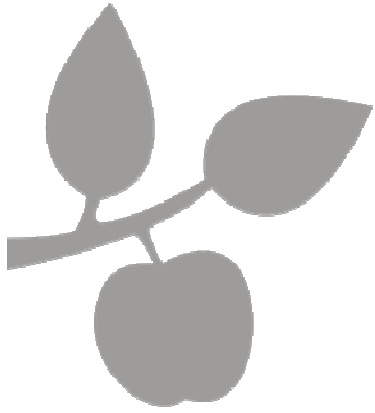




Præference for praksis - et studie af yngre lægers præferencer for nedsættelse i almen praksis

Line Bjørnskov Pedersen, MSc, PhD

COHERE – Center for Sundhedsøkonomisk Forskning,
Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi &
Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for
Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

Baggrund



- 1/3 af lægerne er organiserede i solopraksis, 2/3 i kompagniskabspraksis

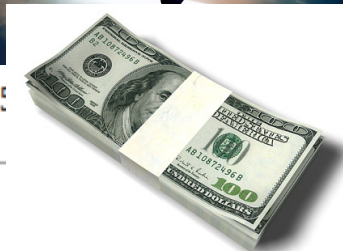
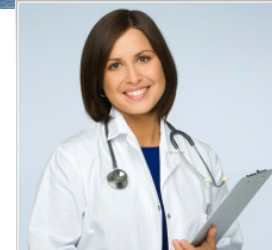
Formål

- At undersøge hvad der er vigtigt for de yngre læger i deres valg af nedsættelse i almen praksis
 - Hvordan organiserer vi almen praksis, så det er attraktivt for de kommende praktiserende læger?
 - Er de kommende praktiserende lægers præferencer for praksis i overensstemmelse med overordnede forslag og anbefalinger?

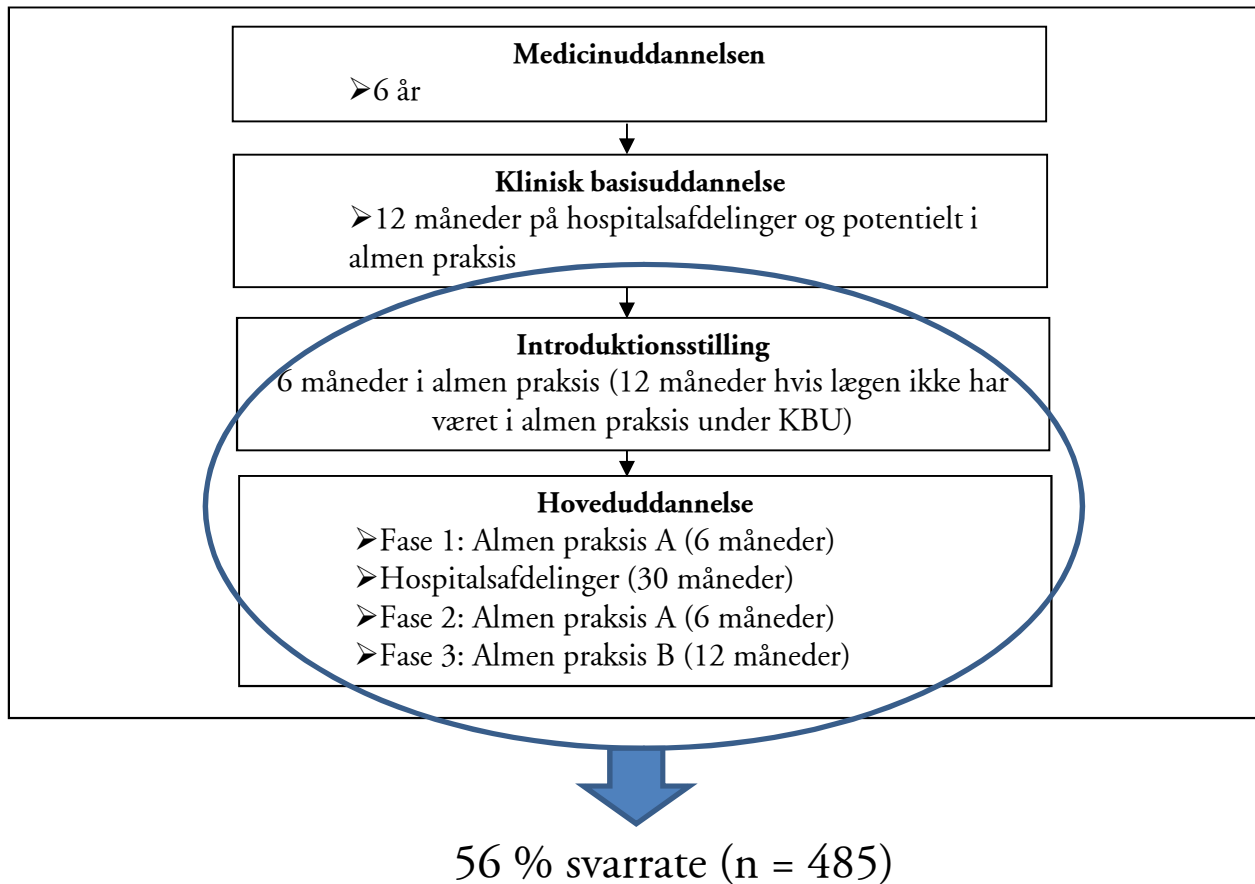
Metode

- Diskret valg eksperimentet

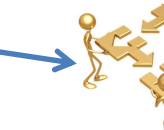
9 Forestil dig, at du er færdig med specialeuddannelsen i almen medicin, og at der kun er to praksis ledige, hvor du har mulighed for at praktisere. Hvad vil du vælge?	Antal læger i praksis (inkl. dig selv) Samarbejde med andre praksis (deling af lokaler, personale, udstyr) Ændring i ugentlig arbejdstid i forhold til gennemsnittet på 41 timer Den ændrede arbejdstid omfatter primært Årlig indtjening (i forhold til den gennemsnitlige indtjening for nyuddannede læger i almen medicin)
9a Jeg vælger	☐ Solopraksis (1) ☒ Kompagniskabspraksis (2) ☐ Ikke at arbejde i praksis (3)

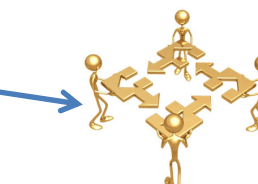


Stikprøve





Variable	Mean ^a (std. error)	Standard deviation ^a (std error)	Margin of significance	
Practice type				
Solo practice	0.655 (0.237) ***	2.823 (0.348) ***		
Shared practice	4.352 (0.379) ***	2.691 (0.343) ***		
Not to work in general practice ^b	0.000 n.a.	n.a. n.a.		
Number of GPs in general practice				
2 GPs	1.133 (0.246) ***	1.304 (0.365) ***		
3-4 GPs	0.430 (0.248) *	0.331 (0.364)		
5-6 GPs	-0.553 (0.239) **	0.029 (0.233)		
7 GPs or more ^b	-1.010 n.a.	n.a. n.a.		
Collaboration with other practices				
Yes	0.227 (0.145)	0.507 (0.187) ***		
No ^b	-0.227 n.a.	n.a. n.a.		
Change in weekly working hours				
5 hours less administrative work	0.938 (0.240) ***	0.313 (0.268)		
5 hours less patient related work	1.253 (0.175) ***	0.164 (0.255)		
No change ^b	0.750 n.a.	n.a. n.a.		
5 hours more administrative work	-2.125 (0.255) ***	1.106 (0.298) ***		
5 hours more patient related work	-0.816 (0.402) **	0.157 (0.253)		
Yearly surplus ^d				
As average ^b	-0.918 n.a.	n.a. n.a.	0.000	
50,000 DKK / 6,719 EUR more	-0.131 (0.248)	n.a. n.a.	0.787	
100,000 DKK / 13,438 EUR more	0.446 (0.205) **	n.a. n.a.	1.364	
200,000 DKK / 26,875 EUR more	0.603 (0.231) ***	n.a. n.a.	1.521	

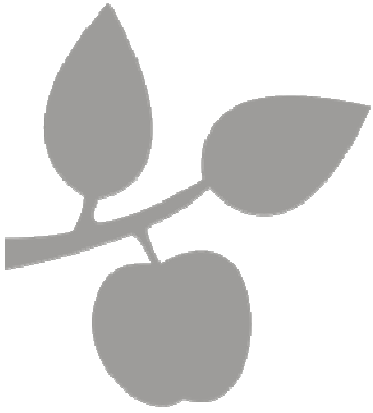


Konklusion

- Yngre læger er generelt villige til at nedsætte sig i almen praksis efter endt hoveduddannelse
- Foretrækker kompagniskabspraksis over solopraksis
 - Dog små kompagniskaber
- Samarbejdspraksis har ikke særlig interesse
- Villige til at arbejde mere, hvis de kompenseres for det
- One size does not fit all!

lib@sam.sdu.dk

Tak for opmærksomheden



Går aktivitetsbestemt afregning ud over kvaliteten?

Mickael Bech, Centerleder, Professor
COHERE – Center for Sundhedsøkonomisk Forskning
Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi
Syddansk Universitet

Hvad ved vi?

- 'You get what you pay for'
 - Betal for volumen og du får volumen
- Men, direkte eller indirekte kvalitetskonkurrence ved aktivitetsbestemt afregning samt professionelle incitamenter modvirker
- Internationale litteratur
 - Entydig fald i antal sengedage ved ABF
 - Måske, men ikke entydig, stigning i antal genindlæggelser
 - Ikke entydige resultater om klinisk kvalitet

Søren Rud Kristensen^{1,2}, Eduardo Fé-Rodriguez², Jan Mainz¹, Mickael Bech¹

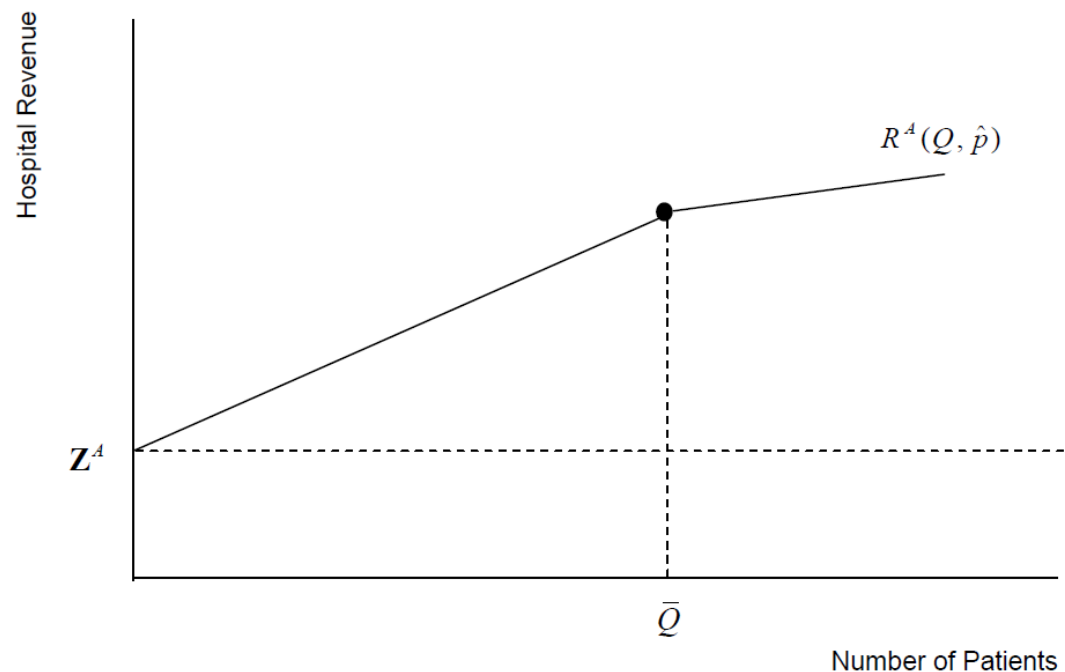
1. University of Southern Denmark

2. University of Manchester

PÅVIRKER ØKONOMISKE INCITAMENTER BEHANDLINGSKVALITETEN AF SLAGTILFÆLDE (APOPLEKSI)?

Identifikationsstrategi

- Traditionelt: før-efter studier eller tværsnitsstudier
- Indeværende studie: Udnytter knæk i afregningen af sygehuse
⇒ fald i afregningsprisen



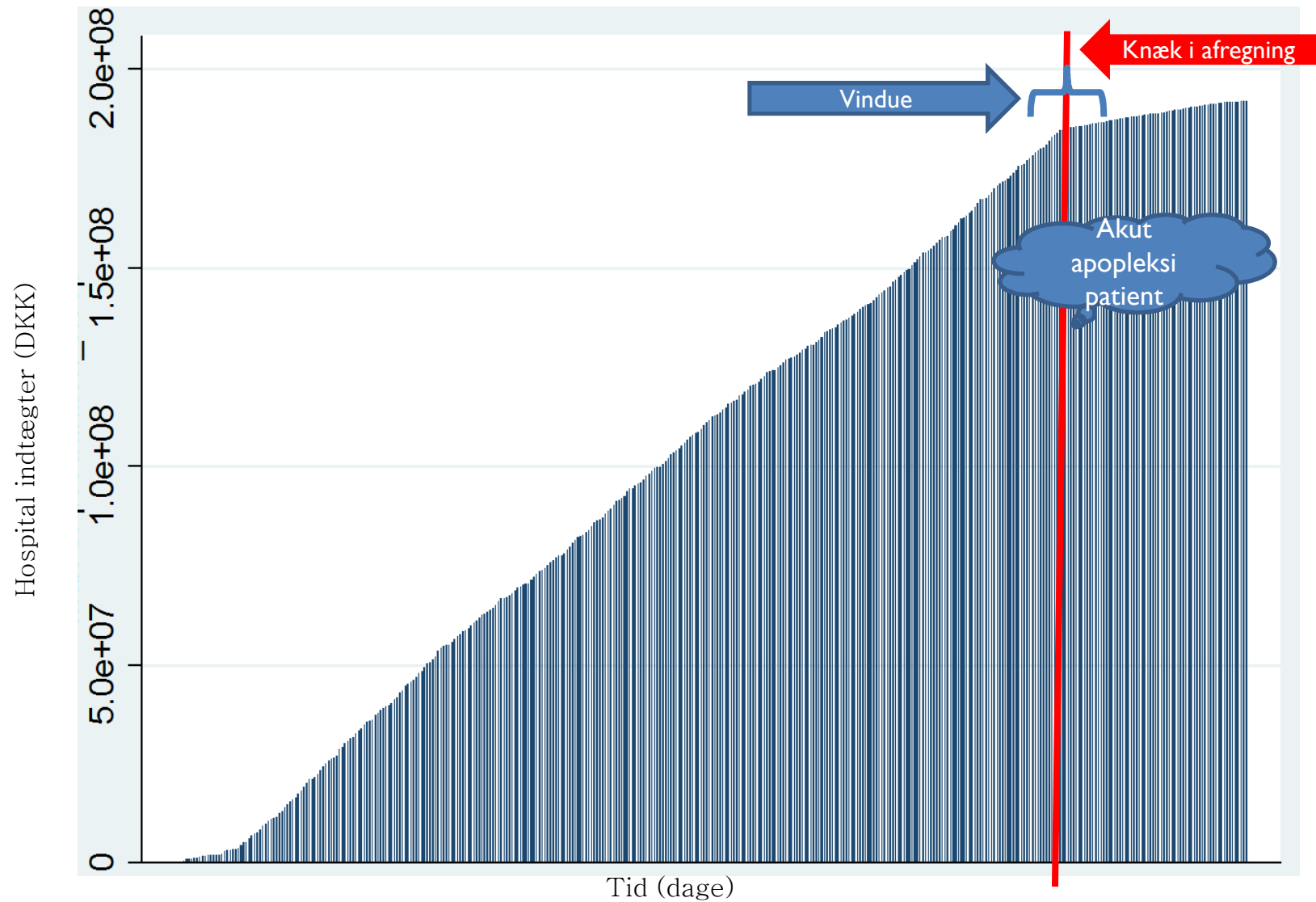
Eksempel på afregning i 2009

Region	Hospital	Baseline i DRG-produktionsværdi (mio. kr.)	Andel af DRG over baseline
Nordjylland	8001	2.786	0,2
Syddanmark	6008	1.563	0
Sjælland	3800N	3.066	0,55

Eksempel:

DRG	DRG takst (DKK)	Afregning (20%) over baseline (DKK)
0115 Trombolysebeh. af akut apopleksi	79.497	15.899

Hospital indtægter - eksempel



Bruger NIP data

- National Indikator Projekt (NIP) data for apopleksi
 - 9 procesindikatorer, 1 outcome indikator
- Foreløbige resultater
 - Ingen tegn på at kvaliteten går ned ved fald i afregning
 - Endelige resultater afventer 😊

NIP Diabetes

- PhD studerende Xenia Brun Hansen
 - Samme tilgang – med brug af knæk
 - NIP diabetes – adskiller sig fra akut apopleksi
 - Resultater forventes i løbet af efteråret 2012

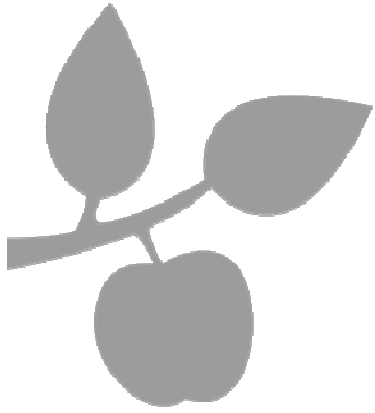
Litterature

- Allen, R., & Gertler, P. (1991). Regulation and the provision of quality to heterogenous consumers: The case of prospective pricing of medical services. *Journal of Regulatory Economics*, 3(4), 361–375.
- Chalkley, M., & Malcomson, J. M. (1998). Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics*, 17(1), 1–19. doi:10.1016/S0167-6296(97)00019-2
- Hahn, J., Todd, P., & Van der Klaauw, W. (2001). Identification and Estimation of Treatment Effects with a Regression-Discontinuity Design. *Econometrica*, 69(1), 201–209.
- Harris, J. E. (1977). The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications. *The Bell Journal of Economics*, 8(2), 467–482. doi:10.2307/3003297
- Hodgkin, D., & McGuire, T. G. (1994). Payment levels and hospital response to prospective payment. *Journal of Health Economics*, 13(1), 1–29. doi:10.1016/0167-6296(94)90002-7
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255–273. doi:10.1016/S0168-8510(01)00216-0
- Lee, D. S. (2008). Randomized experiments from non-random selection in U.S. House elections. *Journal of Econometrics*, 142(2), 675–697. doi:10.1016/j.jeconom.2007.05.004
- Lee, D. S., & Lemieux, T. (2010). Regression Discontinuity Designs in Economics. *Journal of Economic Literature*, 48(2), 281–355
- Lindrooth, R. C., Bazzoli, G. J., & Clement, J. (2007). The Effect of Reimbursement on the Intensity of Hospital Services. *Southern Economic Journal*, 73(3), 575–587. doi:10.2307/20111912
- Newhouse, J. P. (1970). Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital. *The American Economic Review*, 60(1), 64–74.
- Pope, G. C. (1989). Hospital nonprice competition and Medicare reimbursement policy. *Journal of Health Economics*, 8(2), 147.
- Wu, V. Y., & Shen, Y.-C. (2011). The Long-term Impact of Medicare Payment Reductions on Patient Outcomes. *National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 16859*. Hentet fra <http://www.nber.org/papers/w16859>



COHERE – CENTRE OF HEALTH ECONOMICS RESEARCH

Tak for opmærksomheden



Konsekvenser af ændringer i de praktiserende lægers afregningssystem

Kim Rose Olsen, Adjunkt Cand. Polit. Ph.d.

COHERE – Center for Sundhedsøkonomisk Forskning

Institut for Sundhedstjenesteforskning &

Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense

Syddansk Universitet

Afregningssystemet

Ydelses honorar

**Basis
honorar**

Betydningen af patientkarakteristika



k2382423 www.fotosearch.dk

?



k2382423 www.fotosearch.dk



Analyser

Teoretiske analyser

Proposition 1 (*The equilibrium list size decreases with patient complexity*)
 $g(p^{\text{pc}}, p^{\text{ffs}}, \alpha(\theta_i + \varepsilon), t(\theta_i + \varepsilon), T)$

This is proved by showing that the optimal value function $g(\theta_i)$, or in other words that $\partial g(\theta_i) / \partial \theta_i < 0$. This is straightforward.

Proposition 2 (*Overall GP utility decreases with patient complexity*)
 $U_i(p^{\text{pc}}, p^{\text{ffs}}, \alpha(\theta_i + \varepsilon), t(\theta_i + \varepsilon), T)$

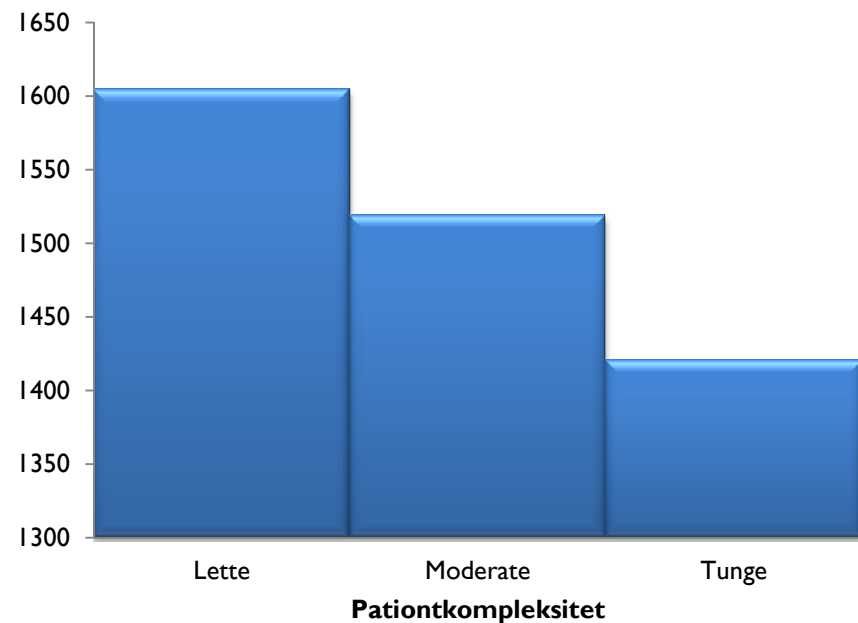
By use of the envelope theorem which states that

$$\frac{\partial g(\theta_i)}{\partial \theta_i} = -\frac{\partial U_i}{\partial \theta_i}$$

the negative association between total utility and patient complexity is established by proposition 1.

Empiriske analyser

**Bruttoindkomst
1.000 DKK**



Ændret afregningssystem ?

**Ydelses
honorar**

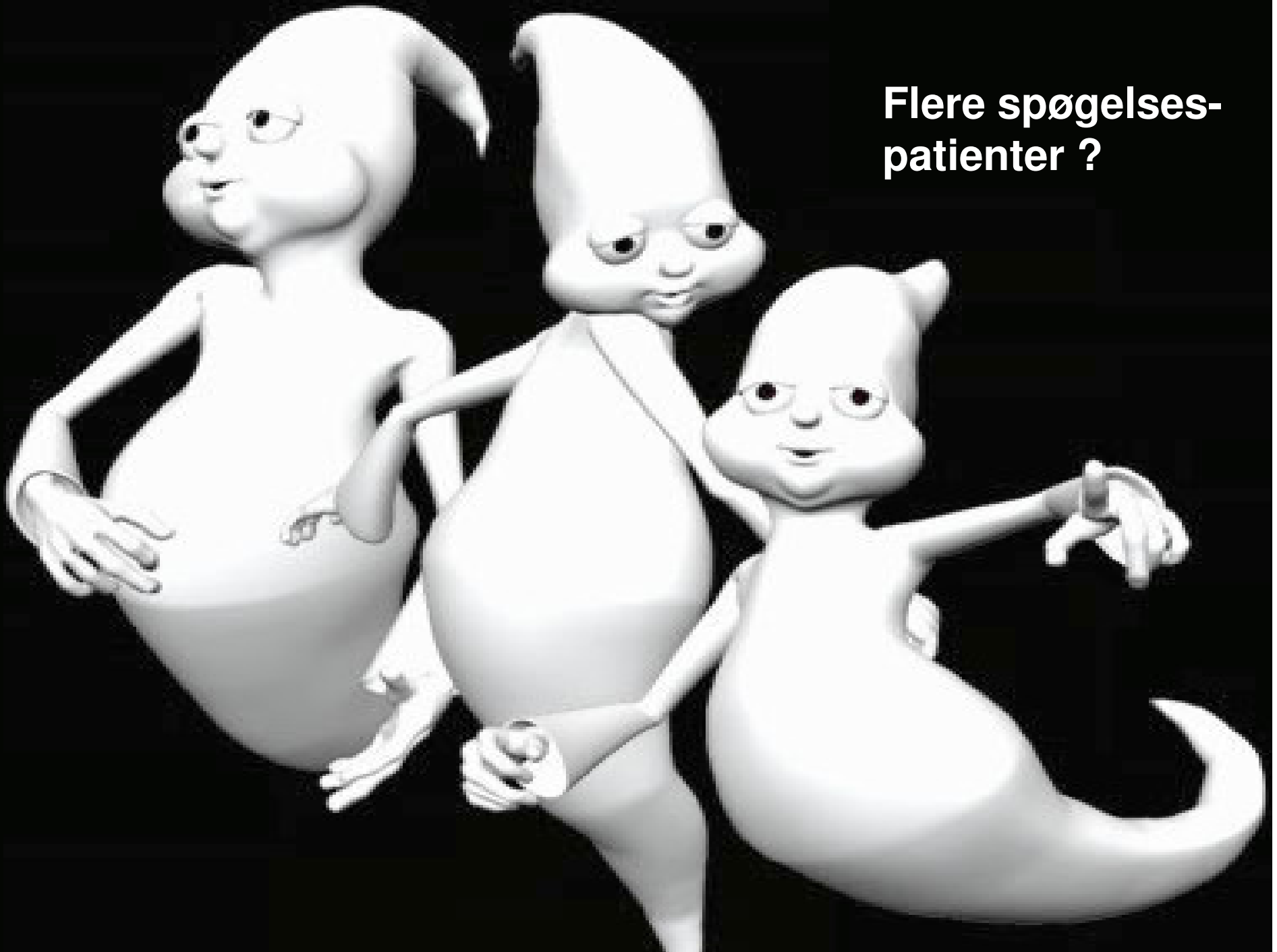
**Basis
honorar**

Incitamenter

**Mindre attraktivt
at praktisere i tunge
områder**

honorar

**Flere spøgelses-
patienter ?**



Konklusion

- Afregningssystemet gør det mindre attraktivt at praktisere i de "tunge" områder
- Øget basishonorar betyder at denne effekt forværres
- **Differentiering af basishonoraret er nødvendigt**

TAK !

krolsen@health.sdu.dk