               | 9,6 %                        | 86                       | 28,6 %                       | 0,63                 |
| Marts                             | 839                               | -4,4 %                       | 455                      | -2,5 %                       | 0,91                 | 198                               | 9,0 %                        | 107                      | 17,5 %                       | 0,65                 |
| April                             | 724                               | -4,5 %                       | 366                      | 0,2 %                        | 0,69                 | 179                               | 5,0 %                        | 82                       | 27,9 %                       | 0,31                 |
| Maj <sup>4</sup>                  | 650                               | -6,6 %                       | 352                      | -3,1 %                       | 0,91                 | 171                               | 0,6 %                        | 84                       | 19,3 %                       | 0,51                 |
| Første halvår                     | 3.786                             | -4,1 %                       | 2.000                    | -0,7 %                       | 0,73                 | 924                               | 10,3 %                       | 453                      | 23,7 %                       | 0,49                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 5.

<sup>2</sup> Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup> Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 8 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup> Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup> Der observeres et højere gennemsnitligt aktivitetsniveau blandt de deltagende ydere end blandt øvrige ydere i Region Hovedstaden. Det vurderes at skyldes færre læger per ydernummer i det øvrige Region Hovedstaden.

### 3.2 Sammenligneligheden af endagsregistreringsdata før og efter indførelsen af ny honorarstruktur

Lægernes og praksispersonalets endagsregistreringer før og efter indførelsen af den nye honorarstruktur anvendes til at måle eventuelle ændringer i indholdet af konsultationer i almen praksis. Otte ydere har foretaget endagsregistreringer. Sammenligningen af deres registreringer er besværliggjort af, at praksispersonalets registreringer i to praksisser er foretaget af en fasttilknyttet læge via lægens egen indgang til Datafangst. Det betyder, at praksispersonalets registreringer ikke kan adskilles fra lægens egne registreringer. For at undgå problemer med sammenblanding af lægens og praksispersonalets konsultationer fjernes disse to læger fra undersøgelsen. Det betyder, at vores analyser er baseret på registreringer for seks ydernes praksispersonale samt 29 læger.

Ved sammenligningen af behandlingsmønstrene før og efter indførelsen af den nye honorarstruktur er der flere faktorer, der kan påvirke resultaterne. Det observerede behandlingsmønster kan være et resultat af den ændrede honorarstruktur samt en trend i udviklingen, årstidsvariation og forskelle i patientmaterialet i de to perioder, der sammenlignes. Idet data indeholder oplysninger om alder, køn og diagnoser er det muligt at undersøge, hvorvidt patientmaterialet i de to perioder adskiller sig på disse parametre. Derimod er det ikke muligt at foretage en undersøgelse af, hvorvidt de observerede behandlingsmønstre i de to perioder er påvirket af en trend i udviklingen eller årstidsbestemt variation. Det er derfor vigtigt at have disse faktorer in mente, når resultaterne fortol-



kes i afsnittene 4.3-4.7. I den resterende del af afsnit 4.2 undersøges sammenligneligheden af patientmaterialet i de to registreringsrunder.

Af Tabel 5 fremgår det, at i lægernes konsultationer er 58 % af patienterne kvinder i første registreringsrunde (december 2011), mens kvinderne i anden registreringsrunde udgør 62 % (i juni 2012). Ved konsultationer foretaget af praksispersonalet er 55 % af patienterne kvinder i første registreringsrunde, mens 56 % er kvinder i anden registreringsrunde. Kønsfordelingen i de to registreringsrunder er ikke statistisk signifikant forskellige fra hinanden – hverken i lægernes eller praksispersonalets registreringer.

Gennemsnitsalderen for patienter i lægernes konsultationer, der indgår i første registreringsrunde, er 49 år, mens den er ét år lavere i anden registreringsrunde. Forskellen på den gennemsnitlige alder ved lægernes konsultationer i de to registreringsrunder er ikke statistisk signifikant. Det samme er tilfældet for praksispersonalets registreringer, hvor forskellen i gennemsnitsalderen, de to registreringsrunder imellem, er to år, jf. Tabel 5.

*Tabel 5: Fordeling af patienternes alder og køn ved konsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)*

|                         | December 2011   |            | Juni 2012       |            | p-værdi           |
|-------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|
| Lægeregistreringer      | (n=713)         |            | (n=885)         |            |                   |
| Køn                     | 58 % er kvinder |            | 62 % er kvinder |            | <sup>1</sup> 0,13 |
| Alder                   | Median 52 år    | Gns. 49 år | Median 51 år    | Gns. 48 år | <sup>2</sup> 0,33 |
| Personaleregistreringer | (n=715)         |            | (n=592)         |            |                   |
| Køn                     | 55 % er kvinder |            | 56 % er kvinder |            | <sup>1</sup> 0,74 |
| Alder                   | Median 65 år    | Gns. 60 år | Median 63 år    | Gns. 58 år | <sup>2</sup> 0,09 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Chi<sup>2</sup>-test

<sup>2</sup> T-test(tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

Patienternes diagnoser kan også have betydning for sammenligneligheden af konsultationer ved de to registreringsrunder. Som eksempel kunne man forestille sig, at der er forskel på behandlingsmønsteret for patienter som lider af øjenbetændelse og patienter med en kræftsygdom. Derfor undersøges fordelingen af patienternes diagnoser ved de to registreringsrunder.

Patienternes diagnoser er ikke blevet registreret i endagsregistreringsskemaerne, men er blevet indsamlet via Datafangst. Diagnoserne registreres ved brug af ICPC-koder<sup>6</sup>, hvor der kan knyttes flere koder (diagnoser) til den samme konsultation.<sup>7</sup> Det er ikke et krav, at lægerne og praksispersonalet skal diagnoseregistrere i Datafangst, og derfor gælder det ikke ved alle konsultationer, at en diagnose kan tilknyttes patienten. Andelen af patienter, der har en diagnose tilknyttet, er lavere i praksispersonalets endagsregistreringer end i lægernes registreringer. I praksispersonalets første registreringsrunde er andelen af konsultationer med en diagnose 33 %, mens denne andel er 55 % i anden registreringsrunde. Lægerne har diagnoser registreret ved 77 % af deres konsultationer i begge registreringsrunder. De manglende registreringer betyder, at vi ikke kan få et komplet billede af fordelingen af diagnoser ved konsultationerne – og vi må derfor antage at de gældende registreringer er repræsentative for fordelingen af samtlige endagsregistreringer.

Fordelingen af diagnoser ved endagsregistreringerne inden og efter indførelsen af den nye honorarstruktur er angivet i Tabel 6, Tabel 7, Tabel 8 og

<sup>6</sup> ICPC er en forkortelse af *International Classification of Primary Health Care*, som er et internationalt diagnosekodningssystem, der er designet specifikt til specialet almen medicin.

<sup>7</sup> Ved endagsregistreringerne har patienterne i 11 % af konsultationerne mere end én diagnose tilknyttet.

Tabel 9, hvor diagnoserne er opdelt efter lægernes og praksispersonalets registreringer samt efter ICPC-organ og ICPC-komponent. For både lægernes og praksispersonalets konsultationer observeres et fald i andelen af konsultationer med organkoden "luftveje" fra første registreringsrunde i december til anden registreringsrunde i juni måned. I begge tilfælde er nedgangen statistisk signifikant. For organkoden " Endokrint, metabol" er der også sket en statistisk signifikant ændring fra første registreringsrunde til anden registreringsrunde for både læger og praksispersonale. I lægernes registreringer skete en stigning på 3 procentpoint, mens ændringen i praksispersonalets registreringer udgør et fald på 10 procentpoint. Blandt praksispersonalets registreringer observeres endvidere et statistisk signifikant fald i organkoderne "Hjerte-kar-system", "Nervesystem" og "Urinveje" samt en statistisk signifikant stigning i organkoden "Alment/uspecificeret", jf. Tabel 7.

De mange ændringer i praksispersonalets registrering af diagnoser fra første til anden registreringsrunde skal ses i lyset af, at der ved anden registreringsrunde er 22 procentpoint flere konsultationer, der har en diagnosekode tilknyttet end ved første registreringsrunde. Ved praksispersonalets anden registreringsrunde er andelen af diagnoser med organkoden "Alment/uspecificeret" 34 procentpoint større end ved første registreringsrunde. En forklaring på dette kan være at flere af de registrerende praksisser ved første registreringsrunde først lige er begyndt at bruge Datafangst, og dermed diagnoseregistreringer (ICPC-koder). En mulig forklaring på ændringen i fordelingen af ICPC-organkoden "alment/uspecificeret" – og andre af organkoderne - kan således være en ændring i registreringspraksis frem for en forskel i patienter, der er blevet behandlet.

Grupperes diagnoserne i stedet ved brug af ICPC-komponenter (Tabel 8 og

Tabel 9) observeres i lægernes såvel som i praksispersonalets registreringer et fald på 6 procent-point i andelen af patienter med symptomdiagnoser. Dette fald er statistisk signifikant. Af lægernes registreringer ses endvidere, at der i anden registreringsrunde gennemføres statistisk signifikant færre konsultationer med patienter, der er ramt af infektionssygdomme, end tilfældet er i løbet af første registreringsrunde. Omvendt er der sket en stigning i andelen af lægernes patienter med diagnoser klassificeret ved ICPC-komponenterne "Specifikke sygdomme", "Medfødte misdannelser" og "Ikke klassificeret" fra december til juni.

Samlet peger undersøgelsen af diagnoserne på, at der er statistisk signifikante forskelle på patientmaterialet i de to registreringsrunder. En del af forskellen i fordelingen af patienternes diagnoser vurderes at skyldes sæsonmæssige udsving, da især luftvejssygdomme må ventes at forekomme i højere grad i december end i juni måned. Endvidere er der risiko for, at en del af forskellen i fordelingen af diagnoser skal tilskrives en ændret registreringspraksis grundet den nylige indførelse af Datafangst i flere praksisser. Hertil skal lægges, at kun godt halvdelen af konsultationerne har en diagnoseregistrering. På baggrund af de her nævnte problemstillinger vurderes datagrundlaget for diagnoseregistreringerne ikke tilstrækkeligt solidt til, at der kan korrigeres for patienternes diagnoser i de videre analyser. De fundne forskelle vil i stedet blive diskuteret i forbindelse med fortolkningen af resultaterne i den resterende del af kapitel 4.

Tabel 6: Fordeling af patienternes diagnose ved konsultation hos lægen før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (inddelt på ICPC2-kodesystemets<sup>2</sup> organkoder) (målt ved endagsregistreringer)

| Diagnose <sup>3</sup>       | December 2011<br>(n=550) <sup>1</sup>           |   | Juni 2012<br>(n=685) <sup>1</sup>               |   | p-værdi <sup>4</sup> |
|-----------------------------|---|---|---|---|----------------------|
|                             | Antal konsultationer med organkode <sup>2</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet | Antal konsultationer med organkode <sup>2</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet |                      |
| A: Alment/uspecificeret     | 51  | 9 %   | 81  | 12 %  | 0,15                 |
| B: Blod, lymfe, immunsystem | 6   | 1 %   | 4   | 1 %   | 0,32                 |
| D: Fordøjelsessystem        | 29  | 5 %   | 48  | 7 %   | 0,21                 |
| F: Øje                      | 11  | 2 %   | 22  | 3 %   | 0,19                 |
| H: Øre                      | 16  | 3 %   | 18  | 3 %   | 0,76                 |
| K: Hjerte-kar-system        | 103   | 19 %  | 130   | 19 %  | 0,91                 |
| L: Muskel, skeletsystem     | 109   | 20 %  | 160   | 23 %  | 0,13                 |
| N: Nervesystem              | 10  | 2 %   | 21  | 3 %   | 0,16                 |
| P: Psykisk                  | 54  | 10 %  | 61  | 9 %   | 0,58                 |
| R: Luftveje                 | 96  | 17 %  | 86  | 13 %  | <b>0,02</b>          |
| S: Hud                      | 63  | 11 %  | 97  | 14 %  | 0,16                 |
| T: Endokrint, metabol       | 42  | 8 %   | 77  | 11 %  | <b>0,03</b>          |
| U: Urinveje                 | 23  | 4 %   | 18  | 3 %   | 0,13                 |
| W: Svangerskab, fødsel      | 17  | 3 %   | 21  | 3 %   | 0,98                 |
| X: Kvindelige kønsorgan     | 21  | 4 %   | 24  | 4 %   | 0,77                 |
| Y: Mandelige kønsorgan      | 12  | 2 %   | 7   | 1 %   | 0,10                 |
| Z: Sociale problemer        | 3   | 1 %   | 5   | 1 %   | 0,69                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Antallet af lægekonsultationer med mindst én diagnose. Kun 77 % af lægekonsultationerne i december 2011 og i juni 2012 har en diagnose tilknyttet, jf. metodetillægget.

<sup>2</sup> Samme konsultation kan optræde flere gange i opførelsen, da de har fået tilknyttet flere diagnoser ved registreringerne.

<sup>3</sup> Proceskoder fra ICPC1-registrering er oversat til ICPC2-registrering. <sup>4</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Tabel 7: Fordeling af patienternes diagnose ved konsultation hos praksispersonale før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (inddelt på ICPC2-kodesystemets<sup>2</sup> organkoder) (målt ved endagsregistreringer)

| Diagnose <sup>3</sup>       | December 2011<br>(n=233) <sup>1</sup>           |   | Juni 2012<br>(n=324) <sup>1</sup>               |   | p-værdi <sup>4</sup> |
|-----------------------------|---|---|---|---|----------------------|
|                             | Antal konsultationer med organkode <sup>2</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet | Antal konsultationer med organkode <sup>2</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet |                      |
| A: Alment/uspecificeret     | 10  | 4 %   | 122   | 38 %  | <b>&lt;0,01</b>      |
| B: Blod, lymfe, immunsystem | 3   | 1 %   | 6   | 2 %   | 0,60                 |
| D: Fordøjelsessystem        | 5   | 2 %   | 3   | 1 %   | 0,23                 |
| F: Øje                      | 1   | 0 %   | 2   | 1 %   | 0,77                 |
| H: Øre                      | 5   | 2 %   | 9   | 3 %   | 0,64                 |
| K: Hjerte-kar-system        | 70  | 30 %  | 50  | 15 %  | <b>&lt;0,01</b>      |
| L: Muskel, skeletsystem     | 8   | 3 %   | 10  | 3 %   | 0,82                 |
| N: Nervesystem              | 5   | 2 %   | 0   | 0 %   | <b>0,01</b>          |
| P: Psykisk                  | 12  | 5 %   | 7   | 2 %   | 0,06                 |
| R: Luftveje                 | 14  | 6 %   | 8   | 2 %   | <b>0,03</b>          |
| S: Hud                      | 47  | 20 %  | 66  | 20 %  | 0,95                 |
| T: Endokrint, metabol       | 49  | 21 %  | 37  | 11 %  | <b>&lt;0,01</b>      |
| U: Urinveje                 | 15  | 6 %   | 7   | 2 %   | <b>0,01</b>          |
| W: Svangerskab, fødsel      | 0   | 0 %   | 1   | 0 %   | 0,40                 |
| X: Kvindelige kønsorgan     | 1   | 0 %   | 0   | 0 %   | 0,24                 |
| Y: Mandelige kønsorgan      | 0   | 0 %   | 3   | 1 %   | 0,14                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Antallet af konsultationer med mindst én diagnose. Kun 33 % af personalekonsultationerne i december 2011 og 55 % af personalekonsultationerne i juni 2012 har en diagnose tilknyttet, jf. metodetillægget.

<sup>2</sup> Samme konsultation kan optræde flere gange i opgørelsen af hver diagnose, da de har fået tilknyttet flere diagnoser ved registreringerne.

<sup>3</sup> Proceskoder fra ICPC1-registrering er oversat til ICPC2-registrering.

<sup>4</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Table 8: Distribution of patients' diagnoses at consultations with the doctor before and after the implementation of a new fee structure in general practice (divided by ICPC2-code system components) (measured by daily registrations)

| Diagnose <sup>2</sup>           | December 2011                                   |   | Juni 2012                                       |   | p-værdi <sup>5</sup> |
|---------------------------------|---|---|---|---|----------------------|
|                                 | Antal konsultationer med komponent <sup>4</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet | Antal konsultationer med komponent <sup>4</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet |                      |
|                                 | (n=550) <sup>3</sup>                            |   | (n=685) <sup>3</sup>                            |   |                      |
| Infektionssygdomme              | 104   | 19 %  | 80  | 12 %  | <b>&lt;0,01</b>      |
| Medfødte misdannelser           | 3   | 1 %   | 16  | 2 %   | <b>0,01</b>          |
| Neoplasmer                      | 12  | 2 %   | 12  | 2 %   | 0,59                 |
| Skader                          | 14  | 3 %   | 23  | 3 %   | 0,41                 |
| Specifikke sygdomme IKA         | 258   | 47 %  | 385   | 56 %  | <b>&lt;0,01</b>      |
| Symptomdiagnoser                | 224   | 41 %  | 238   | 35 %  | <b>0,03</b>          |
| Ikke klassificeret <sup>1</sup> | 7   | 1 %   | 36  | 5 %   | <b>&lt;0,01</b>      |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> En række ICPC-koder er ikke klassificeret i forhold til en komponent, men udelukkende til et organ.

<sup>2</sup> Proceskoder fra ICPC1-registrering er oversat til ICPC2-registrering.

<sup>3</sup> Antallet af lægekonsultationer med mindst én diagnose. Kun 77 % af lægekonsultationerne i december 2011 og i juni 2012 har en diagnose tilknyttet, jf. metodetillægget.

<sup>4</sup> Samme konsultation kan optræde flere gange i opførelsen, da de har fået tilknyttet flere diagnoser ved registreringerne.

<sup>5</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Tabel 9: Fordeling af patienternes diagnoser ved konsultationer med praksispersonale før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (inddelt på ICPC2-kodesystemets komponenter) (målt ved endagsregistreringer)

| Diagnose <sup>2</sup>           | December 2011                                   |   | Juni 2012                                       |   | p-værdi <sup>5</sup> |
|---------------------------------|---|---|---|---|----------------------|
|                                 | Antal konsultationer med komponent <sup>4</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet | Antal konsultationer med komponent <sup>4</sup> | % af alle konsultationer med en diagnose tilknyttet |                      |
|                                 | (n=233) <sup>3</sup>                            |   | (n=324) <sup>3</sup>                            |   |                      |
| Infektionssygdomme              | 37  | 16 %  | 37  | 11 %  | 0,13                 |
| Medfødte misdannelser           | 1   | 0 %   | 0   | 0 %   | 0,24                 |
| Neoplasmer                      | 2   | 1 %   | 2   | 1 %   | 0,74                 |
| Skader                          | 12  | 5 %   | 26  | 8 %   | 0,18                 |
| Specifikke sygdomme IKA         | 151   | 65 %  | 230   | 71 %  | 0,12                 |
| Symptomdiagnoser                | 28  | 12 %  | 18  | 6 %   | <b>&lt;0,01</b>      |
| Ikke klassificeret <sup>1</sup> | 9   | 4 %   | 15  | 5 %   | 0,66                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> En række ICPC-koder er ikke klassificeret i forhold til en komponent, men udelukkende til et organ.

<sup>2</sup> Proceskoder fra ICPC1-registrering er oversat til ICPC2-registrering.

<sup>3</sup> Antallet af konsultationer med mindst én diagnose. Kun 33 % af personalekonsultationerne i december 2011 og 55 % af personalekonsultationerne i juni 2012 har en diagnose tilknyttet, jf. metodetillægget.

<sup>4</sup> Samme konsultation kan optræde flere gange i opførelsen, da de har fået tilknyttet flere diagnoser ved registreringerne.

<sup>5</sup> Chi<sup>2</sup>-test

### 3.3 Fordelingen af typer af konsultationer i almen praksis

Ændringen i behandlingsmønstre i almen praksis kan analyseres ved at se på, om der er sket en ændring i årsagen til konsultationerne. Med årsagen menes hvorvidt der er tale om eksempelvis et nyt helbredsproblem eller en opfølgende konsultation. For at kunne afdække denne ændring i behandling har lægerne og praksispersonalet skullet angive årsagen til konsultationerne i endagsregistreringsskemaerne.

Lægerne og praksispersonalet har ikke haft de samme svarmuligheder ved angivelse af konsultationsårsager. I Tabel 10 er konsultationsårsagerne listet for konsultationer med lægen og i Tabel 11 er konsultationsårsagerne angivet for praksispersonalets konsultationer. Samme konsultation kan have flere konsultationsårsager, hvilket gælder for 16 % af konsultationerne hos lægerne i første registreringsrunde og 20 % af lægekonsultationerne i anden registreringsrunde.

Godt halvdelen af lægekonsultationerne i både første og anden registreringsrunde skyldes et nyt helbredsproblem. Tilsvarende er knap halvdelen af lægekonsultationerne i både første og anden registreringsrunde en opfølgning på en tidligere konsultation. Andelen af lægekonsultationer med årsagsangivelsen "opfølgning på tidligere konsultation" stiger med fem procentpoint fra første til anden registreringsrunde, og denne ændring er statistisk signifikant.

Årsagsangivelsesmulighederne for praksispersonale er færre end ved lægeregistreringerne, men det var også her muligt at angive flere årsager til en konsultation. Dette er dog kun gjort ved én konsultation. Ved registreringerne inden den nye honorarstruktur indtraf, var der 15 procentpoint flere konsultationer hos praksispersonalet, som skyldtes opfølgning på en tidligere konsultation,

sammenlignet med registreringerne under den nye honorarstruktur. Omvendt var der 15 procentpoint flere konsultationer ved anden registreringsrunde, som skyldtes en ny episode, i forhold til første registreringsrunde. Forskellen mellem fordelingen af nye og opfølgende konsultationer for praksispersonalet er statistisk signifikant.

Ændringen i lægernes og praksispersonalets angivelser af konsultationsårsager kan tyde på at praksispersonalets aktivitet ændres i retning af i højere grad at tage de akutte henvendelser i praksis, mens lægerne i højere grad har opfølgende konsultationer. Om dette skyldes årstid, honorarstruktur eller en generel trend ved vi ikke.

Tabel 10: Årsager til konsultation med lægen før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Konsultationsårsag                   | December 2011<br>(n=713) <sup>1</sup> |   | Juni 2012<br>(n=848) <sup>1+2</sup> |   | p-værdi <sup>3</sup> |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|----------------------|
|                                      | Antal                                 | % af alle konsultationer med en årsangsangivelse hos læge | Antal                               | % af alle konsultationer med en årsangsangivelse hos læge |                      |
| Forebyggelse                         | 106                                   | 15 %  | 144                                 | 17 %  | 0,26                 |
| Recept eller attest                  | 44                                    | 6 %   | 58                                  | 7 %   | 0,59                 |
| Opfølgning på tidligere konsultation | 312                                   | 44 %  | 415                                 | 49 %  | <b>0,04</b>          |
| Nyt helbredsproblem                  | 387                                   | 54 %  | 443                                 | 52 %  | 0,42                 |

Kilde: Egne beregninger foretaget på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Samme konsultationer kan godt have tilknyttet flere årsangsregistreringer.

<sup>2</sup> I første registreringsrunde er 37 konsultationer ikke årsangsregistreret efter kategorierne "Forebyggelse", "Recept eller attest" og "Nyt helbredsproblem". Det skyldes den systemiske opsætning i Datafangst, som bevirkede at der ved nogle lægekonsultationer blev udfyldt et praksispersonaleregistreringsskema, hvor konsultationsårsagerne ikke var de samme som i lægernes registreringsskema. Disse 37 registreringer er således fjernet fra opgørelsen.

<sup>3</sup> Chi<sup>2</sup>-test.



Tabel 11: Årsager til konsultation med praksispersonale før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Konsultationsårsag                   | December 2011<br>(n=695) <sup>1+2</sup> |  | Juni 2012<br>(n=564) <sup>1+3</sup> |  | p-værdi <sup>4</sup> |
|--------------------------------------|---|--|-------------------------------------|--|----------------------|
|                                      | Antal                                   | % af alle konsultationer med en årsangsangivelse hos personale | Antal                               | % af alle konsultationer med en årsangsangivelse hos personale |                      |
| Opfølgning på tidligere konsultation | 376                                     | 54 %   | 221                                 | 39 %   | <b>&lt;0,01</b>      |
| Ny episode                           | 319                                     | 46 %   | 344                                 | 61 %   | <b>&lt;0,01</b>      |

Kilde: Egne beregninger foretaget på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Samme konsultationer kan godt have tilknyttet flere årsangsregistreringer. Dette er dog kun gældende i ét tilfælde – og det er i anden registreringsrunde.

<sup>2</sup> I første registreringsrunde er 20 konsultationer ikke blevet registreret ved brug af praksispersonalets endagsregistreringsskema. Det skyldes den systemiske opsætning i Datafangst, som har betydet, at personalet udfyldte deres konsultation i et lægeregistreringsskema, hvor konsultationsårsagerne ikke var de samme som i praksispersonalets registreringsskema. Disse 20 registreringer er derfor fjernet fra opgørelsen.

<sup>3</sup> I anden registreringsrunde er 28 konsultationer ikke blevet registreret ved brug af praksispersonalets endagsregistreringsskema. Det skyldes den systemiske opsætning i Datafangst, som har betydet, at personalet udfyldte deres konsultation i et lægeregistreringsskema, hvor konsultationsårsagerne ikke var de samme som i praksispersonalets registreringsskema. Disse 28 registreringer er således fjernet fra opgørelsen.

<sup>4</sup> Chi<sup>2</sup>-test.

Konsultationerne i de to registreringsrunder kan også karakteriseres ved, om de primært omhandler biomedicinske, psykologiske eller sociale problemer. Lægerne har ved deres registreringer skullet angive, hvordan konsultationerne fordeler sig procentmæssigt på disse tre forhold, som tilsammen skal udgøre 100 %. Den gennemsnitlige karakteristik af konsultationerne i de to registreringsrunder er angivet i Tabel 12. Fordelingen af konsultationernes karakteristik er stort set ens mellem de to registreringsrunder. Dog bemærkes det, at der, på trods af en forskel på kun 1,6 procentpoint, findes en statistisk signifikant forskel på sociale problemers andel af konsultationerne i de to registreringsrunder.

Tabel 12: Gennemsnitlig karakteristik af konsultationen med læge før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (i % - hvor biomedicinske, psykologiske og sociale problemer skal summe til 100 %) (målt ved endagsregistreringer)

| Karakteristik af konsultationen | December 2011<br>(n=684) | Juni 2012<br>(n=777) <sup>2</sup> | p-værdi <sup>3</sup> |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Biomedicinske problemer         | 82,0 %                   | 81,7 %                            | 0,85                 |
| Psykologiske problemer          | 14,0 %                   | 12,6 %                            | 0,26                 |
| Sociale problemer               | 4,0 %                    | 5,6 %                             | <b>0,01</b>          |
| Ved ikke (antal besvarelser)    | 29                       | 71                                | -                    |

Kilde: Egne beregninger foretaget på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>2</sup> I anden registreringsrunde er der 37 konsultationer, hvor intet er angivet. Det skyldes en systemisk opsætning i Datafangst, som har betydet, at lægerne udfyldte deres konsultation i et praksispersonaleregistreringsskema, hvor der ikke kunne angives en karakteristik af konsultationen.

<sup>3</sup> T-test(tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

Samlet peger analysen af konsultationernes årsag og karakteristik på, at der for praksispersonalet sker en forskydning i konsultationstyper mod en mindre andel af opfølgende kontakter og en større andel af nye konsultationer, mens lægerne har en større andel af opfølgende konsultationer. Der observeres ikke nævneværdige ændringer i fordelingen af karakteristikken af lægernes konsultationer ud fra biomedicinske, psykologiske og sociale problemer som følge af honorarstrukturændringen.

### 3.4 Aktiviteter i almen praksis

Det forekommer sandsynligt, at en ændring af honorarstrukturen i retning af mindre aktivitetsbaseret honorering kan påvirke aktiviteterne, der bliver foretaget ved konsultationerne. Lægerne og praksispersonalet har derfor i endagsregistreringsskemaerne skullet angive, hvilke kliniske procedurer og prøver, som er blevet foretaget ved konsultationerne, samt om der er foretaget patientundervisning.

I Tabel 13 og Tabel 14 angives i hvor stor en andel af konsultationerne – registreret ved endagsregistreringer før og efter honorarændringen – udvalgte kliniske procedurer er blevet foretaget. Den hyppigst foretagne ydelse ved både læge og praksispersonalets konsultationer er i begge registreringsrunder blodtryksmåling. Der blev således foretaget blodtryksmåling ved hhv. 20 % og 29 % af lægernes konsultationer og hhv. 12 % og 14 % af praksispersonalets konsultationer i december og juni måned. Forskellen i andelen af konsultationer, hvor der foretages blodtryksmåling er dog kun statistisk signifikant for lægernes konsultationer.

I lægernes registreringer observeres desuden en statistisk signifikant stigning i andelen af konsultationer med vægtkontrol, medicinhåndtering/ophædning, svar på prøver – eksternt, øreskyl og vortebehandling fra første til anden registreringsrunde, jf. Tabel 13. Derudover er der sket et statistisk signifikant fald i lægernes udstedelse af nye recepter på fem procentpoint fra første til anden registreringsrunde.

Tilsvarende lægerne har praksispersonalets aktiviteter også ændret sig fra første til anden registreringsrunde for en række kliniske procedurer. Således er andelen af konsultationer, hvor personalet har foretaget injektioner, vortebehandlinger eller skade/sårbehandling/suturfjernelse steget, mens andelen af konsultationer, der har medført en receptudstedelse er faldet. Disse ændringer er alle statistisk signifikante.

Sammenligningen af kliniske procedurer før og efter honorarændringen viser en statistisk signifikant forskel på en række procedurer. Ved tolkning af disse forskelle skal det dog bemærkes, at der i endagsregistreringsdata ikke kan korrigeres for eventuelle sæsonudsving i behovet for flere af disse kliniske procedurer, og derfor kan effekten af honorarstrukturændringen ikke isoleres, jf. afsnit 4.2. Det kan dog konstateres, at der er sket en ændring i aktiviteterne ved konsultationerne i de to registreringsrunder, men årsagen hertil kan ikke fastslås.

Tabel 13: Kliniske procedurer gennemførte ved lægekonsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Klinisk procedure                        | December 2011<br>(n=713) |                          | Juni 2012<br>(n=885) |                          | p-værdi <sup>3</sup> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|  | Antal                    | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Blodtryk                                 | 146                      | 20 %                     | 253                  | 29 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Vægtkontrol                              | 49                       | 7 %                      | 104                  | 12 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Medicinhåndtering/ophædning              | 25                       | 4 %                      | 92                   | 10 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Støttesamtale – psykisk/socialt          | 96                       | 13 %                     | 144                  | 16 %                     | 0,12                 |
| Svangerundersøgelse                      | 6                        | 1 %                      | 3                    | 0 %                      | 0,18                 |
| Børneundersøgelse/vaccination            | 1                        | 0 %                      | 5                    | 1 %                      | 0,17                 |
| P-pillekontrol                           | 10                       | 1 %                      | 10                   | 1 %                      | 0,63                 |
| Cytologisk skrab                         | 20                       | 3 %                      | 14                   | 2 %                      | 0,09                 |
| Rejsevaccination                         | 0                        | 0 %                      | 2                    | 0 %                      | 0,20                 |
| Øvrig vaccination                        | 4                        | 1 %                      | 3                    | 0 %                      | 0,50                 |
| Injektion – f.eks. ved infertilitet      | 2                        | 0 %                      | 7                    | 1 %                      | 0,18                 |
| Skade/sårbehandling/suturfjernelse       | 18                       | 3 %                      | 28                   | 3 %                      | 0,45                 |
| Øreskyl                                  | 2                        | 0 %                      | 10                   | 1 %                      | <b>0,05</b>          |
| Vortebehandling                          | 0                        | 0 %                      | 12                   | 1 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Receptudstedelse ny medicin <sup>2</sup> | 119                      | 17 %                     | 102                  | 12 %                     | <b>0,01</b>          |
| Receptfornyelse <sup>2</sup>             | 59                       | 8 %                      | 87                   | 10 %                     | 0,18                 |
| Svar på prøver – eksternt <sup>2</sup>   | 51                       | 7 %                      | 96                   | 11 %                     | <b>0,01</b>          |
| Svar på prøver – internt <sup>2</sup>    | 59                       | 8 %                      | 79                   | 9 %                      | 0,47                 |
| Andet                                    | 464                      | 65 %                     | 563                  | 64 %                     | 0,55                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Til en konsultation kan der forekomme flere procedurer.

<sup>2</sup> Procedurer er kun mulige at angive i lægeregistreringsskema. I anden registreringsrunde er der 37 konsultationer, hvor intet er angivet grundet en systemisk opsætning i Datafangst, da har betydet, at lægerne udfyldte deres konsultation i et praksispersonaleregistreringsskema, hvor de kliniske procedurer ikke var de samme som i lægernes registreringsskema.

<sup>3</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Tabel 14: Kliniske procedurer gennemførte ved personalekonsultationer før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Klinisk procedure                   | December 2011<br>(n=715) |                          | Juni 2012<br>(n=592) |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|                                     | Antal                    | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Blodtryk                            | 88                       | 12 %                     | 82                   | 14 %                     | 0,41                 |
| Vægtkontrol                         | 38                       | 5 %                      | 24                   | 4 %                      | 0,29                 |
| Medicinhåndtering/ophædning         | 11                       | 2 %                      | 5                    | 1 %                      | 0,26                 |
| Støttesamtale – psykisk/socialt     | 2                        | 0 %                      | 6                    | 1 %                      | 0,09                 |
| Svangerundersøgelse                 | 2                        | 0 %                      | 0                    | 0 %                      | 0,20                 |
| Børneundersøgelse/vaccination       | 0                        | 0 %                      | 1                    | 0 %                      | 0,27                 |
| P-pillekontrol                      | 0                        | 0 %                      | 1                    | 0 %                      | 0,27                 |
| Cytologisk skrab                    | 1                        | 0 %                      | 0                    | 0 %                      | 0,36                 |
| Rejsevaccination                    | 1                        | 0 %                      | 0                    | 0 %                      | 0,36                 |
| Øvrig vaccination                   | 12                       | 2 %                      | 10                   | 2 %                      | 0,99                 |
| Injektion – f.eks. ved infertilitet | 20                       | 3 %                      | 31                   | 5 %                      | <b>0,02</b>          |
| Skade/sårbehandling/suturfjernelse  | 54                       | 8 %                      | 74                   | 13 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Øreskyl                             | 10                       | 1 %                      | 13                   | 2 %                      | 0,28                 |
| Vortebehandling                     | 29                       | 4 %                      | 38                   | 6 %                      | <b>0,05</b>          |
| Receptudstedelse (praksispersonale) | 38                       | 5 %                      | 17                   | 3 %                      | <b>0,03</b>          |
| Andet                               | 242                      | 34 %                     | 190                  | 32 %                     | 0,50                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Til en konsultation kan der forekomme flere procedurer.

<sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>-test

En anden tilgang til aktiviteten ved konsultationerne er at se på, hvilke prøver der bliver foretaget i forbindelse med konsultationerne i de to registreringsrunder. Dette har både lægerne og praksispersonalet skullet angive. I Tabel 15 angives i hvor stor en andel af konsultationerne der blev gennemført forskellige typer af prøver fordelt på læge og praksispersonalets konsultationer. Den hyppigst foretagne prøve ved begge registreringsrunder er interne blodprøver. Det gælder både ved konsultationer foretaget af praksispersonale og af læger. Det bemærkes, at for praksispersonalets konsultationer er der sket et statistisk signifikant og markant fald i andelen af konsultationer, hvor der foretages interne blodprøver fra første registreringsrunde i december til anden registreringsrunde i juni, svarende til en forskel på 17 procentpoint. En forklaring på de færre interne blodprøver er sandsynligvis ændringen i sygdomsmønster med færre infektioner eller simpelthen en ændring i sammensætningen af registranter (ydere) de to runder imellem, idet nogle ydere har eget klinik laboratorium.

Det bemærkes også, at der ved lægernes og praksispersonalets konsultationer sker relativt færre streptokok A podninger i anden registreringsrunde. Dette stemmer overens med de fundne forskelle i patienternes diagnoser i de to registreringsrunder, og kan således sandsynligvis tilskrives sæsonudsving.

Tabel 15: Prøver gennemført ved konsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Prøver                  | December 2011 |                          | Juni 2012 |                          | p-værdi <sup>3</sup> |
|-------------------------|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------------------|
|                         | Antal         | % af alle konsultationer | Antal     | % af alle konsultationer |                      |
| Lægeregistreringer      | (n=713)       |                          | (n=885)   |                          |                      |
| Blodprøve – internt     | 113           | 16 %                     | 128       | 14 %                     | 0,44                 |
| Blodprøve – eksternt    | 87            | 12 %                     | 101       | 11 %                     | 0,63                 |
| Urinvejsdiagnostik      | 32            | 4 %                      | 27        | 3 %                      | 0,13                 |
| Streptokok A podning    | 27            | 4 %                      | 19        | 2 %                      | <b>0,05</b>          |
| EKG                     | 11            | 2 %                      | 34        | 4 %                      | <b>0,01</b>          |
| Spirometri              | 4             | 1 %                      | 11        | 1 %                      | 0,16                 |
| Audiometri              | 8             | 1 %                      | 7         | 1 %                      | 0,55                 |
| Allergitest – priktest  | 1             | 0 %                      | 0         | 0 %                      | 0,27                 |
| Anden prøve             | 27            | 4 %                      | 51        | 6 %                      | 0,07                 |
| Personaleregistreringer | (n=715)       |                          | (n=592)   |                          |                      |
| Blodprøve – internt     | 299           | 42 %                     | 148       | 25 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Blodprøve – eksternt    | 76            | 11 %                     | 73        | 12 %                     | 0,34                 |
| Urinvejsdiagnostik      | 90            | 13 %                     | 29        | 5 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Streptokok A podning    | 21            | 3 %                      | 3         | 1 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| EKG                     | 35            | 5 %                      | 20        | 3 %                      | 0,17                 |
| Spirometri              | 19            | 3 %                      | 8         | 1 %                      | 0,10                 |
| Audiometri              | 4             | 1 %                      | 0         | 0 %                      | 0,07                 |
| Allergitest – priktest  | 0             | 0 %                      | 1         | 0 %                      | 0,27                 |
| Anden prøve             | 61            | 9 %                      | 38        | 6 %                      | 0,15                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> For praksispersonale hedder variabelen tympanometri/audiometri.

<sup>2</sup> Ved en konsultation kan der forekomme flere prøver.

<sup>3</sup>Chi<sup>2</sup>-test

En ændring i honorarstrukturen kan også have betydning for lægernes og praksispersonalets aktivitet i forbindelse med undervisning/livstilsrådgivning af patienter. Ifølge endagsregistreringerne udgør andelen af konsultationer hos lægen, hvor der foretages undervisning, 15 % i første registreringsrunde og 27 % i anden registreringsrunde. For praksispersonale er undervisningsandelen lavere, svarende til 9 % i første registreringsrunde og 2 % i anden registreringsrunde. Forskellene mellem de to registreringsrunder er statistisk signifikante. Ligesom for kliniske procedurer kan det således konstateres, at der er sket en ændring i aktiviteten, men det kan ikke afvises at denne forskel skyldes sæsonudsving i patientmaterialet eller en generel trend blandt alment praktiserende læger.

Ved endagsregistreringerne er det muligt at angive flere emner, der undervises i under samme konsultation. I Tabel 16 angives ved hvor stor en andel af konsultationerne før og efter honorarstrukturændringen, patienterne modtager forskellige former for undervisning fordelt på konsultationer hos henholdsvis læger og praksispersonale. Det fremgår af tabellen, at lægerne oftest underviser i kronisk sygdom og motion, hvilket foregår ved syv procent af konsultationerne i første registreringsrunde. I anden runde er andelen steget til 12 % for motion og 15 % for kronisk sygdom. Lægerne underviser mindst hyppigt inden for alkoholmisbrug – ved 1 % af konsultationerne – hvilket er gældende i løbet af både første og anden registreringsrunde. Med undtagelse af undervisning inden for alkoholmisbrug er der blandt lægerne sket en statistisk signifikant stigning i undervisningsaktiviteten inden for alle de angivne emner, jf. Tabel 16.

Opdeles konsultationerne ud fra om de er relateret til nye episoder eller opfølgende kontakter, ses det, at den observerede udvikling i samtlige lægekonsultationer er tæt koblet til udviklingen i undervisning ved *nye episoder*. Ved begge registreringsrunder forekommer undervisning dog hyppigst ved de *opfølgende konsultationer*, men for disse konsultationer er der alene sket en statistisk signifikant stigning inden for undervisning i kronisk sygdom og motion. Denne stigning er dog markant. Opdelingen af konsultationerne på nye episoder og opfølgende kontakter findes i bilag 7.

Blandt praksispersonalet er billedet det omvendte af lægernes registreringer. I forbindelse med praksispersonalets konsultationer pågår således signifikant mindre undervisningsaktivitet i anden registreringsrunde sammenlignet med første registreringsrunde. Dette gør sig gældende inden for samtlige undervisningsemner, og alle ændringerne er statistisk signifikante, jf. Tabel 16. Særligt er undervisningsaktiviteten i kronisk sygdom og motion faldet med fire procentpoint, således at denne type undervisning stort set ikke foregår ved praksispersonalets konsultationer i anden registreringsrunde.

Stort set al praksispersonalets undervisning i første registreringsrunde foregik ved *opfølgende konsultationer*, hvorfor faldet i undervisningsaktiviteten primært drives af disse konsultationstyper, jf. bilag 7.

Tabel 16: Undervisning af patient i konsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Undervisning                         | December 2011        |                          | Juni 2012            |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|                                      | Antal                | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Lægeregistreringer <sup>3</sup>      | (n=713) <sup>1</sup> |                          | (n=885) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost                                 | 27                   | 4 %                      | 71                   | 8 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Rygning                              | 21                   | 3 %                      | 45                   | 5 %                      | <b>0,03</b>          |
| Alkohol                              | 10                   | 1 %                      | 11                   | 1 %                      | 0,78                 |
| Motion                               | 47                   | 7 %                      | 107                  | 12 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Kronisk sygdom                       | 49                   | 7 %                      | 131                  | 15 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Personaleregistreringer <sup>4</sup> | (n=715) <sup>1</sup> |                          | (n=592) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost                                 | 27                   | 4 %                      | 9                    | 2 %                      | <b>0,01</b>          |
| Rygning                              | 10                   | 1 %                      | 1                    | 0 %                      | <b>0,02</b>          |
| Alkohol                              | 7                    | 1 %                      | 0                    | 0 %                      | <b>0,02</b>          |
| Motion                               | 26                   | 4 %                      | 2                    | 0 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Kronisk sygdom                       | 37                   | 5 %                      | 6                    | 1 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Til en konsultation kan der forekomme undervisning i flere emner.

<sup>2</sup> Chi<sup>2</sup>-test

<sup>3</sup> Test for om der er forskel på andelen af lægekonsultationer, hvor patienten undervises: p<0,01 (Chi<sup>2</sup>-test).

<sup>4</sup> Test for om der er forskel på andelen af personalekonsultationer, hvor patienten undervises: p<0,01 (Chi<sup>2</sup>-test).

Analysen af aktiviteterne i konsultationerne peger på, at der er statistisk signifikant forskel på en række af de kliniske procedurer og prøver, der foretages i praksis, før og efter honorarstrukturændringen samt i omfanget af patientundervisning. Særligt bemærkes en markant stigning i lægernes undervisningsaktivitet ved konsultationer samtidig med et fald i praksispersonalets undervisningsaktivitet. Ved fortolkning af den ændrede aktivitet skal det dog bemærkes, at der i endagsregistreringsdata ikke kan korrigeres for eventuelle sæsonudsving i patientmaterialet eller trends i behandlingsmønstre blandt almen praksis, og derfor kan effekten af honorarstrukturændringen ikke isoleres.

### 3.5 Tidsforbruget per konsultation

En ny honorarstruktur, hvor størstedelen af lægernes honorering er baseret på en fast løn, kan påvirke tiden som anvendes på den enkelte konsultation. For at afdække effekten af lægernes honorering på konsultationernes varighed skulle lægerne og praksispersonalet i endagsregistreringsskemaerne angive varigheden af deres konsultationer. Varigheden blev opdelt på tid med og uden direkte patientkontakt.

I Tabel 17 er angivet den mediane og gennemsnitlige varighed af konsultationerne i de to registreringsrunder fordelt på konsultationer foretaget af henholdsvis læger og praksispersonale. Den gennemsnitlige varighed af lægernes konsultationer er ca. 15 minutter i begge registreringsrunder. Den del af lægernes konsultationer, som foregår med patienten, udgør heraf gennemsnitligt 12 minutter i begge registreringsrunder, mens den gennemsnitlige varighed af konsultationen uden direkte patientkontakt udgør tre minutter i begge registreringsrunder. Der er ingen statistisk signifikant forskel på varigheden af lægernes konsultationer før og efter honorarstrukturændringen.

Opgørelsen af endagsregistreringerne viser desuden, at lægernes konsultationer gennemsnitligt er tre til fire minutter længere end praksispersonalets konsultationer. Forskellen skyldes primært, at praksispersonalet bruger mindre tid på direkte patientkontakt ved konsultationerne.

Opdeles lægernes og praksispersonalets konsultationer ud fra konsultationsårsagerne *nye og opfølgende episoder* observeres, at *opfølgende konsultationer* gennemsnitligt varer ét til tre minutter længere end *nye episoder*. Dette gælder både lægernes og praksispersonalets konsultationer. Ved denne opdeling ses alene en statistisk signifikant ændring i praksispersonalets tidsforbrug ved *nye episoder* i de to runder. Her observeres et fald i det gennemsnitlige tidsforbrug på ca. ét minut, jf. bilag 7.

Tabel 17: Varighed af konsultation i minutter - med og uden patienten - før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

|                                       | December 2011 |            |          | Juni 2012            |            |          | p-værdi <sup>2</sup> |
|---------------------------------------|---------------|------------|----------|----------------------|------------|----------|----------------------|
|                                       | Median        | Gennemsnit | Std.afv. | Median               | Gennemsnit | Std.afv. |                      |
| Lægeregistreringer                    | (n=713)       |            |          | (n=884) <sup>1</sup> |            |          |                      |
| Varighed af konsultation uden patient | 2             | 3,1        | 4,5      | 2                    | 3,5        | 4,0      | 0,12                 |
| Varighed af konsultation med patient  | 10            | 12,0       | 7,2      | 10                   | 11,9       | 6,6      | 0,75                 |
| Varighed af hele konsultationen       | 14            | 15,1       | 9,3      | 15                   | 15,3       | 7,3      | 0,60                 |
| Personaleregistreringer               | (n=715)       |            |          | (n=592)              |            |          |                      |
| Varighed af konsultation uden patient | 2             | 3,3        | 3        | 2                    | 2,8        | 2,3      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Varighed af konsultation med patient  | 8             | 8,4        | 5,4      | 8                    | 8,3        | 5,2      | 0,78                 |
| Varighed af hele konsultationen       | 11            | 11,7       | 6,5      | 11                   | 11,1       | 6,0      | 0,07                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Ved én konsultation er registreret, at konsultationen med patienten har varet 1.442 minutter, hvilket svarer til ca. 24 timer. Dette virker usandsynligt og derfor udgår konsultationen fra opgørelsen.

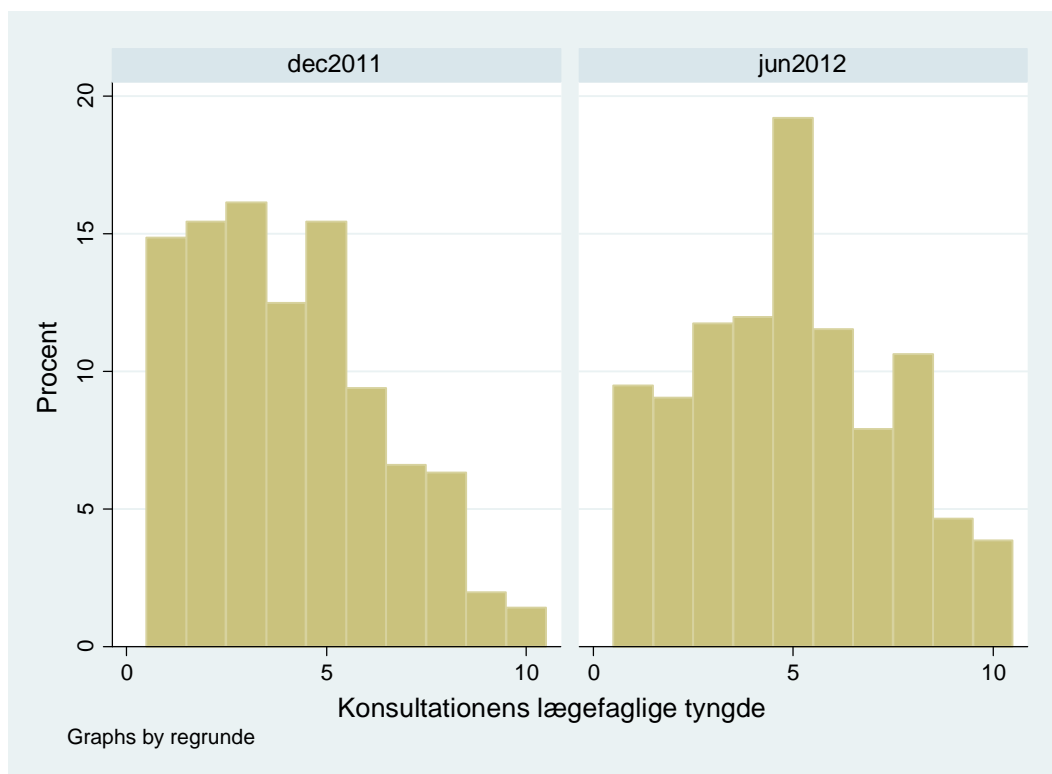
<sup>2</sup> T-test(tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

Varigheden af patientkonsultationer kan afhænge af konsultationens sværhedsgrad – og man kan således forestille sig, at den mindre aktivitetshonorering har skabt en forskydning i varigheden af konsultationer, således at der bruges mere tid på svære konsultationer. For at undersøge dette tages der udgangspunkt i den del af endagsregistreringerne, hvor lægerne og praksispersonalet har foretaget en vurdering af den lægefaglige tyngde af konsultationerne. Vurderingen foretages på en skala fra 1 til 10, hvor 1 angiver en let konsultation og 10 angiver en tung konsultation.

Opdeles endagsregistreringerne på henholdsvis lægernes og praksispersonalets konsultationer kan det påvises, at der er statistisk signifikant forskel på lægernes registreringer af den lægefaglige tyngde i de to runder, mens dette ikke er tilfældet for praksispersonalet. I Figur 1 og Figur 2 er fordelingen af konsultationernes lægefaglige tyngde for hhv. læger og praksispersonalet afbildet. For lægerne er der flere af de letteste konsultationer i første registreringsrunde sammenlignet med anden runde, hvorimod dette mønster ikke er tilsvarende udpræget i praksispersonalets registreringer. Derudover kan det nævnes, at lægernes konsultationer gennemsnitligt er vurderet ét til to point tungere end praksispersonalets konsultationer samt at lægernes gennemsnitlige konsultationstygde er fire point i første runde, mens den i anden runde er fem point.



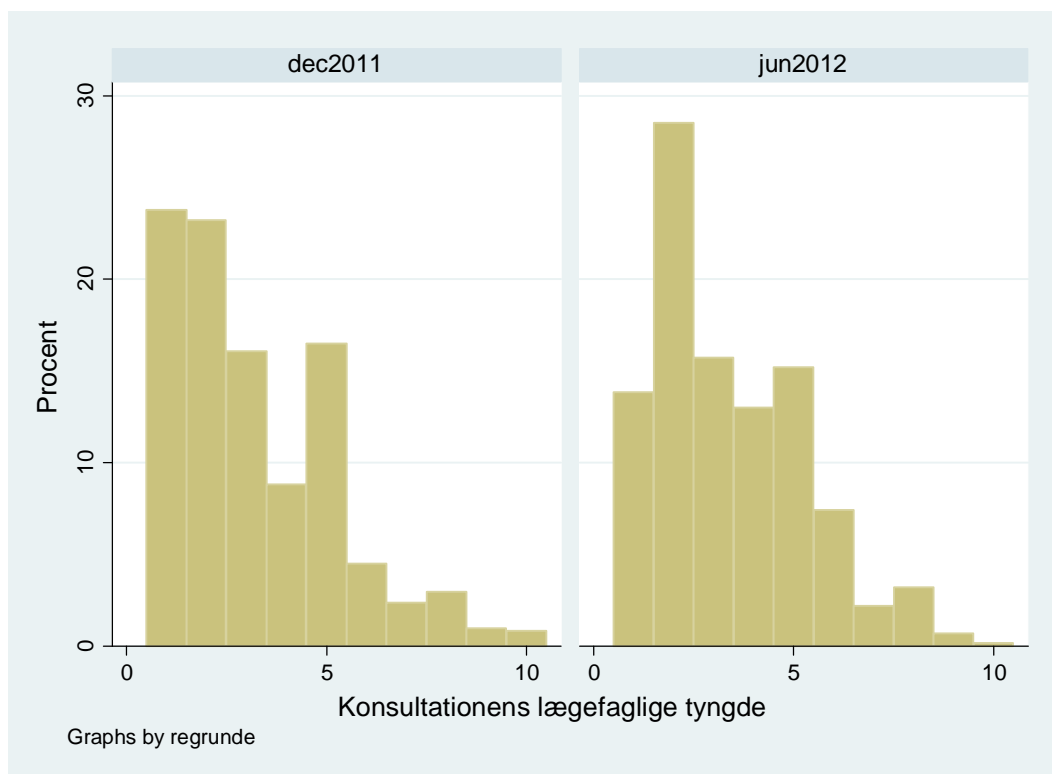
Figur 1: Fordeling af lægernes konsultationers lægefaglige tyngde før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Test for ens gennemsnit:  $P < 0,01$  - T-test (tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

Figur 2: Fordeling af praksispersonalets konsultationers lægefaglige tyngde før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Test for ens gennemsnit:  $p=0,08$  - T-test(tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

Det er interessant at undersøge, hvorvidt der er sket en forskydning af varigheden mellem lette og tunge konsultationer, således at de lægefagligt tungere patienter tilgodeses mere eller mindre tid efter ændringen af honorarstrukturen. Denne analyse udføres for henholdsvis lægernes og praksispersonalets konsultationer ved brug af lineære regressionsmodeller, og resultaterne fremgår af Tabel 18 og Tabel 19.

Af tabellerne fremgår det, at der generelt bruges længere tid på lægefagligt tungere patienter, hvilket gælder både læger og praksispersonale. Endvidere ses det, at når der korrigeres for den lægefaglige tyngde, sker der et fald i varigheden af konsultationerne fra første til anden registreringsrunde. Baggrunden for at der ikke kunne observeres et fald i varigheden generelt (Tabel 17) synes således at være, at der samtidig er sket en stigning i den gennemsnitlige lægefaglige tyngde, jf. Figur 1 og Figur 2 (stigningen i tyngde er dog akkurat ikke statistisk signifikant i praksispersonalets registreringer). Den tredje parameter i Tabel 18 og Tabel 19 (Periode2012\*Konsultations-tyngde) angiver, hvorvidt der er sket en forskydning af lægernes og praksispersonalets forbrug af tid i relation til patienternes lægefaglige tyngde. Dette er ikke tilfældet, hverken for læger eller praksispersonale. Begge grupper bruger altså mere tid på de lægefagligt tunge patienter generelt, og der sker ikke en forskydning af tidsforbruget i relation til tyngden fra første til anden registreringsrunde.

Tabel 18: Sammenhængen mellem lægekonsultationernes varighed og lægefaglige tyngde før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (estimeret ved endagsregistreringer)

|                                  | Varighed af konsultationerne |                 |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------|
|                                  | Parameterestimat             | p-værdi         |
| Periode2012 (Ny honorarstruktur) | -1,5                         | <b>0,05</b>     |
| Konsultationstyngde              | 1,8                          | <b>&lt;0,01</b> |
| Periode2012*Konsultationstyngde  | 0,02                         | 0,91            |
| Konstant                         | 7,9                          | <b>&lt;0,01</b> |
| N                                | 1.597                        | -               |
| R <sup>2</sup>                   | 0,27                         | -               |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Estimaterne er fremkommet ved en lineær regression med robuste fejlled.

Tabel 19: Sammenhængen mellem praksispersonalets konsultationers varighed og lægefaglige tyngde før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (estimeret ved endagsregistreringer)

|                                  | Varighed af konsultationerne |                 |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------|
|                                  | Parameterestimat             | p-værdi         |
| Periode2012 (Ny honorarstruktur) | -1,7                         | <b>&lt;0,01</b> |
| Konsultationstyngde              | 1,7                          | <b>&lt;0,01</b> |
| Periode2012*Konsultationstyngde  | 0,24                         | 0,14            |
| Konstant                         | 6,3                          | <b>&lt;0,01</b> |
| N                                | 1.307                        | -               |
| R <sup>2</sup>                   | 0,32                         | -               |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Estimaterne er fremkommet ved en lineær regression med robuste fejlled.

### 3.6 Lægernes samarbejde med praksispersonale og andre læger

Det ønskes undersøgt, hvorvidt en ændring i honorarstrukturen påvirker lægernes valg af samarbejde ved konsultationer – herunder inddragelse af praksispersonale. Lægerne har derfor i endagsregistreringsskemaerne skullet angive, om de har samarbejdet med andre i forbindelse med en konsultation. I Tabel 20 angives i hvor høj grad der er foregået forskellige former for samarbejde ved de endagsregistreringer, der er foretaget af læger. Den hyppigste samarbejdsform er samarbejde med praksispersonale, hvilket foregår i 18 % af lægernes konsultationer i første registreringsrunde og 11 % af lægernes konsultationer i anden registreringsrunde. Forskellen i samarbejdet med praksispersonalet før og efter honorarstrukturændringen er statistisk signifikant. Der er samtidig ikke fundet nogen ændring i samarbejdet mellem læger i de to registreringsrunder.

Den lavere grad af inddragelse af praksispersonale ved lægekonsultationer kan være en konsekvens af en årstidsvariation, som skyldes mere travlhed i december end i juni, hvorfor uddelegering af arbejdsopgaver potentielt forekommer i mindre grad i juni. Endvidere kan feriemønsteret i juni også spille ind. Det er således ikke umiddelbart muligt at isolere effekten af ændringen i honorarstrukturen på samarbejds mønstret.

Tabel 20: Samarbejder ved lægekonsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Samarbejde                          | December 2011<br>(n=713) |                                    | Juni 2012<br>(n=848) <sup>1</sup> |                                    | p-værdi <sup>2</sup> |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|                                     | Antal                    | % af alle konsultationer hos lægen | Antal                             | % af alle konsultationer hos lægen |                      |
| Samarbejde med personale            | 130                      | 18 %                               | 95                                | 11 %                               | <b>&lt;0,01</b>      |
| Samarbejde med andre læger internt  | 14                       | 2 %                                | 16                                | 2 %                                | 0,91                 |
| Samarbejde med andre læger eksternt | 81                       | 11 %                               | 100                               | 12 %                               | 0,79                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> 37 observationer indgår ikke i opgørelsen, da disse registreringer grundet en systemisk opsætning i Datafangst, er udfyldt af lægerne i et praksispersonaleregistreringsskema, hvor samarbejder ikke kan angives. Disse observationer udgår dermed ud af andelen af lægekonsultationer.

<sup>2</sup>Chi<sup>2</sup>-test

### 3.7 Henvisningsmønsteret i almen praksis

Afslutningen på den enkelte konsultation er et pejlemærke for, om lægerne har ændret behandlingsmønster efter indførelsen af den ny honorarstruktur. I endagsregistreringsskemaerne skulle lægerne og praksispersonalet på denne baggrund angive, hvordan konsultationerne afsluttedes.

I Tabel 21 og Tabel 22 angives konsultationerne før og efter indførelsen af den ny honorarstruktur fordelt på læger og personalet samt afslutningskarakteristik. Lægerne og praksispersonalet kan angive flere afslutningsmuligheder ved en konsultation. I lægernes registreringer observeres et statistisk signifikant fald i andelen af konsultationer der afsluttes helt, mens der omvendt sker en statistisk signifikant stigning i andelen af konsultationer, der medfører en aftale om opfølgende kontakt hos lægen. Dette stemmer overens med den øgede andel af opfølgende lægekonsultationer fra første til anden registreringsrunde, hvilket fremgik af Tabel 10. Nedgangen i andelen af afsluttede konsultationer er primært relateret til *nye episoder*, mens det øgede omfang af aftaler om opfølgning både kommer til udtryk i *nye episoder* og *opfølgende konsultationer*. Se bilag 7 for en opdeling af afslutning af konsultationer på nye episoder og opfølgende konsultationer.

For praksispersonalet gælder, at en større andel af konsultationerne afsluttes helt i løbet af anden registreringsrunde sammenlignet med første registreringsrunde. Denne udvikling drives primært af *nye episoder*, jf. bilag 7. Det ses endvidere, at praksispersonalet i mindre grad afslutter konsultationer med en aftale om opfølgende kontakt hos lægen, hvorimod de i højere grad afslutter konsultationer med en aftale om opfølgende kontakt hos praksispersonalet. Disse ændringer er statistisk signifikante og ses både for nye og opfølgende episoder.

Tabel 21: Afslutning af konsultation med lægen før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Afslutning                                     | December 2011<br>(n=713) |                          | Juni 2012<br>(n=885) |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|  | Antal                    | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge             | 273                      | 38 %                     | 385                  | 44 %                     | <b>0,04</b>          |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale | 65                       | 9 %                      | 107                  | 12 %                     | 0,06                 |
| Ny henvendelse ved behov                       | 164                      | 23 %                     | 211                  | 24 %                     | 0,69                 |
| Afslutning                                     | 144                      | 20 %                     | 129                  | 15 %                     | <b>&lt;0,00</b>      |
| Henvisning til diagnostik <sup>1</sup>         | 66                       | 19 %                     | 90                   | 11 %                     | 0,37                 |
| Henvisning til behandling <sup>1</sup>         | 90                       | 13 %                     | 105                  | 12 %                     | 0,89                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Der i anden registreringsrunde 37 konsultationer, hvor intet er angivet grundet en systemisk opsætning i Datafangst, da har betydet, at lægerne udfyldte deres konsultation i et praksispersonaleregistreringsskema, hvor angivelsesmuligheder ved afslutningen af konsultationer ikke var de samme som i lægernes registreringsskema.

<sup>2</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Tabel 22: Afslutning af konsultation med praksispersonale før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Afslutning                                     | December 2011<br>(n=715) |                          | Juni 2012<br>(n=592) |                          | p-værdi <sup>1</sup> |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
|  | Antal                    | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge             | 253                      | 35 %                     | 128                  | 22 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale | 206                      | 29 %                     | 210                  | 35 %                     | <b>0,01</b>          |
| Ny henvendelse ved behov                       | 100                      | 14 %                     | 77                   | 13 %                     | 0,61                 |
| Afslutning                                     | 169                      | 24 %                     | 182                  | 31 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Af Tabel 21 fremgår det endvidere, at der ikke sker en statistisk signifikant ændring i andelen af konsultationer, der afsluttes med en henvisning til en anden yder. I Tabel 23 angives hvilke instanser, lægerne har henvist patienterne til i de to registreringsrunder. Det er muligt at angive flere instanser ved en konsultation. Tabellen viser, at der er sket et statistisk signifikant fald i andelen af konsultationer, der afsluttes med en henvisning til diagnostik, fra første til anden registreringsrunde. Det er ændringer i henvisning til billeddiagnostik, som ligger bag denne udvikling. Ændringen i brug af billeddiagnostik kan hænge sammen med den øgede forekomst af luftvejssygdomme i første registreringsrunde sammenlignet med anden registreringsrunde, jf. Tabel 6.

Tabel 23: Henvisning ved afslutningen af konsultation med lægen før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Henvisning ved afslutning <sup>1</sup> | December 2011<br>(n=149) |                              | Juni 2012<br>(n=178) |                              | p-værdi <sup>2</sup> |
|--|--------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
|  | Antal                    | % af henviste konsultationer | Antal                | % af henviste konsultationer |                      |
| <sup>3</sup> Anden læge                | 88                       | 59 %                         | 122                  | 69 %                         | 0,08                 |
| Billeddiagnostik eller laboratorium    | 46                       | 31 %                         | 36                   | 20 %                         | <b>0,03</b>          |
| <sup>4</sup> Andet                     | 25                       | 17 %                         | 31                   | 17 %                         | 0,88                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Der kan for samme konsultation foretages henvisning til flere ydere

<sup>2</sup> Chi<sup>2</sup>-test

<sup>3</sup> Henvisning til speciallæge, hospitalsambulatorium eller indlæggelse

<sup>4</sup> Henvisning til fysioterapi eller andet

## 4. Behandlingsmønstre hos øvrige ydere inden for Sygesikringen

Ændringen i honorarstrukturen kan få de almene praktiserende læger til at ændre behandlingsmønstre, således at de i mindre eller højere grad udsteder henvisninger. Ændringen i honorarstrukturen i almen praksis kan derfor have afledte effekter på aktiviteten hos øvrige ydere i primærsektoren. I afsnit 4.7 viste endagsregistreringerne, at der udover henvisninger til billeddiagnostik ikke var nogen statistisk signifikante ændringer i henvisningsaktiviteten som følge af honorarstrukturændringen, men der kunne ved disse resultater ikke korrigeres for eventuelle sæsonudsving eller trend i udviklingen. I dette afsnit vil ændringer i aktiviteten i undersøgelsesperioden blive analyseret hos udvalgte ydere inden for Sygesikringen. Dette gælder speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, vagtlæger (analyseres separat fra almen praksis), tandlæger og laboratorier. Aktiviteten vil blive målt i hele undersøgelsesperioden og der vil blive korrigeret for sæsonudsving og trends i udviklingen. Således vil der opnås mere viden om henvisningsaktivitet fra almen praksis.

Aktiviteten hos ydere inden for Sygesikringen bliver målt ud fra de patienter med bopæl i Region Hovedstaden, som har modtaget en ydelse hos almen praksis i den givne periode. Patienternes aktivitet hos øvrige ydere bliver målt ved andelen af patienter, som har modtaget ydelser hos yderne. De patienter, som har modtaget ydelser hos en almen praksis, der har fået ændret honorarstrukturen, indgår i interventionsgruppen, mens de patienter, der har fået ydelser hos øvrige almene praksisser indgår i referencegruppen. Hvis en patient både har fået en ydelse hos en alment praktiserende læge i interventions- og referencegruppen udgår vedkommende fra undersøgelsen (se bilag 8 for en udspecificering af interventions- og referencegruppen.)

I Tabel 24 angives den årlige udvikling i andelen af patienter, der har modtaget ydelser hos speciallæger, vagtlæger, psykologer, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer og laboratorier, fordelt på reference- og interventionsgruppen. Opgørelsen viser, at der stort set ikke er sket ændringer i andelen af patienter, der har været i kontakt med speciallæger i perioden før honorarstrukturændringen (første halvår 2011) og perioden efter honorarstrukturændringen (første halvår 2012) – hverken i reference- eller interventionsgruppen. For hovedparten af ydere i Tabel 24 kan det således ikke påvises, at der er en statistisk signifikant forskel i udviklingen i patientandelene<sup>8</sup>. Dette er tilfældet for speciallæger, psykologer, tandlæger, laboratorier samt kiropraktorer. For de to øvrige ydere i denne undersøgelse, vagtlæger og fysioterapeuter, er udviklingen i interventionsgruppens patientandele signifikant forskellig fra udviklingen i referencegruppens fra første halvår 2011 til første halvår 2012.

Den største ændring observeres blandt vagtlæger. Ændringen i andelen af patienter i interventionsgruppen, der har modtaget én eller flere ydelser hos en vagtlæge er således steget med 2,4 procentpoint. Dette er en betydelig relativ ændring, idet andelen af patienter i denne gruppe, der modtog vagtlægeydelser inden den ny honorarstruktur, blot var 3 %. Blandt patienter i referencegruppen er der sket et fald på 0,8 procentpoint, hvilket er en beskeden relativ ændring i forhold til andelen (17 %) af patienter i referencegruppen, der var i kontakt med en vagtlæge før indførelsen af den ny honorarstruktur (jf. Tabel 24). Der er altså sket en betydelig ændring i kontakten til vagtlæger blandt patienter i interventionsgruppen, mens kontakten til vagtlæger er omtrent uændret blandt patienter i referencegruppen.

---

<sup>8</sup> Signifikanstest for forskel i udvikling i patientandelene mellem reference- og interventionsgrupperne er beregnet ved en lineær sandsynlighedsmodel, hvor der tages højde for alder og køn.

En yderligere undersøgelse af kontakten til vagtlæger blandt interventionsgruppens patienter viser, at de gennemsnitlige omkostninger per patient falder med 17 kr. (et fald på 6 procent) fra første halvår af 2011 til første halvår af 2012, og dette fald er statistisk signifikant, jf. bilag 6. Dette skyldes i høj grad, at andelen af telefonkonsultationer uden besøg (ud af de samlede vagtlægeydelser) stiger 11 procentpoint, mens andelen af konsultationer falder tre procentpoint. Dette kunne være en indikation på, at de akutte behov i øget grad skulle håndteres i vagttid grundet bortfald af incidenttament til at håndtere det i dagtid<sup>9</sup>. En konklusion om dette kan dog første drages, når der inddrages ændringer i brug af sygehuse, da ændringen i brug af vagtlæge også kan skyldes en substitution af patienterne på Bornholm fra sygehusbehandling til vagtlæge.

*Tabel 24: Den årlige ændring i andelen af patienter med bopæl i Region Hovedstaden, som i undersøgelsesperioden har besøgt en alment praktiserende læge samt en anden yder inden for Sygesikringen (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.*

|                 | Andelen af patienter, som har modtaget en ydelse, før ændringen i honorarstrukturen (1. halvår af 2011) |  | Ændring i procentpoint af andel patienter, som har modtaget en ydelse, efter honorarstrukturændringen (1. halvår af 2012 sammenlignet med 1. halvår af 2011) |  | P-værdi <sup>1</sup> |
|-----------------|---|--|--|--|----------------------|
|                 | Patienter tilhørende deltagende almen praksis   | Patienter tilhørende ikke-deltagende almen praksis | Patienter tilhørende deltagende almen praksis  | Patienter tilhørende ikke-deltagende almen praksis |                      |
| Speciallæger    | 29 %  | 32 %   | 0,7  | 0,0  | 0,16                 |
| Vagtlæger       | 3 %   | 17 %   | 2,4  | -0,8   | <b>&lt;0,01</b>      |
| Psykologer      | 1 %   | 1 %  | 0,1  | 0,1  | 0,79                 |
| Fysioterapeuter | 5 %   | 7 %  | -0,4   | 0,2  | <b>0,01</b>          |
| Tandlæge        | 41 %  | 35 %   | 0,2  | 1,0  | 0,13                 |
| Laboratorier    | 2 %   | 20 %   | 0,2  | 0,3  | 0,41                 |
| Kiropraktor     | 2 %   | 4 %  | 0,2  | -0,1   | 0,07                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference metoden (OLS-regression med robuste fejlled). I regressionen er der korrigeret for patienternes alder og køn. Se bilag 6 for estimationsresultaterne.

<sup>9</sup> Der er per 1. januar 2012 sket en omstrukturering af vagtlægeordningen på Bornholm med det resultat, at vagtlægen er nedlagt om natten, hvorfor patienter i stedet henvises til sygehuset. Derudover er tilkaldevagten i dagtimerne blevet afskaffet. Hvis denne omstrukturering har haft en betydning, må det forventes, at denne effekt består i et reduceret antal patienter inden for vagtlægeordningen. Denne potentielle effekt går således i modsat retning af det resultat, vi her finder.



## 5. Diskussion af datagrundlag

Data om aktivitetsudviklingen og henvisningsmønstre for de praktiserende læger, der er overgået til den nye honorarstruktur, er baseret på data fra Sygesikringen, og sammenholdt med udviklingen i resten af regionen. Sygesikringsdata vurderes generelt som værende meget valide, og modellen med en referencegruppe er et stærkt design, hvorfor vi vurderer, at resultaterne omhandlende aktivitetsudviklingen som meget robuste. Her findes dog ingen ændringer som følge af den ændrede honorarstruktur.

Analyserne, der omhandler behandlingsmønstret internt i almen praksis, er baseret på endagsregistreringer i almen praksis, der deltager i honorarprojektet i hhv. december og juni måned. Der er således tale om et før og efter studie, med de problemer der altid er forbundet med dette studiedesign, men som her yderligere problematiseres af, at før og efter perioderne formodentlig er systematisk forskellige fra hinanden. Dette skyldes ikke dårlig vilje, men derimod de tidsrammer som studiet var underlagt, og at projektet kun løb i seks måneder, hvorfor det var et valg mellem et ufuldstændigt design eller ingen dataindsamling. Problemerne kunne delvist have været imødegået ved at have etableret en referencegruppe af læger, der ikke deltog i honorarprojektet, men dette viste sig desværre ikke muligt. Resultaterne, der findes på baggrund af endagsregistreringerne kan således både henføres til honorarændringen eller skyldes sæsonvariation eller anden trend i udviklingen. Derfor skal resultaterne, som er de eneste, der er statistisk signifikante, tolkes varsomt. Altså kan man ikke med baggrund i endagsregistreringer konkludere, at det er den nye honorarstruktur, der har medført at konsultationerne har en større patienttyngde, og at de praktiserende læger foretager flere forebyggelsesindsatser såsom patientuddannelse om kost, rygning, motion og kronisk sygdom. Det kan alene konkluderes, at der er sket en forandring i perioden, hvor honorarprojektet har fundet sted, men konkurrerende forklaringer såsom sæsonudsving og trend i udviklingen kan også være gyldige.

Generelt er det problematisk at måle effekter ved midlertidig ændring af en honorarstruktur, da der kan være incitament til at ændre - eller at undlade at ændre - behandlingsmønstre/forløb over så kort en periode, særligt når de alment praktiserende læger blev garanteret den samme indtægt som tidligere uanset den ændrede honorarstruktur i forsøgsperioden. Derfor kan denne evaluering alene ses som et pejlemærke i forhold til de effekter der vil være ved permanent at ændre honorarstrukturen i almen praksis. Selv med de svagheder som studiet har, vurderer vi dog, at resultaterne trods alt er bedre end intet pejlemærke, men også, at resultaterne bør ses i lyset af de rammer og vilkår som honorarprojektet er blevet implementeret under.

## Bilag 1: § 2-aftale mellem RLTN og PLO

### § 2-aftale - Region Hovedstaden

#### Honorering af læger i forbindelse med pilotprojekt vedrørende nyt honorarsystem

##### § 1 Baggrund og formål m.v.

Denne aftale er indgået med henblik på at facilitere gennemførelsen af det af overenskomstparterne besluttede pilotprojekt til afprøvning af et nyt honorarsystem, jf. protokollat til overenskomst om almen praksis samt den af DSI udarbejdede projektbeskrivelse af juni 2011.

Formålet med aftalen er, at lægerne ikke stilles økonomisk ringere, end de ellers ville have været, hvis det nuværende honorarsystem blev videreført i første halvår 2012, og at regionen ikke får utilsigtede merudgifter, udover det der følger af honoreringsaftalen vedrørende evalueringsprojektet.

Udgifterne til honorarer efter denne aftale er indeholdt i den økonomiske ramme aftalt i økonomiprotokollat af 21-12-2010 i overenskomst om almen praksis. Honorering for ekstra tidsforbrug udbetalt efter denne aftales § 4 er dog ikke omfattet.

Omfattet af aftalen er læger med praksisadresse på Bornholm, som tilmelder sig over for PLO inden for den fastsatte frist.

Indholdet i § 2 aftalen er drøftet mellem overenskomstens parter og fremlægges Samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden til orientering.

##### § 2 Honorering for patientbehandling i pilotperioden

Stk. 1.

De deltagende praksis honoreres i pilotperioden for patientbehandling m.v. i dagtiden med de honorarer, som fremgår af den model, der pilottesttes, dvs. at praksis honoreres med et fast beløb pr. gruppe 1 sikrede samt visse ydelser, som fortsat aktivitetshonoreres, jf. nedenfor.

Samtidig fraskriver deltagerne sig retten til at modtage ydelseshonorering efter de generelle regler for ydelser, der er indeholdt i det faste honorar pr. patient. Honoreringsmodellen indebærer ikke ændring i de praktiserende lægers øvrige overenskomstforhold eller vilkår som selvstændigt erhvervsdrivende. Projektet omfatter ikke vagttiden.

Der udbetales fortsat aktivitetsafhængig ydelseshonorering i dagtiden for:

Ydelser efter profylakseaftalen

Alle ydelser vedr. turister, EU-borgere, passanter (ikke Bornholm-borgere) mv. jf. overenskomstens § 47 stk. 4.

Alle ydelser vedrørende gruppe 2-sikrede

§ 2 aftaler

For de grupper, der er holdt uden for klinikhonoraret (turister, EU-borgere, passanter og gruppe 2-sikrede) afregnes i pilotperioden på sædvanlig måde ved anvendelse af overenskomstens fulde ydelsessortiment.

Stk. 2.

Aftalen sikrer de deltagende praksis mod indkomstnedgang (dagtid) pr. tilmeldt patient i pilotperioden, dvs., at der foretages efterregulering til praksis, som i pilotperioden har modtaget et beløb pr. patient, der er lavere end de forventelige honorarer efter gældende overenskomst. I bilag A er konkret anført hvilken opgørelsesmetode der anvendes. Tilsvarende opkræves tilbagebetaling i tilfælde af, at lægen har opkrævet honorar for en ydelse, der indgår i klinikhonoraret. Efterregulering foretages af Region Hovedstaden senest d. 15-10-2012.

### § 3 Deltagelse i pilotprojektet

Praksis skal senest den 04-11-2011 give bindende tilsagn om at deltage i pilotprojektet. Lægerne og udvalgte medarbejdere i de deltagende praksis deltager aktivt i DSI's evaluering af pilotprojektet og forpligter sig til at foretage endagsregistreringer og deltage i de af DSI planlagte interviews m.v., jf § 4 nedenfor.

I pilotperioden skal lægerne aktivitetsregistrere følgende, når de har kontakter som ikke ydelsesafregnes i henhold til pilotmodellen:

- Kontakter ved fremmøde
- E-mail konsultationer
- Telefonkonsultationer
- Besøg hos patienten

Det håndteres i praksis ved, at der oprettes 4 nye ydelseskoder – med honorar "0" - som lægerne anvender til registrering af kontaktydelser i pilotperioden.

Patienternes fremmøde i konsultationen vil fortsat skulle dokumenteres via registrering af sundhedskort (p-markering).

### § 4 Honorering for ekstra tidsforbrug

Ud over det i § 2 nævnte, sker der honorering af praksis' ekstra tidsforbrug i forbindelse med selve pilotprojektets afvikling. I henhold til den af DSI udarbejdede projektbeskrivelse er der tale om følgende:

#### **A) Casestudie i fire praksis:**

DSI følger 2 forskellige læger i hver praksis. Samtlige læger i praksis samt udvalgte repræsentanter for praksispersonalet deltager ved fokusgruppeinterview. For deltagelse i casestudiet honoreres hver af de 4 praksis som følger:

Enhedspriser, casestudie:

|   |           |
|---|-----------|
| Til koordinering af casestudiet og deltagelse i fire observationsstudier i hver praksis honoreres hver praksis med: | 7.500 kr. |
| Derudover honoreres hver læge, der deltager med:  | 3.300 kr. |
| Derudover honoreres hver praksispersonale, der deltager med:  | 1.700 kr. |

Betalingen er beregnet ud fra følgende forudsætninger:

Der gennemføres to empiriindsamlinger i hver praksis, hver indsamling består af to dages observation og ét interview med læger og praksispersonale. I hver praksis forventes én læge i klinikken at afsætte tid til koordinering, kontaktperson med DSI (4 timer) og at deltage i hele observationsdage, hvor der honoreres svarende til en times merarbejde pr. dag (2x2 timer). Alle læger i praksis forpligter sig til at deltage i interviews a' 2 timers varighed. Første empiriindsamling foregår i november/december 2011 og anden i maj/juni 2012. Desuden aflønnes én fra praksispersonalet for koordinering med DSI, hvilket skønnes at indebære i alt ca. 2 timers merarbejde.

#### **B) Endagsregistrering**

For deltagelse i endagsregistrering af samtlige medvirkende praksis' aktivitets-, samarbejds- og henvisningsmønstre (i december 2011 og igen i juni 2012) honoreres hver læge med 4.500 kr. mens der for hvert deltagende praksispersonale honoreres med 2.250 kr. Det samlede beløb udbetales til ydernummerindehaveren. Det forudsættes, at de deltagende læger og medarbejdere har udført engangsregistreringen begge gange og har deltaget i et informationsmøde à 1,5 timers varighed. Det forudsættes endvidere, at registreringsskemaet i gennemsnit kan udfyldes på ca. 2 min. pr. kontakt.

Honoraret dækker evt. transporttid og transportomkostninger i forbindelse med deltagelse i informationsmødet, der afholdes på Bornholm.

### **C) Fokusgruppeinterviews**

For deltagelse i fokusgruppeinterviews juni 2012 à to timers varighed (3 fokusgrupper med 6-8 praktiserende læger i hver, repræsentation fra flest mulige praksis) honoreres hver læge med 2.100 kr. Interviewene forventes at foregå uden for almindelig dagtid og afholdes på Bornholm.

Honoraret dækker evt. transporttid og transportomkostninger.

Alle de i § 4 nævnte beløb er angivet som grundhonorar pr. 01-04-2009 og reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent, samtlige ovennævnte beløb (A, B, C) udbetales til ydernummerindehaveren.

De i § 4 nævnte beløb udbetales af Region Hovedstaden senest d. 15-10-2012 med afregningen for september måned.

## **§ 5. Ikrafttræden**

Aftalen træder i kraft den 01-11-2011. Såfremt der ikke tilmeldes et tilstrækkeligt antal læger beslutter styregruppen vedr. ny honorarstruktur om projektet og dermed aftalen bortfalder.

## **§ 6. Bilag**

Bilag A, der beskriver opgørelsesmetoden for garanteret klinikhonorar m.v., udgør en integreret del af denne § 2 aftale.

Godkendt den 28-10-2011

PLO-dok. 558006

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation.

## **Bilag til § 2-aftale - Region H**

### **Bilag A til § 2-aftale om honorering af læger i forbindelse med pilotprojekt vedrørende nyt honorarsystem**

De deltagende praksis er garanteret mod indkomstnedgang pr. tilmeldt gruppe 1-sikret (dagtid) i pilotperioden 1. januar til 30. juni 2012. Garantibeløbet opgøres pr. patient.

Formålet med dette bilag er at konkretisere hvilken opgørelsesmetode, der anvendes ved opgørelsen af garantibeløbet (dagtid) pr. patient for den enkelte praksis.

### **Metode til opgørelse af garanteret klinikhonorar pr. tilmeldt patient i pilotperioden:**

1)

Praksis' samlede omsætning fra regionen (vedr. dagtid og gruppe 1 sikrede) i perioden 1/1 – 30/6 2011 er udgangspunktet for lægens klinikhonorar pr. gruppe 1 sikret i pilotperioden.

Heri indgår basis- og ydelseshonorarer vedr. overenskomst om almen praksis og alle andre dagtidshonorarer fra regionen, som vedrører patientbehandling m.v.

Der fratrækkes ydelser, som ifølge den pilottestede model fortsat aktivitetshonoreres, dvs. ydelser efter profylakseaftalen, ydelser vedr. turister, EU-borgere, passanter (ikke Bornholm-borgere) m.v. jf. overenskomstens § 47 stk. 4 samt ydelser efter § 2-

aftaler og alle ydelser vedr. gruppe 2-sikrede. Den fremkomne sum divideres med det antal tilmeldte gruppe 1-sikrede, som gennemsnitligt var tilmeldt praksis i perioden 1/1-30/6 2011<sup>1</sup>, dette er lægens uregulerede klinikhonorer.

Ved pilotprojektets start reguleres lægens klinikhonorer på følgende måde:

- a) Pr. 1. 1. 2012 tillægges klinikhonoret et beløb på 3,41 kr. pr. gruppe 1-sikret patient (i 1.4.2011-niveau), svarende til værdien af ét kvartal af de 75 mio. kr., der udløstes kollektivt pr. 1. 4. 2011. Herved er klinikhonoret justeret for den fulde værdi af 75 mio. kr. (i 1.4.2011-niveau).
- b) Det fremkomne klinikhonorer reguleres pr. 1. 1. 2012 med stigningen i reguleringsprocenten pr. 1.10.2011.
- c) I projektperioden (første halvår 2012) reguleres klinikhonoret med de stigninger, der er aftalt i overenskomst om almen praksis: Sædvanlig regulering pr. 1.4.2012 (stigning i reguleringsprocenten). Endvidere forhøjes klinikhonoret pr. 1. 4. 2012 svarende til forhøjelsen af basishonoret, begrundet i den aftalte honorarstigning på i alt 50 mio. kr. Dette svarer til 2,27 kr.<sup>2</sup> (1. 4. 2011 niveau) pr. gruppe 1 sikret.

Det ovenfor opgjorte klinikhonorer danner grundlag for den løbende udbetaling i pilotperioden, hvor praksis senest sidste hverdag hver måned modtager et klinikhonorer pr. tilmeldt gruppe 1 sikret. Der benyttes det antal gruppe 1 sikrede, som var tilmeldt praksis den 1. i den måned (opgjort den 10. i måneden), som klinikhonoreringen vedrører og den takst for klinikhonoret, som gælder pr. den 1. i den pågældende måned. Herudover modtager praksis ydelsesafregning for de ydelser, som aktivitetshonoreres ifølge den pilottestede model. For denne afregning følges overenskomstens sædvanlige afregningsregler.

Eftersom klinikhonoret er baseret på praksis hidtidige basis- og ydeshonorering, er der taget højde for variation som følge af forskellig sammensætning af patientgruppen. De deltagende praksis' honorering justeres ikke yderligere for patientgruppens køn, alder og andre sociale baggrundsvariable.

2)

Efter udløbet af pilotperioden beregnes en efterregulering af klinikhonorarets størrelse, hvorved det sikres at de deltagende praksis' honorarudvikling følger samme procentvise aktivitetsudvikling, som regionens øvrige praksis har haft fra første halvår 2011 til første halvår 2012.

Hvis nogen af de deltagende praksis fejlagtigt er kommet til at afregne og har fået udbetalt ydelser, som allerede er indregnet i klinikhonoret, efterreguleres der endvidere for dette.

Den samlede efterregulering over for praksis finder sted senest den 15.10.2012.

### **Særlige forhold:**

De læger, der deltager i pilotprojektet, modtager også klinikhonorer under fravær pga. ferie og efteruddannelse af sædvanligt omfang og under sygefravær.

Læger, der fungerer som stedfortrædere pga. ferie-, efteruddannelses- eller sygdomsfravær i en nabopraksis, modtager ikke ydeshonorering fra regionen ved behandling af gruppe 1-sikrede, der er tilmeldt nabolæger og omfattet af disse lægers klinikhonorer. Sådanne patienter anses ikke for passanter. Dette håndteres rent praktisk ved, at patienter med folkeregisteradresse på Bornholm ikke opfattes som passanter i projektperioden. Nabolægerne kan dog ydelsesafregne for de patient-

grupper og de ydelser, der er holdt uden for klinikhonoraret, jf. de sædvanlige vilkår for pilotprojektet.

Det forudsættes, at den syge eller fraværende læge drager omsorg for at patienterne passes enten af en kompagnon, en ansat vikar eller af nabolæger. Det er et interkolegialt anliggende, hvordan der økonomisk kompenseres i sådanne tilfælde.

Parterne har ved affattelsen af § 2 aftalen tilstræbt at tage hensyn til alle relevante forhold. Hvis det alligevel viser sig, at der i en praksis er særlige forhold, som bør begrunde en justering af klinikhonorarets størrelse eller lignende, afgøres sagen konkret i samarbejdsudvalget ud fra princippet om, at lægerne ikke skal stilles økonomisk ringere end hvis det nuværende honorarsystem blev videreført i første halvår 2012 og at regionen ikke skal have utilsigtede merudgifter.

---

<sup>1</sup> Det gennemsnitlige antal patienter beregnes ved at sammenlægge antallet af til-meldte patienter pr. 1/1, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5 og 1/6 og dividere med 6.

<sup>2</sup> Forudsat 5,5 mio gruppe 1 sikrede pr. 1-10-2011

Godkendt den 25-10-2011

PLO-dok. 558006

Kilde: Praktiserende Lægers Organisation.

## Bilag 2: Oversigt over ydelsesregistrering til Sygesikringsregisteret i pilotperioden

### I. Deltagende bornholmske læger registrerer følgende i forhold til patienter med bopæl på Bornholm:

A. Følgende ydelsesnumre registreres ved kontakter med patienter med bopæl på Bornholm, hvis der ikke afregnes honorar efter Profylakseaftalen eller en § 2 aftale:

| Ydelse                 | Ydelsesnummer | Grundhonorar | Honorar |
|------------------------|---------------|--------------|---------|
| Kontakter ved fremmøde | 4270          |              | 0,00    |
| E-mail konsultationer  | 4271          |              | 0,00    |
| Telefonkonsultationer  | 4272          |              | 0,00    |
| Besøg hos patienten    | 4273          |              | 0,00    |

B. Følgende ydelser (Profylakseaftalen) afregnes som normalt. (Der kan komme nye ydelser i profylakseaftalen i pilotperioden, ligesom honorarer reguleres pr. 1. april 2012):

| Ydelse  | Ydelsesnummer | Grundhonorar | Honorar pr. 1. okt. 2011 |
|---|---------------|--------------|--------------------------|
| <b>§ 3. Helbredsundersøgelse af gravide</b>   |               |              |                          |
| 1. lægeundersøgelse (ca. 6-10 uger), inkl. blodprøvetagning og urinundersøgelse ved stix eller mikroskopi   | 8110          | 416,89       | 428,56                   |
| 2. lægeundersøgelse (ca. 24 uger), inkl. urinundersøgelse ved stix  | 8120          | 150,28       | 154,49                   |
| 3. lægeundersøgelse (ca. 34 uger), inkl. urinundersøgelse ved stix  | 8130          | 150,28       | 154,49                   |
| 4. lægeundersøgelse (ca. 8 uger efter fødslen)  | 8140          | 181,33       | 186,41                   |
| Tillæg for anvendelse af kvalificeret tolk  | 8410          | 120,05       | 123,41                   |
| <b>§ 4. Tillægsydelser ud over de i § 3 inkluderede</b>   |               |              |                          |
| Blodprøvetagning fra blodåre til særlige prøver – herunder til brug for fosterdiagnostik til undersøgelse på Statens Serum Institut eller centrallaboratorium | 8151          | 43,47        | 44,69                    |
| Forsendelse af biologisk materiale ekskl. blodprøver (omfatter også indsendelse af urin til undersøgelse for mikroalbuminuri og podning)                      | 8152          | 31,05        | 31,92                    |

|   |      |        |        |
|---|------|--------|--------|
| <b>§ 5. Laboratorieydelse ud over de i § 3 inkluderede</b>  |      |        |        |
| B-glukose (fotometer)   | 8153 | 47,44  | 48,77  |
| B-hæmoglobin (fotometer)  | 8164 | 47,44  | 48,77  |
| Urinundersøgelse ved stix   | 8155 | 11,86  | 12,19  |
| <b>Mikroskopi af biologisk materiale (fasekontrastmikroskopi)</b>   |      |        |        |
| Fasekontrastmikroskopi af urin  | 8165 | 47,44  | 48,77  |
| Fasekontrastmikroskopi af biologisk materiale, eksklusiv urin   | 8168 | 59,30  | 60,96  |
| <b>Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium</b>  |      |        |        |
| Bakterier   | 8159 | 35,58  | 36,58  |
| Svampe  | 8161 | 35,58  | 36,58  |
| Andet   | 8162 | 35,58  | 36,58  |
| <b>§ 10. Børneundersøgelser</b>   |      |        |        |
| 1. børneundersøgelse, når barnet er 5 uger  | 8211 | 181,47 | 186,55 |
| 2. børneundersøgelse, når barnet er 5 måneder   | 8212 | 181,47 | 186,55 |
| 3. børneundersøgelse, når barnet er 12 måneder  | 8213 | 181,47 | 186,55 |
| 4. børneundersøgelse, når barnet er 2 år  | 8214 | 181,47 | 186,55 |
| 5. børneundersøgelse, når barnet er 3 år  | 8215 | 181,47 | 186,55 |
| 6. børneundersøgelse, når barnet er 4 år  | 8216 | 181,47 | 186,55 |
| 7. børneundersøgelse, når barnet er 5 år  | 8217 | 181,47 | 186,55 |
| Tillæg for anvendelse af kvalificeret tolk  | 8410 | 120,05 | 123,41 |
| <b>§ 11. Børnevaccinationer</b>   |      |        |        |
| Di-Te-Ki-Pol-hib vaccination når barnet er 3 mdr.   | 8341 | 41,05  | 42,20  |
| Di-Te-Ki-Pol-hib vaccination når barnet er 5 mdr.   | 8342 | 41,05  | 42,20  |
| Di-Te-Ki-Pol-hib vaccination når barnet er 12 mdr.  | 8343 | 41,05  | 42,20  |
| Di-Te-Ki-Pol re-vaccination når barnet er ca. 5 år  | 8325 | 41,05  | 42,20  |
| 1. pneumokokvaccination, når barnet er 3 måneder  | 8344 | 41,05  | 42,20  |
| 2. pneumokokvaccination, når barnet er 5 måneder  | 8345 | 41,05  | 42,20  |
| 3. pneumokokvaccination, når barnet er 12 måneder   | 8346 | 41,05  | 42,20  |
| <b>Tillæg til vaccinationshonorar</b>   |      |        |        |
| Tillæg til vaccinationshonorar (ydelsesnummer 8310, 8325, 8341, 8342, 8343, 8344, 8345, 8346, 8601 og 8612), når der ikke samtidig er en børneundersøgelse, konsultation eller HPV-vaccination) | 8708 | 85,81  | 88,21  |



|  |      |        |        |
|--|------|--------|--------|
| <b>§ 11A. Andre vaccinationer</b>  |      |        |        |
| Hepatitis A-vaccination af persongrupper efter embedslægens anbefaling (kun første dosis)  | 8310 | 126,86 | 130,41 |
| Hepatitis B-vaccination af ikke smittede injektionsnarkomaner  | 8318 | 126,86 | 130,41 |
| Hepatitis B-vaccination af personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion samt fast seksualpartner til en person med kronisk hepatitis B infektion | 8319 | 126,86 | 130,41 |
| Hepatitis B-vaccination af børn i daginstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med en kendt kronisk hepatitis B infektion, på foranledning af embedslægen       | 8327 | 126,86 | 130,41 |
| Hepatitis B-vaccination af personer, der har fået diagnosticeret hepatitis C infektion   | 8326 | 126,86 | 130,41 |
| Hepatitis B-vaccination af børn under 15 år, som færdes i boligområder med mange injektionsnarkomaner, hvis Sundhedsstyrelsen konkret anbefaler, at de vaccineres            | 8327 | 126,86 | 130,41 |
| <b>§ 11B. Andre vaccinationer</b>  |      |        |        |
| Vaccination med klausuleret tilskud  | 8940 | 126,86 | 130,41 |
| <b>Vaccination mod hepatitis B (børn født af kvinde med kronisk hepatitis B)</b>   |      |        |        |
| 1. hepatitis B-vaccination, når barnet er 1 måned  | 8314 | 126,86 | 130,41 |
| 2. hepatitis B-vaccination, når barnet er 2 måneder  | 8315 | 126,86 | 130,41 |
| 3. hepatitis B-vaccination, når barnet er 12 måneder   | 8316 | 126,86 | 130,41 |
| <b>Kombineret vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)</b>  |      |        |        |
| 1. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 15 måneder)  | 8601 | 41,05  | 42,20  |
| 2. MFR-vaccination (uanset alder, men normalt når barnet er 4 år eller 12 år)  | 8618 | 41,05  | 42,20  |
| Honorar for telefonisk henvendelse til forældrene  | 8618 | 24,84  | 25,54  |
| <b>Vaccination mod røde hunde</b>  |      |        |        |
| Vaccination af kvinder mod røde hunde  | 8801 | 41,05  | 42,20  |
| Tillæg til vaccinationshonorar, når der ikke samtidig er kons. i øvrigt  | 8901 | 85,81  | 88,21  |
| <b>Vaccination mod HPV</b>   |      |        |        |
| 1. HPV-vaccination   | 8328 | 126,86 | 130,41 |
| 2. HPV-vaccination (minimum 1 måned efter 1. vaccination)  | 8329 | 126,86 | 130,41 |

|   |      |        |        |
|---|------|--------|--------|
| 3. HPV-vaccination (minimum 3 måneder efter 2. vaccination) | 8330 | 126,86 | 130,41 |
|---|------|--------|--------|

C. Endvidere afregnes ydelser i henhold til § 2 aftaler som normalt, også over for patienter med bopæl på Bornholm.

**II. Deltagende bornholmske læger, der behandler patienter, der ikke har bopæl på Bornholm, registrerer og afregner følgende i forhold til disse patienter:**

Der afregnes som normalt, det vil sige ved anvendelse af det fulde ydelsessortiment i overenskomst om almen praksis og Profylakseaftalen, når det drejer sig om ydelser vedrørende turister, EU-borgere, passanter mv. (ikke Bornholm-borgere), jf. overenskomstens § 47, stk. 4, og gruppe 2 sikrede.

## Bilag 3: Endagsregistreringskema for læger

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Læger** Cpr-nr: 0102031021

Generelt | Konsultationens Indhold | Afslutning af konsultation

**Konsultationsårsag**

- Forebyggelse
- Recept eller attest
- Opfølgning på tidligere konsultation
- Nyt helbredsproblem

**Samarbejde i konsultationen**

- Samarbejde/inddragelse af praksispersonale ved konsultationen
- Samarbejde/inddragelse af andre læger (internt)
- Samarbejde med eksterne samarbeidspartnere

Vurdering af konsultationens lægefaglige tyngde på skala fra 1 til 10 (1 = let og 10 = tung)

0

**Karakteristisk af konsultationen**

- Ved ikke

Biomedicinske problemer (%) 0

Psykologiske problemer (%) 0

Sociale problemer (%) 0

Summèret procent 0

**Varighed af konsultationen**


Angiv minutter uden patient: 0

Angiv minutter med patient: 0

**Popup Irrelevant**

- Ja

Hvorfor?



Udfyld senere OK

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Læger** Cpr-nr: 0102031021

Generelt | Konsultationens Indhold | Afslutning af konsultation

**Kliniske procedurer**

- Blodtryk
- Vægtkontrol
- Medicinhåndtering/ophædning
- Støttesamtale - psykisk/socialt
- Svangreundersøgelse
- Børneundersøgelse/vaccination
- P-pillekontrol
- Cytologisk skrøb
- Rejsevaccination
- Øvrig vaccination
- Injektion - f.eks. ved infertilitet
- Skade/sårbehandling/suturfjernelse
- Øreskyl
- Vortebehandling
- Receptudstedelse ny medicin
- Receptfornyelse
- Svar på prøver - eksternt
- Svar på prøver - internt
- Andet

**Gennemførte prøver**

- Blodprøve - eksternt
- Blodprøve - internt
- Urinvejsdiagnostik
- Strep A podning
- EKG
- Spirometri
- Audiometri
- Allergitest - priktest
- Anden prøve

**Undervisning**

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion
- Kronisk sygdom

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Læger** Cpr-nr: 0102031021

Generelt | Konsultationens Indhold | Afslutning af konsultation

Afslutning af konsultation

- Aftalt opfølgende konsultation hos lægen
- Aftalt opfølgende konsultation hos praksis personale
- Ny henvendelse ved behov
- Afslutning
- Henvisning til diagnostik
- Henvisning til behandling

Henvisningstype:

- Speciallæge
- Hospitalambulatorium
- Indlæggelse
- Fysioterapi/kiropraktik
- Eksternt laboratorium
- Billeddiagnostik
- Andet

Udfyld senere OK

## Bilag 4: Endagsregistreringskema for praksispersonale

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Praksis Personale** Cpr-nr: **0102031021**

**Konsultationsårsag**

- Opfølgning på tidligere konsultation
- Ny Episode

**Konsultationens indhold**

Kliniske procedurer | Prøver | Undervisning/livsstillrådgivning

- Blodtryk
- Vægtkontrol
- Medicinhåndtering/ophædning
- Støttesamtale
- Svangreundersøgelse
- Børneundersøgelse/vaccination
- P-pillekontrol
- Cytologisk skrab
- Rejsevaccination
- Øvrig vaccination
- Injektion
- Skade/sårbehandling/suturfjernelse
- Øreskyl
- Vortebehandling
- Lægemiddelordination/receptudstedelse
- Andet

**Vurdering af konsultationens lægefaglige tyngde på en skala fra 1 til 10 (1 = let og 10 = tung)**

0

**Varighed af konsultationen**

Angiv minutter uden patient: 0

Angiv minutter med patient: 0

**Afslutning af kontakt**

- Aftalt opfølgende konsultation hos lægen
- Aftalt opfølgende konsultation hos praksis personale
- Ny henvendelse ved behov
- Afslutning

**Popup Irrelevant**

Ja

Hvorfor?

\_\_\_\_\_

Udfyld senere OK

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Praksis Personale** Cpr-nr: **0102031021**

Konsultationsårsag

Opfølgning på tidligere konsultation

Ny Episode

Vurdering af konsultationens lægefaglige tyngde på en skala fra 1 til 10 (1 = let og 10 = tung)

Varighed af konsultationen

Angiv minutter uden patient:

Angiv minutter med patient:

Konsultationens indhold

Kliniske procedurer | Prøver | **Undervisning/livsstilrådgivning**

Blodprøve eksternt

Blodprøve internt

Urinvejsdiagnostik

Strep A podning

EKG

Spirometri

Audiometri

Allergitest - priktest

Anden prøve


Afslutning af kontakt

Aftalt opfølgende konsultation hos lægen

Aftalt opfølgende konsultation hos praksis personale

Ny henvendelse ved behov

Afslutning

 **Popup Irrelevant**

Ja

Hvorfor?

Udfyld senere OK

Patient: 0102031021TestTestesen

**Konsultationsregistrering - for Praksis Personale** Cpr-nr: **0102031021**

Konsultationsårsag

- Opfølgning på tidligere konsultation
- Ny Episode

Konsultationens indhold

Kliniske procedurer | Prøver | Undervisning/livsstilelsrådgivning

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion
- Kronisk sygdom

Vurdering af konsultationens lægefaglige tyngde på en skala fra 1 til 10 (1 = let og 10 = tung)

Varighed af konsultationen

Angiv minutter uden patient:

Angiv minutter med patient:


Afslutning af kontakt

- Aftalt opfølgende konsultation hos lægen
- Aftalt opfølgende konsultation hos praksis personale
- Ny henvendelse ved behov
- Afslutning

**Popup Irrelevant**

- Ja

Hvorfor?

 Sentinel

Udfyld senere    OK



## Bilag 5: Regressionsresultater – kontaktmønster i almen praksis

Tabel 25: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal konsultationer<sup>2</sup> i praksis per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende almene praksisser på Bornholm og øvrige almene praksisser i Region Hovedstaden (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|  | Januar            |                      | Februar            |                      | Marts             |                      | April             |                      | <sup>4</sup> Maj  |                      | <sup>4</sup> Første halvår |                      |
|--|-------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|  | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat  | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat          | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>6</sup> Interventionsgruppe                 | 0,75              | <0,01                | 0,83               | <0,01                | 0,72              | <0,01                | 0,91              | <0,01                | 0,82              | <0,01                | 0,74                       | <0,01                |
| <sup>7</sup> Periode2012                         | 0,03              | 0,50                 | 0,04               | 0,39                 | -0,01             | 0,81                 | 0,04              | 0,44                 | -0,06             | 0,34                 | 0,02                       | 0,55                 |
| <sup>8</sup> Interventionsgruppe<br>*Periode2012 | 0,04              | 0,88                 | -0,13              | 0,62                 | 0,02              | 0,93                 | -0,07             | 0,75                 | 0,004             | 0,99                 | -0,04                      | 0,88                 |
| Konstant   | 6,27              | <0,01                | 6,14               | <0,01                | 6,32              | <0,01                | 6,03              | <0,01                | 6,03              | <0,01                | 7,84                       | <0,01                |
| N  | 1.520             | -                    | <sup>5</sup> 1.519 | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | <sup>6</sup> 1.519         | -                    |
| R <sup>2</sup>                                   | 0,01              | -                    | 0,01               | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01                       | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup>T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 8.

<sup>2</sup>Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup>Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 9 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup>Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup>En observation fjernet fra referencegruppen pga. negativ antal konsultationer i perioden.

<sup>6</sup>En dummyvariabel, som antager værdien én hvis yderen tilhører interventionsgruppen.

<sup>7</sup>En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 25. maj 2012).

<sup>8</sup>En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe"

Tabel 26: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal sygebesøg<sup>2</sup> per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende almene praksisser på Bornholm og øvrige almene praksisser i Region Hovedstaden (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|  | Januar            |                      | Februar           |                      | Marts             |                      | April             |                      | <sup>4</sup> Maj  |                      | <sup>4</sup> Første halvår |                      |
|--|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|  | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat          | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>5</sup> Interventionsgruppe                 | 0,77              | <0,01                | 0,76              | 0,01                 | 0,76              | <0,01                | 0,71              | 0,01                 | 1,02              | <0,01                | 0,82                       | <0,01                |
| <sup>6</sup> Periode2012                         | 0,02              | 0,71                 | 0,07              | 0,25                 | -0,10             | 0,11                 | -0,004            | 0,95                 | -0,04             | 0,53                 | -0,01                      | 0,87                 |
| <sup>7</sup> Interventionsgruppe<br>*Periode2012 | 0,003             | 1,00                 | -0,21             | 0,62                 | 0,17              | 0,64                 | 0,21              | 0,55                 | -0,39             | 0,20                 | 0,02                       | 0,96                 |
| Konstant   | 1,92              | <0,01                | 1,76              | <0,01                | 1,93              | <0,01                | 1,63              | <0,01                | 1,61              | <0,01                | 3,39                       | <0,01                |
| N  | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520                      | -                    |
| R <sup>2</sup>                                   | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01                       | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup>T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 8.

<sup>2</sup>Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup>Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 9 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup>Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup>En dummyvariabel, som antager værdien én hvis yderen tilhører interventionsgruppen.

<sup>6</sup>En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 25. maj 2012).

<sup>7</sup>En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe"

Tabel 27: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal telefonkonsultationer<sup>2</sup> per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende almene praksisser på Bornholm og øvrige almene praksisser i Region Hovedstaden (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|  | Januar            |                      | Februar           |                      | Marts             |                      | April             |                      | <sup>4</sup> Maj  |                      | <sup>4</sup> Første halvår |                      |
|--|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|  | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat          | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>5</sup> Interventionsgruppe                 | 0,79              | <0,01                | 0,87              | <0,01                | 0,78              | <0,01                | 0,89              | <0,01                | 0,82              | <0,01                | 0,77                       | <0,01                |
| <sup>6</sup> Periode2012                         | 0,002             | 0,97                 | 0,03              | 0,55                 | -0,03             | 0,53                 | 0,02              | 0,65                 | -0,06             | 0,32                 | 0,01                       | 0,74                 |
| <sup>7</sup> Interventionsgruppe<br>*Periode2012 | -0,03             | 0,91                 | -0,14             | 0,55                 | -0,03             | 0,91                 | -0,09             | 0,69                 | -0,03             | 0,91                 | -0,08                      | 0,73                 |
| Konstant   | 5,83              | <0,01                | 5,69              | <0,01                | 5,87              | <0,01                | 5,62              | <0,01                | 5,57              | <0,01                | 7,38                       | <0,01                |
| N  | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520                      | -                    |
| R <sup>2</sup>                                   | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01                       | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup>T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 8.

<sup>2</sup>Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup>Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 9 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup>Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup>En dummyvariabel, som antager værdien én hvis yderen tilhører interventionsgruppen.

<sup>6</sup>En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 25. maj 2012).

<sup>7</sup>En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe"

Tabel 28: Den procentvise årlige ændring i det gennemsnitlige antal e-mailkonsultationer<sup>2</sup> per alment praktiserende yder<sup>3</sup> for hhv. deltagende almene praksisser på Bornholm og øvrige almene praksisser i Region Hovedstaden (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|  | Januar            |                      | Februar           |                      | Marts             |                      | April             |                      | <sup>4</sup> Maj  |                      | <sup>4</sup> Første halvår |                      |
|--|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
|  | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat          | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>5</sup> Interventionsgruppe                 | 1,41              | <0,01                | 1,42              | <0,01                | 1,31              | <0,01                | 1,49              | <0,01                | 1,37              | <0,01                | 1,47                       | <0,01                |
| <sup>6</sup> Periode2012                         | 0,35              | <0,01                | 0,34              | <0,01                | 0,28              | <0,01                | 0,35              | <0,01                | 0,26              | <0,01                | 0,37                       | <0,01                |
| <sup>7</sup> Interventionsgruppe<br>*Periode2012 | -0,08             | 0,84                 | -0,19             | 0,63                 | -0,17             | 0,65                 | -0,41             | 0,31                 | -0,24             | 0,51                 | -0,26                      | 0,49                 |
| Konstant   | 3,60              | <0,01                | 3,51              | <0,01                | 3,73              | <0,01                | 3,48              | <0,01                | 3,54              | <0,01                | 5,11                       | <0,01                |
| N  | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520             | -                    | 1.520                      | -                    |
| R <sup>2</sup>                                   | 0,02              | -                    | 0,02              | -                    | 0,01              | -                    | 0,02              | -                    | 0,01              | -                    | 0,02                       | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup>T-test på baggrund af difference-in-difference analyse (OLS regression af log(antal ydelser) med robuste fejlled) – se bilag 8.

<sup>2</sup>Ydelsesnumrene anvendt til analysen er angivet i Tabel 2.

<sup>3</sup>Inkluderer kun ydernes registreringer for patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden. Se bilag 9 for en detaljeret beskrivelse af afgrænsningen.

<sup>4</sup>Behandlinger foretaget i den sidste uge af maj er ikke tilgængelige i data. Derfor afgrænses maj måned i begge perioder til og med den 25. maj.

<sup>5</sup>En dummyvariabel, som antager værdien én hvis yderen tilhører interventionsgruppen.

<sup>6</sup>En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 25. maj 2012).

<sup>7</sup>En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe"

## Bilag 6: Regressionsresultater – kontaktmønster hos øvrige ydere inden for Sygesikringen

Tabel 29: Regressionsresultater fra analyser af den årlige ændring i andelen af patienter med bopæl i Region Hovedstaden, som i undersøgelsesperioden har besøgt en alment praktiserende læge samt en anden yder inden for Sygesikringen (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|  | Speciallæge            |                      | Vagtlæge         |                      | Fysioterapeut          |                      | Kiropraktor      |                      | Psykolog               |                      | Tandlæge               |                      |
|--|------------------------|----------------------|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
|  | Parameterestimat       | p-værdi <sup>8</sup> | Parameterestimat | p-værdi <sup>8</sup> | Parameterestimat       | p-værdi <sup>8</sup> | Parameterestimat | p-værdi <sup>8</sup> | Parameterestimat       | p-værdi <sup>8</sup> | Parameterestimat       | p-værdi <sup>8</sup> |
| <sup>2</sup> Interventionsgruppe                 | -0,05                  | <0,01                | -0,13            | <0,01                | -0,02                  | <0,01                | -0,02            | <0,01                | -0,002                 | <0,01                | 0,02                   | <0,01                |
| <sup>3</sup> Periode2012                         | -0,001                 | 0,05                 | -0,01            | <0,01                | 0,001                  | <0,01                | -0,001           | <0,01                | 0,001                  | <0,01                | -0,01                  | <0,01                |
| <sup>4</sup> Interventionsgruppe<br>*Periode2012 | 0,01                   | 0,16                 | 0,03             | <0,01                | -0,01                  | 0,01                 | 0,003            | 0,07                 | 0,0002                 | 0,79                 | 0,01                   | 0,13                 |
| <sup>5</sup> Mand                                | -0,05                  | <0,01                | -0,02            | <0,01                | -0,02                  | <0,01                | -0,0002          | 0,37                 | -0,01                  | <0,01                | -0,04                  | <0,01                |
| <sup>6</sup> Alder                               | 0,002                  | <0,01                | -0,01            | <0,01                | 0,003                  | <0,01                | 0,002            | <0,01                | 0,001                  | <0,01                | 0,02                   | <0,01                |
| <sup>7</sup> Alder*alder                         | 0,00001                | <0,01                | 0,0001           | <0,01                | -0,00002               | <0,01                | -0,00002         | <0,01                | -0,00001               | <0,01                | -0,0001                | <0,01                |
| Konstant   | 0,24                   | <0,01                | 0,39             | <0,01                | -0,002                 | <0,01                | -0,002           | <0,01                | 0,01                   | <0,01                | -0,11                  | <0,01                |
| N  | <sup>1</sup> 2.315.811 | -                    | 2.315.813        | -                    | <sup>1</sup> 2.315.791 | -                    | 2.315.813        | -                    | <sup>1</sup> 2.315.810 | -                    | <sup>1</sup> 2.315.427 | -                    |
| R <sup>2</sup>                                   | 0,03                   | -                    | 0,05             | -                    | 0,02                   | -                    | 0,01             | -                    | 0,01                   | -                    | 0,16                   | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> Observationer fjernes fra opgørelsen, da deres totale mængde ydelser i perioden er negativ. <sup>2</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten tilhører interventionsgruppen. <sup>3</sup> En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 31. maj 2012). <sup>4</sup> En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe". <sup>5</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten er mand. <sup>6</sup> En variabel for patientens alder. <sup>7</sup> En variabel for patienten alder<sup>2</sup>. <sup>8</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference metoden (OLS-regression med robuste fejllid).

Tabel 30: Regressionsresultater fra analyser af den årlige ændring i andelen af patienter med bo-pæl i Region Hovedstaden, som i undersøgelsesperioden har besøgt en alment praktiserende læge samt en anden yder inden for Sygesikringen (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|   | Laboratorium           |                      |
|---|------------------------|----------------------|
|   | Parameterestimat       | p-værdi <sup>8</sup> |
| <sup>2</sup> Interventionsgruppe              | -0,20                  | <0,01                |
| <sup>3</sup> Periode2012                      | 0,001                  | 0,05                 |
| <sup>4</sup> Interventionsgruppe *Periode2012 | -0,001                 | 0,41                 |
| <sup>5</sup> Mand                             | -0,02                  | <0,01                |
| <sup>6</sup> Alder                            | 0,01                   | <0,01                |
| <sup>7</sup> Alder*alder                      | -0,00002               | <0,01                |
| Konstant                                      | 0,03                   | <0,01                |
| N   | <sup>1</sup> 2.315.811 | -                    |
| R <sup>2</sup>                                | 0,05                   | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> Observationer fjernes fra opgørelsen, da deres totale mængde ydelser i perioden er negativ. <sup>2</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten tilhører interventionsgruppen. <sup>3</sup> En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 31. maj 2012). <sup>4</sup> En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe". <sup>5</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten er mand. <sup>6</sup> En variabel for patientens alder. <sup>7</sup> En variabel for patienten alder<sup>2</sup>. <sup>8</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference metoden (OLS-regression med robuste fejllid).

Tabel 31: Regressionsresultater fra analyser af den årlige ændring i omkostninger per patienter for ydelser modtaget hos en given yder inden for Sygesikringen (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). I analyserne indgår alene patienter, som har modtaget ydelser som i en vis grad er dækket Sygesikringen. Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|   | Speciallæge       |                      | Vagtlæge          |                      | Fysioterapeut     |                      | Kiropraktor       |                      | Psykolog          |                      | Tandlæge          |                      |
|---|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|   | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> | Parameter-estimat | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>2</sup> Interventions-gruppe                 | -9,6              | 0,67                 | -155,3            | <0,01                | 240,4             | <0,01                | -79,6             | <0,01                | -233,4            | 0,03                 | -49,8             | <0,01                |
| <sup>3</sup> Periode2012                          | -35,1             | <0,01                | -1,4              | 0,17                 | -54,5             | <0,01                | -8,1              | <0,01                | -22,5             | 0,23                 | -7,5              | <0,01                |
| <sup>4</sup> Interventions-gruppe<br>*Periode2012 | -47,6             | 0,12                 | -17,7             | 0,01                 | 88,8              | 0,45                 | 12,9              | 0,10                 | 322,5             | 0,05                 | 4,2               | 0,19                 |
| <sup>5</sup> Mand                                 | -103,7            | <0,01                | 13,6              | <0,01                | 230,8             | <0,01                | -16,4             | <0,01                | -8,8              | 0,68                 | 23,9              | <0,01                |
| <sup>6</sup> Alder                                | 23,1              | <0,01                | -6,5              | <0,01                | -21,3             | <0,01                | 3,5               | <0,01                | 2,1               | 0,50                 | 1,7               | <0,01                |
| <sup>7</sup> Alder*alder                          | -0,2              | <0,01                | 0,1               | <0,01                | 0,5               | <0,01                | -0,04             | <0,01                | -0,1              | <0,01                | -0,01             | <0,01                |
| Konstant  | 1.086,7           | <0,01                | 348,9             | <0,01                | 1.239,0           | <0,01                | 185,2             | <0,01                | 2.309,3           | <0,01                | 289,8             | <0,01                |
| N   | 747.420           | -                    | 374.652           | -                    | 156.106           | -                    | 92.604            | -                    | 26.017            | -                    | 801.655           | -                    |
| R <sup>2</sup>                                    | 0,01              | -                    | 0,04              | -                    | 0,03              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    | 0,01              | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference metoden (OLS-regression med robuste fejlled). <sup>2</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten tilhører interventionsgruppen. <sup>3</sup> En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 31. maj 2012). <sup>4</sup> En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe". <sup>5</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten er mand. <sup>6</sup> En variabel for patientens alder. <sup>7</sup> En variabel for patienten alder<sup>2</sup>.

Tabel 32: Regressionsresultater fra analyser af den årlige ændring i omkostninger per patienter for ydelser modtaget hos en given yder inden for Sygesikringen (sammenligning af første halvår 2011 med første halvår 2012). I analyserne indgår alene patienter, som har modtaget ydelser som i en vis grad er dækket Sygesikringen. Interventionsgruppen udgøres af patienter, hvis praktiserende læge deltager i den ny honorarstruktur.

|   | Laboratorium     |                      |
|---|------------------|----------------------|
|   | Parameterestimat | p-værdi <sup>1</sup> |
| <sup>2</sup> Interventionsgruppe              | 317,4            | <0,01                |
| <sup>3</sup> Periode2012                      | -8,7             | <0,01                |
| <sup>4</sup> Interventionsgruppe *Periode2012 | -11,6            | 0,79                 |
| <sup>5</sup> Mand                             | -32,2            | <0,01                |
| <sup>6</sup> Alder                            | -17,3            | <0,01                |
| <sup>7</sup> Alder*alder                      | 0,1              | <0,01                |
| Konstant                                      | 1.011,9          | <0,01                |
| N   | 447.367          | -                    |
| R <sup>2</sup>                                | 0,02             | -                    |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Sygesikringsregisteret

<sup>1</sup> T-test på baggrund af difference-in-difference metoden (OLS-regression med robuste fejllid). <sup>2</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten tilhører interventionsgruppen. <sup>3</sup> En dummy variabel, som antager værdien én hvis det er efter honorarstrukturændringen (1. januar 2012 – 31. maj 2012). <sup>4</sup> En interaktionsvariabel mellem dummy-variablen "periode2012" og dummyvariablen "interventionsgruppe". <sup>5</sup> En dummyvariabel, som antager værdien én hvis patienten er mand. <sup>6</sup> En variabel for patientens alder. <sup>7</sup> En variabel for patienten alder<sup>2</sup>.



## Bilag 7: Endagsregistreringer opdelt på nye episoder og opfølgende konsultationer

Tabel 33: Undervisning af patient i konsultation før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis – opdelt på nye episoder og opfølgende konsultationer

| Samtlige konsultationer                         |                      |                          |                      |                          |                      |
|---|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Undervisning                                    | December 2011        |                          | Juni 2012            |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Lægereregistreringer <sup>3</sup>               | (n=713) <sup>1</sup> |                          | (n=885) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost  | 27                   | 4 %                      | 71                   | 8 %                      | <0,01                |
| Rygning   | 21                   | 3 %                      | 45                   | 5 %                      | 0,03                 |
| Alkohol   | 10                   | 1 %                      | 11                   | 1 %                      | 0,78                 |
| Motion  | 47                   | 7 %                      | 107                  | 12 %                     | <0,01                |
| Kronisk sygdom                                  | 49                   | 7 %                      | 131                  | 15 %                     | <0,01                |
| Personaleregistreringer <sup>4</sup>            | (n=715) <sup>1</sup> |                          | (n=592) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost  | 27                   | 4 %                      | 9                    | 2 %                      | 0,01                 |
| Rygning   | 10                   | 1 %                      | 1                    | 0 %                      | 0,02                 |
| Alkohol   | 7                    | 1 %                      | 0                    | 0 %                      | 0,02                 |
| Motion  | 26                   | 4 %                      | 2                    | 0 %                      | <0,01                |
| Kronisk sygdom                                  | 37                   | 5 %                      | 6                    | 1 %                      | <0,01                |
| Konsultationsårsag: Nyt helbredsproblem/episode |                      |                          |                      |                          |                      |
| Undervisning                                    | December 2011        |                          | Juni 2012            |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                | % af alle konsultationer | Antal                | % af alle konsultationer |                      |
| Lægereregistreringer <sup>3</sup>               | (n=387) <sup>1</sup> |                          | (n=443) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost  | 7                    | 2 %                      | 22                   | 5 %                      | 0,01                 |
| Rygning   | 5                    | 1 %                      | 16                   | 4 %                      | 0,03                 |
| Alkohol   | 2                    | 1 %                      | 4                    | 1 %                      | 0,51                 |
| Motion  | 14                   | 4 %                      | 42                   | 9 %                      | <0,01                |
| Kronisk sygdom                                  | 17                   | 4 %                      | 40                   | 9 %                      | 0,01                 |
| Personaleregistreringer <sup>4</sup>            | (n=319) <sup>1</sup> |                          | (n=344) <sup>1</sup> |                          |                      |
| Kost  | 1                    | 0 %                      | 3                    | 1 %                      | 0,35                 |
| Rygning   | 0                    | 0 %                      | 0                    | 0 %                      | -                    |
| Alkohol   | 0                    | 0 %                      | 0                    | 0 %                      | -                    |
| Motion  | 2                    | 1 %                      | 1                    | 0 %                      | 0,52                 |
| Kronisk sygdom                                  | 7                    | 2 %                      | 2                    | 1 %                      | 0,07                 |

| Opfølgning på tidligere konsultation |                      |                           |                      |                           |                      |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Undervisning                         | December 2011        |                           | Juni 2012            |                           | p-værdi <sup>2</sup> |
|                                      | Antal                | % af alle konsul-tationer | Antal                | % af alle konsul-tationer |                      |
| Lægeregistreringer <sup>3</sup>      | (n=312) <sup>1</sup> |                           | (n=415) <sup>1</sup> |                           |                      |
| Kost                                 | 19                   | 6 %                       | 48                   | 12 %                      | <b>0,01</b>          |
| Rygning                              | 16                   | 5 %                       | 32                   | 8 %                       | 0,17                 |
| Alkohol                              | 8                    | 3 %                       | 7                    | 2 %                       | 0,41                 |
| Motion                               | 36                   | 12 %                      | 68                   | 16 %                      | 0,07                 |
| Kronisk sygdom                       | 37                   | 12 %                      | 102                  | 25 %                      | <b>&lt;0,01</b>      |
| Personaleregistreringer <sup>4</sup> | (n=376) <sup>1</sup> |                           | (n=221) <sup>1</sup> |                           |                      |
| Kost                                 | 25                   | 7 %                       | 5                    | 2 %                       | <b>0,02</b>          |
| Rygning                              | 10                   | 3 %                       | 1                    | 0 %                       | <b>0,05</b>          |
| Alkohol                              | 7                    | 2 %                       | 0                    | 0 %                       | <b>0,04</b>          |
| Motion                               | 23                   | 6 %                       | 1                    | 0 %                       | <b>&lt;0,01</b>      |
| Kronisk sygdom                       | 30                   | 8 %                       | 4                    | 2 %                       | <b>&lt;0,01</b>      |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Til en konsultation kan der forekomme undervisning i flere emner.

<sup>2</sup> Chi<sup>2</sup>-test

<sup>3</sup> En konsultation kan have flere årsagsangivelser (dvs. både være opfølgende og ny)– og kan derved optræde flere gange i opgørelsen. Derudover er det ikke alle konsultationer, hvor årsagerne "opfølgende konsultation" eller "ny episode/helbredsproblem" er angivet.

<sup>4</sup> Der er per 1. januar 2012 sket en omstrukturering af vagtlægeordningen på Bornholm med det resultat, at vagtlægen er nedlagt om natten, hvorfor patienter i stedet henvises til sygehuset. Derudover er tilkaldevagten i dagtimerne blevet afskaffet. Hvis denne omstrukturering har haft en betydning, må det forventes, at denne effekt består i et reduceret antal patienter inden for vagtlægeordningen. Denne potentielle effekt går således i modsat retning af dét resultat, vi her finder.

Tabel 34: Afslutning af konsultation med lægen før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Samtlige konsultationer                         |                       |                          |                   |                          |                      |
|---|-----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|
| Afslutning                                      | December 2011 (n=713) |                          | Juni 2012 (n=885) |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                 | % af alle konsultationer | Antal             | % af alle konsultationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 273                   | 38 %                     | 385               | 44 %                     | <b>0,04</b>          |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 65                    | 9 %                      | 107               | 12 %                     | 0,06                 |
| Ny henvendelse ved behov                        | 164                   | 23 %                     | 211               | 24 %                     | 0,69                 |
| Afslutning                                      | 144                   | 20 %                     | 129               | 15 %                     | <b>&lt;0,00</b>      |
| Henvisning til diagnostik <sup>1</sup>          | 66                    | 9 %                      | 90                | 11 %                     | 0,37                 |
| Henvisning til behandling <sup>1</sup>          | 90                    | 13 %                     | 105               | 12 %                     | 0,89                 |
| Konsultationsårsag: Nyt helbredsproblem/episode |                       |                          |                   |                          |                      |
| Afslutning                                      | December 2011 (n=387) |                          | Juni 2012 (n=443) |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                 | % af alle konsultationer | Antal             | % af alle konsultationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 104                   | 27 %                     | 132               | 30 %                     | 0,35                 |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 24                    | 6 %                      | 27                | 6 %                      | 0,95                 |
| Ny henvendelse ved behov                        | 114                   | 29 %                     | 146               | 33 %                     | 0,28                 |
| Afslutning                                      | 106                   | 27 %                     | 87                | 20 %                     | <b>0,01</b>          |
| Henvisning til diagnostik <sup>1</sup>          | 36                    | 9 %                      | 63                | 14 %                     | <b>0,03</b>          |
| Henvisning til behandling <sup>1</sup>          | 47                    | 12 %                     | 65                | 15 %                     | 0,29                 |
| Opfølgning på tidligere konsultation            |                       |                          |                   |                          |                      |
| Afslutning                                      | December 2011 (n=312) |                          | Juni 2012 (n=415) |                          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                 | % af alle konsultationer | Antal             | % af alle konsultationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 176                   | 56 %                     | 250               | 60 %                     | 0,30                 |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 35                    | 11 %                     | 76                | 18 %                     | <b>&lt;0,01</b>      |
| Ny henvendelse ved behov                        | 47                    | 15 %                     | 62                | 15 %                     | 0,96                 |
| Afslutning                                      | 28                    | 9 %                      | 25                | 6 %                      | 0,13                 |
| Henvisning til diagnostik <sup>1</sup>          | 31                    | 10 %                     | 38                | 9 %                      | 0,72                 |
| Henvisning til behandling <sup>1</sup>          | 49                    | 16 %                     | 50                | 12 %                     | 0,16                 |



Tabel 35: Afslutning af konsultation med praksispersonale før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis (målt ved endagsregistreringer)

| Samtlige konsultationer                         |                                       |                               |                                   |                               |                      |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Afslutning                                      | December 2011<br>(n=715)              |                               | Juni 2012<br>(n=592)              |                               | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                                 | % af alle konsul-<br>tationer | Antal                             | % af alle konsul-<br>tationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 253                                   | 35 %                          | 128                               | 22 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 206                                   | 29 %                          | 210                               | 35 %                          | <b>0,01</b>          |
| Ny henvendelse ved behov                        | 100                                   | 14 %                          | 77                                | 13 %                          | 0,61                 |
| Afslutning                                      | 169                                   | 24 %                          | 182                               | 31 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Konsultationsårsag: Nyt helbredsproblem/episode |                                       |                               |                                   |                               |                      |
| Afslutning                                      | December 2011<br>(n=319) <sup>1</sup> |                               | Juni 2012<br>(n=344) <sup>1</sup> |                               | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                                 | % af alle konsul-<br>tationer | Antal                             | % af alle konsul-<br>tationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 90                                    | 28 %                          | 56                                | 16 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 34                                    | 11 %                          | 76                                | 22 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Ny henvendelse ved behov                        | 58                                    | 18 %                          | 48                                | 14 %                          | 0,14                 |
| Afslutning                                      | 137                                   | 43 %                          | 166                               | 48 %                          | 0,17                 |
| Opfølgning på tidligere konsultation            |                                       |                               |                                   |                               |                      |
| Afslutning                                      | December 2011<br>(n=376) <sup>1</sup> |                               | Juni 2012<br>(n=221) <sup>1</sup> |                               | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Antal                                 | % af alle konsul-<br>tationer | Antal                             | % af alle konsul-<br>tationer |                      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos læge              | 163                                   | 43 %                          | 59                                | 27 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Aftalt opfølgende kontakt hos praksispersonale  | 161                                   | 43 %                          | 132                               | 60 %                          | <b>&lt;0,01</b>      |
| Ny henvendelse ved behov                        | 40                                    | 11 %                          | 20                                | 9 %                           | 0,53                 |
| Afslutning                                      | 25                                    | 7 %                           | 16                                | 7 %                           | 0,78                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> En konsultation kan have flere årsagsangivelser (dvs. både være opfølgende og ny)– og kan derved optræde flere gange i opgørelsen. Derudover er det ikke alle konsultationer, hvor årsagerne "opfølgende konsultation" eller "ny episode/helbredsproblem" er angivet.

<sup>2</sup> Chi<sup>2</sup>-test

Tabel 36: Varighed af konsultation i minutter - med og uden patienten - før og efter indførelsen af ny honorarstruktur i almen praksis – fordelt på nye og opfølgende episoder

| Samtlige konsultationer                         |               |            |          |                      |            |          |                      |
|---|---------------|------------|----------|----------------------|------------|----------|----------------------|
|   | December 2011 |            |          | Juni 2012            |            |          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Median        | Gennemsnit | Std.afv. | Median               | Gennemsnit | Std.afv. |                      |
| Lægeregistreringer                              | (n=713)       |            |          | (n=884) <sup>1</sup> |            |          |                      |
| Varighed af konsultation uden patient           | 2             | 3,1        | 4,5      | 2                    | 3,5        | 4,0      | 0,12                 |
| Varighed af konsultation med patient            | 10            | 12,0       | 7,2      | 10                   | 11,9       | 6,6      | 0,75                 |
| Varighed af hele konsultationen                 | 14            | 15,1       | 9,3      | 15                   | 15,3       | 7,3      | 0,60                 |
| Personaleregistreringer                         | (n=715)       |            |          | (n=592)              |            |          |                      |
| Varighed af konsultation uden patient           | 2             | 3,3        | 3        | 2                    | 2,8        | 2,3      | <0,01                |
| Varighed af konsultation med patient            | 8             | 8,4        | 5,4      | 8                    | 8,3        | 5,2      | 0,78                 |
| Varighed af hele konsultationen                 | 11            | 11,7       | 6,5      | 11                   | 11,1       | 6,0      | 0,07                 |
| Konsultationsårsag: Nyt helbredsproblem/episode |               |            |          |                      |            |          |                      |
|   | December 2011 |            |          | Juni 2012            |            |          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Median        | Gennemsnit | Std.afv. | Median               | Gennemsnit | Std.afv. |                      |
| Lægeregistreringer                              | (n=387)       |            |          | (n=442) <sup>1</sup> |            |          |                      |
| Varighed af hele konsultationen                 | 13            | 14,3       | 7,7      | 14                   | 15,2       | 7,6      | 0,07                 |
| Personaleregistreringer                         | (n=319)       |            |          | (n=344)              |            |          |                      |
| Varighed af hele konsultationen                 | 10            | 10,8       | 7,2      | 10                   | 9,7        | 5,9      |                      |
| Opfølgning på tidligere konsultation            |               |            |          |                      |            |          |                      |
|   | December 2011 |            |          | Juni 2012            |            |          | p-værdi <sup>2</sup> |
|   | Median        | Gennemsnit | Std.afv. | Median               | Gennemsnit | Std.afv. |                      |
| Lægeregistreringer                              | (n=312)       |            |          | (n=414) <sup>1</sup> |            |          |                      |
| Varighed af hele konsultationen                 | 15            | 16,4       | 9,9      | 15                   | 16,6       | 7,8      | 0,75                 |
| Personaleregistreringer                         | (n=376)       |            |          | (n=221)              |            |          |                      |
| Varighed af hele konsultationen                 | 12            | 12,5       | 5,9      | 12                   | 12,7       | 5,6      | 0,68                 |

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra DAK-E.

<sup>1</sup> Ved én konsultation er registreret, at konsultationen med patienten har varet 1.442 minutter, hvilket svarer til ca. 24 timer. Dette virker usandsynligt og derfor udgår konsultationen fra opgørelsen.

<sup>2</sup> T-test(tosidet) baseret på 10.000 bootstrap samples.

<sup>3</sup> En konsultation kan have flere årsagsangivelser (dvs. både være opfølgende og ny)– og kan derved optræde flere gange i opgørelsen. Derudover er det ikke alle konsultationer, hvor årsagerne "opfølgende konsultation" eller "ny episode/helbredsproblem" er angivet.

## Bilag 8: Metodetillæg

### ENDAGSREGISTRERINGER VIA DATAFANGST

**Antagelse 1:** To læger og ét praksispersonale har registreret konsultationer både på læge- og praksispersonaleregistreringsskemaer. Ved kontakt til disse klinikker blev det forklaret, at der kun indtastes information af vedkommende, som har udført konsultationen. Derudover fik vi at vide at de to læger har oplevet, at en pop-up for samme konsultationsregistrering fremkom flere gange. I disse tilfælde skulle kun én registrering bibeholdes, og dette skulle være lægeregistreringer. På denne baggrund fjernes 23 personaleregistreringer. De to læger havde fortsat 37 registreringer som var foretaget på praksispersonalets skemaer. Disse blev ændret til en lægeregistrering.

For vedkommende, der tilhørte praksispersonalet, var der ingen dobbeltregistreringer, så samtlige af de 20 registreringer, som vedkommende havde foretaget i et lægeregistreringsskema, blev omkodet til praksisregistreringer. Det betyder dog, at man i forbindelse med nogle få variable, som ikke tilhører praksis-popups, fjernede indholdet af disse registreringer.

**Antagelse 2:** Tre personer i praksispersonalet har registreret samtlige af deres konsultationer som læger. Disse personers 28 registreringer bliver omregistreret til praksispersonaleregistreringer. Det betyder dog, at nogle observationer er manglende i datasættet. For de registreringer, som var foretaget via lægeregistreringsskema af et praksispersonale, blev variablene "NyRecept" og "Receptfornyelse" erstattet af "Recept", som hører til praksispersonale pop-ups.

**Antagelse 3:** I 29 tilfælde (2 % af observationerne) er der registreret flere endagsregistreringer samme dato for samme patient hos samme yder. Dette behøver dog ikke skyldes fejlregistreringer, da én patient godt kan få flere konsultationer samme dag samt det faktum, at konsultationer ikke behøves at blive registreret samme dag som de gennemføres – dvs. der kan foregå efterregistreringer.

I 21 tilfælde (1 % af observationerne) af alle konsultationsregistreringer er der endagsregistreringer, som er blevet aktiveret for samme patient hos samme læge af samme personale (læge/sygeplejerske) på samme tidspunkt (klokkeslæt, dato). Otte tilfælde skete i første registreringsrunde (december 2011) (1 % af observationerne) og 13 skete i anden registreringsrunde (juni 2012) (1 % af observationerne). Det antages, at der er tale om dubletter, hvis samtlige variable om selve konsultationen er ens. Det eneste der må variere er klokkeslættet, hvor registreringen afsluttes. (Klokkeslættet, hvor endagsregistreringen aktiveres er den samme). I tilfælde, hvor det antages at være dubletter beholdes kun den sidst registrerede endagsregistrering. Dette betyder, at seks registreringer fjernes fra undersøgelsen.

**Antagelse 4:** I tilfælde af at alle informationer om konsultationer er tomme for en given pop-up antages observationen at være en fejlregistrering og fjernes fra undersøgelsen. Dette er der ingen tilfælde af.

**Antagelse 5:** For fire registreringer er det blevet angivet at karakteren af konsultationen ikke kunne angives – dvs. "ved ikke". Samtidig var der registreret få procentsatser ved de karakterer, som kunne vælges (disse satser summede ikke til 100). Det antages således at disse er fejlregistreringer – og kun registreringen "karakter ved ikke" beholdes.

**Antagelse 6:** Alder beregnes ud fra datoen for besøget sammenholdt med fødselsdatoen i vedkommendes cpr-nummer. For borgere født fra 1900-1912 og fra 2000-2012 er der dog tvivl om, deres alder. Derfor genfindes disse personers alder i Sygesikringsregisteret. For to registreringer er det ikke muligt at finde en alder i registeret, da der kun er information fra januar 2011 til og med maj 2012, og patienterne har kun været i kontakt med sygesikringsydere i juni 2011. Eftersom det kun er 1 % af borgere født i de to tidsperioder, som har vist sig at være født i perioden 1900 – 1912, antages de to borgere med ukendt fødselsdato at være født i perioden 2000-2012.

**Antagelse 7:** Ved en konsultation er der registreret at observationen varede 1.442 minutter, hvilket svarer til 24 timer. Dette virker usandsynligt og vurderes således at være en tastefejl. Observationen udgår fra opgørelsen.

## DIAGNOSEREGISTRERINGER VIA DATAFANGST

**Antagelse 8:** Der er ikke en unik kode, der angiver hvilken pop-up/konsultation, som diagnoseregistreringer tilhører. Efter kontakt med syv ud af otte klinikker, som deltager i konsultationsregistreringerne, fik vi bekræftet, at diagnosekoder bliver registreret af samme person, som indtaster konsultationsregistreringen. Diagnoseregistreringen bliver ikke nødvendigvis foretaget samme tidspunkt som pop-up registreringen, men det vurderes rimeligt at antage at det foretages samme dag. Diagnoser bliver således matchet på konsultationer, som er foretaget samme dag hos samme yder registreret af samme medarbejder (initialer).

## SYGESIKRINGSREGISTERET VIA CSC

### Antagelser ved analyse af behandlingsmønstre blandt alment praktiserende ydere inden for Sygesikringen

*Identifikation af baseline og opfølgingsperiode for almen praksis:*

**Antagelse 9:** Data er på indeværende tidspunkt tilgængeligt til og med maj måned 2012. For alment praktiserende læger er der dog ikke indberetninger for behandlinger foretaget i sidste uge af maj på grund af krav til deres indberetninger (afregning). Baselineperioden og opfølgingsperioden skal være sammenlignelige tidsmæssigt derfor afgrænses baselineperioden fra 1. januar 2011 til 25. maj 2011 (begge dage inklusive) og opfølgingsperioden fra 1. januar 2012 til 25. maj 2012 (begge dage inklusive).

*Identifikation af ydere i interventions- og referencegruppen*

**Antagelse 10:** Alment praktiserende ydere, som har registreret konsultationsydelser tilhørende den nye honorarstruktur, indgår i interventionsgruppen for ydere i opfølgingsperioden. Dette udgør ni ydere, som er placeret på Bornholm. Disse ydere indgår i interventionsgruppen i baselineperioden, hvis de her har registreret en ydelse. Dette gælder for samtlige ni ydere.

**Antagelse 11:** Alment praktiserende ydere, som ikke tilhører interventionsgruppen, men som har praksis i Region Hovedstaden og som har registreret ydelser i baselineperioden, indgår i referencegruppen i baseline. Tilsvarende indgår alment praktiserende ydere, som ikke tilhører interventionsgruppen, men som har praksis i Region Hovedstaden og som har registreret ydelser i opfølgingsperioden, i referencegruppen i opfølgingsperioden.

**Antagelse 12:** I data indgår der kun informationer om patienter, der har bopæl i Region Hovedstaden.

*Beregning af antal konsultationer på yderniveau*

**Antagelse 13:** Hvis en yder har en negativ sum af konsultationstypen, der måles på, inden for den målte periode fjernes yderen fra undersøgelsen. Dette gælder både interventions- og kontrolydere.

### Antagelser ved analyse af behandlingsmønstre blandt øvrige ydere inden for Sygesikringen

*Identifikation af baseline og opfølgingsperiode for øvrige ydere*

**Antagelse 14:** Sygesikringsdata er på indeværende tidspunkt tilgængeligt til og med maj måned 2012. Baseline- og opfølgingsperioden skal være sammenlignelige tidsmæssigt, og derfor afgræn-



ses baselineperioden fra 1. januar 2011 til 31. maj 2011 (begge dage inklusive) og opfølgingsperioden fra 1. januar 2012 til 31. maj 2012 (begge dage inklusive).

*Identifikation af patienter i interventions- og referencegruppen*

**Antagelse 15:** Patienter, som har bopæl i Region Hovedstaden og som i baselineperioden har besøgt en praktiserende læge (yder), der er en del af interventionsgruppen, indgår i patienternes interventionsgruppe i baseline. Hvis en patient også har modtaget ydelser fra en alment praktiserende yder, der ikke tilhører interventionsgruppen af ydere, indgår patienten ikke i undersøgelsens baselineperiode. Tilsvarende er gældende for opfølgingsperioden.

**Antagelse 16:** Patienter, som har bopæl i Region Hovedstaden og som i baselineperioden ikke har besøgt en praktiserende læge (yder), der er en del af interventionsgruppen, men derimod en anden praktiserende læge (må godt være en yder uden for Region Hovedstaden), indgår i patienternes referencegruppe i baselineperioden. Tilsvarende er gældende for opfølgingsperioden.

**Antagelse 17:** Hvis en patient har et ukendt cpr-nummer – dvs. et nummer, hvor køn og/eller alder ikke kan identificeres, fjernes patienten fra undersøgelsen.

*Datatrimming for speciallæger*

**Antagelse 18:** Ydelser, hvor stk. prisen, er mindre end 10 kr. fjernes fra opgørelsen af antal ydelser. Dette gøres med henblik på at fjerne outliers for antal ydelser, såsom eksempelvis antal kørte kilometer og kutanprøver, som kan nå op på et betydeligt antal registrerede ydelser.

