

Litteraturgennemgang

Effekt af incitamentter på almen praksis

Notat

Dorte Gyrd-Hansen

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: 978-87-7488-742-3
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. Indledning	5
2. Principal-agentteori	6
3. Forventede incitamenter ved forskellige typer af honorar	8
3.1 Basishonorar: betaling pr. capita	8
3.2 Fast løn	8
3.3 Ydelseshonorering: aktivitetsbaseret aflønning	9
4. Empirisk overblik over effekten af forskellige honorarsystemer	10
4.1 Effekten af forskellige honorarsystemer	10
5. Diskussion og konklusion	13
Litteratur	14

Sammenfatning

Formålet med denne analyse er, med udgangspunkt i økonomisk teori om principal-agentrelationer og empiriske studier af effekten af forskellige honorarformer i almen praksis, at give en indsigt i sammenhængen mellem honoreringsformer og lægers adfærd.

På basis af de empiriske undersøgelser af effekten af overgang fra ren basishonorering til hel eller delvis ydeshonorering fremstår det klart, at en overgang til (delvis) aktivitetsafhængig honorering vil medføre øget aktivitet i almen praksis. Dette ses i form af et øget antal konsultationer, øget antal diagnostiske ydelser og færre henvisninger. Dette er i overensstemmelse med teoretiske forudsigelser. Studier af varianter af et blandet honoreringssystem (forskellig vægtning af basis- og ydelsesbaseret honorering), tyder på, at en øget vægtning af basishonorering vil medføre flere henvisninger til sekundærsektoren, mindre diagnostisk aktivitet og færre konsultationer pr. patient. Der vil klart være mindre incitament til selv at behandle, samtidig vil der også være et mindsket incitament til at overbehandle (udbudsinducere).

I det omfang, at myndigheder ønsker at højne kvaliteten i behandlingen i almen praksis på specifikke områder, så peger litteraturen om pay for performance på, at en resultatorienteret honorering har effekt omend moderat. Det skal dog påpeges, at der på nuværende tidspunkt ikke for nuværende er evidens for, at resultatkontrakter er omkostningseffektive.

1. Indledning

Denne publikation udgør ikke en systematisk litteraturgennemgang, men har til formål at give en indsigt i den økonomiske litteratur om sammenhængen mellem honoreringsformer og lægers adfærd, herunder teoretiske overvejelser. Notatet præsenterer først en teoretisk ramme for forståelse af det særlige forhold, der er mellem læge og patient og mellem læge og myndigheder, hvor udfordringen i at udforme optimale honoreringssystemer er at sikre, at lægens interesser er i overensstemmelse med myndigheders såvel som patienters målsætninger.

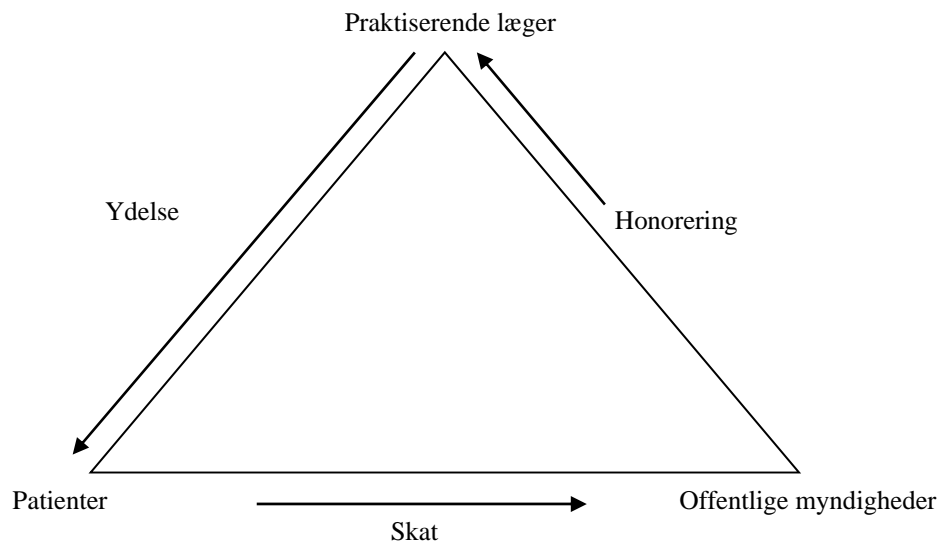
Herefter følger en gennemgang af udvalgte empiriske studier, som belyser effekten af forskellige typer af honorarsystemer i almen praksis.

2. Principal-agentteori

Den praktiserende læge agerer i et tresidigt afhængighedsforhold, der eksisterer mellem patienterne, de offentlige myndigheder og lægen. Indenfor økonomisk teori beskrives det gensidige afhængighedsforhold som en principal-agent relation, hvor lægen optræder som agent for patient og sundhedsmyndigheder.

Teorien tydeliggør det dilemma, der opstår i et system, hvor betaleren (den offentlige myndighed) ikke er den samme som den, der modtager behandlingen (patienten), og hvor der samtidig er tale om udtalt asymmetrisk information mellem parterne. Lægen har som følge af sin lange uddannelse bedst indsigt i hvilken behandling, der er mest hensigtsmæssig for patienten. En sådan detailviden har hverken myndigheder eller patient. Dog er lægen ikke nødvendigvis perfekt agent for patienten, idet lægen også har andre interesser, fx at maksimere indkomst og minimere indsats. Samtidig afhænger lægens nytte af faktorer som honorarsystemet, arbejdsbyrden, graden af jobtilfredshed, arbejdstiderne/åbningstiderne, praksisstørrelsen, specialiseringsmulighederne og meget andet, men også patienternes ønsker til behandling og patienternes helbredsstatus efter behandlingen, dvs. ydelsernes udfald. Det er således myndighedernes opgave at sammensætte et honoreringssystem, der sikrer, at lægens adfærd er i overensstemmelse med myndigheders og patienters målsætninger. Fra den ene principals, myndighedernes, synspunkt er det agentens rolle at anvende de ressourcer, der er til rådighed, således at samfundsnyttens maksimeres givet det eksisterende udbud af praktiserende læger. Desuden fokuseres der på kvalitet, let og lige adgang til de praktiserende lægers ydelse, omkostningsminimering, patienttilfredshed, forebyggende initiativer, god kronikeromsorg, færrest mulige unødvendige henvisninger til speciallæge og sygehus, et minimalt brug af lægevagt og høj produktivitet (dvs. god lægelig behandling til lavt omkostningsniveau). Den anden principal, patienten, værdsætter andre karakteristika som fx længere åbningstider eller længere konsultationer. En så kompleks vifte af målsætninger kræver omtanke omkring design af incitamentsstrukturer og omlægning af honorarsystemer.

Figur 1 illustrerer det tresidige forhold mellem parterne i almen praksis. Praktiserende læger opnår nytte fra honoraret modtaget fra de offentlige myndigheder. Betalingen er blandt andet kompensation for lægens indsats i forbindelse med behandlingen af patienten. Det antages desuden, at forbedringer i patienternes sundhedstilstand, repræsenteret i figur 1 som sundhedseffekten, af behandlingen til en vis grad påvirker lægens nyttefunktion. Patienterne genererer nytte fra den sundhedseffekt, der opnås som følge af lægens indsats. Befolkningen betaler for ydelserne i form af skatter til de offentlige myndigheder. Myndighederne modtager skatter fra befolkningen (forhenværende, nuværende og fremtidige patienter) og godtgør de praktiserende læger ved hjælp af honoraret. Desuden viser figur 1, at patienternes helbredstilstand påvirker nytten hos de offentlige myndigheder, fordi befolkningens generelle sundhedstilstand har betydning for arbejdsstyrken, størrelsen på overførselsindkomster mv. Udfordringen i det tresidige afhængighedsforhold er at skabe et forhold, som afstemmer principalernes og agentens interesser, på trods af den asymmetriske information.



Sundhedsmyndighederne prøver at organisere planlægningen og finansieringen af almen praksis på en sådan måde, at lægerne får incitamenter til at agere som perfekt agent for principalen. Til dette formål er honoreringssystemet centralt.

3. Forventede incitamentter ved forskellige typer af honorar

Det nuværende honorarsystem for almen praksis er nu bygget som et fast basishonorar pr. patient samt honorering ud fra forbrug af ydelser. Begge honoreringsformer kan ifølge økonomisk teori medføre en række incitamentter.

3.1 Basishonorar: betaling pr. capita

Under et betalingssystem, hvor lægen betales pr. capita, dvs. pr. patient, som han har behandlingsansvaret for, er betalingen prospektivt fastsat og varierer ikke med behandlingsaktivitet pr. patient. Betaling pr. capita kan dog være risikojusteret således, at den afspejler tyngden af givne patienter på baggrund af gennemsnitlige statistikker (om end dette ikke er tilfældet i Danmark)¹. Pr. capita-honorering kan kun fungere i sundhedsvæsenet, hvor en patient er tilknyttet én praktiserende læge, og hvor lægen dermed har ansvar for behandling af en nærmere afgrænset gruppe patienter.

Det faste basishonorar indebærer, at myndighederne, som principal, vil betale agenten et fast beløb uanset behandlingsaktivitet, hvilket betyder, at det er agenten, der bærer hele risikoen. Et sådant betalingssystem betyder, at myndighederne for denne del af betalingen har kontrol med udgiften. Omvendt vil denne del af betalingshonoraret være fast for de praktiserende læger uanset hvilke typer patienter, de har på deres liste. Dette kan betyde, at de læger, der har mere tunge patienter, har en strammere økonomi, idet denne komponent af indkomstgrundlaget ikke kompenserer lægerne for deres indsats på tværs af geografi med forskellig sociodemografisk komposition. Danske analyser (1) har også vist, at de, der har mere socialt belastede patienter på deres liste, samlet set tjener mindre pr. år, primært fordi de har færre patienter på listen og samtidig må bruge mere tid pr. konsultation på den enkelte patient.

Fordi basishonoraret er fast og uafhængigt af aktivitetsniveau, vil et stort basishonorar (og mindre aktivitetsbaseret betaling) betyde mindre incitament til udbudsinduceret efterspørgsel. Det vil sige, at lægerne har mindre tilskyndelse til at generere unødvendige konsultationer for dermed at oprettholde en ønsket indtægt, fordi honorering og behandlingsaktivitet er uafhængige størrelser. Derimod har et stort basishonorar i teorien den ulempe, at det giver agenten incitament til moralsk hasard, fordi agenten får pengene, uanset hvor godt arbejdet udføres. Ud fra principal-agent teorien kan man i et system med ren basishonorering derfor forvente at se underbehandling af patienterne, et øget antal henvisninger til specialister og hospitaler og andre handlinger. Dette fordi det formodes, at lægen søger at optimere egne interesser, og ved en fast indtægt vil fokus derfor være på at minimere indsats og skubbe opgaver væk fra almen praksis. Konsekvensen kan være, at ressourcerne ikke allokeres optimalt på tværs af den primære og sekundære sektor.

Pr. capita finansiering har den fordel, at den genererer incitament til at konkurrere om patienter, idet flere patienter på listen giver større indtægt, men kan (afhængig af hvor effektiv risikojusteringen er) give incitament til kun at tiltrække de mindre tunge patienter (cream skimming). Hertil kommer, at der er mindre incitament til selv at yde en indsats overfor den enkelte patient, idet det vil mindske profit. Der vil således være en tilskyndelse til øget henvisning (2).

3.2 Fast løn

I det tilfælde hvor lægen er ansat med fast månedlig løn, er der lille mulighed for at påvirke fx produktivitet i almen praksis, henvisningsmønster eller adfærd i relation til receptudskrivning. I et sådan ansættelsesforhold vil lægerne have stærkest incitament til at minimere egen indsats ved at

¹ Se fx (26) for en nærmere diskussion af risikojustering.

øge henvisningsrater samt raten af medicinudskrivning for på den måde at mindske antallet af konsultationer og deres længde. Når det er sagt, så er mange folk lønansatte og samtidig motiverede til at gøre en god indsats i deres arbejde. Faglig stolthed og værdier vil sandsynligvis begrænse incitamentet til at minimere arbejdsindsatsen. I stedet kan man tale om en minimering af egen indsats indenfor en moralsk begrænsning, som kan være forskellig fra læge til læge.

3.3 Ydelseshonorering: aktivitetsbaseret aflønning

Honorering pr. aktivitet eller ydelseshonoreringen kobler indtægt direkte til volumen af ydelser og har til formål at skabe incitament til, at lægen behandler patienterne i egen praksis og kun henviser de patienter, hvor det er nødvendigt.

I tilfældet af ydelseshonorering ligger risikoen i mindre grad hos lægen og i højere grad hos myndighederne, idet udgiftskontrol ikke i samme grad som ved basishonorering er muligt. Lægen har mindre risiko, idet lægen kan forvente kompensation for øget behandlingsindsats, hvilket vil betyde, at lægen er mere villig til at engagere sig i indsatskrævende aktiviteter indenfor områder, hvor der er udsigt til honorar, der i rimelig grad kompenserer for lægens indsats. Idet lægen ifølge teorien forventes at være interesseret i at maksimere indtjening og profit, formodes ydelseshonoreringen at øge de praktiserende lægers produktivitet. Ydelseshonorering eliminerer dog ikke nødvendigvis al form for moralsk hasard, men kan potentielt skabe udbudsinducering af nogle ydelser (og underudbud af andre ydelser), hvis ydelseshonoreringen ikke er lig med den praktiserende læges omkostninger ved behandlingen. I det omfang, at honoraret overstiger omkostningerne ved behandling, vil den praktiserende læge have incitamenter til at overbehandle patienterne og derved øge profitten. Ydelseshonorering ("fee for service") er den form for honorering, der er blevet studeret mest i litteraturen, specielt med henblik på at verificere om der sker udbudsinducering (3).

Ydelseshonorering kan lede til problemer med stigende omkostninger og giver incitament til at øge aktivitetsniveauet, uden at dette nødvendigvis er kompatibelt med forbedret udfald for patienterne. I hvilken grad ydelseshonorering resulterer i eskalering af omkostninger er til dels afhængig af størrelsen af honoreringstarifferne. Omend en sænkning af tarifferne kan reducere de samlede omkostninger, så er dette dog ikke altid tilfældet, da der er bevis for, at lægerne kompenserer for den reducerede indtægt ved at udbudsinducere (3).

Idet hverken basishonorering eller ydelseshonorering er problemfri, har man i Danmark og andre lande (såsom Storbritannien, Norge, Østrig, Irland og Spanien) valgt at kombinere basishonorering og ydelseshonorering for dermed at opnå de attraktive aspekter ved begge honoreringssystemer og undgå incitamenterne til moralsk hasard. Hertil kommer, at man i nogle lande har "target payments", hvor der betales for præstation (fx for at lægen opnår en vis deltagelsesprocent ved screeningsprogrammer, eller børnevaccinationsprogrammer). Sådanne honoreringssystemer er kendt under betegnelsen payment-for-performance (P4P).

4. Empirisk overblik over effekten af forskellige honorarsystemer

I dette afsnit vil den empiriske evidens for lægers adfærd givet diverse økonomiske incitamenters blive præsenteret. Desværre er der for nuværende ingen litteratur, der fokuserer på den optimale sammensætning af et blandet honoreringssystem. Litteraturen fokuserer mest på at evaluere de alternative finansieringsordninger overfor hinanden. Evidens for den relative effekt af forskellige typer af honoreringsordninger vil blive præsenteret. Denne evidens stammer primært fra 1990'erne, hvor der også er skrevet tre review artikler om emnet. Herudover vil litteraturgennemgangen fokusere på evidensen for effekten af "payment for performance" kontrakter, som har vundet indpas i de seneste 10-15 år.

Som det vil fremgå nedenfor, er evidensen forholdsvis "tynd", hvad angår effekten af finansielle incitamenters på lægers adfærd og kvaliteten af behandlingen. Mange af de empiriske studier, der har søgt at afdække effekten af forskellige honoreringsordninger, bygger på naturlige eksperimenter. Derfor har mange af studierne den svaghed, at det ikke har været muligt at kontrollere tilstrækkeligt for andre faktorer, der kan påvirke praktiserende lægers adfærd. Det er særlig uheldigt, hvis studierne ikke har kontrolleret for patientsammensætning ved hjælp af information om patientkarakteristika og case-mix eller kontrolleret for selv-selektion blandt lægerne. Den summariske litteraturfremstilling, der præsenteres nedenfor, vil primært fokusere på artikler, der drager overordnede konklusioner om evidensen baseret på review af litteraturen. Hertil vil der være fokus på enkelte studier, der fremstår som værende af højere kvalitet end de resterende.

4.1 Effekten af forskellige honorarsystemer

Der findes en række litteraturoversigter over den empiriske evidens omkring effekten af forskellige honorarsystemer i almen praksis. Størstedelen af litteraturen daterer sig tilbage til 1990'erne: (4)(5)(6). Donaldson & Gerard (1989) konkluderer, at ydelseshonorering tilsyneladende fører til øget ydelsesaktivitet. Scott and Hall (1995) understreger, at kvaliteten af studierne er meget varierende, men fremhæver nogle studier med godt design, hvoraf de vigtigste er beskrevet mere uddybende nedenfor. Gosden et al. (1999) konkluderer, at ansættelse af praktiserende læger med fast løn fører til lavere produktivitet, færre diagnostiske prøver og færre henvisninger end andre honoreringsformer.

En af de mere kendte og stringente studier på området fandt sted i Danmark (7). Et før og efter design blev suppleret med en kontrolgruppe af praktiserende læger, der ikke var udsat for en omlægning af honorarstrukturen, men fulgt over samme tidsperiode. Data blev indsamlet på tre forskellige tidspunkter (en før omlægningen og to efter). Forfatterne evaluerede introduktionen af et sammensat honoreringssystem (den nuværende blanding af basis- og ydelseshonorering) med det tidligere anvendte system, som var baseret alene på basishonorering. Sammenlignet med basishonorering så betød introduktion af den blandede honoreringsordning, at diagnostiske og behandlingsrelaterede aktiviteter steg dramatisk, mens henvisningsrater og frekvens af medicinudskrivning faldt. Forfatterne konkluderede, at når de alment praktiserende læger modtog et ydelseshonorar, så steg incitamentet til at yde en indsats og til selv at udføre mere arbejde i stedet for at henviser patienter videre i systemet. Disse observationer bekræftede i høj grad de ovenfor fremsatte hypoteser.

Kristiansen & Hjortdal (1992), Kristiansen & Mooney (1993), og Kristiansen & Høltedahl (1993) benyttede spørgeskemadata med indsamling af information om en række konsultationer (vedrørende samme patienter). Disse studier viste, at når der blev kontrolleret for læge- og patientkarakteristika, så havde læger, der blev betalt ved ydelseshonorering, en større tendens til at bestille visse tests og til at besøge patienterne i deres hjem. Hertil var deres praksis konsultationer tids-

mæssigt kortere. Det blev dog samtidig konkluderet, at effekten af honoreringssystemerne var lille sammenlignet med effekten af andre eksogene faktorer såsom patientens køn og alder (8)(9)(10).

Scott and Shiell (1997) så mere detaljeret på effekten af forskellige honorarstrukturer. De undersøgte effekten af en ændring i takststrukturen, således at lægerne ikke længere fik honorar i forhold til den tidsmæssige længde af konsultationen, men i stedet for indholdet og kompleksiteten af konsultation (11). I studiet fandtes ingen ændring i de alment praktiserende lægers adfærd som følge af omlægningen. De tre studier af Kristiansen og co., samt studiet af Scott and Shiell, er unikke, fordi de modellerede den egentlig kliniske beslutningssituation på basis af data, der var indsamlet fra konsultationerne og kobledede disse til patientkarakteristika samt karakteristika knyttet til den alment praktiserende læge og til den enkelte praksis.

Kun ét studie er baseret på et randomiseret kontrolleret design (12), hvor praktiserende læger blev allokeret tilfældigt til fast løn eller ydelseshonorering. Resultaterne indikerede, at ydelseshonorering medførte flere konsultationer.

Af veldesignede mere nutidige studier skal fremhæves et hollandsk studie (13). Studiet brugte et før-efter design suppleret med en kontrolgruppe til at se på ændring i læge-initierede konsultationer, efter at en subgruppe af hollandske borgere (de socialt sikrede) var overgået fra et system med kun basishonorering til et blandet system, der også indbefattede ydelseshonorering. Man fandt, at antallet af læge-initierede konsultationer blandt denne patientgruppe steg, efter at man overgik til delvis ydelseshonorering.

Et nyligt publiceret Cochrane review (14) vurderer effekten af finansielle incitamenter på kvaliteten af de sundhedsydelser, der udbydes i almen praksis. Baggrunden for dette studie var, at en række lande indenfor de seneste år har knyttet honorering til konkrete resultater, gennem "pay for performance (P4P)". Der er mange eksempler på denne form for honorering i USA, og Storbritannien. Formålet med reviewet var at undersøge hvordan varierende honorarstrukturer, herunder P4P, påvirker kvalitet. Desuden var formålet at definere patientgrupper, for hvilke en sådan mulig effekt har været mest markant, samt at undersøge hvilke læger der i højere grad responderer på finansielle incitamenter. Søgestrategi, selektionskriterier og efterfølgende analyse fulgte Cochrane-standarder. Der blev søgt på studier publiceret i perioden 2000 til 2009.

Kun syv studier levede op til de udvalgte selektionskriterier² (15) (16)(17)(18)(19)(20)(21). Tre studier så på betaling for opfyldelse af målsætning defineret ved én enkelt tærskelværdi, et studie så på fast betaling pr. patient med givet udfald af behandling, et studie evaluerede et betalingssystem, der var baseret på den relative rangering af resultater indenfor en veldefineret lægegruppe (konkurrence betaling), og et studie så på effekten af at gå fra et blandet honoreringssystem baseret på betaling pr. ydelse til fastlønsordning. Tre cluster-randomiserede studier så på effekten af de finansielle incitamenter på rygestop, ét studie så på patientoplevelse kvalitet, og flere studier så på deltagelse i screeningsprogrammer for brystkræft og livmoderhalskræft samt på langtidsblodsukker værdier for diabetikere. Hertil var der i enkelte studier tilmed fokus på et udvidet sæt af diabetes kvalitetsindikatorer, klamydiascreening og astmamedicinering.

Seks ud af de syv studier viste positive men moderate effekter på nogle (men ikke alle) primære outcome-mål. Et studie fandt ingen effekt på kvalitet i behandling. Generelt vurderede forfatterne, at studierne var karakteriseret ved dårligt studiedesign, da der ikke var kontrolleret for selv selektionsbias, idet de praktiserende læger havde mulighed for selv at tilvælge eller fravælge de finansielle arrangementer. Den overordnede konklusion på Cochrane reviewet var, at der ikke er tilstrækkelig evidens til at verificere, om finansielle incitamenter kan forbedre kvaliteten i behandlingen i almen praksis. Der anbefales til gengæld, at der tænkes i mere rigide design til evaluering af fremtidige interventioner.

² Kun studier baseret på et randomiseret kontrolleret design, kontrollerede før-efter studier eller tidsserieanalyser blev inkluderet i reviewet. Kvalitetsvariable skulle være patient rapporterede effekter, klinisk adfærd eller intermediate kliniske og fysiologiske mål.

Kantarevic et al. (2011) analyserer effekten af, at canadiske læger (i Ontario) overgår fra ydelses-honorering til et honoreringssystem, der er baseret på P4P honorering. Dette honorarsystem dækker en række områder af almen praksis, herunder honorering af øget optag af patienter på liste, forlængelse af åbningstid, forbedret kronikeromsorg og diverse andre kvalitetsparametre. Studiet er et før-efter studie med trussel om selv-selektionsbias. For at minimere selektionsbias matches lægerne på tværs af standard- og P4P honorering ved hjælp af propensity scores. Studiet indikerer, at introduktion af P4P har en markant indvirkning på lægernes produktivitet, samt at antallet af henvisninger reduceres (22).

5. Diskussion og konklusion

På basis af de empiriske undersøgelser af effekten af overgang fra ren basishonorering til hel eller delvis ydelseshonorering fremstår det klart, at en overgang til (delvis) aktivitetsafhængig honorering vil medføre øget aktivitet i almen praksis. Dette ses i form af et øget antal konsultationer, øget antal diagnostiske ydelser og færre henvisninger. At disse adfærdsændringer har en signifikant og kausal sammenhæng med øget vægtning af ydelseshonorering er i overensstemmelse med teoretiske forudsigelser, hvilket yderligere bestyrker konklusionen. Omend der ikke findes studier, som har set på effekten på adfærd af varianter af et blandet honoreringssystem (forskellig vægtning af basis- og ydelsesbaseret honorering), så tyder studierne på, at en øget vægtning af basishonorering vil medføre flere henvisninger til sekundærsektoren, mindre diagnostisk aktivitet og færre konsultationer pr. patient. Der vil klart være mindre incitament til selv at behandle, samtidig vil der også være et mindsket incitament til at overbehandle (udbudsinducere).

Empirien peger ikke på, at en øget tilskyndelse til at optage flere på listen ved øget basishonorering, men økonomisk teori støtter en sådan forventning. Det er dog særdeles vigtigt, at der med en øget basishonorering følger en fornuftig risikjustering af basishonoraret, der tager højde for forskellige patientsammensætninger (og dermed behov) på tværs af praksisenheder. Hvis lægerne ikke kompenseres tilstrækkeligt for at optage patienter på listen, som forventeligt vil efterspørge flere ydelser (og som også sandsynligvis kræver større tidsinvestering pr. konsultation), så er der fare for, at de praktiserende læger vil forsøge at tiltrække patienter med mindst behov for ydelserne i almen praksis. Dette vil have implikationer for lighed i adgang til almen praksis på tværs af patienter med forskellige socio-økonomiske profiler.

I det omfang, at myndigheder ønsker at højne kvaliteten i behandlingen i almen praksis på specifikke områder, så peger P4P-litteraturen på, at en resultatorienteret honorering har effekt omend moderat. Det skal dog påpeges, at der på nuværende tidspunkt ikke for nuværende er evidens for, at resultatkontrakter er omkostningseffektive. Yderligere herom kræver, at den samlede forhøjelse af almen praktiserende lægers indkomst som følge af kontraktens indførelse bliver sammenholdt med de opnåede sundhedseffekter.

Litteraturen fokuserer ikke på, hvorledes størrelsen af en praksisenhed og praksisform indvirker på effekten af økonomiske incitamenter på den enkelte læges adfærd. Økonomisk teori, herunder principal-agent teori og spilteori, vil forudsige, at lægens adfærd vil være forskellig, hvis lægen deler omkostninger og indtægter med andre læger. Endvidere fremhæver Encinosa et al. (2006), at folk, der arbejder sammen, naturligt indgår i ikke-kontraktuelle og uformelle interaktioner, og at det derfor også er vigtigt at se på de forventede effekter af økonomiske incitamenter i gruppepraksis ud fra et sociologisk perspektiv (23). I det omfang, at omlægning af honoreringsstruktur kombineres med en bevægelse i retning af flere gruppepraksis, vil det være nødvendigt at forstå og analysere samspillet mellem gruppeadfærd og økonomiske incitamenter.

Det er bemærkelsesværdigt, at de fleste studier fokuserer på effekten af honoreringsstrukturer på adfærd i behandlingssituationen, men ikke på effekten af honoreringsstrukturer på faktorer såsom jobtilfredshed og moral. Der har været meget lidt økonomisk forskning, der fokuserer på effekten af forskellige betalingsformers effekt på lægers villighed til at vælge almen praksis som speciale. Giacomini et al. (1996) peger på vigtigheden af finansielle incitamenter som et redskab til kommunikation og til afsendelse af signaler (fra myndighedernes side) (24). Psykologiske teorier har været anvendt til at se på effekten af finansielle incitamenter. Frey (1997) anvender begreberne "intrinsic" og "extrinsic" motivation i teoretiske analyser af individers adfærd (25). Når finansielle incitamenter bliver anvendt, er det vigtigt at overveje, i hvilken grad stærke finansielle motiver fortrænger praktiserende lægers indre motivation til at yde en god service. Ved omlægning af honorarstruktur bør der således også lægges vægt på, hvordan man styrker eller undgår at mindske denne indre motivation.

Litteratur

- (1) Olsen KR. Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration. *Health Econ* 2012 Jun; 21(6):619-632.
- (2) Iversen T, Luras H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Econ* 2000 Apr; 9(3):199-210.
- (3) McGuire TG. Physician agency. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*, vol. 1A Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 461-536.
- (4) Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *J R Coll Gen Pract* 1989 Mar; 39(320):114-117.
- (5) Scott A, Hall J. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. *Health Policy* 1995 Mar; 31(3):183-195.
- (6) Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 1999 Jan; 92(1):47-55.
- (7) Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ* 1990 Jun 30; 300(6741):1698-1701.
- (8) Kristiansen IS, Hjortdahl P. The general practitioner and laboratory utilization: why does it vary? *Fam Pract* 1992 Mar; 9(1):22-27.
- (9) Kristiansen IS, Holtedahl K. Effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits. *J Epidemiol Community Health* 1993 Dec; 47(6):481-484.
- (10) Kristiansen IS, Mooney G. The general practitioner's use of time: is it influenced by the remuneration system? *Soc Sci Med* 1993 Aug; 37(3):393-399.
- (11) Scott A, Shiell A. Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multi-level discrete choice model. *J Health Econ* 1997 Jun; 16(3):323-342.
- (12) Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987 Sep; 80(3):344-350.
- (13) van Dijk CE, van den Berg B, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Moral Hazard and Supplier-Induced Demand: Empirical Evidence in General Practice. *Health Econ* 2012 Feb 20.
- (14) Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Sep 7; (9):CD008451.
- (15) An LC, Bluhm JH, Foldes SS, Alesci NL, Klatt CM, Center BA, et al. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. *Arch Intern Med* 2008 Oct 13; 168(18):1993-1999.
- (16) Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy* 2003 Jun; 64(3):415-423.

- (17) Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can You Get What You Pay For? Pay-For-Performance and the Quality of Healthcare Providers (NBER Working Paper 14886). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2009.
- (18) Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA* 2005 Oct 12;294(14):1788-1793.
- (19) Roski J, Jeddelloh R, An L, Lando H, Hannan P, Hall C, et al. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Prev Med* 2003 Mar; 36(3):291-299.
- (20) Twardella D, Brenner H. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. *Tob Control* 2007 Feb;16(1):15-21.
- (21) Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM, et al. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med* 2007 Jun;22(6):872-876.
- (22) Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D. Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from Family Health Groups in Ontario. *J Health Econ* 2011 Jan;30(1):99-111.
- (23) Encinosa III WE, Gaynor M, Rebitzer JB. The sociology of groups and the economics of incentives: Theory and evidence on compensation systems. *Journal of Economic Behavior & Organization* 2007;62(2):187-214.
- (24) Giacomini M, Goldsmith L. Case Study Methodology for Studying Financial Incentives in Context (Analysis Working Paper # 96-15). Hamilton, Ontario: McMaster University Centre for Health Economics and Policy; 1996.
- (25) Frey BS. On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation¹. *International Journal of Industrial Organization* 1997;15(4):427-439.
- (26) van de Ven W, Ellis RP. Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Culyer JA, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*, vol. 1A Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 755-845.

